# К.И.Григорьев

# ПЕДИАТРИЯ

# СПРАВОЧНИК ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

3-е издание



УДК 616-053.2 ББК 57.33я2 Г83

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

### Григорьев К.И.

Г83 Педиатрия: Справочник практического врача / К.И.Григорьев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 816 с. : ил. ISBN 978-5-98322-980-8

Справочник содержит все разделы педиатрии: организация помощи детям, неонатология, патологические состояния у детей младшего и старшего возраста.

Книга адресована в первую очередь практикующим педиатрам, а также врачам общей практики и других специальностей, работающим с детьми. Она призвана помочь врачу при первом контакте с больным: определиться с диагнозом, обследованием, выбрать правильный алгоритм действий, назначить лечение согласно современным требованиям доказательной медицины и протоколам по ведению детей с наиболее распространенными заболеваниями. Особое внимание уделено неотложным состояниям у детей и медицинской помощи при них. Приведены современные сведения по этиологии и патогенезу, клинической картине, диагностике и лечению основных заболеваний детского возраста.

Справочник может быть также использован студентами педиатрических факультетов медицинских вузов и врачами-ординаторами, работающими с детьми и подростками.

УДК 616-053.2 ББК 57.33я2

<sup>©</sup> Григорьев К.И., 2008, 2012

<sup>©</sup> Оформление, оригинал-макет, иллюстрации. Издательство «МЕДпресс-информ», 2012

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	
Предисловие	11
Часть I. Общие вопросы	
Возрастные периоды развития ребенка	5
Вскармливание и питание детей раннего возраста	
Грудной ребенок: правила гигиены и уход	
Диспансерное наблюдение	52
Здоровье детей: оценка физического и психического развития	73
Иммунопрофилактика	
Консультирование медико-генетическое	
Лекарственная терапия в детском возрасте	8
Немедикаментозные (альтернативные)	
методы лечения в педиатрии	27
Профилактика внутрибольничных инфекций	
и и г	
Часть II. Болезни новорожденных и детей раннего возраста	
Адреногенитальный синдром	
Алкогольный синдром плода	
Анемия железодефицитная	
Аномалия конституции	
Асфиксия новорожденного	) /
Внезапная смерть	
Внутриутробные и неонатальные инфекции	
Врожденные пороки сердца	
Галактоземия	
Геморрагическая болезнь новорожденных	
Гипербилирубинемия новорожденных	_
Гипоксически-ишемическая энцефалопатия	
Гипотиреоз врожденный	
Гипотрофия	
Детский церебральный паралич	
Кожные заболевания у детей раннего возраста	_
Муковисцидоз	
Рахит	
Сепсис новорожденных	
Синдром дыхательных расстройств	
Синдром младенческих колик	
Табачный синдром плода	
Фенилкетонурия	
Целиакия	12

Часто болеющие дети	. 278
Часть III. Заболевания детей старшего возраста	
Анемии	
Артериальная гипертензия	. 292
Артериальная гипотензия	. 301
Атопический дерматит	. 303
Болезнь Виллебранда	
Болезнь Дауна	. 313
Бронхиальная астма	. 314
Бронхит	. 328
Ветряная оспа	
Вирусные гепатиты	
ВИЧ-инфекция	. 344
Гастрит, дуоденит, гастродуоденит хронические	. 349
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	
Гельминтозы	
Геморрагический васкулит	. 373
Гемофилия	. 377
Гломерулонефриты	. 380
Дисахаридазная недостаточность	
Дисметаболические нефропатии	. 407
Дисфункциональные расстройства билиарного тракта	. 416
Дифтерия	. 420
Желчнокаменная болезнь	. 425
Запоры	. 430
Иммунодефицитные состояния	. 436
Инфекционный мононуклеоз	. 455
Инфекция мочевых путей	. 458
Кишечные инфекции	
Коклюш и паракоклюш	. 478
Корь	. 481
Краснуха	. 485
Лейкозы	. 487
Лимфогранулематоз	. 495
Лямблиоз	. 498
Менингиты	
Менингококковая инфекция	. 514
Миокардиты	. 518
Несахарный диабет	. 525
Неспецифические воспалительные заболевания кишечника	. 528
Нефриты	. 532
Ожирение	. 537
Острые респираторные вирусные инфекции	
Отит острый средний	. 561

Панкреатит	
Пиелонефрит	571
Пищевая аллергия	576
Пневмония	584
Пролапс митрального клапана	598
Реактивный артрит	601
Ревматическая острая лихорадка	604
Ревматоидный артрит ювенильный	608
	614
Синдром вегетативной дистонии	632
	638
Синдром раздраженного кишечника	644
Скарлатина	
Тиреотоксикоз	
Тонзиллит	
Тромбоцитопатии	654
Тромбоцитопеническая пурпура	
	664
Узловатая эритема	
Цирроз печени	
Чесотка	
Эндокардит инфекционный	
Энурез	
Эпидемический паротит	
Эпилепсия	696
Язвенная болезнь	
Sisteman concession	,01
Часть IV. Врачебная тактика и помощь	
при неотложных состояниях	
Аллергические реакции	711
Болевой синдром	717
Гипертонический криз	731
ДВС-синдром	732
Инородные тела дыхательных путей	735
± · · ·	737
Круп	742
Лихорадка	745
Ожог	752
Отек легких	758
Отморожение	759
Отравления	760
Почечная недостаточность	
Судорожный синдром	779
Тампонада сердца	784

# Приложения

Домашняя аптечка	 785
Указатель нозологических форм по МКБ-10	 788
Черепно-мозговая иннервация и физиологические рефлексы	
новорожденных	 798
Алфавитный указатель	 801
Литература	 807

# СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление
АДГ – антидиуретический гормон
АКТГ – адренокортикотропный гормон
АлАТ – аланинаминотрансфераза

АПФ – ангиотензинпревращающий фермент

АсАТ — аспартатаминотрансфераза БОС — биологическая обратная связь ВПС — врожденные пороки сердца ГКС — глюкокортикостероиды

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗВУР – задержка внутриутробного развития

ЗПК – заменное переливание крови

ИЛ – интерлейкины

ИТШ – инфекционно-токсический шок ИВЛ – искусственная вентиляция легких ИПП – ингибиторы протонной помпы ИФА – иммуноферментный анализ

ИФН – интерферон

КДЦ – консультативно-диагностический центр

КИГ – кардиоинтервалография КОС – кислотно-основное состояние КТ – компьютерная томография

MPT – магнитно-резонансная томография

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

НСГ – нейросонография

ОНМТ – очень низкая масса тела

ОПН – острая почечная недостаточность

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ОРЗ – острое респираторное заболевание

ОРИТ — отделение реанимационной и интенсивной терапии

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты РСК – реакции связывания комплемента

РТГА — метод реакции торможения гемагтлютинации РХПГ — ретроградная холангиопанкреатография САД — систолическое артериальное давление

СМАД – суточное мониторирование артериального давления

СОЭ — скорость оседания эритроцитов СМЖ — спинномозговая жидкость СТГ — соматотропный гормон

ТТГ – тиреотропный гормон

Т3 – трийодтиронин

Т4 — тетрайодтиронин, тироксин УЗИ — ультразвуковое исследование ФНО — фактор некроза опухоли

XПН – хроническая почечная недостаточность

ЦВД – центральное венозное давление

ЦМВ – цитомегаловирус

ЦНС – центральная нервная система

ЩФ – щелочная фосфатаза

ЭНМТ – экстремально низкая масса тела

ЭхоКГ – эхокардиография

ЭЭГ (ЭГ) – электроэнцефалография (энцефалография)

Hb – гемоглобин

MCV — средний объем эритроцитов MCH — средний уровень гемоглобина

МСНС – средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах

RDW – показатель распределения эритроцитов по объему/показатель

степени анизоцитоза

### ПРЕДИСЛОВИЕ

Прошло 60 лет с того времени, когда в Ленинграде вышел первый в нашей стране «Справочник педиатра» под редакцией М.С.Маслова. С тех пор справочники по педиатрии печатались регулярно. Это привело к формированию у врачей-педиатров необходимой для работы привычки – использованию настольного учебно-методического пособия по наиболее актуальным вопросам, постоянно возникающим в повседневной деятельности. Справочники обычно создаются на базе достижений отечественной и зарубежной педиатрии, что позволяет обобщить методы оказания педиатрической помощи на всех ее этапах и подразделениях различных служб городского и сельского здравоохранения.

Настоящий справочник написан как пособие для вынесения первичного заключения по диагнозу и принятия плана действия врача при обследовании ребенка — здорового или больного. «Врач первого контакта» может быть и врачом-педиатром, и врачом общей практики, семейным врачом. Несмотря на многочисленные клинические рекомендации, учебные пособия, руководства, практикующий врач по-прежнему испытывает дефицит в источнике, суммирующем основные достижения доказательной и эмпирической медицины в отношении педиатрии.

Педиатрия как раздел клинической медицины отвечает за здоровье детей от рождения до подросткового возраста (16–17 лет) включительно. Объем знаний, который должен использовать врач в работе с детьми, лавинообразно нарастает. Темпы увеличения научной информации в медицине диктуют необходимость постоянного обновления справочного материала; очередной попыткой такого анализа является данная книга, серьезно переработанная и дополненная по сравнению с изданием 2008 г.

Справочник состоит из четырех частей. В первой части изложены общие вопросы педиатрии, касающиеся развития и питания здорового ребенка, проведения иммунопрофилактики, организации контроля за здоровьем ребенка и диспансерного наблюдения, принципы использования лекарственных и немедикаментозных средств в педиатрии, рассмотрены современные возможности сохранения здоровья детей, принципы физического и психического совершенствования. Во второй и третьей частях справочника описаны наиболее распространенные заболевания детского возраста. Основное внимание уделено клиническим проявлениям этих заболеваний, критериям диагностики, принципам лечения, прежде всего на догоспитальном этапе. В четвертой части врач найдет необходимую информацию по неотложной терапии критических состояний. В справочнике есть приложения и алфавитный указатель, облегчающий поиск.

В отличие от «Справочника педиатра» под редакцией Н.П.Шабалова (2007, 2011), где материал распознавания «образа болезни» изложен от симптома к нозологической форме, или «Справочника педиатра» под редакцией М.Я.Студеникина (1994), в котором материал систематизирован по важней-

12 Предисловие

шим органам и системам, или «Справочника врача-педиатра» под редакцией А.Г.Румянцева, А.В.Картелишева, В.М.Чернова (2010), составленного в первую очередь для врача поликлинической службы, применен факультетский принцип изложения материала. Речь идет не только об удобстве изложения и систематизации материала, но и о возможности на практике быстро найти необходимые сведения для принятия ответственного решения у «постели больного ребенка». Справочник предназначен врачу-профессионалу или будущему врачу, имеющему достаточный базисный «багаж знаний» в области педиатрии.

Автор благодарен своим учителям и коллегам, работа и дружба с которыми в течение 35 лет позволили накопить опыт лечебной и консультативной работы с детьми, результаты которого «вкраплены» в так называемые стандарты и протоколы оказания помощи детям, использованные при изложении материалов справочника. Все замечания будут с благодарностью учтены в дальнейшей работе.

# Часть І

# ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

**ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА.** Здоровым признают ребенка, у которого организм обеспечивает оптимальную саморегуляцию, согласованное взаимодействие его органов и равновесие между его функциями и внешней средой. Кроме того, у ребенка отсутствуют признаки любых заболеваний, частота ОРЗ не превышает 4–5 случаев в год, нет отклонений в анамнезе (генеалогическом, биологическом, акушерско-гинекологическом, социальном).

Выделяют внутриутробный этап развития (с подразделением на фазы эмбрионального и плацентарного развития), рождение и внеутробный этап жизни ребенка с дальнейшим подразделением на периоды жизни.

Внутриутробный этап развития. На этом этапе происходят формирование всех органов и систем, их развитие и морфофункциональное совершенствование. От того, насколько успешно проходили процессы закладки и были сформированы органы и системы плода, зависит здоровье человека на протяжении всей его жизни. Здоровье будущего ребенка определяют: 1) наследственность; 2) здоровье беременной во все периоды развития плода; 3) характер питания будущей матери.

**Гестационный возраст** определяют: по времени последней менструации у матери (подсчитывается число недель от первого дня последней менструации до родов); дате шевеления плода (к числу недель от даты шевеления плода до даты рождения ребенка прибавляется 18–20 нед. у первобеременных и 16–18 – у повторнобеременных); по результатам УЗИ плода в женской консультации.

# Задержка внутриутробного развития (ЗВУР):

- гипотрофическая дефицит преимущественно массы тела по отношению к длине;
- гипопластическая относительно пропорциональное уменьшение всех параметров физического развития;
- дистрофическая (диспластическая) выраженные диспропорции, нарушение телосложения, трофические расстройства на фоне значительного снижения длины тела, а также окружности головы.

Этап рождения продолжается от начала родовых схваток у женщины до момента перевязки пуповины. Это самый тяжелый и ответственный момент для ребенка. Стресс во время рождения является стимулом к запуску биологических ритмов организма. Неблагоприятные влияния (гипоксия, травма) непосредственно влияют на будущее развитие ребенка во внеутробном периоде. Актуальна и возможна преморбидная диагностика заболеваний.

Срочными считаются роды, происходящие на 37–41-й неделе беременности, преждевременными — ранее 37-й недели и запоздалыми — при сроке 42 нед. и более.

Внеутробный этап жизни начинается с момента перевязки пуповины. Выделяют следующие периоды жизни ребенка:

- новорожденности;
- грудной;
- преддошкольный (ясельный);
- дошкольного возраста;
- раннего школьного возраста;
- старшего школьного возраста.

Синдром «только что родившегося ребенка». После рождения как результат перехода к внеутробным условиям существования в организме ребенка происходит ряд важных изменений: с первым вздохом и криком расправляются легкие, изменяются кровообращение, обмен веществ, идет процесс становления терморегуляции, начинают работать органы выделения. Столь серьезная перестройка организма связана с катехоламиновым всплеском — синтезом огромного количества катехоламинов надпочечниками и параганітлиями под действием раздражителей при акте родов («сенсорная атака»). Выброс катехоламинов регулирует всасывание в кровоток жидкости, находящейся у плода в дыхательных путях, способствует увеличению растяжимости легких, расширению бронхиол, стимулирует синтез сурфактанта, увеличивает кровоток в жизненно важных органах — мозге, сердце, мобилизует запас энергии из депо, создает условия для импринтинга.

**Недоношенный ребенок** – особая категория новорожденных детей, родившихся по разным причинам ранее плановых сроков. Эти дети выхаживаются в родильном доме (1-й этап) и специализированных отделениях для недоношенных детей (2-й этап). Классификация степеней недоношенности по гестационному возрасту и массе тела к моменту рождения:

- Істепень 35–37 нед. беременности, 2001–2500 г;
- *II степень* 32–34 нед. беременности, 1501–2000 г;
- *III степень* 29–31 нед. беременности, 1001–1500 г;
- *IV степень* менее 29 нед. беременности, 1000 г и менее.

Жизнеспособным считают новорожденного с массой тела при рождении более 500 г, достигшего срока беременности 22 нед., сделавшего хотя бы один вдох. Дети с ЭНМТ составляют 0,4–0,5% от всех живорожденных.

Период новорожденности. Время приспособления (адаптации) ребенка к новым условиям существования. Считается, что он занимает не менее 3—4 нед. после рождения. За это время у ребенка окончательно формируются легочное дыхание, большой и малый круги кровообращения, начинают функционировать пищеварительный аппарат, выделительная система почек и мочевых (мочевыводящих) путей. В этот период характерна морфологическая и функциональная незрелость организма ребенка, регуляции его органов.

# Основные характеристики новорожденных детей:

Доношенные – дети, родившиеся при сроке 38–40 нед. беременности с массой тела более 2501 г, длиной тела более 47 см, морфологически и функционально соответствующие гестационному возрасту.

*Недоношенные* — дети, родившиеся при сроке беременности менее 38 нед. беременности с массой тела менее 2500 г, длиной тела менее 47 см.

*Незрелые* — доношенные или недоношенные дети, не соответствующие по степени зрелости гестационному возрасту.

*Переношенные* — дети, родившиеся при сроке беременности свыше 42 нед. беременности и имеющие клинические признаки переношенности.

Дети с внутриутробной гипотрофией — дети, родившиеся с массо-ростовым показателем менее 60 (норма 60–80) или с выраженными клиническими признаками внутриутробной гипотрофии.

Дети, маленькие применительно к сроку беременности (small-to-day) — дети, родившиеся с массой тела менее 2500 г, анатомически и функционально зрелые в соответствии с гестационным возрастом, но отстающие в росте пропорционально массе тела.

Крупной массой тела при рождении считается масса 4000 г и более, ги-гантской – более 4500 г.

**Переходные** (пограничные) состояния. В период новорожденности наблюдается ряд клинических явлений, которые требуют наблюдения, с ростом ребенка они полностью исчезают и не требуют лечения.

Первоначальная убыль массы тела. Малое количество молозива у матери, значительная потеря воды с дыханием, выделение из организма первичной мочи и мекония и т.д. приводят в первые 3–4 дня к потере массы тела в пределах 4–6%, в любом случае до 6–8% первоначального веса. При правильном уходе и естественном вскармливании восстановление массы тела ребенка происходит к 6–8-му дню.

Физиологическая желтуха. Появляется у каждого второго новорожденного на 2—3-й день как результат незрелости глюкуронилтрансферазной системы печени, которая не успевает утилизировать распадающийся гемоглобин. Желтуха усиливается к 4-му дню и затем постепенно исчезает к 7—10-му дню жизни. Физиологическая желтуха доношенного ребенка проходит без осложнений и специального лечения. Лабораторные критерии: содержание билирубина в пуповинной крови на момент рождения менее 51 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина в первые сутки жизни менее 5,1 мкмоль/л, максимальная концентрация общего билирубина на 3—4-й день не превышает 256 мкмоль/л у доношенных и 171 мкмоль/л у недоношенных. Общий билирубин в крови повышается за счет неконъюгированной фракции, относительная доля прямой фракции менее 20% + нормальные значения гемоглобина, эритроцитов и ретикулоцитов в клиническом анализе крови.

Физиологическая эритема. В первые 1–2 дня жизни отмечается покраснение кожи, после исчезновения которого наблюдается мелкое отрубевидное шелушение в течение 4–6 дней.

Токсическая эритема отмечается у 5–10% новорожденных на 2–3-й день жизни. На коже спины, разгибательных поверхностях конечностей вокруг суставов, ягодицах, груди, реже на животе, лице, ладонях и стопах появляются эритематозные слегка плотноватые пятна, нередко с сероватожелтоватыми папулами или пузырьками в центре. Элементы могут быть

единичными или располагаться группами, иногда высыпания обильные и покрывают все тело. В течение 1–3 дней возможны новые высыпания, однако в большинстве случаев через 2–3 дня после появления сыпь бесследно исчезает. Состояние детей, как правило, не нарушается.

Патогенез токсической эритемы связан с аллергической реакцией на действие освободившихся под влиянием неспецифических либераторов (охлаждение, белки, всосавшиеся нерасщепленными из кишечника, эндотоксины первичной бактериальной флоры кишечника) биологически активных веществ — медиаторов аллергических реакций немедленного типа. В содержимом пузырьков и папул при гистологическом исследовании обнаруживают эозинофилы. Аллергическая реакция неполная — отсутствует иммунологическая стадия.

У детей с токсической эритемой отмечают наследственную предрасположенность к аллергическому дерматиту, не меньшее значение имеют нарушения питания во время беременности, гестоз у матери.

Лечение обычно не проводится, но при обильной токсической эритеме назначают дополнительное питье (30–60 мл 5% раствора глюкозы), антигистаминные препараты.

*Телеангиэктазии*. На коже затылка, верхних веках, между бровями возможны красные пятна как результат расширения мелких сосудов кожи («укус аиста»). Исчезают самостоятельно в течение нескольких месяцев.

*Милиа*. На крыльях носа, переносице беловато-желтоватые узелки размером 1–2 мм. Это закупорившиеся сальные железы; через 1–2 нед. исчезают.

Половой криз. В конце 1-й недели как у мальчиков, так и у девочек появляется симметричное увеличение и нагрубание грудных желез, спустя 1–2 нед. их размеры уменьшаются. У части девочек на 5–6-й день жизни могут отмечаться самопроизвольно проходящие кровянистые выделения из влагалища, что требует лишь регулярного подмывания ребенка.

Транзиторное нарушение теплового баланса. У части новорожденных из-за несовершенства процессов теплорегуляции отмечают гипер- или гипотермию. Гипотермия, или холодовой стресс, диагностируется при температуре тела ниже 36°С. Она характеризуется вялым сосанием или отказом от еды, угнетением ЦНС разной выраженности, тахикардией, сменяющейся брадикардией, артериальной гипотензией, отеками, склеремой, гиповентиляцией, отеком легких, поли-, а затем олигурией, мышечной гипер-, а затем гипотонией, повышенной кровоточивостью, ацидозом, гипогликемией. Для профилактики переохлаждения сразу после родов ребенка кладут на стерильную и подогретую пеленку. После осторожного промокания и удаления с кожи околоплодных вод эту пеленку заменяют на сухую и теплую. Затем новорожденного для уменьшения теплопотери помещают на подогреваемый столик под источник лучистого тепла или в кувез. На голову надевают шапочку. В родильном зале поддерживают температуру воздуха не менее 24—25°С (а для недоношенных детей — не менее 30°С).

Транзиторная гипертермия (подъем температуры тела до 38,5–39,5°C и выше) возникает, как правило, на 3–5-й день жизни. При оптимальных

условиях выхаживания ее частота составляет до 0,5%. Ребенок беспокоен, у него отмечается сухость кожных покровов и слизистых оболочек, а также другие признаки обезвоживания. Транзиторная гипертермия связана с перегреванием младенца (температура воздуха в палате для новорожденных выше 24°С, кроватка ребенка находится рядом с батареей отопления или под прямыми солнечными лучами и т.д.). Другая причина — гипогалактия у матери.

Культя пуповины. После отрезания пуповины у ребенка остается культя, которая обычно отпадает на 4—5-й день жизни. Образуется естественная раневая поверхность — пупочная ранка, требующая ухода, поскольку легко инфицируется. Полное заживление пупочной ранки происходит к 10—18-му дню.

**Грудной период.** Длится с 29-го дня жизни до 1 года. Это время тесного контакта матери с ребенком. Важным является длительность сохранения естественного вскармливания. Для этого периода характерны быстрые темпы увеличения длины и массы тела, интенсивный обмен веществ, совершенствование функциональной активности ЦНС. В грудном возрасте высока вероятность проявления врожденных и наследственных заболеваний, при заболевании наблюдаются преобладание общих симптомов и незначительная выраженность местных признаков.

В связи с относительной незрелостью пищеварительного аппарата часто развиваются расстройства функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При неправильном вскармливании, недостатке витаминов и микроэлементов возникают так называемые контролируемые заболевания – рахит, железодефицитная анемия, аллергический дерматит. Реальную и значительную угрозу здоровью ребенка несет пассивное курение. Необходим контроль над безопасностью продуктов питания и чистотой воды. Формируются не только сложные двигательные акты (функции руки, овладение ходьбой), но и речевая деятельность (понимание речи взрослого и первые слова). Принципиальное значение для развития познавательного потенциала головного мозга ребенка имеет стимулирование этих процессов как результат взаимодействия с лицами, осуществляющими первичный уход за ребенком. К концу первого года жизни достаточно отчетливо проявляется влияние социальных факторов: формируются привычки и некоторые черты характера. Активно применяется закаливание детей по специально разработанным методикам, проводится профилактическая вакцинация. Первый год жизни ребенка – время активного медицинского контроля.

Преддошкольный период — от 1 года до 3 лет. Возраст характеризует менее интенсивный, но также довольно бурный дальнейший рост и развитие ребенка. Совершенствование ЦНС и познавание окружающей среды способствуют формированию двигательных навыков. К концу второго года завершается прорезывание молочных зубов, растет мышечная масса. Слабое физическое развитие и нарушение когнитивных функций у детей этого возраста чаще всего связаны с недостаточностью или неполноценностью питания.

В связи с увеличением контактов и отсутствием пассивного иммунитета дети этого возраста наиболее подвержены острым респираторным заболеваниям и «детским» инфекциям, таким как ветряная оспа, коклюш, скарлатина, корь и др. Ребенок мобилен, активно участвует в играх, а самоконтроль над адекватностью движений и поступков минимален, поэтому велика опасность травматизма. Наибольшему риску подвержены дети, относящиеся к малообеспеченной группе населения, где высока вероятность случаев пренебрежительного и жестокого обращения с детьми этого возраста. Не всегда удается получить точные и значимые данные, подтверждающие факт насилия. Но очевидно, что последствия такого обращения с детьми могут носить физический, психологический и поведенческий характер с необратимыми последствиями.

Эмоционально-поведенческая жизнь ребенка преддошкольного возраста сверхнасыщена, поэтому воспитательные приемы в возрасте 1–3 лет становятся главным элементом ухода за детьми. Этот возраст не зря называют периодом «упущенных возможностей».

Период дошкольного возраста — от 3 до 6 лет. В этот период продолжаются дальнейшее совершенствование функций организма, развитие нервно-психической деятельности, достигает определенной зрелости иммунная система. Укрепляются мускулатура, костный скелет, начинается смена молочных зубов на постоянные. Для этого периода характерен интенсивный рост ребенка (первое физиологическое вытяжение), нарастание массы тела несколько замедляется. Совершенствуется интеллект: к 5 годам дети свободно говорят на родном языке, к завершению этого периода ребенок при соответствующей подготовке начинает читать и писать, формируются индивидуальные увлечения и интересы. «Детские» инфекции в этом периоде протекают легче и дают меньше осложнений, чем в предыдущем. Склонность к генерализованным реакциям при заболевании значительно меньше. Возрастает частота бытовых травм, инфицирования туберкулезом. К концу этого периода дети по уровню своего физического и интеллектуального развития, а также по состоянию здоровья должны быть готовы к поступлению в школу.

Период раннего школьного возраста — от 7 до 11 лет. Многие системы и органы ребенка продолжают совершенствоваться и достигают полного функционального развития. Заканчивается формирование костного скелета, молочные зубы полностью заменяются постоянными. Становятся заметными различия в физическом развитии мальчиков и девочек. Отчетливо сказываются результаты неправильного или недостаточного физического воспитания. Обучение в школе дисциплинирует детей, появляется долговременная память, формируются интеллект, первичные трудовые навыки.

Питание остается одной из основных проблем здоровья и развития детей в этом возрасте. Очень важен здоровый образ жизни: регулярные физические упражнения, надлежащая гигиена полости рта и личная гигиена, разнообразный рацион питания с адекватным содержанием макро- и микронутриентов.

В этом возрасте по-прежнему доминируют острые респираторные инфекции, хотя количество эпизодов уменьшается. Чаще, чем у детей более раннего возраста, регистрируются заболевания ЖКТ, почек и мочевыводящих путей, нервной системы. Клиническая картина заболеваний приближается к таковой у взрослых. Число обращений за медицинской помощью минимально, но при целенаправленных осмотрах в рамках диспансеризации выявляются дети с нарушением зрения, осанки, кариесом и другими хроническими заболеваниями.

Период старшего школьного возраста (подростковый) — от 12 до 17—18 лет. Для подросткового возраста характерны значительная перестройка эндокринного аппарата, усиление функции половых желез, щитовидной железы, гипофиза. Время его наступления значительно колеблется в зависимости от пола ребенка, его индивидуальных особенностей, климатических, экологических и других факторов: у девочек период полового созревания может начинаться с 13—14 лет и заканчивается к 18 годам, у мальчиков — соответственно 15—16 и 19—20 лет. Пропорции тела и функциональные особенности всех органов детей во время полового созревания постепенно приближаются к таковым у взрослых. В этом возрасте заканчивается развитие вторичных половых признаков. Это время формирования воли, психологического и личностного статуса.

Вследствие неустойчивости вегетативной нервной и эндокринной систем в этом возрасте наблюдаются расстройства регуляции функций различных систем, эндокринопатии. Основными медицинскими проблемами в подростковом возрасте являются травмы, сексуальное и репродуктивное здоровье, психическое здоровье. Необходимы защита подростка от эксплуатации и опасных форм детского труда, от опасных форм поведения, включая злоупотребление табаком, алкоголем, употребление наркотиков, борьба с ненадлежащей рекламой, ориентированной на подростков, а также полная иммунизация (краснуха, корь, гепатит В), предупреждение половых контактов без средств предохранения и др.

Получают распространение болезни, появлению которых в основном способствуют условия жизни ребенка (ожирение, гипо- и гипертонические состояния, бронхиальная астма), заболевания ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника). Острые «детские» инфекции отмечаются редко. Клиническая картина заболеваний в этом возрасте сохраняет ряд особенностей, что позволяет выделить «подростковую медицину» как отдельный раздел медицинских знаний.

ВСКАРМЛИВАНИЕ И ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. Организация вскармливания и питания детей является одной из составных частей профилактической работы участкового педиатра с детьми. Врач прилагает все усилия для сохранения естественного вскармливания, выписывает рецепты на молочную кухню, при переходе к искусственному вскармливанию рекомендует адаптированные молочные смеси, при необходимости – специализированные лечебные смеси. К сожалению, при наличии асоциальной семьи «коэффициент полезного действия» врача-педиатра не-

велик. В таких случаях правильное питание для детей можно организовать только в доме ребенка или в патронажной семье после лишения родителей родительских прав.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. Наиболее целесообразной и естественной пищей для детей первого года жизни является материнское молоко, которое рассматривается как «золотой стандарт» физиологически адекватного питания (в России принят термин «вскармливание»), сложившийся в ходе многовековой эволюции человека. Попытки вскармливания ребенка молоком другого биологического вида, как это произошло в XX веке, следует рассматривать, по образному выражению И.М. Воронцова, как «экологическую катастрофу».

К числу важнейших преимуществ женского молока относят:

- оптимальный сбалансированный уровень всех необходимых ребенку пищевых веществ;
- их высокую усвояемость организмом ребенка;
- широкий спектр биологически активных веществ (регуляторы метаболизма, факторы роста и дифференцировки) и защитных факторов (sIgA, лактоферрин, лизоцим, интерфероны, макрофаги, моноциты, PHK-фактор и др.);
- комплекс бифидогенных факторов, оказывающих благоприятное воздействие на микрофлору кишечника;
- низкую осмолярность;
- стерильность и оптимальную температуру.

Даже в отдаленные от детства периоды жизни интеллектуальные возможности людей, вскормленных грудью, оказываются выше, чем у тех, кто вскармливался искусственно. Только при грудном вскармливании обеспечиваются условия для развития нервной системы, психики ребенка, физического здоровья; с этим видом вскармливания связывают формирование нравственно-психологических свойств личности и долголетие. В материнском молоке содержится сложнейший комплекс видоспецифичных для материнского организма биологически активных веществ (гормонов, ферментов, факторов роста и дифференцировки тканей, эссенциальных жирных кислот, в частности  $\omega$ -3-полиненасыщенных ( $\omega$ -3-ПНЖК), имеющих важнейшее значение для созревания ЦНС и органов регуляции, а также таурина, нуклеотидов, факторов иммунитета.

Научная расшифровка бифидус-фактора материнского молока заняла свыше 100 лет, и только в последнее время стало известно, что им являются олигосахариды с особыми пребиотическими свойствами. Олигосахариды, стимулируя рост индигенной микрофлоры, в первую очередь бифидо- и лактобацилл, участвуют в формировании защитного, антиинфекционного барьера слизистой оболочки толстого кишечника, а также иммунной системы новорожденного и грудного ребенка.

Несмотря на то, что принципиальные преимущества естественного вскармливания как наиболее оптимального вида питания детей первого года не вызывают никаких сомнений, его практическая реализация остает-

ся в нашей стране крайне неудовлетворительной. Сохранить естественное вскармливание до 3 мес. удается лишь у 35–40% младенцев.

Согласно рекомендациям ВОЗ выделяют:

- 1. *Исключительно грудное вскармливание* оптимальный вариант для ребенка первых 4—6 месяцев жизни, когда он получает только грудное молоко.
- 2. *Преимущественно грудное вскармливание* наряду с грудным молоком ребенок получает соки, фруктовые пюре в количестве до 30 мл (г) или нерегулярный докорм молочными смесями (до 100 мл/сут.).
- 3. Дополненное грудное вскармливание (два варианта): 1) грудное вскармливание с прикормом оптимальный вариант питания ребенка после 5—6 мес. жизни; 2) смешанное вскармливание наряду с кормлением грудным молоком (более 1 грудного кормления в день) ребенок получает регулярный докорм молочными смесями (более 100 мл/сут.).
- 4. *Символическое грудное вскармливание* прикладывание ребенка к груди матери вне задач пищевого обеспечения как форма психологической связи матери и ребенка, практикуемая на 2-м году жизни.

**Различия молозива и грудного молока.** На протяжении лактации состав женского молока меняется по количеству нутриентов и биологическим свойствам, отражая меняющиеся потребности ребенка.

Молозиво – выделяется в конце беременности и в первые дни лактации (3–5 дней). Это густая клейкая жидкость желтого цвета, высокой плотности, вырабатывающаяся в количестве от 10 до 100 мл в день (в среднем 30 мл). Молозиво необходимо ребенку при переходе от гемотрофного питания (у плода) к лактотрофному (энтеральному) питанию ребенка после рождения. По антигенному составу оно близко новорожденному, легко усваивается.

К 3–5-му дню жизни количество молока увеличивается, молочные железы наполняются — это «приход», «прилив» молока. Такое молоко называется переходным, оно выделяется в течение 10–15 дней и по составу постепенно приближается к зрелому (см. табл. 1).

В молозиве, по сравнению со зрелым молоком, содержится больше белков, представленных в основном сывороточными альбуминами при низкой концентрации казеина. Молозиво более энергоемко, в нем больше жирорастворимых витаминов, некоторых минеральных веществ (натрий, цинк). Оно содержит гормоны и факторы противоинфекционной защиты. Женское молоко характеризуется оптимальной структурой жирных кислот, включая триглицериды и фосфолипиды, обеспечивающие их высокую усвояемость, а также присутствием значительного количества карнитина, необходимого для внутриклеточного транспорта и окисления жирных кислот в организме ребенка. В женском молоке содержится холестерин (10,0–15,0 мг/100 мл), принимающий участие в становлении процессов регуляции его собственного метаболизма в организме ребенка и профилактике нарушений обмена холестерина в более старшем возрасте. По сравнению со зрелым женским молоком в молозиве меньше жира, лактозы и воды.

Таблица 1 Сравнительный состав основных компонентов молозива, переходного и зрелого женского молока (на 1 л)

Нутриенты	(1-5-й день) (6-10-й день)		Зрелое молоко (с 15-го дня)
Белки, г	22	17,5	10
Жиры, г	25	44	45
Углеводы, г	57	64	73
Энергия, ккал	От 1-го дня к 5-му 1500 → 700	700	700
IgA, г	3,6	_	1,4
Лактоферрин, г	3,3	_	1,7
Натрий, мг	410	325	180
Калий, мг	810	650	455
Цинк, мг	8	3,8	1,4
Селен, мкг	42	_	15
Витамин А, мкг	1600	880	550
β-каротин, мкг	1370	380	200
Витамин Е, мг	14,8	8,9	4,3

Состав зрелого молока также меняется на протяжении периода лактации, поэтому донорское молоко матери, имеющей ребенка 2-го полугодия жизни, не может быть адекватным питанием для ребенка первых месяцев жизни. Кроме того, грудное молоко отличается по составу у разных матерей и даже у одной женщины в процессе кормления одной грудью. В начале кормления выделяется так называемое «раннее» (переднее) молоко. Оно богато водой, белком, лактозой, но бедно жиром, поэтому имеет голубоватый оттенок. Именно с ранним молоком ребенок получает необходимое ему количество воды. Затем выделяется «позднее» (заднее) молоко, обеспечивающее энергетические потребности ребенка, так как в нем значительно больше жира. Чем активнее сосет ребенок, тем больше примесь «позднего» молока, поэтому важно не прекращать кормление рано, особенно у вяло сосущих детей. Считается, что содержание жиров к концу кормления действует как регулятор насыщения. При сцеживании молока из груди в основном выделяется «переднее» молоко и ребенок может недополучить необходимую энергию.

**Режим питания** — основа рационального вскармливания. Выделяют следующие варианты:

Свободное вскармливание, или «вскармливание по требованию», — режим питания ребенка первого года жизни, когда мать прикладывает ребенка к груди столько раз и в такое время, как этого требует ребенок, включая ночные часы. Продолжительность кормлений также определяет ребенок. Проводится в первые месяцы жизни при исключительно грудном вскармливании.

Регламентированное вскармливание – кормления малыша в более или менее фиксированные часы, кратность и объем кормлений рекомендует врач, учитывая возраст, массу тела, аппетит и индивидуальные особенности ребенка. Проводится после 1–2 мес. жизни, особенно при варианте смешанного вскармливания.

**Периоды грудного вскармливания.** Естественное вскармливание имеет несколько последовательных периодов:

- *подготовительный* формирование психологической установки на кормление грудью, начиная с детства будущей матери, инструктаж и подготовка к лактации во время беременности;
- *период взаимной адаптации матери и ребенка* от первого прикладывания к груди и «прилива» молока до перехода от нерегулярного питания («вскармливание по требованию») к формированию устойчивого ритма голода и насыщения с более или менее фиксированными часами кормлений, с рождения до 1–2 мес.;
- *основной период* грудное вскармливание с постепенно возрастающими интервалами между кормлениями, до 5–6 мес.;
- период прикормов постепенное отлучение от груди матери, длится от введения первого блюда основного прикорма до конца 1-го года жизни. После 1 года ребенок либо полностью отлучается от груди матери, либо до 1,5–2 лет сохраняются 1–2 кормления грудью, которые носят символический характер и не решают задачи пищевого обеспечения.

Этапы успешного внедрения практики грудного вскармливания (ЮНИСЕФ/ВОЗ, 1991). Организация грудного вскармливания по методике ВОЗ предусматривает комплекс рекомендаций, которые женщина получает от участкового врача-педиатра и патронажной сестры во время беременности и после родов:

- Документированно сформулировать политику внедрения грудного вскармливания и систематически знакомить с ней медицинский персонал.
- Готовить весь персонал учреждений здравоохранения к тому, чтобы проводить эту политику в жизнь.
- Информировать всех беременных женщин относительно преимущества грудного вскармливания и относительно того, как его поддерживать.
- 4. Способствовать тому, чтобы матери приступали к кормлению ребенка грудью не позднее чем через 30 мин после его рождения.
- Обучать матерей грудному вскармливанию и рассказывать им, как поддерживать лактацию, даже если ребенок не находится рядом.
- Не давать новорожденному другой пищи и жидкости, кроме грудного молока, если к этому нет медицинских показаний.
- Разрешать оставаться матерям вместе с детьми круглосуточно в медицинских учрежлениях
- 8. Поощрять кормление грудью по потребности ребенка.
- 9. Не давать находящимся на грудном вскармливании детям сосок.
- Поощрять создание групп поддержки вскармливания и направлять в них женщин после выписки из родильного дома.

**Техника прикладывания ребенка к груди.** Важно правильное положение ребенка у груди матери: голова и тело ребенка лежат в одной плоскости, мать поддерживает ребенка одной рукой за голову и плечи, другой – за ягодицы; ребенок прижат лицом к груди матери. Мать полностью сосредоточена на процессе кормления, наблюдает за реакцией ребенка, его поведением, никаких разговоров, чтения, просмотра телепередач и т.д. Контакт «глаза в глаза»: мать видит лицо ребенка, а ребенок – лицо матери. Желательно, чтобы при кормлении существовал контакт «кожа к коже», особенно в период становления лактации или при ее временном уменьшении.

Правильный захват ребенком груди матери предусматривает захват соска, ареолы и даже части железы, примыкающей к ареоле. При этом язык опускается вниз, нижняя губа ребенка должна быть под соском вывернута наружу, а подбородок должен прилегать к груди. Сосок должен находиться во рту почти на уровне мягкого нёба. Ареола практически не видна. Движениями языка ребенок осуществляет ритмичный массаж соска и ареолы с «выдавливанием» молока. При этом хорошо видны движения мышц в области прикрепления их к челюстным костям около ушей, а не в области щек. Захват соска без ареолы приводит к формированию трещин. Эффективность сосания оценивают не столько по активности сосательных, сколько по выраженности глотательных движений и звуку, сопровождающему глотание.

Сиеживание грудного молока. При частом прикладывании ребенка к груди матери обычно такой необходимости нет. Сцеживание показано в следующих ситуациях:

- в случае вынужденной разлуки матери и ребенка для поддержки лактации;
- при недостатке молока у матери, для стимуляции лактации;
- как лечебная процедура при избытке молока и возникновении лактостаза.

Противопоказания к прикладыванию ребенка к груди. Запрещено кормление грудью при наследственных болезнях обмена веществ и ферментопатиях (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа, лактазная недостаточность и др.), когда ребенок должен получать лечебное питание. Временно ребенок кормится сцеженным молоком при следующих обстоятельствах:

- низкая оценка по шкале Апгар при рождении 6 баллов и ниже (дети, родившиеся в асфиксии, с родовой травмой);
- недоношенность (отсутствие сосательного и глотательного рефлексов);
- врожденные аномалии челюстно-лицевого аппарата (расщелина мягкого нёба, верхней губы, синдром Пьера Робена и др.);
- тяжелые заболевания ребенка, сопровождающиеся дыхательной, сердечной недостаточностью и др.;
- гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору или AB0системе (в зависимости от титра антиэритроцитарных антител в молоке не кормят молоком матери 7 и более дней).

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери. Заболевания матери (большая кровопотеря в родах или послеродовом периоде, нефропатия средней и тяжелой степени, разрывы промежности, оперативное вмешательство в родах или после них, гнойно-воспалительные заболевания, острые инфекционные заболевания) являются относительным противопоказанием, вопрос о прикладывании к груди в каждом отдельном случае решается индивидуально. Существуют абсолютные противопоказания со стороны матери:

- декомпенсация хронических заболеваний (сердечная, почечная, дыхательная, печеночная недостаточность и др.);
- острые психические заболевания;
- прием высокотоксичных медикаментов (табл. 2);
- открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;
- сифилис (заражение в III триместре беременности);
- ВИЧ-инфекция.

Специальные приспособления (например поильник Special Needs) обеспечивают лучшее дозирование, чем даже при использовании назогастральных зондов, ложечек и кружек, что позволяет решить проблемы, которые ранее препятствовали грудному вскармливанию: «возвращение» ребенка на грудь, кормление ослабленных и недоношенных детей, с расщелиной верхней губы, болезнью Дауна.

Таблица 2 Ограничения к приему лекарственных средств при кормлении грудью

Противопоказаны	Следует избегать	Принимают под жестким контролем
Амфетамины	Антрахиноновые слабитель-	Аминазин
Бромкриптин	ные (сенна, ревень, кора	Анестетики
Диэтилстилбэстрол	крушины)	Антибиотики
Иммуносупрессанты	Бромиды	Антигистаминные препараты
(метотрексат, цикло-	Витамин D	(кроме тавегила – противопо-
фосфамид)	Метаклопрамид	казан)
Клемастин (тавегил)	Метронидазол	Антикоагулянты
Мепробамат	Наркотические средства	Антитиреоидные средства
Метамизол	Оральные контрацептивы	Витамины
Препараты золота	Примидон	Галоперидол
Препараты лития	Психотропные средства	Гипотензивные средства
Противокашлевые сред-	Резерпин	Индометацин
ства	Салицилаты (аспирин!)	Кодеин
Соли йода	Сульфасалазин	Мочегонные средства
Тетрациклины	Фенобарбитал	Мышечные релаксанты
Тиоурацил	Эстрогены	Парацетамол
Фениндион		Преднизолон
Хлорамфеникол		Противосудорожные средства
Циклоспорин		Сердечные
Циметидин		Эуфиллин
Эрготамин		

### Способы расчета необходимого количества грудного молока

**Количество молока, необходимое новорожденному.** В первые 8–10 дней жизни наиболее подходящим способом ориентировочного расчета является формула *Зайцевой*:

Суточное количество молока (мл) =  $(2\% \text{ от m}) \times n$ ,

где т – масса тела при рождении, г, п – число дней жизни ребенка.

Для определения разового объема кормлений суточное количество молока делят на число кормлений за сутки.

Можно пользоваться другим подсчетом:

Разовый объем молока (мл) =  $10 \times n$ ,

где n – число дней жизни ребенка.

Индивидуальные колебания лактации довольно значительные, тем не менее на протяжении первых 7–10 дней суточные и разовые объемы молока быстро нарастают.

**Расчет объема питания для детей 1-го полугодия жизни.** Когда суточный объем питания достигает приблизительно 1/5 части от массы тела (обычно к 7–10-му дню жизни), переходят на другие способы расчета.

• *Способ 1 – «Объемный»*.

Суточный объем питания (мл) составляет в возрасте:

- от 10 дней до 2 мес. 1/5 массы тела;
- от 2 до 4 мес. − 1/6 массы тела;
- от 4 до 6 мес. − 1/7 массы тела;
- от 6 до 9 мес. 1/8 массы тела.
- Способ 2 «Калорийный» (энергетический).

При расчете этим способом учитывается потребность ребенка в энергии, которая составляет:

- в 1-м полугодии 115 ккал/кг массы тела;
- во 2-м полугодии 110 ккал/кг массы тела.

Зная ориентировочную энергоемкость женского молока (700 ккал в 1 л) и массу тела ребенка, легко рассчитать суточный объем молока.

*Пример*: ребенок в возрасте 3 мес. имеет массу тела 5 кг. Суточная потребность в энергии составляет  $5 \times 115 = 575$  ккал.

1000 мл молока – 700 ккал

Х – 575 ккал

 $X = (575 \times 1000)$ : 700 = 821 мл молока.

**Во 2-м полугодии** суточный объем питания составляет 1000–1100 мл.

Зная суточный объем пищи и количество кормлений в течение дня, легко рассчитать, сколько молока необходимо ребенку на одно кормление. Вместе с тем на практике следует ориентироваться на аппетит ребенка: не ограничивать порцию, если он не насытился, и не заставлять есть насильно, если он отказывается (табл. 3).

Разовые объемы питания не должны превышать физиологической вместимости желудка ребенка, которая составляет: при рождении -7 мл; на 4-й день жизни -40–50 мл; на 10-й день -80 мл; с каждым последующим месяцем увеличивается на 25 мл; к концу 1-го года жизни -250 мл.

Таблица 3

# Суточный и разовый объемы питания

Возраст ребенка	Суточный объем питания, мл	Разовый объем питания, мл
10 дней – 1 мес.	500–650	70–110
1–2 мес.	700–800	110–140
2-3 мес.	800–900	130–160
3–4–5 мес.	900–1000	150–180
4-5 мес. – 1 год	1000	180–210

Факторы, влияющие на лактацию. Чем чаще ребенка прикладывают к груди матери, включая ночные часы, тем больше секреция молока. Чем полнее опорожняется грудная железа, тем лучше она вновь наполнится. Если ребенка по каким-то причинам нельзя приложить к груди или он слабо сосет, молоко необходимо сцеживать для профилактики лактостаза и гипогалактии. На автоматизм функционирования молочных желез большое влияние оказывают состояние психики матери и внешние факторы. Важно своевременно распознать первые признаки недостаточности молока и при необходимости провести коррекцию питания. Подозрение на недостаток молока вызывают:

- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;
- ребенок долго сосет грудь, совершает много сосательных движений, но нет глотательных;
- ощущение матерью полного опорожнения грудных желез еще при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет;
- редкие мочеиспускания (менее 6 раз в сутки) симптом «сухих пеленок», моча концентрированная, с запахом;
- плотный, сухой, редкий стул;
- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик;
- задержка темпов нарастания массы.

Гипогалактия — уменьшение объема или продолжительности лактации. Ранняя гипогалактия — недостаток молока в течение 10 дней после родов, поздняя гипогалактия выявляется спустя 10 дней после родоразрешения. Первичная гипогалактия отмечается редко, не более чем у 5% рожениц. Она связана с гормональными нарушениями у матерей с сахарным диабетом, диффузным токсическим зобом, инфантилизмом и др. Вторичная гипогалактия связана с неправильно организованным грудным вскармливанием, недоношенностью, инфекционными заболеваниями матери, осложнениями беременности, родов и послеродового периода, нерациональным питанием матери, психической травмой и др. Прием некоторых медикаментов, таких как камфора, мочегонные средства, гормональные препараты, также подавляет выработку гормона пролактина. Все эти формы гипогалактии являются истинными, в большинстве случаев хорошо поддаются коррекции, но они отмечаются не так уж часто. В большинстве случаев имеет место так назы-

ваемая ложная гипогалактия, при которой у матери вырабатывается достаточное количество молока, но она жалуется на то, что ребенку его не хватает.

У молодых матерей наблюдаются непродолжительные периоды уменьшения продукции молока — так называемые *пактационные кризы*. В основе их лежит гормональная перестройка организма в сочетании с повышением двигательной активности женщины, в ряде случаев — с усталостью или стрессовой ситуацией. Лактационные кризы чаще всего возникают на 3—6-й неделе, 3, 4 и 7-м месяце лактации. Их продолжительность, как правило, составляет 3—4 дня, они имеют полностью обратимый характер и не вредны для здоровья ребенка.

Важно выяснить, действительно ли малыш получает мало молока. Если малыш замочил пеленки 10–15 раз в сутки, моча светлая, почти без запаха, значит, молока хватает. Если же он мочится редко (менее 6–7 раз в сутки), моча концентрированная, с резким запахом – ребенок голодает. Лучше временно использовать вместо одноразовых подгузников марлевые, это поможет подсчитать, сколько раз ребенок помочился, и увидеть, какая у него моча. Проводят контрольное взвешивание – до и после кормления.

Голодный криз — ситуация, когда малыш начинает расти очень быстро и ему не хватает того количества молока, которого хватало раньше. Чаще всего это случается на 4-й неделе, а также на 3, 7 и 11-м месяце лактации. Как и лактационный криз, это явление обратимое. Правильные действия, направленные на увеличение продукции молока, и отказ от докорма ребенка обычно помогают справиться с ситуацией, и через несколько дней вновь устанавливается динамичное равновесие между потребностью ребенка в молоке и продукцией его молочными железами.

**Коррекция гипогалактии.** Необходим режим психологического покоя для матери, обеспечивают более частые прикладывания к груди, сохранение ночных кормлений, обеспечение правильного режима дня и питания матери с использованием специализированных продуктов (табл. 4), соков, напитков, оптимальный питьевой режим, массаж, контрастный душ на область молочных желез.

Для достаточной продукции молока наряду с правильным режимом и питанием решающее значение имеет частое регулярное прикладывание ребенка к груди и максимально полное освобождение молочных желез от молока.

Tаблица 4 Специализированные молочные продукты для кормящих женщин

Название	Производитель
«Анна-Мария»	Москва Златоглавая (Россия-Франция)
«Лактамил»	Группа Нутритек (Россия)
«Мадонна»	Валетек (Россия)
«Думил мама плюс»	International Nutrition Company (Дания)
«Млечный путь»	ООО Витипром (Россия)
«Фемилак»	Группа Нутритек (Россия)
«МDмил мама»	Энфагрупп Нутришинал (Россия-Франция)

Питание и питьевой режим должны быть полноценными, но не чрезмерными. Для лучшей выработки молока можно рекомендовать женщине перед каждым кормлением выпивать чашку (150–200 мл) теплого свежезаваренного чая (лучше зеленого, некрепкого) с молоком или кисломолочного продукта (кефир, йогурт, простокваша), фруктового сока, настоя шиповника. После окончания грудного кормления также нужно пополнить объем жидкости в организме – выпить чай с молоком, компот из сухофруктов, фруктовый сок или кефир. Целесообразно применять лактогонные чаи с экстрактами аниса, фенхеля, тмина, крапивы, душицы, мелиссы и пр.

*Молокоотсосы*. Электронный двухфазный молокоотсос с памятью (например, Swing) автоматически воспроизводит естественный ритм сосания ребенком материнской груди.

Крем для сосков (PureLan 100). Предназначен для ухода за чувствительными, болезненными и воспаленными сосками, имеющими трещины и эрозии, гипоаллергенный. Его нет необходимости удалять с кожи груди перед кормлением, так как он изготовлен из 100% высокоочищенного ланолина.

Релактация — ситуация, когда выработка молока у женщины полностью прекратилась, но по каким-то причинам нужно вернуться к грудному вскармливанию. Восстановить полностью угасшую лактацию позволяют те же методы, что и для повышения сниженной лактации — сильное желание кормить ребенка грудью, частые продолжительные кормления, сцеживание. Процесс релактации более сложный и продолжительный, чем увеличение угасающей лактации. Но при сильном желании женщины и поддержке со стороны семьи он вполне возможен.

Кормление грудью — залог профилактики аллергических болезней у детей. Существуют разные точки зрения на необходимость превентивных мер, заключающихся в соблюдении гипоаллергенной диеты кормящими грудью женщинами, особенно при склонности детей к аллергическим реакциям. В грудном молоке возможно присутствие незначительного количества пищевых аллергенов, разнообразие которых зависит от рациона матери, что может иметь определенное значение в возникновении оральной толерантности у младенцев. Профилактический эффект кормления грудью в отношении пищевой аллергии усиливается, если женщины в период лактации избегают употреблять в пищу потенциальные аллергены. При этом оптимальными способами кулинарной обработки являются пароварение, тушение. Обычную соль лучше заменить на йодированную. Важно частично или полностью заменить молоко на кисломолочные продукты (кефир, йогурт без наполнителей). Кормящим грудью женщинам следует придерживаться основных рекомендаций по питанию, представленных в таблице 5.

По мнению отечественных педиатров, сбалансированная гипоаллергенная диета, содержащая полноценный белок, кисломолочные продуктыпробиотики, обогащенная витаминами, минеральными веществами, полиненасыщенными жирными кислотами и другими незаменимыми факторами питания, необходима для адекватного состояния здоровья как кормящей матери, так и ребенка. Таблица 5

# Продукты и блюда, рекомендуемые кормящим грудью матерям при общей гипоаллергенной диете (Гончарова О.В., 2010; с изменениями)

Виды продуктов	Резко ограничиваются (в отдельных случаях исключаются полностью)	Ограничиваются	Разрешаются
Изделия из муки, круп, кондитерские изделия	Торты, пирожные, кремы, вафли, кексы	Манная крупа, макаронные изделия, хлеб пшеничный из муки 1-го сорта, выпечка из пшеничной муки, кукурузные хлопья	Крупы: рисовая, гречневая, овсяная, перловая, кукурузная, пшеничная, ржаной хлеб, «Барвихинский», хлеб из муки 2-го сорта, простая сушка, хлебцы зерновые (гречневые, кукурузные), рисовые хлопья (несладкие)
Молоко и молочные продукты	Ферментированные острые сыры, мороженое	Цельное молоко, творог, сметана, йогурты с фруктовыми добавками	Кисломолочные продукты, специ- ализированные молочные продукты («Ary Mama» и др.), неострые сыры
Мясные, рыбные про- лукты, яйца	Бульоны, субпродукты, копченые колбасы, говяжьи сосиски, сардельки, ветчина, мясные и рыбные консервы, рыба, яйца, икра, крабы	Жирные сорта говядины, свинина, баранина, куры, цыплята	Тощие сорта говядины, свинины, бара- нины, конины, индейка, кролик
Жировые продукты	Сало, животный кулинарный жир, маргарин, майонез	Сливочное масло	Растительное масло (кукурузное, олив-ковое, подсолнечное), топленое масло
Овощи	Редька, редис, щавель, шпинат, томаты, квашеная капуста, соленые огурцы, болгарский перец	Огурцы, свекла, морковь, лук, чеснок, салат	Картофель, белокочанная, цветная и брюссельская капуста, кабачки, патиссоны, тыква, репа, брюква, стручковая фасоль, молодой зеленый горошек, петрушка, укроп
Фрукты, ягоды, грибы, орехи	Земляника, клубника, малина, вино- град, абрикосы, персики, гранаты, цитрусовые, облепиха, киви, ана- нас, дыня, арбуз, грибы, орехи	Вишня, слива, черника, брусника, клюква, черная смородина, ежеви- ка, облепиха	Яблоки (бельке и зеленые), груши, желтая черешня, желтая слива, крыжовник, бананы, белая и красная смородина

# Таблица 5 (окончание)

Виды продуктов	Резко ограничиваются (в отдельных случаях исключаются полностью)	Ограничиваются	Разрешаются
Напитки	Газированные напитки, лимонад, фруктовые воды, квас, кофе, какао, кисели	зированные напитки, лимонад, фруктовые воды, квас, кофе, какао, кисели соки	Газированные напитки, лимонад, тов и овощей, консервированные воды, квас, кофе, какао, соки соки соки стоки
Сахар, сладости, мед	Конфеты, шоколад, мармелад, па- стила, мед, жвачка Фруктоза	Сахар до 1/2 от возрастной нормы	Фруктоза
Соль		До 3 г в сутки	До 3 г в сутки

Таблица 6

# Сроки введения блюд прикорма при естественном вскармливании детей

Наименование				Возрас	т, мес.		
продуктов и блюд	5	6	7	8	9	10–12	Примечание
Фрукты, соки, мл	40–50	50-60	60	70	80	90–100	с 5 мес.
Фруктовое пюре, г	40–50	50-60	60	70	80	90–100	с 5,5 мес.
Творог, г	_	10-30	40	40	40	50	с 6 мес.
Желток, шт.	_	-	0,25	0,5	0,5	0,5	с 6 мес.
Овощное пюре, г	25-100	150	150	170	180	200	с 5,5 мес.
Молочная каша, г	_	50-100	150	150	180	200	с 5,5–6,5 мес.
Мясное пюре, г	-	-	-	5-30	50	60-70	с 7,5 мес.
Кефир и др. кисло- молочные продук- ты, мл	_	_	-	100	200	200–400	с 8 мес.
Хлеб пшеничный, г	-	-	-	-	-	5–10	с 10 мес.
Сухари, печенье, г	-	-	3–5	5	5	10-15	с 6 мес.
Растительное масло (подсолнечное, ку-курузное), г	1–3	3	3	5	5	6	с 4,5–5 мес.
Сливочное масло, г	_	1–4	4	4	5	6	с 5 мес.

**Прикорм.** До 4–6 мес. ребенок получает только грудное молоко. Если грудного молока достаточно, то ребенку ничего не надо добавлять к еде или давать что-то «сверхполезное». Необходимыми могут оказаться только витамин  $D_3$  (холекальциферол), препараты кальция и йода. Организм малыша до 6 мес. не готов к усвоению чего-то иного, кроме материнского молока. Если уж не терпится родителям, то в 5 мес. можно начать давать несколько капель сока, постепенно доведя его количество до 5–6 ч.л. в день.

**Внимание!** Правильное развитие малыша при исключительно грудном вскармливании в возрасте до 6 мес. свидетельствует о том, что ничего другого ему не надо.

Сроки введения прикорма в рацион детей, находящихся на естественном вскармливании, хотя и остаются предметом дискуссии специалистовнутрициологов, тем не менее, регламентированы Институтом питания РАМН (табл. 6).

Целесообразно использовать в питании детей 1-го года жизни специализированные консервированные соки для детского питания промышленного производства. Это обусловлено тем, что в условиях неблагоприятной экологической обстановки и низких санитарно-гигиенических стандартов жизни населения только продукты промышленного выпуска обеспечивают необходимую детям 1-го года жизни гарантию качества и безопасности.