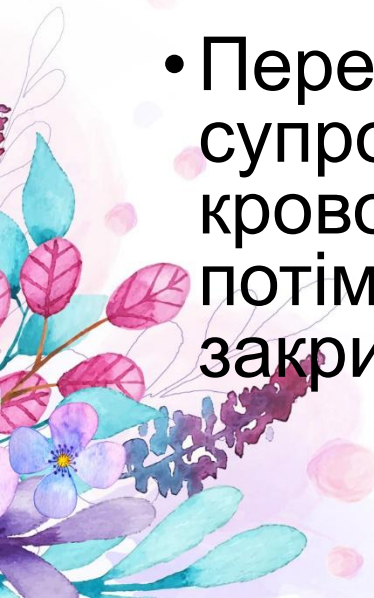


# Транзиторні стани новонароджені х

Романенко Т.В.



- При народженні дитина потрапляє в зовсім інше навколишнє середовище.
- З'являються нові умови існування: барометричний тиск, температура, тактильні, звукові та зорові подразники, мікробне оточення.
- Перехід до нових умов життя супроводжується змінами в системі кровообігу (спочатку функціональними, а потім анатомічними, до яких відноситься закриття 6 фетальних каналів кровотоку).



- Стани, що відображають процес адаптації до нових умов життя, називають перехідними (перехідні, суміжні, транзиторні, фізіологічні). Для таких станів, на відміну від анатомо-фізіологічних особливостей новонародженого, характерно:
  - Вони з'являються при пологах та після народження.
  - Порівняно швидко зникають



# Причини виникнення:

- Перехід до позаутробних умов існування;
- Зміна барометричного тиску;
- Зміна вологості;
- Нестабільна температура;
- Різні тактильні подразники (маніпуляції медперсоналу, елементи догляду тощо);
- мікробне оточення.



# Фізіологічна еритема

- іпертермія шкіри, іноді з ціанотичним відтінком на кистях і стопах, виникає в результаті значного розширення капілярів шкірних покривів у відповідь на нові незвичні подразники зовнішнього середовища.





- З'являються після видалення першородної змазки та першої ванни. На 2-у добу життя еритема стає найбільш яскравою, далі її інтенсивність поступово зменшується, і на 3-4 дні, іноді до кінця тижня, вона повністю зникає. У недоношених дітей і новонароджених від матерів, які хворіють на цукровий діабет, еритема більш виражена і тримається довше – до 2-3 тижнів. У переношених дітей вона майже не виявляється.

# Токсична еритема

- виявляється у 20-30 % новонароджених і виникає на 2-5 –й дні життя: еритематозні плями, ледь щільні, нерідко – із сірувато-жовтявими плямами чи пухирчиками в центрі, що розташовані на розгинальних поверхнях кінцівок навколо суглобів, на сідницях, на грудях, рідше на животі і обличчі.





- Локалізуються групами, а іноді покривають усе тіло. Токсична еритема ніколи не буває на долонях, стопах, слизових оболонках. Протягом 1-3 днів можуть з'являтися нові елементи, але здебільшого через 2-3 дні після появи висипка зникає. Стан дітей не порушений

- Токсична еритема – алергоїдна реакція. У вмісті пухирців і папул при гістологічному дослідженні виявлені еозинофіли, тобто є патохімічна і патофізіологічна реакції, але відсутня імунологічна стадія алергічної реакції.
- Лікування, як правило, не потрібно.
- Але при великій висипці по всьому тілу доцільно призначати багато пити, препарати кальцію, димедрол (0,002 per os 3 рази на день). Д
- умка про те, що діти з токсичною еритемою в подальшому мають схильність до алергічних реакцій, достатньо не обгрунтована.



# Родова пухлина

- набряк передлежачої частини внаслідок венозного гіпостазу, проходить самостійно через 1-2 дні. Нерідко на місці родової пухлини є дрібні і краплеподібні крововиливи (петехії), що самостійно зникають через кілька днів.



# Транзиторна втрата первинної маси тіла

- виникає, головним чином, через невідповідність енергетичних затрат організму в період стресової реакції (адаптація до нових умов існування) та калорійності вигодовування (мала кількість молока, що отримує дитина в перші дні життя).

- Максимальна втрата первинної маси тіла спостерігається на 3-4-й день життя і складає в нормі 5-9 %.



- Фактори, що сприяють збільшенню втрати маси тіла: недоношеність, велика маса при народженні, затяжні пологи, пологова травма, хвороби новонародженого, гіпогалактія у матері, висока температура і недостатня вологість навколишнього середовища, великі втрати тепла дитиною при низьких температурах.



- В гарячу і суху пору року, при високій температурі в кімнаті (чи в кювезі) та при надмірному пеленанні дитини значно зростає втрата рідини.
- Відновлення первинної маси тіла у здорових доношених новонароджених при правильній організації догляду та вигодовування настає до кінця першого – початку чи середини другого тижня життя.



# У здорових доношених дітей зустрічається, головним чином, 3 типи вагових кривих:

- Маса швидко, протягом перших 3-х днів життя, зменшується, після чого знову наростає і досягає первинного рівня на 7-8-й день життя.
- Цей тип кривої – “ідеальний”, або тип Бюдена, спостерігається у 20 – 25 % новонароджених, у матерів яких швидко встановлюється лактація, і діти отримують достатню кількість рідини з перших днів життя.
- Тип кривої Пісса спостерігається у більшості дітей – різке зменшення ваги, потім повільне її збільшення. Відновлення її відбувається до 10-12 дня, рідко – до кінця 2-го тижня життя.
- Після різкого зменшення ваги – невелике збільшення, потім знову зменшення, після чого знову повільне збільшення.
- Профілактикою значного зневоднення є раннє прикладання дитини до грудей матері, “вільне пиття” за потребами дитини, інші заходи з раціоналізації догляду за новонародженим. Два фактори, що впливають на транзиторну втрату первинної маси тіла, є рівноцінними. Вагова крива не підніметься, якщо дитина не отримала достатню кількість рідини. Призначення дитині води, чаю та інших рідин не вдається попередити втрату ваги (але шкіра та тургор тканин залишаються більш міцними).

# Транзиторна зміна теплового балансу (транзиторні гіпотермія та гіпертермія).

- виникає у новонароджених внаслідок, з одного боку, недосконалості процесів терморегуляції, а з другого – підвищення чи зниження температури навколишнього середовища. Новонароджені легко перегріваються та легко переохолоджуються при неоптимальних умовах зовнішнього середовища.



# Основними особливостями процесу терморегуляції у новонароджених є:

- Більш висока тепловіддача відносно теплопродукції;
- Різко обмежена здатність зменшувати чи збільшувати теплопродукцію при перегріванні та переохолодженні;
- Неспроможність давати типову реакцію лихоманки, як у дорослих (тобто перебудовувати тепловий гомеостаз так, що підвищена температура сприймається теплорегулюючими центрами як нормальна).

- ранзиторна гіпертермія виникає, як правило, на 3-4-й дні життя.
- При оптимальних умовах виходжування, її частота складає 0,3-0,5 %.
- При порушених умовах догляду за дитиною – до 17 %. Підвищення температури тіла співпадає з моментом максимальної втрати маси тіла і досягає часом 39-40° С.



# Транзиторна гіпербілірубінемія

- буває у всіх дітей на перших днях життя, тоді як транзиторна жовтяниця (icterus neonatorum) - лише у 60 – 70% новонароджених. У 50 % доношених дітей на другий або третій день після народження з'являється жовтяниця. Як правило, через тиждень вона проходить.
- У 80 % недоношених дітей жовтяниця з'являється на п'ятий-сьомий день після народження.
- Ця жовтяниця проходить протягом двох місяців після народження.

- Основною причиною гіпербілірубінемії є гемоліз частини еритроцитів, які стали непотрібні організму при переході на новий тип дихання.





- Нормальні показники концентрації білірубіну в сироватці пуповинної крові – 26-34 мкмоль/л., потім концентрація білірубіну в сироватці крові збільшується зі швидкістю 1,7-2,6 мкмоль/л за 1 год, досягаючи на 3-4-й дні в середньому 103-137 мкмоль/л.
- Підвищення зумовлене фракцією непрямого (вільного) білірубіну.

- Протягом останніх років починають з'являтися повідомлення про те, що транзиторну жовтяницю не слід вважати фізіологічною.
- Дослідження довели, що тривалість і вираженість жовтяниці прямо пропорційні ступеню зрілості не тільки глюкоронілтрансферазної системи, але всього організму в цілому. Вивчення катамнезу у дітей, котрі в періоді новонародженості мали затяжну жовтяницю показало наявність у них схильності до виникнення хронічних захворювань печінки і жовчевих шляхів.
- Таким чином, поняття фізіологічності даного транзиторного стану не зовсім вірне.



- Наявність жовтяниці в новонароджених не завжди є проявом норми. При гемолітичній хворобі новонароджених, сепсисі, уродженому гепатиті, атрезії жовчних шляхів також може виникнути жовтяниця.



Основними відмінностями жовтяниць, що є ознакою захворювань, від фізіологічної жовтяниці є такі:

- Поява жовтяниці в першу добу життя.
- Тривалість жовтяниці більше 2-х тижнів.
- Повторне збільшення інтенсивності жовтяниці після періоду її зменшення.
- Підвищення концентрації непрямого білірубіну в сироватці крові більше як на 85 мкмоль/л на добу або понад 5,1 мкмоль/л на 1 год.
- Рівень непрямого білірубіну в сироватці крові – більше 205 мкмоль/л, а прямого – понад 25 мкмоль/л на будь-який день життя дитини.

# статевий криз

- зустрічається у 2/3 новонароджених. Виникає внаслідок дії гормонів, що надходять в організм плода від матері в останні тижні вагітності та перші дні життя.



- Гіперестрогенний фон плода стимулює ріст та розвиток молочних залоз, структурних відділів матки.  
“Позбавлення” організму дитини естрогенів викликає виражені зміни саме в “органах-мішенях”.

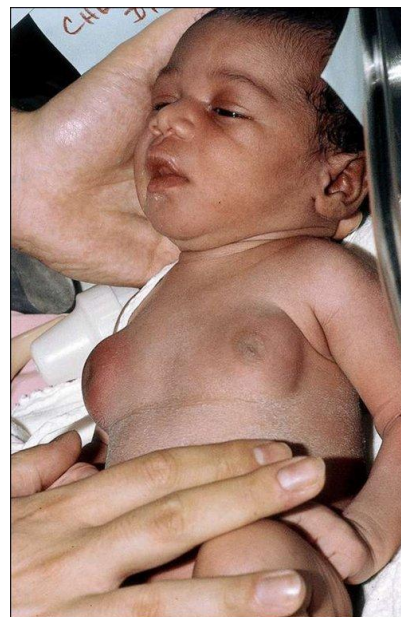


- Різке зменшення вмісту естрогенів призводить до бурхливої реакції матки новонародженого, іноді навіть до відшарування всього функціонального шару слизової оболонки.



# Нагрубання молочних залоз (фізіологічна мастопатія)

- звичайно починається на 3-4-й дні життя, далі розміри їх збільшуються до максимуму на 7-8-й дні життя.
- Потім ступінь нагрубання зменшується і до кінця неонатального періоду зникає. Збільшення молочних залоз буває і в хлопчиків, і в дівчаток. Завжди симетричне, шкіра над залозою не змінена.
- Самостійно чи при пальпації із залози виділяється спочатку сіруватий, потім молочний вміст, за складом рівноцінний молозиву матері.



**Гинекомастия**  
**новорожденного,**  
связанная с  
гиперэстрогемией  
матери в последние  
недели беременности.

- Десквамативний вульвовагініт – значні слизові виділення сірувато-білого кольору із статевої щілини, які з'являються в 60-70 % дівчаток у перші 3 дні життя, тривалість – 2-3 дні, потім вони поступово зникають.





- Кровотечі з піхви (метрорагії) звичайно виникають на 5-8-й дні в 5-10 % дівчаток, хоча прихована кров виявляється ще при десквамативному вульвовагініті. Тривалість кров'янистих виділень – 1-2-3 дні, об'єм – 0,5-1 мл крові.

- Вугрі (milia) - білувато-жовтуваті вузлики розміром 1-2 мм, з'являються над поверхнею шкіри і локалізуються на крилах носа, переніссі, на лобі, підборідді, рідко – на тілі.
- Це сальні залози з великою кількістю секрету, що утворився під впливом материнських гормонів та внаслідок закупорки вивідних проток.
- Спостерігаються в 60 % дітей, зникають без будь-якого лікування за 1-2 тижні. При легкому запаленні навколо них необхідна обробка шкіри 0,1 % розчином калію перманганату.





@doctor\_annamama

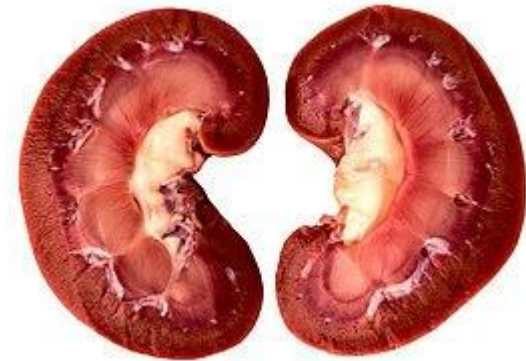
- Крім цих проявів, рідше зустрічаються такі явища гормонального кризу, як гіперпигментація навколо сосків та калитки в хлопчиків, набряк зовнішніх статевих органів, гідроцеле, минають самотійно через 1-2 тижні.

# Транзиторні особливості функції нирок зумовлені такими причинами:

- Відносне зневоднення новонародженого.
- Катаболічна спрямованість обміну речовин і руйнування великої кількості клітин.
- Функціональна слабкість нирок із підвищенням проникності епітелію клубочків та каналців.
- Неспроможність новонароджених продукувати гіпертонічну відносно крові сечу.

# Транзиторна олігурія

- спостерігається в усіх новонароджених перших 3-х днів життя. На 40-му тижні вагітності плід продукує 27 мл сечі на годину, а на першому тижні життя – 6-8 мл/кг на добу.
- При цьому в перші 12 годин лише 2/3 доношених новонароджених виділяють сечу, тоді як 8-10 % дітей продукують її лише на 2-й день життя.
- Вважається, що олігурія – це виділення сечі менше ніж 15-20 мл/кг на добу.
- Основна причина – підвищена проникність клубочків та канальців на фоні катаболічних процесів.



# Сечокислий інфаркт

- це відкладання сечової кислоти у вигляді кристалів у просвіті збиральних трубочок та ductus papillaris, що спостерігається майже в усіх дітей кінця 1-го тижня життя.
- Інфарктна сеча, що з'являється в половини новонароджених, звичайно, на 3-4-й дні життя, жовто-цегляного кольору, мутна, вона залишає на пеленці такого ж кольору пляму з кристалами солей.
- Із поступовим збільшенням кількості сечі сечова кислота вимивається.
- Основна причина цього стану – катаболічна спрямованість обміну речовин, розпад великої кількості білка, що призводить до підвищення концентрації азоту сечової кислоти в добовій сечі (в дорослих – 2,5-3 мг/кг, у новонароджених – 5-10 мг/кг).
- Немає потреби в лікуванні. Необхідно створювати вільний режим пиття, обмежити надходження солей в організм.



# Транзиторна альбумінурія

- Виникає в результаті підвищеної проникливості епітелія клубочків, канальців, капілярів у поєднанні з змінами геодинаміки.
- Кількість білка в сечі зростає до 0,3 г/л.
- Виникає на першому тижні життя.
- Зникає до кінця першого тижня життя.



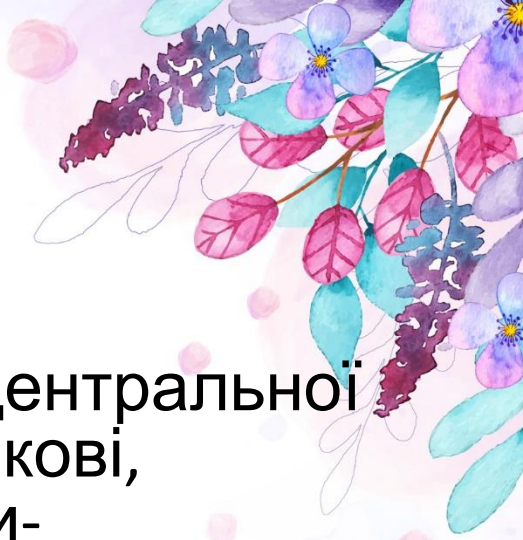
# Транзиторийний дисбактеріоз

- Уже в момент народження шкіру та слизові дитини заселяють мікроорганізми матері.
- Подальшими джерелами інфікування стають руки персоналу, повітря, предмети догляду, молоко матері.
- При цьому первинна бактеріальна флора кишки, шкіри та слизових складається не тільки з біфідумбактерій, молочнокислих бактерій, сапрофітного стафілокока, але й з умовно-патогенних стафілококів, кишкової палички зі зміненими ферментативними якостями, різних штамів протей, грибів.

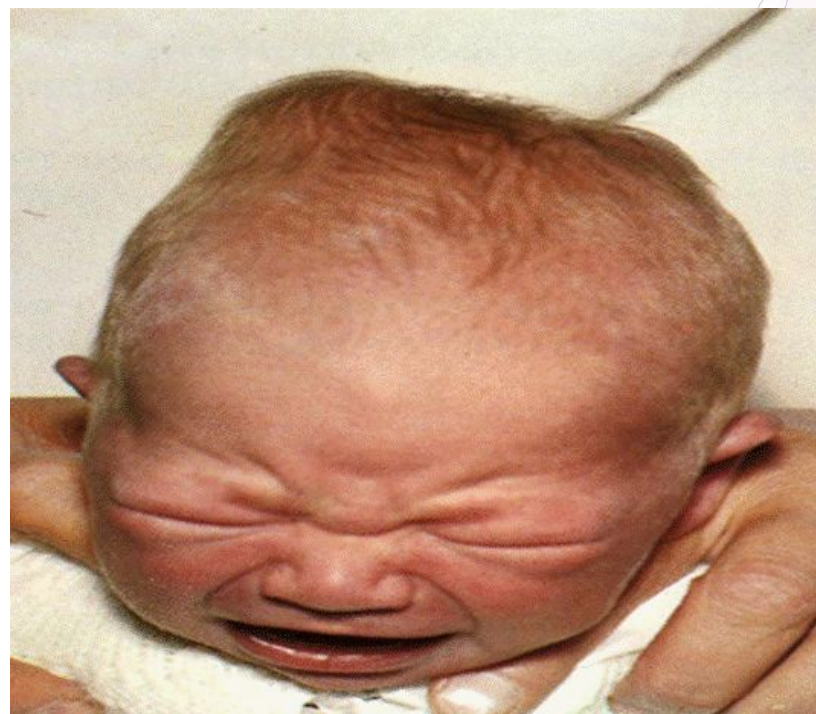


# Патологічні стани



- 
- 1. Синдром дихальних розладів.
  - 2. Гіпоксично-ішемічні пошкодження центральної нервової системи (внутрішньошлуночкові, перивентрикулярні крововиливи, перивентрикулярна лейкомаляція).
  - 3. Перинатальні інфекції.
  - 4. Пневмонія.
  - 5. Виразково-некротичний ентероколіт.
  - 6. Сепсис.
  - 7. Анемія.
- 

- Серед причин перинатальних уражень центральної нервової системи в недоношених дітей переважають гіпоксія, гіпоксія-ішемія, перинатальні вірусні інфекції, метаболічні порушення. Менше значення має пологова травма.



# 1. Гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи:

- - без внутрішньочерепних крововиливів;
- - 3 внутрішньошлуночковими крововиливами;
- - 3 перивентрикулярними крововиливами;
- - 3 перивентрикулярною лейкомаляцією.



- 2. Інфекційні пошкодження центральної нервової системи: енцефаліт, менінгоенцефаліт, гнійний менінгіт.
- 3. Вроджені вади розвитку.



# Фактори ризику внутрішньошлуночкових і перивентрикулярних крововиливів:

- 1. Гестаційний вік – 32 тиж і менше, маса тіла – 1500 г і менше.
- 2. Урогенітальна інфекція в матері (генітальний герпес, цитомега-ловірусна, мікоплазмозна інфекція).
- 3. Тяжка перинатальна гіпоксія, асфіксія.
- 4. Транспортування дитини в перші години після народження.
- 5. Гіпотермія.
- 6. Артеріальна гіпотензія або гіпертензія.
- 7. Гіпоксемія, гіперкапнія.
- 8. Тривала штучна вентиляція легень із використанням жорстких параметрів.
- 9. Синдром відкритої артеріальної протоки.
- 10. Метаболічні розлади.
- 11. Коагулопатії.
- 12. Дефіцит вітаміну К.

# Хвороби новонароджених

- ураження, обумовлені станом матері, ускладненнями вагітності та захворюваннями, що пов'язані безпосередньо з періодом пологів (хронічні хвороби вагітної, передлежання та аномалія плаценти, маткова кровотеча, випадіння пуповини, тощо);
- розлади, пов'язані з тривалістю вагітності та розмірами плода;
- травми під час пологів (пошкодження скелету, периферійної ЦНС — розлади кровообігу мозку, крововиливи в мозок, парези, паралічі);
- дихальні та серцево-судинні розлади, що характерні лише для періоду новонародженості (внутрішньоутробна гіпоксія плода, асфіксія новонародженого, вроджена пневмонія, неонатальні аспіраційні синдроми);
- інфекційні захворювання, що розвинулися внутрішньоутробно (захворювання, які спричиняють збудники, перш за все кокової мікрофлори, до якої новонароджений беззахисний — вроджений бактеріальний сепсис, Torch-інфекції (включають токсоплазмоз, вроджені вірусні гепатити В та С, цитомегаловірусну інфекцію, лістеріоз тощо), вроджена малярія, туберкульоз, сифіліс);
- геморагічні та гематологічні порушення (гемолітична хвороба новонароджених, геморагічна хвороба новонароджених та інші захворювання крові);
- транзиторні ендокринні розлади та порушення обміну речовин, що специфічні для періоду новонародженості (гіпо-, гіперглікемія, транзиторний гіпертиреоз, дисбаланс калію, натрію та інші);
- розлади системи травлення (меконієвий ілеус, некротизуючий ентероколіт новонароджених тощо);
- стани, що стосуються шкіри та терморегуляції (гіпотермія, токсична еритема, склерема, пупковий поліп);

# Загрозливі стани дитини

- Дитина погано смокче груди.
- Судоми.
- Порухення дихання (часте або утруднене).
- Гіпо- або гіпертермія.
- Пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися.
- Гіпотонія або підвищена збудливість дитини.
- Блювання або діарея.



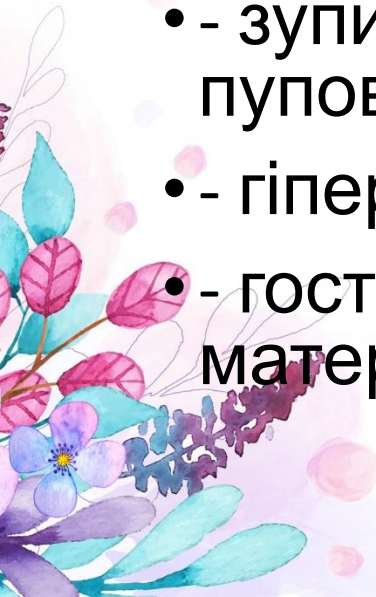
# Асфіксія новонароджених

- Асфіксія новонароджених – патологічний стан, що виникає внаслідок дії гіпоксії та
- гіперкапнії, що супроводжується тяжкими розладами діяльності центральної нервової
- системи, систем дихання та кровообігу.



# Гостра гіпоксія:

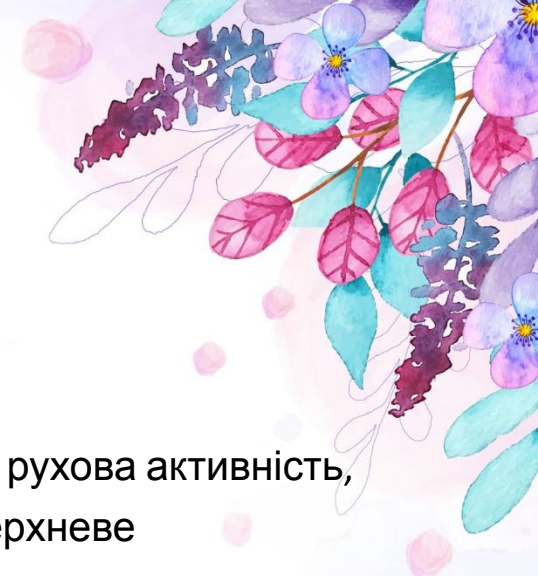
- 1. гіпоксемічна гіпоксія
  - - передчасна відслойка плаценти
  - - розрив матки
  - - зупинка току крові в пуповині
  - - гіпертонус матки
  - - гостра гіпоксія у матері
- 2. циркуляторна гіпоксія
  - - брадикардія внаслідок гіпоксемічна гіпоксія к стиснення головки, притиснення чи
  - натяжіння пуповини



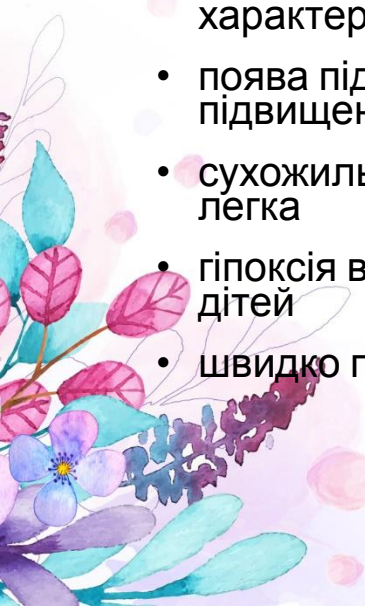
# Хронічна гіпоксія

- 1. гіпоксемічна гіпоксія
  - - хронічна гіпоксія матері (соматичні хвороби)
  - - порушення маточно-плацентарного кровотоку (токсикози, переношування, плацентити)
  - - морфологічні зміни плаценти (внутрішньоутробна інфекція)
- 2. циркуляторна гіпоксія
  - - внутрішньоутробна інфекція – вроджені вади розвитку
- 3. гемічна гіпоксія
  - - гемолітична хвороба новонароджених



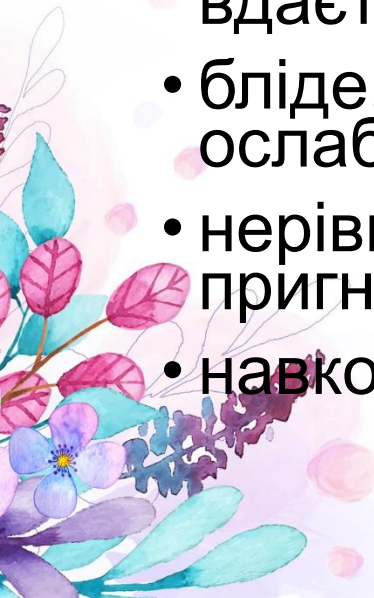


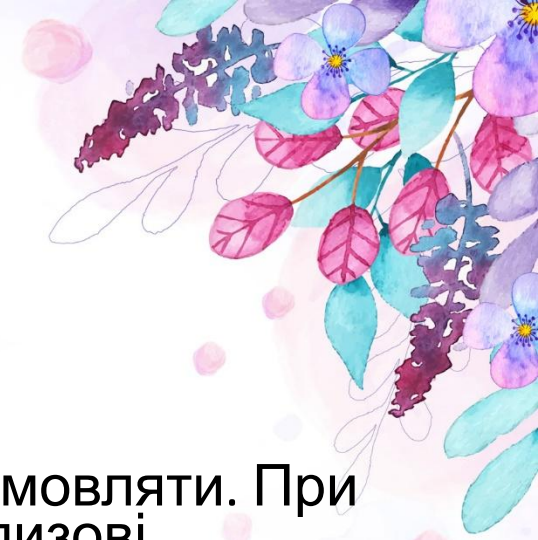
- Легкий ступінь асфіксії.
- При легкому ступені відмічається дещо знижений тонус м'язів, рухова активність,
- знижені фізіологічні рефлексі, ціаноз шкіри, брадикардія, поверхнєве нерівномірне дихання,
- можливе короткочасне апное. Перкуторно над легеньми відмічається коробковий відтінок
- звуку, при аускультції – ослаблене дихання, різнокаліберні вологі хрипи різної непостійної
- локалізації і звучності. На протязі наступних 2-3 днів для цих новонароджених характерно
- поява підвищеної збудливості, тремору, порушення сну, зригування, гіперестезії, підвищення
- сухожильних рефлексів. Наявність такої симптоматики свідчить про те, що навіть легка
- гіпоксія викликає порушення функцій ЦНС, які мають транзиторний характер. Стан дітей
- швидко покращується і до 3-5 доби життя стає задовільним





- Середній ступінь тяжкості.
- При асфіксії середнього ступеня тяжкості знижені тонус м'язів та рухова активність,
- слабка реакція на огляд, в'яла реакція на больовий подразник. Більшість фізіологічних
- рефлексів в перші години життя викликати не вдається. Забарвлення шкіри ціанотичне чи
- бліде. Пульс сповільнений, тони серця ослаблені, дихання порушене (поверхневе,
- нерівномірне, судорожне) або відсутнє, через пригнічення дихального центру або аспірації
- навколоплідними водами, слизом, меконієм.





- Важкий ступінь тяжкості.
- Асфіксія тяжкого ступеня загрожує життю немовляти. При цьому, шкіра має восковоблідний відтінок, слизові оболонки різко ціанотичні, різко знижений тонус м'язів (атонія),
- арефлексія, адинамія. Самостійного дихання не має, серцева діяльність майже цілком
- пригнічена, знижений артеріальний тиск.
- Покращення стану дітей проходить повільно: 3-4 доби залишаються знижений м'язовий
- тонус, реакція на огляд, з'являються але швидко виснажуються фізіологічні рефлексі.
- Відсутність смоктального та ковтального рефлексів свідчать про тяжке ураження головного
- мозку.

