МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ЛУБЕНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ

**РЕФЕРАТ**

По предмету **ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ**

НА ТЕМУ: **ПЕРИОДЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА. НОВОРОЖДЕННЫЙ И УХОД ЗА НИМ, ПЕРЕХОДНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

**Выполнила**: студентка группы Ф-31

**Миносян Виктория**

Лубны 2009

**ПЕРИОДЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Одной из характерных особенностей детского организма, отличающей его от организма взрослого, являются интенсивный рост и непрерывное развитие. В процессе развития ребенок все время меняется. С ранних стадий внутриутробной жизни и во все последующие возрастные периоды происходит развитие и совершенствование функций организма. Каждый период жизни ребенка имеет характерные особенности. Без знания этих особенностей нельзя судить о правильном развитии ребенка, а также понять патологию и своеобразное течение заболевания у детей разного возраста. На развитие детского организма большое влияние оказывает окружающая его среда.

В зависимости от закономерных изменений, происходящих в организме ребенка, различают следующие периоды его жизни:

I. Период внутриутробного развития: 1) фаза эмбрионального развития

(зародыш, или эмбрион); 2) фаза плацентарного развития (плод).

II. Период новорожденности.

1. Грудной возраст (младший ясельный возраст).
2. Период молочных зубов: 1) старший ясельный возраст (преддош-кольный возраст); 2) дошкольный возраст (период посещения детского сада).

V. Препубертатный (младший школьный возраст, отрочество).

VI. Пубертатный (период полового созревания, старший школьный возраст).

Период внутриутробного развития занимает время от момента имплантации оплодотворенного яйца до момента рождения ребенка и составляет 10 лунных месяцев (280 дней). В течение первых 3 мес (фаза эмбрионального развития) происходит формирование плода. С III по X месяц (фаза плацентарного развития) сформированный плод растет и развивается.

При неблагоприятных воздействиях (заболевания, погрешности в питании, профессиональные вредности) на организм беременной в первые 3 мес беременности могут возникнуть различные аномалии развития и уродства плода. Состояние здоровья беременной и в последующие месяцы имеет большое значение для правильного развития плода. Дородовой патронаж беременных включает ряд профилактических мероприятий, предупреждающих рождение недоношенных, мертвых детей, а также внутриутробное развитие различных аномалий и уродств.

Период новорожденности— первый период внеутробной жизни, его длительность — с момента рождения до 28 дней жизни. В это время отпадает остаток пупочного канатика, заживает пупочная ранка. После рождения ребенок приспосабливается к новым условиям существования, у него возникает легочное дыхание, устанавливается внеутробная система кровообращения, начинает функционировать пищеварительный аппарат. Однако у ребенка отмечается функциональная незрелость органов и систем, особенно ЦНС. В этот период проявляется ряд пограничных с патологией состояний, отражающих процесс приспособления ребенка к внеутробной жизни: физиологическая желтуха, физиологическая убыль и последующее восстановление массы тела, гипотермия и др.

В период новорожденности могут быть выявлены патологические состояния, возникшие в связи с нарушением внутриутробного развития: врожденные уродства, врожденные пороки сердца, а также последствия родовой травмы. Возможно инфицирование новорожденного через пупочный канатик, пупочную ранку, кожу, что приводит к таким заболеваниям, как пиодермия, воспаление пупка, сепсис. Особенно опасна для новорожденного стафилококковая инфекция. Тщательное наблюдение за состоянием новорожденного с первых дней его жизни, создание оптимальных условий для его развития, правильный уход за ним, организация режима, соответствующее грудное (естественное) вскармливание обеспечивают нормальное развитие ребенка в этот период жизни, когда его органы и системы особенно легко ранимы.

Грудной возраст (младший ясельный) охватывает 1-й год жизни (период от 1 мес до 1 года), характеризуется интенсивным увеличением массы тела и роста. Заметно совершенствуется функциональная деятельность ЦНС, развиваются моторные функции, ребенок начинает узнавать предметы и лица, ориентируется в окружающей среде. К концу этого периода ребенок произносит первые слова. В этом возрасте сохраняется относительная функциональная незрелость пищеварительного аппарата, поэтому самые частые болезни — заболевания желудка, кишечника и расстройства питания. При неправильном вскармливании, недостатке витаминов, в частности кальциферола (витамина О), могут развиться рахит, спазмофилия. Часто наблюдаются в грудном возрасте так называемые диатезы, особенно экссудативно-катаральный (аллергический) диатез. Острые детские инфекции в возрасте до 6 мес встречаются редко, во 2-м полугодии учащаются острые респираторные заболевания. Из хронических инфекций в отдельных случаях могут быть выявлены врожденный сифилис и туберкулез.

Период молочных зубов следует за грудным, охватывает возраст от 1 года до 6 — 7 лет. Подразделяется на старший ясельный (преддош-кольный) — от 1 года до 3 лет и дошкольный возраст — от 4 до 7 лет. Первый период характеризуется дальнейшим ростом и развитием ребенка, но энергия роста несколько меньше, чем в грудном возрасте. Совершенствование ЦНС и познание окружающей среды способствуют развитию двигательных навыков — ребенок много двигается, участвует в играх. Значительно пополняется запас слов, формируется речь. В этом возрасте особенно важное значение приобретают окружающая среда, воспитание ребенка. Из заболеваний часто встречаются болезни пищеварительного аппарата, анемии, диатезы. Характерны частые детские инфекции (корь, ветряная оспа, коклюш, скарлатина), острые респираторные заболевания.

В дошкольном возрасте продолжается дальнейшее совершенствование функций организма, развитие нервно-психической деятельности. Укрепляется мускулатура, костный скелет, происходит смена молочных зубов. Ребенок получает то же питание, что и взрослый человек. Темп роста несколько замедляется по сравнению с предыдущим периодом. Постоянный контакт с окружающей средой, взрослыми способствует дальнейшему развитию речи, она становится более сложной. К завершению дошкольного возраста ребенок начинает читать и писать, готовится к поступлению в школу. Частота острых детских инфекционных болезней продолжает оставаться высокой, но течение их становится менее тяжелым. В этом возрасте могут наблюдаться различные формы эндокринных расстройств.

Период отрочества, следующий период, подразделяется на младший школьный возраст (от 7 до 11 — 12 лет) и старший школьный возраст (от

12 до 16—18 лет). У детей происходит дальнейшее развитие мышечной системы аппарата движения, заканчивается смена молочных зубов постоянными. Окружающая среда, пребывание в школьном коллективе, домашнее воспитание накладывают определенный отпечаток на формирующийся характер детей, интеллектуальное развитие. Различия в психофизическом развитии мальчиков и девочек становятся заметными. В патологии школьного возраста все еще имеют значение острые инфекции. Чаще, чем у детей более ранних возрастов, наблюдаются ревматизм, заболевания сердца, нервной системы и т. д.

Пубертатный (старший школьный возраст или период полового созревания) в зависимости от пола и индивидуальных особенностей наступает в разные сроки. У девочек период полового созревания начинается в 12 —13 лет и заканчивается к 16 годам, у мальчиков — с 13 лет и заканчивается к 17—18 годам. В этот период завершается физическое и психическое развитие ребенка, происходит значительная перестройка эндокринной системы, усиливается деятельность гонад (половых желез). Внешний облик ребенка изменяется, появляются вторичные половые признаки. В связи с неустойчивостью вегетативной нервной и эндокринной систем в этом возрасте нередко наблюдаются функциональные расстройства различных органов и эндокринные нарушения. Острые детские инфекции отмечаются значительно реже, иногда можетобостряться туберкулезный процесс. Большинство заболеваний протекает также, как и у взрослых.

**НОВОРОЖДЕННЫЙ И УХОД ЗА НИМ**

Новорожденный считается доношенным, если он родился по истечении нормального срока беременности (280 дней) и имеет массу тела более 2500 г. Во внутриутробном периоде газообмен обеспечивается плацентарным кровообращением, во время родов плацентарная циркуляция нарушается, уменьшается поступление кислорода в организм ребенка, в его крови накапливается двуокись углерода, что приводит к возбуждению дыхательного центра. Сокращаются диафрагма, скелетные мышцы грудной клетки, расправляются легкие, происходит первый вдох, сопровождающийся громким криком доношенного ребенка. После прекращения пульсации сосудов пупочного канатика (через 5—10 мин после рождения) его перевязывают и новорожденного отделяют от матери. Пупочный канатик перевязывают стерильной шелковой лигатурой или тесемкой (длиной до 20 см), на 1,5 — 2 см отступя от пупочного кольца, вторую лигатуру накладывают ближе к плаценте на расстоянии 2 — 3 см от первой. Между лигатурами пупочный канатик обрабатывают 95% спиртом (или 5% спиртовым раствором йода), затем перерезают стерильными ножницами. Место разреза смазывают раствором йода, остаток пупочного канатика — 95% спиртом. На этот остаток накладывают грушевидную повязку из двух квадратных стерильных марлевых салфеток размером 10x10 или 12 х 12 см. Верхнюю салфетку, сложенную в виде косынки углом, туго завязывают вокруг остатка пупочного канатика. Повязку снимают на 5-й день, после осмотра снова накладывают стерильную сухую повязку. Лицо ребенка, область рта и носа обтирают стерильной ватой или марлей, отсасывают слизь и кровь из полости рта и верхних дыхательных путей.

Можно обрабатывать пупочный канатик и другим способом: на протертый спиртом пупочный канатик на расстоянии 0,5 см от передней брюшной стенки накладывают зажим Кохера или Пеана, затем на 2 см выше зажима пупочный канатик перевязывают тесьмой, после чего над зажимом его перерезают. Под зажим подкладывают стерильную вату, культю с зажимом прибинтовывают к животу, через 4 ч зажим снимают, остаток пупочного канатика покрывают сухой стерильной марлевой салфеткой, сложенной в 4 слоя, и прибинтовывают.

Для обработки пупочного канатика можно использовать скобки Роговина из луженой хромированной жести. Скобки накладывают специальным зажимом. Пупочный канатик отсекают около скобки, остаток обрабатывают 10% раствором перманганата калия (марганцовокислый калий), затем остаток пупочного канатика смазывают 1 раз в день 5% раствором перманганата калия. Пуповинный остаток отпадает на 4 —5-й день жизни, осложнения бывают крайне редко. Детям, родившимся от резус-конфликтной беременности, пупочный канатик обрабатывают по способу А. И. Чистяковой с наложением грушевидной повязки на длинную культю, так как сосуды пупочного канатика используют для обменного переливания крови. При открытом методе ведения пуповинного остатка после перевязки пупочного канатика и первичной обработки повязку не накладывают, а остаток пупочного канатика ежедневно осматривают и обрабатывают 5% спиртовым раствором йода.

При обработке пупочного канатика и дальнейшем уходе за культей и пупочной ранкой самым важным является соблюдение правил асептики.

Для профилактики бленнореи новорожденных, чаще гонорейной, применяют 30% раствор сульфацил-натрия, который закапывают сразу после рождения на конъюнктивы глаз по 2 — 3 капли. Через 2 ч закапывание повторяют. Новорожденным девочкам закапывают по 1—2 капли 2% раствора нитрата серебра в вульву.

Важно обеспечить тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками, так как повреждение кожи и опрелости могут привести к инфицированию с последующим развитием сепсиса. Особое значение имеет первый туалет новорожденного. Слизь, кровь, первородную смазку из глубоких складок кожи удаляют мягкой стерильной салфеткой, смоченной в стерильном масле (вазелиновое, подсолнечное), которое заготавливают для каждого ребенка в отдельном пузырьке по 15 мл. Смазку из складок кожи необходимо удалять в связи с тем, что жиры смазки разлагаются с образованием низших жирных кислот, раздражающих кожу, и это приводит к опрелостям. Если кожа ребенка сильно загрязнена, околоплодные воды инфицированы, рекомендуется сделать ванну со слабым раствором перманганата калия (температура воды 37 — 38 °С) в течение 2 — 3 мин.

Через 2 ч после рождения производят взвешивание и измерение длины тела ребенка, проверяют состояние пупочной повязки. Новорожденного внимательно осматривают для установления видимых пороков развития (врожденных пороков). При неудовлетворительном состоянии кожных покровов в связи с инфицированием околоплодных вод можно припудрить кожу порошком ксероформа.

В последующие дни в отделении новорожденных уход за ребенком состоит в следующем. Два раза в сутки проводят туалет — лицо и ушные раковины обтирают стерильной ватой, смоченной в 2% растворе борной кислоты или кипяченой воде. Глаза промывают раствором фурацилина или слабым раствором перманганата калия. Для каждого глаза берут отдельный ватный тампон. Ноздри неглубоко протирают ватным жгутиком, смоченным стерильным вазелиновым маслом или раствором фурацилина, уши — сухими стерильными шариками. Складки кожи и ягодицы смазывают стерильным вазелиновым или растительным маслом.

Пеленки следует менять не менее 6 раз в сутки, при смене пеленок ребенка подмывают. Врач при ежедневном осмотре детей производит туалет пупочного канатика. Руки предварительно моют с мылом и протирают спиртом. При закрытом методе повязку, если она чистая, не трогают в течение первых двух дней. В дальнейшем повязку меняют, протирая пупочное кольцо 70% спиртом. При наложении скобок Роговина пупочный канатик обрабатывают так же. Остаток пупочного канатика отпадает на 3 —5-й день жизни, пупочную ранку ежедневно обрабатывают 3% раствором перекиси водорода, затем 5% раствором калия перманганата, 5% спиртовым раствором йода или спиртовым раствором красителей: бриллиантовый зеленый 0,1; метиленовый синий 0,1; этакридина лактат (риванол) 0,01; этиловый спирт 70% 10 мл до полной эпителизации, которая наступает обычно через 2 дня.

Регистрация новорожденного. Акушерка записывает в истории развития ребенка час, минуты, число, месяц и год рождения, пол ребенка. Через 2 ч после рождения медицинская сестра отделения новорожденных записывает пол, массу тела, рост и окружность головки ребенка в историю родов и историю развития ребенка.

На клеенчатых браслетках, которые надевают на обе ручки ребенка, пишут номер истории родов, число, месяц, год рождения ребенка, фамилию, имя, отчество матери, пол ребенка, номер детской кроватки. Те же сведения пишут на клеенчатом медальоне, который надевают на шею ребенка. При раздаче детей на кормление матерям медицинская сестра проверяет эти сведения.

В историю развития новорожденного вписывают: номер истории родов, фамилию, имя, отчество матери, пол ребенка, номер детской кроватки, дату родов, массу тела, рост ребенка, степень доношенности, сведения о состоянии ребенка в момент рождения, в родовой палате, отмечают особенности родового акта, примененные оперативные вмешательства, лечебные мероприятия в отношении ребенка.

**ПЕРЕХОДНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

У новорожденного в связи с изменениями внешних условий и внутренней среды могут наблюдаться переходные состояния, которые являются физиологическими и бывают только в периоде новорожденности. При этих состояниях лечения не требуется; изменения, происходящие в организме новорожденного, самопроизвольно полностью исчезают. Об этих состояниях следует помнить и уметь их отличать от патологических, так как последние могут иметь некоторые сходные проявления (повышение температуры тела, желтуха, мастит, снижение массы тела и др.).

К физиологическим переходным состояниям относятся следующие.

Физиологическая эритема — яркая гиперемия всей кожи новорожденного, иногда со слабым синюшным оттенком в области кистей и стоп. Эритема развивается вследствие раздражения кожи в связи с новыми условиями окружающей среды, что приводит к расширению капилляров кожи. Эритема продолжается от нескольких часов до 2 — 3 сут, общее состояние ребенка не нарушается, температура тела остается нормальной, после исчезновения эритемы появляется мелкое, а иногда крупное шелушение кожи, более выраженное на ладонях и стопах. Эритема кожи у новорожденного в первые дни жизни может отсутствовать при внутричерепных кровоизлияниях, ателектазе легких, внутриутробных интоксикациях. У некоторых новорожденных на 1-й неделе жизни наблюдается токсическая эритема. На коже, чаще пояса верхней конечности (верхнего плечевого пояса), появляются красноватые пятна или узлы беловато-желтоватого цвета, окруженные венчиком гиперемии. В крови появляется лейкопения и эозинофильный лейкоцитоз (эозинофилия). Токсическую эритему объясняют поступлением аллергенов от матери в сенсибилизированный организм ребенка. Высыпания временами увеличиваются, через 2 — 3 дня исчезают, не оставляя следов на коже. Дети нуждаются в обильном поступлении жидкости, что ускоряет исчезновение сыпи.

Физиологическая желтуха — это транзиторная желтуха, наблюдаемая у 60% всех новорожденных на 2 —3-й день жизни. При удовлетворительном общем состоянии у ребенка появляется желтушное окрашивание кожи, слизистой оболочки полости рта, склер. Испражнения имеют нормальную окраску, моча не содержит желчных пигментов, печень и селезенка не увеличены. Желтуха развивается вследствие распада части эритроцитов и пониженной функциональной способности печени в связи с недостаточной активностью ферментов. В этих условиях печень не может обеспечить выделение из организма большого количества билирубина. Желтуха постепенно уменьшается к 7—10-му дню жизни. У недоношенных детей и детей, родившихся в асфиксии, при родовых травмах желтуха держится 2 — 3 нед. При выраженной желтухе необходимо дать ребенку в виде питья 5—10% раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия со 100 — 200 мг аскорбиновой кислоты (витамина С) по 50—100 мл в сутки. Если желтуха появилась в первые 2 дня жизни, следует заподозрить патологическое состояние и прежде всего желтушную форму гемолитической болезни новорожденных, а при затянувшейся желтухе и обесцвеченном кале — врожденную атрезию желчных путей.

Половой криз новорожденных обусловлен переходом эстрогенов (эстрогенных гормонов) от матери к плоду в периоде внутриутробного развития и с грудным молоком после рождения ребенка. В первые дни после рождения появляется двустороннее нагрубание молочных желез, кожа имеет нормальную окраску, из соска может выделяться сначала водянистая, а затем желтовато-белая жидкость, напоминающая молозиво. При этом необходимо принять профилактические меры против инфицирования; лечения не требуется. Нагрубание желез исчезает через 2 — 3 нед. У девочек могут появиться кровянистые выделения из влагалища, прекращающиеся через 1 —2 дня. Половые органы при этом рекомендуется обмывать теплым изотоническим раствором хлорида натрия или слабым раствором (1 : 5000, 1 : 8000) перманганата калия. У мальчиков наблюдается отек мошонки, который также исчезает через несколько дней.

Физиологическая убыль массы тела отмечается у всех новорожденных. Это обусловлено недоеданием ребенка в первые дни жизни вследствие недостаточной лактации и слабого сосания молочной железы, потери воды с мочой, испражнениями, через легкие и кожу, высыхания остатка пупочного канатика, иногда срыгиваниями. Снижение массы тела более чем на 10% по сравнению с массой тела при рождении является отклонением от нормы. В таких случаях необходимо выяснить причину, это может быть связано только с заболеванием.

Транзиторная гипертермия с повышением температуры тела до 39 — 40 °С наблюдается у части новорожденных (до 17%) в дни максимальной потери массы тела, на 3 —4-й день жизни. Повышенная температура тела держится 3 —4 ч и мало отражается на состоянии ребенка. У некоторых детей появляется беспокойство, они отказываются от пищи. Происхождение гипертермии объясняется недостаточным поступлением воды при высоком содержании белка в молозиве, несовершенной терморегуляцией и перегреванием. При транзиторной гипертермии назначается питье: 5 % раствор глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера — Локка, кипяченая вода (до 50 мл/кг в сутки). Профилактика лихорадочных состояний заключается в правильном кормлении новорожденного, своевременном введении достаточного количества жидкости, предупреждении перегревания.

Мочекислый инфаркт развивается у многих новорожденных на 3 —4-й день жизни. Одновременно с максимальным снижением массы тела с мочой выделяется большое количество мочекислых солей (уратов). Это связано с распадом клеточных элементов, повышением основного обмена, сгущением крови, выделением небольшого количества мочи с высокой концентрацией солей. После мочеиспускания на пеленках остаются коричнево-красные пятна с осадком в виде песка. При увеличении диуреза инфаркт исчезает в первые 2 нед жизни.

Транзиторная (функциональная) протеинурия — увеличенное содержание белка в моче, может быть обусловлена повышенной проницаемостью капилляров. Вследствие этого в первые 2 дня жизни мочеиспускание происходит лишь 4 — 5 раз в сутки, в последующие дни частота мочеиспускания увеличивается, достигая к 10-му дню 20 — 25 раз в сутки. Моча здорового ребенка светлая, водянистая.

Меконий (первородный кал) представляет собой густую темного цвета массу без запаха. Меконий образуется с IV месяца внутриутробной жизни, состоит из выделений зародышевого пищеварительного аппарата, эпителия, проглоченных околоплодных вод. К 4-му дню жизни меконий удаляется, после чего появляется переходный стул: кал богат слизью, водянистый, иногда пенистый, коричнево-зеленоватой окраски. Частота стула доходит до 10 раз в сутки. Может отмечаться вздутие кишечника, беспокойство ребенка. Затем устанавливаются нормальные испражнения с частотой стула до 2 — 6 раз в сутки. Они гомогенные, желтого цвета, полужидкой кашицеобразной консистенции, кисловатого запаха.

**Использованная литература**

1. Детские болезни. (Святкина К. А., Белогорская Е. В., Кудрявцева Н. П.). – М.: Медицина, 1988. – 320 с.