

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Яссауи

Факультет: медицины

Кафедра: ПЕДИАТРИЯ

СРСП

На тему: Транзиторные

состояние

новорожденных.



Выполнила: АХМАДАЛИЕВА С

ГРУППА: ОМ-515рП

ПРИНЯЛА: АЛИМАНОВА М.У.

Вопрос для изучения:

**Какие транзиторные состояние
новорожденных чаще встречается?
Как отличить их от патологическими
состояниями
Узнать продолжительность
транзиторных состояний?**

ЦЕЛЬ:

На основе полученных информации, мы должны вести правильный уход за новорожденными во время транзиторных состояний, что бы избежать усугубления процесса и развития патологии.

ПЛАН :

- 1. Актуальность.**
- 2. Особенности осмотра новорожденного**
- 3. Транзиторные состояния новорожденных**
- 4. Заключение**

АКТУАЛЬНОСТЬ:

- **Общий осмотр ребёнка имеет большое значение, поскольку в ходе его врач не только получает информацию о состоянии здоровья пациента, но и в ряде случаев может установить диагноз. Для максимальной информативности осмотра необходимо найти подход к ребёнку и соблюдать определённые правила, касающиеся освещения, техники и последовательности действий.**

КЛИНИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ:

- стигмы дизэмбриогенеза (малые аномалии развития);**
- окружность и форму головы;**
- состояние черепных швов и родничков;**
- наличие кефалогематом, родовой опухоли;**
- кровоизлияния в склеры глаз;**

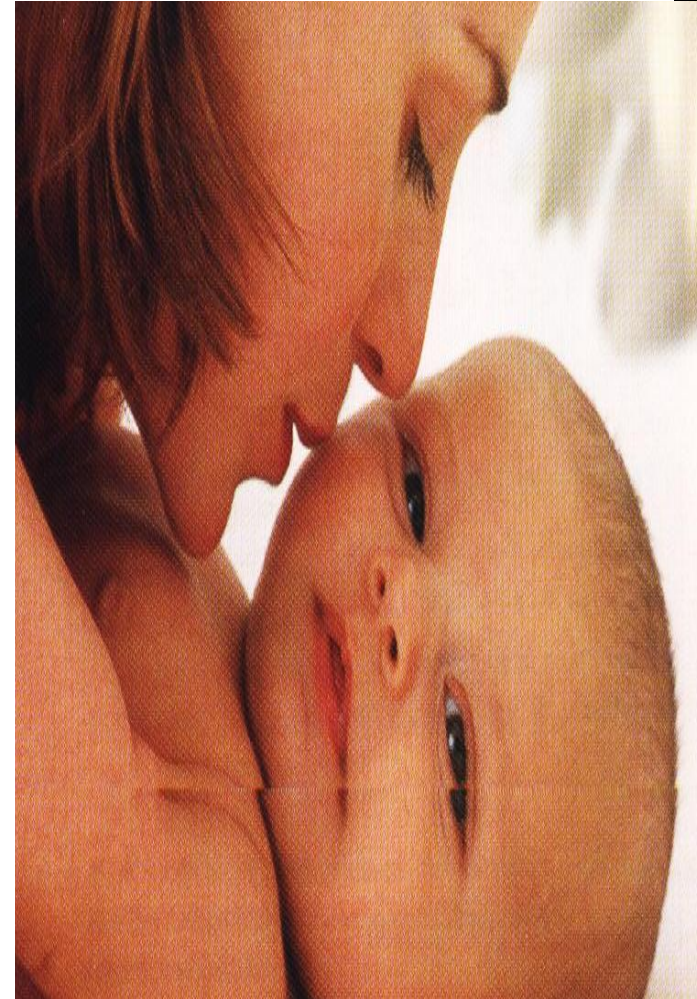
РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- НАЧАЛО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ;
- ИЗМЕНЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА И ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ;
- ПЕРЕХОД НА ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ



ПОЗДНИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

- РАЗВИТИЕ АНАЛИЗАТОРОВ (ЗРИТЕЛЬНОГО, СЛУХОВОГО);
- КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ;
- ФОРМИРОВАНИЕ УСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ;
- ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ, ЗРИТЕЛЬНЫЙ, ТАКТИЛЬНЫЙ КОНТАКТ С МАТЕРЬЮ



Транзиторные (пограничные) состояния



длительность от 2,5 до 3,5 нед.

состояния, реакции, отражающие процесс приспособления (адаптации) к родам, новым условиям жизни новорожденных;

Это проявления физиологической перестройки организма, характеризующееся изменением тканей и органов отражающие процессы адаптации к внеутробной жизни.

Первые 30 минут
(респираторно-гемодинамическая адаптация)

1-6 часов
(аутостабилизация основных функциональных систем)

3-4 сутки
(напряженная метаболическая адаптация: анаболизм, лактотрофное питание)

ТРАНЗИТОРНЫЕ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Функциональная система	Физиологическая перестройка в неонатальный период	Переходные процессы неонатального периода (пограничные состояния)	Патологические процессы, к которым предрасполагает пограничное состояние
Центральная нервная система	Адаптация к резко изменившимся условиям окружающей среды (звук, температура, гравитация и др. — «сенсорная атака»), болевым нагрузкам в родах	Родовой катарсис. Импринтинг. Синдром только что родившегося ребенка. Транзиторная неврологическая дисфункция	Кардиореспираторная депрессия при рождении. Общие симптомы (гипервозбудимость или угнетение) при самых разнообразных заболеваниях
Внешнее дыхание	Запуск. Расправление легких. Созревание альвеол и аэрогемаического барьера	Транзиторная гипервентиляция. Транзиторно повышенная частота дыхания типа «гасп»	Транзиторное тахипноэ (синдром дыхательных расстройств II типа) и другие респираторные нарушения
Сердечно-сосудистая система	Перестройка кровообращения, прежде всего малого круга, печени в связи с изменениями газообмена и отсутствием плацентарно-пуповинного кровотока	Транзиторное кровообращение (лево-правое шунтирование). Транзиторные гиперволемиа и полицитемия (без или с нарушениями микроциркуляции). Транзиторные гиперфункция миокарда и нарушения его метаболизма	Сердечно-сосудистая недостаточность. Респираторные нарушения. Тромбозы. Отечный синдром. Транзиторная желтуха
Пищеварение	Перестройка в связи со сменой формы питания (гемо- и амниотрофное питание меняется на лактотрофное); заселение кишечника бактериальной флорой	Транзиторный катар кишечника. Транзиторная функциональная непроходимость. Транзиторный дисбактериоз	Срыгивания. Рвота. Заболевания ЖКТ вследствие неадекватного питания, инфицирования условно-патогенной флорой

ТРАНЗИТОРНАЯ ПОТЕРЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ МАССЫ ТЕЛА

- ✓ **ВСЛЕДСТВИЕ ГОЛОДАНИЯ, ПОТЕРЯ ВОДЫ С ДЫХАНИЕМ И ПОТОМ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ;**
- ✓ **МАКСИМАЛЬНАЯ УБЫЛЬ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ МАССЫ ТЕЛА НАБЛЮДАЕТСЯ НА 3-4-Й ДЕНЬ (ДОПУСТИМО ОТ 3 ДО 10%);**
- ✓ **БОЛЬШЕЙ ПОТЕРЯ МТ СПОСОБСТВУЮТ: НЕДОНОШЕННОСТЬ, БОЛЬШАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ, ЗАТЯЖНЫЕ РОДЫ, РОДОВАЯ ТРАВМА, ГИПОГАЛАКТИЯ У МАТЕРИ, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА И НЕДОСТАТОЧНАЯ ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА**



ТРАНЗИТОРНОЕ НАРУШЕНИЕ ТЕПЛОВОГО БАЛАНСА

возникает вследствие несовершенства процессов теплорегуляции, повышения или понижения температуры окружающей среды, неадекватной адаптивным возможностям ребенка;

транзиторная гипотермия в первые 30 мин после рождения (на $0,3^{\circ}\text{C}$ в 1 мин), а к 5-6 часам жизни происходит подъем температуры тела и устанавливается гомойотермия;

транзиторная гипертермия на 3-5-й день жизни и температура может повышаться до $38,5-39,5^{\circ}\text{C}$ и выше; ребенок беспокоен, жадно пьет, у него отмечаются признаки обезвоживания

ТРАНЗИТОРНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ

- ✓ **ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО Т-ЛИМФОЦИТОВ (Т-СУПРЕССОРОВ).**
- ✓ **НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО В-ЛИМФОЦИТОВ И НОРМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА G.**
- ✓ **ПОНИЖЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В КРОВИ ФИБРОНЕКТИНА И ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА, ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ ЛИМФОКИНОВ.**
- ✓ **ПОНИЖЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В КРОВИ КОМПОНЕНТОВ КАК КЛАССИЧЕСКОГО, ТАК И АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА.**
- ✓ **ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕЙТРОФИЛОВ В КРОВИ, ПРИ СНИЖЕНИИ ИХ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ПУЛА ХРАНЕНИЯ В КОСТНОМ МОЗГЕ, НИЗКАЯ СПОСОБНОСТЬ КОСТНОГО МОЗГА ВЫБРАСЫВАТЬ В КРОВЬ НЕЙТРОФИЛЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ИНФЕКЦИЯХ, СЕПСИСЕ.**
- ✓ **СНИЖЕННАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ (ХЕМОТАКСИС, ХЕМОКИНЕЗ) И ФАГОЦИТОЗА.**

Он наиболее выражен в первые трое суток, что и определяет особую опасность инфицирования именно в это время.

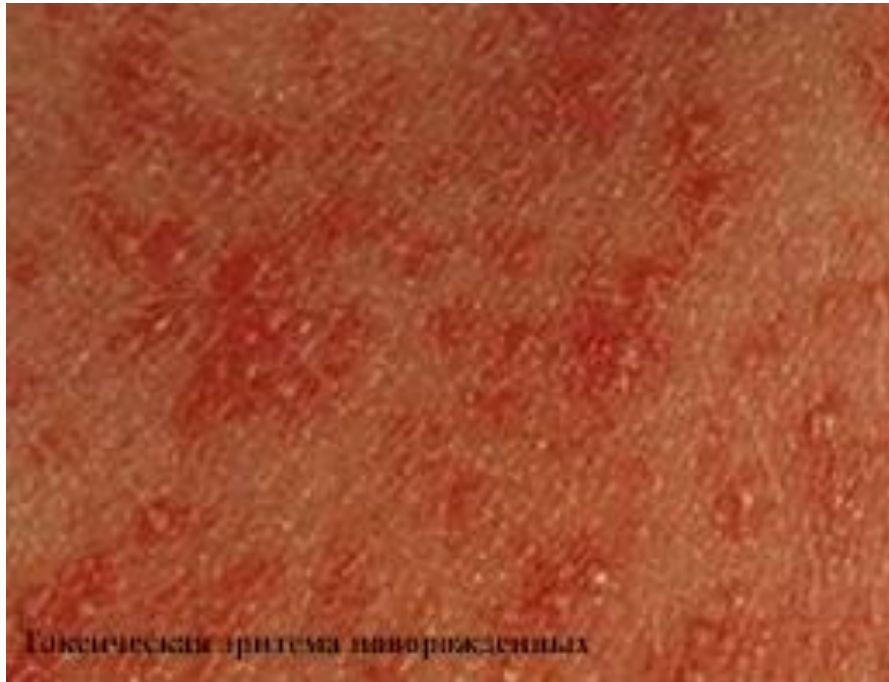
ТРАНЗИТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.

1.Родовая опухоль – отёк мягких тканей подлежащей части. Проходит в течении 1-2 дней.

2. Простая эритема – диффузная гиперемия кожи новорождённого, возникает из-за раздражения кожи новыми для ребёнка факторами окружающей среды (воздух, свет и др.). Исчезает к 7 суткам.



3. Токсическая эритема – возникает на 2-5-й день после рождения у 25 -30% новорождённых. На коже появляются эритематозные пятна с пузырьками или серовато – жёлтыми папулами. Заполненных серозной жидкостью, содержащей значительное число эозинофилов. Локализуются вокруг суставов, ягодиц, груди. Не бывают на коже стоп, ладоней и слизистых оболочках. Исчезают на 2-3 сутки. Расцениваются как аллергическая реакция на получаемые от матери белки. Лечение проводится только при выраженных формах.



4. Milia – бело–жёлтые образования в области носа и лба, ребе по всему телу. Связанно с закупоркой сальных протоков. Полностью исчезают в течении 1 - 2 недель.



5. Физиологическое шелушение кожи – возникает в первые дни жизни после рождения, особенно у переношенных детей и детей с простой эритемой.



ГОРМОНАЛЬНЫЙ (ПОЛОВОЙ) КРИЗ.

Изменения обусловлены переходом эстрогенов от матери к плоду в последний месяц беременности.



1. Нагрубание молочных желёз (физиологическая мастопатия) – начинается на 3-4-й день после рождения, наиболее выражена на 8-10 сутки. Возникает у всех девочек и у 50% мальчиков. При надавливании выделяется жидкость подобная молозиву.



2. Кровотечение из половых путей.

Метроррагия возникает у 5-7% на 4-7 день и продолжается 1-2 дня. Состояния слизистых влагалища и матки характерно для предменструального периода. Связано с прекращением влияния материнского эстрогена. Лечение: подмывание тёплой водой.

3. Десквамативный вульвовагинит – обильное слизистое выделение серовато-белого цвета из половой щели.

Наблюдается у 60-70% девочек в первые 3 дня и продолжается 1-3 дня. Лечение: туалет половых органов.

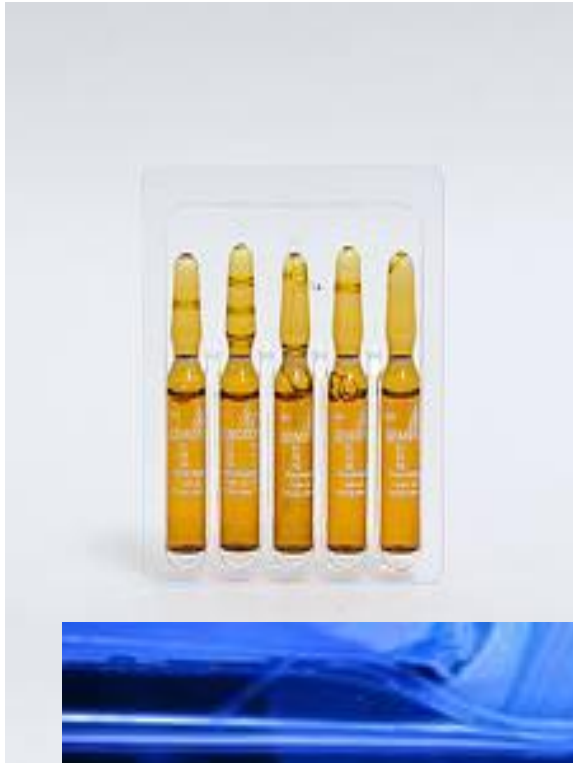


ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ

Гипербилирубинемия развивается у всех новорождённых в первые дни жизни, но только у 60-70% сопровождается транзиторной желтухой. Она обусловлена ускоренным гемолизом эритроцитов, незрелостью фермента глюкоронилтрансферазы, стерильностью кишечника (слабая редукция желчных пигментов). Окрашивание кожных покровов появляется на 2-3й день жизни. При лёгкой степени общее состояние не изменено. При тяжёлой наблюдается сонливости, вялое сосание, рвота.



Лечение: 5% раствор глюкозы, физиологический раствор, витамин С, Фото терапия.



ТРАНЗИТОРНЫЙ ДИСБИОЗ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСПЕПСИЯ

Возникает у всех новорождённых в середине первой недели. Связан с переходом на лактотрофное питание, раздражение кишечника белками и жирами. Одновременно происходит заселения микроорганизма. Первичная бактериальная флора представлена: бифидобактериями, молочнокислыми стафилококками, сапрофитными стафилококками, непатогенной кишечной палочкой, протейями, грибами. К концу первой недели бифидобактерии вытесняют другие микроорганизмы и становятся основной микрофлорой.



2. Транзиторная гипогликемия – (концентрация глюкозы 2,8-3,3 ммоль/л) диагностируется в первые дни жизни, более выражена у недоношенных детей, при задержке внутриутробного развития, ГБН, гипоксии, полицитемии, у близнецов и обусловлено голоданием, а также особенностями эндокринного статуса новорождённого.



3. Транзиторная гипокальциемия гипوماгнемия – возникает у всех детей в первое двое суток жизни, связано это с функциональным гипопаратиреозом. Позднее концентрация кальция и магния в крови нормализуется. (кальция - 2,25 -2,74 ммоль/л, магний 0,74 – 1,15 ммоль/л)



ТРАНЗИТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТЕПЛОВОГО ОБМЕНА.

1. Транзиторная гипотермия – После рождение ребёнок попадает в окружающую среду температурный режим которой на 12- 15 градусов ниже. В первые 30 минут температура кожных покровов снижается и достигает минимума к 1 часу. К концу первых суток возвращается к норме.



2. Транзиторная гипертермия - возникает на 3-5й день, обусловлена катаболической направленностью метаболизма, недостаточным потреблением жидкости при обильном поступлении белка, гипернатриемией, перегреванием. Дети становятся беспокойными, появляются признаки обезвоживания.

Лечение: физическое охлаждение, обильное питье 200 мл/сут (не более 10% от массы тела).



ТРАНЗИТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК.

1. Транзиторная олигурия – развивается у всех здоровых новорождённых в первые 3 дня жизни. Связано с недостатком поступления жидкости и особенностями гемодинамики.
2. Протеинурия (альбуминурия) – возникает у всех новорождённых и представляет собой следствие увеличенной проницаемости почечного фильтрационного барьера, канальцев, капилляров, застоя крови во время родов, увеличенного гемолиза эритроцитов.
3. Мочекислый инфаркт – отложение кристаллов мочевой кислоты в просветы собирательных трубочек, при этом имеет окрашена в красный цвет, мутная, в осадке иногда находят цилиндры, лейкоциты, эпителий. Встречается у 1/3 и проходит к концу первой недели.

Считается патологией с 10 суток.

Лечение: обильное питьё
или капельница.



ТРАНЗИТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. Кровоток в лёгких – после расправления становится в 5 раз больше. Систолическое давление, до рождения, в лёгочной артерии больше чем в аорте (выравнивается в первый час жизни, через два часа давление в лёгочной артерии становится ниже чем в аорте, достигает минимума на 2-4й неделе, к 4-6й становится характерным для взрослых.)

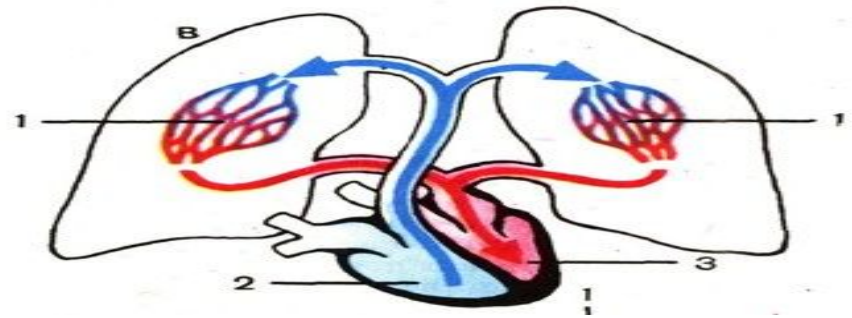
2. Артериальный (боталлов) проток.

Начинает функционально закрывается через 15-20 минут после рождения. Анатомически закрытие происходит в течении 2-8 недель.

При физиологическом закрытии могут формироваться шунты с право налево, с лева на право и в обоих направлениях. Что объясняет цианоз нижних конечностей у некоторых здоровых новорождённых.

3. Овальное окно – функционально закрывается сразу после рождения, анатомическая облитерация может составлять от нескольких месяцев до нескольких оно остаётся открытым.

4. Пупочные артерии – быстро сокращаются и через 45 сек их считают уже закрытыми.



ЗАДАЧА

Данные анамнеза: девочка от молодой здоровой матери, 1-й беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины (тошнота до 12 недели). Родилась на 38 неделе беременности. Масса тела при рождении 2950, длина 49 см. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. К груди была приложена через 18 часов, грудь взяла хорошо, сосала активно.

На 2-й день появилась умеренная иктеричность кожных покровов, к моменту выписки из родильного дома на 5-й день, желтуха практически исчезла. В родильном доме на 3-й день жизни отмечалась убыль массы тела около 210 г. Из роддома выписалась на 5 сутки после отпадения пуповины с массой тела 2850 г. **Данные объективного осмотра при первичном патронаже:** возраст ребенка 7 дней. Активна, крик громкий, эмоциональный, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. При контрольном кормлении высосала около 60 мл молока. Кожа чистая, отмечается слабая иктеричность лица и туловища. Пупочная ранка под сухой корочкой, сосуды не пальпируются. Большой родничок 2,5x2,5 см, не напряжен, края чуть податливы. Кости черепа умеренно подвижны, швы сомкнуты. Ногти достигают кончиков пальцев.

Тоны сердца звучные, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 146 в минуту. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное. Число дыхательных движений 40 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, края эластичный, селезенка не пальпируется. Слизистая полости рта чистая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Хорошо вызываются физиологические рефлексy. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. Волосной покров выражен на голове и есть небольшое количество пушковых волос на плечах.

Задание:

1. Каким должно быть заключение врача при первом врачебном патронаже?
2. Оцените признаки морфологической и функциональной зрелости плода.
3. Оцените ранний неонатальный период.
4. Оцените антропометрические данные.
5. Какие прививки должны были сделать ребенку?

ЗАКЛЮЧЕНИЯ

В заключении можно сказать, что транзиторные состояние новорожденных требует тщательного ухода и во многих случаях проходят самостоятельно, и чтобы избежать осложнений ребенок должен быть под наблюдением

ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

- 1. Пропедевтика детских болезней/ Под ред. Геппе Н.А., Подчерняевой Н.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 464 с.**

Дополнительная:

- 1. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: Учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / авт.текста Галактионова М.Ю., Чистякова И.Н., Позднякова Л.И.- Красноярск: КрасГМУ.-2010.**
- 2. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой .-М.: ГЭОТАР-Медиа.-2010.**
- 3. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.-Ростов н/Д.: Феникс.-2010.**
- 4. Рост и развитие ребенка / авт. текста Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М.- СПб.: Питер.-2008.**
- 5. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.-СПб.: Питер.-2008.**

Электронные ресурсы:

- ИБС КрасГМУ**
- БД МедАрт**
- БД Медицина**
- БД Ebsco**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

