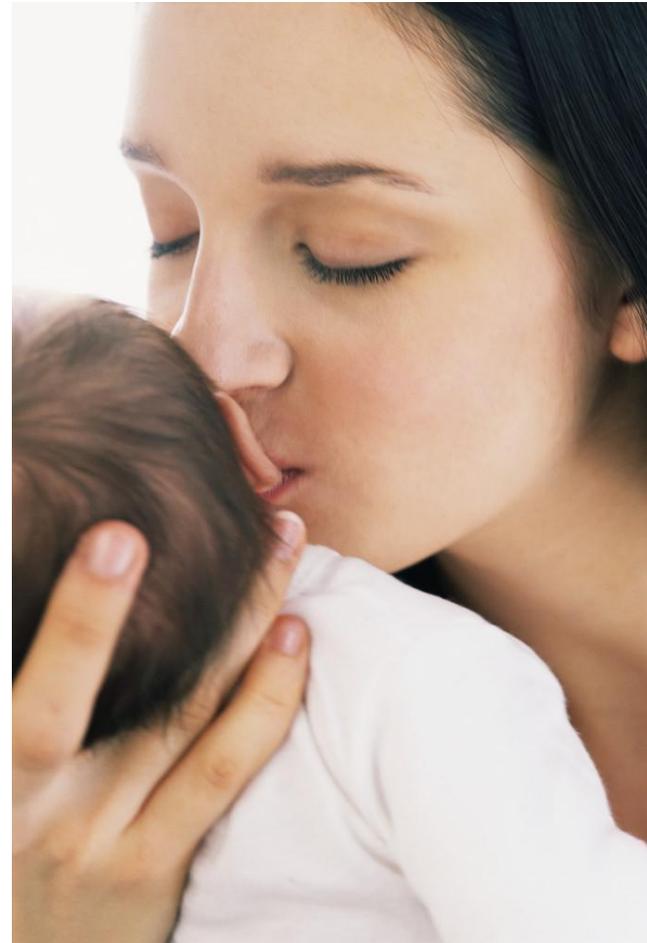


Физиологические
состояния
новорожденного



Гормональный половой криз

Гормональный половой криз наблюдают у 2/3 новорождённых.

Эти изменения обусловлены переходом эстрогенов от беременной к плоду в последние месяцы беременности.



Десквамативный вульвовагинит

– обильные слизистые выделения серовато-беловатого цвета из половой щели. Выделения появляются у 60-70% девочек в первые 3 дня жизни и сохраняются 1-3 дня.

Лечение: тщательный туалет половых органов.



Метроррагии

- **Кровотечения из половых путей** возникают у 5-7% девочек на 4-7-й день после рождения и продолжаются несколько дней (чаще 1-2). Объём выделений редко превышает 1-2 мл.
- **Лечение:** подмывание тёплой водой.



Транзиторный дисбиоз и

физиологическая диспепсия

- Транзиторный дисбиоз и физиологическая диспепсия возникают практически у всех новорождённых в середине первой недели жизни.
- Меконий Меконий выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем стул становится частым, появляется слизь Меконий выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем стул становится частым, появляется слизь, комочки, пятна воды на пелёнке вокруг каловых масс. При микроскопии обнаруживают лейкоциты (до 30 в поле зрения), жир Меконий выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем стул становится частым, появляется слизь, комочки, пятна воды на пелёнке вокруг каловых масс. При микроскопии обнаруживают лейкоциты (до 30 в поле зрения), жир. Меконий выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем стул становится частым, появляется слизь, комочки, пятна воды на пелёнке вокруг каловых масс. При микроскопии обнаруживают лейкоциты (до 30 в поле зрения), жир. Меконий выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем стул становится частым, появляется слизь, комочки, пятна воды на пелёнке вокруг каловых масс. При микроскопии обнаруживают лейкоциты (до 30 в поле зрения), жир.
- Такой стул называется гомогенным (кашицеобразным), количество лейкоцитов уменьшено.



Физиологическая диспепсия

- связана с переходом на лактотрофное питание (грудным молоком), раздражением кишечника белками связана с переходом на лактотрофное питание (грудным молоком), раздражением кишечника белками, жирами. Одновременно происходит заселение кишечника новыми микроорганизмами. Первичная бактериальная Первичная бактериальная микрофлора кишечника представлена бифидобактериями Первичная бактериальная микрофлора кишечника представлена бифидобактериями, молочнокислыми стрептококками Первичная бактериальная микрофлора кишечника представлена бифидобактериями, молочнокислыми стрептококками, сапрофитными стафилококками Первичная бактериальная микрофлора кишечника представлена бифидобактер



стафил
шечно
тена б
гафил
шечно
чника
сапро
патоге
бифид
й кише



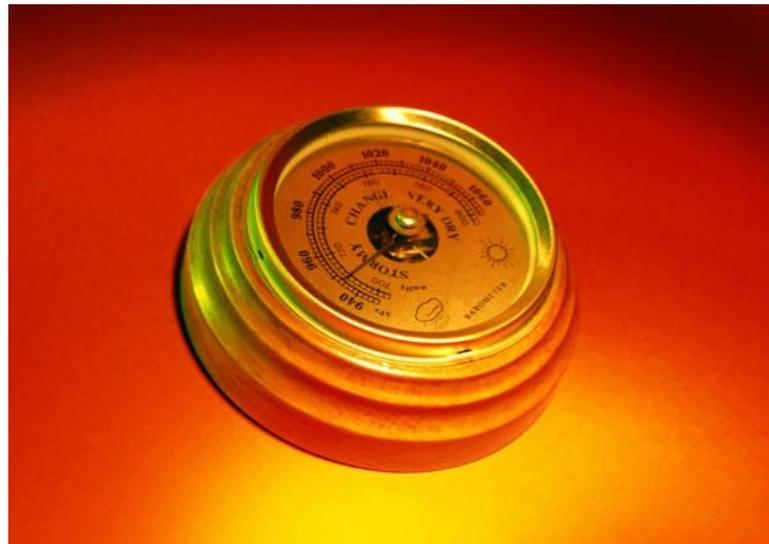
1
альная
пыми
1
ми,
овно-
ем,
ерии и

Транзиторная потеря первоначальной массы тела

- происходит на 3-4-й, реже на 5-й день жизни. Физиологическое уменьшение массы тела обусловлено в какой-то мере недоеданием, приводящим к усиленному расходу жиров, но основной причиной считают потерю воды с дыханием и потом.



- Перегревание, охлаждение, недостаточная влажность воздуха увеличивают потери жидкости. В оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых доношенных новорожденных максимальная убыль первоначальной массы тела (МУМТ) не превышает 6% (допустимые колебания от 3 до 10%).



Большим величинам МУМТ способствуют:

- недоношенность,
- большая масса тела при рождении (свыше 3500 г),
- затяжные роды,
- родовая травма,
- гипогалактия у матери,
- высокая температура и недостаточная влажность воздуха в палате новорожденных и др.

МУМТ больше, чем 10% у доношенного свидетельствует о заболевании или о нарушениях в выхаживании ребенка.



- Большинство новорождённых восстанавливают массу тела до 10-го дня жизни (чаще к 6-7-му дню). Раннее прикладывание детей к груди, свободный режим вскармливания, правильный уход предупреждают чрезмерную потерю массы тела.
- До восстановления первоначальной массы тела и появления устойчивой прибавки производят ежедневное взвешивание новорожденного.



Транзиторные нарушения теплового обмена

- **Транзиторная гипотермия.**

После рождения ребёнок попадает в температурный режим окружающей среды, который на $12-15^{\circ}\text{C}$ ниже внутриутробного.

В первые 30 мин температура кожных покровов снижается и достигает минимума через 60 мин. Наиболее низкой температура бывает на конечностях.

К середине первых суток происходит повышение температуры тела, и она становится постоянной.



- **Транзиторная гипертермия**

возникает на 3-5-й день жизни и обусловлена

катаболической возникает на 3-5-й день жизни и обусловлена катаболической направленностью обмена веществ, недостаточным поступлением жидкости при получении богатой белками возникает на 3-5-й день жизни и обусловлена катаболической направленностью обмена веществ, недостаточным поступлением жидкости при получении богатой белками пищи -

МОЛОЗИВА возникает на 3-5-й день жизни и обусловлена

катаболическим недостаточным поступлением молока ("недостаточным поступлением молока")

При оптимальном поступлении молока гипертермия

достаточным поступлением пищи - не имеет значения

я



Симптомы гипертермии

- повышение температуры тела в течение 12-24 ч до 38-39°C.
- беспокойство,
- сухость кожи и слизистых оболочек

Лечение :

- физического охлаждения
- дополнительное питье (кипяченая вода, 5% р-р глюкозы) в среднем 200 мл/сутки.
- обязательная консультация врача.



Транзиторные особенности функции почек

- **Транзиторная олигурия** олигурия развивается в первые 3 дня жизни у всех здоровых новорождённых. Связана она с малым поступлением в организм жидкости (**МОЛОЗИВО** содержит мало воды) и особенностями гемодинамики.



- Протеинурия (**альбуминурия**) возникает у всех новорождённых в первые дни жизни и представляет собой следствие увеличенной проницаемости почечного фильтрационного барьера, канальцев, [капилляров](#)) возникает у всех новорождённых в первые дни жизни и представляет собой следствие увеличенной проницаемости почечного фильтрационного барьера, канальцев, капилляров, застоя крови во время родов, увеличенного [гемолиза](#) эритроцитов.



Мочекислый инфаркт.

- отложение кристаллов мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек) окрашена в красный цвет, мутноватая и оставляет на пелёнках коричнево-красные пятна. Эти изменения исчезают к концу первой недели, с 10-го дня жизни их расценивают как патологические признаки. При назначении жидкости и адекватном выделении мочи мочекислый инфаркт исчезает.



Транзиторные изменения кожных
покровов Возникают у всех
новорожденных на 1 неделе жизни

- **простая эритема** – это реактивная **гиперемия** – это реактивная гиперемия кожи, которая возникает после удаления **первородной смазки** – это реактивная гиперемия кожи, которая возникает после удаления первородной смазки. Краснота в первые часы имеет слегка **цианотичный** оттенок, на 2-е сутки она становится наиболее яркой, далее интенсивность ее постепенно уменьшается и к концу 1-й недели жизни исчезает;
- у **недоношенных** эритема более выражена и держится дольше – до 2-3 недель;



- **физиологическое шелушение кожных покровов** – крупнопластинчатое шелуше-ние – крупнопластинчатое шелуше-ние кожи возникает на 3-5 день жизни у детей с яркой простой эритемой при ее угасании; обильное шелушение отмечается у переношенных детей;



- **токсическая эритема** – отмечается у 20-30% новорожденных. Возникает на 2-5-й день жизни и проявляется эритематозными, слегка плотноватыми, пятнами с папулами – отмечается у 20-30% новорожденных. Возникает на 2-5-й день жизни и проявляется эритематозными, слегка плотноватыми, пятнами с папулами или пузырьками в центре.



Локализация: разгибательные поверхности конечностей вокруг суставов, ягодицы, грудь, живот, лицо.

Высыпания обильные, их не бывает на ладонях, стопах, слизистых. Чаще через 2-3 дня после появления сыпь бесследно исчезает.

- Состояние детей обычно не нарушается, температура нормальная, лишь при обильной эритеме ребенок становится беспокойным, у него

- **родовая опухоль** – отек предлежащей части – отек предлежащей части, проходит самостоятельно в течение 1-2 дней; иногда на месте родовой опухоли имеются петехии.



Физиологическая желтуха развивается у 60-70% новорожденных.

- Полчи эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин.
Внутриутробно в эритроцитах ребенка содержится так называемый фетальный гемоглобин, отличающийся по своей структуре от гемоглобина взрослого. После рождения начинается активный процесс распада эритроцитов с фетальным гемоглобином и синтез эритроцитов с гемоглобином взрослого. При распаде эритроцитов образуется билирубин;



- **недостаточная конъюгационная способность печени** – незрелые ферменты печени новорожденного не справляются с большим количеством билирубина.
- Уровень билирубина минимальный 26-34 мкмоль/л, максимальный 130-170 мкмоль/л.

Однако появление желтухи в первый день жизни или интенсивное желтое окрашивание кожи являются тревожным признаком и требуют проведения дополнительного обследования.

Характеристика физиологической желтухи детей

- появляется на 2-3 день, всегда после 24 часов жизни;
- нарастает в течение первых 3-4 дней жизни;
- интенсивность окрашивания увеличивается с каждым днем;
- начинает угасать с 7-10 дня, исчезает на 2-3 неделе жизни;
- желтуха имеет оранжевый, апельсиновый оттенок;
- общее состояние ребенка не нарушено;
- размеры печени и селезенки соответствуют норме;
- нет изменения окраски кала и мочи.

Оценка желтухи по Крамеру

- 1 степень - окрашены кожа лица и шеи;
- 2 степень - окрашивание кожи до уровня пупка;
- 3 степень - окрашивание верхних (проксимальных) отделов рук и ног;
- 4 степень - полное окрашивание рук и ног, включая кисти и стопы

