

ЭКЗУМЕН

В КАРМАНЕ

EKSMO
EDUCATION



КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ХИТ
2006**

Галина Ивановна Дядя
О. В. Осипова
Пропедевтика детских
болезней: конспект лекций

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180931

Аннотация

Конспект лекций по пропедевтике детских болезней представлен в соответствие с современными стандартами. В нем освещены анатомо-физиологические особенности систем организма ребенка, семиотика их поражений. Изложены вопросы естественного и искусственного вскармливания, правила введения прикорма, питания кормящей матери. Благодаря четким определениям основных понятий студент может за короткий срок усвоить важную часть информации, успешно сдать экзамен.

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Общие вопросы педиатрии	4
1. Достижения отечественной педиатрии	4
2. Периоды детства и их характеристика	7
3. Особенности сбора анамнеза у детей	10
ЛЕКЦИЯ № 2. Общий осмотр ребенка	17
1. Температура тела и терморегуляция у ребенка	17
2. Общий осмотр ребенка	20
ЛЕКЦИЯ № 3. Физическое и психомоторное развитие ребенка	25
1. Физическое развитие детей. Биологическая акселерация	25
2. Физическое и психомоторное развитие детей в I полугодии	28
Конец ознакомительного фрагмента.	29

**Галина Ивановна
Дядя, О. В. Осипова
Пропедевтика детских
болезней: конспект лекций**

**ЛЕКЦИЯ № 1. Общие
вопросы педиатрии**

**1. Достижения
отечественной педиатрии**

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.

Кафедра пропедевтики детских болезней первая дает студенту профессиональную подготовку. Благодаря научным

исследованиям и разработкам в области педиатрии и внедрению их в лечебную практику качество помощи детям улучшается с каждым годом. Например, благодаря развитию неонатологии в настоящее время имеется возможность выхаживать глубоко недоношенных и маловесных детей. Благодаря исследованиям в области генетики появилась возможность на ранних этапах развития ребенка диагностировать многие врожденные и генетические заболевания и по возможности лечить их.

Благодаря развитию химии и фармакологии появилось множество препаратов для эффективного лечения тяжелых недугов 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).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала «Расширенную программу иммунизации», направленную на борьбу с шестью основными инфекциями: дифтерией, столбняком, туберкулезом, полиомиелитом, коклюшем, корью. Благодаря этой программе ежегодно предотвращается более 4 млн смертей и тысячам детей удается избежать слепоты, умственной отсталости и других причин инвалидности. Наконец, благодаря развитию трансплантологии в настоящее время имеется возможность сделать неизлечимо

больным детям пересадку органа и тем самым вернуть их к жизни.

Педиатрия не только область медицинской науки, но и название основной врачебной специальности в государственной системе охраны здоровья детей.

Врачи-педиатры воплощают в жизнь основные достижения медицинской науки и проводят практические мероприятия по обеспечению и контролю гармоничного развития детей, распознаванию, лечению и предупреждению их заболеваний.

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.

Ранний неонатальный период – это период от момента перевязки пуповины до окончания 7 суток жизни (168 ч). Этот период самый ответственный для адаптации ребенка к внеутробному существованию.

Наиболее существенными физиологическими изменениями в этот период являются начало легочного дыхания и функционирование малого круга кровообращения с перекрытием путей внутриутробной гемодинамики (артериаль-

ного протока и овального отверстия), а также изменение энергетического обмена и терморегуляции. С этого момента начинается энтеральное питание ребенка. В периоде новорожденности все функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, адаптационные механизмы легко нарушаются, что существенно отражается на общем состоянии новорожденного и даже его выживании.

Поздний неонатальный период охватывает 21 день (с 8 по 28-й день жизни ребенка). Важнейшей характеристикой этого этапа являются интенсивное развитие анализаторов (прежде всего зрительного), начало развития координации движений, образование условных рефлексов, возникновение эмоционального, зрительного и тактильного контактов с матерью. Около трехнедельного возраста многие дети начинают отвечать на общение улыбкой и мимикой радости. Этот первый эмоциональный радостный контакт многие считают началом психической жизни ребенка.

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

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

3. Преддошкольный, или ясельный, период – от года до 3 лет. Он характеризуется некоторым снижением темпов фи-

зического развития детей и большей степенью зрелости основных физиологических систем.

Интенсивно увеличивается мышечная масса, заканчивается прорезывание молочных зубов, стремительно расширяются двигательные возможности, интенсивно развиваются все анализаторы, совершенствуется речь, четко определяются индивидуальные черты характера и поведения.

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

5. Младший школьный возраст – от 7 до 11 лет. В этом возрасте 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. Этот период характеризуется резким изменением функции эндокринных желез. Это период полового развития и пубертатного скачка роста.

3. Особенности сбора анамнеза у детей

Врачебное дарование педиатра состоит в налаживании контакта с первых минут знакомства с ребенком и его родителями. При хорошем контакте с ребенком врачу быстро удастся получить ценные анамнестические данные о заболевании, поставить правильный диагноз и вовремя начать лечение.

Как правило, основные анамнестические данные о болезни врач получает от родителей ребенка.

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-несовместимость 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: увеличение массы тела и роста на первом году жизни (по месяцам) и после года.
13. Развитие статики и моторики: когда стал держать головку, поворачиваться на бок, со спины на живот, когда стал сидеть, ползать, стоять, ходить, бегать?
14. Психическое развитие: когда стал улыбаться, гулить, узнавать мать, произносить отдельные слоги, слова, фразы; запас слов к году и 2 годам.
15. Поведение ребенка дома и в коллективе.
16. Сон, его особенности и продолжительность.
17. На каком вскармливании находится ребенок – есте-

ственном, искусственном, смешанном. При естественном вскармливании – время кормления ребенка грудью, активность сосания, кормление из одной или обеих молочных желез, сцеживание после кормления. При смешанном вскармливании – чем докармливают ребенка, с какого возраста, количество и методика введения докорма. Каковы мероприятия по борьбе с гипогалактией у матери?

При искусственном вскармливании – с какого возраста и чем кормили ребенка, в каком количестве и в какой последовательности? Какой промежуток между кормлениями, регулярное или беспорядочное кормление, соблюдался ли ночной перерыв? Получал ли соки (какие), витамин D – с какого возраста, в каком количестве? Когда начал получать прикорм, его количество, последовательность введения, переносимость? Время отнятия от груди.

Особенности вкуса и аппетита. Питание ребенка к началу настоящего заболевания.

18. Когда прорезались зубы и порядок их прорезания?

19. Перенесенные заболевания (когда и какие), в том числе инфекционные и хирургические вмешательства. Особенности течения заболевания, осложнения.

20. Профилактические прививки против туберкулеза (БЦЖ), полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка и кори. Реакции на прививки.

21. Туберкулезные пробы, когда проводились, их результат.

22. Контакт с инфекционными больными.

Анамнез жизни детей старшего возраста

1. Какой по счету ребенок?
2. Как развивался в период раннего детства?
3. Поведение дома и в коллективе, для школьников – успеваемость в школе, какие предметы предпочитает.
4. Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства.
5. Профилактические прививки.
6. Туберкулиновые пробы, когда проводились, их результаты.
7. Контакт с инфекционными больными.

Анамнез заболевания

1. Жалобы при поступлении в стационар и в период наблюдения (рассказ больного или родителей).
2. Когда заболел ребенок?
3. При каких обстоятельствах развивалось заболевание и как протекало с первого дня до момента обследования?
4. Общие проявления заболевания (температура, озноб, сон, аппетит, жажда, вялость, беспокойство, настроение и др.) – отразить в динамике.

5. Проявления заболевания со стороны всех систем и органов:

1) дыхательной системы: кашель сухой или влажный, время его появления (утром, днем, ночью, во время засыпания), характер. Мокрота (количество, характер и цвет, как откашливается). Боли в груди или спине (характер, локализация, связь с дыханием, кашлем, иррадиация). Одышка (экспираторная или инспираторная), когда появляется (в покое, при физической нагрузке и т. д.), наличие приступов удушья (участие вспомогательных мышц, раздувание крыльев носа);

2) сердечно-сосудистой системы: одышка, боли в области сердца (локализация, иррадиация, характер). Ощущение перебоев сердцебиений (интенсивность, длительность, частота). Отеки (локализация, время появления);

3) системы пищеварения: тошнота (ее связь с характером пищи, продолжительность). Рвота (натощак, после приема пищи, через какой промежуток, характер). Срыгивания у грудных детей (обильные, небольшие, сразу после приема пищи или между кормлениями). Наличие отрыжки или изжоги. Боли в животе (характер, локализация, иррадиация, время возникновения и связь с приемом пищи). Стул (частота, характер, цвет, запах);

4) мочевыделительной системы: боли в поясничной области. Частота мочеиспусканий и их объем (у грудных детей – количество мокрых пеленок). Цвет мочи. Ночное недержание мочи;

5) опорно-двигательной системы: боли в конечностях, мышцах, суставах (характер, локализация, связь с метеорологическими условиями). Припухлость суставов, их покраснение (каких именно). Затруднение при движении, утренняя скованность;

6) эндокринной системы: нарушение волосяного покрова. Изменения кожи (чрезмерная потливость или сухость, огрубение, появление рубцов).

Нарушения роста и массы тела;

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

Судороги, гиперкинезы, тики, нарушения кожной чувствительности (гипестезии, парестезии). Нарушения со стороны органов чувств, речи.

6. Проводилось ли лечение до поступления в стационар, каковы его результаты; наличие реакций на лекарства.

Семейный анамнез

1. Возраст родителей.

2. Состояние здоровья родителей и ближайших родственников по линии матери и отца (были ли случаи туберкулеза, сифилиса, токсоплазмоза, алкоголизма, психических, нервных, эндокринных и аллергических заболеваний).

3. Состояние генеалогического дерева в пределах трех поколений начиная с больного ребенка до дедушек и бабушек

по вертикали и до братьев и сестер по горизонтали.

4. Сколько в семье детей, каково состояние их здоровья; если умирали, от каких причин? Полученные данные отражаются в генетической карте.

Материально-бытовые условия

1. Где работают родители, их профессия, общий заработок, число членов семьи?

2. В каких условиях проживает семья: площадь квартиры, сухая, светлая, теплая и т. д. Число проживающих детей и взрослых.

3. Посещает ли ребенок детские учреждения?

4. Кто ухаживает за ребенком, состояние здоровья лица, ухаживающего за ребенком?

5. Имеет ли ребенок отдельную кровать?

6. Как часто ребенка моют? Обеспечен ли он бельем, игрушками?

7. Имеется ли одежда по сезону?

8. Соблюдается ли режим дня, какова продолжительность прогулок и сна?

9. Режим питания, нагрузка в школе.

У школьников – распорядок дня, наличие дополнительных нагрузок.

ЛЕКЦИЯ № 2. Общий осмотр ребенка

1. Температура тела и терморегуляция у ребенка

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

Размах колебаний температуры тела в течение суток при стабильной температуре окружающего воздуха в течение 2–3 месяцев составляет до $0,6^{\circ}\text{C}$, а к 3–5 годам достигает $1,0^{\circ}\text{C}$. Наиболее высокая температура наблюдается между 17 и 19 ч, а самая низкая – от 4 до 7 ч утра.

Колебания температуры отражают состояние физической и психоэмоциональной активности здоровых детей.

Центральное звено терморегуляции – гипоталамические центры.

Регуляция теплопродукции (химическая терморегуляция) осуществляется преимущественно задними ядрами гипоталамуса, регуляция теплоотдачи (физическая терморегуляция) – передними его ядрами. Созревание гипоталамического звена совпадает с установлением правильной суточной ритмики температуры тела.

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

Способность ребенка к теплопродукции выражена достаточно хорошо с первых часов жизни. В механизмах теплопродукции у новорожденного на первое место ставят так называемый несократительный термогенез, т. е. теплообразование в жировой ткани. Второй компонент теплопродукции (сократительный термогенез) – повышение мышечной активности и тонуса при охлаждении – является важной частью теплового баланса, уже с первых часов жизни ребенка резко возрастает при холодовом раздражении кожи.

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).

Созревание активно регулируемой теплоотдачи отстает от развития теплопродукции и фактически завершается только к 7—8-летнему возрасту. При этом более рано созревает сосудистая теплоотдача.

Адекватная регуляция теплоотдачи испарением (потоотделением) формируется позднее.

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.

Поэтому чем меньше ребенок, тем более он нуждается в создании для него специального температурного режима, предохраняющего как от охлаждения, так и от перегревания.

2. Общий осмотр ребенка

Клинические критерии оценки тяжести состояния больного

Оценка общего состояния больного имеет большое значение, так как оно определяет объем и очередность лечебных мероприятий, необходимых больному, а также возможность и допустимость дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования на данном этапе заболевания.

Определение тяжести состояния больного позволяет решить вопрос о целесообразности госпитализации данного больного в отделение интенсивной терапии и реанимации, помещении больного в отдельный бокс, обычную палату и т. д.

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.

В акушерстве и педиатрии 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 составляет 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 той или иной системы.

О тяжести токсикоза судят по последовательности развития и степени выраженности следующих клинических признаков: вялости (апатии), малоподвижности (адинамии), сменяемых периодически беспокойством, сонливости, stupора, сопора, комы, судорожного синдрома. При токсикозе можно клинически выявить и признаки поражения других систем. В первую очередь это касается системы дыхания и кровообращения. Для токсикоза свойственны учащение или, наоборот, урежение дыхания, эмфизематозное вздутие легких, обычно учащение пульса (реже урежение), изменение его наполнения и напряжения, приглушенность тонов сердца, снижение артериального давления. У детей раннего возраста при токсикозе наблюдается вздутие живота, неко-

торое увеличение печени и т. д.

Если больной находится в стационаре, оценить тяжесть токсикоза можно дополнительными лабораторно-инструментальными методами исследования: по степени нарушения КОС, изменениям ЭКГ; при эндокринных заболеваниях – по содержанию в крови различных гормонов, сахара и кетоновых тел, глюкозурии, уровню электролитов, осмолярности плазмы; при заболеваниях почек – по степени азотемии, электролитных нарушений, нарушению биохимических показателей крови (уровня белка крови, гематокрита, электролитов) и т. д.

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

В первый год жизни ребенка врач-педиатр проводит интенсивное наблюдение за ростом и развитием малыша с обязательным ежемесячным измерением длины и массы тела. Изменения основных антропометрических показателей (длины и массы тела) являются основой для констатации широкого круга неблагоприятных воздействий как внешнего

плана (неадекватности питания и режима жизни), так и внутреннего характера, в частности самых разнообразных хронических заболеваний.

В значительной части случаев именно отклонения от нормального темпа ростовых и весовых прибавок являются первыми признаками заболеваний, обязывающими провести всестороннее обследование ребенка.

Изменения массы тела более быстрые, чувствительные к воздействию неблагоприятных факторов, чем изменения роста. Поэтому в особо критические периоды жизни новорожденного или грудного ребенка (болезни, изменений питания) обязательным является ежедневное взвешивание.

Быстрое падение массы тела, наблюдающееся в грудном возрасте, чаще всего бывает связано с возникновением расстройств пищеварения, сопровождающихся рвотой и жидким стулом, недостаточным введением 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, обычно приводят к более медленным изменениям массы и длины тела у них.

Быстрая прибавка в росте и весе, несвойственная данному возрасту, может иметь гипофизарную природу, т. е. опреде-

ляться гиперпродукцией соматотропного гормона гипофиза, которая бывает в подавляющем большинстве случаев при опухоли аденогипофиза.

Особое внимание у ребенка первого года жизни вызывают нервно-психическое развитие и становление моторных функций. За первый год жизни моторные функции совершенствуются от полной двигательной беспомощности новорожденного до самостоятельной ходьбы и манипуляций с игрушками к году. Если в этом возрасте имеется отставание в психомоторном развитии, у ребенка нужно искать патологию центральной нервной системы (ЦНС) либо генетические заболевания.

Чем раньше обнаружено отклонение в развитии ребенка, тем быстрее будет произведена коррекция этого состояния. Поэтому первый год жизни ребенка является самым ответственным в плане наблюдения врача-педиатра и медицинской сестры.

ЛЕКЦИЯ № 3. Физическое и психомоторное развитие ребенка

1. Физическое развитие детей. Биологическая акселерация

Термин «физическое развитие» в педиатрии понимается как динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие отдельных частей тела и др.) и биологического созревания ребенка в том или ином периоде детства. Сюда добавляются у детей раннего возраста (особенно у детей первого года жизни) формирование статистических и моторных функций, что в целом определяет работоспособность, или запас физических сил.

Оценивают физическое развитие детей по антропометрическим показателям: росту, весу тела, окружности головы, грудной клетки.

Сравнивая изменения этих показателей в различные возрастные периоды, врач-педиатр может судить о нормальном физическом развитии ребенка или возникших отклонениях (паратрофии либо гипотрофии).

В настоящее время, наблюдая за детьми, педиатры отмечают, что от десятилетия к десятилетию рост детей увеличи-

вается, а половое созревание наступает в более раннем возрасте. Это явление получило название акселерации (от лат. *acceleratio* – «ускорение»).

Процесс акселерации касается всех стран мира, в том числе и России.

Длина тела детей в возрасте 15 лет за 100 лет увеличилась на 19–20 см.

Рост 7-летнего ребенка в настоящее время соответствует росту 9-летнего ребенка 100 лет назад, а 15-летнего подростка – 17-летнему юноше. Ускорился и срок биологического созревания. Об этом свидетельствуют более ранние, чем несколько десятилетий назад, сроки появления ядер окостенения, прорезывания постоянных зубов, прекращения роста, а также полового созревания. Происходит также более быстрое развитие мышечной силы, о чем свидетельствуют постоянно изменяющиеся (в сторону увеличения) мировые спортивные рекорды, которые теперь все чаще устанавливаются юношами, а не взрослыми спортсменами.

В то же время имеются определенные сведения о более частой диспропорции развития отдельных систем организма (гетеродинамии). Это касается соотношения развития скорости увеличения в длину скелета и мышц, развития сердечно-сосудистой и других систем.

Акселерация, вероятно, обусловлена изменением генотипа, развивающегося вследствие большой миграции населения и образования смешанных браков. Нельзя исключить и

роль социальных условий, так как темп акселерации выше при оптимальных условиях для развития детей. Например, темпы акселерации детей в развитых странах выше, чем в слаборазвитых, а среди городского населения выше, чем среди сельского. Истинная акселерация сопровождается увеличением продолжительности жизни и репродуктивного периода взрослого населения.

Следует отличать истинную акселерацию от ускоренного развития детей, обусловленного перекармливанием (особенно за счет белка). Это может быть причиной омолаживания патологии у взрослых (например, ожирения, гипертонической и ишемической болезней, сахарного диабета и др.).

В связи с происходящими изменениями сроков развития, скорости нарастания массы тела и других показателей физического развития должны периодически пересматриваться нормативы, которыми располагают педиатры, причем целесообразно пользоваться для оценки физического развития региональными нормативами.

2. Физическое и психомоторное развитие детей в I полугодии

Вес тела доношенного новорожденного обычно составляет 3200–3500 г. За первые 3–4 дня вес тела уменьшается на 150–300 г, т. е. происходит так называемая физиологическая убыль веса. Однако этот дефицит быстро восстанавливается уже к 7–10-му дню жизни, и затем вес ребенка неуклонно увеличивается. За первые 3 месяца ребенок в среднем ежедневно прибавляет в весе 25–30 г, с 4 по 6-й месяц – 20–25 г.

Прибавка массы тела с 1 по 6-й месяцы: 1-й месяц – 600 г, 2-й месяц – 800 г, 3-й месяц – 800 г, 4-й месяц – 750 г, 5-й месяц – 700 г, 6-й месяц – 650 г. В среднем за 6 месяцев здоровый ребенок прибавляет в весе 4 кг 300 г.

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.