

Особливості новонародженої дитини. Сучасні принципи догляду за здоровою новонародженою дитиною.



План лекції



1. Поняття про новонароджену дитину.
2. Характеристика новонародженої доношеної дитини.
3. Характеристика недоношеної новонародженої дитини
4. Поняття про зрілість новонародженої дитини.
5. Шкали для оцінки стану новонародженої дитини
6. Поняття про недоношеність.
7. Сучасні правила догляду за новонародженою дитиною
8. Транзиторні стани новороджених дітей

Актуальність теми



У житті людини одним із найважливіших є період новонародженості. Саме в цей час відбувається пристосування організму дитини до нових умов життя, таких, як температура, тактильні, зорові й звукові подразники, мікробне оточення. Швидкість перетворень різних функціональних систем організму в періоді новонародженості незрівнянна з жодним із наступних вікових етапів

Актуальність теми

Пріоритетом в Програмі медичних гарантій на 2024 рік залишається **охорона материнства та дитинства** - прицільна увага до Перинатальних центрів та пологових будинків з боку основних стейкхолдерів системи охорони здоров'я.

Постанова КМУ №1394 від 22.12.2023 р.
«Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» - тарифи на надання допомоги недоношеним дітям **збільшені**.



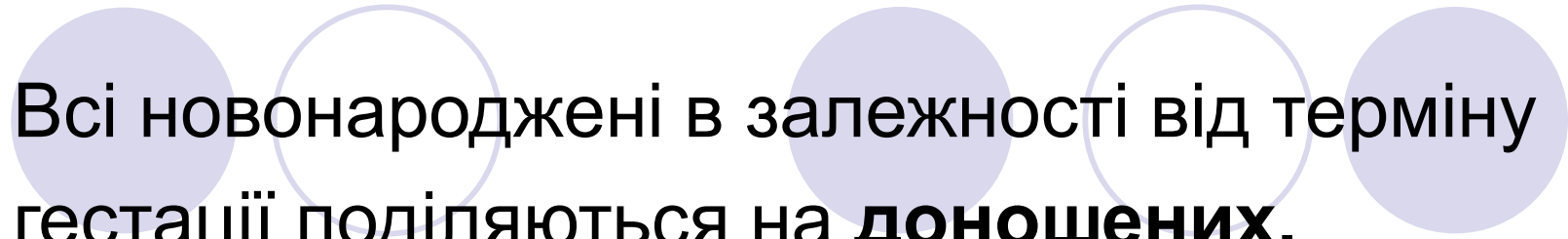
Характеристика періоду новонародженості (неонатального періоду)

починається з моменту перетинання пуповини та триває 28 діб.

Поділяється на *ранній неонатальний період* – триває до 7 діб та *пізній неонатальний період* – від 7 до 28 діб.

Характеризується пристосування дитини до нових (позаутробних) умов життя і має ряд особливостей:

- Припиняється внутрішньоутробна (плацентарна) гемодінаміка, починає функціонувати мале коло кровообігу.
- Починається легеневе дихання.
- Змінюється енергетичний обмін та терморегуляція.
- Дитина переходить на ентеральний характер харчування.
- Основну регуляторну роль в організмі починає автономно виконувати центральна нервова та ендокринна системи
- Всі основні функції організму знаходяться в стані нестійкої рівноваги, і навіть невеликі зміни навколишніх умов можуть призвести до серйозних зрушень у стані здоров'я дитини.



Всі новонароджені в залежності від терміну гестації поділяються на **доношених**, **передчасно народжених** і **переношених**:

- **доношені** (діти, що народилися в терміні гестації 38-42 тижні)
- **передчасно народжені** (недоношені) діти, що народилися з 22-го повного тижня до закінчення 37-го тижня вагітності)
- **переношені** (діти, що народилася після 42-го тижня гестації)

ТЕРМІНОЛОГІЯ за визначенням ВООЗ (за масою тіла)



- Діти з малою масою при народженні: 2499-1500 г
- Діти з дуже малою масою при народженні
1499-1000 г
- Діти з екстремально малою масою при
народженні: 999 г і менше
- Замалий/завеликий до терміну гестації

Передчасно народжені діти



01

Вкрай передчасно народжені

< 28 тижнів

02

Значно передчасно народжені

28 тижнів – 31 тижнів

03

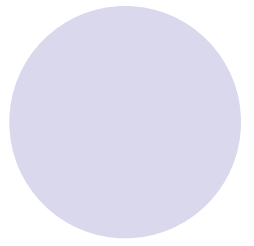
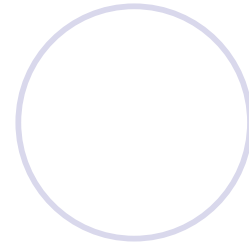
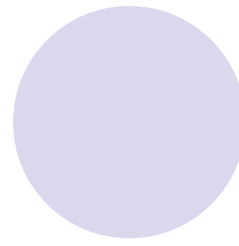
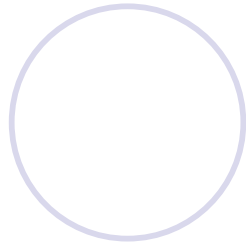
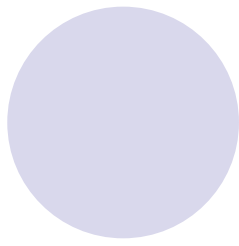
Помірно недоношені

32 тижнів – 33 тижнів

04

Пізні недоношені

34 тижнів – 36 тижнів



в Україні
реєструють передчасно народжених
дітей з **масою тіла від 500 г** та
ГВ від 22 тижнів



Особливості будови тіла у новонароджених

- У дитини коротка шия.
- Хребет не має характерних вигинів.
- Пупкове кільце розташоване на середині відстані між мечовидним відростком груднини і лоном.



Особливості будови тіла у новонароджених

Нижні кінцівки відносно короткі, дещо викривлені опуклістю назовні. Стопи мають досить глибокі борозенки.



Ознаки доношеної дитини

- голова складає $\frac{1}{4}$ частину тіла. протягом 2 – 3 днів життя залишається конфігурація черепа, зумовлена проходженням голівки дитини через родові шляхи;
- окружність голови 33–38 см,
- окружність грудної клітки 32–34 см.
- переднє тім'ячко – 2,5-3 см;
- волосся на голові має довжину 2–3 см;
- хрящі вушних раковин і носа та нігті тверді;
- нігті доходять до кінчиків пальців;

Особливості нервової системи новонародженої дитини

- Переважання процесів гальмування в корі головного мозку над процесами збудження (новонароджені сплять 20-22 год на добу);
- Підвищений тонус м'язів-згиначів, наявність атетезоподібних (хаотичних) рухів;
- Широка генералізація нервових процесів у разі впливу подразників;
- у немовляти виражені рефлекси, притаманні періоду новонародженості: смоктальний, хоботковий — витягування губ у трубочку при подразненні куточка рота; хапальний (Робінзона), Моро, опори, автоматичної ходи — при дотику до внутрішньої поверхні долоні немовля захоплює і міцно стискає долонькою предмет; підошовний (Бабінського) — згинання пальців стоп при подразненні підошви.
- Дитина добре утримує постійну температуру тіла при адекватній температурі повітря;
- Проявляє достатню рухову активність;
- Голосно кричить;
- Реагує на сильні звуки, світло, огляд;
- Розрізняє неприємний смак.

Рефлекси періоду новонародженості

Рефлекси орального автоматизму

1. Долонно-ротовий
2. Пошуковий
3. Хоботковий
4. Смоктальний



Очі новонародженого

- У перший день життя очі новонародженого закриті.
- Білки очей мають більш блакитний відтінок, ніж у дітей старшого віку.
- Сльозні залози на час народження недорозвинені, в перші дні життя малюк плаче без сліз.
- Може бути фізіологічна косоокість



Шкіра новонародженої дитини

Шкіра новонароджених вкрита сироподібним мастилом, яке є продуктом добре розвинутих сальних залоз, і захищає шкіру плода від мацерації та травмування. Шкіра щойно народженої дитини дуже ніжна, підшкірно-жировий шар розвинутий слабо, у недоношених він відсутній, тому епідерміс у немовлят легко травмується, а запальні процеси розвиваються за лічені години й поширюються одразу на всі шари. У перші дні після народження шкіра в немовлят гіперемійована, надалі вона блідне, набуває рожевого кольору, поверхневі її шари злущуються.



Шкіра новонародженої дитини

У частини дітей до моменту народження зберігаються з внутрішньоутробного періоду тонке пушкове волосся - лануго, яке локалізовано на верхній частину спини і плечей





Кіткова тканина новонародженого

Кістки новонароджених м'які, за своєю будовою ближчі до хрящів, тому травми кісток — переломи, якщо вони трапляються під час пологів, підокістні, без зміщення по типу «зеленої гілки» і швидко загоюються.

Тім'ячка у новонародженого



Як показано на зображенні, кістки черепа у новонародженого з'єднані швами (сагітальний, коронарний), завдяки яким є можливим рух кісток черепа, що особливо важливо в процесі пологів.

У місцях перетину швів між основними кістками черепа є тім'ячка, найбільшими з яких є:

Переднє (велике) – розміри від 0,5 до 5,0 см, терміни закриття від 3 до 24 місяців (в середньому 7-18 місяців)

Заднє (маленьке) – розміри від 0,5 до 1,5 см терміни закриття від 0 до 2 місяців

Чотири бокових тім'ячка у доношених дітей при народженні закриті.

сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток

М'язова система



- М'язи розвинені слабо, характерна фізіологічний м'язовий гіпертонус.
- Для здорового доношеного характерна флексорная поза: ручки і ніжки напівзігнуті, кисті стиснуті в кулачки.
- Новонароджений самотійно не тримає голову.
- Рухи хаотичні, не координовані.



Особливості дихання у новонародженого

Перший вдих здійснюється під впливом зростаючих в пологах гіпоксемії, гіперкапнії, ацидозу, а також температурних, тактильних та інших подразників в момент народження.

Перші дихальні рухи після народження характеризуються глибоким вдихом і утрудненим видихом (гаспс-дихання) впродовж перших 3 годин життя. Такий тип дихання сприяє розправленню легень та перешкоджає їх спаданню на видиху.

В перші 2-3 дні хвилинна легенева вентиляція в 2 рази більша, ніж у дітей старшого віку. Це фізіологічна гіпервентиляція, що спрямована на компенсацію ацидозу при народженні та спостерігається у всіх новонароджених.

Система дихання у новонароджених



- Носові ходи та верхні дихальні шляхи у немовлят вузькі.
- Анатомо-гістологічна будова їх недосконала.
- Дихальна екскурсія легень обмежена, легенева вентиляція недостатня, тому створюються умови для застою та ателектазу легень.
- У міру дозрівання легені продукують поверхнево-активну речовину — сурфактант. Сурфактантна система забезпечує стабільність альвеол під час дихання. Відсутність або недостатня кількість сурфактанту спричиняє ателектаз легень у недоношених дітей, вторинну асфіксію та синдром дихальних розладів.
- ЧД 40-60 за хвилину
- дихання поверхневе, лабільне, нерівномірне, схоже на патологічні типи (Чейн-Стокса, Біота);
- є періоди апное (зупинки дихання) до 3-4 сек;
- тип дихання - діафрагмальний;

Кровообіг плода



Кровообіг плода має принципові відмінності від новонародженого:

- наявність плацентарного кровообігу;
- функціонування анатомічних шунтів між великим та малим колом кровообігу (овальне вікно – в міжпередсердній перетинці, артеріальна протока - між легеневим стовбуром та аортою та венозна (аранцієва) протока – між);
- мінімальний плин крові через легені.

З кінця 2-го місяця гестації встановлюється плацентарний кровообіг (до цього зародок живиться гістотрофно).

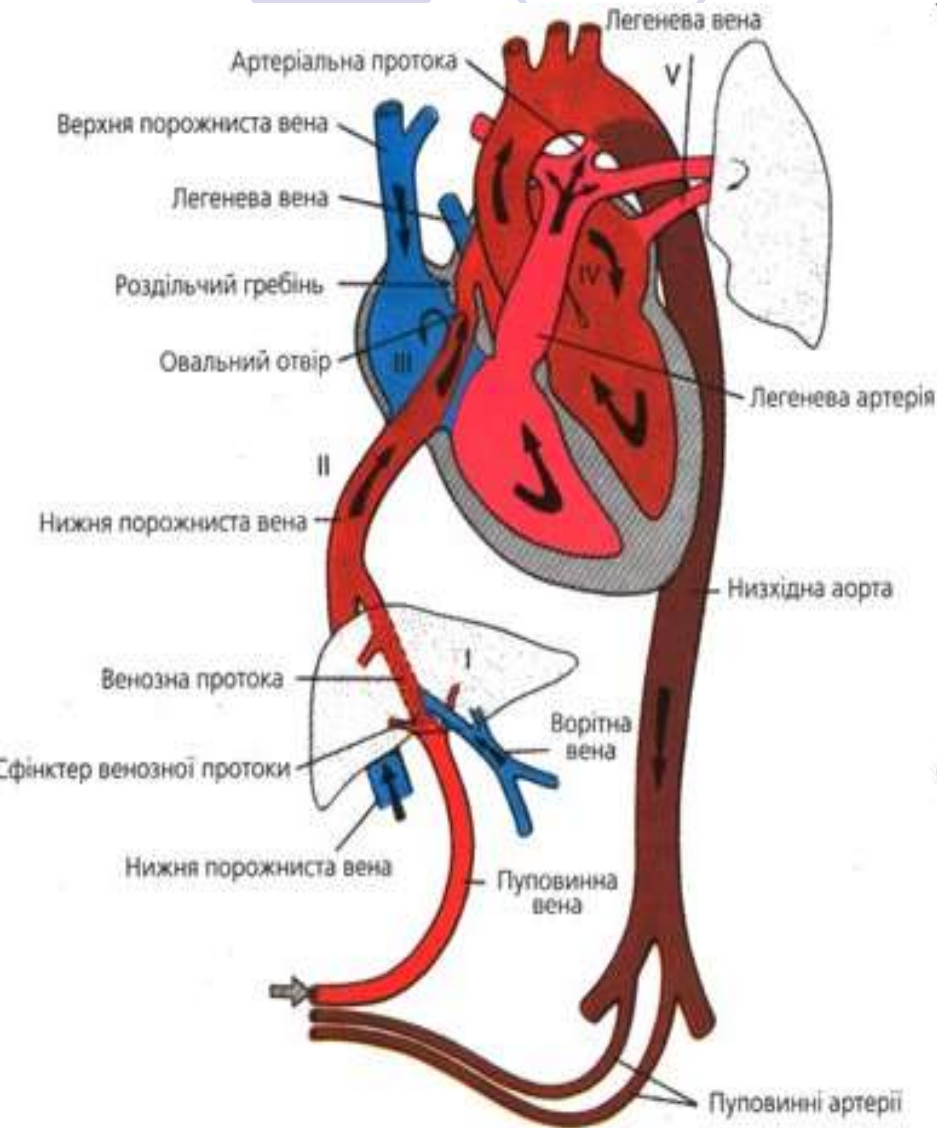
- Кров, збагачена в плаценті киснем та поживними речовинами, по пупковій вені потрапляє до плоду.
- Продовженням пупочної вени є венозна (аранцієва) протока. До або після анастомозів з воротньою веною вона дає кілька гілок у паренхіму печінки і впадає потім у нижню порожнисту вену.
- Печінка отримує найбільш насичену киснем кров.

Кровообіг плода



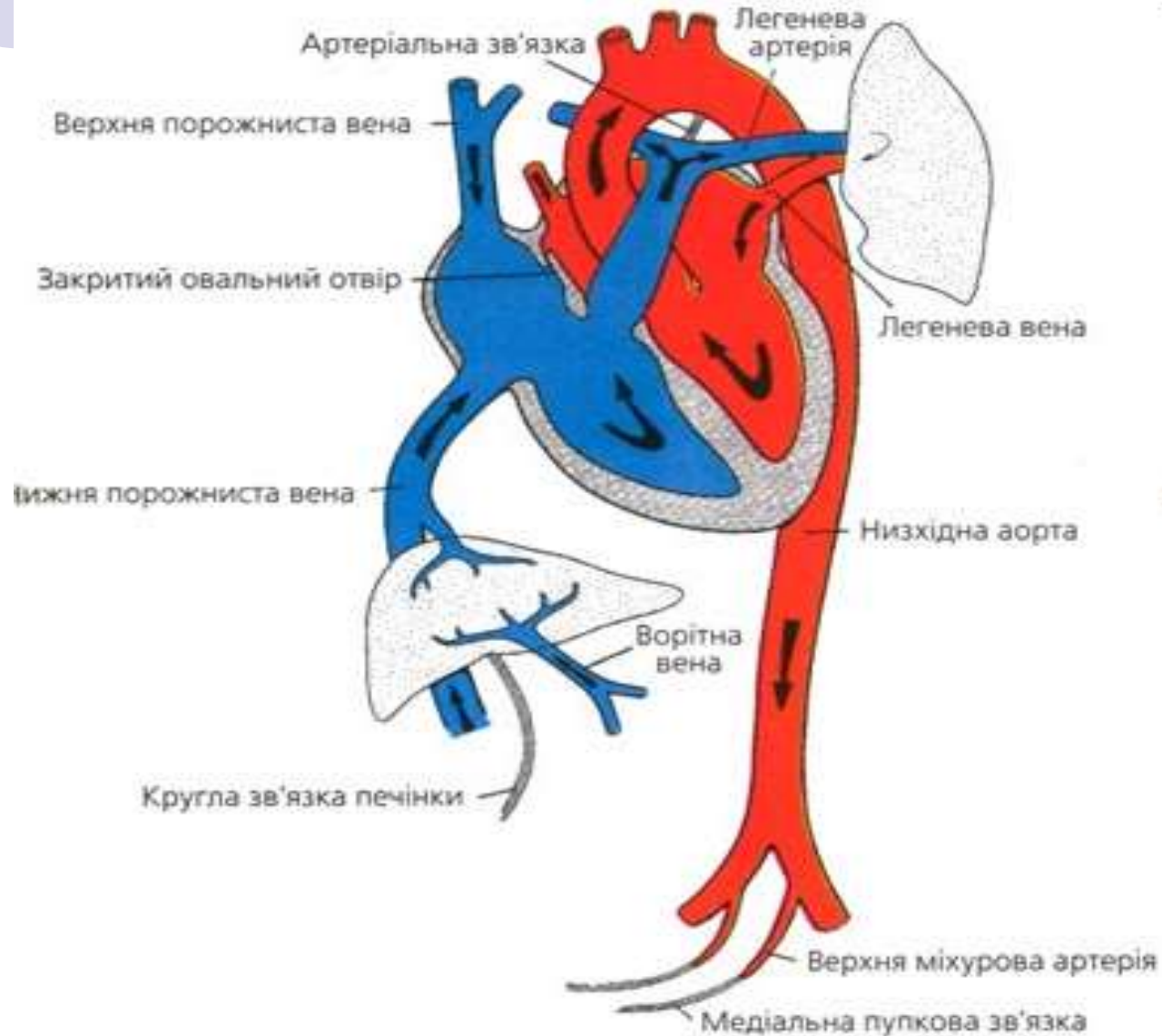
- Із правого шлуночка в легеневу артерію 10% крові проходить через легені, які не функціонують.
- Більша частина змішаної крові із легеневої артерії надходить через артеріальну протоку в нисхідну частину аорти нижче міста відходження великих судин, які живлять мозок, серце, верхню частину тіла.
- Кров через пупкові артерії надходить назад в плаценту, де збагачується киснем, поживними речовинами, і знову надходить через пупкову вену до плоду

Для фетального кровообігу характерні:



- 1) Наявність зв'язку між правою та лівою половинами серця та великими судинами - 2 праволівих шунта;
- 2) значне перевищення хвилинного об'єму (ХО) великого кола кровообігу над ХО малого кола (легені не функціонують);
- 3) Надходження до життєво важливих органів (мозок, серце, печінка) найбільш насиченої киснем крові.

Кровообіг після народження



Кровообіг після народження

З першим вдихом відбувається зменшення опору в легеневих судинах та збільшення легеневого кровообігу.

За рахунок вирівнювання систолічного тиску в легеневій артерії і аорті швидко закривається овальний отвір.

Артеріальна протока починає закриватися приблизно через 10-15 хв. після народження (функціональне закриття), але цей процес не завершується за 24-48 ч.

Анатомічне закриття артеріальної протоки до 2 тижнів життя відзначається в 35% новонароджених, до 8 тижнів - у 80%.

Закриття овального отвору відбувається невдовзі після народження, а анатомічна облітерація - через декілька місяців або років, разом з тим, у 10-20% здорових дорослих виявляється анатомічно не закритий овальний отвір.

Анатомічне закриття венозної протоки розпочинається на 2-му і найбільш активно відбувається на 3-му тижнях життя.

Серцево-судинна система у новонародженого

- починає функціонувати мале коло кровообігу.
- *закриття овального вікна* (в міжпередсердній перетинці) починається на 3-му тижні,
- *Аранцієва протока* (венозна протока) спустошується з перших хвилин життя, повна облітерація до 8 тижнів.
- спазм *Боталової протоки* (між аортою та легеневим стовбуром) настає з першим криком, але функціонує ще до 8 годин, анатомічна облітерація її завершується до 2-х міс у 90%.
- ЧСС 130-160 уд/хв
- Максимальний артеріальний тиск - 80-70 мм рт. ст., мінімальний - 30-40 мм рт. ст. Через 10 днів тиск зростає відповідно до 100 і 50 мм рт. ст.

Кровотворна система

- Кровотворення плода і новонародженого здійснюється в кістковому мозку.
- В першу добу життя рівень гемоглобіну складає 180–220 г/л, 4/5 гемоглобіну складає фетальний гемоглобін, що має більшу спорідненість до кисню.
- кількість еритроцитів $6-8 \times 10^{12}/\text{л}$,
- гематокрит 0,65,
- лейкоцитів $10-15 \times 10^9/\text{л}$.
- Після народження показники крові поступово зменшуються на протязі першого тижня життя, а у недоношених – на протязі декількох тижнів.
- У перші години життя відбувається гемоконцентрація (максимум до 4-6 год.) - наростання рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів і лейкоцитів
- В перші 3-4 доби відзначається нейтрофіліоз.
- На 5 добу виникає так званий «фізіологічний перехрест», коли кількість нейтрофілів і лімфоцитів однакові і становлять по 45% від загальної кількості лейкоцитів.
- Після 5-го дня аж до 4-5 років життя в крові здорової дитини переважають лімфоцити.

СИСТЕМА ТРАВЛЕННЯ

- Ротова порожнина малюка добре пристосована до акту смоктання: її об'єм невеликий, язик майже повністю її заповнює.
- Слини у перші місяці життя виробляється мало, вона бідна на ферменти і не бере участі в обробці їжі.
- Місткість шлунка новонародженого 7-10 см³, на десятю добу вона сягає 90 см³.
- М'язи кардіальної частини шлунка розвинуті слабо, тому після годування можливе повернення частини молока в ротову порожнину — зригування.
- Ферментна система шлунка пристосована до перетравлення єдиного продукту — молока.
- Низька активність ферментів за найменших порушень вигодовування призводить до порушень травлення

Об'єм шлунку у новонародженого



1 ДЕНЬ
5-7 мл



3 ДЕНЬ
22-27 мл



1 ТИЖДЕНЬ
45-60 мл



2 ТИЖДЕНЬ
80-150 мл

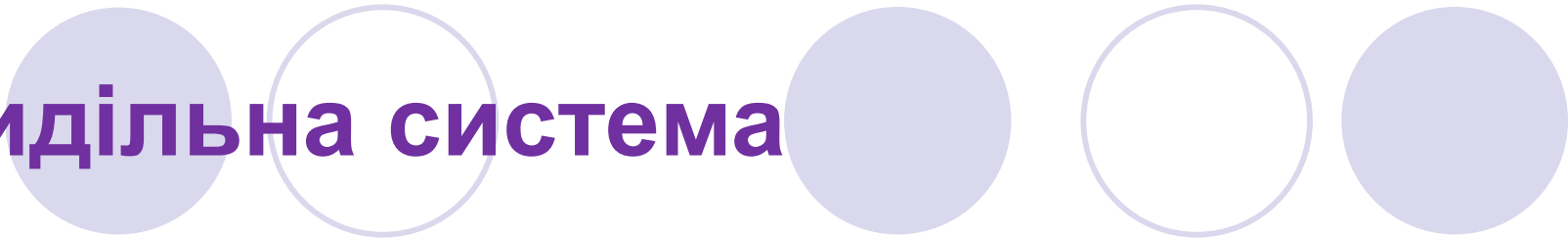
Меконій

У перші 1-2 дні життя стілець - меконій (першородний кал). Він складається з епітелію, кишкового слизу, заковтнутих навколоплідних вод, ферментів і жовчі.

Меконій - тягучий, густий, темно-зеленого (оливкового) кольору, позбавлений запаху, гомогенний.



Видільна система



Рання неонатальна олігурія (зменшення кількості сечі) спостерігається у всіх здорових новонароджених перших 3 днів життя. На тлі втрат рідини, пов'язаних з початком легеневого дихання (близько 1 мл/кг/год), олігурія в перші дні життя є важливою компенсаторно-приспосувальною реакцією. У перші 12 год. життя сечовипускання мають 2/3 доношених новонароджених, тоді як 8-10% виділяють першу порцію сечі тільки на 2-у добу життя.

Олігурія - це виділення сечі менше, ніж 0,5 мл/кг на годину.

Число сечовипускань в перші дні життя - 5-10, в подальшому до 20 на добу.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Морфологічні ознаки:

- тіло непропорційне, кінцівки короткі
- голова – $\frac{1}{3}$ тулуба, шви відкриті, кістки м'які
- шия тонка, довга
- шкіра тонка, рожева, просвічує, набрякла
- підшкірна основа тонка, місцями відсутня
- виражене лануго
- недорозвинута хрящова тканина
- живіт великий, пупок розташований низько
- недорозвинуті статеві органи



Функціональні ознаки недоношеної дитини

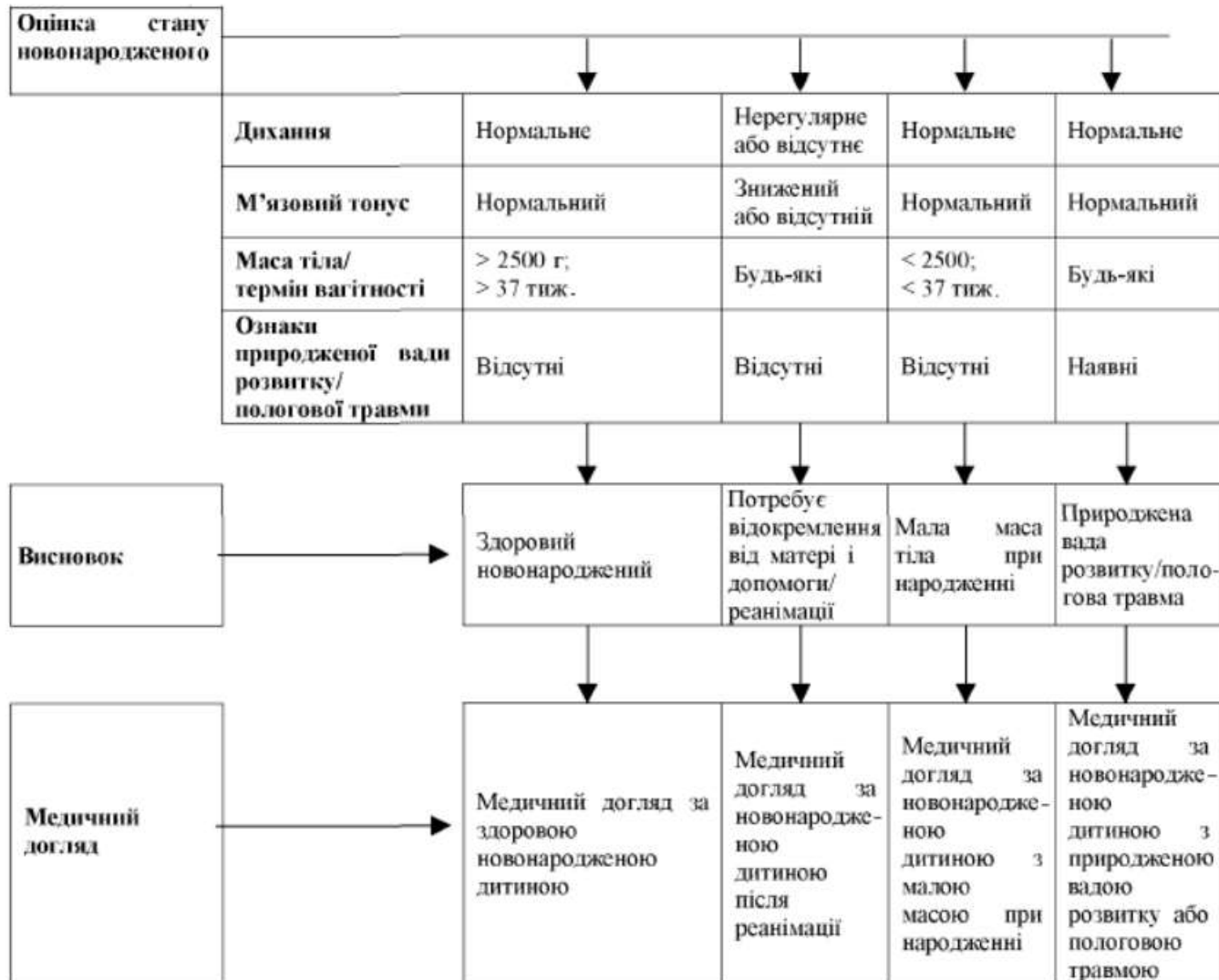
- гіподинамія, сонливість пригнічення рефлексів
- дихання абдомінальне нерегулярне, поверхнєве
- ЧД 42-80 за 1 хв.
- ЧСС 120-160 за 1 хв. пульс лабільний



Основна мета первинної оцінки стану новонародженого в пологовій залі – отримати відповідь на такі питання:

- 1) чи відбулася рання фізіологічна адаптація новонародженого;
- 2) чи наявні природжені вади розвитку і/або інші патологічні стани, які б вимагали невідкладного обстеження і втручання.

Оцінка стану новонародженого в пологовій залі



Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі

Завдання первинного лікарського огляду:

- 1) визначитись щодо наявності чи відсутності у дитини вроджених аномалій, ознак інфекції, інших патологічних станів, які потребують медичного втручання.
- 2) оцінити адаптацію новонародженого.
- 3) здійснити комплексну оцінку стану новонародженого і зробити відповідні призначення щодо подальшого медичного догляду.

Показники адаптації, які необхідно визначити під час первинного лікарського огляду

ОЗНАКИ	НОРМАЛЬНІ МЕЖІ
Частота серцебиття	100-160 за 1 хв.
Частота дихання	30-60 за 1 хв.
Колір шкіри	Рожевий, відсутній центральний ціаноз
Рухи	Активні
М'язовий тонус	Задовільний
Температура новонародженого	36,5-37,5°C



Оцінка наявності та ступеню
вираженості асфіксії у
новонародженого в
пологовій залі проводиться
за допомогою **шкали Апгар**

ШКАЛА АПГАР

Ознаки	0 балів	1 бал	2 бали
Серцебиття	Відсутнє	Менше 100 за хв	Більше 100 за хв
Дихальні зусилля	Відсутні	Повільні, нерегулярні	Добрі, крик
М'язовий тонус	Атонія	Згинання у кінцівках	Активні рухи
Рефлекторна реакція (відповідь)	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель
Колір шкіри	Синюшна, бліда	Акроціаноз	Рожева



Оцінка **ступеню зрілості**
новонародженого (готовність
органів і систем дитини до
позаутробного існування)
проводиться за **шкалою**
Ballard

Оцінка зрілості за Ballard

Оцінка фізичної зрілості	Шкала										Оцінка
	-1	0	1	2	3	4	5				
Зовнішні статеві органи (чоловічі)	Калитка порожня і гладка			Яєчка розташовані над входом в калитку, на ній виражені декілька складок	Яєчка опущені в калитку, складки на ній добре виражені	Яєчка вільно підвішені в калитці, на ній виражені глибокі складки					
Зовнішні статеві органи (жіночі)		Малі статеві губи і клітор не прикриті великими статевими губами	Великі і малі статеві губи однакового розміру		Великі статеві губи частково прикривають малі	Великі статеві губи повністю покривають малі статеві губи та клітор					
ВИЗНАЧЕННЯ ЗРІЛОСТІ											
Бали	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	
Тижні	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	

Оцінка зрілості за Ballard

Оцінка фізичної зрілості	Шкала							Оцінка
	-1	0	1	2	3	4	5	
Шкіра	восковидна, набрячана, прозора	рожева, видно вени, желатинова	рожева, видно вени	поверхнєве лущіння, видно декілька вен	тріщини, бліді ділянки, видно декілька вен	Пергаментна, глибокі тріщини, судини не видно	Товста, із зморшками і тріщинами	
Лануго	відсутнє	рідке	рясне	із тенденцією до зменшення	Безволосисті ділянки	практично відсутнє		
Борозни на підшві	відсутні	відсутні	Нечіткі червоні смуги	виражена тільки передня поперечна борозна	Борозни виражені тільки на передніх 2/3 стопи	Борозни покривають всю стопу		
Грудні залози	Не визначаються	ледве помітні	сосок не виражений, ареола плоска	Ареола чітко окреслена, діаметр соска 1-2 мм	Ареола підвищена, діаметр соска 3-4 мм	Ареола повністю сформована, сосок 5-10 мм в діаметрі		
Вушні раковини		Плоска, загнута усередину, не розправляється	край загнутий усередину, вона м'яка, розправляється повільно	вся верхня частина загнута всередину, м'яка, але добре розправляється	вушна раковина повністю сформована, щільна, швидко розправляється	Хрящ вушної раковини товстий, вона тверда		



Фізіологічні стани новонародженого

Зміни в організмі новонароджених дітей,
які відображають процеси
пристосування до нових умов життя,
називають перехідними
(транзиторними) фізіологічними станами.

Причини виникнення фізіологічних станів

- перехід до позаутробних умов існування;
- зміна барометричного тиску;
- зміна вологості;
- нестабільна температура;
- різні тактильні подразники (маніпуляції медперсоналу, елементи догляду тощо);
- мікробне оточення.

Фізіологічна втрата маси

- спостерігається майже у всіх дітей;
- виникає у зв'язку з:
 - відносним голодуванням у перші години після народження;
 - втратою води з сечею, калом;
 - в результаті дихання, випаровування через шкіру;
- втрата маси починається з 2-го дня життя, сягаючи максимуму на 3-4-й день, рідше – на 5-й день;
- чим швидше дитину прикладають до грудей, тим менше втрачається і швидше відновлюється її маса;
- відновлення маси проходить в кінці першого, на початку другого тижня життя дитини;
- в середньому втрата маси складає 6-8 % від початкової;
- зниження початкової маси тіла більше 10 % слід розцінювати як патологічну (захворювання, порушення догляду за дитиною);

Транзиторні зміни шкірних покривів

Фізіологічна еритема та лущення проявляються у 80 – 100 % дітей;

- **проста еритема** – це реактивне почервоніння шкіри з синюшним відтінком, в основі якого лежить: парадоксальна реакція судин шкіри новонародженого на холодове подразнення (різниця температури в порожнині матки і в родзалі) – розширення; ціанотичний відтінок обумовлений кисневим голодуванням у період внутрішньоутробного розвитку;
- **фізіологічне лущення шкіри** – пластинчасте або висівкоподібне лущення, найбільш виражене на животі і грудях, особливо у переношених новонароджених;
- **пологова пухлина** – набряк передлежачої частини м'яких тканин новонародженого, минає без лікування протягом 2-3 діб.
- **токсична еритема** - дрібні, білого кольору, іноді везикуло-папульозні висипання, оточені рожевим вінчиком (як прояв алергічної реакції на білки молока), що локалізуються на обличчі, тулубі, кінцівках, волосяній частині голови та відсутні на долонях, стопах, слизових оболонках; зустрічається у 25–50 % дітей; з'являється на 2–3-й день життя.

Токсична еритема



Пологова пухлина



Транзиторна жовтяниця



Причини виникнення:

- посилений розпад еритроцитів;
- незрілість функції печінки (низька продукція глюкуронілтрансферази, мало глюкуронової кислоти);
- низька зв'язуюча здатність альбумінів сироватки крові;
- підвищене надходження непрямого білірубіну з кишечника в кров.

Діагностичні критерії:

- спостерігається у 60-80 % новонароджених;
- виникає на 2-3 добу життя;
- триває до 14 діб у доношених та 21 доби у недоношених немовлят;
- стан дитини не порушується, вона активна;
- відсутні зміни по внутрішніх органах;
- рівень загального білірубіну не перевищує 205 мкмоль/л
- лікування не потребує.

Транзиторна гарячка (лихоманка)



Причини:

- недосконалість процесів теплорегуляції;
- перегрівання новонародженого при недостатньому надходженні рідини.

Діагностичні критерії:

- супроводжується підвищенням температури тіла до 39 °C, рідше 40 °C;
- з'являється на 3-4-й день життя і часто збігається з часом максимальної втрати маси;
- триває 3-4 год;
- супроводжується погіршенням загального стану, неспокоєм, відмовою дитини від грудей, тремором кінцівок і гіперемією шкіри.

Фізіологічна гіпотермія



Причини виникнення:

- недосконалість процесів теплорегуляції;
- більш низька, ніж температура тіла, температура навколишнього середовища.

Діагностичні критерії:

- при народженні температура тіла дитини становить 38,2-38,5 °С, відразу ж після народження вона поступово знижується, оскільки температура навколишнього середовища на 12-15 °С нижча, протягом 6-12 год температура тіла новонародженого знижується на 1,5-2 °С;
- якщо температура тіла дитини зменшується протягом цього часу більше ніж на 2 °С, це свідчить про патологію;
- протягом наступних 6 год температура тіла стабілізується, а згодом повільно зростає і до кінця 2-го дня життя складає 36,6 – 37,0 °С;
- монометрія встановлюється з кінця 2-го – початку 3-го дня життя дитини.

Статевий (гормональний) криз

Причина виникнення:

- дія гормонів, які надходять до дитини від матері в останні тижні вагітності та під час пологів.

Діагностичні критерії:

- спостерігається у 75 % новонароджених;
- супроводжується нагрубанням грудних залоз (фізіологічна мастопатія) до розмірів горошини або волоського горіха незалежно від статі дитини, яке виникає на 5-7-й день життя; з 2-3-го тижня залози починають зменшуватись, а до кінця місяця нагрубання зникає;
- проявляється набряком зовнішніх статевих органів (калитки у хлопчиків, статевих губ у дівчаток) та у дівчаток кров'янисто-слизовими виділеннями зі статевої щілини, які згодом припиняються.

нагрубанням грудних залоз (фізіологічна мастопатія)



мастит



Сечокислий інфаркт нирок

Причина виникнення:

- відкладання сечової кислоти у вигляді кристалів у порожнині збиральних трубочок нирок.

Діагностичні критерії:

- спостерігається у 25-50 % новонароджених;
- виникає на 3-4-й день життя;
- сеча каламутна, інтенсивно-жовтого або червонувато-цегельного кольору;
- на пелюшці залишається яскрава червона пляма;
- загальний стан дитини не порушений;
- в загальному аналізі сечі виявляють гіалінові та зернисті циліндри, лейкоцити, епітелій.

Транзиторна олігурія

Причини виникнення:

- недостатнє надходження в організм рідини;
- особливості гемодинаміки.

Діагностичні критерії:

- спостерігається у всіх здорових новонароджених дітей;
- проявляється у перші три дні життя;
- добовий об'єм діурезу зменшений до $\frac{1}{3}$ від вікової норми (менше 15-20 мл/кг на добу);
- зникає на 4-ту добу життя.

Транзиторийний дисбактеріоз

Причина виникнення:

- заселення організму новонародженого мікроорганізмами родових шляхів матері, рук медперсоналу, предметів догляду, материнського молока.

Діагностичні критерії:

- виникає у всіх немовлят;
- на шкірі, слизових оболонках, у кишках осідають непатогенні та умовно-патогенні бактерії (стрептококи, стафілококи, кишкова паличка, різні штами протей та ін.).

Тактика в пологовій залі

1. Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину, за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладає дитину на груди матері.
2. Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності - лікаря-акушера-гінеколога.
3. За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Тактика в пологовій залі

4. За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.
5. Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у [карті розвитку новонародженого \(ф. 097/о\)](#).
6. Після проведення контакту матері і дитини "очі в очі" (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук проводить новонародженому профілактику офтальмії [із застосуванням очних крапель Тобрекс \(0,3 % розчин тобраміцину\) або Флоксал \(0,3 % розчин офлоксацину\)](#) відповідно до інструкції застосування одноразово.



Тактика в пологовій залі

7. Контакт "шкіра до шкіри" проводиться не менше 2 годин у пологовій залі.
8. Після завершення контакту "шкіра до шкіри" акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.
9. Лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності - лікар-акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за схемою і записує дані огляду в карту розвитку новонародженого.

Тактика в пологовій залі

10. Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.
11. Дитина з матір'ю вкривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.
12. Якщо можливості транспортувати дитину разом з матір'ю немає, дитину транспортують у спеціальному транспортному ліжечку

Тепловий ланцюжок

метою дотримання теплового ланцюжка є зменшення втрати тепла у новонародженої дитини

Його порушення може призвести до гіпотермії, дихальних розладів, інфікування, уражень ЦНС (крововиливи, судоми).

Тепловий ланцюжок складається з 10 кроків:

1. Тепла пологова (операційна) палата t 25-28°.
2. Негайне обсушування дитини.
3. Контакт «шкіра до шкіри».
4. Грудне вигодовування.
5. Відкласти зважування (проводиться перед переведенням в палату) та купання проводиться вдома.
6. Правильно одягнути. Одягають в повзунки, сорочку, шапочку, шкарпетки і накривають теплою ковдрою.
7. Цілодобове спільне перебування матері і дитини (воно триває протягом 24 год на добу з моменту народження до виписки).
8. Транспортування в теплих умовах (разом з мамою).
9. Реанімація в теплих умовах.
10. Підвищення рівня підготовки та знань медичних працівників.

Неонатальний скринінг



- В Україні немовлят тестують на 21 хворобу.
- Неонатальний скринінг — це комплексне обстеження новонароджених, спрямоване на виявлення спадкових (генетичних) і вроджених захворювань.
- проводиться в перші 48–72 год життя немовляти.