

Поза

Флексорная или полуфлексорная (головка незначительно приведена к груди, руки умеренно согнуты в локтевых суставах, ноги умеренно согнуты в коленных и тазобедренных суставах), может наблюдаться гипотония, атония при тяжелом состоянии или значительной незрелости новорожденного. В норме у ребенка 28 недель наблюдается только минимальное сгибание конечностей, у 32-недельного – сгибание ног, у 36-недельного – сгибание ног и в меньшей степени рук, в 40 неделе – сгибание рук и ног (флексия).

Крик

Громкий, среднего напряжения, слабый, его эмоциональность или отсутствие.

Обратите внимание на «генетический» крик и «мозговой» крик!

Кожа

Здоровый новорожденный имеет розовую окраску кожных покровов. Слабо выраженный цианоз (синюшность) стоп и кистей и периоральный цианоз считаются нормальными, если остальные части тела остаются розовыми.

Застойный цианоз головы может наблюдаться у детей, родившихся с обвитием пуповины вокруг шеи.

Кожа (продолжение)

У некоторых новорожденных на крыльях и спинке носа, реже в области носогубного треугольника обнаруживаются беловато-желтоватые точки (милия), телеангиэктазии – красновато-синюшные сосудистые пятна, петехиальные кровоизлияния. Могут обнаруживаться монгольские пятна, которые располагаются в области крестца, ягодицах, реже на бедрах и представляют собой пигментные пятна синюшного цвета; родимые пятна коричневого цвета могут локализоваться в любой области тела новорожденного. *Milliaria crystalina* – точечные пузырьки в виде капелек росы, которые встречаются у новорожденных в области носа. Они представляют собой ретенционные кисты потовых желез.

Эритемы

- Эритема новорожденных – яркая окраска кожи всего тела, которая исчезает самостоятельно через 24–48 часов после рождения.
- Токсическая эритема – папулезная сыпь, иногда везикулезная и пустулезная, появляющаяся в течение 3–5 дней жизни, исчезает очень быстро.
- Телеангиэктатическая эритема – мелкие капиллярные гемангиомы на верхних веках глаз, на губе, носу и волосистой части головы, которые появляются более чем у 50% новорожденных. Эта эритема постепенно исчезает самостоятельно в течение первого года жизни, может вновь появляться при крике и перегревании ребенка.

Желтуха

Транзиторная гипербилирубинемия наблюдается у всех новорожденных. А ее клинический эквивалент - физиологическая желтуха новорожденных - у 2/3 детей.

Желтуха возникает в связи с временной функциональной незрелостью ферментативных систем печени, в частности с недостаточностью глюкоронилтрансферазы. Билирубин не вступает в соединение с глюкуроновой кислотой, не становится растворимым в воде, не претерпевает определенных изменений и не выделяется с желчью и мочой, т.е. на почве энзимопатии нарушается превращение билирубина, что является причиной желтухи.

Клиника физиологической желтухи новорожденных следующая

На 2-3 день жизни появляется желтушное окрашивание кожи, а иногда и слизистых оболочек, склер. Стул и моча сохраняют обычную окраску, а слезы могут иметь желтый цвет. Общее состояние ребенка при этом не нарушено. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без патологических изменений. В моче отсутствуют уробилин и желчные пигменты. Динамика содержания билирубина следующая: уровень билирубина в крови из пупочной вены - 26-34 мкмоль/л, почасовое увеличение в первые дни жизни - 1,7-2,6 мкмоль/л в час. Максимальный уровень билирубина наблюдается на 3-4 сутки - 34,2 - 171 мкмоль/л, за счет непрямого билирубина.

Дифференциальный диагноз

Физиологическую желтуху новорожденных необходимо дифференцировать с гемолитической болезнью новорожденных, типичными признаками которой являются раннее появление желтухи (в течение первых суток), увеличение печени и селезенки, анемия, ретикулоцитоз, более быстрый прирост билирубина, несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору или группе крови. В случае пролонгированной желтухи необходимо исключить атрезию желчевыводящих путей, для которой характерны увеличение уровня билирубина за счет прямой фракции, увеличение печени и селезенки, бесцветный кал, темная моча. Гипербилирубинемия может быть маркером внутриутробного инфицирования.

Лечения физиологической желтухи новорожденных не проводится ■

Голова ребенка

При осмотре головы врач обращает внимание на ее размеры (обычно 32–37 см), формы, пропорции мозгового и лицевого черепа (у новорожденных мозговой череп всегда преобладает над лицевым), размеры родничков (большой родничок – ромбовидной формы и в среднем около 2,5–3,2 см, малый родничок – треугольной формы, у 25% детей бывает открытым, боковые роднички к рождению ребенка обычно закрыты), а также их выбухание или западение, пульсацию и на состояние швов, плотность костей, которые после рождения достаточно плотные. Изменение формы головы может быть связано с наличием родовой опухоли, появляется сразу после рождения и исчезает в течение первых дней жизни. Другой причиной может быть кефалогематома.

Осмотр грудной стенки

Для новорожденного характерна короткая шея. При осмотре врач обращает внимание на ее подвижность, при пальпации определяет уплотнение. Проводится пальпация ключевых костей с целью выявления возможных переломов.

Половой криз проявляется увеличением молочных желез, независимо от пола ребенка, на 4–6-й день жизни, держится несколько недель, иногда сопровождается выделением молозива.

При осмотре грудной клетки обращают внимание на ее форму, на наличие аномалий, таких как, например, добавочные соски, на асимметрию.

Сердечно-сосудистая система

Сердце здорового ребенка имеет округлую форму. Размеры правого и левого желудочков у новорожденного почти одинаковы. В периоде новорожденности границы сердца смещаются вправо, верхняя его граница опускается от уровня первого межреберья – II ребро до второго межреберья. Левая граница выходит за средне-ключичную, а правая за край грудины. Частота пульса у новорожденного 120–140 ударов в 1 мин. Артериальное давление в первый день жизни составляет в среднем 66/36 мм рт. ст. У здоровых детей можно наблюдать слабую пульсацию сонной артерии.

Дыхательная система

Дыхательная система характеризуется описанием формы грудной клетки, данных перкуссии и аускультации. У новорожденных носовые ходы узкие, с нежной слизистой оболочкой, которая покрыта большим количеством кровеносных сосудов. Хрящи носа мягкие. Вследствие горизонтального положения ребер и слабого развития дыхательных мышц дыхание у новорожденного поверхностное, осуществляется во многом за счет диафрагмы. Дыхательный объем легких новорожденных составляет всего 11,5 мл, минутный объем дыхания 635 мл. В периоде новорожденности дыхание аритмичное, его частота составляет 40–60 вдохов в 1 мин.

ЖИВОТ

При осмотре живота и органов брюшной полости обращается внимание на участие брюшной стенки в акте дыхания. В норме передняя брюшная стенка не выходит за плоскость, которая является продолжением грудной клетки. При внешнем осмотре определяются округлость живота, увеличение или его западение, имеется ли асимметрия. Живот при пальпации у новорожденного при спокойном его поведении мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги не более 2 см по среднеключичной линии. Селезенку удается пропальпировать у края реберной дуги, а почки удается прощупать лишь у детей со слабо выраженным подкожно-жировым слоем. Производят осмотр ануса, фиксируют частоту и характер стула.

Пупочная ранка

Пока ранка не заживет,
рекомендовано купать детей в
кипяченой воде.

Обрабатываем ранку: перекись,
спиртовая настойка календулы.

Омфалит

Заболевание начинается обычно в конце раннего неонатального периода или на 2-й неделе жизни, нередко с симптомов катарального омфалита. Через несколько дней появляется гнойное отделяемое из пупочной ранки — пиорея пупка, отек и [гиперемия](#) пупочного кольца, инфильтрация подкожной жировой клетчатки вокруг пупка, вследствие которой пупок выбухает над поверхностью передней брюшной стенки.

Характер воспалительного процесса позволяет выделить омфалит катаральный и омфалит гнойный. Появлению катарального омфалита (мокнущего пупка) способствует замедленная эпителизация инфицированной пупочной ранки. Из-за мокроты в пупочной ранке наблюдается выделение прозрачного отделяемого и образование на дне ранки грануляций (корочек), иногда даже кровянистых. Пупочное кольцо при этом обычно покрасневшее и отечное. На общем состоянии новорожденного это, как правило, не отражается. Температура тела сохраняется в норме, однако процесс может распространиться на прилегающие ткани.

Фунгус пупка

грибовидное разрастание
грануляционной ткани при затянувшемся
заживлении пупочной ранки у
новорожденного.

Половые органы

У здоровых доношенных мальчиков характерно опущение яичек в мошонку, головка полового члена скрыта под крайней плотью и из-под нее обычно полностью не выводится. Размеры полового члена и мошонки строго индивидуальны. У здоровых доношенных девочек малые половые губы прикрыты большими губами. Небольшой отек слизистых половых губ, а также наличие слизистых или кровянистых выделений считается нормой.

Половой криз

Гормональный криз новорожденных - одно из типичных переходных состояний ребенка, сопровождающих его адаптацию к жизни вне матки. Основной причиной проявления симптомов "малого пубертата" служит резкое падение уровня женских половых гормонов в организме новорожденного, которое начинается практически сразу после рождения и стремительно прогрессирует в течение первой недели жизни. Уровень эстрогенов в крови у новорожденного в этот период понижается в десятки и даже сотни раз, что обуславливает изменение фоновой секреции других гормонов и ответную реакцию со стороны самых различных органов и систем ребенка.

Физиологическая мастопатия

Наиболее распространенным проявлением гормонального криза является т.н. физиологическая мастопатия, встречающееся у подавляющего большинства новорожденных девочек и примерно у половины мальчиков. Физиологическая мастопатия выражается в нагрубании молочных желез - увеличение размеров последних обычно начинается на 3-4-й день жизни, достигает максимума через неделю, после чего постепенно регрессирует, исчезая в среднем к концу первого месяца. Нагрубание всегда двухстороннее, изредка сопровождающееся легким покраснением кожи в окружности желез. Иногда, мастопатия у ребенка сопровождается необильными белесоватыми выделениями из сосков (со времен средневековья за этими выделениями закрепилось определение "ведьмино молоко").

Миллия

Довольно часто на изменение гормонального фона реагирует кожа ребенка - на лице ребенка могут появиться так называемые миллия. Ничего общего с внешним видом "угрей" пубертатного периода у миллии нет - комедоны новорожденных имеют размер 1-2 мм и желтовато-белый цвет. Эти миниатюрные образования представляют собой переполненные секретом сальные железы кожи и чаще всего самопроизвольно исчезают в течение 10-14 дней безо всякого лечения. Для предупреждения развития воспаления в области расположения комедонов вполне достаточно регулярно проводить адекватный туалет кожи малыша.

Гиперпигментация кожи

Еще одно кожное проявление гормонального криза - усиление коричневатой пигментации в околососковой области (а у мальчиков - и области мошонки).

Разумеется, такая гиперпигментация кожи в лечении совершенно не нуждается и беспокойства родителей не вызывает - в отличие от отеков наружных половых органов и транзиторной водянки яичек (гидроцеле), которые также являются типичными симптомами полового криза новорожденных. Однако, на самом деле такое беспокойство преждевременно - следует подождать 2-3 недели и, вполне возможно, что отеки и гидроцеле исчезнут безо всякого врачебного вмешательства.

Реакция половых органов

- Еще одно проявление полового криза - реакции со стороны половых органов новорожденных девочек. Примерно у каждой 10-20-й из них в конце первой-начале второй недели жизни отмечается метроррагия. Количество выделяемой крови в норме практически никогда не превышает 2 мл, сама же метроррагия длится всего лишь день-два и лечения не требует.
- Значительно чаще метроррагий у новорожденных девочек встречается десквамативный вульвовагинит - гормонозависимые изменения слизистой влагалища, проявляющиеся серовато-белесыми слизистыми выделениями из половой щели. Этот вульвовагинит также проходит самостоятельно в течение нескольких дней.

Мочекислый инфаркт почки

На первой неделе родители каждого третьего-четвертого ребенка могут быть обеспокоены появлением мутноватой, кирпичного цвета мочи. Это - **мочекислый инфаркт**. При этом состоянии происходит отложение кристаллов мочевой кислоты в системе почечных канальцев и собирательных трубочек. Откладывающиеся кристаллы не повреждают почечную ткань сколько-нибудь серьезно, их выведение с мочой прекращается к середине второй недели. На этом же сроке из анализа мочи исчезают лейкоциты, зернистые и гиалиновые цилиндры, клетки эпителия. Моча при этом приобретает обычную окраску.

Причина мочекислового инфаркта кроется в катаболической направленности обмена веществ - интенсивном распаде большого количества клеток (в основном, лейкоцитов). Упомянутое состояние отражает нормальное течение адаптационного процесса, несколько реже встречаясь у детей недоношенных.

Суставы

Важной оценкой является оценка состояния суставов. Обращают внимание на форму конечностей, возможную косолапость, количество пальцев с обеих сторон на руках и на ногах. Проверяют наличие вывиха и дисплазии бедер в тазобедренных суставах: при разведении в тазобедренных суставах – разведение полное, симптом «щелчка» отсутствует.

Транзиторная гипервентиляция

В момент родов происходит мгновенное обездвиживание ребёнка на несколько секунд. Затем возникает первый глубокий вдох под влиянием нисходящих влияний ретикулярной формации на дыхательный центр. Активация ретикулярной формации происходит под влиянием возникших в родах гипоксии, гиперкапнии, метаболического ацидоза, комплекса температурных, проприоцептивных тактильных и других стимулов во время рождения. После окончания острой адаптации к внеутробному существованию (первые 30 мин жизни) на протяжении 2-3 дней жизни минутная лёгочная вентиляция в 2-3 раза выше, чем у старших детей, что и называют физиологической (транзиторной) гипервентиляцией, направленной на компенсацию метаболического ацидоза при рождении. Первое дыхательное движение происходит по типу гаспс, характеризуется глубоким вдохом, затруднённым выдохом (инспираторная «вспышка») и наблюдается у здоровых доношенных детей в первые 3 ч жизни. Транзиторное тахипноэ нередко возникает у доношенных детей, родившихся в результате кесарева сечения, вследствие задержки резорбции фетальной жидкости в лёгких. Приступы апноэ недоношенных могут иметь место у ребёнка с низкой массой тела при рождении. Этот вид расстройства дыхания в ряде случаев служит симптомом неонатальной патологии (сепсиса, гипогликемии, внутричерепного кровоизлияния и др.) и требует проведения дополнительного обследования.

Транзиторное кровообращение

С первыми вдохами по времени совпадают глубокие изменения кровообращения новорождённого. Как только устанавливается лёгочный кровоток, возрастает венозный возврат из лёгких, поднимается давление в левом предсердии. Когда начинается воздушное дыхание, артерии пуповины спазмируются. Плацентарный кровоток уменьшается или прекращается, снижается возврат крови в правое предсердие. Происходит снижение давления в правом предсердии при одновременном его повышении в левом, поэтому овальное окно закрывается. Анатомическая облитерация отверстия происходит позже, через несколько месяцев или лет. Вскоре после рождения сопротивление кровотоку в большом круге кровообращения становится выше, чем в лёгких направлении кровотока через открытый артериальный проток (ОАП) меняется, создавая шунт крови слева направо. Такое состояние циркуляции называют переходным кровообращением. Оно продолжается примерно сутки, затем артериальный проток закрывается. В течение этого периода возможно поступление крови как слева направо, так и наоборот. Наличием транзиторного кровообращения и возможностью право- левого шунта можно объяснить цианоз нижних конечностей у некоторых здоровых новорождённых в первые часы жизни.

После рождения происходит лишь функциональное закрытие фетальных коммуникаций. Анатомическое закрытие артериального (боталлова) протока может происходить ко 2-8-й нед жизни.

Селье: Транзиторная гиперфункция желез

У новорождённых концентрация катехоламинов сразу после рождения повышена, затем снижается до уровня, наблюдавшегося за сутки до родов. Эти явления необходимы для успешной постнатальной адаптации. Новорождённый бодрствует и отвечает на внешние стимулы. В течение нескольких часов (пока не заснёт) он сверхчувствителен к сенсорным раздражителям, что вызвано «катехоламиновым всплеском» при рождении.

Высокая концентрация катехоламинов увеличивает сократимость миокарда, периферическое сосудистое сопротивление, стимулирует секрецию сурфактанта, уменьшает продукцию и повышает всасывание жидкости в лёгких, мобилизует глюкозу и жирные кислоты как источники энергии и запускает термогенез. У плода уровень активности симпатической системы высок, что важно для поддержания АД. При родовом напряжении в организме матери образуется избыточное количество глюкокортикоидов, которые через плацентарный барьер проникают в кровь плода. Новорождённый перегружен материнскими гормонами, что объясняет повышенное содержание глюкокортикоидов в плазме крови в первые часы после рождения.

Таким образом, ранняя послеродовая адаптация проявляется транзиторной гиперфункцией симпатoadреналовой системы, гипофиза, надпочечников, щитовидной и поджелудочной желёз, а также транзиторной недостаточностью щитовидной железы у недоношенных

ПУМТ

- Транзиторная потеря первоначальной массы тела происходит у всех новорождённых в первые дни жизни и достигает максимальных значений к 3-4-му дню жизни. Максимальная убыль первоначальной массы тела у здоровых новорождённых обычно не превышает 6% (допустимы колебания в пределах 3-10%). Потеря массы тела более 10% у доношенного ребёнка свидетельствует о заболевании или о нарушении ухода за ним.
- У детей с низкой массой тела при рождении физиологическая убыль массы тела может достигать 14-15%.

Нарушение теплового баланса

Особенность процесса терморегуляции у новорождённых — высокая теплоотдача по отношению к теплопродукции. Организм ребёнка может увеличивать или уменьшать теплоотдачу при согревании или охлаждении за счёт изменения тонуса сосудов кожи, регуляции потоотделения, но эта способность у новорождённых ограничена.

Возможность поддерживать суточные колебания температуры тела возникает только к концу неонатального периода.

- **Транзиторная гипотермия** возникает при рождении, когда ребёнок попадает в температурные условия окружающей среды, отличные от внутриутробных. В связи с этим очень важно создание для новорождённого комфортного теплового режима, особенно для недоношенных.
- **Транзиторная гипертермия** возникает обычно на 3-5-й день жизни. Температура тела может подняться до 38,5-39°C. Способствует этому обезвоживание тела ребёнка, нарушения режима, перегревание (температура воздуха в палате для здоровых доношенных новорождённых выше 24 °C). Терапевтическая тактика сводится к физическому охлаждению ребёнка, глюкозы в объёме 50-100 мл.

Транзиторный катар кишечника

- (физиологическая диспепсия новорождённых, переходный катар кишечника) и
- транзиторный дисбактериоз — переходные состояния, развивающиеся у всех новорождённых. В момент рождения кожу и слизистые оболочки заселяет флора родовых путей матери. Дальнейшие источники инфицирования — руки персонала, воздух, предметы ухода, молоко матери.

- Выделяют следующие фазы бактериального заселения кишечника новорождённых:
- I фаза (10-20 ч после рождения) — асептическая;
- II фаза (3-5-й день жизни) — фаза нарастающего инфицирования, происходит заселение кишечника бифидобактериями, кокками, грибами и др.;
- III фаза (конец 1-й-2-й неделя внеутробной жизни) — стадия трансформации, вытеснения других бактерий бифидофлорой, которая становится основой микробного пейзажа.

Молоко матери — ранний поставщик бифидофлоры, поэтому раннее прикладывание к груди матери защищает кишечник ребёнка от обильного заселения патогенной флорой. Расстройство стула наблюдается практически у всех новорождённых в середине 1-й недели жизни. Первородный кал (меконий) стерилен. На 3-й день появляется переходный стул с комочками, слизью, водянистым пятном на пелёнке. На 5-6-е сутки жизни стул кашицеобразный, жёлтый.

Транзиторный метаболизм

- **Катаболическая направленность обмена** — переходное состояние, характерное для новорождённых первых 3 дней жизни, когда энергетическая ценность высосанного молока не покрывает даже потребности основного обмена.

Катаболизму первых дней жизни способствует избыток глюкокортикоидов. Активация гликолиза и липолиза с понижением содержания глюкозы в крови, повышением концентрации неэстерифицированных жирных кислот и «кетоновых тел» типична для всех новорождённых.

- **Гипогликемия** — состояние, часто возникающее в период новорождённости. Критерием неонатальной гипогликемии принято считать содержание глюкозы в крови 2,6 ммоль/л и ниже. Минимальных значений уровень глюкозы в крови достигает на 3-4-е сутки жизни. Транзиторная гипогликемия, не имеющая серьёзных последствий, обычно клинически неопределима. Развитие гипогликемии обусловлено быстрым истощением депо гликогена в перинатальном периоде.

- **Транзиторный ацидоз** — пограничное состояние, характерное для всех детей в родах. У здорового новорождённого ацидоз в первые дни жизни обычно компенсирован (рН 7,36), хотя дефицит оснований может достигать 6 ммоль/л.

Критический порог дефицита оснований, при котором возможны серьёзные поражения ЦНС у новорождённых, составляет 14 ммоль/л.

- **Транзиторная гипокальциемия и гипомагниемия** — пограничные состояния, развивающиеся редко, тогда как снижение уровня кальция и магния в крови в первые 2 суток возможно у многих детей. К концу 1-х суток жизни концентрация кальция падает до 2,2-2,25 ммоль/л, магния — до 0,66-0,75 ммоль/л.

Нормальные значения для всех возрастных групп: содержание общего кальция — 2,1-2,7 ммоль/л, ионизированного — 1,17-1,29 ммоль/л. К концу раннего неонатального периода нормализуется содержание кальция и магния в крови. Транзиторная гипокальциемия и гипомагниемия обусловлена функциональным гипопаратиреозом в раннем неонатальном периоде.

Транзиторные изменения почек

- **транзиторная олигурия** новорождённых проявляется выделением менее 15-20 мл/(кгхсут) мочи. Возникает вследствие недостаточного поступления жидкости и связана со становлением лактации у матери в первые 3 дня у большинства здоровых новорождённых;
- **транзиторная протеинурия** — у новорождённых первых дней жизни возникает вследствие увеличенной проницаемости эпителия клубочков, канальцев, капилляров;
- **могекислый диатез (мочекислый инфаркт)** развивается у трети детей 1-й недели жизни в результате отложения кристаллов мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек. Причина — распад большого количества клеток, из ядер которых высвобождается много пуриновых и пиримидиновых оснований.

Эмоциональные реакции

Для оценки неврологического статуса осмотр новорожденного ребенка должен проводиться на ровной полужесткой поверхности в теплой, хорошо освещенной комнате. В ходе осмотра выявляется его двигательная активность, оцениваются количество, качество и симметричность движений ребенка. При внешнем осмотре ребенка можно выявить признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Одним из таких признаков является мелкокоразмашистый тремор рук и нижней челюсти при крике и беспокойстве. Возможны также спонтанные вздрагивания и спонтанный и индуцированный клонус стоп.

Реакция на раздражители

На резкие световые и слуховые раздражения новорожденный ребенок может реагировать беспокойством и криком, что сопровождается также миганием век, изменением ритма дыхания и пульса. В первые дни жизни обычно ребенок еще не фиксирует взгляд, движения глаз его не координированы, часто отмечаются нистагм, физиологическое косоглазие, слезная жидкость не вырабатывается.

Неврологический статус

При неврологической патологии и врожденных заболеваниях опорно-двигательного аппарата могут отмечаться симптомы «когтистой лапки», свисающей кисти, «лапки тюленя», свисающей стопы, пяточной стопы.

Оценка рефлексов

1. Поисковый рефлекс.

Поглаживание в области рта новорожденного вызывает опускание губы и поворот головы в сторону раздражителя. Надавливание на середину нижней губы вызывает рефлекторное поднятие верхней губы кверху и разгибание головы. При раздражении середины нижней губы, губа опускается, а голова ребенка производит сгибательное движение (до 3 мес.)

2. Хоботковый рефлекс.

В ответ на постукивание пальцем или молоточком по верхней губе происходит сокращение мимической мускулатуры новорожденного (губы складываются в виде хоботка) (до 3-4 мес.).

3. Сосательный рефлекс.

При прикосновении к губам и языку новорожденного или при помещении указательного пальца исследующего в рот ребенка на глубину 3-4 см., новорожденный совершает ритмичные сосательные движения.

Оценка рефлексов (продолжение)

4. Рефлекс Бабкина (ладонно-ротовой).

При надавливании на ладонь новорожденного происходит открывание его рта (до 3 мес.).

5. Хватательный рефлекс.

В ответ на штриховое раздражение ладони новорожденного происходит сгибание пальцев и захватывание предмета.

6. Рефлекс Робинзона.

Новорожденный ребенок удерживает при хватании вес свободно висящего собственного тела.

7. Рефлекс Моро.

При внезапном пассивном вытягивании нижних конечностей, поднимании таза и ног ребенка над кроватью, при надавливании на бедро, руки новорожденного отводятся в стороны, кисти разгибаются (1 фаза рефлекса), а затем происходит их возвращение в исходное состояние (2 фаза) (до 3 мес.).

Оценка рефлексов (продолжение)

8. Рефлекс опоры.

Приставленный к опоре новорожденный разгибает ноги и плотно всей стопой упирается о поверхность стола (до 2 мес.).

9. Рефлекс автоматической походки (шаговый).

При легком наклоне тела кпереди и упоре стоп новорожденный делает шаговые движения (до 2 мес.).

10. Рефлекс ползания Бауэра.

При надавливании на подошвенную поверхность ног новорожденного, уложенного на живот, ребенок рефлекторно выполняет движение ползания (до 3-4 мес.).

Оценка рефлексов (продолжение)

11. **Защитный рефлекс.**

Уложенный на живот новорожденный сейчас же поворачивает голову и пытается ее приподнять.

12. **Нижний хватательный рефлекс.**

При надавливании на переднюю часть подошвы новорожденного возникает тоническое сгибание пальцев ног, напоминающее таковое при верхнем хватании (до 12-13 мес.).

13. **Рефлекс Бабинского.**

В ответ на подошвенное раздражение стопы новорожденного происходит выраженная экстензия большого пальца и веерообразное расхождение остальных.

14. **«Утиный» рефлекс.**

При попадании струи воды или воздуха на область носа новорожденный задерживает дыхание.