

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ДЕТСКИМ БОЛЕЗНЯМ

УДК 37.6
ББК 92
Г12

Гаврилова, Н. В.

Г12 Конспект лекций по детским болезням / Н.В. Гаврилова — М. : Т8 Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 160 с. — (Полезные конспекты).

Данная книга предназначена для подготовки студентов — медиков к экзамену по детским болезням. Книга содержит информацию об истории отечественной педиатрии, о преимуществах естественного вскармливания младенца, о периодах физического и психического развития ребенка, о правилах вакцинации; в книге также рассматриваются такие заболевания, как диатезы, авитаминозы, рахит, заболевания органов дыхания, пищеварения и многие другие. Конспект лекций поможет вам сэкономить время при подготовке к экзамену и успешно его сдать.

BIC JN
BISAC EDU000000

ЛЕКЦИЯ № 1. История отечественной педиатрии, организация охраны материнства. Периоды детского возраста

Выделение педиатрии в самостоятельную медицинскую дисциплину в России произошло в XIX в. Первая в мире детская больница была открыта в Париже (1802 г.), первая детская больница в России была открыта в Петербурге (1834 г.) — Николаевская больница, позднее детская больница имени Н. Ф. Филатова, вторая детская больница была учреждена в Москве (1842 г.), третья детская больница в России была создана в Петербурге в 1844 г.

Поликлиническую помощь детям до революции оказывали в амбулаторных условиях при больницах и клиниках. После Октябрьской революции охрана материнства и детства была объявлена государственной задачей. Развернулась широкая сеть яслей, домов матери и ребенка, молочных кухонь, консультаций детей грудного и раннего возраста, детских профилактических амбулаторий и поликлиник. После Великой Отечественной войны консультации для грудных детей и поликлиники были объединены в детские поликлиники. В 1998 г. в России была 491 детская поликлиника.

Ребенок постоянно растет и развивается. На каждом возрастном этапе своей жизни он предстает в своем морфологическом, физическом и психологическом качестве. В процессе человеческого онтогенеза выделяется ряд периодов развития.

1. **Аntenатальный период** развития включает в себя:

- 1) эмбриональный период (1—6-ая неделя) — происходит закладка и формирование органов;
- 2) эмбриофетальный период (7—8-ая неделя) — происходит формирование плаценты;
- 3) фетальный период (с 9-ой недели до рождения) происходит рост плода и тканевая дифференцировка органов.

2. **Интранатальный период** — от начала появления родовых схваток до момента пережатия пуповины и рождения плода.

3. Постнатальный период развития включает в себя:

- 1) период новорожденности (до 3—4 недель). Выделяют:
 - а) ранний неонатальный период — первые 7 суток (прекращается внутриутробная динамика, появляется легочное дыхание, начинает функционировать легочный круг кровообращения, начинается энтеральное питание, изменяется энергетический и водный обмен;
 - б) поздний неонатальный период (с 8-го дня жизни до конца 1-го месяца). В этот период происходит развитие анализаторов, начинают формироваться координация движений и условные рефлексы. Происходит адаптация к условиям жизни;
- 2) период грудного возраста (с 3—4 недель до 12 месяцев): происходит завершение основных процессов адаптации к внеутробной жизни, интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное и интеллектуальное развитие, имеется недостаточная морфологическая и функциональная зрелость всех органов и систем;
- 3) период раннего детского возраста (от 1 года до 3 лет): улучшение координации движений, быстрое развитие моторной речи и психических функций, значительное повышение двигательной активности;
- 4) дошкольный период (от 3 до 6 лет): более медленное увеличение массы тела, начало замены молочных зубов на постоянные, значительное улучшение памяти, совершенствование речи, правильное построение фраз и произношение звуков, возникновение сложных взаимоотношений с разными детьми и взрослыми, формирование самолюбия;
- 5) младший школьный период (от 7 до 11 лет): продолжается процесс появления постоянных зубов, совершенствуются все системы организма;
- 6) старший школьный период (от 12 до 17—18 лет).

Физическое и нервно-психическое развитие раннего детского возраста — один из важнейших показателей состояния здоровья ребенка.

От 10 до 20 дней ребенок удерживает в поле зрения предмет.

В 1 месяц фиксирует взгляд на неподвижном предмете. Прислушивается к звукам, голосу, начинает улыбаться. Лежа на животе, пытается поднять и удержать голову.

В 2 месяца длительно фиксирует взгляд. Совершает ищущие повороты головы на звук. Приподнимается и непродолжительно удерживает голову.

В 3 месяца, находясь в вертикальном положении, способен удерживать взгляд. Удерживает голову в вертикальном положении. При поддержке за подмышки крепко упирается ногами с максимальной нагрузкой в тазобедренных суставах. Произносит первые звуки.

В 4 месяца узнает мать, рассматривает руки, смеется, способен захватывать игрушки руками.

В 5 месяцев узнает голос матери, различает строгие и ласковые интонации. Начинает подолгу лежать на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук.

В 6 месяцев способен различать свое и чужое имя, берет игрушку. Может переворачиваться с живота на спину и передвигаться. Произносит отдельные звуки.

В 7 месяцев активно занимается с игрушкой, ползает. На вопрос «где?» способен взглядом отыскать предмет.

В 8 месяцев долго играет с игрушками, самостоятельно садится, сидит, ложится, встает и переступает, держась за барьер. Сам держит и ест кусочек хлеба.

В 9 месяцев совершает плясовые движения под звучащую музыку. Сосредоточенно слушает музыку. Переходит от предмета к предмету, придерживаясь за них руками. Пьет из чашки, слегка придерживая ее руками.

В 10 месяцев по просьбе взрослого выполняет различные действия (открывает, закрывает), по просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы.

В 11 месяцев способен самостоятельно стоять, делать первые шаги. Произносит первые слова. Держит ложку при кормлении.

В 12 месяцев узнает на фотографии знакомых людей, рассматривает картинки. Самостоятельно сидит без опоры. Различает значения слов «можно» и «нельзя», самостоятельно пьет из чашки. Знает несколько слов.

В 1 год и 3 месяца самостоятельно ходит, приседает, наклоняется. Самостоятельно ест густую пищу.

В 1 год и 6 месяцев перешагивает через препятствия приставным шагом. Способен из предметов разной формы по предлагаемому образцу или слову подбирать предметы аналогичные по виду.

В 1 год и 9 месяцев начинает собирать примитивные конструкции. Преодолевает препятствия, чередуя шаг. Предпринимает самостоятельные попытки одеваться и раздеваться.

В 2 года строит предложения из 3 и более слов. Самостоятельно одевается, но не умеет застегивать пуговицы. Понимает короткие рассказы.

В 3 года появляются вопросы «когда», «почему», называет 4 основных цвета. Способен выполнять определенную роль в игре (например, играя с куклой, действует от имени матери или доктора).

ЛЕКЦИЯ № 2. Вскармливание детей. Профилактика гипогалактии. Характеристика молочных смесей

Вскармливание ребенка на первом году жизни женским молоком называется **естественным**. В процессе сосания развиваются челюстной аппарат, мышцы рта и языка, формируется правильный прикус. Вскармливание ребенка грудью матери оказывает благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его психическую деятельность.

Количественные различия женского молока и молока животных: общее количество белка приблизительно в 2 раза меньше, чем в молоке коровы, а количество углеводов в 2 раза больше. Принято считать, что в среднем в 100 мл женского молока содержится 1,2 г белка, 3,5 г жира, 7,5 г углеводов. Энергетическая ценность 100 мл женского молока составляет 70 ккал.

Качественные различия женского молока и молока животных: в женском молоке содержание лактоальбумина, лактоглобулина, иммуноглобулинов значительно больше, чем казеина. Содержание аминокислот в женском молоке меньше, чем в коровьем, но их соотношение более соответствует потребностям ребенка первого года жизни. Важное значение приобретают гидролитические ферменты, содержащиеся в женском молоке и участвующие в расщеплении белка.

Основным компонентом жира в женском молоке являются триглицериды. Количество молочного сахара — лактозы — в женском молоке больше. Качественные различия заключаются в разном изомерном строении молочного сахара: в женском молоке содержится β -лактоза, а в коровьем L-лактоза. α -лактоза медленнее усваивается в тонком кишечнике, чем β -лактоза, и успевает дойти до толстого кишечника и стимулирует рост грамположительной бактериальной флоры. β -лактоза стимулирует синтез витаминов группы В и влияет на состав липидов, уменьшая содержание нейтральных жиров и увеличивает содержание лецитина.

В женском молоке содержатся олигоаминосахара, которые стимулируют рост бифидобактерий. Общее количество минеральных солей в женском молоке меньше, чем в коровьем, что позволяет избегать задержки осмотически активных ионов в организме ребенка первых месяцев жизни, имеющего низкую экскреторную функцию почек.

В женском молоке соотношение между фосфором и кальцием равно 1 : 2, а в коровьем молоке — 1 : 1. Количество витаминов в женском молоке зависит от времени года и от витаминной ценности пищи кормящей матери. В среднем в женском молоке содержится значительно больше жирорастворимых витаминов (А, Д, Е), чем в коровьем.

Первое прикладывание к груди должно проходить в родильном зале через 20—30 мин после родов. При проведении первого прикладывания очень важен контакт «кожа к коже». Длительность первого контакта должна составлять не менее часа. Раннее прикладывание к груди способствует также хорошему сокращению матки в послеродовом периоде.

Подготовка женщин к успешному грудному вскармливанию детей: в первой половине беременности питание не требует особой коррекции, важно только достаточное обеспечение витаминами и минеральными веществами, богатыми источниками которых являются овощи и фрукты.

Во второй половине беременности, когда масса плода начинает интенсивно нарастать, у женщины увеличивается потребность в основных пищевых веществах (белке, минеральных веществах). Желательно, чтобы в рацион входило около 500—600 мл молока или кисломолочных продуктов, 100—150 г творога, 100—200 г мяса или рыбы, 500—600 г овощей, 200—300 г фруктов или ягод.

К концу беременности во избежание слишком большого увеличения массы тела желательно несколько ограничить в рационе количество углеводов за счет сокращения потребления хлеба, кондитерских изделий, сахара.

Для достаточного обеспечения организма витаминами в течение беременности рекомендуется принимать витамины группы В и аскорбиновую кислоту.

Противопоказания для раннего прикладывания ребенка к груди матери: со стороны матери к ним относятся нефропатия средней и тяжелой степени, оперативное родоразрешение, большая

кровопотеря в родах, разрывы промежности I—II степени, гнойно-воспалительные заболевания матери, резус-отрицательная кровь, а также тяжелые экстрагенитальные заболевания; со стороны ребенка к ним относятся оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов, асфиксия, родовая травма, гемолитическая болезнь новорожденного, пороки развития, недоношенность, респираторный дистресс-синдром.

Противопоказания к кормлению молоком матери: болезнь обмена веществ (галактоземия, фенилкетонурия), прием матерью цитостатиков, радиоактивных препаратов.

Несмотря на достаточное количество молока у матери, ребенку в 5—6 месяцев необходимо ввести прикорм.

Прикорм — это дополнительный вид пищи животного или растительного происхождения. Правила введения прикорма: прикорм вводится только здоровому ребенку, после удвоения массы тела; прикорм следует давать перед кормлением грудью, начав с 5—10 г, постепенно доведя до 150 г.

Во втором полугодии жизни ребенка объем блюд прикорма не должен превышать 180 г. Новый вид прикорма вводят после полной адаптации к предыдущему. Блюда прикорма должны быть однородными по консистенции и не должны вызывать затруднений при глотании. С возрастом нужно переходить к более густой, а затем к более плотной пище. Прикорм дается в теплом виде ложкой в положении сидя. При введении прикорма следует следить за кожным покровом и стулом ребенка: если он остается нормальным, то на следующий день количество прикорма следует увеличить. Нельзя сочетать начало введения прикорма с проведением профилактических прививок.

Первую пищевую добавку вводят в виде фруктового сока в 3—3,5 месяца, начиная с 1—2 ч. л., увеличивая количество до 20—30 мл. Фруктовое пюре вводят через 3—4 недели после сока (с 3,5—4 месяцев), начиная с 3—5 г, увеличивая к 10—12 месяцам до 80—100 мл.

В 5 месяцев вводят первое блюдо прикорма, заменяющее одно кормление — овощное пюре из кабачков, моркови, картофеля. Нельзя добавлять лук, чеснок, специи.

В 6 месяцев вводят каши из риса, гречи, кукурузы, начав с 50 г, доведя до 150 г (нельзя начинать прикорм с манной каши!), творог в количестве 3—5 г/кг, печенье.

С 7 месяцев вводят зрелые фрукты, мясо в виде фарша, желток (1/4—1/2 часть).

С 8 месяцев вводят кефир, хлеб.

С 9 месяцев ребенку 1—2 раза в неделю дают вместо мяса рыбу. К году паровые котлеты.

Искусственное вскармливание — это вскармливание, при котором ребенок в первом полугодии жизни в качестве основного питания получает не грудное молоко, а молочные смеси. В настоящее время многочисленные сухие смеси, используемые для искусственного вскармливания здоровых детей, можно разделить на четыре группы.

I группа — адаптированные смеси (для производства используют коровье молоко, и адаптация сводится к снижению содержания в нем белка и солей кальция). К ним относят «Нан», «Нутрилон», «Хайнц», «Энфамил».

II группа — частично адаптированные смеси (они частично приближены к составу женского молока). К ним относятся «Малютка», «Малыш», «Милумил».

III группа — последующие формулы, т. е. молочные смеси, предназначенные для питания на последующем возрастном этапе. К ним относятся «Хипп-2», «Энфамил-2».

IV группа — неадаптированные смеси «Крепыш», «Здоровье».

Смешанное вскармливание — это вскармливание, при котором ребенок в первом полугодии жизни получает грудное молоко матери и докорм, т. е. молочную смесь, так как по возрасту ребенку нельзя назначить прикорм. Причинами перевода детей на смешанное вскармливание являются гипогалактия у матери и социально-бытовые факторы (к примеру, при выходе матери на работу).

Гипогалактия — это понижение секреторной способности молочных желез. Различают раннюю гипогалактию, развивающуюся в первые 10—14 дней; позднюю — в более поздние сроки; первичную нейроэндокринного генеза и вторичную, обусловленную нерациональным питанием, нарушением режима дня, соматическими и инфекционными заболеваниями матери.

Лактационные кризы — это уменьшение количества молока без внешних причин. Наблюдаются в первые 3 месяца лактации, иногда бывают через 6—8 месяцев, длительность транзиторной гипогалактии — 3—4 дня, редко — 6—8 дней.