

**«ПЕРЕХОДНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОСТИ».**

**Выполнила студентка 2 курса
группы С-11
Сайфутдинова Альбина**

Реакции, отражающие процесс приспособления (адаптации) ребенка к новым условиям жизни, называют переходными (пограничными, транзиторными, физиологическими) состояниями новорожденных.

Переходные состояния являются результатом стрессовых влияний и неблагоприятных факторов воздействия внешней среды, в которую попадает ребенок после рождения.

Родовой катарсис.

- характеризуется тем, что ребенок в первые секунды жизни не реагирует на болевые, звуковые, световые раздражители, у него отсутствует мышечный тонус. В этот момент происходит резкое повышение в крови уровня эндорфинов («гормонов удовольствия»), что является защитной реакцией от родового стресса.



Синдром «только что родившегося ребенка». В момент родов происходит мгновенное обездвиживание ребенка на несколько секунд, затем появляется глубокий вдох. В течение следующих 5–6 мин ребенок активен. Частота дыхания у новорожденного в первую неделю варьирует от 30 до 60 ударов в минуту.

Импринтинг – это запечатление в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных стимулов и объектов, в том числе матери.

Физиологическую убыль массы

тела наблюдают почти у всех новорожденных в первые 3–4 дня. Она связана в основном с обезвоживанием ребенка; имеют значение и неощутимые потери воды с дыханием, выделение воды с мочой, недостаточное поступление воды и голодание ребенка при недостаточном кормлении.

Преходящее нарушение теплового баланса возникает из-за несовершенства процессов терморегуляции и адаптации новорожденного и недоношенного ребенка при неадекватном уходе. Новорожденные легко перегреваются и охлаждаются при неоптимальных условиях. Способность поддерживать суточные колебания температуры тела появляется только в конце периода новорожденности.



Транзиторная лихорадка. У части детей на 2—4-е сутки после рождения развивается транзиторная лихорадка – повышение температуры тела до 39–40 °С. Это явление связывают с повышенным поступлением в организм белка и недостатком воды. Повышенная температура держится 3–4 ч и мало влияет на самочувствие ребенка. Иногда повышения температуры отмечаются в течение нескольких дней. Могут наблюдаться беспокойство ребенка, отказ от груди, жажда, сухость слизистых оболочек и кожи. При транзиторной лихорадке проводят физическое охлаждение (ребенок остается без пеленок), дают пить кипяченую воду или 5 %-ный раствор глюкозы в количестве 50–70 мл, систематически измеряют температуру тела.


Транзиторное понижение температуры тела чаще наблюдается у недоношенных детей и у детей при кислородном голодании, родовой травме, заболеваниях новорожденных.

Транзиторные изменения кожных покровов в той или иной степени отмечаются практически у всех новорожденных 1-й недели жизни. При рождении ребенка его кожа отечная, с красноватым оттенком, иногда несколько синюшная, покрыта более или менее толстым слоем первородной смазки серовато-белого цвета, которая легко снимается.

Физиологический катар кожи. Реактивная краснота кожи возникает после удаления первородной смазки, первой ванны. В первые часы жизни краснота может быть с синюшным оттенком. Интенсивность и длительность физиологического катара кожи зависят от степени зрелости ребенка. Обычно на 2-е сутки она становится более яркой, к середине – концу 1-й недели угасает.

Физиологическое шелушение кожных покровов – крупное или мелкое шелушение, возникающее на 3—5-й день жизни у детей с особенно ярким физиологическим катаром кожи после его угасания. Чаще бывает на животике, груди, особенно обильно шелушится у переносимых детей и лечения не требует.

Родовая опухоль – это отек подлежащей части плода вследствие венозного полнокровия. Родовая опухоль при предлежании головы может захватывать область над несколькими костями черепа и не прерываться в области швов; чаще всего она располагается в области темени и затылка, но может иметь и другую локализацию.



Токсическая эритема. У 20–30 % новорожденных в течение 1—5-го дня жизни возникают мелкие, белого цвета высыпания на красноватом основании. Эти доброкачественные высыпания, называемые токсической эритемой, обычно локализуются на лице, животе, туловище, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах, иногда в области спины и на волосистой части головы, реже наблюдаются на груди и исчезают, как правило, через неделю.

Транзиторная желтуха. Желтушность кожных покровов наблюдается у 60–70 % новорожденных, появляется на 2—3-й день после рождения.

Расширение потовых желез. Расширенные потовые железы выглядят как тонкостенные пузырьки с творожистым или прозрачным содержимым, появляющиеся при рождении ребенка. Обнаруживаются в области шейной складки, на волосистой части головы, реже – на плечах, груди. Пузырьки легко удаляются ватным тампоном со спиртом, кожа остается неповрежденной. Повторных высыпаний не наблюдается.

Миля – это беловато-желтоватые узелки размером 1–2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи; локализуются чаще на крыльях носа, переносице, в области лба, очень редко по всему телу. Они представляют собой сальные железы с обильным секретом и закупоренными выводными протоками. Отмечают примерно у 40 % новорожденных. Если вокруг узелков отмечаются признаки легкого воспаления, то необходимо обрабатывать их 0,5 %-ным раствором калия перманганата.



Отторжение пуповинного остатка и заживление пупочной ранки зависят от регенераторных свойств организма ребенка, от методики обработки пуповины при рождении.

Половой криз наблюдается у 2/3 новорожденных, чаще у девочек. Возникновение полового криза объясняют реакцией организма на быстрое освобождение его от материнских половых гормонов (эстрогенов).

Клинически проявляется увеличением молочных желез у мальчиков и у девочек. На 4—6-й (максимум 7—8-й) день после рождения появляются нагрубание, иногда покраснение, выделение подобного молоку секрета из увеличенных молочных желез. Кровотечение из влагалища возникает у 5—10 % девочек, длится 1—3 дня, объем – 1—2 мл. Скрытую кровь во влагалищной слизи можно обнаружить почти у всех девочек. К проявлениям полового криза также относятся покраснение кожи вокруг сосков и мошонки, отек внизу живота, в области половых органов, водянка яичек. Лечение гормональный криз не требует. К концу 1-й – началу 2-й недели его проявления уменьшаются, затем постепенно исчезают. Нельзя выдавливать содержимое молочных желез, это может привести к инфицированию и развитию мастита. В дальнейшем дети, перенесшие гормональный криз, развиваются лучше физически и меньше болеют.





- ❑ **Отек наружных половых органов** держится 1–2 недели и дольше, но проходит самостоятельно без лечения; отмечается у 10 % новорожденных.
- ❑ **Транзиторные состояния лимфатической системы** проявляются характерными изменениями системы иммунитета. Кроме того, у некоторых новорожденных отмечается лимфатический отек кистей и стоп, имеющий вид тестообразной припухлости, который иногда держится долго, а затем без лечения исчезает.
- ❑ **Транзиторные состояния мышечной системы** у доношенных детей характеризуются повышением тонуса мышц-сгибателей.
- ❑ **Транзиторные изменения системы анализаторов** в течение первых 5–6 мин после родов зрачки глаз расширены, несмотря на яркий свет; характерна умеренная светобоязнь. Глаза новорожденного почти постоянно закрыты, зрачки постепенно сужаются. У недоношенных могут быть мелкие помутнения хрусталика, которые без лечения исчезают.
- ❑ **Транзиторное состояние сердца и кровообращения.** После рождения отмечаются преходящее увеличение размеров сердца, приглушение его тонов, увеличение частоты сердечных сокращений.
- ❑ **Транзиторное состояние дыхательной системы.** Гаспс (дыхательная вспышка) – первое дыхательное движение после рождения, характеризующееся глубоким вдохом и затрудненным выдохом.



Транзиторное учащение дыхания («синдром влажных легких») наблюдается в первые 3–5 дней после рождения. Это связано с задержкой всасывания околоплодной жидкости из легких, чаще наблюдается у детей, рожденных путем операции кесарева сечения, так как при этом отсутствует механизм сдавливания грудной клетки при прохождении по родовым путям, способствующий выдавливанию из легких жидкости, а также у недоношенных детей.

Клинические проявления характеризуются учащением дыхания (70–80 дыхательных движений в 1 мин), наличием стонущего выдоха, раздуванием крыльев носа, втяжением межреберных промежутков и общей синюшностью различной степени выраженности.

Лечение заключается в обеспечении адекватного поступления кислорода. В связи с риском попадания молока в трахею и бронхи кормление рекомендуется проводить через зонд, если дыхание больше 70–80 дыхательных движений в 1 мин. В большинстве случаев транзиторное учащение дыхания проходит самостоятельно.

Транзиторные изменения системы пищеварения. Транзиторный дисбактериоз – переходное состояние, развивающееся у всех новорожденных. В норме при неосложненном течении беременности плод стерилен. Молоко матери способствует развитию бифидофлоры и вытеснению патогенной микрофлоры или резкому снижению ее количества. Транзиторный дисбактериоз лечения не требует. При искусственном вскармливании процесс формирования бифидофлоры затягивается, что ведет к преобладанию кишечной палочки. Физиологическая диспепсия новорожденных также наблюдается у всех новорожденных в середине 1-й недели жизни. Появляется переходный стул. Через 2–4 дня он становится однородным, желтым, кашицеобразным.

Транзиторные особенности функций почек. В первые 12 ч после рождения мочатся только 2/3 новорожденных, 8–10 % выделяют первую порцию мочи только на 2-е сутки.

У 25–30 % доношенных новорожденных и у 10–15 % недоношенных на первой неделе наблюдается так называемый мочекислый инфаркт почек – отложение мочевой кислоты в почках в виде кристаллов.

Моча при этом имеет желто-кирпичный цвет, мутноватая, оставляет на пеленке такого же цвета пятна. Это состояние проходит к концу 1-й или на 2-й неделе.

Обнаружение подобных изменений мочи с середины 2-й недели – признак патологии.



