МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ЛУБЕНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ

**РЕФЕРАТ**

С ПРЕДМЕТА **ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ**

НА ТЕМУ: ***Уход за новорожденным и недоношенными детьми***

**Выполнила**:

студентка группы Ф-31

**Любич Алёна**

Лубны 2009

**ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ**

Новорожденный нуждается в особых условиях и специальном уходе. Одним их важнейших условий является соблюдение строжайшей чистоты и стерильности (асептики).

Уход за новорожденными осуществляет только средний медицинский персонал — акушерки и медицинские сестры. В палате следует размещать не более 12 — 20 детей, не допускается скученность детей. Площадь пола на одного новорожденного в палате должна быть не менее 6 м2. Температура воздуха в палате для доношенных детей должна быть 22 — 23 °С, палаты вентилируются с помощью фрамуг, форточек, вентиляторов. Воздух обеззараживают с помощью УФ-лучей (лампы БУВ). Лампы размещают на высоте не менее 2 м от пола (2 Вт на 1 м3 помещения). Используют и передвижные рециркуляционные воздухоочистители типа ВОПР-0,9 и ВОПР-1,5. При осмотре детей необходимо предупреждать их охлаждение. Для этого используют рефлекторы, обогревательные лампы, а при перевозке детей на кормлениие их тепло пеленают.

Оборудование детской комнаты включает лишь самую необходимую мебель и предметы ухода: кроватки, шкаф для чистого белья, стол для выполнения манипуляций, шкаф для медицинского инструментария, холодильник (для молока, вакцин и др.), бачки для сбора грязного белья, стол для врача, стенные часы, ванну для купания. Кроватки обычно используют металлические, их высота 90—100 см, ширина 50 — 55 см и длина 70 см. Они оборудованы боковыми решетками. Матрацы, набитые волосом или морской травой, покрывают сверху клеенкой. Поверх клеенки кладут простынку, подвертывая ее под матрац. Новорожденных укладывают без подушек в положении на боку, что предохраняет детей от аспирации рвотных масс и слизи. Кроватки должны стоять одна от другой на расстоянии 0,5 м.

Одежда для новорожденных делается из мягкого тонкого материала белого цвета. До передачи в детское отделение белье дезинфицируется глажением и автоклавированием. Первый комплект белья для новорожденного ребенка должен быть стерильным. Он состоит из 4 пеленок, распашонки, одеяла с пододеяльником, а также 2 клеенчатых браслетов.

Норма белья на 1 ребенка в сутки: пеленки тонкие - 20, пеленки теплые - 10, пеленки-подгузники - 20, пододеяльники - 2, простынки - 1, распашонки — 3, кофточки — 3, конверты хлопчатобумажные — 1. Используют хлопчатобумажные или шерстяные одеяла в белом чехле.

В детской комнате должны находиться инструменты и предметы для ухода за новорожденными: биксы для стерилизации перевязочного материала, грелки, ножницы хирургические, ножницы для ногтей, пинцеты, шприцы, кислородные подушки, шпатели, зонды, скальпели, термометры, баллоны резиновые, ложки чайные, градуированные бутылочки, пипетки, трубки газоотводные, тарелки эмалированные, перевязочный материал, большие пинцеты, зажимы Кохера и Пеана, стерилизатор для инструментов. Необходимо иметь весы, ростомер, сантиметровую ленту. Персонал обязан следить за чистотой своих халатов, косынок, тщательно мыть руки мылом и щеткой, дезинфицировать их перед каждой манипуляцией 0,5% раствором хлорамина с последующим обмыванием проточной водой. Персонал ежемесячно проверяют на носительство дифтерийных палочек, гемолитического стрептококка и стафилококка.

Купание здорового новорожденного разрешается через 2 — 3 дня после отпадения остатка пупочного канатика. Купание имеет гигиеническую цель и в то же время оказывает стимулирующее действие. Во время купания важно не допустить охлаждения ребенка. Обычно ребенка купают в белой эмалированной ванночке. В первые дни, когда пупочная ранка еще не закрылась, новорожденного купают в кипяченой воде с добавлением небольшого количества раствора перманганата калия; температура воды 37-38°С. В дальнейшем для ванны используют горячую водопроводную воду. Один — два раза в неделю новорожденного моют с мылом (детское мыло). Температура в комнате при купании должна быть 20-22°С. Белье и пеленки согревают грелкой с горячей водой. Если перед купанием у ребенка был стул, то новорожденного сначала подмывают, а потом опускают в ванну. Голова ребенка должна находиться на согнутой в локте левой руке матери, кисть — под левой подмышкой ребенка, верхняя часть груди ребенка должна быть над водой; особенно тщательно обмывают естественные складки кожи. Продолжительность ванны — 5 мин, после купания ребенка обливают водой той же температуры (или на 1—2°С ниже), затем, положив ребенка на простыню, обсушивают кожу промокательными движениями. После купания складки кожи желательно смазать прокипяченным на водяной бане растительным маслом.

Белье новорожденного стирают мылом отдельно от белья взрослых, обязательно кипятят и проглаживают. Белье гладят в изолированном помещении при отделении новорожденных. Чистое белье хранят в шкафах, которые периодически моют горячей водой с мылом или протирают раствором хлорамина. Грязное белье собирают в закрытые бачки и убирают после каждого пеленания детей.

**ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО**

Если ребенок родился доношенным и роды у матери протекали нормально, первое прикладывание к груди матери рекомендуется через 6—12 ч после рождения. Важно еще в отделении новорожденных установить режим кормления ребенка. Последующие кормления проводят через 3 —3\*/2 ч- В большинстве родильных домов принято 7-кратное кормление новорожденных. Перед кормлением медицинская сестра тщательно осматривает новорожденных, при необходимости меняет пеленки, затем детей развозят на специальных каталках или разносят на руках по материнским палатам. Перед кормлением мать тщательно моет руки, ватным тампоном осторожно обмывает сосок раствором фурацилина (1:5000) или 0,5% раствором нашатырного спирта. Рукой мать сцеживает несколько капель молока для удаления случайного загрязнения выводных протоков молочных желез. Необходимо следить, чтобы ребенок при сосании захватил в рот не только сосок, но и околососковый кружок. В первые 2 — 3 дня мать кормит ребенка лежа. Ребенка прикладывают только к одной груди. На 3 — 4-й день мать начинает кормить ребенка сидя. Кормление грудью продолжается 20-30 мин. С установлением лактации ребенок остается у груди матери 15 — 20 мин, за это время он высасывает все необходимое количество молока. По окончании кормления грудь обмывают кипяченой водой и обсушивают марлевой салфеткой или ватой.

В первые дни после рождения ребенок высасывает из груди матери от 5 до 30 — 35 мл молока, т. е. в сутки в среднем около 150 — 200 мл. С 3 —4-го дня количество получаемого ребенком молока увеличивается, достигая к 8 —9-му дню 450 — 500 мл в сутки. Количество необходимого ребенку молока в течение первых дней жизни можно вычислить по формуле:



где *п* — день жизни ребенка, 7 — число кормлений.

Педиатр и медицинская сестра тщательно следят за состоянием новорожденного, движением кривой массы его тела. Если необходимо определить, достаточна ли лактация у матери, проводят контрольное взвешивание ребенка до и после кормления. Разница в массе тела показывает количество высосанного молока. Более полное представление о состоянии лактации можно получить после 2 — 3 контрольных взвешиваний в течение дня. Одним из основных условий полноценной лактации кормящей матери является регулярное прикладывание ребенка к груди и соблюдение времени и продолжительности кормлений.

После 7 — 8 дней жизни ребенок должен получать в сутки количество молока, равное 1/5 массы его тела.

С первых дней жизни ребенку следует давать немного воды для питья. Вместо воды можно использовать *5%* раствор глюкозы либо смесь 5% раствора глюкозы с раствором Рингера — Локка в равных количествах. Количество необходимой жидкости различно и зависит от особенностей организма ребенка, количества молока у матери, температуры и влажности воздуха в палате. В первые два дня новорожденный получает от 20 до 30 мл, а в последующие дни — от 30 до 50 мл питья на 1 кг массы тела.

**СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА**

На 5 —7-й день жизни всем здоровым новорожденным проводят вакцинацию (профилактическую прививку) против туберкулеза. Ее осуществляет врач или средний медицинский работник, специально обученный методике введения вакцины. Вакцину БЦЖ вводят внутрикожно в дозе 0,05 мг в 0,1 мл изотонического раствора хлорида натрия в верхнюю наружную треть левого плеча.

Противопоказаниями к проведению вакцинации БЦЖ служат: 1) поражение кожных покровов (гнойничковые заболевания кожи — пиодермия, пузырчатка, кожные абсцессы, флегмоны и др.); 2) клинические симптомы родовой травмы; 3) резус-несовместимость; 4) повышение температуры тела (выше 37,5°С); 5) диспепсические расстройства; 6) заболевания, влияющие на общее состояние ребенка (назофарингит, отит, грипп, пневмония, резко выраженная желтуха и др.). Недоношенность ребенка, имеющего при рождении массу тела не менее 2000 г и общее хорошее состояние, не является противопоказанием.

Дату вакцинации записывают в истории развития ребенка. Иммунитет вырабатывается в течение 172 — 2 мес после вакцинации, сохраняется в течение 3 — 5 лет.

**ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННЫХ**

После выписки из отделения новорожденных ребенок поступает под наблюдение врача детской поликлиники. Эти лечебно-профилактические учреждения должны работать в тесной связи. Все сведения о ребенке в отделении новорожденных заносят в обменную карту, передаваемую детской поликлинике. В ряде родильных домов практикуется непосредственная передача всей документации по наблюдению за новорожденным участковому педиатру детской поликлиники.

В первые три дня после выписки из родильного дома участковый врач и медицинская сестра этого участка должны посетить ребенка. Ребенка осматривают, дают советы по уходу и вскармливанию. Медицинская сестра обучает мать проведению гигиенической ванны новорожденному в домашних условиях.

На протяжении всего периода новорожденное, т. е. на первом месяце жизни, продолжается тщательное наблюдение за развитием ребенка. Врач и медицинская сестра посещают его через каждые 7—10 дней. В конце 1-го месяца мать с ребенком приглашают в детскую поликлинику. Ребенка взвешивают и производят все антропометрические измерения. При необходимости проводят контрольное кормление, чтобы выяснить, хватает ли ребенку материнского молока. Дают подробные советы по организации питания, проведению прогулок; мать знакомят с основными элементами проведения массажа. Патронаж новорожденных является одним из важнейших мероприятий в деле охраны здоровья детей.

**НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК И УХОД ЗА НИМ**

Недоношенными считаются дети, родившиеся раньше срока — на 28 —38-й неделе, имеющие массу тела менее 2500 г, а рост — менее 45 см. Прерывание беременности в первые 28 нед, когда плод еще нежизнеспособен, считается абортом (выкидышем). Недоношенные дети занимают особое место среди новорожденных и составляют от 5 до 8% родившихся. В структуре детской смертности они занимают 48 — 68%. Мертворождаемость при невынашиваемости беременности в 8 — 13 раз больше, чем при донашиваемости. У недоношенных детей значительно чаще встречаются пороки развития. Дети, родившиеся с массой тела меньше 1500 г, нередко имеют симптомы неврологических нарушений.

Выхаживание недоношенных детей представляет собой трудную задачу, однако в специализированных отделениях с успехом выхаживают даже глубоко недоношенных детей, родившихся с массой тела меньше 1000 г.

Причины невынашиваемости различны: патология половых органов (гипофункция яичников, аборты, воспалительные процессы), токсикозы беременности, заболевания внутренних органов (сердца, почек, печени и др.), инфекционные болезни, психические и физические травмы, криминальные вмешательства, употребление родителями, особенно матерью во время беременности, алкоголя и никотина.

У недоношенного ребенка (рис. 1) наблюдается функциональная незрелость всех органов и систем. Основные признаки недоношенности следующие: кожа дряблая, морщинистая, покрыта пушковыми волосами, резкая физиологическая эритема, позже — выраженная желтуха, склонность к отекам кожи и подкожной клетчатки, кровоизлияниям. Подкожная клетчатка у недоношенных развита слабо. Тургор тканей снижен. Окружность головы больше окружности грудной клетки, кости черепа подвижны и находят одна на другую. Хрящи ушных раковин мягкие, пупочное кольцо расположено в нижней трети живота, у девочек зияет половая щель из-за недоразвития больших половых губ, у мальчиков яички часто не спущены в мошонку. Дыхание неравномерно по ритму и глубине, прерывается паузами, судорожными вдохами, легко возникают приступы асфиксии. Если ребенок родился раньше срока на 1 — 1 !/г мес, то дыхание выравнивается к концу 1-го месяца, при большей степени недоношенности—к 3 — 4-му месяцу жизни. Сердечнососудистая система обнаруживает меньшую незрелость, но любой раздражитель (кормление и др.) вызывает учащение числа сердечных сокращений. Обменные процессы характеризуются большой лабильностью, недоношенные дети плохо адаптируются к условиям окружающей среды, легко охлаждаются и перегреваются вследствие несовершенства терморегуляции.

Недоношенные дети обычно тяжело переносят любое заболевание, они склонны к развитию рахита, анемии, гипотрофии, острым респираторным заболеваниям, пневмонии, сепсису. Однако при правильном уходе, вскармливании и воспитании большинство недоношенных детей на протяжении первых двух лет жизни по физическому развитию догоняю! сверстников, родившихся доношенными. Частые и длительные заболевания задерживают физическое и психическое развитие таких детей. При правильном уходе и воспитании недоношенные дети начинают ходить в возрасте 12—15 мес, говорить отдельные слова — в 11 — 14 мес.

Недоношенным детям с момента рождения необходимо обеспечить: 1) уход с соблюдением условий асептики; 2) правильный температурный режим, исключающий перегревание и охлаждение организма; 3) вскармливание грудным молокам; 4) предупреждение инфицирования. Персонал, обслуживающий недоношенных детей, должен иметь специальную подготовку. Необходимые условия для недоношенного ребенка создаются в кувезе («Инка», «Медикор», «Асепта»), при его отсутствии — в кроватке-грелке с электрическим подогревом либо при согревании грелками (температура воды в грелке не должна превышать 60 — 65 °С). Температура в комнате должна быть 25-26°С.

Вскармливание недоношенных детей связано со многими трудностями, так как такие дети имеют низкую толерантность к пище при большой потребности в основных ее компонентах. Кормлению могут препятствовать слабость ребенка, отсутствие сосательного и глотательного рефлексов, легко возникающая асфиксия во время кормления. Первое кормление недоношенных проводят через 12 — 24 ч после рождения. Если ребенок родился с тяжелой асфиксией, массой тела менее 1200 г, кормление начинают через 36 — 48 ч. До первого кормления назначают 5 — 10% раствор глюкозы через зонд или внутривенно из расчета 30 — 60 мл на 1 кг массы тела.

Кормить недоношенных детей начинают с небольших количеств грудного сцеженного молока. С каждым днем количество молока увеличивается, к 15-му дню жизни оно составляет в сутки 1/7 массы тела, а к концу 1-го месяца — 5 массы тела. Промежутки между кормлениями составляют 2 — 21/2 — 3 ч с обязательным ночным перерывом на 4 — 6 ч. В возрасте 3 мес при достаточной прибавке массы тела переходят на 6 кормлений в сутки через З ч. В первые дни после рождения молоко дают из бутылочки. При отсутствии сосательного и глотательного рефлексов у недоношенных детей их кормят через зонд (рис. 2); детей с массой тела 1700 — 2000 г можно прикладывать к груди матери. Если ребенок не высасывает из груди необходимое количество молока, то назначают докорм сцеженным молоком из бутылочки.

При смешанном и искусственном вскармливании применяют смеси «Малютка», с 3 мес — «Малыш»; если этих смесей нет, назначают кефир, ионит-ное молоко. Многие недоношенные дети быстро прибавляют массу тела при кормлении только грудным молоком. Если ребенок медленно прибавляет в массе, то его питание дополняют продуктами, содержащими белок, но начинают не раньше 15 —20-го дня жизни. Для насыщения пищи белком используют кефир, творог. В возрасте 1 мес детям, имеющим массу тела не менее 1800 г, дают соки, начиная с 5 —10 капель и постепенно увеличивая их количество. Прикорм назначают в более ранние сроки, чем доношенным детям: с 3 мес — яичный желток, с 4 мес — овощное пюре или кашу, в 5 мес дают уже 2 прикорма, с 6 мес — бульон, с 6/2 мес — мясной фарш.

Специфическую профилактику рахита кальциферолом (витамином *О)* проводят с 3-недельного возраста. С 3 мес дают рыбий жир, начиная с 1—2 капель до 1/2*—* 1/4 чайной ложки 2 раза в день.

Ванны недоношенным детям после отпадения остатка пупочного канатика делают ежедневно, температура воды составляет 37,5 — 38 °С. Прогулки разрешают при температуре не ниже — 5°С детям старше 1 мес с массой тела не ниже 2000 г. Продолжительность прогулки от 10 мин до *1/2 —* 2 ч. С 2— 3-месячного возраста показаны воздушные ванны, массаж, гимнастика.

Транспортировка недоношенного ребенка из родильного дома в больницу или другое детское учреждение всегда связана с воз можными неблагоприятными последствиями, так как при неправильной перевозке возможны охлаждение, приступ асфиксии, срыгивание (рвота) с аспирацией рвотных масс. Для предупреждения указанных осложнений необходимы следующие меры: согревание, для чего недоношенного ребенка завертывают в байковое и ватное одеяло, между которыми укладывают грелку; необходимо иметь запас кислорода (в кислородной подушке или баллоне); транспортировку следует производить не ранее чем через 1 ч после кормления. Детям, находящимся в тяжелом состоянии, перед транспортировкой делают инъекции кофеина, кордиамина или этимизола. Во время транспортировки ребенка держат на руках, охраняя его от толчков и сотрясений и постоянно наблюдая за его состоянием. Для транспортировки недоношенных, детей можно использовать небольшие переносные инкубаторы отечественного производства.

Каждый ребенок развивается по-своему, с рядом присущих только ему особенностей. Однако в темпах развития можно отметить определенные закономерности. Для опенки физического развития ребенка имеют значение масса тела, рост, окружность грудной клетки и головы.

Во внутриутробном периоде физическое развитие плода характеризуется интенсивным ростом, постепенно замедляющимся к моменту рождения. Длину тела плода ориентировочно можно определить следующим образом: до V месяца беременности включительно рост (в сантиметрах) равен числу месяцев внутриутробного развития, возведенному в квадрат (пример: в 3 мес внутриутробного развития длина плода составляет 32 = 9 см). С VI месяца беременности рост плода в сантиметрах равен числу месяцев внутриутробного развития, умноженному на 5 (в 7 мес длина тела плода составляет 7•5 = 35 см).

Увеличение массы тела и роста в грудном возрасте. Масса тела здорового доношенного ребенка равна в среднем 3400 — 3500 г для мальчиков и 3200 — 3400 г для девочек. Но могут быть значительные колебания в сторону как ее уменьшения, так и увеличения. При многоплодной беременности масса тела новорожденных бывает значительно ниже — 1200 — 2000 г. Дети повторнородящих женщин по массе и росту обычно более крупные, чем дети первородящих. Имеют значение индивидуальные особенности родителей, их возраст, здоровье, социально-бытовые факторы. За последние годы показатели физического развития детей в нашей стране значительно повысились, нередко рождаются дети с массой тела 4000 г и более. В первые дни после рождения масса ребенка уменьшается примерно на 150 — 200 г. Это снижение массы тела, как правило, закономерно и не считается патологическим; оно называется физиологической убылью массы. Снижение массы продолжается 3 — 4 дня, наибольшая потеря ее происходит на 1 —2-й день жизни ребенка. После 4 —5-го дня масса тела снова увеличивается и достигает первоначального уровня к 7—10-му дню жизни. После периода новорожденное™ начинается энергичное увеличение массы тела ребенка (табл. 1).



Ориентировочно рассчитать массу тела ребенка в течение 1-го полугодия жизни можно по формуле:



Первоначальная масса тела новорожденного удваивается к 4 мес жизни и утраивается к 10— 11 мес. Должную массу тела ребенка любого месяца жизни до 1 года можно вычислить также следующим образом: к массе тела ребенка при рождении прибавляют за 1-й месяц 600 г, за 2-й и 3-й месяцы — по 800 г, масса тела каждого последующего месяца на 50 г меньше таковой по сравнению с предыдущим месяцем.

Отклонение массы тела на 10% не считается патологическим. Нарастание массы тела грудного ребенка зависит от индивидуальных особенностей, вида вскармливания, влияния внешних факторов.

После 1-го года жизни интенсивность нарастания массы тела детей значительно ослабевает: за 2-й год жизни масса увеличивается на 3000 — 4000 г, с 3-го года жизни ребенок ежегодно прибавляет в массе в среднем на 2000 г. Массу тела ребенка до 10 лет в килограммах можно рассчитать по формуле:

Масса тела ребенка = Масса тела в 1 год в килограммах + 2 • *п,* где *п* — число лет жизни.

Для правильной оценки физического развития ребенка наряду с массой необходимо учитывать и его рост, т. е. длину тела, так как сопоставление этих величин дает представление об особенностях физического развития. Длина тела доношенного ребенка в среднем равна 50 см (у девочек — 50,2 см, у мальчиков — 50,7 см). В течение первых дней жизни длина тела ребенка несколько уменьшается, так как выравнивается деформация черепа, возникшая при родах, исчезает родовая опухоль. Длина тела наиболее интенсивно увеличивается в грудном возрасте. За 1-й год жизни длина тела увеличивается примерно на 25 см (в *Р/2* раза). Прирост за каждый месяц 1-го года жизни составляет: в I четверть (1—3 мес) — по 3 см за каждый месяц; во II четверть (3 — 6 мес) — 2,5 см, в III четверть (6 — 9 мес) — 1,5 см и в IV четверть (9—12 мес)— 1 см. К концу 2-го года жизни ребенок вырастает на 10—12 см, далее темпы роста снижаются. К 4 годам длина тела ребенка удваивается (100 см), а к 14—15 годам — утраивается (150 см). Рост тела в длину у девочек прекращается в 18 лет, у мальчиков — в 20 —25 лет. Рост еще в большей степени, чем масса, подвержен индивидуальным колебаниям, зависит от условий жизни, воспитания, физической и психической нагрузки ребенка.

Для суждения о правильности развития ребенка большое значение имеют пропорции тела. Отдельные части тела ребенка растут неравномерно, а следовательно, с возрастом меняются и соотношения между ними.

У новорожденного длина головы составляет *1/4* всей длины тела, у 2-летнего — 1/5, у 6-летнего — *1/6,* а у взрослого — *1/8.* У новорожденного окружность головы больше окружности грудной клетки и равна в среднем 35 см. К 1-му году размеры головы увеличиваются на 10 — 11 см (45 — 46 см), причем наибольшие темпы прироста наблюдаются в 1-е полугодие. К 6 годам окружность головы достигает 50 — 51 см, а за все последующие годы увеличивается лишь на 5 —6 см. Окружность головы следует измерять наложением сантиметровой ленты на затылочный наружный выступ (затылочный наружный бугор), а спереди — над бровями.

Окружность грудной клетки у новорожденного в среднем равна 33 — 35 см. Она интенсивно увеличивается на 1-м году жизни, достигая к концу года 48 см. Окружность грудной клетки становится равной окружности головы у здоровых детей к 2 — 3 мес, к 1-му году она больше окружности головы на 2 см. Далее окружность грудной клетки превышает окружность головы приблизительно на столько сантиметров, сколько ребенку лет. Окружность грудной клетки измеряют при помощи сантиметровой ленты, которую накладывают плотно сзади под нижними углами лопаток, спереди по нижнему краю околососкового кружка.

Для объективной оценки физического развития детей предложен ряд антропометрических индексов, основанных на сопоставлении двух или нескольких размеров тела. Индекс Чулицкой: 3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени-рост. Этот показатель характеризует упитанность ребенка. У детей первых двух лет жизни он колеблется от 25 до 20 см. У детей истощенных он может выражаться отрицательной величиной. Индекс Эрисмана: окружность грудной клетки полурост — характеризует развитие грудной клетки ребенка и отчасти его упитанность. Чем лучше физически развит ребенок, тем позже у него окружность грудной клетки сравнивается с полуростом.

В последние десятилетия обращает на себя внимание ускорение физического развития и полового созревания детей, обозначаемое термином «акцелерация». Как показывают массовые обследования детей, темпы роста тела в длину и прибавки массы тела у детей значительно увеличились, особенно в препубертатном и пубертатном периодах. Многие исследователи полагают, что основной причиной акцелерации является изменение социальных условий жизни. Социально-бытовые факторы, характер питания и состояния здоровья женщины во время беременности оказывают большое влияние на массу тела и рост ребенка. Разработаны оптимальные методы оценки состояния питания по антропометрическим данным с использованием существующих таблиц стандартов, в частности и непараметрического, центильного типа. Особый интерес представляет именно оценка соотношений роста и массы тела по центилям массы тела относительно роста ребенка. При массе тела, равной (по таблице) 25 — 75 центилям, питание ребенка может трактоваться как вполне отвечающее средним характеристикам. Зоны от 25-го до 10-го центиля и от 75-го до 90-го позволяют говорить о тенденции снижения или повышения массы тела у ребенка. Использование таблиц позволяет без всяких расчетов и с большой достоверностью выявить нарушения росто-весовых соотношений у детей. Дети, родившиеся с большой массой тела, так же как дети, имевшие при рождении малую массу, должны находиться под особым наблюдением педиатра и патронажной медицинской сестры.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

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