

Клинические рекомендации

Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара

Кодирование по Международной Z37.0, Z37.2, Z37.5, Z38.0, Z38.3, Z38.6, Z00.1
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2025**

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов» (РОН)
- Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ+)

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Совета Российского общества
неонатологов, д.м.н., заведующий отделением
реанимации и интенсивной терапии им.
профессора А.Г. Антонова Института
неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП
им. академика В.И. Кулакова» Минздрава
России



О.В. Ионов

Дата

УТВЕРЖДАЮ

Президент Ассоциации специалистов
в области перинатальной медицины,
оказания помощи беременной женщине и
плоду, новорожденному и ребенку в
возрасте до 3-х лет (АСПМ+), д.м.н.,
академик РАН, заведующий отделом
Педиатрии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ имени
Дмитрия Рогачева» Минздрава России



Н.Н. Володин

Дата

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.	7
2.1 Жалобы и анамнез.....	7
2.2 Физикальное обследование	7
2.3. Лабораторные диагностические исследования	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования	11
2.5 Иные диагностические исследования	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.	14
3.1. Консервативное лечение	14
3.2. Хирургическое лечение	14
3.3. Иное лечение	17
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	19
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	19

6. Организация оказания медицинской помощи	22
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	23
Критерии оценки качества медицинской помощи	23
Список литературы.....	24
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	31
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	33
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	37
Приложение А3.1 Центильные таблицы международных стандартов роста (мальчики)....	39
Приложение А3.2 Центильные таблицы международных стандартов роста (девочки)	42
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	45
Приложение В. Информация для пациента	46
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	48
Приложение Г1. Оценка новорожденного по шкале Апгар.....	48

Список сокращений

(A), или (B), (C), (D) – сила рекомендаций A (B, C, D – соответственно)

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ - аспаратаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОАЭ – вызванная отоакустическая эмиссия

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ВПС – врожденный порок сердца

КСВП – коротколатентные слуховые вызванные потенциалы

НЭК – некротизирующий энтероколит

САД – систолическое артериальное давление

СДППД – самостоятельное дыхание с постоянным положительным давлением в конце выдоха

СРБ – С-реактивный белок

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦРБ – центральная районная больница

ЭКГ – электрокардиография

ЭХО-КГ – эхокардиография

Термины и определения

Базовая помощь новорожденному - минимальный набор медицинских вмешательств, который необходимо обеспечить новорожденному ребенку в стационаре.

Живорожденный новорожденный - новорожденный, рожденный на сроке беременности 22 недели и более с массой тела 500 грамм или более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае неизвестной массы тела, с длиной тела 25 см и более при наличии признаков живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры).

Аудиологический скрининг – исследование слуха у новорожденного методами вызванной отоакустической эмиссии или коротколатентных слуховых вызванных потенциалов.

Неонатальный скрининг - массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания, для проведения которого в медицинских организациях акушерского профиля проводится (забор образцов крови с последующим их направлением в уполномоченные организации для лабораторного исследования).

Скрининг на врожденные пороки сердца – скрининг на наличие критических пороков сердца у новорожденных с целью их раннего выявления.

Шкала международных стандартов роста – шкала оценки антропометрических показателей (стандартизованные показатели роста и развития, разработанные на основе мультицентрового международного проекта Intergrowth21).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Здоровый новорожденный – доношенный ребенок, родившийся в удовлетворительном состоянии, у которого отсутствуют заболевания и патологические состояния.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) за 2022 год количество детей, которые родилось больными или заболели в неонатальном периоде, составляет 31,5% (398 000 детей) от числа родившихся живыми. Соответственно здоровыми родились 68,5% (906 087 детей) от числа родившихся живыми [1].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Z37.0 Один живорожденный

Z37.2 Двойня, оба живорожденные

Z37.5 Другие многоплодные роды, все живорожденные

Z38.0 Один ребенок, рожденный в стационаре

Z38.3 Двойня, рожденная в стационаре

Z38.6 Другие новорожденные из многоплодных родов, родившиеся в стационаре

Z00.1 Рутинное обследование состояния здоровья ребенка

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.

Критерии установления диагноза/состояния:

Диагноз «Здоровый новорожденный» выставляется ребенку

- *со спонтанным дыханием в течение 30 секунд после рождения, частоте сердечных сокращений более 100 в минуту,*
- *на основании физикальных данных при отсутствии видимых пороков развития,*
- *при отсутствии нарушений по данным клинического, лабораторного и инструментального обследований,*
- *не требующему оказания дополнительной медицинской помощи, связанной с изменением состояния новорожденного в родильном доме,*
- *если не выставлен другой диагноз за время наблюдения и обследования в родильном доме.*

2.1 Жалобы и анамнез

- С целью выявления факторов риска развития патологических состояний у новорожденного **рекомендуется** изучить анамнез матери и течение родов [2–5].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.2 Физикальное обследование

- С целью оценки состояния новорожденного ребенка, необходимости в проведении реанимационных мероприятий, а также исключения видимых врожденных пороков развития **рекомендуется** проведение визуального осмотра терапевтического и оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и на 5 минуте жизни [6–11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *Необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При отсутствии показаний к проведению реанимационных мероприятий ребенок передается матери и прикладывается к груди. Все процедуры (взвешивание новорожденного, измерение окружностей*

головы, установление длины тела, обработку культи пуповины) у здоровых детей следует проводить после первого прикладывания к груди после того, как ребенок получит первые капли молозива.

Оценка состояния новорожденного ребенка производится через 1 минуту и 5 минут после рождения по шкале Апгар. Оценивается спонтанное дыхание, сердцебиение, цвет кожного покрова, рефлексы новорожденного, мышечный тонус. (Приложение Г1).

Санация верхних дыхательных путей, зондирование желудка, оценка проходимости прямой кишки зондом проводится только при наличии показаний, в том числе при подозрении на порок развития и/или в случае пренатально выявленного порока. Глубокая и агрессивная фарингеальная стимуляция может вызвать у новорожденного аритмию, ларингоспазм, бронхоспазм, апноэ.

При осмотре здорового ребенка отмечаются следующие признаки: (время осмотра (часы и минуты)).

Состояние ребенка: удовлетворительное,

Описание внешнего вида новорожденного (Habitus), отсутствие видимых пороков развития.

Антропометрические измерения: Ориентировочные нормативы параметров здорового доношенного новорожденного: масса тела (2300 – 4100 грамм), длина ребенка (45 – 53 см), окружность головы (31 – 36 см) согласно центильным таблицам международных стандартов роста (приложение А3).

Неврологический статус новорожденного:

Реакция на осмотр: адекватная – соответствует гестационному возрасту.

Уровень спонтанной двигательной активности: соответствует гестационному возрасту, движения симметричны, в движениях участвуют все конечности.

Характер крика у новорожденного: громкий, эмоциональный.

Поза: физиологическая флексорная или эмбриональная.

Мышечный тонус: удовлетворительный, симметричный.

Физиологические рефлексы новорожденного (орального и спинального автоматизма): рефлекс Моро, верхний и нижний хватательный рефлекс, поисковый и сосательный рефлекс, автоматической ходьбы, рефлекс Бабинского, рефлекс Бабкина, рефлекс ползания Бауэра.

Патологическая неврологическая симптоматика отсутствует.

Костно – суставная система. Без патологии

Кожа, подкожно-жировая клетчатка, видимые слизистые. Без патологии

Грудная клетка: форма правильная, симметричная. Перкуссия грудной клетки – определение границ сердечной тупости, оценка перкуторного звука над поверхностью легких – без патологии.

Дыхательная система: Частота дыхания в пределах 30 – 60 дыхательных движений в минуту, ритмичное. Перкуторно над легкими - легочный звук. Аускультативно над легкими - пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система: Ритм правильный. ЧСС в среднем в покое от 110 до 160 ударов в минуту. Сердечные тоны громкие, ясные. Шумов, акцентов нет.

Живот и органы пищеварения: Живот обычной формы, мягкий. Печень +1 см/не пальпируется, селезенка не увеличена.

Осмотр пуповинного остатка или пупочной ранки: Пуповинный остаток без особенностей.

Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу: большие половые губы прикрывают малые/ по мужскому типу: яички опущены в мошонку.

Аноректальная область: Анус сформирован, отсутствие свищевых отверстий. Стул: меконий/не было [12].

- Для определения антропометрических данных новорожденному ребенку **рекомендуется** измерение массы тела, установление длины тела, измерение окружности головы. Оценка антропометрических данных производится врачом-неонатологом на основании центильных таблиц международных стандартов роста [13–15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Первое измерение антропометрических данных ребенка следует проводить в родильном зале. Центильные таблицы международных стандартов роста в приложении А3.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- При наличии клинических показаний, установленных врачом-неонатологом, новорожденному в послеродовом отделении **рекомендуется** селективное определение основных групп крови по системе АВ0, определение антигена D

системы Резус (резус-фактор), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови [16–22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: В родильном блоке при наличии показаний проводится определение основных групп по системе АВ0 у новорожденного экспресс-методом с использованием моноклональных антител (анти-А и анти-В цоликлоны).

Результат фиксируется в истории развития новорожденного на титульном листе с подписью врача-неонатолога, проводившего оценку. Мать информируется о результатах обследования с комментариями о предварительной информации по группе, так как определение проводилось экспресс-методом.

Лабораторно определение основных групп по системе АВ0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови проводят только у детей с риском реализации гемолитической болезни новорожденных.

- С целью раннего выявления, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения летальности от врожденных и наследственных заболеваний новорожденному ребенку **рекомендуется** проведение неонатального скрининга на врожденные и(или) наследственные заболевания и расширенного неонатального скрининга на врожденные и(или) наследственные заболевания¹ [23,24].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания проводится только после получения информированного добровольного согласия родителей или законных представителей пациента на медицинское вмешательство.

¹ Приказ Минздрава России от 21.04. 2022 № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»

Для проведения неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания забор образцов крови осуществляют из пятки новорожденного через 3 часа после кормления, в возрасте 24 - 48 часов жизни у доношенного и на 7 сутки (144 - 168 часов) жизни у недоношенного новорожденного. Забор образцов крови осуществляется на 2 фильтровальных бумажных тест-бланка, которые выдаются медико-генетической консультацией (центром). Исследование образцов крови проводится в медико-генетической консультации (центре) в срок до 10 дней после забора образца крови. Забор крови на неонатальный скрининг фиксируется врачом-неонатологом в истории развития новорожденного и выписном эпикризе.

- При наличии клинических показаний, определяемых врачом-неонатологом, новорожденному в послеродовом отделении **рекомендуется** селективное проведение общего (клинического) анализа крови развернутого [25–27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- С целью раннего выявления врожденной тугоухости, а также предупреждения тяжелой инвалидизации новорожденному ребенку **рекомендуется** исследование слуха у новорожденного с помощью отоакустической эмиссии или исследование коротколатентных вызванных потенциалов[28,29].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: исследование слуха с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии или коротколатентных вызванных потенциалов проводится после получения добровольного информированного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство.

В родильном доме исследование проводится всем новорожденным детям в возрасте 3-4 дней с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ). Дети из группы риска по развитию тугоухости, а также дети, отнесенные к этой группе по результатам исследования, направляются в сурдологический центр в возрасте до 3 месяцев для дополнительного исследования с помощью регистрации ВОАЭ, коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Исследование проводят медицинские работники родовспомогательных учреждений, прошедшие тематическое усовершенствование. После проведения исследования результат вносится в историю развития новорожденного (историю болезни), выписную справку. В случае отсутствия в документации новорожденного отметки о проведенном исследовании при его поступлении под наблюдение в детскую поликлинику по месту жительства, данное исследование проводится в детской поликлинике.²

- С целью раннего выявления риска наличия критических и цианотичных врожденных пороков сердца (ВПС), не выявленных на этапе пренатальной диагностики, новорожденному ребенку **рекомендуется** проведение комплекса исследований для диагностики врожденных пороков сердца [30–32].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: *Комплекс исследований для диагностики ВПС включает в себя оценку цвета кожных покровов и слизистых оболочек, а также определение пре- и постдуктально (на правой руке и любой ноге): периферической пульсации, пульсоксиметрии и, при необходимости (при выявлении ослабленной периферической пульсации), систолического артериального давления (САД).*

Скрининг на ВПС проводится в 36-48 часов жизни новорожденного при соблюдении ряда условий: ребенок должен быть сыт и согрет, находиться в состоянии спокойного бодрствования или сна; при использовании одного монитора измерение показателей пульсоксиметрии и АД на правой руке и ноге должно проводиться в максимально близкие сроки. Пульсоксиметрия и измерение артериального давления на периферических артериях проводится непрямым осциллографическим методом. Для измерения АД используют одноразовые манжеты (детские: 3,3-5,6 см; 4,2-7,1 см; 5,4-9,1 см; 6,9-11,7 см). Диаметр манжеты должен по крайней мере две трети длины правого плеча или бедра и охватывать всю окружность руки или ноги. Измерение АД и пульсоксиметрии при отсутствии возможности одномоментного измерения пре- и постдуктально проводится последовательно, с небольшими промежутками времени (не более 1-2 минут); при смене состояния активности новорожденного во время измерений (сон-бодрствование,

² Письмо Минздравсоцразвития России от 01.04.2008 г. № 2383-РХ

бодрствование-плач) необходимо проводить повторное измерение через 5 минут после достижения состояния покоя.

Интерпретация результатов: после определения цвета кожных покровов и слизистых оболочек, оценки периферической пульсации и разницы показателей пульсоксиметрии пре- и постдуктально, первичный скрининг на ВПС является «пройденным» при: определении удовлетворительной периферической пульсации, симметричной на правой плечевой и бедренных артериях; визуализации розового цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек; пульсоксиметрии пре- и постдуктально 95% и более, регистрации разницы уровня сатурации пре- и постдуктально менее 3%; При «пройденном» первичном скрининге ВПС ребенок может быть выписан домой с пометкой в истории болезни «скрининг на критические ВПС пройден». При «не пройденном» первичном скрининге ВПС показано проведение расширенного скрининга ВПС: трехкратное ежечасное пре- и постдуктальное измерение пульсоксиметрии и САД, оценка периферической пульсации пре- и постдуктально, цвета кожных покровов и слизистых, а также оценка темпов диуреза. Расширенный скрининг ВПС является «пройденным» при:

- определении удовлетворительной периферической пульсации, симметричной на правой локтевой и бедренных артериях; визуализации розового цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек; наличии адекватных темпов диуреза;*
- пульсоксиметрии пре- и постдуктально 95% и более, регистрации разницы пульсоксиметрии пре- и постдуктально менее 3% в динамике; регистрации разницы уровня САД пре- и постдуктально 10 мм рт. ст. и менее.*

Новорожденному ребенку в случае «не пройденного» комплекса исследований для диагностики врожденных пороков сердца с целью исключения критического ВПС необходимо назначить дополнительное исследование - эхокардиографию [31,33]. Порядок проведения неонатального скрининга критических и цианотичных ВПС представлен в Приложении Б.

- При наличии показаний, определяемых врачом-неонатологом, учитывая диагностические возможности медицинского учреждения, для исключения органической патологии ребенку в послеродовом отделении **рекомендуется** селективное проведение нейросонографии, эхокардиографии, ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексного), ультразвукового

исследования почек и надпочечников, ультразвукового исследования тазобедренного сустава [34–38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.5 Иные диагностические исследования

Не применяются.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1. Консервативное лечение

- С целью предотвращения инфекционных заболеваний глаз у новорожденного **рекомендуется** использование эритромицина в виде глазной мази [39–41].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: После протирания каждого века глазная мазь, содержащая эритромицин (в индивидуальной упаковке) помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 0,5 - 1 см. Препарат следует наносить с легким массажем век, а избыток мази можно стереть спустя одну минуту.

- С целью предупреждения развития геморрагической болезни новорожденному **рекомендуется** введение витамина К (код АТХ В02ВА) в первые часы после рождения [42–44].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: К группе витамина К (код АТХ В02ВА) относится препарат фитоменадион. Фитоменадион (код АТХ В02ВА01) вводится в дозе 1 мг внутримышечно у новорожденных не менее 36 недель, 1 мг внутримышечно или внутривенно у недоношенных менее 36 недель и массой тела не менее 2500 г, у недоношенных менее 36 недель и массой тела менее 2500 г препарат вводится в дозе 0,4 мг/кг внутримышечно или внутривенно. Противопоказания: повышенная

чувствительность к фитоменадиону (код АТХ В02ВА01) и другим компонентам препарата. С осторожностью назначается при подозрении на дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Действие препарата начинается через 30 мин после введения.

В случае отсутствия фитоменадиона (код АТХ В02ВА01) 1% эмульсии возможно введение менадиона натрия бисульфит** (код АТХ В02ВА02) 1% раствор. Необходимо учитывать, что его действие начнется через 8-24 часа после введения. Менадиона натрия бисульфит** (код АТХ В02ВА02) вводится путем внутримышечного введения лекарственных препаратов. Суточная доза препарата составляет: для новорожденных - 1-1,5 мг/кг/сут (0,1-0,15 мл/кг/сут), но не более 4 мг/сут; для детей до 1 года - 2-5 мг/сут. Кратность введения – от 1 до 2-3 раз в сутки. Противопоказания: гиперкоагуляция, тромбоэмболия, гемолитическая болезнь новорожденных. С осторожностью - при дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Введение витамина К (код АТХ В02ВА) проводится после получения письменного согласия матери и/или законного представителя пациента.

- Новорожденному ребенку с целью предупреждения развития тяжелых форм туберкулеза и его осложнений **рекомендуется** введение вакцины для профилактики туберкулеза** (код АТХ J07AN) при отсутствии противопоказаний и при согласии родителя или законного представителя [45–48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Новорожденным осуществляется вакцинация против туберкулеза в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»³. Вакцинация новорожденных осуществляется в медицинских организациях,

³ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. N 1122н «об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 декабря 2023 г. № 677н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 января 2024 г., регистрационный № 77040).

имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по неонатологии после информированного согласия родителей или законных представителей новорожденного.

Специфическую профилактику туберкулеза разрешено проводить только препаратами, зарегистрированными в Российской Федерации.

В день вакцинации никакие другие парентеральные манипуляции ребенку не проводят, в том числе неонатальный скрининг! В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных для профилактики туберкулеза может проводиться с третьих суток жизни; выписка возможна после вакцинации в тот же день при отсутствии реакции на нее.

Вакцину для профилактики туберкулеза** (код АТХ J07AN) вводят строго внутривенно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70% этанолом** (код АТХ D08AX08). При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета диаметром не менее 7 – 9 мм, исчезающая обычно через 15 – 20 мин. Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс.

Врач-неонатолог информирует родителей, что через 4 – 6 недель после внутривенной вакцинации у ребенка должна развиться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать у врачу-педиатру участкового. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями.⁴

- Новорожденному ребенку с целью предупреждения заболеванием вирусным гепатитом В **рекомендуется** введение вакцины для профилактики вирусного гепатита В** (код АТХ J07BC01) при отсутствии противопоказаний и при согласии родителей или законного представителя [49,50].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

⁴ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. N 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в российской федерации» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 N 855, от 05.06.2017 N 297)

Комментарий: *Вакцинация для профилактики вирусного гепатита В доказала свою эффективность в качестве профилактики гепатоцеллюлярной карциномы, цирроза и хронических заболеваний печени, связанных с гепатитом В. Вакцинация для профилактики вирусного гепатита В проводится по схеме 0,1,6 месяцев. Первое введение вакцины для профилактики вирусного гепатита В** (код АТХ J07BC01) проводится всем новорожденным в первые 24 часа жизни ребенка. Группу риска по инфицированию вирусом гепатита В представляют новорожденные, родившиеся у матерей – носителей вируса гепатита В. Для иммунизации новорожденных у матерей – носителей вируса и больных гепатитом В необходимо применять другую схему вакцинации: 0, 1, 2 и 12 месяцев жизни ребенка.⁵ Для повышения профилактической эффективности у лиц особо высокого риска проводится активно-пассивная иммунизация – одновременное применение вакцины для профилактики вирусного гепатита В** (код АТХ J07BC01) и иммуноглобулина человека против гепатита В (код АТХ J06BB04), содержащего в высоком титре антитела к HBsAg. Проведение активно-пассивной иммунизации в родильном доме показано новорожденным, родившимся у матерей:*

- *с острым вирусным гепатитом В;*
- *ранних реконвалесцентов гепатита В;*
- *с наличием в крови HBsAg.*

*Вакцина для профилактики вирусного гепатита В** (код АТХ J07BC01) вводится через 2 часа после введения иммуноглобулина человека против гепатита В (код АТХ J06BB04) [6,49,51].*

3.2. Хирургическое лечение

Не применимо

3.3. Иное лечение

⁵ Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. N 1122н «об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 декабря 2023 г. № 677н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 января 2024 г., регистрационный №

- С целью обеспечения успешного грудного вскармливания и снижения неонатальной заболеваемости и смертности новорожденному **рекомендуется** раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) [6,52–55].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Новорожденного ребенка, не требующего проведения реанимационных мероприятий помощи после рождения, необходимо выложить на живот или грудь матери, обеспечив контакт «кожа-к-коже» при неотсеченной пуповине. Здоровые дети, получавшие контакт «кожа-к-коже», с большей вероятностью и дольше находятся на грудном вскармливании. Необходимо как можно более раннее прикладывание к груди всех новорожденных, в том числе маловесных для гестационного срока, находящихся в стабильном состоянии, которые способны получать грудное молоко. Первое прикладывание к груди следует проводить в течение первого часа после рождения независимо от способа родоразрешения. Большинство новорожденных готовы к кормлению уже через 15 минут после рождения. Не стоит ограничивать длительность сосания здоровых доношенных новорожденных. Для обеспечения успешного прикладывания к груди и полноценной лактации необходимо обеспечить пребывание новорожденного ребенка в одной палате с матерью. Все процедуры (измерение массы тела, измерение окружностей головы, плеч, груди, обработку культи пуповины) у здоровых детей следует проводить после первого прикладывания к груди после того, как ребенок получит первые капли молозива. Необходимо поддержать мать ребенка для начала грудного вскармливания. Размеры груди, форма молочной железы и соска индивидуальны для каждой женщины и не влияют на функцию молочной железы.

Противопоказаниями к прикладыванию к груди после рождения со стороны матери являются: онкологические заболевания, требующие проведения химиотерапии, открытая форма туберкулеза с бацилловыделением; особо-опасные инфекции (натуральная оспа, сибирская язва); ВИЧ-инфекция матери; психические заболевания матери в стадии обострения; острый гепатит В и С в активной фазе заболевания; применение лекарственных препаратов, несовместимых с грудным вскармливанием по состоянию здоровья матери.

В случаях, если грудное вскармливание не может быть начато в связи с временными (относительными) противопоказаниями со стороны матери и/или ребенка, следует

ориентировать мать на сохранение лактации и возобновлении грудного вскармливания в дальнейшем, когда позволит состояние матери и/или ее ребенка. Наличие грудного имплантанта не является противопоказанием для кормления ребенка грудью. Если мать получает лекарственное средство, противопоказанное при грудном вскармливании, следует попытаться найти аналог препарата, допускающий грудное вскармливание. При некоторых инфекционных заболеваниях (в т.ч. грипп, ветряная оспа, SARS-Covid-19 и др.) можно продолжить грудное вскармливание при соблюдении дистанцирования матери и ребёнка, и всех мер гигиены, возможно кормление сцеженным грудным молоком. При наличии у матери HBsAg грудное вскармливание возможно после проведения активно-пассивной иммунизации новорожденного [56]. Абсолютными противопоказаниями для грудного вскармливания со стороны ребенка являются тяжелые обменные заболевания (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа (валинолейцинурия) [56–58].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика

- С целью профилактики анемии и улучшения отдаленных неврологических исходов у новорожденного **рекомендуется** отсроченное пережатие и пересечение пуповины спустя 60-120 сек при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку [59–65].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию ранней анемии.

Слишком позднее пережатие пуповины приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может стать причиной ухудшения состояния

новорожденного ребенка, нарушений со стороны внутренних органов, метаболических нарушений и гипербилирубинемии, а также потребовать проведения медицинских вмешательств, направленных на коррекцию данных патологических состояний.

У ВИЧ-инфицированных рожениц, и у пациенток с неизвестным ВИЧ-статусом нет доказательств того, что отсроченное пересечение пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному [5].

Порядок действий при пережатии пуповины:

- один зажим сосудистый, многоразового использования наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца;
- второй зажим сосудистый, многоразового использования наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы;
- третий зажим сосудистый, многоразового использования наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами протереть стерильной салфеткой марлевой тканью (салфеткой нетканой, шарик ватный), смоченным 70% этанолом** (Код АТХ D08AX08), пересечь стерильными ножницами. Наложение третьего зажима позволит обеспечить забор пуповинной крови при необходимости.

Данные о времени пережатия пуповины необходимо отразить в истории развития новорожденного ребенка.

- С целью профилактики гипотермии у новорожденного ребенка **рекомендуется** обеспечить оптимальный температурный режим в родильном зале (не менее 25 °C), исключить наличие сквозняков, включить источник лучистого тепла над столом реанимационным для новорожденных, согреть лоток и пеленки для приема новорожденного [6,66–68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Необходимо предотвратить дальнейшее снижение температуры тела новорожденного ребенка, так как при температуре тела 36°C

и ниже, развивается гипотермия, запуская каскад патологических процессов, приводящих к неблагоприятным последствиям.

- С целью профилактики инфицирования и ускорения мумификации культи пуповины новорожденного **рекомендуется** сухое ведение пуповинного остатка [69–71].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *пуповинный остаток высыхает и мумифицируется при воздействии воздуха, затем отпадает на первой-второй неделе жизни. Для ухода за пуповинным остатком не требуется создания стерильных условий. Не следует обрабатывать пуповинный антисептиками и дезинфицирующими средствами (код АТХ D08A) - борная кислота+резорцин+фенол+фуксин, другими антисептиками и дезинфицирующими средствами (код АТХ D08AX) – этанол**, калия перманганат**, метилтиониния хлорид и т.п.). В случае загрязнения культи пуповины следует промыть водой и осушить чистой пеленкой или салфеткой марлевой тканью.*

- С целью профилактики инфицирования кожного покрова, развития экземы и для защиты кожи **рекомендуется** уход за кожей новорожденного [69,70].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: *Следует купать ребенка в теплой водопроводной воде, не добавляя антисептики и дезинфицирующие средства (код АТХ D08), настои трав. Использование шампуней, пены для ванн и других моющих средств могут применяться не более 1-2 раз в неделю. При использовании подгузников детских следует соблюдать следующие правила - менять подгузники детские при его наполнении, сразу менять подгузники детские после дефекации ребенка, организовывать воздушные ванны в течение дня. Для ухода за кожей новорожденного следует использовать средства на водной основе (крема, лосьоны, молочко).*

Диспансерное наблюдение

Не применимо

6. Организация оказания медицинской помощи

Первый осмотр новорожденного врачом-неонатологом проводится в родовом зале медицинской организации акушерского профиля с целью оценки общего состояния новорожденного, необходимости проведения реанимационных мероприятий, а также выявления видимых врожденных пороков развития.

Новорожденные, не имеющие признаков заболеваний, переводятся из родовых залов (операционных) медицинских организаций в палаты совместного пребывания матери и ребенка или отделения новорожденных физиологические для дальнейшего оказания им медицинской помощи в плановой форме.

В зависимости от состояния новорожденного и времени его перевода в отделение новорожденных физиологическое или палату совместного пребывания матери и ребенка, повторный осмотр дежурным врачом-неонатологом проводится либо в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации перед переводом, либо в отделении новорожденных физиологическом, но не позднее, чем через 2 часа после рождения.

В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинской сестрой (медицинским братом) каждые 3 – 3,5 часа с целью оценки состояния и, при необходимости, оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

Ежедневный осмотр новорожденного проводится не реже 1 раза в день, в случае ухудшения состояния новорожденного – с той кратностью, которая необходима по состоянию новорожденного, но не реже 1 раза в 6 часов.

При выписке домой новорожденного медицинская организация оформляет медицинскую документацию новорожденного, а также передает информацию о выписке ребенка в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь детям, по месту фактического проживания новорожденного для организации патронажа на дому.

К моменту выписки ребенок должен активно сосать из груди и /или из бутылочки через соску, усваивать питание, у ребенка нормальная температура тела. Максимальная убыль массы тела с момента рождения составляет менее 10% [72,73]. По данным лабораторных и дополнительных исследований, выполненных по клиническим показаниям, отсутствуют патологические изменения или имеются незначительные отклонения от нормы, не угрожающие жизни и здоровью ребенка, не требующие наблюдения и лечения в условиях стационара.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен визуальный терапевтический осмотр и оценка новорожденного по шкале Апгар	Да/нет
2.	Выполнено отсроченное пережатие пуповины и пересечение пуповины спустя 60-120 сек при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку	Да/нет
3.	Выполнена профилактика гипотермии новорожденного	Да/нет
4.	Проведено измерение массы тела, установление длины тела, измерение окружности головы новорожденного и оценка антропометрических данных на основании центильных таблиц международных стандартов роста	Да/нет
5.	Проведена профилактика инфекционных заболеваний глаз эритромицином в виде глазной мази	Да/нет
6.	Выполнено введение витамина К (код АТХ В02ВА) при отсутствии противопоказаний	Да/нет
7.	Выполнена вакцинация для профилактики вирусного гепатита В при отсутствии противопоказаний	Да/нет
8.	Выполнена вакцинация для профилактики туберкулеза при отсутствии противопоказаний	Да/нет
9.	Выполнен комплекс исследований для выявления критических и цианотичных врожденных пороков сердца (ВПС)	Да/нет
10.	Выполнено исследование слуха у новорожденного с помощью отоакустической эмиссии или исследование коротколатентных вызванных потенциалов	Да/нет
11.	Произведено взятие крови на неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания	Да/нет

Список литературы

1. Росстат. Здравоохранение в России. 2023: Статистический сборник. М, 2023. 179 р.
2. Lunze K., Higgins-steele A., Simen-kapeu A., Vesel L., Kim J., Dickson K. Innovative approaches for improving maternal and newborn health - A landscape analysis // BMC Pregnancy Childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth, 2015.
3. Goldstein R.F., Abell S.K., Ranasinha S., Misso M., Boyle J.A., Black M.H., et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA. 2017. Vol. 317, № 21. P. 2207–2225.
4. Yee J., Kim W., Han J.M., Yoon H.Y., Lee N., Lee K.E. Clinical manifestations and perinatal outcomes of pregnant women with COVID - 19 : a systematic review and meta - analysis // Sci. Rep. Nature Publishing Group UK, 2020. № 0123456789. P. 1–7.
5. Wedi C.O.O., Kirtley S., Hopewell S., Corrigan R., Kennedy S.H., Hemelaar J., Hospital J.R. Perinatal outcomes associated with maternal HIV infection: a systematic review and meta-analysis // Lancet HIV. Elsevier Ltd, 2016. Vol. 3, № 1. P. e33–e48.
6. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO recomm. Geneva, 2018.
7. Benitz W.E. Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants // Pediatrics. 2015. Vol. 135, № 5. P. 948–953.
8. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN and AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. The Apgar Score // Pediatrics. 2015. Vol. 136, № 4. P. 820–822.
9. Ernest E., Wainstock T., Sheiner E., Segal I., Landau D., Walfisch A. Apgar score and long-term respiratory morbidity of the offspring: a population-based cohort study with up to 18 years of follow-up // Eur. J. Pediatr. European Journal of Pediatrics, 2019. Vol. 178, № 3. P. 403–411.
10. Natarajan G., Shankaran S., Laptook A.R., Pappas A., Bann C.M., McDonald S.A., et al. Apgar scores at 10 min and outcomes at 6 – 7 years following hypoxic-ischaemic encephalopathy // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2013. Vol. 98, № 6. P. 473–480.
11. Laptook A.A.R., Shankaran S. Outcome of Term Infants Using Apgar Scores at 10 Minutes Following Hypoxic-Ischemic Encephalopathy // Pediatrics. 2009. Vol. 124, № 6. P. 1619–1626.
12. Шабалов Н.П. Неонатология в 2-х томах. 2009.
13. Villar J., Ismail L.C., Victora C.G., Ohuma E.O., Bertino E., Altman D.G., et al.

- International standards for newborn weight , length , and head circumference by gestational age and sex : the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21 st Project. 2014. P. 857–868.
14. Papageorghiou A.T., Kennedy S.H., Salomon L.J., Altman D.G., Ohuma E.O., Stones W., et al. The INTERGROWTH-21 st fetal growth standards : toward the global integration of pregnancy and pediatric care // *Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier*, 2018. Vol. 218, № 2. P. S630–S640.
 15. Villar J., Papageorghiou A.T., Pang R., Ohuma E.O., Ismail L.C., Barros F.C., et al. The likeness of fetal growth and newborn size across non-isolated populations in the INTERGROWTH-21 st Project: the Fetal Growth Longitudinal Study and Newborn Cross-Sectional Study // *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014. Vol. 2. P. 781–792.
 16. Segel G.B., Lichtman M.A. Blood Cells , Molecules and Diseases Direct antiglobulin (“Coombs ”) test-negative autoimmune hemolytic anemia: A review // *Blood Cells, Mol. Dis. Elsevier Inc.*, 2014. Vol. 52, № 4. P. 152–160.
 17. Olusanya B.O., Osibanjo F.B., Slusher T.M. Risk Factors for Severe Neonatal Hyperbilirubinemia in Low and Middle- Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis // *PLoS One*. 2015. Vol. 10, № 2. P. 1–16.
 18. Kemper A.R., Newman T.B., Slaughter J.L., Maisels M.J., Watchko J.F., Downs S.M., et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation // *Pediatrics*. 2022. Vol. 150, № 3.
 19. Bhutani V.K., Zipursky A., Blencowe H., Khanna R., Sgro M., Ebbesen F., et al. Neonatal hyperbilirubinemia and rhesus disease of the newborn: Incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels // *Pediatr. Res.* 2013. Vol. 74, № SUPPL. 1. P. 86–100.
 20. Siyah Bilgin B., Altun Koroglu O., Yalaz M., Karaman S., Kultursay N. Factors affecting bilirubin levels during first 48 hours of life in healthy infants. // *Biomed Res. Int.* 2013. Vol. 2013, № November 2011. P. 316430.
 21. Chen J.Y., Ling U.P. Prediction of the development of neonatal hyperbilirubinemia in ABO incompatibility. // *Chin. Med. J. (Engl)*. 1994. Vol. 53, № 1. P. 13–18.
 22. Kumari A., Kumar R., Verma N., Pankaj S. Study on Perinatal Outcome in Rhesus Negative Pregnancy // *Journal of Indian Perinatology and Reproductive Biology*. 2017. Vol. 7, № 04. 119–122 p.
 23. Mak C.M., Lee H.H., Chan A.Y., Lam C. Inborn errors of metabolism and expanded newborn screening: review and update // *Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.* 2013. Vol. 8363, № 6.

- P. 142–162.
24. Koolhaas W.J. van R.G.D., Bekhof J., Fokkema M.R.H., Koning T.J. de, Visser G., Schielen P.C.J.I., et al. Inborn Errors of Metabolism That Cause Sudden Infant Death: A Systematic Review with Implications for Population Neonatal Screening Programmes // *Neonatology*. 2016. Vol. 109. P. 297–302.
 25. Bohn M.K., Higgins V., Tahmasebi H., Hall A., Liu E., Adeli K., Abdelhaleem M. Complex biological patterns of hematology parameters in childhood necessitating age- and sex-specific reference intervals for evidence-based clinical interpretation // *Int. J. Lab. Hematol.* 2020. Vol. 42, № 6. P. 750–760.
 26. Henry E., Christensen R.D. Reference Intervals in Neonatal Hematology // *Clin. Perinatol.* Elsevier Inc, 2015. Vol. 42, № 3. P. 483–497.
 27. Ree I.M.C., Lopriore E. Updates in Neonatal Hematology: Causes, Risk Factors, and Management of Anemia and Thrombocytopenia // *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* Elsevier Inc, 2019. Vol. 33, № 3. P. 521–532.
 28. Nikolopoulos T.P. Neonatal hearing screening : What we have achieved and what needs to be improved // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2015. Vol. 79. P. 635–637.
 29. Nelson H.D., Bougatsos C., Nygren P. Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 2001 US Preventive Services // *Pediatrics*. 2008. Vol. 122, № 1. P. 266–276.
 30. Mn P., Zamora J., Suresh G., Thangaratinam S., Ak E. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects (Review) // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 3, № 3. P. 1–81.
 31. Карпова А.Л., Спивак Е.М., Пыханцева А.Н., Бокерия Е.Л., Карпов Н.Ю., Кондакова Н.Н., Третьякова Л.Н. Пульсоксиметрия как метод скрининга на наличие критических пороков сердца у детей // *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2015. Vol. 4. P. 68–72.
 32. Thangaratinam S., Mbchb K.B., Zamora J., Khan P.K.S., Ewer A.K. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. Elsevier Ltd, 2012. Vol. 379, № 9835. P. 2459–2464.
 33. Yoshinaga-itano C., Manchaiah V. Outcomes of Universal Newborn Screening Programs : Systematic Review // *J. Clin. Med.* 2021. Vol. 10, № 2784. P. 1–23.
 34. Daneman A., Epelman M. Neurosonography: in pursuit of an optimized examination // *Pediatr. Radiol.* 2015. Vol. 45, № 3. P. 406–412.
 35. Daneman A., Epelman M., Blaser S. Imaging of the brain in full-term neonates: does

- sonography still play a role ? // *Pediatr. Radiol.* 2006. Vol. 36. P. 636–646.
36. Lee W., Lee M.Y.W., Teo H. Ultrasound and alternative multimodality imaging of intra-abdominal and pelvic cystic masses in the newborn // *Ultrasound.* 2021. Vol. 4. P. 241–251.
 37. Brzewski M. Current standards in abdominal cavity ultrasound examination in children // *J. Ultrason.* 2017. Vol. 17. P. 41–42.
 38. Singh Y., Bhombal S., Katheria A., Tissot C., Fraga M. V. The evolution of cardiac point of care ultrasound for the neonatologist // *Eur. J. Pediatr. European Journal of Pediatrics,* 2021. Vol. 180, № 12. P. 3565–3575.
 39. Kapoor V., Evans J., Vedula S. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum (Review) // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. № 9. P. 1–237.
 40. Kimberlin D.W., Brady M.T., Jackson M.A., Long S.S. Prevention of Neonatal Ophthalmia // *Red Book.* 31st ed. 2018. P. 51.
 41. American Medical Association. Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum // *JAMA.* 2019. Vol. 321, № 4. P. 394–398.
 42. Ng E., Loewy A.D. Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns // *Paediatr. Child Health.* 2018. Vol. 23, № 6. P. 394–397.
 43. Sankar M.J., Chandrasekaran A., Kumar P., Thukral A., Agarwal R., Paul V.K. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review // *J. Perinatol. Nature Publishing Group,* 2016. Vol. 36, № 1. P. 29–S35.
 44. Puckett R., M Offringa. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates (Review) // *Wiley.* 2010. № 4. P. 1–28.
 45. Organization W.H., Appia A., Geneva C.-. BCG vaccine: WHO position paper , February 2018 – Recommendations // *Vaccine. World Health Organization,* 2018. Vol. 36, № 24. P. 3408–3410.
 46. Abubakar I., Pimpin L., Ariti C., Beynon R., Mangtani P., Lipman M., et al. Systematic review and meta-analysis of the current evidence on the duration of protection by bacillus calmette–guérin vaccination against tuberculosis // *Health Technol. Assess. (Rockv).* 2013. Vol. 17, № 37. P. 1–390.
 47. Schaltz-buchholzer F., Bjerregaard-andersen M., Øland C.B., Golding C., Brenno E.S., Monteiro I., et al. Early vaccination with BCG-Denmark or BCG-Japan versus BCG-Russia to healthy newborns in Guinea-Bissau: A randomized controlled trial // *Clin. Infect. Dis.* 2020. Vol. 71, № 8. P. 1883–1893.
 48. Badurdeen S., Marshall A., Daish H., Hatherill M., Berkley J.A. Safety and Immunogenicity of Early Bacillus Calmette-Guérin Vaccination in Infants Who Are Preterm and/or Have

- Low Birth Weights A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA Pediatr. 2018. Vol. 173, № 1. P. 75–85.
49. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES and COMMITTEE ON FETUS AND, NEWBORN. Elimination of Perinatal Hepatitis B: Providing the First Vaccine Dose Within 24 Hours of Birth // Pediatrics. 2018. Vol. 140, № 3. P. 1–5.
 50. Whitford K., Liu B., Micallef J., Yin J.K., Macartney K., Damme V. Long-term impact of infant immunization on hepatitis B prevalence: a systematic review and meta-analysis // Bull World Heal. Organ. 2018. Vol. 96, № 7. P. 484–497.
 51. Schillie S., Vellozzi C., Reingold A., Harris A., Haber P. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices // MMWR. Recomm. reports Morb. Mortal. Wkly. report. 2018. Vol. 67, № 1. P. 1–31.
 52. Briere C., Mcgrath J.M., Cong X., Brownell E., Cusson R. Direct-Breastfeeding Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. 2015.
 53. World Health Organization. Early essential newborn care Clinical practice pocket guide. 2014.
 54. Sze H., Fan L., Yuen J., Wong H., Yee D., Fong T., et al. Breastfeeding outcomes among early-term and full-term infants // Midwifery. Elsevier Ltd, 2019. Vol. 71. P. 71–76.
 55. Khan J., Vesel L., Bahl R., Martines J.C. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity — A Systematic Review and Meta-analysis // Springer Sci. 2014.
 56. Er M., Bergman N., Gc A., Medley N., Er M., Bergman N., et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) // Wiley. 2016.
 57. PEDIATRICS A.A.O. Breastfeeding and the Use of Human Milk // Pediatrics. 2012. Vol. 129, № 3.
 58. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Infant Feeding and Transmission of Human Immunodeficiency Virus in the United States // Pediatrics. 2013. Vol. 131, № 2. P. 391–396.
 59. Zhao Y., Hou R., Zhu X., Ren L., Lu H. International Journal of Nursing Studies Effects of delayed cord clamping on infants after neonatal period: A systematic review and meta-analysis // Int. J. Nurs. Stud. Elsevier Ltd, 2019. Vol. 92. P. 97–108.
 60. Xodo S., Xodo L., Baccarini G., Driul L., Londero A.P. Does Delayed Cord Clamping Improve Long-Term (≥ 4 Months) Neurodevelopment in Term Babies? A Systematic Review and a Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials // Front. Pediatr. 2021. Vol. 9,

№ April. P. 1–11.

61. Liyanage S.K., Ninan K., McDonald S.D. Guidelines on Deferred Cord Clamping and Cord Milking: A Systematic Review // *Pediatrics*. 2020. Vol. 146, № 5. P. 1–14.
62. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Guideline. 2014. 26 p.
63. Sj M., Middleton P., Dowswell T., Ps M. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review) // *Cochrane database*. 2013.
64. Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellöf M., Hellström-Westas L. Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age A Randomized Clinical Trial // *JAMA Pediatr*. 2015. P. 1–8.
65. Fogarty M., Osborn D.A., Askie L., Seidler A.L., Hunter K., Simes J., Tarnow-mordi W. Delayed Versus Early Umbilical Cord Clamping for Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2017.
66. Duryea E.L., Nelson D.B., Wyckoff M.H., Grant E.N., Tao W., Sadana N., et al. The impact of ambient operating room temperature on neonatal and maternal hypothermia and associated morbidities: a randomized controlled trial // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2016. № February. P. 1–7.
67. Nilsson C., Wijk H., Hessman E. Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes : A Systematic Review. 2020. Vol. 13, № 3. P. 198–214.
68. Lubkowska A., Szymanski S., Chudecka M. Surface Body Temperature of Full-Term Healthy Newborns Immediately after Birth — Pilot Study // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019. Vol. 16, № 1312. P. 8.
69. Cooke A., Bedwell C., Campbell M., McGowan L., Ersser S.J., Lavender T., et al. Skin care for healthy babies at term: a systematic review of the evidence // *Midwifery*. 2017. № 17. P. 1–33.
70. Burdall O., Liam M., Diphe W., Goad N., Hons B.A. Neonatal skin care : Developments in care to maintain neonatal barrier function and prevention of diaper dermatitis // *Pediatr. Dermatol.* 2019. Vol. 36. P. 31–35.
71. Imdad A., Rmm B., Kaa S., Mev U., Jb M.I.I.I., Za B. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Review) // *Wiley*. 2013. № 5. P. 1–90.
72. Paul I.M., Schaefer E.W., Miller J.R., Kuzniewicz M.W. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth // *Pediatrics*. 2016. Vol. 138, № 6. P. 1–7.
73. Flaherman V.J., Schaefer E.W., Kuzniewicz M.W., Li S.X., Walsh E.M., Paul I.M., et al. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns // *Pediatrics*. 2014.

Vol. 135, № 1. P. 3–7.

74. Apgar V., Holaday D.A., James L.S., Weisbrot I.M., Berrien C. Evaluation of the newborn infant-second report // J. Am. Med. Assoc. 1958. Vol. 168, № 15. P. 1985–1988.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Байбарина Елена Николаевна** – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ФГБУ «НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация.
2. **Балашова Екатерина Николаевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ОРИТ имени проф. А.Г. Антонова института неонатологии и педиатрии, доцент кафедры неонатологии ФГБУ «НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова» Минздрава России, член Совета Российского общества неонатологов.
3. **Бокерия Екатерина Леонидовна** - доктор медицинских наук, советник директора, научный сотрудник отделения патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 института неонатологии и педиатрии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, профессор кафедры неонатологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).
4. **Грошева Елена Владимировна** – кандидат медицинских наук, заведующая отделения патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 института неонатологии и педиатрии, доцент кафедры неонатологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества неонатологов.
5. **Дегтярев Дмитрий Николаевич** - доктор медицинских наук, профессор заместитель директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), член Совета Российского общества неонатологов.
6. **Зубков Виктор Васильевич** - доктор медицинских наук, директор института неонатологии и педиатрии, заведующий кафедрой неонатологии ФГБУ «НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова» Минздрава России, профессор кафедры неонатологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет), член Совета Российского общества неонатологов.

7. **Караваева Анна Леонидовна** - заведующая по клинической работе отделения новорожденных №1 института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, врач высшей категории, член Российского общества неонатологов.
8. **Макиева Мзия Ильинична** - кандидат медицинских наук, заведующая отделением новорожденных №2 института неонатологии и педиатрии, ассистент кафедры неонатологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, доцент кафедры неонатологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, врач высшей категории, член Российского общества неонатологов.
9. **Рюмина Ирина Ивановна** - доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей № 1 института неонатологии и педиатрии, профессор кафедры неонатологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины, член Российского общества неонатологов.
10. **Тимофеева Лейла Акакиевна** – кандидат медицинских наук, заведующая отделением новорожденных №1 института неонатологии и педиатрии, доцент кафедры неонатологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, врач высшей категории, член Российского общества неонатологов.
11. **Шумакова Оксана Витальевна** – кандидат медицинских наук, врач-неонатолог отделения патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, ассистент кафедры неонатологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являлись публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных PubMed, EMBASE и MEDLINE, Scopus, Web of Science, e-library, clinicaltrial.gov, электронные библиотеки, клинические рекомендации, размещенные на ресурсах The National Institute for Health and Care Excellence, The European Association of Perinatal Medicine, The European Society for Pediatric Research, The European Foundation for the Care of Newborn Infants, The European Society for Neonatology. Глубина поиска составляла 69 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Шкалы оценки уровней достоверности доказательств (УДД) (Таблица 1,2) для методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации (диагностических, профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств) с расшифровкой и шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) (Таблица 3) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных метаанализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств.

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучалась для того, чтобы убедиться в её валидности. Методологическое изучение базировалось на вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследований, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

Для минимизации потенциальных ошибок субъективного характера каждое исследование оценивалось независимо, по меньшей мере, двумя членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, и публикации по фармакоэкономике не анализировались

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались, и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях представлены для дискуссии в предварительной версии. Обновленная версия для широкого обсуждения была размещена на сайте Российского общества неонатологов (РОН) www.neonatology.pro, Ассоциации специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ+) www.raspm.ru для того, чтобы все заинтересованные лица имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все

замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-неонатологи
2. врачи-анестезиологи-реаниматологи
3. врачи-педиатры
4. врачи-акушеры-гинекологи
5. акушерки
6. студенты медицинских ВУЗов;
7. обучающиеся в ординатуре и интернатуре.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

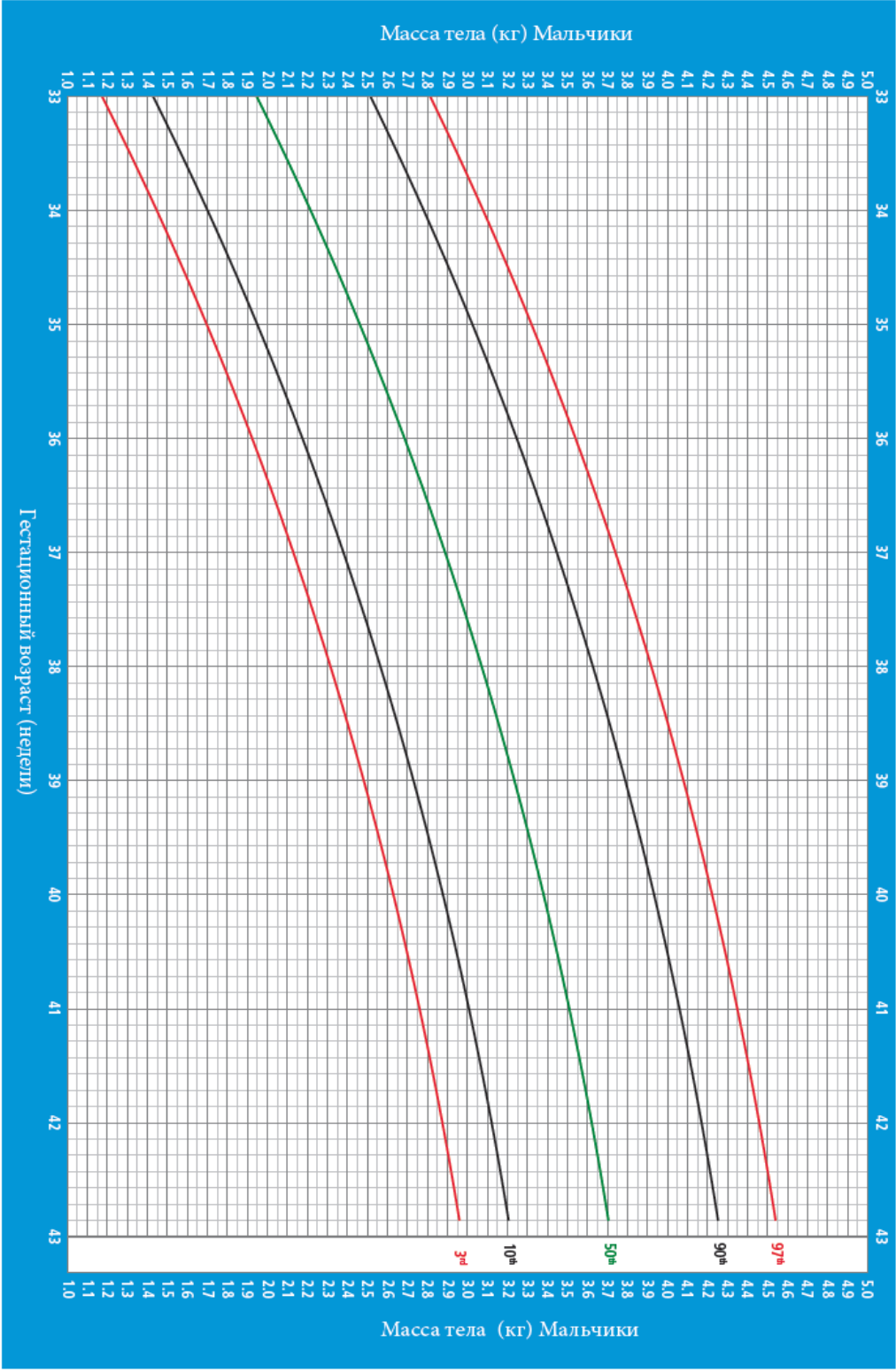
1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 ФЗ.
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011. № 1687н "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи"
3. МЗ РФ, Приказ от 10 мая 2017 г. N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
4. Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная организация здравоохранения) версия 2019.
5. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808).
6. Методическое письмо «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале». Под ред. Байбариной Е.Н. М.: Министерство здравоохранения РФ; 2020.
7. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология» (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 921н).
8. Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 16.04.2024) «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»
9. Письмо Минздрава России от 06.05.2014 N 15-4/10/2-3185 «О направлении клинических рекомендаций Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде»
10. СанПиН №3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» №62500 от 28.01.2021
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 №

- 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок"
12. Приказ от 21 марта 2003 г. N 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 N 855, от 05.06.2017 N 297)
13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 N 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания" (вместе с "Положением об организации проведения массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания", "Рекомендациями по забору образцов крови при проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания").
14. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 26 декабря 2017 г. N 935 "О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 12.03.2015 N 183".
15. Письмо Минздравсоцразвития России от 01.04.2008 г. № 2383-РХ «О проведении универсального аудиологического скрининга детей первого года жизни».
16. Приказ Минздрава России от 21.04. 2022 № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями».
17. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>

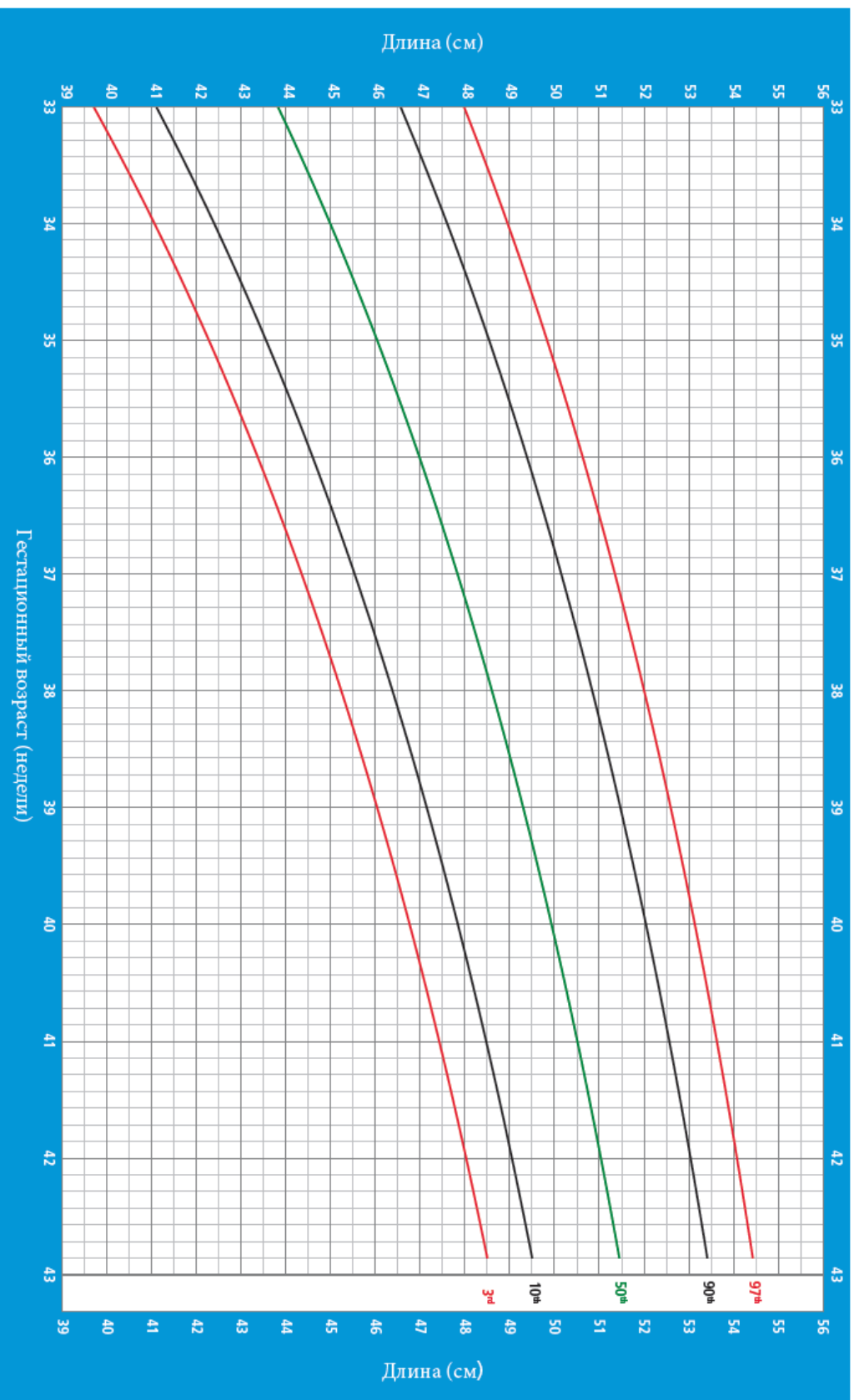
Приложение А3.1 Центильные таблицы международных стандартов
роста (мальчики)



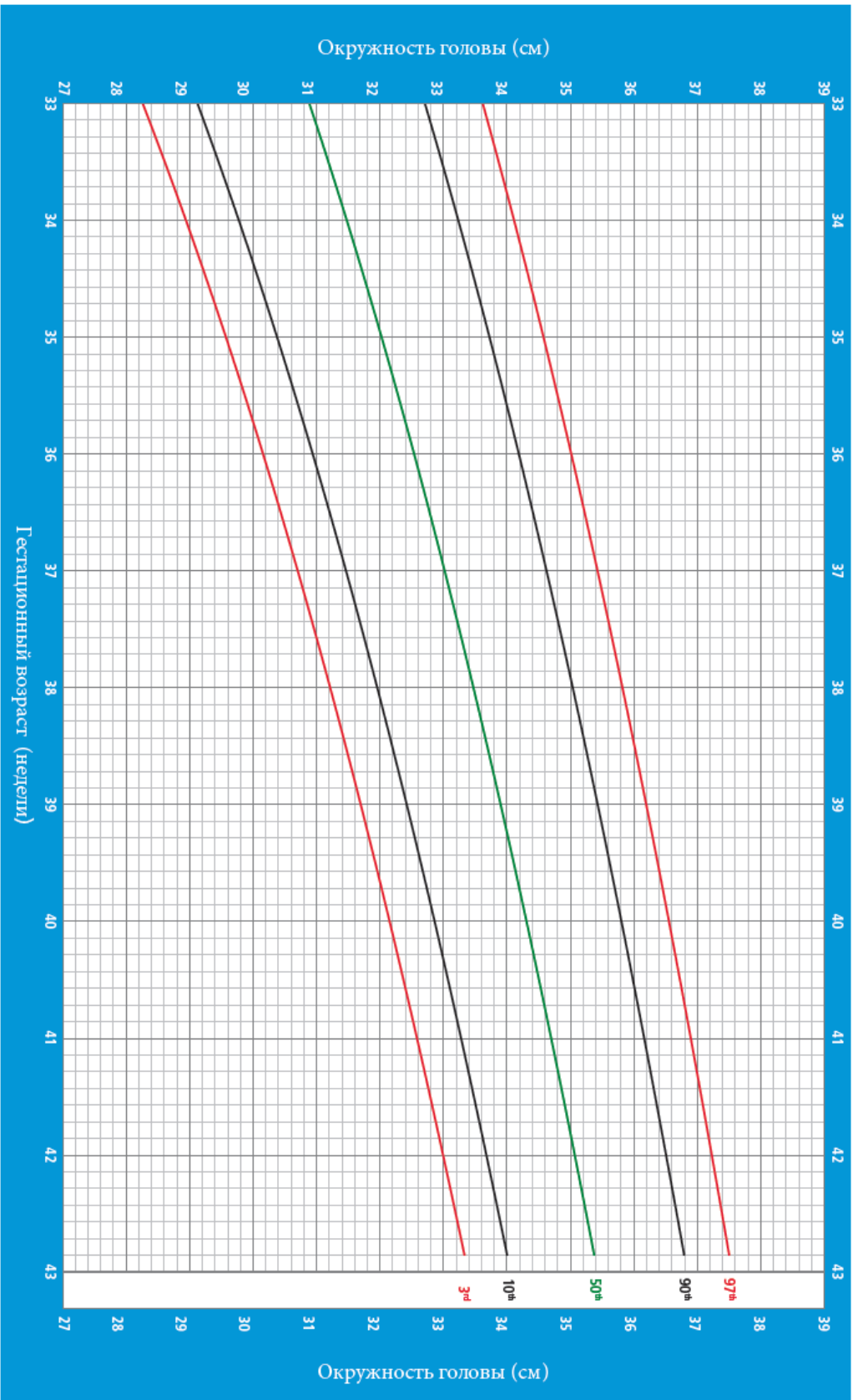
Международные стандарты массы
тела новорожденных (мальчики)



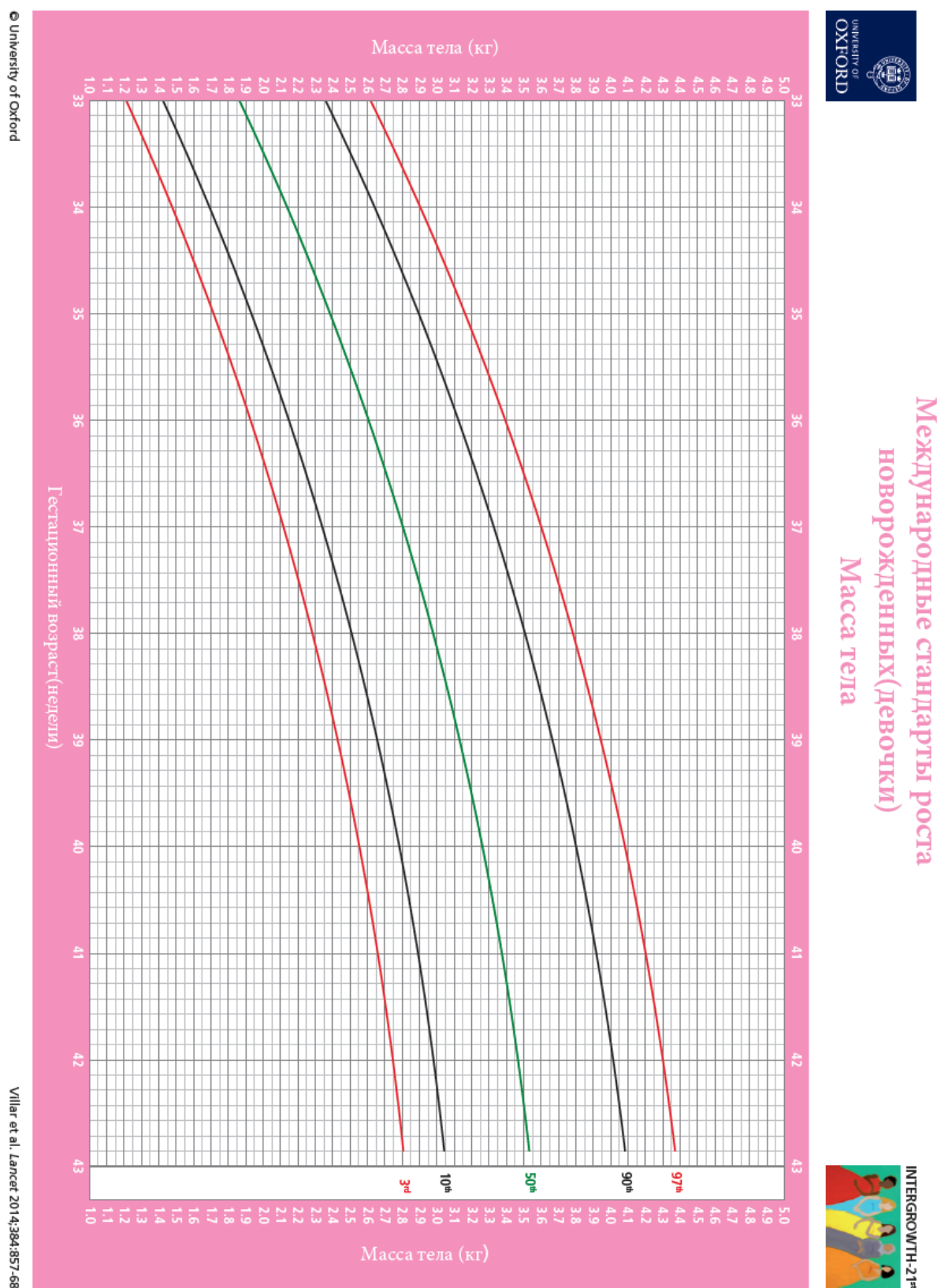
Международные стандарты роста новорожденных (мальчики) Длина



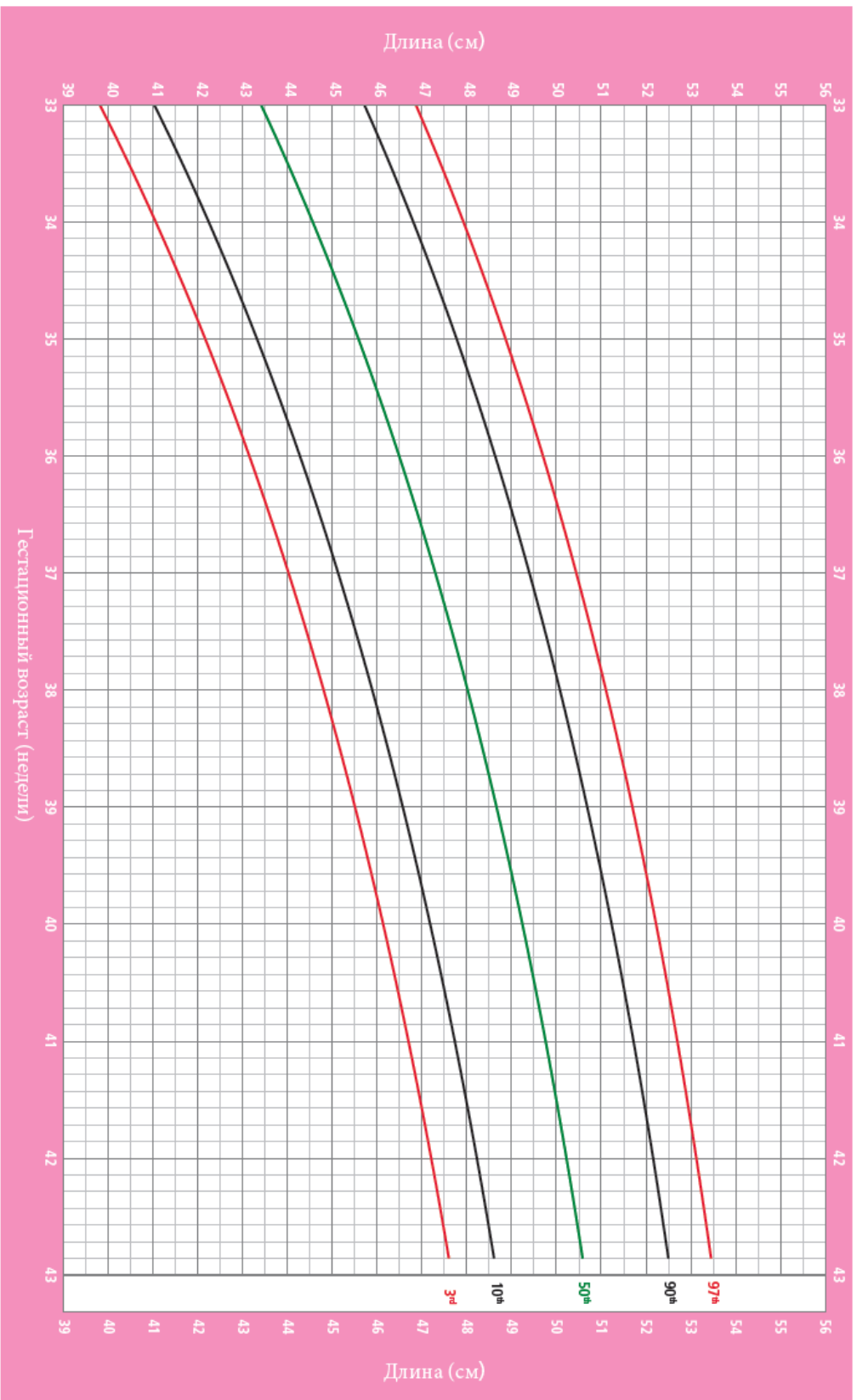
Международные стандарты роста новорожденных (мальчики) Окружность головы



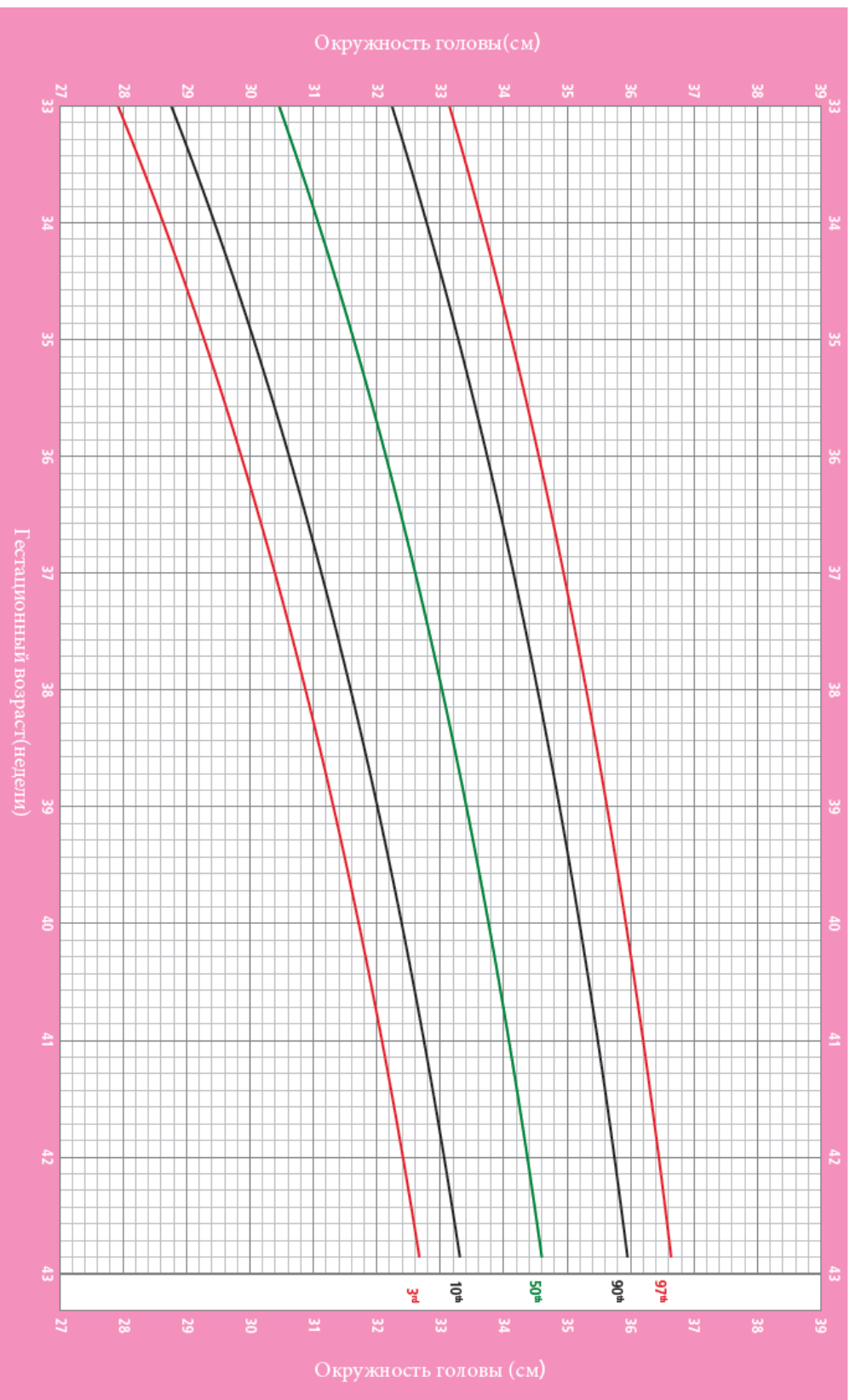
Приложение А3.2 Центильные таблицы международных стандартов роста (девочки)



Международные стандарты роста новорожденных (девочки) Длина

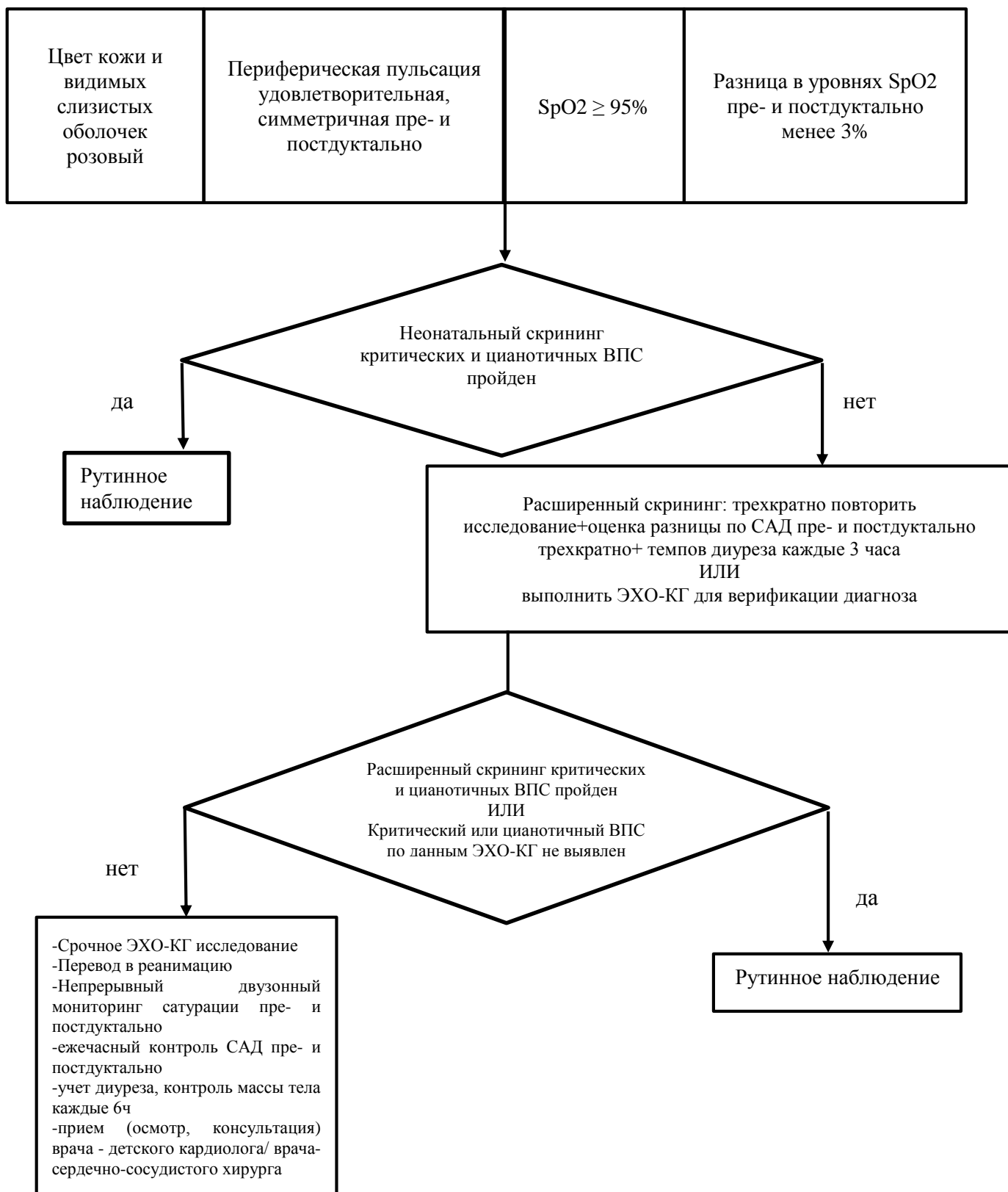


Международные стандарты роста Новорожденных(девочки) Окружность головы



Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Порядок проведения неонатального скрининга критических и цианотичных ВПС у детей 36-48 часов жизни.



Приложение В. Информация для пациента

Базовая неонатологическая помощь направлена на поддержание здоровья, оценку рисков развития заболеваний новорожденного ребенка, а также обеспечение условий для успешного грудного вскармливания.

Новорожденный ребенок требует особого внимания как со стороны медицинского персонала, так и со стороны родителей.

Сразу же после рождения здоровый новорожденный ребенок инстинктивно начинает поиск пищи, поэтому необходимо как можно более раннее прикладывать ребенка к груди. В первые дни после рождения ребенка молочные железы роженицы вырабатывают молозиво – густое желтоватое молоко. В молозиве содержится больше белка, антител и других факторов защиты, чем в зрелом молоке. Учитывая уникальный состав молозива, очень важно, чтобы ребенок получал его с первых часов жизни. Зрелое молоко появляется в течение нескольких дней после рождения ребенка в гораздо большем количестве, чем молозиво. Необходимо как можно чаще прикладывать ребенка к груди для стимуляции лактации. Нет необходимости допаивать ребенка на грудном вскармливании. Частота и продолжительность кормлений должны определяться желанием ребенка. Большинство детей нуждаются в кормлении по ночам.

В целях безопасности при уходе за ребенком не следует оставлять его без присмотра. Целесообразно перед купанием и подмыванием ребенка проконтролировать температуру воды до контакта с кожей новорожденного. Следует успокаивать, укачивать ребенка плавно, не производя резких движений руками. Не следует укладывать спать новорожденного с матерью в одной кровати, в связи с повышенным риском падения новорожденного или удушения матерью во сне. Целесообразно нахождение ребенка в отдельной кроватке. После выписки ребенка домой родителям необходимо использовать в автомобиле удерживающие устройства (детские автомобильные кресла и люльки). Во время прогулок в вечернее время использовать светоотражающие элементы на коляске и одежде.

Во время пребывания новорожденного ребенка в родильном доме за его состоянием тщательно следит весь медицинский персонал. Врач-неонатолог оценивает показатели жизненно-важных функций организма. В первые часы жизни ребенку необходима профилактика геморрагической болезни новорожденных, которая опасна развитием кровотечений и кровоизлияний. Профилактика геморрагической болезни новорожденного проводится внутримышечным введением витамина К (код АТХ В02ВА), который

необходим для синтеза факторов свертывания крови и препятствуют развитию кровотечений и кровоизлияний.

В родильном доме проводится вакцинация против вирусного гепатита В и туберкулеза согласно национальному календарю прививок.

С целью раннего выявления наследственных болезней обмена в родильном доме проводится неонатальный скрининг.

С целью исключения врожденных пороков сердца проводится кардиологический скрининг и при необходимости эхокардиография.

С целью исключения нарушения слуха у новорожденного ребенка проводится аудиологический скрининг.

При удовлетворительном состоянии ребенок выписывается из стационара на 3-4 сутки жизни под наблюдение врача-педиатра участкового.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Оценка новорожденного по шкале Апгар

Название на русском языке: Оценка новорожденного по шкале Апгар⁶

Оригинальное название: The Apgar Score

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Apgar V, Holaday DA, James LS, Weisbrot IM, Berrien C. Evaluation of the newborn infant-second report. JAMA. 1958; 168 (15): 1985–1988. doi:10.1001/jama.1958.03000150027007 [74]

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка состояния новорожденного ребенка после рождения

Содержание (шаблон):

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
ЧСС	Сердцебиение отсутствует	Меньше 100 в минуту	100 и более в минуту
Дыхание	Отсутствует	Брадикапноэ, нерегулярное	Активное регулярное, громкий крик и плач
Мышечный тонус	Конечности свисают	Некоторое сгибание конечностей, слабые движения	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на раздражение при санации ВДП, раздражение подошв)	Реакция отсутствует	Гримаса	Кашель или чихание
Окраска кожи	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска тела и синюшная конечностей (Акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

⁶ Методическое письмо «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале». Под ред. Байбариной Е.Н. М.: Министерство здравоохранения РФ; 2020.

Ключ (интерпретация): Оценка 4-7 баллов через 1 мин после рождения соответствует средней и умеренной асфиксии при рождении (P21.1), 0-3 балла через 1 мин после рождения - тяжелой асфиксии (P21.0). Несмотря на то что по МКБ-10 сумма 7 баллов через 1 мин после рождения соответствует асфиксии средней и умеренной тяжести, нецелесообразно выставить этот диагноз, поскольку оценка 7 баллов по шкале Апгар к концу 1-й минуты не является клинически и/или прогностически значимой.