### 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 (милиа), 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 обусловливает 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 околососковй области (а у мальчиков - и области мошонки). Разумеется, такая <u>гиперпигментация кожи</u> в лечении совершенно не нуждается и беспокойства родителей не вызывает - в отличие от <u>отеков наружных половых</u> 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 мочекислого 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 направление 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 симпатоадреналовой 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 теплорегуляции 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°С. Способствует этому обезвоживание тела ребёнка, нарушения режима, перегревание (температура воздуха в палате для здоровых доношенных новорождённых выше 24 °С). 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:
- І 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-Я 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 гипопаратиреоидизмом 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 мелкоразмашистый 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 опорнодвигательного 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 поднимание 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.