

ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

шпаргалки



Копировать можно,
передать в соцсетях можно,
и даже выложить на сайте,
но только если...

О. В. Осипова
Галина Ивановна Дядя
Пропедевтика
детских болезней
Серия «Шпаргалки»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180296
Пропедевтика детских болезней: ЭКСМО; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-21291-0

Аннотация

Студенту без шпаргалки никуда! Удобное и красивое оформление, информационные ответы на все вопросы курса «Пропедевтика детских болезней» в соответствии с Государственным образовательным стандартом.

Содержание

1. Достижения отечественной педиатрии	4
2. Периоды детства и их характеристика	7
3. Особенности сбора анамнеза у детей	10
4. Общий осмотр ребенка	13
5. Понятие «Акселерация». Физическое и психическое развитие детей I полугодия	16
6. Физическое и психическое развитие детей II полугодия	19
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Галина Ивановна Дядя, О. В. Осипова Пропедевтика детских болезней

1. Достижения отечественной педиатрии

Температура тела и терморегуляция у ребенка

Педиатрия изучает закономерности развития детей, причины и механизмы заболеваний, способы их распознавания, лечения и предупреждения.

Истоки многих заболеваний взрослого человека находятся в детском возрасте. Поэтому какими будут детство и условия роста и воспитания ребенка, таким и будет состояние здоровья взрослого человека.

Развитие неонатологии в настоящее время имеет возможность выхаживать глубоко недоношенных и маловесных детей. Диагностировать врожденные и генетические заболевания и лечить их.

Благодаря развитию фармакологии появилось много препаратов для лечения у детей.

Благодаря научным успехам в области микробиологии, вирусологии, фармакологии у врачей появилась возможность предотвращать и снижать заболеваемость детей наиболее часто встречающимися и порой очень тяжелыми инфекциями при помощи вакцинации (прививок).

(ВОЗ) разработала «Расширенную программу иммунизации», направленную на борьбу с шестью основными инфекциями.

При рождении температура тела ребенка около $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$. Затем в течение 2–3 ч происходит снижение температуры на $1\text{--}2\text{ }^{\circ}\text{C}$. Это состояние называется транзиторной гипотермией. Затем вновь начинается постепенное повышение, и к 5-му дню жизни температура составляет $37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$. У 0,3–0,5 % новорожденных на 3-5-й день жизни наблюдается так называемая транзиторная лихорадка, при которой подъем температуры достигает $38\text{--}39\text{ }^{\circ}\text{C}$. Такое состояние объясняется незрелостью центра терморегуляции и нарушением теплопродукции и теплоотдачи.

Центральное звено терморегуляции – гипоталамические центры.

Гипоксия, внутричерепная травма, инфекции, поражающие центральную нервную систему, как и аномалии ее, могут быть причиной неадекватной терморегуляции.

Пассивная теплоотдача у новорожденных выше (относительно), чем у детей старшего возраста и взрослых. Это обусловлено большой поверхностью тела на единицу массы, а

также особенностями строения кожи (богатой васкуляризацией, тонкостью изолирующего слоя, часто недостаточностью подкожного жирового слоя).

Более позднее развитие теплоотдачи по сравнению с теплопродукцией и ее меньшая эффективность приводят к тому, что перегревание детей первых месяцев и лет жизни более опасно, чем охлаждение.

Перегревание грудных детей приводит к обезвоживанию и может вызвать тепловой удар или шок с нарушением функций центральной нервной системы и жизненно важных органов.

2. Периоды детства и их характеристика

Ребенок постоянно растет и развивается и на каждом возрастном этапе своей жизни предстает в особом морфологическом, физиологическом и психологическом качествах, поэтому возникает определенная потребность выделить ряд периодов, или этапов, развития. Значимые анатомо-физиологические особенности каждого периода имеют большое значение для научно обоснованной разработки медицинских, социальных и других мер охраны здоровья и развития ребенка. Поэтому периоды детства важны как для врачебной деятельности, так и для рекомендации адекватных режимов жизни, питания, воспитания, профилактики заболеваний и многого другого.

1. **Период новорожденности**, который делится на ранний неонатальный и поздний неонатальный периоды.

2. **Период грудного возраста**. Он длится от 29-го дня жизни до года.

В этот период основные этапы адаптации к внеутробной жизни завершены, механизм грудного вскармливания сформирован, происходит очень интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное и интеллектуальное развитие ребенка.

3. **Преддошкольный, или ясельный, период** – от года до 3 лет. Характеризуется снижением темпов физического развития детей и большей степенью зрелости основных физиологических систем.

Увеличивается мышечная масса, заканчивается прорезывание молочных зубов, расширяются двигательные возможности, развиваются все анализаторы, совершенствуется речь, определяются индивидуальные черты характера и поведения.

4. **Дошкольный период** – от 3 до 7 лет. В этот период идет дифференцировка строения внутренних органов, развивается интеллект, улучшается память, совершенствуются координированные движения, формируются индивидуальные интересы увеличивается длина конечностей, постепенно выпадают молочные зубы, начинается рост постоянных зубов.

5. **Младший школьный возраст** – от 7 до 11 лет. У детей происходит замена молочных зубов постоянными, улучшается память, повышается интеллект, формируются самостоятельность и волевые качества, расширяется круг интересов.

6. **Старший школьный возраст** – с 12 до 17–18 лет. Это самый трудный период психологического развития, формирования воли, сознательности, гражданственности, нравственности. Характеризуется резким изменением функции эндокринных желез. Это период полового развития и пубер-

татного скачка роста.

3. Особенности сбора анамнеза у детей

Анамнез жизни ребенка раннего возраста (до 3 лет).

Опрашиваются родители.

1. От какой беременности и какой по счету ребенок; если беременность не первая, чем закончилась предыдущая?
2. Как протекала беременность у матери (были ли токсикоз первой, второй половины беременности – тошнота, рвота, отеки, гипертония, нефропатия, эклампсия)?
3. Режим и особенности питания беременной.
4. Как протекали роды (продолжительность, пособия, осложнения)?
5. Закричал ли ребенок сразу? Какой был крик (громкий или слабый)?
6. Масса тела и рост при рождении.
7. Когда приложили к груди, как взял грудь ребенок, число и часы кормления?
8. Когда отпал пуповинный остаток и зажила пупочная ранка?
9. Была ли физиологическая потеря массы тела новорожденного, и когда она восстановилась?
10. Заболевания в период новорожденности (интенсивность и длительность желтухи – групповая и резус-несовме-

стимость матери и ребенка, родовая травма, заболевания кожи и пупка, органов дыхания и пищеварения, септические заболевания и др.).

11. На какой день и с какой массой тела ребенок выписан?

12. Физическое развитие ребенка.

13. Развитие статики и моторики.

14. Психическое развитие.

Анамнез заболевания.

1. Жалобы.

2. Когда заболел ребенок?

3. При каких обстоятельствах развивалось заболевание?

4. Общие проявления заболевания отразить в динамике.

5. Проявления заболевания со стороны всех систем и органов:

1) дыхательной системы: кашель сухой или влажный, время его появления, характер. Мокрота. Боли в груди или спине. Одышка, когда появляется, наличие приступов удушья;

2) сердечно-сосудистой системы: одышка, боли в области сердца. Ощущение перебоев сердцебиений. Отеки;

3) системы пищеварения: тошнота, рвота. Срыгивания у грудных детей. Наличие отрыжки или изжоги. Боли в животе. Стул;

4) мочевыделительной системы: боли в поясничной области, частота мочеиспусканий и их объем. Цвет мочи. Ночное недержание мочи;

5) опорно-двигательной системы: боли в конечностях,

мышцах, суставах. Припухлость суставов, их покраснение. Затруднение при движении, утренняя скованность;

6) эндокринной системы: нарушение волосяного покрова.

Изменения кожи. Нарушения роста и массы тела;

7) нервной системы и органов чувств: головные боли и головокружения.

4. Общий осмотр ребенка

Клинические критерии оценки тяжести состояния больного.

Различают четыре степени тяжести общего состояния больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, а также крайне тяжелое, или терминальное (предагональное), состояние. Тяжесть состояния оценивается врачом при осмотре больного; она меняется не только изо дня в день, но и в течение часов и суток.

Для оценки тяжести состояния только что родившегося ребенка применяется шкала Апгар. Оценка состояния ребенка проводится на 1 и 5-й мин жизни. Общая оценка складывается из суммы цифровых показателей пяти признаков (дыхания, сердцебиения, окраски кожи, мышечного тонуса, рефлексов). Максимальная оценка по каждому признаку 2 балла. Состояние новорожденного считается удовлетворительным при оценке по шкале Апгар 8-10 баллов. Чем тяжелее состояние, тем ниже оценка. Оценка 0 баллов соответствует клинической смерти.

У детей старшего возраста (включая грудных) для оценки общего состояния используют два основных критерия:

- 1) степень выраженности синдрома токсикоза;
- 2) степень выраженности функциональных нарушений.

О тяжести токсикоза судят по и степени выраженности

апатии, адинамии, сонливости, ступора, сопора, комы, судорожного синдрома. Для токсикоза свойственны учащение или, урежение дыхания, эмфизематозное вздутие легких, обычно учащение пульса, изменение его наполнения и напряжения, приглушенность тонов сердца, снижение артериального давления.

Оценить тяжесть токсикоза можно лабораторно-инструментальными методами по степени нарушения КОС, ЭКГ; по содержанию в крови различных гормонов, сахара и кетоновых тел, глюкозурии, уровню электролитов, осмолярности плазмы; по степени азотемии, электролитных нарушений, нарушению биохимических показателей крови

Оценка общего состояния больного при длительно текущих и хронических заболеваниях основана на степени выраженности недостаточности или глубины и распространенности поражения той или иной системы, которое специфично для этого класса заболеваний.

Выявление отклонений в развитии ребенка и факторов, их вызывающих.

Изменения массы тела более быстрые, чем изменения роста. Поэтому в особо критические периоды жизни новорожденного или грудного ребенка обязательным является ежедневное взвешивание.

Падение массы тела, наблюдающееся в грудном возрасте, связано с возникновением расстройств пищеварения, сопровождающихся рвотой и жидким стулом, недостаточным вве-

дением жидкости, потерями воды через кожу и легкие при учащенном дыхании и повышении температуры тела. Быстрое, т. е. в течение 1–2 суток, падение массы тела на 10–15 % от исходного чаще всего свидетельствует об остром обезвоживании ребенка (дегидратации, или эксикозе).

Хронические расстройства питания и заболевания, вызывающие отклонения в развитии детей, приводят к медленным изменениям массы и длины тела у них.

Быстрая прибавка в росте и весе, несвойственная данному возрасту, может иметь гипофизарную природу.

5. Понятие «Акселерация».

Физическое и психическое развитие детей I полугодия

«Физическое развитие» динамический процесс роста и биологического созревания ребенка. У детей раннего возраста формирование статистических и моторных функций, что в целом.

От десятилетия к десятилетию рост детей увеличивается, а половое созревание наступает в более раннем возрасте. Это явление получило название **акселерации**.

Ускорился и срок биологического созревания. Более ранние сроки появления ядер окостенения, прорезывания постоянных зубов, прекращения роста, а также полового созревания.

Акселерация, обусловлена изменением генотипа, развивающегося вследствие большой миграции населения и образования смешанных браков. Темп акселерации выше при оптимальных условиях для развития детей. Истинная акселерация сопровождается увеличением продолжительности жизни и репродуктивного периода взрослого населения.

Физическое и психомоторное развитие детей в I полугодии.

Вес тела доношенного новорожденного обычно состав-

ляет 3200–3500 г.

Для расчета массы тела в I полугодии жизни можно использовать формулы:

1) масса тела может быть определена как сумма:

Масса тела при рождении + 800 г х з,

где з – число месяцев в течение I полугодия;

800 г – средняя ежемесячная прибавка массы тела в течение I полугодия;

2) масса тела ребенка 6 месяцев равна 8200 г, за каждый недостающий месяц вычитается по 800 г.

Психомоторное развитие детей в I полугодии.

В возрасте 2 месяцев ребенок спокойно бодрствует, подолгу рассматривает висящие над ним игрушки, улыбается, когда с ним разговаривают, начинает держать или хорошо держит головку.

В 3 месяца ребенок на обращенную к нему речь отвечает улыбкой, звуками, оживленными движениями рук и ног. Долго лежит на животе, поддерживаемый под мышки, крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, хорошо держит олову.

В 4 месяца он начинает угулить, по звуку определяют местонахождение предмета, издающего звук, подолгу занимается висящими над кроваткой игрушками.

В 5 месяцев он подолгу угулит, пускает пузыри, знает близких ему лиц, различает интонацию, с которой к нему обращаются. Движения его рук четкие, Он берет погремуш-

ку и долго держит ее в руке. Переворачивается со спины на живот, крепко упирается ножками, стоит при поддержке.

В 6 месяцев он начинает произносить отдельные слова («ма», «ба», «да» и др.). Свободно сам берет игрушку и подолгу ею играет.

Переворачивается с живота на спину, начинает передвигаться по манежу, немного подползая. При виде подносимой пищи сам открывает рот, хорошо ест из ложечки.

6. Физическое и психическое развитие детей II полугодия

В 6 месяцев здоровый ребенок весит в среднем около 8 кг 200 г. За 7-й месяц он прибавляет в весе 600 г, за 8-й месяц – 550 г, за 9-й месяц – 500 г, за 10-й месяц – 450 г, за 11-й месяц – 400 г, за 12-й месяц – 350 г. Таким образом, за II полугодие ребенок прибавляет в весе 2 кг 850 г и к году должен весить в среднем 10,5 кг.

Для II полугодия жизни ориентировочную **массу тела** можно рассчитать по формулам:

1) масса тела при рождении + плюс прибавка массы тела за II полугодие:

$(800 \times 6) + 400 \text{ г ч } (n - 6)$, где n – возраст в месяцах;

400 г – средняя ежемесячная прибавка массы тела за II полугодие;

2) масса тела ребенка 6 месяцев равна 8200 г, за каждый последующий месяц прибавляется по 400 г (у детей до 12 месяцев).

Рост ребенка с 7 по 9-й месяц увеличивается ежемесячно на 2 см, а с 9 по 12-й месяц – на 1,5–1 см. Таким образом, во II полугодии ребенок вырастает на 10 см.

Окружность головы 6-месячного ребенка равна 43 см, в дальнейшем окружность головы за каждый последующий

месяц увеличивается на 0,5 см.

Окружность груди у детей в 6 месяцев равна 45 см, за каждый последующий месяц (до года) она увеличивается на 0,5 см.

Молочные зубы прорезываются в следующие сроки. центральные нижние и верхние резцы – в период от 6 до 9 месяцев, боковые нижние и верхние резцы – от 9 до 12 месяцев. В конце года жизни у ребенка имеется обычно 8 зубов.

Психомоторное развитие детей во II полугодии.

В 7 месяцев ребенок подолгу лежит, играя погремушкой, стучит, размахивает ею.

Хорошо ползает, легко садится, держась за пальцы взрослого; стоит, держась за барьер.

В 8 месяцев он громко повторно произносит различные слоги, ищет и находит глазами предметы, когда их называют. Выполняет по просьбе движения «ладушки». Игрушками постукивает, рассматривает их.

Сам садится, сидит, ложится. Придерживаясь руками за барьер, сам встает, стоит и переступает вдоль барьера.

В 9 месяцев он отвечает на заигрывание «догоню, догоню», играет в прятки, выполняет по просьбе взрослых некоторые движения – «дай ручку», «до свидания» и пр. С разными игрушками и предметами занимается по-разному. Свободно ходит, слегка придерживаясь за предметы, хорошо ходит при поддержке за обе ручки, ходит за каталкой.

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.