

УДК 616-053.2
ББК 57.3
В42

В42 Визуальная педиатрия / Под ред. В.А. Доскина, М.В. Лещенко, Е.А. Дериновой. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. — 400 с.

ISBN 978-5-8948-1995-2

«Визуальная педиатрия» — уникальное издание, в котором обобщен многолетний опыт специалистов в области изучения феноменологии и диагностики заболеваний у детей. Широко представлены наглядные материалы по пропедевтике детских болезней, общим закономерностям роста и развития ребенка, питанию здоровых и больных детей, приводятся фотографии и рисунки из клинических разделов педиатрии и смежных областей медицины. Кроме того, дана информация по современным подходам к комплексной оценке состояния здоровья детей и применению лекарственной терапии в педиатрии.

Для врачей-педиатров, врачей общей практики (семейных врачей), врачей смежных дисциплин, а также студентов медицинских вузов.

УДК 616-053.2
ББК 57.3

ISBN 978-5-8948-1995-2

© В.А.Доскин, М.В. Лещенко, Е.А. Деринова и др., 2017
© Оформление. ООО «Медицинское информационное агентство», 2017

ОГШЛ' Л

-!U " :.

«СТОСКИП» ЗДОРОВЬЯ ,М' '4.і . .

1.1. Комплексная оценка состояния здоровья детей 3-17 лет.....	7
1.2. Многофакторная оценка здоровья детей с рождения до 3 лет.....	21
1.2.1. Первый критерий здоровья — особенности онтогенеза.....	21
1.2.2. Второй критерий здоровья — физическое развитие.....	31
1.2.3. Третий критерий здоровья — нервно-психическое развитие.....	36
1.2.4. Четвертый критерий здоровья — уровень резистентности.....	70
1.2.5. Пятый критерий здоровья — уровень функционального состояния.....	70
1.2.6. Шестой критерий здоровья — наличие или отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития.....	72
1.2.7. Алгоритм многофакторной оценки состояния здоровья детей раннего возраста.....	72

1: ■ -ГТ.-Л.

E> /aЛ'Л :v4!*"te nPHjrdM-1 ' » 'J UitK'f - ■ v~ \- \OC ГОНН i?>V..... iv *

*, , />5>

2.1. Кожные и слизистые покровы, подкожная клетчатка.....	75
2.1.1. Осмотр кожных покровов.....	75
2.1.2. Визуальные признаки патологических изменений кожи при различных заболеваниях... ..	83
2.1.3. Осмотр придатков кожи.....	115
2.1.4. Пальпация кожных покровов.....	116
2.1.5. Осмотр слизистых полости рта.....	119
2.2. Периферические лимфатические узлы.....	125
2.2.1. Методика пальпации периферических лимфатических узлов.....	125
2.2.2. Патологические изменения периферических лимфатических узлов.....	128
2.3. Нервная система.....	129
2.3.1. Обследование нервной системы.....	129
2.3.2. Визуальные признаки заболеваний нервной системы.....	134
2.4. Костно-мышечная система.....	139
2.4.1. Исследование костно-суставной системы.....	139
2.4.2. Исследование мышечной системы.....	153
2.5. Дыхательная система.....	158
2.5.1. Визуальные признаки патологии дыхательной системы.....	158
2.5.2. Пальпация грудной клетки.....	160
2.5.3. Перкуссия грудной клетки.....	160
2.5.4. Аускультация.....	166
2.6. Сердечно-сосудистая система.....	166
2.6.1. Визуальные признаки патологии сердечно-сосудистой системы.....	166
2.6.2. Пальпация.....	167
2.6.3. Перкуссия области сердца.....	171
2.6.4. Аускультация сердца.....	173
2.6.5. Методика измерения артериального давления..	174
2.7. Пищеварительная система.....	175
2.7.1. Визуальные признаки заболеваний пищеварительной системы.....	175
2.7.2. Топографические ориентиры на животе.....	182
2.7.3. Поверхностная пальпация живота.....	182

2.7.4. Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско.....	183
2.7.5. Порядок пальпации и критерии оценки органов брюшной полости.....	183
2.7.6. Пальпация селезенки.....	188
2.7.7. Перкуссия.....	189
2.8. Зубочелюстная система.....	191
2.8.1. Сроки прорезывания зубов.....	191
2.8.2. Зубочелюстные аномалии.....	191
2.8.3. Поражения твердых тканей временных зубов... ..	195
2.9. Мочевая система.....	196
2.9.1. Визуальные признаки патологии мочевой системы.....	196
2.9.2. Пальпация.....	199
2.9.3. Перкуссия.....	203
2.9.4. Исследование мочи.....	203
2.9.5. Исследование функционального состояния почек.....	203
2.10. Признаки патологии половых органов.....	209
2.11. Эндокринная система.....	219
2.11.1. Признаки патологии щитовидной железы.....	219
2.11.2. Визуальные признаки аденогенитального синдрома.....	221
2.11.3. Признаки ожирения.....	222
2.12. Визуальные признаки заболеваний зрительного анализатора.....	223
2.13. Визуальные признаки заболеваний верхних отделов дыхательных путей и уха у детей.....	238

... : СТ А .1 Г

■*T...v:v1tU<TtHrYCi+...>v1 \...*i... ..x*~v~v~*~*~ w---

6.1. Питание беременной и кормящей женщины.....	295
6.2. Рациональное вскармливание детей первого года жизни	297
6.2.1. Естественное вскармливание.....	297
6.2.2. Техника грудного вскармливания.....	297
6.2.3. Положение матери и ребенка при грудном вскармливании.....	298
6.2.4. Правила кормления ребенка из бутылочки.....	301
6.2.5. Приучение к кормлению детей раннего возраста с ложки.....	302
6.2.6. Оценка адекватности питания ребенка.....	302
6.2.7. Искусственное вскармливание здоровых детей... ..	302
6.2.8. Схема введения прикорма детям первого года жизни	304
6.3. Питание детей с отклонениями в состоянии здоровья ...	305

Гр"т"v... ..РЦТТ аДГЛГГ... ..ниГО

7.1. Гимнастика и массаж.....	310
7.2. Закаливание.....	329

1. ... ■ ■ ■ ! < . ■ . 1 --след; ■ .

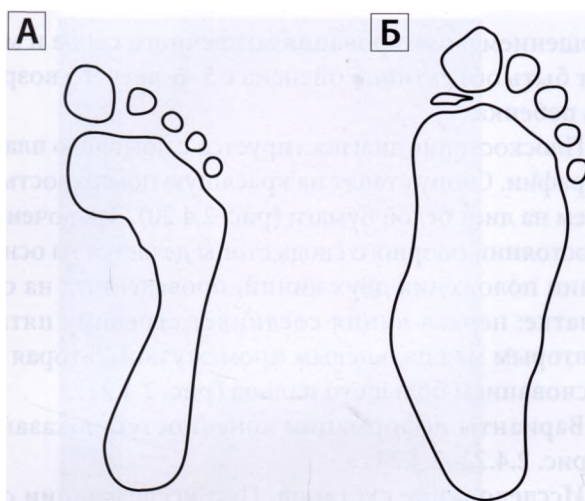


Рис. 2.4.20. Платограмма (Бернбек Р, Синиос А., 1980): А — нормальная стопа; Б — плосковальгусная стопа

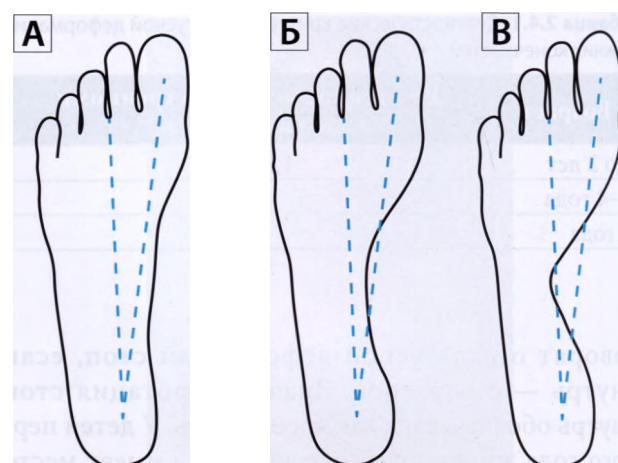


Рис. 2.4.21. Если обе линии расположены внутри контура — стопа плоская (А); если контур между линиями — стопа уплощенная (Б); если вне линий — стопа нормальная (В)

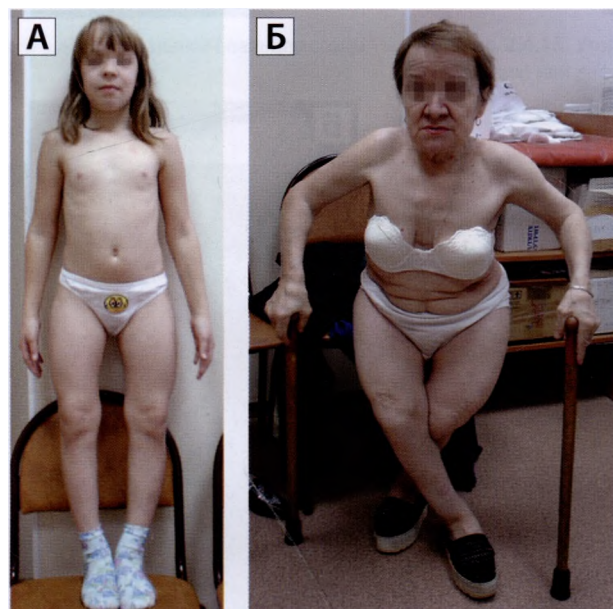


Рис. 2.4.22. Х-сцепленный гипофосфатемический (витамин D-резистентный) рахит (фосфат-диабет): А — у девочки 11 лет 6 мес.; физическое развитие соответствует 7,5 годам (рост 127 см), костный возраст — 8,5 годам; Б — у бабушки девочки с Х-сцепленным гипофосфатемическим рахитом (фосфат-диабетом), 60 лет, рост 120 см (40)



Рис. 2.4.23. Деформация верхних (А) и нижних конечностей (Б) у подростка с почечным рахитом (вторичный синдром Фанкони)



Рис. 2.4.24. Деформация нижних конечностей у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности



Рис. 2.4.25. Ювенильный ревматоидный артрит у мальчика 11 лет: А — деформация коленных суставов; Б — деформация лучезапястных и межфаланговых суставов

- изменение формы;
- изменение величины;
- изменение кожи над областью сустава;
- изменение температуры над областью сустава;
- объем движений в суставе;
- болезненность при движении в суставе;
- стабильность сустава.

Исследование подвижности позвоночника.

При исследовании подвижности позвоночника в сагиттальной плоскости обращают внимание на дугообразный равномерный изгиб позвоночника при сгибании туловища назад (рис. 2.4.26, А). При ограничении подвижности какого-либо участка позвоночника соседняя с ним область ненормально компенсаторно сгибается. Например, при сгибательной

контрактуры тазобедренного сустава или ограничении подвижности грудного отдела образуется гиперлордоз. При достаточном сгибании позвоночника наклон вперед приводит к нормальному кифотическому изгибу позвоночника (рис. 2.4.26, Б). Обычно ребенок в состоянии коснуться пальцев стоп кончиками своих пальцев рук, а часто и всей ладонью. При ограниченной подвижности позвоночника, например при фиксированном лордозе поясничного отдела (рис. 2.4.26, В), несмотря на увеличенную подвижность тазобедренных суставов, расстояние между кончиками пальцев рук и стоп увеличивается.

Исследование подвижности позвоночника в положении сидя у детей младшего возраста возможно

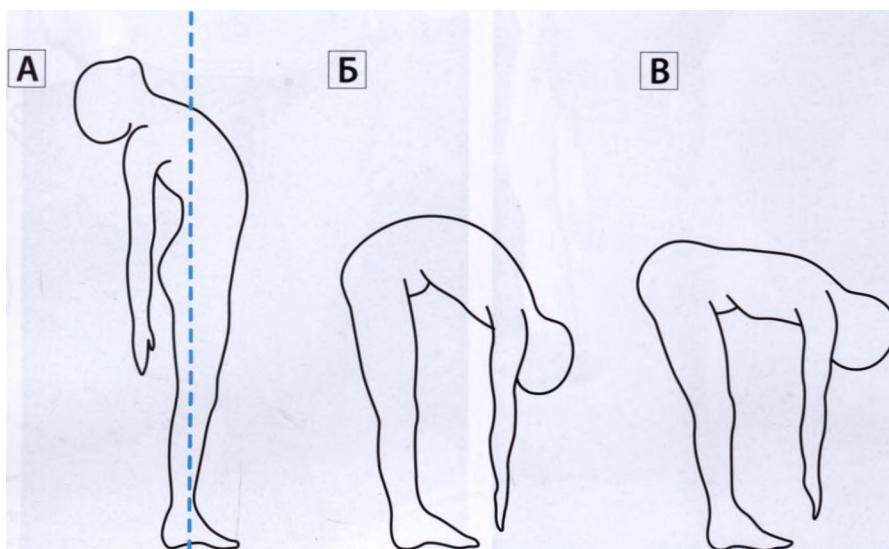


Рис. 2.4.26. Исследование подвижности позвоночника в сагиттальной плоскости

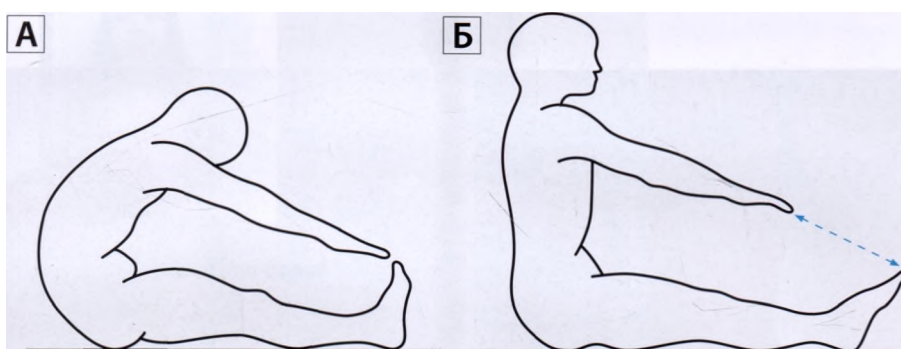


Рис. 2.4.27. Исследование подвижности позвоночника в положении сидя

только при пассивных движениях, а у детей старшего возраста и при активных движениях. В сидячем положении с вытянутыми горизонтально нижними конечностями здоровый ребенок без труда достает кончиками пальцев рук до кончиков пальцев стоп (рис. 2.4.27, Л), при этом отмечается равномерный кифотический изгиб позвоночника. При патологическом ограничении подвижности позвоночника расстояние между кончиками пальцев рук и пальцев стоп увеличивается (рис. 2.4.27, Б).

Исследование подвижности шейного отдела. Больной находится в положении стоя или сидя с выпрямленной спиной (рис. 2.4.28).

Исследование подвижности грудного отдела. Больной сидит на ровной твердой поверхности. **Вращение:** больной производит максимальное вращение головы и плеч поочередно в обоих направлениях, при этом врач должен смотреть на него сверху (рис. 2.4.29). Экскурсия грудной клетки является хорошим показателем подвижности реберно-позвоночных суставов.

Исследование подвижности поясничного отдела. **Сгибание:** из положения стоя, больной пытается коснуться руками пальцев стоп, не сгибая колен. Врач наблюдает сбоку. Сама по себе способность достать руками пальцы стоп не имеет существенного значения: сохранение достаточной подвижности тазобедренных суставов позволяет выполнить это движение, несмотря на ограничение подвижности позвоночника. Объем движений определяют при очень внимательном наблюдении (рис. 2.4.30, А). **Разгибание:** из положения стоя, больной наклоняется назад; врач поддерживает его сзади рукой. Подвижность оценивается «на глаз» (рис. 2.4.30, Б). **Наклоны в стороны:** из положения стоя больной наклоняется сначала в одну, потом в другую сторону, так что его рука скользит вдоль бедра по направлению к полу. При этом необходимо следить, чтобы пациент не наклонялся вперед. Врач наблюдает сзади (рис. 2.4.30, В).

Синдром гипермобильности суставов. Для выявления синдрома гипермобильности суставов ис-

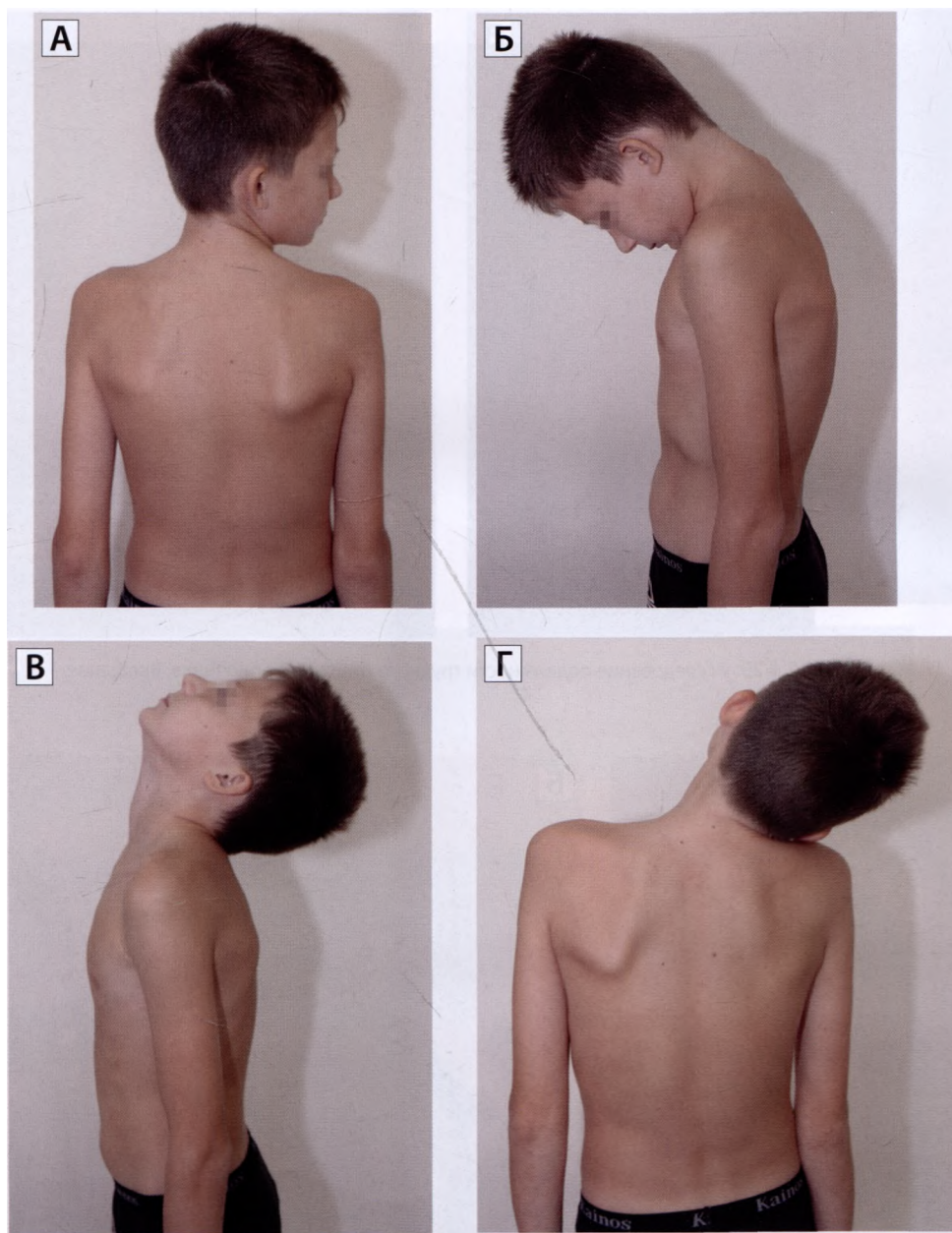


Рис. 2.4.28. Исследование подвижности шейного отдела позвоночника: А — вращение (больному следует посмотреть назад через правое (или левое) плечо); Б — сгибание (ребенок должен посмотреть вниз, прижав подбородок к груди); В — разгибание (ребенку предлагают посмотреть вверх); Г — наклоны в стороны (просят ребенка наклонить голову в сторону так, чтобы ухо было как можно ближе к плечу)

пользуют девятибалльную систему оценки, в основе которой лежит определение патологической подвижности в следующих суставах:

- **пястно-фаланговом** — оценивается по разгибанию мизинца на обеих руках; гипермобильностью принято считать переразгибание в пястно-фаланговом суставе больше 90° (рис. 2.4.31, А);
- **лучезапястном** — оценивается по способности достать большим пальцем кисти предплечья при согнутом лучезапястном суставе; определяется на обеих руках; гипермобильностью

принято считать переразгибание в лучезапястном суставе больше 80° (рис. 2.4.31, Б);

- **локтевом** — определяется на обеих руках; гипермобильностью принято считать переразгибание в локтевом суставе больше 10° (рис. 2.4.31, В);
- **коленном** — определяется на обеих ногах; гипермобильностью принято считать переразгибание в коленном суставе больше 10° (рис. 2.4.31, Г);
- **суставы позвоночника** — определяется его подвижностью; оценивается по способности достать до пола ладонями из положения стоя при выпрямленных ногах (рис. 2.4.31, Д).