

**Адаптация детей к рождению и
условиям внеутробной жизни.
Транзиторные состояния.**



В родах ребенок испытывает нарастающую гипоксию в момент схваток, большие физические нагрузки («болевого стресс») при изгнании его из утробы матери, прохождении по родовым путям (например, при головном предлежании в момент схваток давление на 1 см 2 поперечника позвоночника достигает 120 кг и более). Состояние его в момент схваток сравнивают с состоянием ныряльщика при погружении под воду.



После рождения условия жизни ребенка радикально изменяются; он сразу попадает в совершенно другую окружающую среду («экологический — психофизиологический стресс»), где значительно понижена температура по сравнению с внутриматочной («температурный стресс»), появляются гравитация («гравитационный стресс»), масса зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и других раздражителей («сенсорный стресс»), необходим иной тип дыхания («оксидантный стресс») и способ получения питательных веществ («пищевой стресс»), что сопровождается изменениями практически во всех функциональных системах организма.



Реакции, отражающие процесс приспособления (адаптации) к родам, новым условиям жизни, называют переходными (пограничными, транзиторными, физиологическими) состояниями новорожденных. Для этих состояний, в отличие от анатомо-физиологических особенностей новорожденного, характерно то, что они появляются в родах или после рождения и затем проходят.



Пограничными же их называют не только потому, что они возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного), но и потому, что обычно физиологичные для новорожденных, они при определенных условиях (прежде всего в зависимости от гестационного возраста при рождении, особенностей течения внутриутробного периода и родового акта, условий внешней среды после рождения, ухода, вскармливания, наличия у ребенка заболеваний) могут принимать патологические черты.

Следует отметить, что не все пограничные состояния развиваются у каждого ребенка.



До рождения околоплодные воды обеспечивают ребёнку состояние невесомости, ограничивают число и интенсивность внешних стимулов.

Плацента выполняет гомеостатическую функцию, обеспечивая питание, экскрецию и терморегуляцию, детерминирует начало родовой деятельности. Лёгкие плода постепенно растут и созревают. Уже с 7-й недели беременности плод совершает медленные дыхательные движения.

Первый вдох новорождённого происходит в результате прекращения внутриутробной задержки дыхания под влиянием стресса. В норме за первым вдохом следует довольно продолжительный крик ребёнка. В течение первой минуты после рождения здоровый ребёнок производит 7–10 выдохов, сопровождающихся криком.



При рождении, ребенка оценивают по шкале Апгар, включающей определение следующих показателей: дыхание, сердцебиение, мышечный тонус, рефлекторная активность, кожные покровы. Большинство новорожденных на 1-й минуте имеют более низкую оценку, но на 5-й минуте она повышается на 1-2 балла. Это связано с адаптацией ребенка к окружающей среде после рождения. Важно понимать, что данная шкала информативна для доктора и позволяет определить группу новорожденных, нуждающихся в более тщательном наблюдении.



Основные принципы ухода за новорожденным, которые будут осуществляться на этапе пребывания ребенка в родильном доме:

- поддержание нормальной температуры тела новорождённого в родильном зале, посредством контакта «кожа к коже». Это обеспечивается путем выкладывания новорожденного на живот матери, непосредственно после родов;
- готовность к оказанию своевременной качественной первичной реанимационной помощи новорождённому;
- обеспечение возможно раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребёнка;
- профилактика инфекционной заболеваемости;



- вакцинация новорожденных против гепатита В и туберкулеза в условиях родильного дома;
- проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания;
- проведение аудиологического скрининга с целью раннего выявления и реабилитации нарушений слуха у детей;
- использование современных технологий с учётом психологических и эмоциональных аспектов родов, понимание основ нормальной и патологической физиологии неонатальной адаптации;
- доброжелательная обстановка во время родов, содействие раннему формированию привязанности между матерью и новорождённым;
- активное вовлечение матери и других членов семьи в уход за ребёнком, участие в принятии решений о тактике ведения новорождённого.



Таким образом, первый осмотр новорожденного будет проведен непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка.

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорождённый бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребёнок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты.



Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем.



Новорождённый — личность с индивидуальным нейросенсорным поведением, способностью видеть, чувствовать (боль, тепло, холод), ощущать запахи и вкус, плакать. В ряде исследований показано, что первые часы после родов для матери — период особенной чувствительности, крайне важный для установления привязанности к ребёнку в дальнейшем. Разделение матери и ребёнка даже в течение 1–2 дней нарушает эту связь и может неблагоприятно повлиять на отношение матери к ребёнку и грудному вскармливанию.



Необходимо знать, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная. Это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней. При необходимости мед.персонал поможет приложить ребенка к груди, обращая внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди). Кормление грудью способствует сокращению матки и остановке послеродового кровотечения. Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует выделению молока и сокращению матки.



Так же в родовом зале новорожденному будет произведена вторичная обработка пуповины, путем наложения пластмассового зажима.

Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой, защищающей кожу в период внутриутробного развития.

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого будет однократно нанесена 1% мазь тетрациклина гидрохлорида.



Затем неонатолог произведет первичный осмотр новорожденного, оценивая функционирование всех органов и систем.



Период новорожденности – это промежуточный этап между жизнью в утробе матери и жизнью вне ее организма, продолжающийся около 4 недель

Новорожденный переживает шок, связанный с рождением и первым столкновением с внешним миром, теряет непосредственную физическую связь с матерью в момент перерезания пуповины (которая окончательно отпадает через несколько дней).

Приспособление к новым условиям требует возникновения и усовершенствования многих механизмов, управляющих правильным дыханием, кровообращением, пищеварением, поддержанием постоянной температуры тела, увеличения массы, выделением продуктов жизнедеятельности.

В раннем неонатальном периоде у здоровых новорождённых нередко отмечают так называемые пограничные состояния, которые необходимо отличать от патологических симптомов. Внимательный осмотр и последующее наблюдение помогают вовремя назначить дополнительные диагностические обследования и определить объём помощи, избежать ненужных и вредных вмешательств.

Родовая опухоль

Отек предлежащей части вследствие венозной гиперемии. Проходит самостоятельно в течении 1-2 дней. Иногда на месте родовой опухоли имеются петехии.



Транзиторные изменения кожных покровов

происходят почти у всех новорождённых 1-й недели жизни.

- простая эритема
- физиологическое шелушение кожных покровов
- родовая опухоль
- токсическая эритема
- милиа
- пустулезный меланоз
- акне новорожденного

Лечения не требуют.



После рождения здоровый доношенный ребёнок обычно имеет цианотичный (синюшный) оттенок кожи, однако после первого крика в течение нескольких минут кожа становится розовой; стопы и ладони могут быть цианотичными в течение нескольких часов вследствие анатомо-физиологических особенностей сосудов конечностей.



Простая эритема- реактивная краснота кожи, которая возникает после удаления первородной смазки и первой ванны. Исчезает к концу первой недели жизни.



Акне новорожденных (неонатальный пустулез головы) – сохраняются в течение первой недели жизни. Проходят самостоятельно, без всякого лечения на второй неделе жизни.

Физиологическое шелушение кожных покровов
Возникает на 3-5 день жизни.



Мириада отмечают примерно у 80 % новорождённых в области кончика и крыльев носа в виде точечных папул белого цвета. Мириада представляют собой мелкие кисты, заполненные секретом сальных желёз, бесследно исчезающие через 1,5 – 2 нед, не требующие лечения.



У каждого третьего новорождённого в возрасте 24 – 48 ч есть признаки токсической эритемы. Токсическая эритема не опасна и исчезает самопроизвольно через несколько дней. Состояние не имеет отношения к аллергическим реакциям, не зависит от питания матери, гормонального статуса и температуры тела ребёнка.



Примерно каждый третий новорождённый имеет симметричные, обычно V-образные гемангиомы в области верхних век, лба и задней поверхности шеи постепенно исчезающие в течение нескольких первых лет жизни, иначе называемые «щипок аиста».



Для народностей Африки и Азии характерно наличие у новорождённых серовато-голубых неправильной формы пятен, локализованных на спине и ягодицах. Иногда подобное пятно может быть довольно большим, асимметричным, находиться на руке или ноге новорождённого. Обычно пятна исчезают через 3 – 5 лет после рождения, не позже пубертатного периода.

Одно из наиболее часто встречающихся изменений цвета кожи ребёнка в первые несколько дней после рождения — желтуха. Состояние возникает примерно у половины доношенных и большинства недоношенных детей на 3-5 дни жизни. К счастью, у большинства новорождённых желтуха — лишь отражение постнатальной перестройки обмена веществ, не требующее лечения. Исчезает на 2-3 неделе жизни.

У 3 – 5 % доношенных и 10 – 20 % недоношенных детей возникновение желтухи на первой неделе жизни обусловлено патологическими причинами и играет роль раннего признака метаболических нарушений. Учитывая это, неонатологи внимательно наблюдают за состоянием детей с желтухой, при необходимости проводят дополнительное обследование и лечение гипербилирубинемии.



Транзиторное кровообращение

Закрытие анатомических образований, характерных для плодового кровообращения (овальное окно, артериальный проток, венозный проток) .

В первые дни жизни закрытие функциональное, анатомическое – через несколько месяцев и лет.



Адаптация системы пищеварения

Расстройство стула, наблюдающееся у всех новорожденных в середине 1-й недели жизни.

Первым отходит меконий - густая, вязкая масса темно-зеленого цвета, выделяющаяся в течении 1-2 дней.

Далее стул становится **более частым, неомогенным как по консистенции** (комочки, слизь, жидкая часть), **так и по окраске**(участки темно-зеленого цвета чередуются с зеленоватыми, желтыми).

На 5-6 сутки- кашицеобразный, желтый.



Нормальный стул ребенка на грудном вскармливании жидкий, желтый, с белыми комочками, 7-10 раз в сутки понемногу или 1 раз в несколько суток, но большим объемом (чаще 3-5 раз в день).

При нормальном состоянии ребенка, если он хорошо развивается, растет - коррекции не требуется



ТРАНЗИТОРНАЯ ПОТЕРЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ МАССЫ ТЕЛА

Независимо от массы тела при рождении в первые дни жизни у ребенка наблюдается ее потеря. Максимальная убыль первоначальной массы тела (МУМТ) обычно наблюдается на 3—4-й день.

В оптимальных условиях допустимые колебания МУМТ составляет около 10%.

Восстановление массы тела наступает к 7-8 дню жизни.



Особенности адаптации эндокринной системы

• *Половой криз*

Нагрубание молочных желез

Примерно у 10 % новорождённых независимо от пола происходит увеличение грудных желёз разной степени выраженности вследствие влияния материнских гормонов. В некоторых случаях отмечают выделения из соска. Состояние регрессирует в течение нескольких месяцев и не требует лечения, за исключением случаев вторичного инфицирования. Для профилактики не следует закрывать соски, использовать компрессы и мази, выдавливать отделяемое из соска.



• **Десквамативный вульвовагинит**

Обильные слизистые выделения серовато-беловатого цвета из половой щели 60-70% девочек в первые 3 дня жизни.

Примерно через 2-3 дня они постепенно исчезают.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, СВЯЗАННЫЕ С ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

- Редкое мочеиспускание первые 3 дня
- Мочекислый диатез на 1 неделе у трети новорожденных - выделение мочи желто-кирпичного цвета, оставляющей след на пеленке.



Грудное вскармливание

Грудное молоко — лучшее, адаптированное самой природой питание для ребёнка, обеспечивающее его всеми питательными веществами, необходимыми в течение первых 6 месяцев жизни.

Помимо питательных веществ, в грудном молоке содержатся незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты, некоторые белки, легко усваивающееся железо.

В отличие от искусственных смесей материнское молоко содержит иммуноглобулины и биологически активные вещества, обеспечивающие защиту ребёнка от инфекций, способствующие адаптации кишечника новорождённого.

Состав грудного молока меняется не только в течение суток, но и в течение первого года жизни ребёнка, вслед за его меняющимися потребностями.



Потребности детей в пище индивидуальны.

Состав молока в течение дня и всей лактации меняется вслед за потребностями ребёнка. Большинство детей способно регулировать количество потребляемого грудного молока. Рекомендуется прикладывать ребёнка к груди, как только он проявляет признаки голода или беспокойства, днём и ночью, с первого дня и до конца грудного вскармливания.

Иногда придется кормить 10 – 12 раз в 86 день, иногда 6 – 8 раз. Не стоит ждать, пока ребёнок начнёт плакать от голода. Если ребёнку дают соску или туго пеленают, очень трудно распознать признаки голода. Голодные дети двигают головой, ручками, подносят их ко рту, у них появляется слюна, они причмокивают языком, делая сосательные движения ртом и языком.



У детей есть множество способов показать свой голод; крик и плач — последний, самый отчаянный метод.

Грудное молоко легче и быстрее переваривается, чем искусственное детское питание, поэтому и кормить ребёнка следует чаще, чем при искусственном вскармливании. Большинство детей нуждаются в кормлении по ночам. Ради удобства матери можно поставить кроватку ребёнка рядом с постелью матери.

Кормление расслабляет; в это время мать тоже отдыхает, даже если не удаётся заснуть. Позвольте ребёнку наесться досыта. Не обращайтесь внимания на часы во время кормления. Иногда дети наедаются быстро, иногда медленно.

Ребёнок может требовать кормления в несколько приёмов, отдыхая в промежутках между сосанием, иногда предпочитает непрерывное кормление. Мать научится понимать по звукам, продолжает ли ребёнок сосать или просто дремлет у груди.

Если ребёнку комфортно, он не повредит сосок даже при частом и длительном кормлении.



Молоко полностью удовлетворяет потребности ребёнка в пище и воде в течение первых 6 месяцев жизни. Даже при жаркой погоде или гипертермии у ребёнка нет необходимости давать ему дополнительно воду или чай, достаточно кормить часто и по требованию.

Перед кормлением нет необходимости мыть грудь и соски, грудное молоко обладает дезинфицирующими свойствами.

Мыло, дезинфицирующие средства или спирт удаляют естественную жировую смазку кожи, сушат кожу и повышают риск возникновения трещин.

Достаточно одной ежедневной гигиенической процедуры (например, утренний тёплый душ). Однако перед каждым кормлением мать должна тщательно вымыть руки с мылом.



Витамин К

Витамин К – крайне важен для работы свертывающей системы крови. У взрослого человека он синтезируется в кишечнике. Но младенцам, чей кишечник еще не заселен микрофлорой, его может не хватать. Иногда так сильно, что развивается заболевание – витамин-К-дефицитная коагулопатия (геморрагическая болезнь новорожденных).

Физиологический дефицит витамина К связан с тем, что он плохо проходит через плаценту, мало содержится в грудном молоке и мало (пока) производится микрофлорой кишечника.

Именно поэтому в развитых странах проводится тотальная профилактика геморрагической болезни: все новорожденные получают витамин К сразу после рождения.



Вакцинопрофилактика

Вакцинопрофилактика в родильном доме проводится только после получения добровольного информированного согласия родителей или законных представителей пациента.

Профилактика вирусного гепатита В

Первое введение вакцины против гепатита В проводится всем новорожденным при рождении в течение первых 12 часов жизни (перед прививкой БЦЖ).

В исключительных случаях возможно продление срока начала иммунизации до 24 часов жизни.

Побочные реакции при применении вакцины против гепатита В редки, слабо выражены и преходящи.

Могут наблюдаться симптомы в месте инъекции вакцины (гиперемия, болевая реакция) и субфебрильная температура.



Вакцинация БЦЖ-М.

Прививку проводит специально обученная медицинская сестра, прошедшая специальную подготовку по технике и методике проведения внутрикожной пробы Манту и вакцинации (ревакцинации) БЦЖ.

В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных против туберкулеза может проводиться с третьих суток жизни; выписка возможна после вакцинации в тот же день при отсутствии реакции на нее.

Через 4 - 6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиваться местная прививочная реакция в виде папулы размером 5-10 мм в диаметре. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 - 3-х месяцев, иногда и в более длительные сроки.

Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур, а также категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями.

Детям, родившимся вне родильного дома, а также новорожденным, которым по каким-либо причинам не была сделана прививка, вакцинация проводится в детской поликлинике (в детском отделении больницы, на фельдшерско-акушерском пункте) специально обученной методике внутрикожной вакцинации медицинской сестрой (фельдшером).

Осложнения после вакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.



Неонатальный скрининг на наследственные заболевания

Проводится только после получения информированного добровольного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство.

Обследование новорожденных детей на наследственные заболевания (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) в целях их раннего выявления, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения летальности от наследственных заболеваний.

Образец крови берут из пятки новорожденного ребенка на специальные фильтровальные бумажные тест-бланки на 4 день жизни у доношенного и на 7 день - у недоношенного ребенка. Исследование образцов крови проводится в медико-генетической консультации.



Аудиологический скрининг

Проводится после получения добровольного информированного согласия родителей или официальных представителей пациента на медицинское вмешательство.

Программа аудиологического скрининга включает 2 этапа 1 этап (скрининговый). На этом этапе проводится обследование слуха в роддомах у всех новорожденных в возрасте 3-4 дней.

2 этап (диагностический). Он проводится в сурдологическом центре в возрасте до 3 месяцев детям, у которых не было зарегистрировано положительного результата на 1-ом этапе, а также всем детям, имеющим факторы риска по тугоухости.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

