

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ КОНСПЕКТИВЫ

 EKSMO
EDUCATION



ХИТ
сезона

ЭКЗУМЕН
В КАРМАНЕ

Н. В. Гаврилова

Детские болезни: конспект лекций

«Научная книга»

Гаврилова Н. В.

Детские болезни: конспект лекций / Н. В. Гаврилова — «Научная книга»,

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, составленный на основе лекций современных профессоров медицинских ВУЗ-ов, поможет вам сэкономить время при подготовке к экзамену и успешно его сдать. Публикуется с разрешения правообладателя – Литературного агентства «Научная книга»

© Гаврилова Н. В.

© Научная книга

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. История отечественной педиатрии, организация охраны материнства. Периоды детского возраста	5
ЛЕКЦИЯ № 2. Вскармливание детей. Профилактика гипогалактии. Характеристика молочных смесей	7
ЛЕКЦИЯ № 3. Аномалии конституции у детей. Варианты диатезов	10
1. Аллергический диатез	11
2. Экссудативно-катаральный диатез	12
3. Лимфатический диатез	15
4. Нервно-артритический диатез	16
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Гаврилова Н. В.

Детские болезни: Конспект лекций

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. Антенатальный 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. Преодолевают 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.

Профилактика. Как можно чаще прикладывать ребенка к груди, избегать нервных стрессов и психических нагрузок, принимать препараты, усиливающие лактацию, обеспечить хорошее питание с употреблением морковного сока, настоя из укропа, аниса и настоя из грецких орехов (1/2 стакана орехов заваривают 1/2 л кипящего молока в термосе и настаивают в течение 3 – 4 ч, настой принимают по 1/3 стакана за 20 мин до кормления ребенка грудью).

ЛЕКЦИЯ № 3. Аномалии конституции у детей. Варианты диатезов

Конституция – это совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных свойств человека, обусловленная наследственностью, возрастом и длительными интенсивным влиянием окружающей среды, определяющая функциональные способности и реактивность организма.

Диатез – это генетически детерминированная особенность организма, определяющая своеобразие его адаптивных реакций и предрасполагающая к определенной группе заболеваний. Диатез не заболевание, а предрасположение, которое при определенных условиях внешней среды может трансформироваться в болезнь.

1. Аллергический диатез

Аллергический диатез – аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью организма к аллергическим, воспалительным заболеваниям. Данная аномалия конституции является довольно распространенной. Выявляется обычно в возрасте 3 – 6 месяцев и держится на протяжении 1 – 2 лет, у большей части детей в дальнейшем исчезает. Выделяют атопический диатез, связанный с аллергической реакцией на пищевые и находящиеся в контакте со слизистой оболочкой дыхательных путей антигены неинфекционной природы. Аутоиммунный диатез, где имеется повышенная чувствительность кожи к УФ-облучению, значительное повышение уровня γ -глобулинов в крови, нередкое выявление LE-клеток, антинуклеарных факторов в состоянии полного клинического благополучия, поликлональная активация В-лимфоцитов, а также Т-хелперов при снижении активности Т-супрессоров, повышение уровня в крови иммуноглобулинов М. Инфекционно-аллергический диатез, где имеются длительные периоды повышения СОЭ и субфебрильной температуры, после острых респираторно-вирусных инфекций и заболеваний носоглотки.

Этиология, патогенез, клиника, лечение сходны с экссудативно-катаральным диатезом.

2. Экссудативно-катаральный диатез

Экссудативно-катаральный диатез – это своеобразное состояние реактивности детей раннего возраста, характеризующееся склонностью к рецидивирующим инфильтративно-дескваматозным поражениям кожи и слизистых оболочек, развитию псевдоаллергических реакций и затяжному течению воспалительных процессов, с лимфоидной гиперплазией, лабильностью водно-солевого обмена.

Этиология и патогенез полностью не выяснены, но важную роль играют наследственная предрасположенность, а также воздействие факторов внешней среды. Положительный семейный «аллергический анамнез» выявляется у 2/3 – 3/4 детей с аллергическим диатезом. У таких детей определяют высокий уровень иммуноглобулина Е в крови или избыточную секрецию и освобождение гистамина из тучных клеток, недостаточную его инактивацию, что и определяет склонность к аллергическим реакциям. Провоцирующими факторами могут быть токсикозы первой и второй половины беременности, инфекционные заболевания, употребление лекарств во время беременности, нарушение пищевого режима беременной, особенно в последние месяцы беременности (однообразное питание с чрезмерным употреблением одного из облигатных аллергенов – яиц, меда, кондитерских изделий, молока, мандаринов), а также во время кормления грудью. Ребенок еще во внутриутробном периоде может диаплацентарно сенсибилизироваться к аллергенам, циркулирующим в организме матери. Во внеутробном периоде аллергены передаются с грудным молоком и пищей через кишечную стенку, обладающую повышенной проницаемостью, особенно у детей грудного возраста, тем более после желудочно-кишечных заболеваний, а также в период выздоровления от различных заболеваний, при потере массы тела и истощении. Потенциальным сенсибилизирующим агентом может быть пища, не подвергнутая тепловой обработке (гоголь-моголь, взбитые с белком ягоды и пр.), а также такие продукты, как рыба, орехи и некоторые другие, которые не снижают своих аллергизирующих свойств при тепловой обработке. Аллергизация может быть вызвана и обычными продуктами, если ребенок получает их в избыточном количестве (перекорм), особенно при однообразном наборе питательных средств. Легко становятся аллергенами продукты, употребляемые в тот или иной сезон или нечасто, при включении их в рацион в большом количестве (ягоды, овощи, орехи и др.), а также при введении в рацион не положенных по возрасту продуктов (икры, креветок, шоколада и др.). Имеет значение беспорядочное питание, злоупотребление сладостями, острыми, солеными блюдами, введение в рацион ребенка многих новых продуктов за короткий промежуток времени. Ребенок с аллергическим диатезом легко приобретает повышенную чувствительность не только к пищевым веществам, но и к таким внешним аллергенам, как шерсть, домашняя пыль.

Аллергены могут поступать в организм ребенка через кожные покровы и слизистые оболочки (конъюнктиву и др.), а также во время многочисленных инъекций, вакцинаций. У детей с аллергическим диатезом обнаруживаются нарушения в корково-подкорковых взаимоотношениях, выявляется парасимпатическая настроенность или дистония вегетативной нервной системы, функциональные изменения печени в виде нарушений обмена (жирового, углеводного, белкового, водного, солевого, витаминного, КЩС), что небезразлично для организма в процессе его адаптации к внешней среде и питанию.

Развитие аллергической реакции сопровождается повышением в крови ряда биологически активных веществ: гистамина, серотонина, лейкотриенов и др. В патогенезе определенную роль играют аутоаллергические процессы, которые скорее всего возникают вторично в процессе заболевания. Развитие процессов аутоаллергизации с постоянным поступлением в кровь аутоаллергенов способствует более торпидному течению аллергического диатеза.

Клиника. Для таких детей характерны большая масса тела при рождении, особенно если это первый ребенок в семье; рано появившиеся и долго сохраняющиеся в условиях правильного ухода опрелости; исчезающая и вновь появляющаяся себорея волосистой части головы; значительно превышающие возрастную норму прибавки массы тела и большие ее колебания под влиянием неблагоприятных условий; положительные кожные пробы на экзогенные аллергены при отсутствии каких-либо клинических проявлений аллергического диатеза.

При осмотре обращают на себя внимание одутловатое бледное лицо, излишняя масса тела, снижение тургора тканей (пастозный тип) или худоба, географический язык, боли в животе, метеоризм.

На первом году жизни дети с повышенной нервной возбудимостью, раздражительностью, расстройствами сна, сниженным аппетитом – капризные, нервные. Дети плохо переносят большие физические нагрузки. Нередко у детей с дефицитом иммуноглобулина А развиваются хронические очаги инфекции, увеличение периферических лимфатических узлов, селезенки, длительные субфебрилитеты, затяжное течение инфекционных заболеваний.

Гнейс встречается только у детей грудного возраста: грязно-серые или коричневого цвета себорейные чешуйки в виде чепчика или панциря на волосистой части головы, преимущественно на макушке и темени. Течение гнейса обычно благоприятное, но у части детей он трансформируется в себорейную экзему (отечность, краснота, мокнутие, усиленное коркообразование), которая нередко распространяется на ушные раковины, лоб, щеки.

Наиболее частым симптомом аллергического диатеза, особенно у детей первого года жизни, является молочный струп (или корка): на коже щек, часто вблизи ушных раковин образуется резко отграниченная от здоровой кожи краснота, отекает, нередко с признаками шелушения. У части детей молочный струп сопровождается зудом, иногда может трансформироваться в экзему.

Упорная форма опрелости – интертриго – один из важных симптомов аллергического диатеза. Опрелость может быть сухой, в других случаях наблюдается мацерация кожи (обычно у тучных, пастозных детей грудного возраста). Самой тяжелой формой аллергического диатеза следует считать детскую экзему, которая бывает у детей более старшего возраста. У детей старшего возраста может трансформироваться в нейродермит.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза и клинических данных.

Дифференциальный диагноз проводят с истинной экземой, эритродермиями, дерматитами, иммунодефицитами, псориазом, синдромом нарушенного кишечного всасывания.

Лечение. Стандартной диеты не существует. Необходимо рациональное питание, грудное кормление, хотя и не исключено наличие в нем аллергенов. Диета матери должна быть бедна углеводами, жирами, поваренной солью и возможными аллергенами. В некоторых случаях (жирное грудное молоко) сцеженное грудное молоко подвергают пастеризации (в течение 30 мин при температуре 65 °С) и верхнюю пленку снимают или ставят молоко на 3 – 4 ч в холодильник, а затем снимают сливки, после чего пастеризуют. Детям более старшего возраста рекомендуют исключить кисели, муссы, свинину, бульон из говядины, рыбу, яйца в любом виде, бобовые культуры, орехи, специи, приправы (умеренно ограничить жиры и белки, жидкость). Из каш предпочтение отдается гречневой, вечером рекомендуются овощи, салаты, запеканки. Если экзема явилась следствием употребления аллергена, то она за 24 ч может стихнуть при следующей диете: блюда из рисового отвара, 1 блюдо из фруктов (не желтой окраски), 1 блюдо из овощей (картофель), 1 блюдо из риса с фруктовым соком (не желтой окраски). В каждый последующий день к этому основному рациону добавляют новое блюдо под контролем динамики заболевания. Если на фоне аллергического диатеза диагностируют дисбактериоз, то могут оказаться эффективными 10-дневные курсы лактобактерина и бифидумбактерина. Назначают лекарственные средства, способствующие уменьшению зуда и проницаемости сосудистой стенки, седативные средства: 3 – 5%-ный раствор бромида натрия, димедрол или анти-

гистаминные средства в возрастной дозировке. Назначают также витамины В₅, В₆, В₁₂, В₁₅, А, С (аскорбиновая кислота может усилить зуд) в лечебных дозах в течение не менее 3 – 4 недель. Местное лечение: вначале примочки, по исчезновении отечности, мокнутия – мазевая терапия. Кроме того, назначают умеренно теплые ванны (не выше 38 °С) на 10 – 15 мин с пшеничными отрубями или картофельной мукой (400 – 600 г на ванну), с дубовой корой, чередой, чистотелом, с добавлением лагохилуса, перманганата калия (до светло-розового цвета). Применяют общее ультрафиолетовое облучение от 1/4 до 1 эритемной дозы 15 – 20 раз (ежедневно или через день). Устранение очагов вторичной инфекции также улучшает общее состояние больного.

Профилактика. Рациональное питание беременной и кормящей матери, особенно если у них имеется аллергическая настроенность, с употреблением умеренных количеств разнообразной, хорошо кулинарно обработанной пищи, с исключением из питания яиц, ограничением молока (до 1 – 2 стаканов в сутки), сахара, меда, шоколада, конфет, орехов, а также колбас, сосисок, рыбных консервов. Организация питания ребенка в соответствии с возрастом.

Во время заболевания и в период реконвалесценции рекомендуется давать ребенку хорошо обработанную пищу в умеренных количествах, избегать введения новых пищевых продуктов. Необходимо соблюдение правил вакцинации, которую желательно проводить только в период ремиссии и после соответствующей подготовки. Нужен гигиенический уход за ребенком грудного возраста. Лучше избегать применения духов, шампуней, туалетной воды. Прогноз при соблюдении всех мер профилактики и лечения благоприятный.

3. Лимфатический диатез

Лимфатический диатез (лимфатико-гипопластический) – это наследственно обусловленная недостаточность лимфатической системы, связанная со сниженной функцией вилочковой железы как основного органа, контролирующего созревание лимфоцитов; характеризуется генерализованным стойким увеличением лимфатических узлов, дисфункцией эндокринной системы (гипофункцией надпочечников, симпатoadреналовой системы и др.), склонностью к аллергическим и гиперергическим реакциям и инфекционным заболеваниям. Одним из проявлений лимфатического диатеза может быть патология местного иммунитета слизистых оболочек, недостаточность синтеза секреторных иммуноглобулинов.

Клиника. Диспластическое телосложение – часто короткое туловище, несколько удлиненные конечности. Кожа бледная, кожная складка дряблая, мускулатура развита слабо, тонус ее понижен, пастозность тканей. Лимфатические узлы увеличены, миндалины и аденоиды гиперплазированные, рыхлые. Аденоиды после аденотомии склонны к повторному разрастанию. Рентгенологически в 70% случаев отмечается увеличение вилочковой железы, что может вызвать нарушение бронхиальной проходимости. Имеется склонность к артериальной гипотензии. В крови – незначительный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, анемия, нейтропения.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза, характерного внешнего вида ребенка, выявления гиперплазии лимфатических узлов и вилочковой железы.

Дифференциальный диагноз проводят с иммунодефицитными состояниями.

Лечение. Соблюдение режима дня, достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливающие процедуры, массаж, гимнастика, физиотерапия, витаминотерапия. Назначение адаптогенов и средств, стимулирующих защитные силы организма и функцию надпочечников (дибазола, метацила, алоэ, элеутерококка, женьшеня). При персистирующей вирусной инфекции и наличии хронических очагов инфекции назначают курс виферона.

Профилактика. Рациональное питание беременных и правильное вскармливание ребенка в соответствии с возрастом. Соблюдение режима дня, прогулки, закаливание, массаж и гимнастика. Постоянное применение растений адаптогенов (элеутерококка и др.) в сочетании с витаминами (отдельными курсами по 2 недели).

Прогноз при соблюдении лечебно-профилактических мер благоприятный.

4. Нервно-артритический диатез

Нервно-артритический диатез характеризуется повышенной нервной возбудимостью, склонностью к кетоацидозу, а в дальнейшем – предрасположенностью к развитию ожирения, интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, атеросклероза, сахарного диабета, подагры. Нарушение обмена мочевой кислоты является ведущим, но не единственным лабораторным маркером.

Этиология. С одной стороны, формирование наследования патологических свойств обмена веществ, с другой стороны, нарушение питания в семье, режима труда и отдыха, окружающей среды.

Патогенез. Особое значение имеют высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции, нарушение обмена пуринов с увеличением их содержания в крови и моче, низкая ацетилирующая способность печени и другие нерасшифрованные митохондриальные ее дефекты.

Клиника. Уже в грудном возрасте отмечается повышенная нервная возбудимость, с возрастом дети становятся еще более возбудимыми. Психическое развитие опережает возрастные нормы: они любознательны, оживлены, запоминают услышанное или ими прочитанное. Иногда у таких детей бывают ночные страхи, тики, хореоподобные приступы, эмоциональная лабильность. Периодически или внезапно после короткого недомогания могут возникнуть приступы головной боли, тошноты, рвоты, боли в животе, запах ацетона изо рта, что свидетельствует о развитии ацетонемического криза. В период криза в крови повышается уровень кетоновых тел, аммиака, мочевой кислоты, снижается рН.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.