ОБСЛУЖИВАНИЕ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Основы физиологии

**Грудной период длится от 29-го дня жизни до 1 года. Основные процессы адаптации к внеутробной жизни уже завершены, сформиро­ван механизм грудного вскармливания, налаживается наиболее тес­ный контакт матери с ребенком, происходит очень интенсивное физи­ческое, психомоторное, интеллектуальное развитие.**

**В первый год жизни закладывается фундамент, в значительной мере определяющий уровень физического развития и состояния здо­ровья в последующие возрастные периоды.**

**Для грудного периода характерны следующие особенности.**

**Быстрый темп развития. К моменту рождения у ребенка еще не закончено морфологическое и функциональное созревание ни одной из систем организма. Развитие идет гетерохронно, по мере соз­ревания функциональных систем и механизмов их саморегуляции. Факт продолжающегося развития и созревания свидетельствует о вы­сокой пластичности организма ребенка, что позволяет соответствую­щими воздействиями быстро ликвидировать появившиеся отклоне­ния в развитии и состоянии здоровья. Максимальный в постнаталь-ном периоде темп физического развития приходится на 2—4-й мес жизни. Он обеспечивается высоким уровнем обмена веществ с преоб­ладанием анаболических процессов, а относительная энергетическая потребность детей этого возраста в 3 раза превышает таковую у взрослого человека. В то же время в функциональном отношении ор­ганы пищеварения еще недостаточно зрелы, чем и объясняются не­редкие желудочно-кишечные заболевания у грудных детей. Поэтому в первое время единственной пищей для ребенка является грудное мо-**

**61**

локо. Неадекватное же питание может быть причиной задержки фи­зического, психомоторного и интеллектуального развития.

Тесная взаимосвязь и взаимозависимость фи­зического и нервно-психического развития с со­стоянием здоровья ребенка. В раннем возрасте оптималь­ный уровень нервно-психического развития — один из компонентов и хорошего физического развития. Отклонения в состоянии здоровья в свою очередь приводят к снижению функциональных возможностей организма: у больного ребенка, например с гипотрофией, снижена работоспособность корковых клеток, что отражается и на уровне психомоторного развития.

Первый год жизни — период быстрого психомо­торного развития. За год ребенок проходит очень большой путь — от полной беспомощности на первом месяце жизни до пони­мания речи взрослого и умения говорить первые слова, ходить, иг­рать, самостоятельно пить из чашки и др. к концу года. Нервно-пси­хическое развитие ребенка 1-го года жизни представлено в табл. 17 (с. 102). .

За первый год длина тела увеличивается на 50 %, масса тела — втрое. В первые месяцы жизни также заметно увеличивается под­кожный жировой слой, который достигает максимума к 9 мес. Интен­сивный рост скелета обусловливает повышенную его ранимость и де­лает понятной большую частоту рахита у детей этого возраста.

Работоспособность нервной системы у детей 1-го года жизни еще мала. Длительность бодрствования увеличивается медленно — от ,30—40 мин в 1 мес до 2—3 ч к 1 году. К 1 мес у ребенка формируется суточный ритм бодрствования и сна, а к 2—3 мес — дневной ритм и правильная последовательность сна, кормления и бодрствования. У годовалого ребенка общая продолжительность сна составляет 15—16 ч в сутки. И.Н. Усов (1986) предложил формулы расчета часов сна в сутки:

для детей первого года жизни:

22 - (1/2 х m), где m— число месяцев жизни;

для детей старше года:

16 - (1/2 х n), где n — число лет жизни.

В первые месяцы жизни ребенок спит днем 3—4 раза по 1,5—2 ч, с 9—10 мес — 2 раза по 2—2,5 ч, с 1,5—2 лет — 1 раз в течение 2,5—2 ч.

На всех возрастных этапах сон ребенка проходит циклически, т. е. последовательные стадии медленного сна завершаются фазой быс­трого сна. В течение ночи отмечается несколько полных циклов, дли­тельность которых с возрастом меняется. В первые годы жизни ребен­ка фаза быстрого сна занимает около 50 % всего времени сна, после 3—5 лет — 22—30 %. Фазе быстрого сна свойственны физиологичес­кие миоклонии — мелкие быстрые подергивания отдельных мышеч­ных пучков и групп с незначительным движением в мелких суставах. В стадии медленного сна миоклонии существенно меньше.

**Осмотр здорового ребенка**

См. Обслуживание новорожденного ребенка.

**Питание и кормление**

***Грудное вскармливание***

Лучшей, наиболее физиологичной пищей для ребенка первого года жизни является материнское молоко, так как основные пищевые вещества — белки, жиры и углеводы в нем находятся в идеальном для усвоения детским организмом соотношении 1:3:6 (в коровьем 1:1,2:1,4). Важно и то, что оно поступает от матери к ребенку при тем­пературе тела, почти стерильным, содержащим бактерицидные ве­щества. Все основные ингредиенты женского молока абсолютно не-антигенны по отношению к ребенку. Вскармливание грудью способ­ствует формированию контакта ребенка с матерью.

Состав и количество грудного молока во многом зависят от сос­тояния здоровья матери, ее режима и диеты.

*Диета и режим кормящей матери*

Суточный рацион кормящей грудью женщины должен содержать 100—130 г белка, 100 г жира, 400—500 г углеводов, необходимое ко­личество минеральных солей, особенно кальция, фосфора, а также витаминов. Потребление жидкости кормящей женщиной составляет до 2 л в сутки. Полноценное питание кормящей матери может быть обеспечено при ежедневном употреблении в пищу 180—200 г мяса, 50 r масла, 1 яйца, 800 г овощей и фруктов, не более 500 г хлеба. Особенно важно включать в рацион фрукты, овощи, свежую зелень, ягоды, овощные и фруктовые соки и соблюдать режим питания в течение дня. Следует помнить, что избыточное потребление кормящей матерью молока или молочных продуктов (более 0,5 л в сутки) может вызвать сенсибилизацию организма ребенка к белку коровьего молока!

Полноценное питание необходимо сочетать с правильным режи­мом. Кормящая мать должна находиться в спокойной обстановке, достаточно отдыхать, выполнять умеренную физическую работу, гу­лять на свежем воздухе и спать не менее 8—9 ч в сутки. Совершенно недопустимы курение и употребление спиртных напитков. Кормя­щая мать по возможности не должна принимать лекарства, так как некоторые из них могут передаваться с молоком и неблагоприятно воздействовать на организм ребенка (см. Общие проблемы терапии).

Правильное питание и соблюдение кормящей женщиной режима во многом предупреждают гипогалактию. Однако она нередко разви­вается и у женщин, придерживающихся режима и рационального пи­тания.

Гиполактия бывает первичной и вторичной. Первичная гипога-лактия обычно возникает на фоне общей инфантильности матери и плохо поддается лечению. В таких случаях необходимо своевременно назначить ребенку докорм. •

Женщины, особенно первородящие, нередко страдают от предпо­ложения, что у них мало молозива или молока, из-за повышенной чувствительности сосков или ощущения переполненности грудных желез на 4—5-й день после родов.

Чувствительность сосков — одна из проблем первого периода кормления грудью. Основной причиной болезненности и трещин сос­ков является неправильное сосание, обусловленное неумелым при­кладыванием ребенка к груди. При кормлении необходимо менять положение ребенка, чтобы изменить силу давления на разные участки соска. Другая причина — недостаточное питание, в результате кото­рого голодный ребенок сосет более активно и, возможно, неправиль­но. В этом случае не нужно ограничивать продолжительность корм­ления. Лучше кормить ребенка чаще, предотвращая тем самым как чрезмерно интенсивное сосание, так и застой молока в груди.

Чтобы избежать появления трещин и болезненности сосков, кор­мящая мать должна правильно ухаживать за молочной железой:

• избегать излишнего мытья желез, особенно с мылом;

• не пользоваться кремами и аэрозолями;

• после кормления оставлять несколько капель молока на сосках, чтобы они высохли на воздухе;

• держать соски на открытом воздухе столько, сколько можно, по крайней мере ночью;

• следить за тем, чтобы соски всегда были сухими.

Если ребенок сосет нормально и в правильном положении, а соски остаются чувствительными, следует искать другие причины. Возмож­но, у ребенка молочница, тогда соски матери могут инфицироваться и появится их болезненность. В этом случае необходимо лечить и мать и ребенка. Может иметь место психосоматическая болезнен­ность сосков, особенно у первородящих женщин, если мать испыты­вает чувство беспокойства и неуверенности в способности кормить ребенка грудью.

Мать может чувствовать себя неловко, если ей приходится кор­мить ребенка в открытой палате или в присутствии других лиц. Тре­вожное настроение женщины может быть связано и с тем, что она бес­покоится о происходящем в ее отсутствие дома, о будущем уходе за малышом.

Одной из важнейших проблем при вскармливании детей первого года жизни является развитие у матери вторичной гипогалактии. При ее возникновении применяются облучение молочных желез ртутно-кварцевой лампой, УВЧ, стимуляция ультразвуком, витамины А, Е, РР, глутаминовая кислота, апилак, гидролизат сухих пивных дрож­жей.

Кормление ребенка материнским молоком может быть противо­показано по причинам, связанным со здоровьем матери и ребенка.

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию:

• септические состояния;

• активная форма туберкулеза;

64

• тиф и малярия;

• злокачественные новообразования, лейкемия;

• болезни почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью с азотемией;

• врожденные нарушения метаболизма у ребенка (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа);

• послеродовые психозы, тяжелые формы неврозов;

• прием матерью в период лактации лекарственных препаратов, обладающих токсическим действием на организм новорожденного.

Относительные противопоказания к грудно­му вскармливанию:

• болезни сердца с недостаточностью кровообращения;

• выраженные формы гипертиреоза;

• хроническая недостаточность питания у матери;

• гнойный мастит.

В первые 6 мес жизни основные пищевые вещества поступают в организм ребенка с грудным молоком. В практике широко пользуют­ся объемным методом расчета питания ребенку первого года жизни. По этому методу суточный объем молока со 2-й нед до 2 мес жизни составляет 1/5 массы тела, в 2—4 мес — 1/6, в последующем — не бо­лее 1 л.

Дети первого года жизни вскармливаются 6—7 раз в сутки с пере­рывом между кормлениями 3—3,5 ч с 6—6,5-часовым ночным пере­рывом. В возрасте от 1 до 5 мес дети в основном должны получать пи­тание 6 раз через 3,5 ч с 6,5-часовым ночным перерывом. С 5 до 12 мес ребенку дают пищу 5 раз в сутки через 4 ч с 8-часовым ночным пере­рывом. Детей после года обычно кормят 4 раза в день.

Кормление ребенка строго по часам обеспечивает ритмичную де­ятельность органов пищеварения, в результате чего вырабатывается условный рефлекс на время, устойчивый аппетит и лучше усваивается пища. Ночью кормить ребенка нецелесообразно, а в случае беспокой­ства можно дать ему несколько чайных ложек кипяченой воды.

Наряду с этим в последнее время признается целесообразность свободного вскармливания. При этом строгое дозирование пищи не­обязательно и возможны отклонения во времени приема до 30 мин в ту или другую сторону, что дает возможность индивидуализировать режим питания. Кроме того, замечено, что в различные часы суток ребенок высасывает неодинаковое количество молока и, находясь на свободном режиме, может полностью удовлетворить свои потребнос­ти, хорошо прибавлять в массе.

В промежутках между кормлениями грудью нужно давать детям кипяченую воду (неподслащенную) по 30—50 мл, а в жаркое время года до 100 мл в сутки. Со 2-го мес в рацион ребенка вводят фрукто­вые соки с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивая их количество, которое должно равняться числу месяцев, умноженному на десять, например в 5 мес — 50 мл.

В первое время лучше использовать яблочный или черносмороди­новый сок, а с 3—3,5 мес можно дать клюквенный, сливовый, абрико-

65

совый, вишневый, морковный. Малиновый, клубничный, цитрусо­вый, гранатовый, томатный соки вводят осторожно детям после 4 мес. Очень терпкие и кислые соки разводят кипяченой водой и слегка подслащивают. Виноградный сок детям грудного возраста не реко­мендуется из-за повышенного содержания глюкозы, которая усили­вает процессы брожения в кишечнике.

Детям с неустойчивым стулом полезны вишневый, гранатовый, черносмородиновый, черничный соки, а при склонности к запорам — оранжевые соки (морковный, томатный, абрикосовый), а также сли­вовый, свекольный.

Наряду с натуральными можно использовать и консервирован­ные соки, выпускаемые промышленностью специально для детского питания. Их назначают в те возрастные периоды, что и свежие.

С 2,5 мес ребенку рекомендуется тертое яблоко; можно давать пюре из бананов, абрикосов и других фруктов, а также плодово-овощные и фруктово-ягодные консервы для детского питания. Фрук­товое пюре вводят в рацион ребенка начиная с 3—5 мес и постепенно увеличивают с 20 г до 50 г к 5 мес.

С 3—4-недельного возраста для профилактики рахита назначают 400—500 ЕД витамина D^ под контролем пробы Сулковича (см. Рахит).

С месячного возраста назначается аскорбиновая кислота по 30 мг в день, а с 3 мес можно давать пекарские дрожжи по 1 чайной ложке или гидролизат сухих пивных дрожжей по 2 чайные ложки как источ­ники витаминов группы В.

В 4,5—5 мес в рацион ребенка вводят яичный желток, начиная с 1/8 и постепенно доводя до 1/2 желтка в день. Лучше добавлять жел­ток, сваренный вкрутую, к грудному молоку, что уменьшает возмож­ность аллергизации организма и заражения вирусными заболевания­ми. Творог, сливки, сахарный сироп до 5-месячного возраста вводят лишь при необходимости коррекции питания.

Независимо от количества молока у матери ребенок с 4,5—5 мес должен получать прикорм. Более раннее введение прикорма (с 4 мес) можно рекомендовать при анемии, рахите, упорных срыгиваниях. В жаркое время года, а также при острых заболеваниях ребенка, осо­бенно при кишечных расстройствах, прикорм назначается в более поздние сроки — 5—5,5 мес. При введении прикорма следует соблю­дать следующие правила:

• давать прикорм перед кормлением грудью;

• вводить прикорм постепенно, начиная с 1—2 чайных ложек, в последующем заменяя полностью прикормом одно кормление по ис­течении 7—10 дней;

• переходить к другому виду прикорма только после того, как ре­бенок привыкнет к первому;

• блюда прикорма должны быть полужидкими, хорошо протерты­ми, гомогенными, переходить к более густой пище надо постепенно, с возрастом приучая ребенка к жеванию;

• при получении ребенком любого прикорма дополнительно на­

значать белок из расчета 0,5 г/кг массы тела на каждый новый при­корм, для чего используют творог, желток, мясной фарш и др.

Первым прикормом может быть овощное пюре или 5 % манная каша на овощном отваре пополам с молоком. Овощные пюре следует назначать детям с экссудативно-катаральным диатезом, рахитом, ожирением, анемией, недоношенным. Особенно полезны овощные пюре, приготовленные из нескольких видов овощей: горошка, тыквы, моркови, кабачков, свеклы, картофеля, при этом последний не дол­жен составлять более 1/2 общего объема блюда.

Через 10—14 дней после введения первого прикорма постепенно вводят второй прикорм — 5 % манную кашу, которая со временем за­меняется 8—10 % кашей на цельном коровьем молоке. Хорошо гото­вить смешанные каши из муки различных круп (овсяной, гречневой, рисовой). В кашу добавляют 5 % сахара, 3 % сливочного масла. При склонности ребенка к поносам дается рисовая каша, при запорах — овсяная. Полезно готовить сочетанные блюда из овощей или фруктов и круп.

С б—6,5 мес в рацион вводят мясной бульон (30—50 мл) с сухари­ком из белого хлеба. Можно готовить кашу или овощные пюре на мясном бульоне. С этого же возраста назначают мясной фарш, начи­ная с 1/2 чайной ложки, постепенно доведя до 30 г, дважды пропуская вареное мясо через мясорубку и протирая через сито. Полезно раз в неделю давать ребенку печеночное суфле, 2 раза в неделю — рыбный фарш (треска, морской окунь, серебристый хек и др.), а также исполь­зовать мясные консервы, которые выпускаются для детского пита­ния. Хороши также пюре из субпродуктов (печень, язык, мозги) раз­личной степени измельченности.

Детям с анемией и недоношенным можно давать мясной фарш на 1—2 мес раньше. С 8 мес вводят третий прикорм — еще одно кормле­ние грудью заменяют цельным молоком или кефиром с сухариком или печеньем.

С 10 мес вводят четвертый прикорм — кефир или цельное молоко.

Ребенку 9—10 мес можно давать мясо в виде фрикаделек, а к кон­цу года — в виде паровой котлеты.

С 11—12 мес последнее кормление грудью заменяют кефиром или цельным молоком.

Угасание лактации наступает на 3—4-й день после отнятия ребен­ка от груди, для чего на грудные железы накладывается давящая по­вязка, в течение 2 дней ограничивается количество жидкости.

Не рекомендуется отнимать от груди ребенка в летнее время года, при лихорадочных состояниях, расстройствах питания и пищеваре­ния, при проведении профилактических прививок. Для оценки эффек­тивности вскармливания определяют массу и длину тела, уровень психомоторного развития, делают анализ крови, производят расчет питания (белки, жиры, углеводы, калории и соответствие их возраст­ным потребностям ребенка).

Вскармливание ребенка считается правильным, если состояние и настроение его хорошие, физическое и нервно-психическое развитие

67

соответствует возрасту, нормальный состав крови, хорошая защит­ная реакция организма и редкие заболевания острой вирусной инфек­цией (не более 3 раз в году).

Очень важно своевременно установить недокорм ребенка, кото­рый можно предположить при:

• изменении поведения ребенка (беспокойство, плач, не выдержи­вает перерывы между кормлениями);

• уменьшении числа мочеиспускании (меньше 15 раз в сутки у де­тей первого и меньше 10 раз у детей второго полугодия жизни);

• изменении характера стула у ребенка (склонность к запорам);

• снижении нарастания массы тела;

• уменьшении толщины подкожного жирового слоя на груди, жи­воте, затем на конечностях;

• наличии анемии (железо- и белководефицитной);

• изменениях кожи, слизистых оболочек, волос, признаках гипови­таминоза.

Для установления недостаточности количества грудного молока необходимо в течение 1—2 дней перед началом и после окончания прикладывания к груди произвести контрольное взвешивание и не­достающее количество пищи заменить смесями, одновременно прове­дя лечение гипогалактии (см. выше).

***Смешанное вскармливание***

Смешанным вскармливанием принято считать дачу в первые 6 мес жизни ребенка в качестве докорма смесей, цельного молока наря­ду с грудным.

При переходе на смешанное вскармливание важно, чтобы грудное молоко оставалось основным в питании ребенка. В качестве докорма даются смеси «Малютка», «Малыш», «Симилак», «Линолак». До-корм необходимо вводить постепенно, давать после кормления грудью и только с ложечки.

После того как дети привыкнут к докорму, его можно давать в виде отдельных кормлений, чередуя с грудным. При этом грудное кормление должно быть не менее 3 раз, так как при редких приклады-ваниях ребенка к груди лактация угасает. При отдельных кормлениях ребенка смесями надо предусмотреть, чтобы высасывание смеси че­рез соску из бутылочки было затрудненным и вызывало бы напряже­ние, подобное возникающему при сосании груди. Для этого в корот­кой плотной соске надо сделать маленькое отверстие. Важно следить, чтобы положение бутылочки во время сосания было правильным и ребенок не заглатывал воздух.

***Искусственное вскармливание***

Искусственным вскармливание считается, когда грудное молоко составляет менее 20 % общего суточного объема пищи.

Искусственное вскармливание вводится в тех случаях, когда у ма­тери полностью отсутствует грудное молоко или состояние ее здо­ровья не позволяет кормить ребенка грудью. Однако в первые 3 мес

68

жизни необходимо попытаться обеспечить ребенка донорским жен­ским молоком.

В настоящее время для смешанного и искусственного вскармлива­ния детей первого года жизни используются адаптированные сухие и кислые молочные смеси.

Из смесей промышленного изготовления, вырабатываемых на ос­нове коровьего молока, широко распространены «Малютка», «Ма­лыш», «Алеся-1», «Алеся-2» (Беларусь), «Детолакт», «Новолакт-1», «Новолакт-2» (Россия), «Виталакт», «Ладушка» (Украина), «Сими­лак», «SMA» (США), «Импресс» (Германия) и др.

Для вскармливания детей грудного возраста широко применяют­ся кисломолочные продукты питания: ацидофильное молоко, био-лакт, «Нарине», «Мацони», «Бифилин» и др. Разработана также су­хая и жидкая ацидофильная смесь «Малютка». Она показана недоно­шенным новорожденным и детям со слабой ферментативной актив­ностью пищеварительных соков. Однако количество кислых смесей не должно превышать половину суточного объема питания, чтобы не создать чрезмерно кислую среду в организме.

Смеси «Малютка», «Алеся-1» предназначены для вскармливания новорожденных и детей до 2 мес, а «Малыш» — детей старшего воз­раста. Смеси «Виталакт», «Ладушка» применяются для вскармлива­ния недоношенных новорожденных и детей грудного возраста. Прос­тые молочные смеси, представляющие собой разведения коровьего молока водой или отварами различных круп, в настоящее время для смешанного и искусственного вскармливания практически не исполь­зуются. И только в случае внезапного прекращения кормления грудью, когда под рукой нет смесей для детского питания, в первые 3—4 дня ребенку можно давать смесь № 2 — разведение цельного мо­лока (коровьего) водой наполовину с добавлением на 100 г смеси 5 г сахара. С 3—4 нед молоко можно разводить не водой, а 4 % слизисты­ми крупяными отварами (Б-рис, Б-гречка, Б-овес).

Потребность ребенка в жирах и углеводах при смешанном и ис­кусственном вскармливании не отличается от таковой у детей, нахо­дящихся на естественном вскармливании. Однако содержание белка в рационе питания у детей, находящихся на смешанном и искусствен­ном вскармливании, должно быть большим (см. табл. 8).

С 4—4,5 мес при смешанном и искусственном вскармливании вво­дится первый прикорм, последовательность назначения блюд при­корма такая же, как при естественном вскармливании.

При смешанном и искусственном вскармливании важно придер­живаться следующих правил:

• периодически (как минимум 1 раз в месяц) производить расчет количества необходимой ребенку пищи, исходя из средней потреб­ности в белках, жирах, углеводах и калориях. При этом суточное ко­личество пищи по объему не должно превышать 1 л;

• следить, чтобы соотношение между белками, жирами и углево­дами составляло 1:1,5:4,.а количество калорий было на 10 % больше, чем при естественном вскармливании;

ятельности семейного врача, своевременно устранить недостатки и правильно спланировать работу на будущее. План составляется в трех вариантах: на год, квартал и, наиболее конкретный, — на каж­дый месяц.

Для повышения квалификации врач должен постоянно пополнять и обновлять знания в области педиатрии, а также совершенствовать профессиональное мастерство медицинской сестры, совместно про­водя приемы детей в кабинете, патронажи беременных и новорожден­ные детей.

**Профилактическая и противоэпидемическая деятельность семейного врача по медицинскому обслуживанию детей**

Работу по профилактике инфекций семейный врач проводит сов­местно с родителями, работниками поликлиники, других детских уч­реждений, районного центра по гигиене и эпидемиологии, а также с органами местной власти, администрацией организаций и учреждений, представителями общественных организаций, расположенных на обслу­живаемой им территории, при этом задача семейного врача — быть координатором действий всех указанных структур и лиц. Особо тес­ное сотрудничество, доверительные отношения у врача должны скла­дываться с родителями детей.

***Профилактика инфекционных болезней***

Дети чаще болеют инфекционными болезнями, чем взрослые, большинство болезней у них протекает тяжелее и чаще заканчивается смертью. В периоды новорожденности и грудного возраста это связа­но с незрелостью и несовершенством механизмов естественного и приобретенного иммунитета.

У более старших детей нередко еще не выработаны или слабо за­креплены санитарно-гигиенические навыки, они часто и легко всту­пают в контакт с другими детьми, объектами окружающей среды, что облегчает передачу возбудителей инфекционных болезней.

Чтобы предупредить возникновение и распространение инфекци­онных болезней, необходимо проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий.

К *противоэпидемическим мероприятиям* относятся раннее вы­явление инфекционных больных, их изоляция, срочное оповещение о случае заболевания, проведение мероприятий по предупреждению появления новых (повторных) случаев болезни в очаге эпидемии и на участке. Перечень мероприятий в эпидемическом очаге, их объем, уровень зависят от нозологической формы болезни и конкретной эпи­демической ситуации. Общим является надежная изоляция источника инфекции, разрыв путей передачи возбудителя, снижение восприим­чивости к болезни окружающих больного людей. Основной объем противоэпидемических мероприятий проводит центр гигиены и эпи­демиологии. Велика роль в этом и семейного врача.

При приеме больных в поликлинике или посещении по любому

22

поводу ребенка на дому семейный врач прежде всего должен устано­вить или исключить инфекционную болезнь. На обслуживаемой вра­чом территории следует хорошо наладить систему раннего активного выявления инфекционных больных. Чем раньше выявлен и изолиро­ван инфекционный больной, тем благоприятнее исход болезни и меньше риск нового случая или группы аналогичных заболеваний.

При установлении инфекционной болезни или подозрении на нее семейный врач должен госпитализировать больного специальным транспортом в инфекционный стационар. До прибытия специально­го транспорта больного следует временно изолировать в месте вы­явления инфекции: в поликлинике, детских яслях, детском саду, шко­ле, дома. Больные коклюшем, скарлатиной, дизентерией и некоторы­ми другими инфекционными болезнями могут быть изолированы на дому, если клиническое течение и прогноз болезни благоприятные. имеется возможность изоляции (отдельная квартира и комната) и квалифицированного ухода за больным, отсутствуют дети, посещаю­щие детские учреждения, ослабленные дети, а также работники пище­вых и детских учреждений.

Одновременно с вызовом транспорта для госпитализации семей­ный врач оповещает о случае инфекционной болезни по телефону районный центр гигиены и эпидемиологии; разъясняет окружающим лицам сущность болезни и обучает правилам поведения; проводит предварительное эпидемиологическое обследование, выясняя воз­можный источник инфекции, пути передачи возбудителя, способы за­ражения, условия, способствующие заражению, лиц, бывших в кон­такте с больным и находившихся в таких же условиях; забирает мате­риал для микробиологического или паразитологического исследова­ния и отсылает его в лабораторию. Забор материала проводится до назначения противомикробных средств стерильным инструментари­ем в стерильную посуду. После госпитализации больного врач орга­низует заключительную дезинфекцию и устанавливает наблюдение за квартирой (домом) на срок, зависящий от инкубационного периода болезни и особенностей передачи инфекции. Результаты наблюдения заносятся в медицинскую карту ребенка.

При изоляции на дому врач и сестра систематически посещают больного, проводят лечение, следят за соблюдением противоэпиде­мических мер. При ухудшении состояния больной госпитализируется в инфекционную больницу. В случае затруднении с установлением диагноза, определением целесообразности госпитализации больного и тактики терапии семейный врач может обратиться за помощью к врачу-инфекционисту.

На каждый случай установленной болезни или при подозрении на нее семейный врач составляет и отсылает не позднее чем через 24 ч в центр гигиены и эпидемиологии экстренное извещение по форме № 58. Одновременно семейный врач или медицинская сестра вносят сведения о выявленном больном в журнал регистрации инфекцион­ных болезней (форма № 60-леч.). В этот же журнал заносятся сведе­ния о больных с инфекционными болезнями, на которых не подается

23

экстренное извещение, а также о микробо- и паразитоносителях, за которыми установлено наблюдение.

В журнале учета инфекционных больных или специальном журна­ле регистрируются все случаи ятрогенных (внутрибольничных) ин­фекции, возникших у пациентов в процессе оказания медицинской помощи в поликлинике или на дому семейным врачом или медицин­ской сестрой (гепатиты В и С, постинъекционные абсцессы и др.). Все случаи ятрогенных инфекций расследуются с участием семейного врача, эпидемиолога, зам. главного врача поликлиники. По результа­там расследования принимаются меры, предупреждающие возмож­ность появления новых случаев ятрогенных инфекции.

В случае изменения диагноза инфекционной болезни лечебное уч­реждение, его изменившее, составляет новое экстренное извещение и отсылает его в центр гигиены и в поликлинику. Семейный врач вно­сит изменения в журнал учета инфекционных больных и отменяет противоэпидемические меры или изменяет (если есть необходимость) их содержание.

Семейный врач устанавливает наблюдение за выздоровевшими от инфекционной болезни (основанием для этого служит справка либо сообщение инфекционной больницы или врача-инфекциониста по­ликлиники), хроническими больными, микробо- и паразитоносителя-ми, проводит их долечивание и, если нужно, санацию. Диспансерное наблюдение также необходимо за детьми, прибывшими из тропичес­ких и субтропических стран Африки, Азии, Латинской Америки. Данные диспансерного наблюдения заносятся в медицинскую карту ребенка и в карту диспансерного учета, которая хранится в поликли­нике.

Специфические меры профилактики отдельных групп или форм инфекционных болезней в большинстве случаев изложены в специ­альных приказах, инструкциях и других регламентирующих докумен­тах. Исходя из этих документов, с учетом постоянных и переменных эпидемических факторов составляются комплексные календарные планы профилактики инфекционных болезней. В составлении такого плана для конкретных территорий обязательно должен принять учас­тие семейный врач. Эффективность профилактики инфекционных бо­лезней прямо зависит от конкретных условий, которые чрезвычайно многообразны. Более того, желательно, чтобы семейный врач имел собственный план профилактики инфекционных болезней среди об­служиваемой им микропопуляции людей. На особом учете у него дол­жны находиться дети с врожденным и приобретенным иммунодефи­цитом, недостаточным белковым питанием, отстающие в развитии, из неблагополучных семей и проживающие в плохих жилищных усло­виях. Семейному врачу, естественно, необходимо самому активно участвовать в выполнении всех предусмотренных планом мероприя­тий; даже те из них, в которых он не принимает прямого участия, не должны проходить мимо его внимания. Он же дает рекомендации по коррекции плана, если реализация его не оказала эффекта или изме­нились условия.

24

***Иммунопрофилактика инфекционных болезней***

В большинстве стран мира, в том числе в Беларуси, дети обяза­тельно иммунизируются против туберкулеза, дифтерии, коклюша, кори, полиомиелита и столбняка. К этому декретируемому ВОЗ спис­ку в некоторых странах добавлены еще несколько заболеваний (нап­ример, эпидемический паротит, краснуха). ВОЗ и ЮНИСЕФ ставят задачу иммунизировать этими типами вакцин к 2000 году 90 % всех детей мира. Эта мера, по их данным, предотвратит смерть 21 % уми­рающих ныне детей.

Соблюдение первого важнейшего условия эффективности имму­низации — максимальный охват прививками проживающих на учас­тке детей — в значительной мере зависит от усилий семейного врача. Иногда вакцинация может быть противопоказана. Противопоказа­ния к применению разных вакцин близки. Это врожденные или при­обретенные иммунодефицита; острые инфекционные и неинфекци­онные болезни; фаза обострения хронических болезней; все формы и стадии злокачественных опухолей; аллергические болезни и состоя­ния; энцефалиты, энцефалопатии, судорожные состояния; тяжелые болезни крови, сердечно-сосудистой системы, почек, печени. К имму­низации некоторыми вакцинами имеются дополнительные противо­показания.

Однако на практике указанный перечень противопоказаний надо применять разумно. Освобождая ребенка от прививки, врач и родите­ли должны знать, что риск смерти от прививок, учитывая большую восприимчивость непривитых детей к инфекциям и более высокую летальность от них, ниже риска смерти в случае развития инфекцион­ной болезни. Если у ребенка есть противопоказания к проведению прививок, надо приложить все усилия, чтобы вылечить его или пере­вести болезнь в стадию компенсации, после чего сделать прививки по обычной или облегченной схеме. Если ребенок все же останется не­привитым, врач и родители должны оберегать его от контактов с ин­фекционными больными.

Второе препятствие к полноценному охвату прививками детей — отказы родителей, которые в последние годы участились в связи с ложным пониманием прав человека и, особенно, необоснованными высказываниями прессы о вредности прививок. Семейный врач обя­зан и способен убедить родителей в необходимости прививки их ре­бенку.

Иммунопрофилактика туберкулеза. Вакцина БЦЖ вводится здоровым детям однократно внутрикожно на 3—4-й день после рождения.

Ревакцинация проводится в возрасте б—7 и 14—15 лет. Повтор­ные прививки БЦЖ-вакциной показаны детям, у которых после вак­цинации не развился постпрививочный рубчик, через 2 года, а после ревакцинации — через 1 год.

Недоношенных детей с массой тела менее 2000 г, а также детей, не вакцинированных в родильном доме по медицинским противопока-

25

**заниям и подлежащих иммунизации в поликлинике, вакцинируют БЦЖ-М-вакциной.**

**Вакцинацию против полиомиелита проводят с 3 мес трое­кратно с интервалами между прививками 1,5 мес, первую ревакцина­цию — двукратно (18 мес и 24 мес), последующие — однократно (7 и 14 лет).**

**Вакцинацию против коклюша, дифтерии и столбняка проводят вакциной АКДС с 3 мес троекратно с интервалом между прививками 1,5 мес, первую ревакцинацию — однократно в 18 мес. Одновременно осуществляют иммунизацию против полиомиелита.**

**Если до начала вакцинации ребенок переболел коклюшем, вакци­нацию проводят АДС-анатоксином — две прививки с интервалом 1,5 мес, ревакцинацию — через 9—12 мес после законченного курса вак­цинации однократно.**

**Если ребенок, перенесший коклюш, ранее получил три или две прививки АКДС-вакцины, курс вакцинации против дифтерии и стол­бняка считают законченным. В первом случае ревакцинацию АДС-анатоксином проводят в 18 мес, а во втором — через 6—12 мес после последнего введения препарата. Если ребенок получил одну прививку АКДС-вакциной, он подлежит второй вакцинации АДС-анатокси­ном с последующей ревакцинацией через б—12 мес.**

**При поствакцинальном осложнении или сильной общей реакции (температура тела 39,б°С и выше) на первую прививку АКДС (АДС) вторая может быть проведена АДС-М-анатоксином, но не ранее чем через 3 мес. При поствакцинальном осложнении или общей реакции на вторую прививку АКДС-вакциной вакцинация считается закон­ченной. В этих случаях первую ревакцинацию АДС-М-анатоксином проводят через б—12 мес. Если реакция (осложнение) развилась на третью вакцинацию АКДС (вторую АДС), первую ревакцинацию АДС-М-анатоксином проводят через 12—18 мес.**

**При наличии противопоказаний к введению АКДС-вакцины про­водится вакцинация АДС-анатоксином. Дети, имеющие противопо­казания к введению АДС-анатоксина, или старше б лет вакцинируют­ся АДС-М-анатоксином: две прививки с интервалом 30—45 дней. Первую ревакцинацию проводят через 6—12 мес после законченной вакцинации однократно.**

**Если по каким-либо другим причинам после второй прививки АКДС-вакциной прошло 12 мес и более, вакцинация считается закон­ченной. Первую ревакцинацию проводят АДС-анатоксином через год.**

**Вторую ревакцинацию против дифтерии и столбняка осуществля­ют в б лет АДС-анатоксином однократно; третью, четвертую — АДС-М-анатоксином с интервалом в 5 лет, а последующие — каждые 10 лет без ограничения возраста.**

**Если ребенок получил АС-анатоксин в связи с травмой в период между первой и второй или второй и третьей ревакцинациями, то оче­редная ревакцинация проводится АД-М-анатоксином.**

**Подростки и взрослые, которые ранее достоверно не были приви­ты против дифтерии (не имеют документов или уровень иммунитета в**

26

РПГА 1:40 и ниже), не болели этой инфекцией и не были носителями токсигенных коринебактерий дифтерии, должны пройти полный курс иммунизации АДС-М (АД-М)-анатоксином: две прививки с интерва­лом 30—45 дней и ревакцинация через 6—12 мес. Последующие ре­вакцинации — каждые 10 лет однократно.

Ревакцинация взрослого населения осуществляется одновременно против столбняка и дифтерии с 26-летнего возраста однократно АДС-М-анатоксином каждые 10 лет без ограничения возраста.

Вакцинация против кори проводится в 12 мес однократно, ре­вакцинация — всем детям перед поступлением в школу. Интервал между второй ревакцинацией против дифтерии и столбняка и ревак­цинацией против кори не менее одного месяца. Ревакцинации подле­жат однократно привитые дети. Прививку против кори можно прово­дить не менее чем через 3 мес после или за 6 нед до введения иммуно-глобулина или плазмы.

Вакцинация против эпидемического паротита осущест­вляется в 24 мес однократно. Можно проводить ее одновременно с очередной ревакцинацией против полиомиелита, но не ранее чем че­рез 6 мес после прививки против кори и не ранее чем через 2 мес после прививок против других инфекций. Прививку против эпидемическо­го паротита можно проводить не ранее чем через 6 нед после либо за 2 нед до введения иммуноглобулина или плазмы.

По эпидемическим показаниям дети могут иммунизироваться вакцинами против других болезней. В одних случаях для этой цели используют те же вакцины, что и для взрослых, но в сниженных до­зах, в других — специальные вакцины для детей.

Общие требования к введению всех типов вакцин:

• оповещение родителей о прививке и разъяснение им и детям цели, смысла и возможных последствий прививок;

• предварительный медицинский осмотр детей для выявления воз­можных противопоказаний;

• иногда предварительная проверка на восприимчивость к болез­ни, против которой проводятся прививки;

• безусловное выполнение правил асептики (асептические условия места прививок, стерильный, желательно одноразовый, шприц, тща­тельная антисептическая обработка кожи в месте введения, только что асептически открытая ампула с вакциной);

• одновременная регистрация прививок (название препарата, се­рия, доза) в медицинской карте ребенка;

• немедленное оказание медицинской помощи в случае обморока, развития анафилактического шока или судорожных реакций;

• наблюдение за характером возможных постпрививочных ре­акций и осложнений и анализ причин их появления.

***Формирование здорового образа жизни детей***

Медицинские и социологические исследования установили, что здоровье человека определяется тремя группами факторов: наслед­ственностью, образом жизни и условиями жизни. Причем на долю об-

27

**ОБСЛУЖИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА Основы физиологии новорожденного ребенка**

Новорожденный ребенок — это ребенок с момента рождения до 28 дней жизни. В зависимости от гестационного возраста новорож­денный может быть доношенным (при сроке беременности 37—42 нед), недоношенным (менее 37 нед) и переношенным (более 42 нед). Кроме того, по степени зрелости, т.е. по функциональному состоя­нию органов и систем, способных обеспечить внеутробное существо­вание, новорожденных делят на зрелых и незрелых.

Период новорожденности характеризуется рядом морфологичес­ких, функциональных и биохимических изменений, возникающих при переходе от внутриутробной жизни к внеутробной. С этого мо­мента у новорожденного начинается легочное дыхание, функциони­руют малый и большой круги кровообращения, закрываются ботал-лов (артериальный) и аранциев протоки, наступает обратное разви­тие пупочных сосудов, изменяются морфологические и физико-хими­ческие свойства крови. Начинают функционировать органы пищева­рения, устанавливается собственная терморегуляция, повышается об­мен веществ. Приспособление ребенка к окружающей среде происхо­дит постепенно. Функции основных органов и систем находятся в сос­тоянии неустойчивого равновесия, в связи с чем некоторые физиоло­гические процессы могут легко переходить в патологические. Слабо­выраженная иммунологическая защита ведет к повышенной заболе­ваемости новорожденных тяжелыми септическими и токсико-септи-ческими заболеваниями. Поэтому до приобретения ребенком соб­ственного местного и общего иммунитета естественное вскармлива­ние, асептика и антисептика являются решающими в борьбе за сниже­ние неонатальной заболеваемости и смертности.

Разнообразная патология периода новорожденности связана прежде всего *е* нарушением биохимических и физиологических меха­низмов адаптации в результате преждевременных родов, пороков развития и неблагоприятного влияния окружающей среды, проявля­ющегося до наступления родов, во время и после них.

Одна из особенностей неонатального периода — наличие у ребен­ка так называемых пограничных (парафизиологических) состояний, связанных с первичной адаптацией его к окружающей среде. Погра­ничными эти состояния называются потому, что, будучи физиологи­ческими для новорожденных, они при определенных условиях (пато­логия внутриутробного периода, преждевременные роды, патология родов, нарушение условий выхаживания и вскармливания новорож­денных и др.) легко могут принимать патологический характер и при­водить к заболеванию организма.

Пограничными состояниями являются следующие.

**Первоначальная убыль массы тела.** Наблюдается у всех новорож­денных в первые 3—4 дня жизни, составляя 4—6 % у доношенных, 10—12 % у недоношенных, и связана с преобладанием в организме процессов катаболизма, потерей жидкости (преимущественно путем

42

перспирации через легкие и кожу). Доказана зависимость величины убыли массы тела от объема получаемой ребенком жидкости, време­ни первого прикладывания к груди, температуры и влажности окру­жающего воздуха. Убыль более 10 % массы тела у доношенного и 14 % — у недоношенного ребенка свидетельствует о заболевании или по­грешностях ухода за ним. Восстанавливается масса тела к 6—8-му дню жизни.

**Транзиторная гипербилирубинемия** (физиологическая желтуха). Проявляется желтушным окрашиванием кожных покровов на 2—3-й день жизни в связи с накоплением в крови и тканях свободного (не­прямого) билирубина, образующегося при распаде фетальных эри­троцитов. Гипербилирубинемия обусловлена в первую очередь незре­лостью ферментных систем печени, ответственных за конъюгацию билирубина, повышенным гемолизом фетальных эритроцитов, зна­чительной реабсорбцией билирубина из кишечника через кишечно-печеночный шунт и др. Исчезает она к 8—12-му дню жизни.

**Физиологическая эритема** — гиперемия кожи, реактивная красно­та. Исчезает у доношенных к концу 1-й нед, у недоношенных и детей, матери которых страдают сахарным диабетом, держится до 2—3 нед и бывает более выраженной. После исчезновения эритемы в течение 4—6 дней может наблюдаться отрубевидное или пластинчатое шелу­шение кожи.

**Токсическая эритема.** Встречается у 20—30 % новорожденных, возникает на 2—5-й день жизни и проявляется в виде единичных или множественных эритематозных, плотных пятен, папул или везикул, локализующихся на туловище, конечностях, лице. Общее состояние детей не нарушено. Большинство исследователей считают токсичес­кую эритему анафилактоидной реакцией, так как при ней наблюда­ются патохимическая и патофизиологическая стадии аллергической реакции, но нет иммунологической стадии. Через несколько дней ис­чезает самостоятельно.

**Гормональный (половой) криз.** Обусловлен реакцией организма новорожденного на потерю эстрогенов матери, встречается у 60—75 % доношенных новорожденных (чаще у девочек) и проявляется увеличе­нием (нагрубанием) молочных желез, независимо от пола, с выделе­нием при надавливании бело-молочного секрета, напоминающего молозиво; обильными слизистыми выделениями из половой щели (десквамативный вульвовагинит) у 60—70 % девочек в первые 3 дня жизни; кровянистыми выделениями из влагалища на 5—8-й день жиз­ни у 5—10 % девочек. Однако скрытую кровь во влагалищной слизи можно обнаружить у всех девочек с десквамативным вульвовагини-том.

**Угри** — беловато-желтоватые узелки, размером 1—2 мм, которые возвышаются над уровнем кожи и локализуются чаще всего на крыльях носа, лбу, подбородке, щеках.

**Физиологическая диспепсия** — расстройство стула до 4—6 и более раз в сутки (часто водянистый). В генезе имеют значение фазы пер­вичного бактериального заселения кишечника: асептическая, нарас-

тающего инфицирования (до 3—5-го дня), стадия трансформации, вытеснения бифидофлорои других бактерий. Кроме того, физиологи­ческая диспепсия обусловлена также раздражением кишечника жира­ми и белками, ранее не попадавшими в него.

**Транзиторное кровообращение.** Анатомическое закрытие артери­ального (боталлова) протока отмечается у 35 % доношенных ново­рожденных ко 2-й нед и у 80 % — к 8-й нед. Овальное окно закрывает­ся (захлопывается клапан) вскоре после рождения, но анатомически облитерируется лишь через несколько месяцев и даже лет. В связи с этим создаются предпосылки для возникновения у новорожденных патологических шунтов (право-левого шунта при различных заболе­ваниях и лево-правого при быстром расправлении легочных сосудов, например при ИВЛ).

Рекомендации по уходу за здоровым новорожденным

**Некоторые женщины предпочитают ничего не покупать до рождения ребенка, что, естественно, затрудняет организацию ухода за ним в первые недели жизни. По нашему мнению, все необходимое приданое ребенку нужно приготовить заранее. Следует помнить, что основа правильного ухода — строгое соблюдение асептики, а также применение в необходимых случаях антисептических средств. Новорожденному ребенку важнее удобство и чистота, чем красота. Детскую кроватку надо поставить в самом светлом месте комнаты, но не на сквозняке. Матрац должен быть полужестким, обернут клеенкой и покрыт простынкой. Новорожденного кладут в кроватке на бок или на живот без подушки. В комнате дважды в день делают влажную уборку, не менее 4 раз ее проветривают. Температура в комнате поддерживается в пределах 20—22°С. Один из важнейших моментов ухода — купание, которое производится ежедневно, в специально выделенной для этих целей ванночке в течение 7—8 мин, лучше вечером перед предпоследним кормлением. В первые 2 нед жизни (до заживления пупочной ранки) ребенка следует купать в кипяченой воде с температурой 36—37°С. Белье новорожденного хранят отдельно от белья взрослых, стирают в отдельной посуде, гладят с обеих сторон, регулярно кипятят. Для стирки желательно использовать детское мыло, при применении стиральных порошков тщательно прополаскивать. Нельзя допускать контакта с ребенком лиц, больных гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и ОРЗ.**

**С недельного возраста следует гулять с новорожденным на свежем воздухе при температуре не ниже -10°С. Начинают прогулки с 15—20 мин один-два раза в день, постепенно увеличивая длитель­ность пребывания на свежем воздухе до 10 ч и более в сутки в зависимости от погодных условий (сон на свежем воздухе).**

**Важный момент ухода за новорожденным ребенком — пелена­ние. Следует подчеркнуть преимущества так называемого сво­бодного и широкого пеленания. При свободном пеленании ручки ребенка остаются свободными, что дает ему возможность легко совершать движения. Это облегчает дыхание, способствует лучшему проникновению воздуха в нижние отделы легких, является про-**

**47**

филактикой пневмонии. При свободном пеленании ребенку поверх распашонки надевают кофточку с зашитыми рукавами.

При широком пеленании бедра не смыкаются, а остаются разве­денными в стороны. Это способствует правильному формированию тазобедренных суставов и является профилактикой врожденного вы­виха бедра. Так, у детей Востока, которых матери с очень раннего возраста носят привязанными к спине с разведенными в стороны ножками, редко бывает врожденный вывих бедра.

Особого внимания у новорожденных требует пупочная ранка, ко­торая до момента зарубцовывания (эпителизируется к концу второй недели жизни) требует тщательного ухода. Осуществляет его патро­нажная медицинская сестра, однако необходимо обучить уходу за пу­почной ранкой и мать. При наличии серозных или сукровичных вы­делений рану обрабатывают 1 % раствором йода или 5 % раствором марганцовокислого калия.

Один из важнейших факторов, определяющих степень адаптации новорожденных, — правильно организованное, рацио­нальное вскармливание, оказывающее огромное влияние на последующий рост и развитие ребенка, способствующее нормально­му психомоторному развитию его. Количественно недостаточное или качественно неполноценное питание приводит к нарушению роста и развития детей, отрицательно влияет на деятельность головного мозга.

Новорожденный ребенок подготовлен к усвоению материнского молока, которое для него является наиболее адекватным продуктом питания и -по составу ингредиентов, и по степени их усвоения. Важ­ность раннего прикладывания ребенка к груди для активации меха­низмов лактопоэза, установления эмоционального контакта матери и ребенка, а также возможное раннее получение ребенком пассивного иммунитета за счет иммуноглобулинов, содержащихся в материн­ском молозиве, неоценимы. И лишь при наличии противопоказаний к раннему прикладыванию со стороны ребенка или матери от послед­него воздерживаются. При вскармливании грудью важно создать ма­тери удобное для кормления положение (первые сутки лежа, позднее — сидя).

Необходимо чередовать кормление каждой молочной железой, сцеживая остатки молока после кормления. Если объем молока в од­ной молочной железе недостаточен, допустимо докармливание из другой молочной железы, после того как ребенок все высосал из пер­вой, с последующим чередованием порядка прикладывания к груди. Для определения количества высосанного ребенком молока применя­ют контрольное взвешивание до и после кормления, так как вялососу-щих детей и недоношенных иногда приходится докармливать с ло­жечки. Интервалы между кормлениями — 3 или 3,5 ч с б- или 6,5-ча­совым ночным перерывом. Продолжительность одного кормления колеблется в широких пределах, поскольку зависит от активности со­сания, степени лактации, однако в среднем она не должна превышать 20 мин. Несмотря на то что девять десятых рациона ребенок высасы-

48

вает обычно за 5 мин, следует держать его у груди подольше, чтобы помимо голода он удовлетворил и потребность в сосании. Во время сосания ребенок испытывает радость, он познает свою мать, а через нее и окружающий мир. Однако бывают случаи, когда кормление грудью ребенку противопоказано (тяжелые заболевания новорож­денного). или ситуации, когда мать не может кормить грудью (после­родовые и другие инфекционные болезни, оперативные вмешатель­ства в родах, эклампсия и др.).

Для определения количества молока, необходимого новорожден­ному в первые 2 нед жизни, можно пользоваться формулой Г.И. Зай­цевой, где суточное количество молока равно 2 *%* массы тела при рождении, умноженным на день жизни ребенка. С 2-недельного воз­раста суточная потребность в молоке равняется 1/5 массы тела.

Для оптимальной деятельности организма новорожденному кро­ме молока нужна также вода. Воду (чай, раствор Рингера) дают меж­ду кормлениями, в первые двое суток — 20—30 мл, а в последующие дни — до 50 мл.

При недостаточной лактации у матери для вскармливания ново­рожденных применяют молочные смеси, которые по своему составу и соотношению пищевых ингредиентов адаптированы к материнскому молоку. Для новорожденных применяют адаптированные смеси «Ма­лютка», «Детолакт», «Виталакт», «Линолак», «Роболакт» и др., кото­рые способны обеспечивать гармоничное, полноценное развитие ре­бенка.

Учитывая преимущества естественного вскармливания, следует в борьбе с гипогалактией соблюдать пищевой рацион кормящей мате­ри. В его состав ежедневно должно входить молоко, кисломолочные продукты (не менее 0,5 л), творог или изделия из него (50—100 г). мясо (около 200 г), овощи, яйца, масло, фрукты, хлеб. Из пищевых продуктов, способствующих повышению лактации, принимают мед, грибные супы. грецкие орехи, дрожжи, рыбные блюда. Следует пом­нить. однако, что мед и рыбные блюда могут вызвать аллергические реакции. Жидкости кормящая мать должна выпивать не менее 2—2,5 л в сутки. Необходимо избегать продуктов, обладающих высокоаллер-гизирующим действием: цитрусовых, клубники, шоколада, натураль­ного кофе, крепких мясных бульонов, консервированных продуктов, соленых блюд и др. Запрещается курение и употребление спиртных напитков.

**Проблемы периода поворождепности**

Для нормального развития ребенка необходим своевременно ус­тановленный, регулярный контакт между матерью и новорожден­ным. Обычно этот контакт, начавшийся еще до рождения ребенка, во время беременности, после родов усиливается, благодаря возможнос­ти непосредственной близости матери и ребенка. Это вызывает поло­жительные эмоции, привязанность и любовь друг к другу.

Однако в ряде ситуаций (преждевременные роды, заболевания ма­тери или ребенка, родовой травматизм) контакт матери с ребенком

49

затруднен или вообще невозможен в первые дни после рождения, его установление запаздывает. Это требует в дальнейшем дополнитель­ных усилий со стороны медицинского персонала, самой матери и род­ственников.

Следует научить мать, как правильно обращаться с ребенком, чтобы установить разнообразные, обоюдно необходимые положи­тельные эмоции. Для этого ей нужно периодически нежно прикасать­ся кончиками пальцев к лицу ребенка, обнимать и нежно гладить его при пеленании, мягким, мелодичным, спокойным голосом разговари­вать с ним во время бодрствования, пеленания и купания. Крик, бес­покойство новорожденного должны побудить мать прикоснуться к нему, заговорить с ним, взять его на руки.

В периоде новорожденное™ может возникнуть ряд состояний, вызывающих озабоченность родителей и требующих помощи меди­цинских работников. Это прежде всего описанные выше погранич­ные состояния, которые могут быть истолкованы матерью как пато­логические.

Кроме того, иногда возникают трудности при купании ребенка, если он «боится воды». Для этого необходимо удостовериться, что вода не слишком горячая, и, купая ребенка, подбадривать его ласко­выми словами. Через несколько дней ребенок привыкнет к воде.

Много забот у матери вызывают маленькие, плоские соски, так как ребенку поначалу трудно сосать грудь. Однако в процессе кор­мления ребенка грудью они могут вытянуться и «сформироваться». Часто много беспокойства у матери вызывает лакторея — вытекание молока из одной груди, когда ребенок сосет другую. Следует убедить мать, что это нормальное и сравнительно частое явление, которое не должно ее тревожить.

Нередко матери кажется, что у ее ребенка косят глаза. Поскольку глазные мышцы у новорожденного недостаточно развиты, чтобы ко­ординировать движения глаз, такое возможно и при отсутствии ко­соглазия.

После родов иногда возникает депрессия как у очень молодых ма­терей, так и у многорожавших. После родов у женщины наряду с фи­зическим и моральным потрясением происходят значительные гор­мональные и психологические изменения, которые способствуют по­явлению депрессии. Часто кормление ребенка грудью благотворно влияет на мать. Кроме того, следует ежедневно найти время, чтобы посидеть около бодрствующего ребенка, поговорить с ним, поулы-баться ему. Ребенок очень хорошо ощущает присутствие матери, а кроме того, это положительно влияет на больную психику матери.

Срыгивание и рвота — частое явление у новорожденных детей. В большинстве случаев это простые срыгивания вследствие перекар­мливания или заглатывания воздуха (аэрофагия).

Срыгивание вследствие постоянного расслабления пищеводно-желудочного сфинктера (халазия) также может быть причиной рво­ты. Это состояние можно предупредить, придав ребенку вертикаль­ное положение. Детская ахалазия (кардиоспазм) — достаточно ред­

кая причина рвоты у новорожденных. Если рвота появляется сразу после рождения и не прекращается в течение значительного времени, следует заподозрить повышение внутричерепного давления.

**ОБСЛУЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА**

Недоношенным считается ребенок, родившийся при сроке бере­менности менее чем 37 нед.

Масса недоношенных, как правило, менее 2500 г, длина тела мень­ше 46 см. В зависимости от показателей массы тела выделяют три группы недоношенных: с низкой массой (менее 2500 г), очень низкой массой (менее 1500 г), крайне (экстремально) низкой массой (менее 1000г).

**Особенности физиологии**

Основная особенность физиологии недоношенного ребенка — морфофункциональная незрелость жизненно важных органов и сис­тем, наиболее выраженная у детей с очень низкой массой тела (см. табл. 3). Период ранней адаптации у этих детей составляет 8—14 дней, а период новорожденности продолжается до 1,5—3 мес. Макси­мальная потеря массы тела отмечается к 4—7-му дню и составляет 5— 12 %, восстановление ее происходит к 2—3 нед. У 90—95 % недоно­шенных наблюдается желтуха за счет гипербилирубинемии, которая может держаться до 3—4 нед, а также гипопротеинемия, гипоглике­мия, гипокальциемия; метаболический ацидоз. У них значительно реже, чем у доношенных, встречаются проявления гормонального криза и токсическая эритема (см. пограничные состояния у новорож­денных в разделе «Обслуживание новорожденного ребенка»).

Темпы развития недоношенных детей очень высоки. У большин­ства из них весо-ростовые показатели к концу первого года жизни сравниваются с таковыми у доношенных сверстников, у глубоконедо-ношенных (менее 1500 г) — к 2—3 годам. В 5—7 лет и 11—15 лет мо­гут отмечаться нарушения гармоничности развития.

**Осмотр**

Приступая к осмотру, врач должен четко представлять срок геста-ции, антропометрические данные и анамнез ребенка (см. Осмотр здо­рового новорожденного).

Недоношенного ребенка необходимо осматривать последова­тельно, так же как и доношенного, но в то же время быстро, чтобы он не переохладился. Температура в помещении, где проводится осмотр, должна быть не ниже 22°С, при более низкой температуре осматри­вать

ребенка необходимо под источником лучистого тепла. Последо­вательность осмотра: оценка состояния, выявление врожденных осо­бенностей развития, морфологических признаков незрелости, оценка неврологического и соматического статуса.

***Табл. 3.* Функциональные особенности организма недоношенного ребенка**

Система

Функциональные особенности

Нервная

Дыхательная

Кровообращения Пищеварительная

Мочевыдели-

тельная

Иммунная

Синдром угнетения: вялость, сонливость, слабый крик, снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов; несовершенство терморегуляции

Первичные ателектазы легких, лабильность частоты (в среднем 35—60 в минуту) и глубины дыхания, частые апноэ Лабильность частоты сердечных сокращении (140—180 в минуту), сосудистая дистония Снижение толерантности к пище, повышен­ная проницаемость кишечной стенки Низкая фильтрационная и осмотическая функция почек

Низкий уровень гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты (фаго­цитоз , комплемент и др.)

К морфологическим признакам незрелости относятся:

• тонкая и гладкая кожа, слабая выраженность кожных складок на подошвах, обильный пушок на плечах, спине, лбу, бедрах;

• недоразвитие грудных желез (околососкового кружка и ткани), отсутствие гормонального криза (физиологической мастопатии);

• мягкие и недостаточно сформированные ушные раковины;

• недоразвитие наружных гениталий (больших половых губ у де­вочек, отсутствие яичек в мошонке у мальчиков);

• мягкие кости черепа, открытые швы и малый родничок. Особенности неврологического статуса у недоношенного (по сравнению с доношенным):

• меньшая двигательная активность, слабый крик (писк);

• преобладание тонуса сгибателей конечностей над разгибателя­ми, но без физиологического гипертонуса. Флексорный гипертонус обычно появляется в возрасте 1—2 мес;

• снижение физиологических рефлексов, в том числе сосательного. У здоровых недоношенных с массой от 2500 до 1500 г способность к сосанию появляется в течение 1—2 нед жизни, с массой от 1500 до 1000 г — на 2—3-й нед, менее 1000 г — к 1 мес жизни;

• выявление симптомов нарушенной черепно-мозговой иннерва­ции (чаще всего глазные симптомы — симптом Грефе, косоглазие, нистагм, «плавающие» глазные яблоки) после 10—12-го дня жизни всегда свидетельствует о патологии, а не о незрелости.

Методика исследования соматического статуса не отличается от таковой у доношенных (см. Осмотр здорового новорожденного). Указанные в табл. 3 функциональные особенности органов и систем могут сохраняться до 3—4 мес.

**Особенности питания**

Наилучшей пищей для недоношен­ных новорожденных является мате­ринское молоко, так как качественный и количественный состав его меняется в зависимости от срока беременности.

Становление лактации у матерей, родивших преждевременно, происхо­дит медленнее, чем у родивших в срок. Недостаточная лактация может быть обусловлена и тем, что мать психоло­гически не подготовлена к кормлению грудью, часто подавлена из-за того, что ребенок слабо сосет. Обычно в от­делениях по выхаживанию недоношен­ных, пока у матери не появилось моло­ко, детей кормят через соску из буты­лочки, что приводит к формированию неправильного сосания и отказу ребен­ка от груди. Для правильной организации грудного вскармливания недоношенного ребенка врачу необходимо:

• объяснить матери, что только ее молоко подходит ребенку для правильного развития и что сосательный рефлекс усилится по мере роста;

• для стимуляции лактации и сосательного рефлекса у младенца рекомендовать метод «заботы кенгуру»: как можно раньше начать и чаще держать обнаженного ребенка на груди, между молочными же­лезами, и прикладывать к груди, даже если он ее не сосет;

• до установления нормальной лактации использовать режим сво­бодного вскармливания, позволять ребенку сосать как можно чаще, днем и ночью. После установления лактации кормить его 7—8 раз в сутки, с 3—4 мес допустим переход на б-разовый режим кормления;

• при недостаточной лактации для стимуляции выработки молока рекомендовать матери сцеживать грудь не менее 8 раз в сутки и да­вать ребенку сцеженное молоко, даже если это несколько капель, в на-тивном (непастеризованном) виде;

• объяснить матери, что, если возникнет необходимость в докор-Ме, смесь нужно давать только после кормления грудью;

• для формирования правильного сосания советовать матери да­вать докорм (сцеженное молоко, смесь) из пипетки, с ложечки или че­рез трубочку, которую вставляют в бутылочку с молоком и вводят ре­бенку в рот вместе с соском молочной железы (см. рис. 1).

При переводе ребенка на смешанное или искусственное вскармли­вание можно использовать те же адаптированные смеси, что и для до­ношенных (см. Обслуживание новорожденного ребенка). Однако, поскольку у недоношенных повышена потребность в пищевых ингре-

***Табл. 4.* Суточная потребность недоношенных детей в пищевых ингредиентах (на 1 кг массы тела)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пищевой ингредиент | Количество в период активного роста (со 2-й иед жизни до 1 года) | Пищевой Количество в период ингредиент активного роста (со 2-й нед жизни до 1 года) |
| Вода, мл 130—200 Белок, г 3—4 Углеводы, г 12—15 Жиры,г 6—8 Натрий, ммоль 2—3 Калии, ммоль 2—4 | Хлор, ммоль 2—3 Кальций, ммоль 1,5—2,5 Фосфор, ммоль 1,1—2,2 Магний, ммоль 0,25—0,5 Железо, мг 1,5—2 |

диентах и энергических запасах (см. табл. 4), для них выпускаются специальные смеси («Новолакт-ММ», «Препилтти», «Прегумана-0», «Энфалак» и др.). Желательно включать в рацион и кисломолочные смеси (до 40 % необходимого объема питания), с 1,5 —2-месячного возраста.

Если недоношенный ребенок вскармливается грудным материн­ским молоком, по рекомендации ВОЗ (1993), до 4—6 мес он не нужда­ется в дополнительных пищевых добавках и прикорме. Продолжи­тельность грудного вскармливания недоношенных — до 1,5—2 лет.

Последовательность введения и характер пищевых добавок и блюд прикорма у недоношенных те же, что у доношенных.

Отличительные особенности питания на 1-м году жизни:

• пищевые добавки (соки, желток) и основные блюда прикорма (овощное пюре, каши) недоношенным, родившимся с массой более 2000 г, вводят на 1 —2 нед раньше, а при массе меньше 1500 г — на 1 — 2 мес позже, чем доношенным детям;

• до 3 мес дают только осветленные со'ки, соки с мякотью и фрук­товое пюре можно вводить после 3 мес;

• печень и мясной фарш используют в питании с 5—5,5 мес (для профилактики железодефицитной анемии);

• все новые продукты вводят в рацион очень осторожно, с малого количества (соки с 3—5 капель, кашу и пюре — с 1/2 чайной ложки), порцию постепенно увеличивают и доводят до нормы за 8—10 дней.

Примерный режим для недоношенных с различной массой тела при рождении — см. табл. 5.

Суточный объем пищи недоношенного ребенка можно опреде­лить с учетом его потребностей в килокалориях на 1 кг массы, кото­рая составляет в 1-й день 30—35 ккал, к 5-м сут — 50, к 10-му дню — 100, в 2 нед —110—120, к 1 мес — 140—150 ккал. У детей старше 1 мес расчет питания проводят по потребностям в основных ингредиентах и энергетических запасах (белки, жиры, углеводы и килокалории) (см. табл. 4).

54

***Табл. 5.* Режим дня недоношенных детей первого года жизни (в зависимости от массы тела при рождении)**

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст, мес | Масса тела, г |
| 1000-1749 | 1750-2500 |
| От 1 7 кормлений через 3 ч, днев- До 2—2,5 мес 7 кормле-до 3—4 ной сон по 2,5 ч 4 раза, ний, затем б кормлений |

**От** 3—4 6 кормлений через 3,5 ч, до б—7 дневной сон по 2—2,5 ч 4 раза, бодрствование 30—40 мин, после 5 мес дневной сон по 2 ч 15 мин 4 раза, бодрствование до 1 ч, ночной сон 6—7 ч

От 6—7 5 кормлений через 4 ч, до 9—10 дневной сон по 2 ч 3 раза, бодрствование 1,5—2 ч, ночной сон 6—8 ч

От 9—10 5 кормлений через 4 ч, до 12 дневной сон по 2 ч 3 раза, бодрствование 2ч — 2ч 15 мин, ночной сон 6—8ч

До 5 мес б кормлений через 3,5 ч, затем 5 — через 4 ч, дневной сон по 2,5 ч 3 раза, бодр­ствование до 1,5ч, ночной сон 6—7 ч

5 кормлений через 4 ч, дневной сон по 2 ч 3 раза, бодрствование до 2 ч, ночной сон 6—8 ч

5 кормлений через 4 **ч,** дневной сон по 1.5—2 ч 3 раза, бодрствование 2,5 ч, ночной сон 6—8 ч

**Рекомендации по уходу**

Практически здоровые недоношенные дети с массой при рожде­нии более 2300 г могут быть выписаны из родильного дома на 7—8-й день жизни. Менее зрелые и больные недоношенные выхаживаются в специализированных отделениях при детских больницах и выписыва­ются домой в возрасте 1—3 мес. У большинства недоношенных еще сохраняется функциональная незрелость нервной системы, неустой­чивость терморегуляции и низкий уровень иммунитета, что обуслов­ливает необходимость создания для них комфортных условий ухода, заключающихся прежде всего в строгом соблюдении температурного и санитарно-гигиенического режимов.

Комфортный температурный режим предусматривает следующее:

• температура воздуха в квартире должна поддерживаться в пре­делах 22—24°С. Кроватка ребенка размещается в максимальном от­далении от окон и балконных дверей;

• детям 1-го мес жизни требуется дополнительное обогревание (с помощью источника лучистого тепла) при пеленании, подмывании и

55

других манипуляциях. Белье ребенка перед пеленанием также должно быть согрето;

• гигиенические ванны проводят ежедневно, температура воды для новорожденных — 38—37,5°С, к 2 мес снижается до 37—Зб°С, продолжительность — 5—7 мин. При раздражениях на коже и до эпи-телизации пупочной ранки используют отвары трав (ромашка, шал­фей, зверобой, череда из расчета 2—3 столовые ложки на 1 л воды), которые вливают в ванну с кипяченой водой; в течение первого года недоношенных детей купают ежедневно;

• прогулки в летнее время и сон на воздухе можно проводить сразу после выписки из стационара, начиная с 20—30 мин и постепенно уве­личивая до 2—3 ч, 3 раза в день. Весной и в осенне-зимний период вы­носить ребенка на улицу можно при массе тела 2500—3000 г, продол­жительность первой прогулки — 10—15 мин при температуре воздуха не ниже +10°С. В дальнейшем прогулки проводят ежедневно с увели­чением длительности до 1—2 ч в день при температуре до -10°С.

Некоторые закаливающие процедуры (воздушные ванны, упраж­нения в воде) и массаж в настоящее время начинают проводить у практически здоровых недоношенных в отделениях выхаживания не­доношенных детей уже с 2—3 нед, обучая методике их проведения ма­терей. В домашних условиях эти процедуры следует продолжать. Воз­душные ванны проводят в 1,5—3 мес по 1—3 мин 3—4 раза в день, при сочетании с массажем — до 10—15 мин.

Контрастные обливания после купания, общие и местные влаж­ные обтирания разрешаются со второй половины первого года жиз­ни.

В 3 нед—1 мес ребенка выкладывают на живот, начиная с 2—3 мин 1—2 раза, затем 3—4 раза в день. С 1—1,5 мес проводят поглажи­вающий массаж. Растирания, разминания, пассивные движения начи­нают проводить после 2—3 мес детям, родившимся массой более 2 кг, при массе менее 1,5 кг — после 5—6 мес. С 7—9 мес массаж и гимнас­тика проводятся по тем же комплексам, что и у доношенных детей.

Для стимуляции развития психомоторных навыков рекомендует­ся уделять внимание мелкой моторике пальцев рук, так как это стиму­лирует речевые области коры головного мозга. Детям в возрасте 3—7 мес проводят ежедневный массаж и гимнастику кистей и пальцев рук (пассивное сгибание-разгибание). После 8—9 мес для развития речи важно включать манипуляции с мелкими предметами (перебирание коточек на счетах, нанизывание колец на палочки).

Строгое соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпиде­мического режима предусматривает:

• проведение не менее 2 раз в день влажной уборки помещения (1 раз с применением мыльного раствора) и его проветривание (2—3 раза в день);

• обязательную смену уличной одежды и мытье рук перед контак-' том с ребенком, частую (2—3 раза в неделю) смену одежды, в которой мать ухаживает за младенцем;

56

• ограничение посещений семьи посторонними людьми и род­ственниками;

• строгую изоляцию ребенка от заболевших членов семьи;

• аккуратное и тщательное проведение утреннего и текущего туа­лета малыша. Методика его проведения такая же, как у доношенных (см. уход за новорожденным в разделе «Обслуживание новорожден­ного ребенка»);

• медицинское наблюдение за недоношенными детьми на дому в первые 3—4 мес и в периоды эпидемических вспышек ОРЗ;

• создание охранительного режима с ограничением чрезмерных внешних раздражителей (громкая речь, крики, громкая музыка, яр­кий свет и др.).

**Проблемы недоношенных детей**

**Медицинские проблемы.** Недоношенные дети относятся к группе высокого риска по заболеваемости, смертности, инвалидизации.

Преждевременно рожденные дети болеют в 10—20 раз чаще, чем доношенные, заболевания у них протекают тяжелее, с более высокой (в 20—25 раз) летальностью. Риск смерти недоношенного ребенка в 34—37 раз выше, чем доношенного, и в структуре неонатальной смер­тности составляет более 55 %. Самые высокие показатели смертности регистрируются у новорожденных, имеющих массу тела при рожде­нии менее 1500 г, особенно меньше 1000 г.

У 50—60 % выживших детей этой группы в последующие годы жизни отмечается отставание в физическом или нервно-психическом развитии, а у 20—30 % — неврологические заболевания, приводящие к инвалидности (детский церебральный паралич, гидроцефалия, эпи­лепсия, глухота). В связи с этим за недоношенными детьми первого года жизни должно быть организовано тщательное диспансерное наблюдение.

Основные задачи диспансерного наблюдения:

• максимально длительное сохранение грудного вскармливания;

• контроль за выполнением режима дня и питания;

• повышение иммунитета путем регулярного закаливания (про­гулки, водные процедуры, общий массаж);

• профилактика рахита (неспецифическая и специфическая) — ви­тамин **dz** по 500—1000 ME в день в течение 2 лет (кроме летних меся­цев) — и железодефицитной анемии (см. Рахит, Анемии);

• проведение профилактических прививок по индивидуальному графику.

**Социальные проблемы** заключаются прежде всего в том, что для выхаживания недоношенных детей требуются очень большие матери­альные затраты. Создание перинатальных центров, специализиро­ванных отделений I и II уровней выхаживания, совершенствование реанимационной помощи недоношенным детям способствовали по­вышению процента выживания недоношенных с очень низкой и край­не низкой массой тела. Вместе с тем это привело к увеличению коли-

57

чества детей с тяжелой патологией (врожденные аномалии, невроло­гические нарушения, глухота и т.д.) и инвалидов (до 20 %) и возник­новению новой проблемы — необходимости длительной реабилита­ции этих детей.

Основным критерием оценки отдаленных последствий у недо­ношенных детей является частота нервно-психических нарушений — умственные или личностные дефекты, которые мешают им адап­тироваться в окружающей среде (детский церебральный паралич, дефекты слуха и зрения, требующие обучения в специальных шко­лах). Неблагоприятный исход зависит не только от массы тела, гестационного возраста, осложнений беременности и родов, но и от социально-экономического статуса семьи. С учетом тяжести перина-тальной патологии и условий жизни ребенка должна быть разра­ботана индивидуальная программа комплексной реабилитации — медикаментозной, физической, психосоциальной. К реабилитации ребенка с самых ранних ее этапов должна активно подключаться семья, прежде всего мать. При дефиците внимания к ребенку установлено снижение показателей умственного развития начиная с 1—2-летнего возраста.

В реализации последовательной реабилитационной программы важная роль принадлежит семейному врачу, в задачи которого вхо­дит:

• строгое выполнение рекомендаций стационара по продолжению лечения недоношенного на дому;

• налаживание тесного психоэмоционального контакта с семьей ребенка, умение дать полную информацию родителям о его развитии и прогнозе и в то же время убедить их, что при выполнении назначе­ний и рекомендаций специалистов неблагоприятный исход не пре­допределен;

• постоянный контроль за физическим и нервно-психическим раз­витием ребенка, знание нормативов развития недоношенных детей с различной массой при рождении (табл. 6 и 7), своевременная коррек­ция возникающих нарушений (совместно с профильными специалис­тами);

• ранняя диагностика и лечение заболеваний (рахит, анемия, ОРЗ и др.).

***Табл. 6.* Средние месячные прибавки массы тела (г) у недоношенных в зависимости от массы тела при рождения**

|  |  |
| --- | --- |
| Месяц | Прибавка массы при массе тела при рождении, г |
| 2500—1500г | 1499-1000 г |
| 1-й 400 2—10-й 700 11—12-й 500 | 300 600 400 |

***Табл. 7.* Некоторые показатели (время появления, мес) психомоторного развития у недоношенных детей первого гола жизни в зависимости от массы тела при рождении**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Время появления (мес) при > | массе тела при рождении (г) |
| До КЮО 1001-1500 | 1501— 2001— 2000 2500 |

Зрительно-слуховое

сосредоточение 2—3 2—2,5 1.5—2 1\_1,5

Удерживает голову в

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3-^ | 3-4 | 2 |
| 6,5—7,5 | 6—7 | 5—6 |
| 7,5-8,5 | 7—8 | 6—7 |
| 9—12 11—12 14—15 | 8—10 11—12 14—15 | 7-« 9—10 11—13 |

вертикальном поло­жении 3—4 3—4 2 1,5\_2

Поворачивается со

спины на живот 6,5—7,5 6—7 5—6 5\_5,5

Поворачивается с

живота на спину 7,5—8,5 7—8 6—7 6—7

Самостоятельно:

садится 9—12 8—10 7—8 6—7

стоит 11—12 11—12 9—10 9

ходит 14—15 14—15 11—13 11—12

Начинает произносить

слова 12—14 12 11—12 11—12