

этому заболеванию. Незрелость регуляторных механизмов, характерная для недоношенных детей, может привести к реализации катастрофического сценария внезапной смерти в случае воздействия экзогенного стрессового фактора в критический период развития. Простые и эффективные меры профилактики позволяют с высокой вероятностью снизить риск СВСМ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome / P.S. Blair, P.J. Fleming, I.J. Smith [et al.] // CESDI SUDI Research Group. *BMJ*. — 1999. — № 319(7223). — P.1457—1462.
2. *Filiano, J.J.* A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model / J.J. Filiano, H.C. Kinney // *Biol. Neonate*. — 1994. — № 65. — P.194—197.
3. French Reference Centers for SIDS. Sudden unexpected death in infants under 3 months of age and vaccination status: a case-control study / A.P. Jonville-Béra, E. Autret-Leca, F. Barbeillon, J. Paris-Llado // *Br. J. Clin. Pharmacol.* — 2001. — № 51(3). — P.271—276.
4. *Fu, L.Y.* Bed sharing among black infants and sudden infant death syndrome: interactions with other known risk factors / L.Y. Fu, F.R. Hauck, R. Moon // *Acad. Pediatr.* — 2010. — № 10(6). — P.376—382.
5. *Horne, R.S.* Effects of prematurity on heart rate control: implications for sudden infant death syndrome / R.S. Horne // *Expert Rev. Cardiovasc. Ther.* — 2006. — № 4. — P.335—343.
6. Immunization Safety Review: Vaccinations and Sudden Unexpected Death in Infancy / K. Stratton, D.A. Almarino, T.M. Wizenmann [et al.]. — Washington: National Academies Press, 2003. — 104 p.
7. Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997—2000 / D.K. Li, D.B. Petitti, M. Willinger [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* — 2003. — № 157(5). — P.446—455.
8. *Kinney, H.C.* The Sudden Infant Death Syndrome / H.C. Kinney, B.T. Thach // *N. Engl. J. Med.* — 2009. — № 361(8). — P.795—805.
9. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK / P.S. Blair, P. Sidebotham, P.J. Berry [et al.] // *Lancet*. — 2006. — № 367. — P.314—319.
10. *Molteno, C.D.* Early childhood mortality in Cape Town / C.D. Molteno, E. Ress, M.A. Kibel // *S. Afr. Med. J.* — 1989. — № 75. — P.570—574.
11. *Moon, R.Y.* Sudden infant death syndrome / R.Y. Moon, R.S. Horne, F.R. Hauck // *Lancet*. — 2007. — № 370. — P.1578—1587.
12. *Moon, R.Y.* Task Force on Sudden Infant Death Syndrome / R.Y. Moon // *Pediatrics*. — 2011. — № 128(5). — P.1030—1039.
13. Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats / J. R. Merchant, C. Worwa, S. Porter [et al.] // *Pediatrics*. — 2001. — № 108(3). — P.647—652.
14. Risk factors for sudden infant death syndrome among / S. Iyasu, L.L. Randall, T.K. Welty [et al.] // *Northern Plains Indians. JAMA*. — 2002. — № 288. — P.2717—2723.
15. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study / F.R. Hauck, S.M. Herman, M. Donovan [et al.] // *Pediatrics*. — 2003. — № 111. — P.1207—1214.
16. Sleeping position, oxygenation, and lung function in prematurely born infants studied post term. *Archives of Disease in Childhood / T. Saiki, H. Rao, F. Landolfo [et al.] // Fetal & Neonatal Edition*. — 2009. — № 94(2). — P.133—137.
17. Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden / M.F. MacDorman, S. Cnattingius, H.J. Hoffman [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* — 1997. — № 146(3). — P.249—257.
18. Sudden infant deaths in sitting devices / A. Côté, A. Bairam, M. Deschesne, G. Hatzakis // *Arch. Dis. Child*. — 2008. — № 93(5). — P.384—389.
19. The UK accelerated immunization programme and sudden unexpected death in infancy: case-control study / P.J. Fleming, P.S. Blair, M.W. Platt [et al.] // *BMJ*. — 2001. — № 322(7290). — P.822.

Поступила 23.10.2014

© Н.Л. Рыбкина, 2014

УДК 616.5-083.4-053.31

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УХОДУ ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО: ТАКТИКА ПЕДИАТРА

**НАДЕЖДА ЛЕОНИДОВНА РЫБКИНА**, канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-неонатолог высшей категории, тел. (843)262-52-66, email: kafped@yandex.ru

**Реферат.** Цель исследования — выделить основные особенности строения кожи у новорожденного ребенка, представить принципы ухода за кожей новорожденного, а также ухода за пуповинным остатком. *Материал и методы.* Рассмотрены основные причины, которые могут нарушать целостность кожных покровов при неправильном уходе. Представлены основные средства ухода за кожей новорожденного, даны практические рекомендации по применению этих средств. *Результаты и их обсуждение.* Особенности строения кожи у новорожденного ребенка объясняют требования к средствам по уходу за кожей. Уход за кожей новорожденного имеет следующие составляющие: предотвращение раздражения или повреждения эпидермиса; поддержание необходимого состава кожи. Современные подходы к уходу за кожей новорожденного с учетом анатомо-физиологических особенностей строения кожи у детей позволяют обеспечить гладкую, бархатистую, нежную кожу. *Заключение.* Отсутствие повреждений кожи создает основу для хорошего самочувствия ребенка и его родителей. Необходимо помнить, что повреждение кожи проще предупредить, чем вылечить. Многообразные косметические средства при грамотном их подборе, правильный уход и мониторинг состояния кожных покровов обеспечивают профилактику поражений кожи и сохранение здоровья ребенка.

**Ключевые слова:** новорожденные, уход за кожей, уход за пуповинным остатком, средства ухода за кожей.

## MODERN APPROACHES TO SKIN CARE OF THE NEWBORNS: TACTICS OF PEDIATRICIAN

**NADEZHDA L. RYBKINA**, M.D., neonatologist, assistant professor of Department of pediatrics and neonatology of Kazan State Medical Academy, tel. (843)262-52-66, e-mail: kafped@ya.ru

**Abstract.** *Aim.* To specify the major features of a newborn baby skin structure. To introduce the principles of skin care of the newborn, as well as care of the cord. *Material and method.* The main reasons that might violate the integrity of the skin care in violation of tactics are listed. The basic skin care of the newborn, practical recommendations for the use of these funds are reviewed. *Results and discussion.* Features of the structure of the skin of a newborn child explain the requirements for skin care facilities. Skin care of the newborn has the following components: prevention of irritation or epidermis damage; maintaining the desired composition of the skin. Modern approaches to skin care of the newborn based of the anatomical and physiological features of the structure ensure smooth, velvety, delicate skin. *Conclusion.* No damage to the skin provides a basis for well-being of the child and his parents. It must be remembered that the damage to the skin is easier to prevent than to cure. Different cosmetics proper selected, proper care and monitoring the skin lesions condition provide preventive maintenance and health preservation of the child.

**Key words:** newborn care, skin care, care of the cord, skin care products.

Уход за кожей новорожденного является важной составной частью ухода за новорожденным ребенком. Состояние кожных покровов отражает многие процессы, которые происходят в организме новорожденного ребенка. Известно выражение «как кожа новорожденного», что означает мягкую, бархатистую, нежную кожу. Такие качества связаны с особенностями строения кожи новорожденного ребенка, которая отличается от кожи взрослого человека. Кожа представляет собой орган контакта с окружающим миром: через кожу ребенок осязает, узнает, трогает, знакомится с родителями. Самый первый контакт с матерью после рождения, когда новорожденного выкладывают сначала на живот матери, а затем прикладывают к груди, создает чувство защищенности у ребенка, способствует развитию материнского инстинкта у женщины [2, 3, 4, 6].

Правила ухода за кожными покровами новорожденного ребенка разработаны и изложены достаточно подробно. Вместе с тем в практику внедряются новые технологии, которые ставят перед педиатрами новые вопросы, которые не возникали ранее. Появляется большое количество новых средств по уходу за новорожденным ребенком. Привлеченные рекламой родители детей зачастую неправильно применяют эти средства, вызывая повреждение кожи у ребенка. Вопросы по грамотному уходу за кожей у новорожденных и детей раннего возраста возникают как у родителей, так и у педиатров и медицинских сестер [2, 10, 13, 14].

Вопросы ухода за кожей ребенка обсуждаются во время первого патронажа и остаются актуальными на протяжении всего периода раннего детства. Для того чтобы ориентироваться в широкой линейке средств по уходу за кожей, необходимо помнить о особенностях строения кожных покровов и слизистых у новорожденных.

Кожа составляет половину от массы тела новорожденного. У новорожденных отношение веса кожи к весу тела составляет 19,7%, у взрослых—17,7%.

К особенностям строения кожи в первую очередь относится тонкость рогового слоя. Он состоит из нескольких слоев клеток, что способствует повышенной ранимости кожи. Кожа новорожденного ребенка при несоблюдении правил ухода может по-

вреждаться, тем самым усиливается риск развития различных инфекционных процессов. Неправильное использование одноразовых подгузников может приводить к развитию пеленочного дерматита, в основе развития которого также лежит нарушение целостности кожных покровов [1, 5, 6, 8, 12].

В самой коже сильно развиты многочисленные и широкие кровеносные сосуды, поэтому кожа здорового новорожденного имеет розовый цвет. Изменение цвета кожных покровов, а именно бледность или сероватый оттенок кожи новорожденного является патологическим признаком и требует исключения патологии сердечно-сосудистой системы, надпочечников или может свидетельствовать о развитии интоксикации у новорожденного ребенка.

Кожа новорожденного содержит большее количество воды по сравнению с кожей взрослого человека. При несоблюдении температурного режима и режима влажности кожа может терять содержащуюся в ней влагу, тем самым повышается риск высыхания кожи, кожа при этом состоянии начинает шелушиться, иногда приводя к неверному диагнозу «атопический дерматит». Неверно выставленный диагноз может привести, с одной стороны, к ненужному и иногда дорогостоящему лечению, с другой — может повысить тревожность родителей, вызывая в дальнейшем формирование чувства вины или гиперопеки.

У новорожденных детей отмечается недостаточно прочное соединение между верхним слоем кожи и дермой. Особенность строения базальной мембраны, которая обеспечивает это соединение, заключается в том, что она представляет собой клетчатку, практически без соединительной ткани. Поэтому у новорожденного быстрее возникает поражение кожных покровов. Именно с этой особенностью строения кожи новорожденного ребенка связана возможность образования пузырей при любом инфекционном процессе, а содержание высокого количества липидов обеспечивает проникновение жирорастворимых веществ. Роговой слой состоит из 2—4 слоев клеток, что обеспечивает возможность проникновения через кожу различных веществ, и усиливается риск раздражения и повреждения целостности кожных покровов испражнениями ребенка. Хорошо развитая капиллярная

сеть способствует более выраженной возможности проникновения веществ через кожу. Кожные покровы проницаемы для мазей, кремов и различных веществ, таких как йод, спиртосодержащие растворы и некоторые другие. Чрезмерное нанесение веществ на кожу новорожденного может вызвать токсическое действие. Поэтому важно обсудить с родителями кратность и количество нанесения любых веществ на кожу и слизистые [2, 5, 8, 10].

Сальные железы у новорожденного ребенка функционируют более активно по сравнению с старшими детьми и взрослыми. Известно, что сальные железы начинают функционировать антенатально, во втором триместре. При рождении тело ребенка покрыто смазкой, которая обеспечивает защиту кожных покровов от повреждения. У новорожденных зрелых детей на лице, чаще всего в области носа встречаются милиа, которые возникают в связи со скоплением секрета в сальных железах. Это вызывает беспокойство у родителей. Милиа проходят самостоятельно, не нуждаются в назначении лечения. Родителей необходимо проинформировать, что секрет сальных желез может закупоривать выводные протоки желез при нарушении ухода за кожей и способствовать нарушению целостности кожных покровов и риске присоединения инфекции.

Поверхность кожи новорожденного покрыта секретом с pH, близким к нейтральному, — 6,3—6,7; pH кожи взрослого человека составляет 5,5. Эту особенность кожи новорожденного необходимо учитывать при выборе средств по уходу за кожей. Применение средств, не предназначенных для новорожденных, не прошедших сертификацию, может нарушить функции секрета желез, которые обладают антимикробным и защитным действием.

Регуляция температуры тела кожей несовершенна у новорожденных и детей первых месяцев жизни, что связано с большей поверхностью тела, хорошо развитой сетью сосудов, в связи с чем дети предрасположены к перегреванию или охлаждению. Вследствие недоразвитости потовых желез новорожденный ребенок не потеет при перегреве, а реагирует подъемом температуры. Родители должны это четко знать. Новорожденного ребенка очень легко перегреть или переохладить, поэтому температура в комнате, где находится ребенок, должна контролироваться и поддерживаться на уровне 24°C.

Одежда также должна соответствовать погоде при прогулках. Поскольку кожа новорожденного ребенка склонна к развитию потери жидкости и шелушению, при прогулках в холодную и ветреную погоду необходимо использовать защитный крем от ветра и непогоды, который предотвращает шелушение кожи. Крем нужно наносить за 20—25 мин до прогулки для достижения эффекта. Если у ребенка отмечается выраженная гиперемия и шелушение кожи только на открытых участках тела, необходимо уточнить у родителей, как они ухаживают за кожей ребенка [2, 4, 7, 11, 12].

К слою кожи, где проходят капилляры, поступает кислород через поры. Поры находятся на поверхности кожи, поэтому у новорожденного ребенка дыхательная функция кожи выражена в несколько

раз лучше по сравнению с взрослым человеком. Для того чтобы кожа новорожденного «дышала», она должна быть чистой. Регулярные купания — это один из основополагающих механизмов ухода за кожей новорожденного ребенка. Для того чтобы кожа дышала, нельзя без особых показаний наносить масло на всю поверхность кожи ребенка, как это делают некоторые родители. Еще одна распространенная ошибка родителей, которая приводит к нарушению функции кожи, — это нанесение косметического средства на кожу ребенка непосредственно из тюбика. Косметическое средство (масло, лосьон, молочко, крем, присыпка) должно наноситься на чистые, вымытые с мылом руки родителей и только потом тонким слоем наноситься на кожу ребенка с обязательным удалением излишков. Для ухода за нежной детской кожей применяют различные варианты средств. При рекомендации родителям средств ухода за кожей необходимо помнить, что разные формы одного и того же средства обладают разным механизмом действия. Мазь создает дополнительный защитный слой в виде пленки на коже, способствуя удержанию влаги и препятствуя повреждению кожи, в то время как крем, проникая во все слои кожи, способствует восстановлению целостности кожных покровов [3, 9, 13, 14, 16].

У плода внутриутробно подкожная жировая клетчатка появляется в середине второго триместра, достигая максимума к концу 38-й нед. Для доношенного ребенка характерно большее количество подкожной клетчатки по сравнению с недоношенным ребенком и взрослым. По составу набор жирных кислот идентичен жирным кислотам, содержащимся в грудном молоке. За счет большего содержания твердых жирных кислот обеспечивается более выраженный тургор мягких тканей у новорожденных детей. Для детей первых месяцев жизни характерна предрасположенность к развитию отеков подкожно-жировой ткани, в том числе и местных. Одним из клинических проявлений нарушения липидного обмена, который происходит вследствие преобладания насыщенных кислот над полиненасыщенными является адипонекроз. В клинике отмечается изменение кожных покровов, как правило, в местах давления (в проекции крупных суставов, ребер). Появляются четко ограниченные участки изменения цвета кожных покровов, как правило, температура кожи над этими образованиями не изменена, цвет кожных покровов может быть от багрового до синюшного. Образования безболезненны при пальпации, самочувствие ребенка не нарушено. Морфологически это состояние представляет собой асептический некроз, поэтому не требует проведения антибактериальной терапии. Требуется проведение тщательной дифференциальной диагностики для исключения инфекционного процесса. Лечение заключается в применении согревающих повязок. При множественных адипонекрозах необходимо исключить нарушения липидного обмена другого генеза.

Слизистая оболочка полости рта у младенца очень нежная, легкоранимая, она не требует специальной обработки. У ребенка на языке и небе может быть белесая слизистая оболочка, ее появление

связано с кормлением, она исчезает при снятии без повреждения слизистой так же как и мозоль на нижней губе в виде небольшого пузыря [2, 13, 14, 15, 16].

Иногда после сна, чаще по утрам, у новорожденного во внутреннем углу глаз может скапливаться отделяемое, которое беспокоит родителей. Если отделяемое белого цвета, это, как правило, слущенный эпителий конъюнктивы и элементы слезы; появление таких выделений считается вариантом нормы.

Особенности строения кожи у новорожденного ребенка объясняют требования к средствам по уходу за кожей. Уход за кожей новорожденного имеет следующие составляющие:

- предотвращение раздражения или повреждения эпидермиса;
- поддержание необходимого состава кожи [3, 4, 8, 9].

Использование даже высококачественной продукции, без учета особенностей кожи конкретного ребенка, может привести к нарушению функций кожи. Поэтому уход за кожей требует соблюдения алгоритма. Соблюдение алгоритма очень важно. Нарушение целостности кожных покровов вызывает болезненные ощущения, а в случае присоединения инфекции процесс выздоровления затягивается, что может привести к развитию отдаленных последствий, таких как нарушение сна у детей более старшего возраста. Считается, что наличие длительно текущего пеленочного дерматита в дальнейшем может привести к формированию у детей нарушения управления функцией мочеиспускания, в том числе и энуреза.

Родителям необходимо объяснить, что необходимо регулярно осматривать кожные покровы ребенка, показать те места, которые чаще подвержены поражениям. Осмотр кожи обычно производится сверху вниз. К таким местам относятся шейные складки, заушные складки, кисти рук, подмышечные и паховые складки, кожа волосистой части головы, область ануса.

Уход за кожей новорожденного тесно связан с осязательной функцией кожи. В коже новорожденного ребенка, как и детей более старшего возраста и взрослых, находится большое количество рецепторов. Через кожу ребенок познает окружающий его мир, мир тактильных прикосновений. Необходимо уделять особое внимание контакту кожа к коже между ребенком и его родителями. Время купания, массажа, гигиенических процедур способствует развитию тактильной чувствительности, развивает у ребенка и его родителей взаимную любовь, которая будет окружать малыша на протяжении всей жизни. Педиатр должен показать родителям новорожденного важность ухода за кожей не только в плане физического здоровья ребенка, но и в плане создания эмоционального и психологического микроклимата в семье.

Достаточно часто родители применяют средства по уходу за ребенком, не проверяя индивидуальную чувствительность. Если у новорожденного имеется индивидуальная непереносимость отдельных

компонентов косметических средств, это может привести к развитию аллергических реакций и вызывать у ребенка боль и раздражение. Необходимо объяснить родителям, что любое косметическое средство необходимо, во-первых, использовать в первую очередь родителями. При отсутствии аллергической реакции нанести на ограниченный участок кожи ребенка, обычно на внутреннюю поверхность предплечья, и убедиться в отсутствии реакции на это средство. Реакцию наблюдают в течение суток. Только при отсутствии реакции это средство может быть рекомендовано к рутинному использованию. Если в составе имеются компоненты, которые вызывают аллергическую реакцию у членов семьи, по возможности эта продукция не используется. Средства для ухода за кожей и одноразовые подгузники требуют соблюдения правильных условий хранения: их следует держать в закрытых упаковках, предпочтительно в сухом и темном месте. Детская кожа требует очищения, увлажнения и питания [4, 7, 11].

Родители должны знать, что средства по уходу за кожей делятся на очищающие (шампуни, пены для ванны, мыло, лосьоны), защищающие (масла, присыпки), питающие (кремы). Детские лосьоны («молочко») не содержат спирта и предназначены для очищения кожи.

Детский крем — основное средство ухода за кожей ребенка. Используется для увлажнения кожи, обладает противовоспалительным действием. Не наносится на кожу при мацерации.

Детское масло смягчает сухую кожу и улучшает ее эластичность, образует на коже защитную пленку. Детское масло применяется после купания ребенка и обычно наносится на сухую кожу ребенка. Не рекомендуется наносить на всю поверхность кожных покровов.

Все средства детской косметики должны быть произведены только из качественного сырья, все ингредиенты должны быть разрешены к применению в грудном и раннем детском возрасте, пройти тесты на безопасность и быть сертифицированы.

Педиатр должен рекомендовать оптимальные средства из каждой группы.

Если имеется повреждение кожных покровов, многие родители ошибочно используют спиртосодержащие растворы, а затем крем или масло. Вместо желаемого эффекта процесс распространяется. Педиатр должен объяснить, что при появлении нарушения целостности кожных покровов этот участок кожи нуждается в подсушивании, и только после этого наносится крем [1, 7, 9].

Среди родителей широко распространено мнение о целебном действии на кожу различных растворов трав. Педиатр должен предостеречь родителей о возможной аллергической реакции и, как следствие, повреждения целостности кожного покрова.

При уходе за кожей необходимо соблюдать правило, согласно которому в последнюю очередь обрабатываются наиболее проблемные участки. При уходе за кожей лица обычно средства наносятся в следующем порядке: сначала щеки, потом лоб, подбородок и в заключение крылья носа. Глаза обрабатывают в последнюю очередь. При уходе

за телом кожные складки обрабатывают сверху вниз, в последнюю очередь обрабатывают паховые складки и промежность. Особое значение придается обработке пупочной ранки и пуповинному остатку. С учетом последних клинических рекомендаций, рекомендаций ВОЗ и данных доказательной медицины ребенок может быть выписан на педиатрический участок с пуповинным остатком. До отпадения пуповины, которое может произойти к концу второй недели жизни новорожденного, за этой областью необходимо проводить тщательное наблюдение. Согласно рекомендациям ВОЗ, ребенка можно купать с пуповинным остатком. Родителей часто беспокоит вопрос, не будет ли причинять боль и беспокойство скобка, наложенная на пуповинный остаток при выкладывании ребенка на живот. Проведенные исследования и клинический опыт убедительно свидетельствуют, что пуповинный остаток не может мешать ребенку и его родителям вести обычный образ жизни и не является препятствием для выкладывания ребенка на живот.

Согласно современным представлениям, для более быстрого отпадения пуповинного остатка его необходимо подсушивать. Для этого ребенка нужно одевать так, чтобы остаток пуповины был открытым.

Для предотвращения инфицирования пуповинный остаток должен быть чистым, необходимо избегать попадания на него мочи или кала. При загрязнении пуповинного остатка необходимо промыть его водой и тщательно подсушить. На область пуповинного остатка не наносят никаких растворов, в том числе и антисептические. Нанесение растворов может изменить микробиоценоз кожи. Не рекомендуется использовать вату для протирания пуповинного остатка, так как частицы ваты могут остаться на пуповине. Это может привести к наслоению инфекции.

Пуповинный остаток должен отпасть к концу второй недели жизни ребенка, если этого не происходит, возможно развитие омфалита. Родители должны быть проинформированы о признаках неблагополучия, когда необходимо обратиться к педиатру. Родителям необходимо срочно обратиться к педиатру, если у ребенка появляется отек и/или гиперемия кожи вокруг пупка, усиливается венозный рисунок на коже живота, пуповинный остаток приобретает гнилостный запах, появляются признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта, а именно срыгивания, рвота, нарушения сосания [2, 15].

Таким образом, современные подходы к уходу за кожей новорожденного с учетом анатомо-физиологических особенностей строения кожи у детей позволяют обеспечить гладкую, бархатистую, нежную кожу. Отсутствие повреждения кожи создают основу для хорошего самочувствия ребенка и его родителей. Необходимо помнить, что повреждение кожи проще предупредить, чем вылечить. Многообразные косметические средства при грамотном их подборе, правильный уход и мониторинг состояния кожных покровов обеспечивают профилактику поражений кожи и сохранение здоровья ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев, Ю.К. Воспалительные заболевания новорожденных / Ю.К. Абаев. — Ростов н/Д.: Феникс, 2007. — 256 с.
2. Базовая помощь новорожденному — международный опыт / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208 с.
3. Борьесон, Б. Ранние отношения и развитие ребенка / Б. Борьесон, С. Бриттен, С.В. Довбня. — СПб.: Питер, 2009. — 160 с.
4. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.
5. Детские болезни: учебник в 2 т. + CD / под ред. И.Ю. Мельниковой. — М., 2009. — 540 с.
6. Детские болезни: учебник + CD / под ред. А.А. Баранова. — 2-е изд., испр. и доп. — М., 2007. — 1008 с.
7. Иванова, Н.А. Опыт применения бепантена и бепантена плюс в лечении атопического дерматита у детей / Н.А. Иванова, Л.Н. Костракина // *Consilium Medicum* (прил. Педиатрия). — 2005. — № 7(1). — С.31—33.
8. Кешишян, Е.С. Использование мази и крема «Д-пантенол» для профилактики и лечения повреждения кожи у детей раннего возраста / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // *Consilium medicum* (Педиатрия). — 2007. — № 1. — С.8—10.
9. Кешишян, Е.С. Уход за кожей детей первых лет жизни / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // *Лечащий врач*. — 2004. — № 10. — С.62—65.
10. Кешишян, Е.С. Профилактика нарушений целостности кожи различного генеза у детей раннего возраста при использовании защитной пленки / Е.С. Кешишян // *Главная медицинская сестра*. — 2013. — № 10. — С.119—122.
11. Педиатрия: учебник + CD / под ред. Н.А. Геппе. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
12. Поликлиническая педиатрия / под ред. А.С. Калмыковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 624 с.
13. Практическое руководство по неонатологии / под ред. Г.В. Яцк. — М.: МИА, 2008. — 344 с.
14. Пропедевтика детских болезней: учебник + CD / под ред. Н.А. Геппе. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 464 с.
15. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание / Европейское региональное бюро ВОЗ. — М., 2002. — 173 с.
16. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С.41—65.

## REFERENCES

1. Abaev, Yu.K. Vospalitel'nye zabolevaniya novorozhdennykh [Inflammatory disease of the newborn] / Yu.K. Abaev. — Rostov n/D.: Feniks, 2007. — 256 s.
2. Bazovaya pomoshch' novorozhdennomu — mezhduнародnyi opyt [Basic newborn care — International Experience] / pod red. N.N. Volodina, G.T. Suhikh. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — 208 s.
3. Bor'eson, B. Rannie otnosheniya i razvitie rebenka [Early relationships and the development of the child] / B. Bor'eson, S. Britten, S.V. Dovbnia. — SPb.: Piter, 2009. — 160 s.
4. Neonatologiya: nacional'noe rukovodstvo [Neonatology: national leadership] / pod red. N.N. Volodina. — M.: GEOTAR-Media, 2007. — 848 s.
5. Detskie bolezni [Childhood diseases]: uchebnik v 2 t. + CD / pod red. I.Yu. Mel'nikovoi. — M., 2009. — 540 s.

6. Detskie bolezni [Childhood diseases]: uchebник + CD / pod red. A.A. Baranova. — 2-e izd., ispr. i dop. — M., 2007. — 1008 s.
7. Ivanova, N.A. Opyt primeneniya bepantena i bepantena plus v lechenii atopicheskogo dermatita u detei [Experience of using Bepanten and Bepanten plus in the treatment of atopic dermatitis in children] / N.A. Ivanova, L.N. Kostrakina // Consilium Medicum (pril. Pediatriya). — 2005. — № 7(1). — S.31—33.
8. Keshishyan, E.S. Ispol'zovanie mazi i krema «D-pantenol» dlya profilaktiki i lecheniya povrezhdeniya kozhi u detei rannego vozrasta [The use of ointments and creams «D-panthenol» for the prevention and treatment of skin lesions in infants] / E.S. Keshishyan, E.S. Saharova // Consilium medicum (Pediatriya). — 2007. — № 1. — S.8—10.
9. Keshishyan, E.S. Uhod za kozhei detei pervyh let zhizni [Skin care babies and toddlers] / E.S. Keshishyan, E.S. Saharova // Lechaschii vrach. — 2004. — № 10. — S.62—65.
10. Keshishyan, E.S. Profilaktika narushenii celostnosti kozhi razlichnogo geneza u detei rannego vozrasta pri ispol'zovanii zaschitnoi plenki [Prevention of violations of the integrity of the skin of various origins in infants with protective film] / E.S. Keshishyan // Glavnaya medicinskaya sestra. — 2013. — № 10. — S.119—122.
11. Pediatriya [Pediatrics]: uchebник + CD / pod red. N.A. Geppe. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — 352 s.
12. Poliklinicheskaya pediatriya [Outpatient pediatrics] / pod red. A.S. Kalmykovi. — M.: GEOTAR-Media, 2007. — 624 s.
13. Prakticheskoe rukovodstvo po neonatologii [A Practical Guide to neonatology] / pod red. G.V. Yacyk. — M.: MIA, 2008. — 344 s.
14. Propedevtika detskih boleznei [Propedevtika childhood diseases]: uchebник + CD / pod red. N.A. Geppe. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — 464 s.
15. Osnovy uhoda za novorozhdenymi i grudnoe vskamlivanie [Basics of newborn care and breastfeeding] / Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ. — M., 2002. — 173 s.
16. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoi pediatrii [Guidelines for outpatient pediatrics] / pod red. A.A. Baranova. — M.: GEOTAR-Media, 2006. — S.41—65.

Поступила 22.10.2014

© Л.Н. Софронова, 2014

УДК 616-053.32

## НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ, РОЖДЕННЫЕ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

**ЛЮДМИЛА НИКОЛАЕВНА СОФРОНОВА**, канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии, эндокринологии и абилитологии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, тел. 8 (921)446-29-95, e-mail: mila\_sofronova@hotmail.ru.

**Реферат.** *Цель.* Если рассматривать исторически появление этого термина «late preterm», то ранее использовалось понятие «почти доношенные» (near term), особым образом эти дети никак не характеризовались, они не выделялись в отдельную группу, их проблемы приравнивались к патологии доношенных детей. Однако недавние более детальные исследования показали, что заболеваемость и смертность даже доношенных новорожденных зависит от точного срока гестационного возраста. Так, дети, рожденные на 37—38-й нед заболевают чаще, чем рожденные на 39-й нед; это способствовало появлению нового термина — «ранние доношенные» (early term) для описания детей, родившихся на 37—38-й нед. *Материал и методы.* Дети, родившиеся на 34—36-й (6/7) нед гестации обозначаются как «поздние недоношенные». *Результаты и их обсуждение.* Поскольку количество таких детей увеличивается, необходимо знание их проблем, таких как транзиторное тахипное, гипотермия, гипогликемия, гипербилирубинемия, развитие позднего сепсиса более частое, чем у доношенных, и др. Хотя это не уникальные заболевания, но у данных детей имеются заметные различия в их манифестации и течении. Не менее важно выделение этой группы недоношенных в связи с отдаленным неблагоприятным исходом — нарушенным или задержанным нейроразвитием, проявляющемся в раннем школьном возрасте. Это доказывает необходимость их выделения в особую группу риска. Более детально разобраны вопросы респираторной патологии и питания «поздних недоношенных». *Заключение.* В заключение обсуждаются дальнейшие направления исследований по нерешенным вопросам в данной области неонатологии.

**Ключевые слова:** «поздние недоношенные», профилактика респираторных нарушений, питание, лечение.

## LATE PRETERM INFANTS

**LYUDMILA N. SOFRONOVA**, Ph.D., assistant of Professor of Department of pediatrics, endocrinology and abilitologii Postgraduate Medical Faculty Medical of SBEI HPE «Saint Petersburg State Pediatric Medical University», St. Petersburg, tel. 8 (921)446-29-95, e-mail: mila\_sofronova@hotmail.ru.

**Abstracts.** *Aim.* If we consider the historical emergence of the term «late preterm», then the previously used concept of «near term», in a special way these kids did not characterized, they do not stand out as a separate group, their problems are equated to the pathology of term infants. However, recent, more detailed studies have shown that morbidity and mortality even term infants depends on the exact time of gestational age. Since children born to 37—38 weeks sick more often than those born at 39 weeks; it contributed to the emergence of a new term — «early full-term» to describe children born at 37—38 weeks. *Material and methods.* Babies born at 34—36 (6/7) weeks' gestation, marked as «late preterm». *Results and discussion.* Because the number of children increases, the knowledge of their problems such as transient tachypnea, hypothermia, hypoglycemia, hyperbilirubinemia, the development of late sepsis more frequently than in full-term, and others. Although this disease is not unique, but these children there are notable differences in the