Реферат на тему

«Ранняя неонатальная адаптация и пререходные состояния новорожденных».

Выполнила медсестра отделения новорожденных

Олешева И. В.

Архангельск

2008

Перенатальным называется период времени с 28 недель беременности до 7-го дня жизни ребенка.

Период новорожденности – это первый месяц жизни ребенка. Комитет экспертов ВОЗ предложил считать неонатальным периодом первые четыре недели жизни ребенка-28 дней. За этот период ребенок новорожденный ребенок адаптируется к внеуторобной жизни. Доношенные, зрелые дети обычно адаптируются за меньший срок, в то время как у недоношенных, не зрелых к сроку гестации детей, процесс адаптации может продолжаться 2-3 месяца. Поэтому длительность неонатального периода для каждого ребенка, определяется быстротой адаптации младенца, завершением ряда переходных состояний.

Переходные (пограничные) состояния возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного). При определенных условиях при рождении переходные состояния могут принимать патологические черты. Не все пограничные состояния развиваются у каждого ребенка.

***Синдром «только что родившегося ребенка».*** В ответ на обилие внешних раздражителей после рождения активизируется ретикулярная формация, от которой идут импульсы к дыхательному центру. В результате этого ребенок делает вдох, застывает на несколько секунд. Этот первый вдох происходит при закрытой голосовой щели, что способствует расправлению легких.

***Транзиторное кровообращение.*** Кровообращение плода характеризуется следующими признаками: наличием плацентарного круга кровообращения; функционированием анатомических шунтов; минимальным током крови через легкие.

До рождения систолическое давление в легочной артерии выше, чем в аорте, поэтому у плода 3-7% крови попадает в легкие, а большая часть крови через овальное отверстие и открытый артериальный проток поступает в большой круг кровообращения.

Сразу после рождения давление в легочной артерии становится ниже, чем в аорте, захлопывается овальное отверстие.

После 1-го вдоха происходит функциональное закрытие протока. Заращение шунтов в норме происходит в первые месяцы жизни***.***

***Транзиторная полицитемия*** встречается у здоровых новорожденных первых дней жизни. Показатели гематокрита более 65% и гемоглобина выше 220г/л могут обусловить клинические признаки полицитемии, что требует лечения. Клинические признаки неспецифичны: вишневый цианоз, отечный синдром, цианоз конечностей, олигурия, тахикардия, приглушение тонов сердца, вялость, адинамия, повышение внутричерепного давления, предрасположенность к желтухе.

***Гормональный криз*** проявляется увеличением молочных желез в первые дни жизни у мальчиков и девочек, десквамативными (сероватыми), а в 5-9% случаев – геморрагическими выделениями из влагалища у девочек, у мальчиков – отечностью внизу живота и области мошонки. Нагрубание молочных желез может сопровождаться выделением подобного молоку секрета. Кожные покровы над припухшими молочными железами не изменены, общее состояние ребенка не нарушается. Обратное развитие наступает спустя 1-2 недели. Развитие полового криза объясняют реакцией организма на освобождение его от материнских эстрогенов.

Лечения не требуется, но при выраженном нагрубании грудных желез – сухое тепло или полуспиртовый компресс. У детей с гормональным кризом редко бывают выраженные желтухи, т. к. быстрое выведение эстрогенов улучшает конъюгацию билирубина. Эти дети быстро набирают первоначальную массу. Но важно соблюдение гигиенического режима. Нельзя выдавливать содержимое молочных желез, это может привести к развитию мастита.

***Транзиторная гипогликемия*** встречается у всех новорожденных детей в первые дни жизни. Важен контроль уровня глюкозы в крови, т. к. гипогликемия с уровнем глюкозы менее 2,2 ммоль/л требует коррекции – перорального назначения 5% раствора глюкозы или при выраженной гипогликемии – парентерального введения 10% раствора глюкозы для предотвращения поражения мозга. Важным для профилактики патологической гипогликемии является частое (8-12 раз в сутки) грудное кормление или (что значительно эффективнее) грудное вскармливание по требованию. При частом кормлении новорожденного грудью необходимости в питье нет. Другие виды вскармливания требуют профилактики гипогликемии дачей 5% раствора глюкозы между кормлениями.

***Физиологическая потеря первоначальной массы тела*** наблюдается у всех здоровых новорожденных. Максимальная убыль массы отмечается на 3-4 день, реже – на 5-й день жизни. Восстановление наступает к 7-8, максимум – к 14 дню жизни. Недоношенные дети, дети с задержкой внутриутробного развития медленнее восстанавливают первоначальную массу своего тела. Физиологическая потеря массы тела составляет 5-8% от первоначальной. Потери более 10% первоначальной массы тела всегда патологические и чаще возникают из-за нарушения теплового режима. Оптимальный тепловой режим, раннее прикладывание к груди, кормление грудью «по требованию» младенца – основные факторы восстановления массы тела. Отсутствие убыли также считается патологическим и обусловлено наличием отеков, что требует выявления причины отеков и соответствующего лечения.

***Транзиторное нарушение теплового баланса*** возникает из-за процессов теплорегуляции и неадекватной адаптации новорожденного и, особенно, недоношенного ребенка при неправильном уходе. Новорожденные легко перегреваются и охлаждаются.

Профилактикой переохлаждения является укутывание ребенка в подогретую пеленку для прекращения потери тепла с испарением околоплодных вод, выкладывание его на тело матери или подогреваемый столик под лампу, обтирание ребенка пеленкой, полезно обеспечить кожный контакт матери с ребенком.

Транзиторная гипертермия может возникнуть при перегревании, обезвоживании (часто при потере более 10% первоначальной массы тела). Новорожденному ребенку необходимо физическое охлаждение (распеленать, поить 5% раствором глюкозы, при необходимости сделать полуспиртовое обтирание), введение анальгетиков требуется редко. Необходимо проводить дифференциальный диагноз между транзиторной и патологической гипертермией для правильной врачебной тактики.

***Транзиторные особенности функции почек.*** У всех новорожденных первых трех дней жизни отмечается транзиторная олигурия (менее 15мл/кг в сутки). 8-10% новорожденных первую порцию мочи выделяют только на 2-е сутки жизни.

Вследствие повышенной проницаемости эпителия клубочков, канальцев у всех новорожденных первых дней жизни встречается транзиторная протеинурия (альбуминурия).

Мочекислый инфаркт – выделение с мочой большого количества кристаллов мочевой кислоты на 1-й неделе жизни. У недоношенных детей встречается реже. Причиной мочекислого инфаркта является олигурия в сочетании с повышенным выделением мочевой кислоты – конечного продукта метаболизма пуриновых и пиримидиновых оснований, образующихся из нуклеиновых кислот ядер распадающихся клеток при катаболической направленности обмена веществ.«Инфарктная» моча мутноватая, желто-кирпичного цвета, нередко оставляющая на пеленке соответствующее пятно. Физиологическим является наличие мочекислого инфаркта на первой неделе жизни. Если подобная клиническая картина отмечается у новорожденного ребенка с середины второй недели жизни, то является патологической. В этом случае необходимо обследование мочевыделительной системы для выяснения причины патологии.

***Транзиторные изменения кожных покровов.***

*Простая (физиологическая) эритема –* реактивная краснота кожи, возникающая после удаления первородной смазки**,** первой ванны. В первые часы жизни может быть с цианотичным оттенком. Интенсивность и длительность простой эритемы зависит от степени зрелости ребенка. Обычно на вторые сутки она становится более яркой, к середине-концу 1-й недели угасает. У недоношенных детей эритема ярче и держится до 2-3 недель.

*Физиологическое шелушение* кожных покровов – крупнопластинчатое или мелкое, отрубевидное, шелушение, возникающее на 3-5 день жизни у детей с особенно яркой простой эритемой после ее угасания. Чаще бывает на животике, груди, особенно обильно шелушится у переношенных детей и лечения не требует.

*Токсическая эритема*. У трети новорожденных в течение 1-3-го дня жизни развиваются мелкие, белого цвета, папулы на эритематозном основании. Иногда высыпания обильные. В течение 1-3 дней могут появляться новые высыпания. Через 2-3 дня после появления сыпь обычно исчезает. Эти доброкачественные высыпания, так называемая токсическая эритема, обычно локализуется на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, на ягодицах, груди. Это аллергическая реакция. Реже токсическая эритема бывает на животике, лице, элементов токсической эритемы никогда не бывает на ладонях, стопах, слизистых. Состояние детей не нарушено, температура тела нормальная. Лечение обычно не нужно, но при обильной токсической эритеме ребенок бывает беспокойным, тогда целесообразно назначать антигистаминные препараты. У этих детей отмечают предрасположенность к аллергическому диатезу. Если сыпь, описанная выше, появилась на второй неделе или в 1-е часы жизни, то это токсическая эритема, а, следовательно, тактика врача должна быть иной.

*Милии.* Беловато-желтоватые узелки размером 1-2 мм, возвышаются над уровнем кожи, локализуются чаще на крыльях носа, переносице, в области лба, очень редко по всему телу. Это сальные железы с обильным секретом и закупоренными выводными протоками. Отмечают примерно у 40% новорожденных. Исчезают самостоятельно. Обработке не подлежат.

***Транзиторная гипербилирубинемия и физиологическая желтуха новорожденных.*** Транзиторная гипербилирубинемия развивается у всех новорожденных детей первых дней жизни, а желтушность кожных покровов отмечается в 60-70% случаев и обусловлена прокрашиванием тканей в основном непрямой фракцией билирубина. Желтизна кожных покровов является при транзиторной желтухе новорожденных на 2-3 день жизни. Транзиторная желтуха реже встречается и менее выражена у детей, рано приложенных к груди, вскармливающихся «по требованию» или часто; у детей, имеющих гормональный криз.

Физиологическая желтуха лечения, как правило, не требует и исчезает самостоятельно не позднее 12 дня жизни. Для того, чтобы отличить физиологическую желтуху новорожденных от патологической желтухи, необходимо знать характерные черты патологических желтух: проявляется на 1-е сутки или на второй неделе жизни; продолжается более 10-12 дней; протекает волнообразно; темп прироста непрямого билирубина превышает 5 мкмоль/л в час.

При подозрении на патологическую желтуху показаны обследование и соответствующее своевременное лечение.

***Транзиторный дисбактериоз*** – пограничное состояние, развивающееся у всех новорожденных. При неосложненном течении беременности плод стерилен. Уже в момент рождения кожу и слизистые оболочки ребенка заселяет флора родовых путей матери. Бактериальное заселение кишечного тракта кишечными палочками, бифидобактериями, кокками, грибами и др. продолжающееся до 3-5 дня, сменяется с конца 1-й – на 2-й неделе жизни вытеснением других бактерий бифидофлорой, которая становится основной.

Транзиторный дисбактериоз – физиологическое состояние, но при искусственном вскармливании, несоблюдении санитарно-эпидемиологического режима, дефектах ухода может произойти наслоение вторичной инфекции или активация патогенной флоры, что приводит к заболеванию ребенка. Очень важно обеспечить ранний контакт матери и ребенка, раннее прикладывание к груди новорожденного ребенка, грудное вскармливание «по требованию» только молоком матери.

***Транзиторный катар кишечника.*** Первородный кал (меконий) выделяется в течение 1-2, реже 3 дней, затем сменяется переходным стулом. Переходный стул, негомогенный по консистенции и по окраске, может сохраняться до 2-й недели жизни, после чего сменяется гомогенным желтым стулом. При затянувшемся катаре кишечника и наличии без клинической картины кишечной инфекции нельзя назначать антибактериальную терапию. Таким новорожденным полезно частое вскармливание исключительно грудным молоком, использование биопрепаратов.