

# Транзиторные состояния новорожденных

# Пограничные состояния

- Это проявления физиологической перестройки организма, характеризующееся изменением тканей и органов отражающие процессы одоптации к внеутробной жизни.



- При неблагоприятных условиях могут стать патогенетической основой для патологических состояний.
1. Транзиторные изменения кожных покровов.
  2. Гормональный (половой) криз.
  3. Транзиторная гипербилирубинемия.
  4. Транзиторный дисбиоз и физиологическая диспепсия.
  5. Транзиторные особенности метаболизма.
  6. Транзиторные нарушения теплового обмена.
  7. Транзиторные особенности функций почек.
  8. Транзиторные изменения кровообращения.

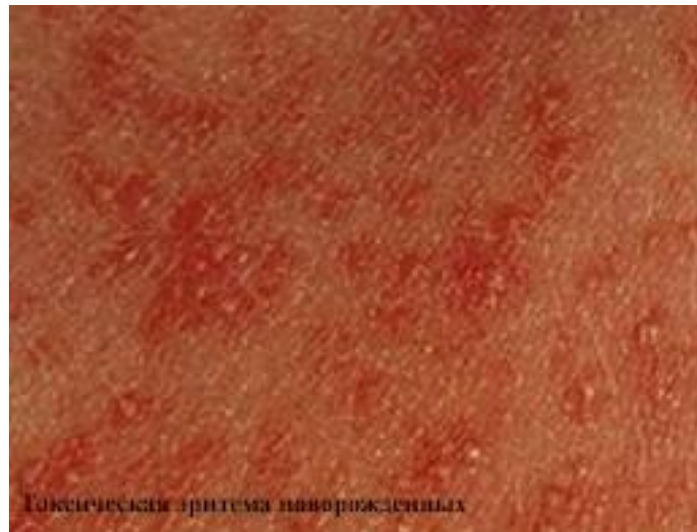
# Транзиторные изменения кожных покровов.

1. Родовая опухоль – отёк мягких тканей подлежащей части.  
Проходит в течении 1-2 дней.

2. Простая эритема – диффузная гиперемия кожи новорождённого, возникает из-за раздражения кожи новыми для ребёнка факторами окружающей среды (воздух, свет и др.). Исчезает к 7 суткам.



3. Токсическая эритема – возникает на 2-5-й день после рождения у 25 -30% новорождённых. На коже появляются эритематозные пятна с пузырьками или серовато – жёлтыми папулами. Заполненных серозной жидкостью, содержащей значительное число эозинофилов. Локализуются вокруг суставов, ягодиц, груди. Не бывают на коже стоп, ладоней и слизистых оболочках. Исчезают на 2-3 сутки. Расцениваются как аллергическая реакция на получаемые от матери белки. Лечение проводится только при выраженных формах.



4. Milia – бело–жёлтые образования в области носа и лба, реже по всему телу. Связанно с закупоркой сальных протоков. Полностью исчезают в течении 1 - 2 недель.



- 5. Физиологическое шелушение кожи – возникает в первые дни жизни после рождения, особенно у переносенных детей и детей с простой эритемой.





# Гормональный (половой) криз.

- Изменения обусловлены переходом эстрогенов от матери к плоду в последний месяц беременности.



- 1. Нагрубание молочных желёз (физиологическая мастопатия) – начинается на 3-4-й день после рождения, наиболее выражена на 8-10 сутки. Возникает у всех девочек и у 50% мальчиков. При надавливании выделяется жидкость подобная молозиву.



## 2. Кровотечение из половых путей.

Метроррагия возникает у 5-7% на 4-7 день и продолжается 1-2 дня. Состояния слизистых влагалища и матки характерно для предменструального периода. Связано с прекращением влияния материнского эстрогена. Лечение: подмывание тёплой водой.

3. Десквамативный вульвовагинит – обильное слизистое выделение серовато-белого цвета из половой щели. Наблюдается у 60-70% девочек в первые 3 дня и продолжается 1-3 дня. Лечение: туалет половых органов.

# Транзиторная гипербилирубинемия

- Гипербилирубинемия развивается у всех новорождённых в первые дни жизни, но только у 60-70% сопровождается транзиторной желтухой. Она обусловлена ускоренным гемолизом эритроцитов, незрелостью фермента глюкоронилтрансферазы, стерильностью кишечника (слабая редукция желчных пигментов). Окрашивание кожных покровов появляется на 2-3й день жизни. При лёгкой степени общее состояние не изменено. При тяжёлой наблюдается сонливости, вялое сосание, рвота.



- Лечение: 5% раствор глюкозы, физиологический раствор, витамин С, Фото терапия.



# Транзиторный дисбиоз и физиологическая диспепсия

- Возникает у всех новорождённых в середине первой недели. Связан с переходом на лактотрофное питание, раздражение кишечника белками и жирами. Одновременно происходит заселения микроорганизма. Первичная бактериальная флора представлена: бифидобактериями, молочнокислыми стафилококками, сапрофитными стафилококками, непатогенной кишечной палочкой, протеями, грибами. К концу бифидобактерии вытесняют другие микробы и становятся основной микрофлорой.



# Транзиторные особенности метаболизма.

- 1. Транзиторный ацидоз – это пограничное состояние характерно для всех детей вовремя родов. В момент рождения рН крови 7,27. Нормализация рН (7,35) происходит к концу первых суток.





2. Транзиторная гипогликемия – (концентрация глюкозы 2,8 -3,3 ммоль/л) диагностируется в первые дни жизни, более выражена у недоношенных детей, при задержке внутриутробного развития, ГБН, гипоксии, полицитемии, у близнецов и обусловлено голоданием, а также особенностями эндокринного статуса новорождё



3. Транзиторная гипокальциемия гипомагниемия – возникает у всех детей в первое двое суток жизни, связано это с функциональным гипопаратиреозом. Позднее концентрация кальция и магния в крови нормализуется.  
(кальция - 2,25 -2,74 ммоль/л, магний 0,74 – 1,15 ммоль/л)



4. Транзиторная потеря первоначальной массы тела – Потеря массы тела происходит на 3 -4й день и варьирует от 3 до 6% связано с потерей жидкости через дыхание и потоотделение. Восстанавливается на 10 сутки.



# Транзиторные нарушения теплового обмена.

- 1. Транзиторная гипотермия – После рождения ребёнок попадает в окружающую среду температурный режим которой на 12- 15 градусов ниже. В первые 30 минут температура кожных покровов снижается и достигает минимума к 1 часу. К концу первых суток возвращается к норме.



2. Транзиторная гипертермия - возникает на 3-5й день, обусловлена катаболической направленностью метаболизма, недостаточным потреблением жидкости при обильном поступлении белка, гипернатриемией, перегреванием. Дети становятся беспокойными, появляются признаки обезвоживания.

Лечение: физическое охлаждение, обильное питьё 200 мл/сут (не более 10% от массы тела).



# Транзиторные особенности функции почек.

1. Транзиторная олигурия – развивается у всех здоровых новорождённых в первые 3 дня жизни. Связано с недостатком поступления жидкости и особенностями гемодинамики.



2. Протеинурия (альбуминурия) – возникает у всех новорождённых и представляет собой следствие увеличенной проницаемости почечного фильтрационного барьера, канальцев, капилляров, застоя крови во время родов, увеличенного гемолиза эритроцитов.

3. Мочекислый инфаркт – отложение кристаллов мочевой кислоты в просветы собирательных трубочек, при этом имеет окраску в красный цвет, мутная, в осадке иногда находят цилиндры, лейкоциты, эпителий. Встречается у 1/3 и проходит к концу первой недели.

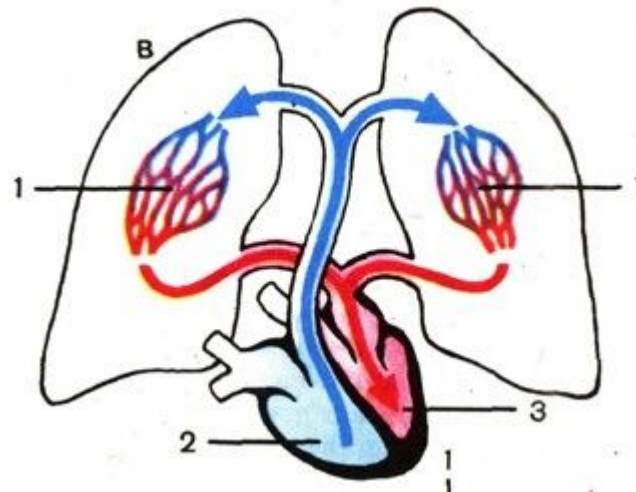
Считается патологией с 10 суток.

Лечение: обильное питье или капельница.



# Транзиторные изменения кровообращения

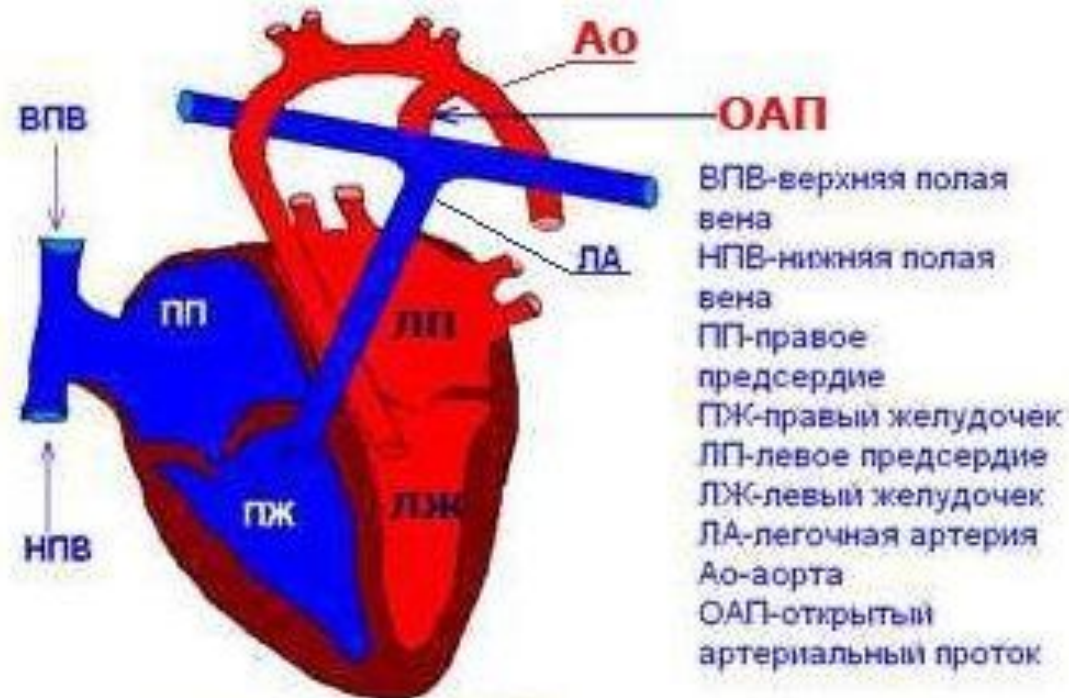
1. Кровоток в лёгких – после расправления становится в 5 раз больше. Систолическое давление, до рождения, в лёгочной артерии больше чем в аорте (выравнивается в первый час жизни, через два часа давление в лёгочной артерии становится ниже чем в аорте, достигает минимума на 2-4й неделе, к 4-6й становится характерным для взрослых.)



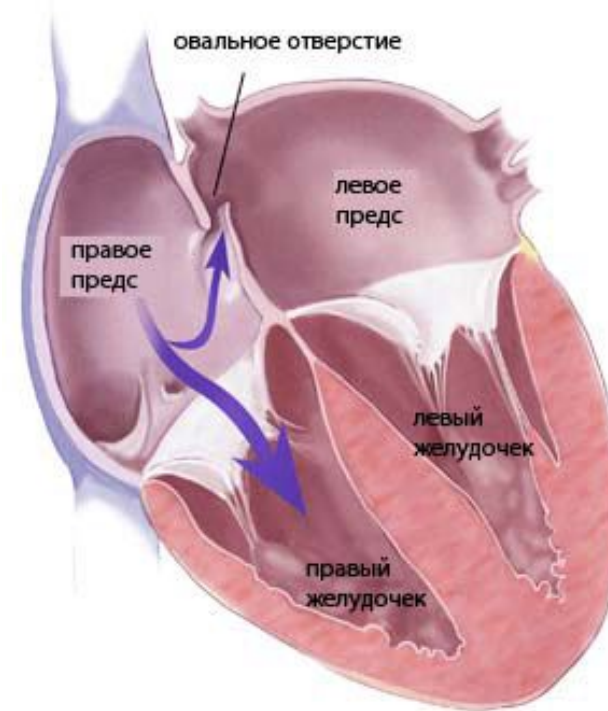
## 2. Артериальный (боталлов) проток.

Начинает функционально закрываться через 15-20 минут после рождения. Анатомически закрытие происходит в течении 2-8 недель.

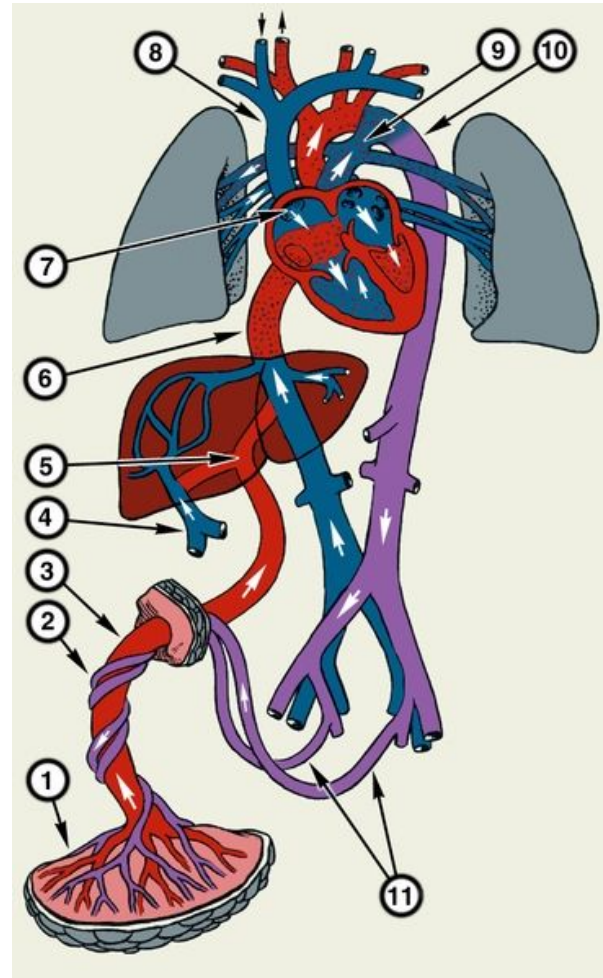
При физиологическом закрытии могут формироваться шунты с право налево, с лева на право и в обоих направлениях. Что объясняет цианоз нижних конечностей у некоторых здоровых новорождённых.



3. Овальное окно – функционально закрывается сразу после рождения, анатомическая облитерация может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет, при этом у 20% взрослых оно остаётся открытым.



4. Пупочные артерии – быстро сокращаются и через 45 сек их считают уже закрытыми.



5. Венозный (аранциев) проток – закрывается на 2-3й недели, поэтому в первые дни жизни часть крови от кишечника может попадать в нижнюю полой вену минуя печень.

6. Полицитемия – возникает у небольшого процента новорождённых в первые дни, проявляется вялостью, плохим аппетитом, цианозом, дыхательными расстройствами, сердечной недостаточностью.

При полицитемии Hb – 220 г/л и выше, гематокрит - 0,65 и выше.

6. Увеличения границ сердца - выявляют в первые дни жизни, в последующие 4-5 дней границей постепенно начинают уменьшатся.

# Задача

*Данные анамнеза:* девочка от молодой здоровой матери, 1-й беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины (тошнота до 12 недели). Родилась на 38 неделе беременности. Масса тела при рождении 2950, длина 49 см. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. К груди была приложена через 18 часов, грудь взяла хорошо, сосала активно.

На 2-й день появилась умеренная иктеричность кожных покровов, к моменту выписки из родильного дома на 5-й день, желтуха практически исчезла. В родильном доме на 3-й день жизни отмечалась убыль массы тела около 210 г. Из роддома выписалась на 5 сутки после отпадения пуповины с массой тела 2850 г.



*Данные объективного осмотра при первичном патронаже:* возраст ребенка 7 дней. Активна, крик громкий, эмоциональный, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. При контрольном кормлении высосала около 60 мл молока. Кожа чистая, отмечается слабая иктеричность лица и туловища. Пупочная ранка под сухой корочкой, сосуды не пальпируются. Большой родничок 2,5x2,5 см, не напряжен, края чуть податливы. Кости черепа умеренно подвижны, швы сомкнуты. Ногти достигают кончиков пальцев. Тоны сердца звучные, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 146 в минуту. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное. Число дыхательных движений 40 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, края эластичный, селезенка не пальпируется. Слизистая полости рта чистая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Хорошо вызываются физиологические рефлексy. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. Волосяной покров выражен на голове и есть небольшое количество пушковых волос на плечах.

**Задание:**

1. Каким должно быть заключение врача при первом врачебном патронаже?
2. Оцените признаки морфологической и функциональной зрелости плода.
3. Оцените ранний неонатальный период.
4. Оцените антропометрические данные.
5. Какие прививки должны были сделать ребенку?