

**Транзиторные состояния и
рефлексы
новорожденных**

Транзиторные состояния новорождённых:

- Транзиторное изменение кожных покровов (физиологическая эритема, родовая опухоль, токсическая эритема).
- Транзиторная потеря первичного веса тела.
- Транзиторное изменение теплового баланса (транзиторная гипотермия и гипертермия).
- Транзиторная гипербилирубинемия (транзиторная желтуха).
- Гормональный или половой криз (нагрубание молочных желез, метрорагии и др.).
- Транзиторные особенности функции почек и неонатального диуреза (транзиторная олигурия, протеинурия, мочекислый инфаркт и инфарктная моча).
- Транзиторный дизбактериоз (физиологическая диспепсия).

Физиологическая потеря веса тела:

- Физиологическая потеря веса тела встречается почти у всех новорождённых. В основном она связана с недостаточным поступлением воды в организм и с голоданием ребенка в первые дни жизни. Степень уменьшения веса зависит от условий внутриутробного развития, течения беременности и родов, веса тела и пола ребенка, состояния его здоровья, а также от питания и количества введенной жидкости. Чем раньше ребенка прикладывают к груди, тем меньше снижается и тем быстрее восстанавливается его вес. 70—75 % физиологической потери připадает на воду, которая выводится не только с мочой и испражнениями, но и через легкие и кожу. Поэтому при высокой температуре в палатах или при надмерном укутывании ребенка значительно увеличивается потеря жидкости.
- Начальное снижение веса тела происходит в первые 3—4 дня жизни и становится в среднем 6-8 % веса при рождении. Если потеря веса превышает 9 %, то это нужно считать патологией. У здоровых доношенных детей при правильном уходе и кормлении вес тела восстанавливается к концу первой — начало второй недели жизни.

Физиологическая желтуха:

- Физиологическая желтуха новорожденных бывает в 60—80 % случаев. В большинстве детей она появляется на вторые-третьи сутки жизни, реже — на первые или четвертые. Последовательность появления желтухи такая: сначала — на кожи лица, потом — на туловище, конечностях, конъюктивах и слизистых оболочках. При этом состояние ребенка не нарушается. Он активный, хорошо сосет грудь. Нет изменений внутренних органов. Цвет мочи и кала не изменяется.
- Физиологическая желтуха обусловлена усиленным распадом эритроцитов и незрелой функцией печени. Желтуха длится несколько дней, после чего исчезает бесследно. Лечения не требует. Если желтуха появляется раньше, чем обычно, быстро усиливается ее интенсивность, ухудшается общее состояние ребенка, необходимо провести обследование, для исключения гемолитической болезни. Затяжное течение желтухи отмечается у недоношенных детей и тех, которые перенесли в родах гипоксемию, асфиксию или внутричерепную родовую травму. В каждом конкретном случаи вопрос о необходимости лечения такой желтухи нужно решать индивидуально.

Физиологическая эритема:

- Физиологическая эритема проявляется гиперемией кожи с легким синюшным оттенком, который лучше видно на конечностях. Возникновение эритемы связано с расширением капилляров вследствие действия низкой температуры (по сравнению с температурой в утробе матери). У недоношенных детей и новорожденных от матерей с сахарным диабетом эритема кожи выраженная больше. Эритема максимально выраженная в первый день жизни и исчезает через 2—3 или 5—7 дней.

Токсическая эритема:

- Токсическая эритема встречается в 25—50 % новорождённых. Имеет вид небольших, плотных серовато-белых папул или пузырей с прозрачной жидкостью, по краям которых розовый венчик. Они появляются на 2—3-й день жизни и располагаются группами на конечностях, туловище, волосистой части головы. Токсическую эритему объясняют в большинстве случаев аллергической реакцией на белки молока.

Токсическая эритема.



Причины транзиторных особенностей функции почек:

- **Относительное обезвоживание новорожденного.**
- **Катаболическая направленность обмена веществ и повреждение большого количества клеток.**
- **Функциональная слабость почек с повышением проницаемости эпителия клубочков и канальцев.**
- **Неспособность новорожденных продуцировать гипертоническую по отношению к крови мочу.**

Физиологическая олигурия:

- В первые 2—4 дня после рождения отмечается физиологическая олигурия (мало мочи), обусловленная недостаточным поступлением в организм жидкости. Поэтому мочеиспускания становятся чаще до 20—25 раз в сутки, но каждый раз выделяется 10—15 мл мочи. Первые порции мочи бесцветные или имеют желтый оттенок. После этого моча становится ярко-желтого цвета, а в дни, когда вес тела самый меньший, — почти коричневого. С 4—5-го дня жизни и к концу первого месяца она прозрачная и бесцветная.

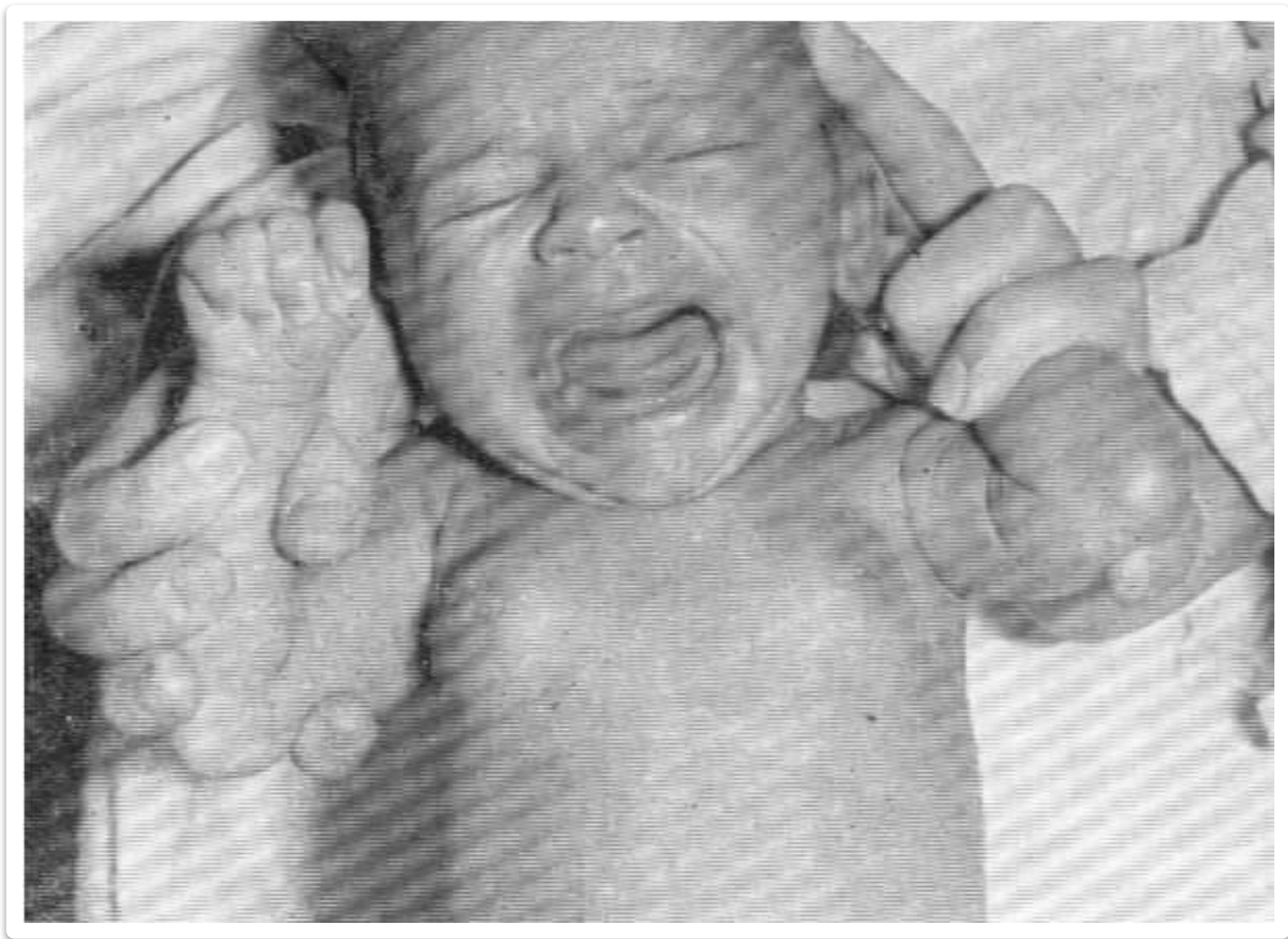
Мочекислый инфаркт почек:

- У некоторых новорожденных на 3— 4-й день жизни с мочой выделяется много солей мочево́й кислоты, мочекисло́го амония и натрия, щавлевокисло́го кальция. Количество мочи в первые дни жизни ребенка небольшое. Вследствии этого мочекислые соли задерживаются и откладываются в почечных канальцах. Из увеличением диуреза эти соли с почек вымываются. При мочекислом инфаркте наблюдается высокий удельный вес мочи, а на пеленках от нее остается красноватый осадок. Общее состояние ребенка не изменяется. Необходимо давать больше жидкости.

Половые кризы:

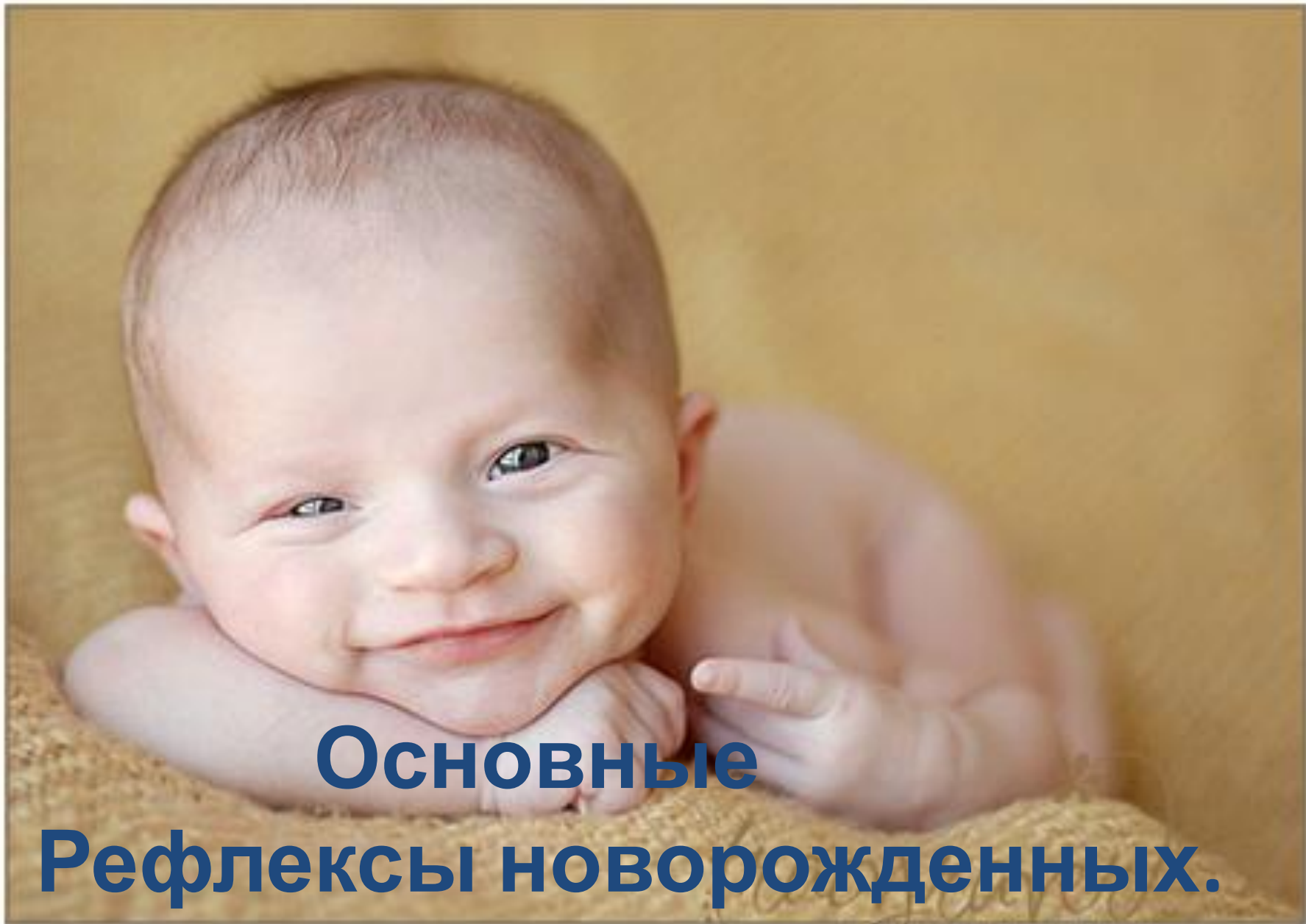
- Половые кризы возникают вследствие действия гормонов, которые надходят от матери в организм ребенка в последние недели внутриутробного развития. При этом независимо от пола ребенка на 5—7-й день жизни нагрубеают грудные железы до размеров горошка или ореха. При нажатии из них выделяется немного водянистого или молочного цвета жидкости. Выдавливать секрет нельзя. Рекомендуют сухую тугую повязку. Со 2—3-й недели железы начинают уменьшатся и к концу месяца нагрубание исчезает. У девочек бывают кровянисто-слизистые выделения с половой щели, которые вскоре проходят. При этом необходимо придерживаться гигиены. У мальчиков иногда отекает мошонка и половой член. Лечение не требует.

Нагрубание грудных желез.



Транзиторный дисбактериоз и транзиторный катар кишок:

- Бывают у всех новорожденных. При неосложненной беременности плод стерильный. Но уже в момент рождения на кожу и слизистые оболочки заселяется флора с родовых путей матери. Далее источником инфицирования есть воздух, руки персонала, предметы ухода, материнское молоко. На коже, слизистых оболочках, кишечнике оседают как неопасные бактерии — *B. bifidus*, молочнокислый стрептококк, так и условно-патогенные стафилококки, кишечная палочка и разные штаммы протей. Во второй половине первой недели и на второй недели жизни с кожи, слизистых оболочек носа, горла, с кала в 60—70 % новорожденных можно выделить и стафилококки, энтеробактерии. Молоко матери способствует размножению *B. bifidus*, что приводит к резкому уменьшению патогенной флоры.



Основные Рефлексы новорожденных.

Поисковый рефлекс Кулсмауля

Как вызывается

Поглаживанием в области угла рта

Ответ

Открывание рта, сосательные движения губ и языка, поворот головы в сторону раздражителя



Сосательный рефлекс

Как вызывается

При помещении пальца или соски в рот ребенка

Ответ

Сосательные движения



Хоботковый рефлекс Бехтерева

Как вызывается

Постукивание молоточком
вокруг губ

Ответ

Выпячивание губ «трубочкой»



Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина

Как вызывается

Давлением на ладонь

Ответ

Одновременный поворот головы в сторону раздражаемой руки, открывание рта, сжимание пальчиков ладони, наклон головы и сгибание туловища



Хватательный нижний рефлекс Веркома

Как вызывается

Нажатие пальцем на переднюю часть
подошвы

Ответ

Тоническое хватательное сгибание
пальцев стоп



РЕФЛЕКС РОБИНЗОНА



Как вызывается

Аналогично хватательному, с последующим приподниманием ребенка за обе ручки

Защитный рефлекс

Как вызывается

Укладывается на живот лицом вниз

Ответ

Ребенок поворачивает голову в сторону



Рефлекс Моро

Как вызывается

1. Резко дернуть за пеленку, на которой лежит ребенок (афферентная дуга обеспечивается вестибулярным анализатором)
2. Внезапно отпустить руки ребенка при их разведении (афферентная дуга обеспечивается нервами верхней конечности)
3. Устранение руки обследуемого из-под головы ребенка (афферентная дуга обеспечивается вестибулярным анализатором)

Ответ

Разгибание туловища, разгибание и отведение рук с последующим их сгибанием и приведением



Рефлекс опоры, или реакция выпрямления

Как вызывается

Взять новорожденного подмышки и поставить на горизонтальную или вертикальную поверхность

Ответ

Плотно всей стопой упирается на опору, затем разгибает ноги, туловище и запрокидывает голову несколько назад



Рефлекс автоматической ходьбы

Как вызывается

Как рефлекс опоры + легкий наклон ребенка вперед

Ответ

Ходьба



Рефлекс ползания Бауэра

Как вызывается

В положении лежа на животе. Врач устанавливает свою руку к подошвам стоп

Ответ

Движение ползания



Рефлекс Галанта

Как вызывается

Раздражение кожи спины вдоль позвоночника

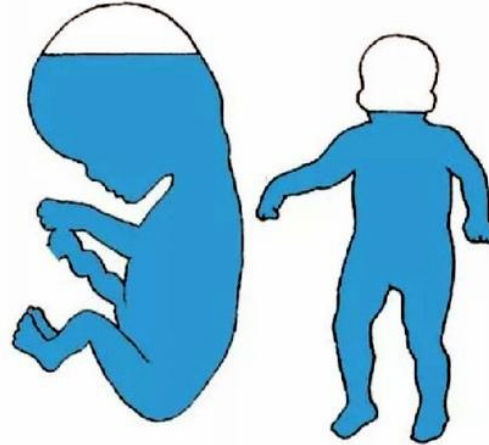
Ответ

Изгиб туловища дугой, открытой в сторону раздражителя



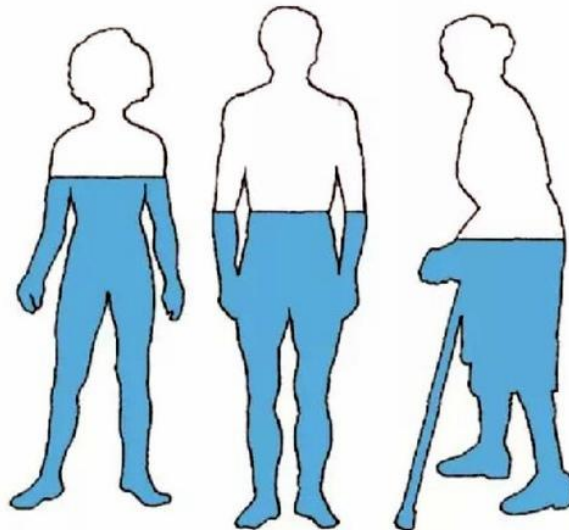
Некоторые физиологические нормы.

СОДЕРЖАНИЕ ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ
(в соотношении к массе тела, %)



Плод 90%

Новорожденный 80%



Ребенок 70%

Взрослый 60-64%

Пожилый 55%

Движение	Средний возраст овладения	Возможные границы
Улыбка	5 недель	3—8 недель
Гуление	7 недель	4—11 недель
Держание головки	2 месяца	1,5—3 месяца
Направленные движения ручек	4 месяца	2,5—5,5 месяцев
Переворачивание	5 месяцев	3,5—6,5 месяцев
Сидение	6 месяцев	5,5—8 месяцев
Ползание	7 месяцев	5—9 месяцев
Произвольное хватание	8 месяцев	5,5—10,5 месяцев
Вставание	9 месяцев	6—11 месяцев
Шаги с поддержкой	9,5 месяца	6,5—12,5 месяцев
Стояние самостоятельное	10,5 месяца	8—13 месяцев
Ходьба самостоятельная	11,75 месяца	9—14 месяцев

Показатель	Норма у взрослых		У детей до 14 лет
	у мужчин	у женщин	
Общий белок (tp)	60 – 85 г/л	60 – 85 г/л	45 – 75 г/л
Альбумины (albu)	35 – 50 г/л	35 – 50 г/л	40 – 55 г/л
Общий билирубин (tbil)	8,5 – 20,5 мкмоль/л	8,5 – 20,5 мкмоль/л	до 250 мкмоль/л (новорожденные)
Непрямой билирубин (dbil)	1 – 8 мкмоль/л	1 – 8 мкмоль/л	до 210 мкмоль/л
Прямой билирубин (idbil)	1 – 20 мкмоль/л	1 – 20 мкмоль/л	до 40 мкмоль/л
Аспартатаминотрансфераза (alt)	до 37 ед/л	до 31 ед/л	до 30 ед/л
Аланинаминотрансфераза (ast)	до 45 ед/л	до 35 ед/л	до 35 ед/л
γ-глутаминтрансфераза (ggt)	до 55 ед/л	до 40 ед/л	до 45 ед/л
Щелочная фосфатаза (alp)	30 – 130 ед/л	30 – 110 ед/л	До 350 ед/л
Триглицериды (trig)	0,4 – 1,8 ммоль/л	0,4 – 1,8 ммоль/л	0,5 – 2 ммоль/л
Холестерин (chol)	3,5 – 5,5 ммоль/л	3,5 – 5,5 ммоль/л	3,5 – 7,5 ммоль/л
Липопротеиды ВП (hdl)	1,7 – 3,5 ммоль/л	1,7 – 3,5 ммоль/л	1,7 – 4,5 ммоль/л
Фибриноген (fg)	2 – 4 г/л	До 6 г/л (при беременности)	1,2 – 3 г/л
Амилаза (amyl)	25 – 125 ед/л	25 – 125 ед/л	25 – 125 ед/л
Мочевая кислота (uric acid)	210 – 420 мкмль/л	150 – 350 мкмль/л	150 – 350 мкмль/л
Креатинин (crea)	62 – 120 мкмль/л	55 – 95 мкмль/л	50 – 100 мкмль/л
Мочевина (urea)	2,8 – 7,2 ммоль/л	2,8 – 7,2 ммоль/л	1,8 – 6,2 ммоль/л
С-реактивный белок (сrp)	до 0,5 мг/л	до 0,5 мг/л	до 0,5 мг/л
Антистрептолизин О (also,асло)	до 200 ед/л	до 200 ед/л	до 200 ед/л
Глюкоза (glu)	3,8 – 6,3 ммоль/л	3,8 – 6,3 ммоль/л	3,8 – 5,3 ммоль/л