

---

---

## **ГЛАВА 1. ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА В ПЕДИАТРИИ**

---

---

Если в утробе матери ребенок живет, питается за счет ресурсов ее организма, то после появления на свет жить и учиться это делать с наименьшими затратами и лишениями приходится маленькому организму самостоятельно, а взрослые лишь помогают этому. Конечно, на первых порах эта помощь играет решающую роль в нормальном росте и развитии малыша, но постепенно это участие отходит на второй план.

Для наиболее правильной организации воспитания новорожденного ребенка существуют специально подобранные и, самое главное, одобренные педиатрами принципы, выполнение которых наилучшим образом способствует нормальному физическому и психическому развитию наибольшего числа всех родившихся детей.

По определению врачей-педиатров, детская смертность — это величина, отражающая отношение количества детей, умерших на первом году своей жизни, к тысяче родившихся. Все новые открытия, совершенные в области охраны жизни и здоровья ребенка, а также все недостатки этих открытий и программ отражаются на соотношении выживших и умерших детей. Поэтому, как только появляется тенденция к увеличению показателя детской смертности, необходимо искать «неполадки» в общей системе. К сожалению, очень часто этому уделяется слишком мало внимания, его пытаются компенсировать какими-то ложными показателями и действиями. Причину же «сбоя в системе» иногда напрямую связывают с вещами, не имеющими к этому вопросу никакого отношения. Так почему же подобные ошибки проходят на ура? Да потому, что население не задумывается о том, что сообщают с экранов телевизоров и из радиоприемников, люди, закрутившиеся в водовороте бытовых

проблем, верят всему, что им говорят. Отдельные представители каждой нации не интересуются возрождением и процветанием ее и всего населения планеты в целом. Это происходит потому, что каждый человек в отдельности не чувствует своей значимости в сохранении жизни на Земле.

Люди, не имеющие специального образования и ученой степени в области естественных, медицинских или каких-либо еще наук, не задумываются о том, что их вклад в развитие здоровой и долгой жизни хотя бы собственных детей может быть не менее значимым, чем вклад людей, занимающихся этими вопросами по роду своей деятельности. А ведь процент ученых и научных деятелей от всего процента населения планеты невелик. Так неужели не стоит задать себе вопрос: как может эта сравнительно небольшая горстка людей вселить в сознание всего человечества мысль о том, что каждому нужно думать о здоровье своего ребенка не только на уровне его проживания в квартире, но и на детской площадке у дома, в детском саду, школе и т. д., нужно задумываться самим и стараться научить задумываться других о том, что есть не только физическое здоровье, но и социальное, экономическое — то, чего в одиночку и не осуществить?

В свою очередь, врачи, ученые и исследователи должны задумываться не об изменении всей системы охраны здоровья ребенка, если вдруг она дала сбой, а о том, в какой именно области необходимо приложить наибольшие усилия по устранению дефектов, какие болезни в тот или иной момент становятся наиболее опасными и требуют разработки наиболее совершенной профилактики, лечения и ухода.

## **ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ**

Продолжительность жизни напрямую зависит от уровня социального развития, условий жизни и труда, культурных традиций, гигиены и т. д. Причем стоит заметить, что продолжительность жизни, например, древних греков, да и народов, предшествующих им (шумеры, вавилоняне, ассирийцы), превышала не только продолжительность жизни древнего перво-

бытного человека, но и человека, жившего, к примеру, в период Средневековья. Это указывает на цикличность развития человечества и культуры, на то, что периоды благополучного существования и долгой жизни сменяются периодами «упадничества» как продолжительности, так и качества жизни. Стоит ли говорить о том, что жизнь и здоровье ребенка первого года жизни — это показатели, наиболее остро реагирующие на различные изменения в социальной и биологической среде.

Развитие науки семимильными шагами идет вперед, способности человеческого разума не стоят на месте. Двадцатый век стал одним из самых богатых на научные открытия и достижения, в том числе в медицине и естественных науках. Рациональное и всестороннее применение этих открытий привело к одному из самых трудных достижений во всей истории человечества — к стойкому, неуклонному снижению смертности людей, особенно в грудном возрасте. Конечно, сразу и кардинально преодолеть эту проблему невозможно, в разных странах процесс проходил с различной интенсивностью, где-то даже с «переменным успехом», но все-таки он захватил весь мир и имеет непреодолимую тенденцию к увеличению и распространению.

Неизменно по интенсивности и степени проявления этого процесса доминирует Европа. Так, в середине XX в. в Швеции уровень смертности детей первого года жизни упал до 20%. О таких показателях не могли даже мечтать врачи предыдущего столетия. В Венгрии к 60-м гг. XX в. детская смертность, достигавшая в начале века 20—26%, стала меньше в 6 раз, причем основное ее снижение пришлось на период с 30-х по 60-е гг. Общую гармонию нарушают лишь два «скачка» смертности, впрочем, как детской, так и взрослой, — это Первая и Вторая мировые войны, унесшие миллионы жизней не только на полях боев, но и в мирных поселениях, по причине голода и нищеты.

А вот в странах Африки, Азии, Латинской Америки и некоторых других, носящих название «развивающихся», детская смертность до сих пор довольно высока.

Помимо оценки изменений общей детской смертности в грудном возрасте, стоит также вообще уделить внимание сравнению этого показателя с падением смертности именно в период

новорожденности, т. е. с первого по двадцать девятый день внутриутробной жизни ребенка. Учеными выявлена закономерность: снижение смертности в период новорожденности идет куда более медленно, чем общее снижение смертности в грудном возрасте. Эти закономерности также проявляются по всему миру, но в различной степени в каждой стране.

Причинами частых детских смертей могут служить многие показатели. Если брать в пример какие-либо заболевания, все их можно разделить на два вида: инфекционно-воспалительные, которые обычно ребенок приобретает после рождения, и врожденные. Так вот, если взять банальный энтероколит (воспалительный процесс в тонкой кишке, сопровождающийся расстройствами пищеварения на всех его стадиях) и какой-нибудь врожденный порок развития и сравнить смертность от этих заболеваний в двух странах, сильно отличающихся друг от друга по социальному и культурному развитию (например, Гватемала и Швеция), то можно будет увидеть удивительные различия, хотя и очень закономерные.

В Гватемале к 70—80-м гг. XX в. от энтероколита умирало до 20% детей (от общего числа умерших). Пороки развития же являлись причиной смерти детей менее чем в 1% всех случаев. В то же время в Швеции картина смертности от этих заболеваний носила прямо противоположный характер: дети чаще умирали от врожденных пороков развития, нежели от инфекционных заболеваний, энтероколита, различных видов атрофии и дистрофии отдельных органов и всего организма в целом. Эти заболевания в странах с высоким уровнем развития и хорошей организацией гигиенического контроля приобретают скорее историческое значение или, по крайней мере, носят случайный, единичный характер. А вот пороки развития в хорошо развитых странах стоят на первом месте среди причин детской смертности, потому что их практически невозможно предупредить, они носят разнообразный, непредсказуемый характер, а возникают в связи с высоким уровнем развития технического, индустриального комплекса, широким применением химических, биологических веществ в повседневной жизни, распространенным влиянием физических факторов (УФ-излучение, радиационное облучение, высоко- и низкочастотные шумы, вибрация, электричество высокого напряжения) и т. д. Именно потому, что в развивающихся странах становление индуст-

риального комплекса не достигает столь высоких показателей развития, дети там не умирают от внутриутробных поражений радиационным излучением и т. д.

Таким образом, если обобщить все вышеперечисленное, можно прийти к следующим выводам: в начале XX в. смертность в Европе и слаборазвитых странах в грудном возрасте была примерно одинакова. В возрасте от 1 до 29 дней (период новорожденности) умирала треть детей от общего числа умерших в первый год жизни. К 60—70-м гг. смертность в грудном возрасте значительно сократилась, однако в период новорожденности продолжало погибать наибольшее количество детей ( $\frac{3}{4}$  от всех умерших в первый год жизни), и связано это с трудностью профилактики, диагностики и лечения заболеваний новорожденных. В целом весь этот процесс можно считать благоприятным.

Однако снижение общей смертности грудных детей стоит на одном уровне с увеличением доли недоношенных детей. Возможно, именно по причине недоношенности погибает много малышей в период новорожденности. В этой проблеме можно выявить следующую закономерность: показатели смертности тесно связаны с категориями веса детей.

Смертность среди недоношенных детей в 20 раз выше, чем среди детей с нормальным весом и уровнем развития, соответствующим моменту рождения. Вся группа недоношенных детей неодинакова по весовому показателю, поэтому чем меньше вес родившегося ребенка, тем выше вероятность его смерти. Более того, даже незначительное увеличение показателей смертности среди детей, относящихся к категориям недоношенных, очень сильно повышает процент общей детской смертности в грудном возрасте. Если посмотреть на эту проблему с другой стороны, можно заметить, что с увеличением числа недоношенных детей увеличивается общий процент детей с низким весом, которые, однако, выживают и приспосабливаются к нормальной жизни. Это своего рода проявление адаптации, расширение рамок естественного отбора: дети эти нормально живут, растут и развиваются, достигая при этом во взрослом возрасте показателей роста, несколько сниженных по сравнению с доношенными, что, в принципе, никак не сказывается на качестве жизни.

Если вес ребенка при рождении недостаточен, то значительно снижается его устойчивость к вредным воздействиям

факторов окружающей среды. Для доказательства этого факта можно привести результаты исследований: от энтероколита к 80-м гг. XX в. случаев смерти среди недоношенных детей было в 15 раз больше, а среди детей с нормальным сроком рождения, но сниженным весом — в 7 раз больше, чем среди доношенных детей, получающих нормальное питание. Подобное явление носит название соматической стабильности, которая проявляется в индивидуальной сопротивляемости организма ребенка, обладающего определенными показателями роста, веса и т. д.

Высокая смертность при недоношенности и дефиците веса связана не только с поражениями кишечника, но и заболеваниями органов дыхания, различными инфекциями и общей сниженностью работы иммунной системы ребенка.

Особую роль в профилактике детской смертности играет общий культурный уровень населения, развитие основ гигиены, качество жилищных условий, условий труда, материального обеспечения народа. В наше время во многих странах значительная часть населения пренебрегает медицинскими профилактическими обследованиями, что, естественно, сказывается на здоровье и не способствует нормальному вынашиванию, рождению и воспитанию детей. Качество жилищных условий тоже влияет на смертность детей грудного возраста: наверняка не стоит даже пояснять, где больше вероятность того, что новорожденный выживет, — в нормальной, обеспеченной семье с хорошими условиями проживания или в семье нищих, ютящихся в лачуге, заселенной такими же семьями.

В наше время довольно остро встала проблема недостаточного ухода за маленькими детьми со стороны родителей. Это может быть связано как с нахождением их за чертой бедности и отсутствием времени в связи с поисками средств на пропитание, так и с излишним карьеризмом, увлеченностью работой. Хотя во втором случае, несомненно, случаев смертности гораздо меньше, так как карьеристы и бизнесмены в состоянии нанять няню для ухода за ребенком.

В этих случаях актуальнее становится проблема психологической неполноценности таких детей, так как они страдают из-за отсутствия материнской ласки и вырастают замкнутыми, зачастую жестокими.

Помимо таких случаев, к категории детей, нуждающихся в более высоком уровне ухода и внимания, можно отнести тех, чьи родители являются алкоголиками, наркоманами, олигофренами, преступниками, несовершеннолетними и т. д. В подобных случаях ребенок, как правило, становится нежеланным, «случайным», он не нужен своим родителям, что и является причиной очень частой смертности. Определенная часть детей из этой категории, которой удается выжить, попадает на государственное обеспечение в детские дома. Как ни странно, смертность детей младшего возраста в этих заведениях также очень высока. Это происходит по одной причине: дети эти некоммуникабельны, они «не родные» персоналу, обслуживающему их. В связи с этим они также страдают от недостатка тепла и внимания, а зачастую становятся жертвами жестоких истязаний. Эта проблема носит социальный характер, и зачастую правительства государств не могут найти выход из сложившейся ситуации.

Помимо этого, дети из неблагополучных семей в самом младшем возрасте зачастую становятся жертвами жесткости собственных родителей. При этом издевательства над новорожденными принимают подчас самые изощренные формы: от побоев, причиной которых может стать банальный крик ребенка, которому нужно поменять пеленку, до зверских истязаний, выбрасывания из окон, на мусорку, утопления, закапывания живьем в землю, продажи на донорские органы и т. д.

Все это подчас совершенно невозможно объяснить: ведь если ребенок настолько не нужен, его, в конце концов, можно сдать в детский дом, а в лучшем случае вообще предупредить его зачатие, что в современных условиях не представляет труда. Но почему-то люди рожают этих детей, забирают их из родильных домов, после чего нередко идут под суд за убийство собственного потомства. Ученые и социальные деятели находят объяснение этим действиям в скрытой, неутолимой и патологической человеческой жестокости, которая обостряется при отсутствии нормальных условий существования, осознании собственной неполноценности и ненужности и проявляется по отношению к беззащитному маленькому существу, которое целиком и полностью зависит от взрослых людей.

## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Основным секретом того, что детская смертность от заболеваний различного рода на протяжении всего XX столетия незначительно синизилась, является, пожалуй, тот факт, что профилактику и лечение болезней новорожденных научились проводить более своевременно и рационально.

Основными принципами сохранения жизни и здоровья новорожденных детей в первые десятилетия XX в. были мероприятия, направленные на развитие алгоритмов диеты и питания в первый год жизни, а также соблюдение правил гигиены детей и повышение уровня культуры и профессионализма лечебных учреждений. До сих пор в странах с низким уровнем социального развития, а значит, и недостаточным уделением внимания вышеперечисленным показателям, сохраняется относительно высокий уровень детской смертности по сравнению с другими странами.

Мероприятия по развитию детской гигиены и питания получили название превентивных. Изначально инициаторами проведения подобных действий были отдельные гуманисты, устремившие свой взор в сторону сохранения здоровья нации, а затем к ним присоединились и врачи, узревшие высокую долю рационализма и пользы в действиях первых «энтузиастов» в области пре- и постнатальной педиатрии.

Активные действия в области охраны здоровья детей начали проявляться еще в Средние века, когда стали организовываться первые детские приюты. Наиболее значимым начинателем современной профилактической педиатрии стал французский акушер Будэн, в 1892 г. в своей клинике в Париже организовавший первую детскую консультацию. Он наблюдал в своей консультации многих новорожденных и грудных детей, а результаты его нововведения были налицо: малыши стали умирать в 3—4 раза реже по сравнению с теми, которые после своего рождения находились только под опекой родителей.

Направление это развивалось, достигнув своего апогея к середине XX в., когда стало абсолютно понятно, что значимость превентивных мероприятий неопределима не только в период новорожденности и грудном возрасте, но и во все осталь-



ные периоды развития ребенка. Кроме того, было доказано, что начинать проводить действия по профилактике различных детских заболеваний необходимо не с момента рождения, а гораздо раньше — с беременности, с зачатия, а зачастую и задолго до него.

Именно поэтому в современном мире очень широкое распространение получили генетические консультации, брачные консультации, центры планирования семьи и т. д. Сегодня перед тем как женщина или супружеская пара захочет зачать ребенка, она имеет возможность получить расшифровку генетической предрасположенности к тому или иному исходу зачатия, беременности.

Кроме того, сегодня стало возможным с большей или меньшей вероятностью получить прогноз насчет пола будущего ребенка, а также его внешности и конституциональных особенностей. Но все эти показатели имеют второстепенное значение по сравнению с тем, насколько важно здоровье будущего ребенка, поэтому главная задача брачных консультаций и центров планирования семьи заключается в том, чтобы исследовать здоровье будущих матери и отца, при нахождении отклонений в сторону патологии назначить правильное лечение и коррекцию, более или менее точно установить наилучшие сроки для зачатия ребенка, нормального вынашивания беременности, а также оказать посильную помощь будущей матери в физическом и психологическом отношении.

После появления на свет дети должны находиться под медицинским контролем педиатра до момента вступления организма в период взрослого развития, кроме того, необходимо оказывать помощь детям в период полового созревания.

Таким образом, понятно, что современный объем превентивных мероприятий весьма значителен, но эффективность от применения их в совокупности будет высока только в том случае, если каждый ребенок в стране подвержен им. Иначе при несистематическом применении всех знаний в этой области толковых результатов не будет. Печально то, что эти «необходимости» зачастую превышают «возможности» государственной организации и финансового снабжения.

В странах с высоким уровнем развития система превентивных педиатрических мероприятий находится под охраной отделов министерств здравоохранения, отвечающих за охрану

детей и материнства, которые курируют и контролируют здоровье детей до 14 лет. Подобным контролем занимаются детские поликлиники, на учете в которых дети числятся с рождения, школьные врачи. Под надзором этих отделов находятся ясли, детские сады, дома ребенка, учреждения, занимающиеся воспитанием и образованием детей с врожденными дефектами и пороками развития, детские лечебные учреждения и т. д.

В последние годы оказание медицинской помощи детям приобретает всемирные масштабы, Всемирная организация здравоохранения разрабатывает и внедряет во всемирное использование принципы превентивной педиатрии. Более всего сегодня делается упор на то, что охрана здоровья детей является делом всего человечества, сложным, но благородным. Зачастую главным препятствием на пути к осуществлению этой цели является недостаток средств. Но, несмотря на эту сложность, энтузиасты в этой области во всем мире все же не опускают рук в борьбе за искоренение в развивающихся странах массовых эпидемических заболеваний, которые по большей части являются продуктом бескультурья и нищеты.

Внедрение принципов превентивной педиатрии осуществляется на всех уровнях. Среди населения проводится пропаганда здорового образа жизни, телепередачи вещают на всем доступном языке о необходимости своевременной профилактики, в высших медицинских учреждениях организуют кафедры превентивной педиатрии или на кафедрах детских болезней и их диагностики в общем курсе лекций дают материалы по данному направлению. Все это делается для того, чтобы люди в полной мере осознали важность мероприятий, выполнение которых может привести к высокому уровню здоровья и благополучия наших детей.

## **ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ**

Наиболее важными задачами профилактики детских заболеваний, которые могут в дальнейшем повлечь за собой раннюю смертность или тяжелые нарушения жизненно важных

функций организма ребенка, являются своевременная вакцинация, профилактическое наблюдение участковым врачом детской поликлиники и гигиена учреждений, предназначенных для временного или постоянного пребывания в них детей грудного возраста.

Важность вакцинации можно оценить по данным, полученным при анализе эпидемических ситуаций в конце XIX — начале XX вв. Сравнительно недавно такие заболевания, как коклюш, туберкулез, дифтерия, столбняк, полиомиелит, стояли на первом месте среди причин высокой смертности детей на первом году жизни. Благодаря изобретению препаратов, с помощью которых проводится обязательная вакцинация новорожденных и детей первого года жизни, эти заболевания уже к середине XX в. в десятки раз реже стали являться причиной смертности детей, а некоторые из них были вовсе ликвидированы по всей планете.

Уже до Второй мировой войны на диаграммах, отражающих уровень заболеваемости, перестала фигурировать как таковая дифтерия, так как вакцинация против нее стала обязательной еще в 30-е гг. XX в.

Эффективность вакцинации заметна лишь тогда, когда она является обязательной для всего населения. Существует общепринятый, утвержденный Всемирной организацией здравоохранения прививочный календарь, согласно которому все дети обязательно должны подвергаться вакцинации от туберкулеза, дифтерии, краснухи, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, вирусного гепатита В. О сроках вакцинации, ревакцинации, возможных дополнительных прививках можно будет прочитать в соответствующей главе.

## **КОНСУЛЬТАЦИИ**

Правильно организованные консультации являются самым действенным средством превентивной педиатрии. Консультации и наблюдение за новорожденными в родильных домах необходимы прежде всего для выявления врожденных

пороков развития и рано приобретенных заболеваний, а также для организации помощи молодым матерям в обращении с малышом и его вскармливании.

Консультации для детей грудного возраста направлены на профилактику и лечение наиболее часто возникающих у детей заболеваний, курирование детей с врожденными и приобретенными аномалиями.

---

---

## ГЛАВА 2. УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ И РЕБЕНКОМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

---

---

Правильный уход за детьми помогает предупредить различные заболевания, кроме того, создает наиболее благоприятные условия для роста и развития малыша.

К моменту возвращения матери с ребенком из родильного дома прежде всего необходимо провести тщательную уборку квартиры, комнаты. Желательно хорошо выбить, а еще лучше будет даже обработать пылесосом всю мягкую мебель, матрасы, портьеры, ковры; выстирать одеяла, занавески, половики.

### ОДЕЖДА РЕБЕНКА

Прежде чем покупать одежду для малыша, шить или вязать, необходимо учесть, что новорожденный будет быстро набирать вес и увеличиваться в росте. За первый год жизни ребенок меняет три размера одежды:

- 1) от рождения до 3 месяцев;
- 2) от 3 месяцев до 6 месяцев;
- 3) от 6 месяцев до 1 года.

Мамы должны знать, что если новорожденный весил, например, 3,5 кг и длиной был 50 см, то в 3 месяца он будет весить 5 кг и длина тела будет примерно 60 см, а в 6 месяцев уже вес будет примерно 7 кг и рост — 64 см.

Для первого периода много одежды для малыша приобретать не надо, потому что до 3 месяцев он вырастает примерно на 10 см, лучше приобрести сразу одежду и для второго периода, которую он будет носить до 7 месяцев, кроме того, можно приобрести пеленки и т. д.

До 6 месяцев ребенок большую часть суток спит, поэтому покупать дорогую одежду не следует. Главное на данный пери-

од — следить за чистотой всего, что окружает ребенка. Для безопасности нельзя подвязывать распашонки ленточками на уровне шейки малыша, пользоваться булавками, а также использовать синтетические ткани в приданом ребенка, так как они часто вызывают раздражение кожи новорожденного. Белье ребенка должно быть просторным, чтобы ему было удобно. Хорошо для распашонки использовать тонкие ткани, бывшие в употреблении, избегая грубых швов. Шерстяные распашонки лучше вязать из тонкой мягкой шерсти.

Ориентировочно одежда малыша должна состоять из 20—30 пеленок, часть из которых тонкие хлопчатобумажные, а часть — из бумазеи. Размер их — 100 × 100 см. Хорошо иметь 30—50 подгузников квадратных (лучше двухслойных) и 6—7 бумазейных кофточек с длинными рукавами, 2—3 чепчика, 4—6 детских простыней, одно байковое и одно шерстяное одеяло.

Нужны мягкие пинетки (лучше, если их будет несколько пар), 1—2 шапочки, ползунков 12—14 шт., слюнявчики, варежки для холодного времени года. К 3 месяцам уже могут понадобиться шерстяные штанишки.

Со временем одежду можно дополнить несколькими рубашками больших размеров. Когда малыш начнет ползать, одевать его будет необходимо по-другому. Пеленки отойдут на второй план. Одежда станет разнообразнее, и приобретать ее каждый будет в соответствии со своим вкусом.

Родителям необходимо запомнить общее правило: одежда ребенка должна быть удобной для одевания (т. е. по возможности иметь широкий ворот, достаточно просторные рукава), прочной и не должна стеснять свободы движений. Все распашонки и кофточки должны прикрывать животик.

Исходя из этого родителям необходимо приобрести комбинезон или же штаны с лямками.

## **КРОВАТЬ И ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ РЕБЕНКА**

Практичнее приобрести кроватку вместо колыбели, в которой ребенок сможет спать до 4 лет. Над кроваткой хорошо

иметь полог, который защитит ребенка от мух, яркого света, а также от сквозняков. Кроме того, кровать должна быть удобной и, главное, устойчивой, чтобы малыш при движениях не мог ее перевернуть.

Специалисты советуют использовать для маленького ребенка жесткий упругий матрац. Его можно приобрести или смастерить самостоятельно, сшив чехол из прочной дышащей ткани и наполнив сухой травой. Матрацы в целлофане менее гигиеничны, и покупать их не рекомендуется. Сверху матрац накрывают водонепроницаемой пеленкой, затем мягкой, лучше шерстяной материей.

Подушка не должна быть высокой, и лучше, если ее ширина будет соответствовать кровати. Мягкая перьевая подушка не желательна в применении, потому как ребенок, уткнувшись в нее личиком, может задохнуться. Во избежание раннего искривления позвоночника лучше совсем отказаться от подушки.

Простыни можно сделать из старых простыней. Их лучше всего иметь побольше, а красивых, «праздничных» простыней, которые украшены вышивкой либо цветной лентой из тонкого полотна, не более 2—3 шт.

Родителям следует приобрести или же сшить 3—4 наволочки, если в кровати будет подушка.

Ребенка необходимо хорошо укрывать, чтобы он не замерзал. Следует иметь легкое шерстяное одеяло, которое при необходимости можно складывать вдвое.

Можно также приобрести зажимы для одеяла, если ребенок спит беспокойно и во время сна раскрывается.

## **РЕГУЛЯРНАЯ СМЕНА ПЕЛенок**

Кожа человека содержит сальные и потовые железы, кровеносные сосуды, нервные окончания. Кожа поглощает кислород из внешней среды, выделяет углекислый газ, а также ненужные организму продукты обмена. Кроме всего перечисленного, кожа защищает организм от воздействия окружающей среды, проникания микробов и т. д. Вследствие плохого ухода за ребенком кожа может потерять свои защитные функции,

и тогда неминуемы изменения обмена веществ, нарушения теплообмена. Если не менять подгузник вовремя, то за короткое время во влажной среде активизируются бактерии, вырабатывающие аммоний, который разъедает очень чувствительную кожу ребенка, а организм его еще очень слаб и не защищен. Могут появиться опрелости, с которыми довольно сложно справиться.

Следовательно, родителям не следует лениться менять пеленки каждый раз, как только потребуется. Пеленки, особенно в первые месяцы жизни ребенка, необходимо кипятить, очень тщательно полоскать и гладить с обеих сторон. Непромокаемые штанишки, если их не менять подолгу, превращаются в мокрый компресс и способствуют появлению опрелости.

## ПОДГУЗНИКИ

В европейских странах обычно используют при уходе за детьми специальные подгузники. Сегодня в детских магазинах и аптеках можно увидеть достаточно разнообразные виды подгузников разных фирм изготовителей: «Памперс», «Либеро», «Хаггис», «Лабель», «Бибу», «Беланж» и т. д. Существует мнение, что они нужны ленивым мамам. Однако это не совсем так.

Здоровье ребенка зависит от его нервной системы. Если малыш спокоен (а он спокоен, когда лежит в сухом белье и к тому же сыт), то и болеть он будет меньше.

Стирка пеленок забирает очень много сил у матери и вызывает хроническую усталость, а забот с новорожденным достаточно и без стирки. Все это может сказаться на выработке молока у матери.

Благодаря новым подгузникам ребенок не имеет опрелостей, спит хорошо и всегда сух. Они имеют внутри адсорбент (чаще всего — набухающая от влаги целлюлоза) и сделаны в форме трусиков.

Отмечают преимущество подгузников «Бибу». Они наполнены двумя видами поглотителя: целлюлозой и особым порошком, который под воздействием жидкости мгновенно превращается в гель. Сверху он имеет транзитный слой-губку,



выполненный по высочайшей технологии и обладающий односторонней проницаемостью. Он мгновенно пропускает влагу, не дает ей обратного выхода и обеспечивает сухую поверхность. «Бибу» обеспечивает комфортное состояние ребенка около 8 ч — он впитывает до 350 мл жидкости.

К сожалению, подгузники далеко не всех фирм столь эффективны, но все же они лучше, чем обыкновенные марлевые треугольники, которые приходится стирать, сушить, гладить. С «памперсами» мамам спокойнее, они отдыхают ночью. Хороший сон матери обеспечивает больше молока, а сытый ребенок хорошо развивается и меньше болеет.

## **КОЛЯСКА**

Коляска нужна малышу и летом, и зимой. В теплое время года он может спать в ней во дворе или на лоджии. Надо сказать, что коляска должна быть на хороших рессорах, высокой, глубокой, чтобы ребенок не мог выпасть из нее, достаточно длинной, чтобы он мог лежать в ней до 2 лет, а может, даже и дольше.

Коляска оборуется аналогично кровати: матрац, волосьяная подушка, клеенка, две простыни, одеяло.

## **ДЕТСКАЯ КОМНАТА**

Ее следует обставлять заранее, чтобы не осталось запахов краски по возвращении матери из родильного дома. Комната должна быть удобная, хорошо проветриваемая, уютная. В ней не должно быть ничего опасного для ребенка, чтобы он мог свободно ползать со временем и начинать ходить. Хорошо, чтобы все было прочным, моющимся, безопасным, чистым, практичным.

Пол лучше всего застелить линолиумом или ламинатом, чтобы легче было мыть. Обои использовать лучше моющиеся, со спокойной расцветкой, чтобы они гармонично сочетались с цветом потолка и пола.

Занавески лучше всего плотные, защищающие ребенка от яркого света. Кровать необходимо подбирать очень тщательно, поскольку в первые месяцы малыш проводит в ней большую часть времени. Обязательно необходимо приобрести пеленальный столик, или можно приспособить для этих целей комод (или какой-либо стол).

Хорошо на стол или комод положить пеленальный матрац.

Ковры в детской комнате нежелательны. Кормить ребенка грудью лучше в широком кресле или на низком стуле.

В случае если у родителей нет возможности выделить отдельную комнату ребенку, то можно спокойно обойтись специально оборудованным уголком в тихой комнате, так как ему нужен покой. Хорошо, если этот угол будет отгорожен ширмой, чтобы оградить малыша от сквозняков.

## **ИГРУШКИ**

Простейшие игрушки — самые лучшие, потому что они больше всего развивают воображение. Пятнадцать строительных блоков с деталями различных размеров и конфигурации годами могут быть любимыми игрушками малыша, а электрический робот, на которого можно только смотреть, быстро надоедает. Не раз родители с недоумением наблюдают в новогоднюю ночь, как малыш равнодушно откладывает дорогую игрушку и часами играет с какой-нибудь упаковочной коробкой, которая становится то крепостью, то поездом, то домом. Простые игрушки можно использовать в самых неожиданных вариантах. Не зря дети часто разбирают сложные игрушки на составляющие (самое интересное — попробовать, что с ними можно сделать).

Еще одна необходимая для ребенка вещь — мячи самых разных размеров. У родителей может возникнуть вопрос: почему разных размеров? Дело все в том, что в зависимости от размера мяч выглядит, и подпрыгивает, и ощущается по-разному и играть с разными мячами можно целыми часами. Куклы, мишки и всякие игрушечные зверюшки нравятся всем детям: и девочкам, и мальчикам. Надо сказать, что многим больше нравятся матерчатые или меховые игрушки, чем холодные

пластмассовые или резиновые, однако последние легче «пробовать на вкус» (как говорится, «ребенок в раннем возрасте познает мир через рот»).

Игрушки для детей первого года жизни:

- 1) погремушки ярких расцветок и хорошо звенящие;
- 2) игрушки разных цветов, подвешенные над кроватью;
- 3) натянутая над манежем веревочка с привязанными к ней предметами, например небольшими мячиками;
- 4) резиновые игрушки-пищалки;
- 5) зеркальце из нержавеющей металла, установленное над колыбелью так, чтобы малыш мог видеть в нем свое отражение;
- 6) игрушка, реагирующая на прикосновение (музыкальная);
- 7) резиновые обручи, которые ребенок может грызть в момент прорезывания зубов;
- 8) легкие мячи ярких расцветок, больших размеров;
- 9) игрушки для купания;
- 10) старые журналы и газеты;
- 11) книжки из мягких материалов с изображением простых предметов;
- 12) мягкие игрушки;
- 13) тарелки из легкого металла, деревянные ложки;
- 14) игрушки-неваляшки;
- 15) резиновые конструкции и кубики;
- 16) звучащие игрушки, которые ребенок может поворачивать и встряхивать;
- 17) аудиозаписи с незамысловатыми, ритмичными и мелодичными композициями, которые нужно периодически включать для ребенка;
- 18) поводки для ходьбы;
- 19) ящик или коробка для игрушек.

Родители должны помнить, что никакая игрушка не заменит ребенку папу и маму.

## **УХОД ЗА ПУПКОМ И КОЖЕЙ**

При рождении ребенка пуповину перевязывают и перерезают. Оставшиеся 0,5 см высыхают за неделю. После отпадения

пуповины остается маленькая ранка — пупок, который зарубцовывается в течение нескольких дней. Чтобы пупок не стал «входными воротами» для инфекции, за ранкой необходимо тщательно ухаживать. Пупок обрабатывают перед каждым кормлением. Обычно для обработки используют 3%-ный спиртовой раствор бриллиантового зеленого. Если кожа вокруг пупка покраснела, рубцевание задерживается, нужно срочно обратиться к врачу.

Кожа новорожденного нежная, легко ранимая, и небольшие погрешности в уходе могут привести к появлению опрелостей, потницы, к ее раздражению.

Уход за кожей и слизистыми оболочками ребенка требует соблюдения правил личной гигиены и большой осторожности.

Желательно, чтобы все манипуляции по уходу за кожей и слизистыми оболочками не причиняли ребенку неприятных ощущений. Это облегчает гигиеническое воспитание ребенка и выработку у него необходимых гигиенических правил в дальнейшем. Один раз в день ребенку необходимо делать полный туалет, лучше между двумя утренними кормлениями.

Чтобы малыш не испытывал дискомфорта, вначале нужно приготовить все необходимое для туалета на пеленальном столике (тальк, чистые подгузники, одежду, вату, теплую кипяченую воду, прокипяченное растительное масло, тазик, ковшик и т. д.).

Малыша сперва необходимо подмыть, затем протереть все тельце ватой, смоченной в кипяченой воде. После высыхания, если нужно, припудрить тальком кожные складочки и одеть малыша.

## **СТУЛ У НОВОРОЖДЕННОГО**

Стул у новорожденных, особенно в первые дни жизни, может иметь зеленоватый цвет и частоту до 4—5 раз в сутки — это так называемый «переходный» стул. Каловые массы новорожденного в норме не должны содержать слизь, должны быть однородной консистенции, желтоватого цвета, с кисломолочным запахом, частота должна достигать 5—6 раз в сутки. В том случае, если стул учащается, в нем появляется слизь либо он

---

---

## Содержание

---

---

<b>ЧАСТЬ I. ОБЩАЯ ПЕДИАТРИЯ</b> .....	3
<b>Глава 1. Детская смертность. Охрана здоровья детей.</b>	
<b>Профилактика в педиатрии</b> .....	5
Детская смертность .....	6
Охрана здоровья детей. ....	12
Задачи профилактики .....	14
Консультации .....	15
<b>Глава 2. Уход за новорожденным и ребенком первого года жизни</b> .....	17
Одежда ребенка. ....	17
Кровать и постельные принадлежности ребенка. ....	18
Регулярная смена пеленок .....	19
Подгузники .....	20
Коляска .....	21
Детская комната .....	21
Игрушки. ....	22
Уход за пупком и кожей .....	23
Стул у новорожденного. ....	24
Потница .....	25
Половой криз новорожденных .....	26
Физиологическая желтуха .....	27
Физиологическое падение веса .....	27
Транзиторная лихорадка .....	28
<b>Глава 3. Периоды развития детей. Физическое развитие новорожденных и детей первого года жизни.</b>	
<b>Закономерности роста. Прорезывания зубов</b> .....	29
Внутриутробный этап .....	30
Внеутробный этап .....	33
Акселерация .....	34
Процессы роста и развития костной системы и зубов у детей младшего возраста .....	36
Изменения длины и массы тела. ....	40
Закономерности роста. ....	44
Оценка закономерностей роста и развития ребенка в период грудного вскармливания и во внутриутробный период. ....	47
Методика антропометрических измерений .....	56

<b>Глава 4. Нервно-психическое развитие детей</b> . . . . .	59
Межличностные отношения и восприятия членов семьи . . . . .	61
Роль контакта ребенка с матерью для развития личности. . . . .	63
Роль отца в семье . . . . .	64
Типы воспитания в семье . . . . .	66
Профилактика ситуации повышенного риска для детей в семье. . . . .	72
Оценка нервно-психического состояния и развития ребенка. Профилактика отклонений. Методы оценки психического развития . . . . .	74
Методы исследования интеллекта . . . . .	82
Методы исследования личности ребенка . . . . .	84
Типы семей . . . . .	87
Семья и соматически больной ребенок . . . . .	88
<b>Глава 5. Питание новорожденных и детей первого года жизни</b> . . . . .	91
Грудное вскармливание. Состав женского молока. Молозиво . . . . .	91
Положительное влияние грудного кормления для матери . . . . .	94
Расчет питания доношенному ребенку . . . . .	94
Потребность ребенка первого года жизни в энергии и пищевых ингредиентах . . . . .	95
Правила естественного вскармливания. . . . .	96
Первое кормление . . . . .	97
Противопоказания к прикладыванию к груди со стороны ребенка . . . . .	100
Сцеживание молока . . . . .	101
Затруднения при вскармливании ребенка со стороны матери . . . . .	102
Коррекция питания при естественном вскармливании . . . . .	107
Вскармливание детей, родившихся с низкой массой тела или отстающих в развитии . . . . .	110
Вскармливание детей с пониженным аппетитом. . . . .	111
Прикорм. . . . .	112
Искусственное вскармливание . . . . .	114
Состав молока сельскохозяйственных животных . . . . .	115
Сбалансированное питание . . . . .	118
Молочные смеси. . . . .	119
Безмолочные смеси . . . . .	124
Техника и правила искусственного вскармливания . . . . .	125
Основные ошибки при искусственном вскармливании . . . . .	126
Смешанное вскармливание . . . . .	127
Напитки для кормящих матерей . . . . .	129
Свободное вскармливание . . . . .	130

Непереносимость коровьего молока .....	130
Отнятие от груди. ....	133
Питание недоношенных детей .....	134
<b>Глава 6. Физиологические состояния новорожденных.</b> .....	139
Повышение температуры тела новорожденных .....	139
Желтуха новорожденных .....	145
Половой криз новорожденных .....	153
Гипогликемия .....	154
<b>ЧАСТЬ II. БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ</b>	
<b>И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ</b> .....	155
<b>Глава 1. Врожденные и наследственные заболевания</b> .....	157
Наследственные поражения ферментативных систем ....	161
Врожденные аномалии развития головного и спинного мозга .....	176
Врожденные аномалии опорно-двигательного аппарата .....	182
Врожденные аномалии развития грудной клетки .....	189
<b>Глава 2. Родовые травмы. Асфиксия.</b>	
<b>Сепсис новорожденных</b> .....	191
Сепсис новорожденных .....	191
Родовые травмы .....	205
Асфиксия новорожденных .....	224
<b>Глава 3. Заболевания дыхательных путей.</b> .....	231
Заболевания носа .....	231
Заболевания глотки .....	237
Заболевания гортани .....	238
Заболевания трахеи .....	240
Заболевания бронхов .....	241
Заболевания легких .....	253
<b>Глава 4. Заболевания кожи</b> .....	271
Актуальность проблемы .....	271
Строение кожи .....	271
Транзиторные состояния кожных покровов .....	273
Приобретенные невоспалительные состояния кожи .....	275
Воспалительные изменения	
стафилококковой природы. ....	281
Стрептодермии .....	286
Врожденные и наследственные состояния .....	288
<b>Глава 5. Заболевания нервной системы</b> .....	301
Последствия перинатальных поражений	
головного мозга .....	309
Врожденные хромосомные заболевания, сопровождающиеся поражением ЦНС .....	317
Другие врожденные поражения нервной системы .....	323
Травматические поражения нервной системы .....	327

<b>Глава 6. Заболевания органов пищеварения</b> . . . . .	343
Диспепсии . . . . .	343
Синдром срыгивания. . . . .	348
Нарушение микрофлоры кишечника . . . . .	351
Запоры у детей . . . . .	355
Ферментопатии. . . . .	362
Синдром Швахмана . . . . .	374
Заболевания печени . . . . .	377
Инвагинация кишечника . . . . .	380
<b>Глава 7. Заболевания сердца</b> . . . . .	383
Некоторые общие симптомы заболеваний сердца. . . . .	385
Открытый артериальный проток. . . . .	391
Дефекты межпредсердной перегородки . . . . .	391
Дефект межжелудочковой перегородки. . . . .	392
Изолированный стеноз легочной артерии . . . . .	392
Стеноз аорты . . . . .	392
Коарктация аорты . . . . .	393
Тетрада Фалло . . . . .	399
Транспозиция крупных артерий . . . . .	400
Полная аномалия Шона . . . . .	400
Кардиохирургические операции при ВПС . . . . .	401
Аномальное отхождение левой коронарной артерии . . . . .	403
Аритмии . . . . .	404
Тахикардия. . . . .	404
Пароксизмальная тахикардия . . . . .	405
Брадикардия . . . . .	406
Экстрасистолия . . . . .	407
Мерцательная аритмия . . . . .	408
Кардиты . . . . .	410
Миокардиодистрофия. . . . .	413
Кардиомиопатии . . . . .	414
Недостаточность кровообращения. . . . .	414
Сердечная астма . . . . .	416
Постгипоксический синдром дизадаптации сердечно-сосудистой системы. . . . .	417
Внезапная сердечная смерть . . . . .	418
Инфаркт миокарда у детей грудного возраста . . . . .	424
Изменения со стороны сердца при других заболеваниях новорожденных. . . . .	425
Особенности физической активности у детей с врожденными пороками сердца . . . . .	428
<b>Глава 8. Заболевания почек и мочевыводящей системы у детей</b>	
Пороки развития почек. . . . .	430
Заболевания почек, связанные с врожденными нарушениями обмена веществ. . . . .	439



Пиелонефрит . . . . .	445
Иммуноглобулин А-нефропатия (болезнь Берже) . . . . .	454
Гломерулонефрит . . . . .	456
Заболевания путей мочевого выведения у детей.	
Врожденные пороки путей мочевого выведения . . . . .	463
<b>Глава 9. Заболевания эндокринной системы . . . . .</b>	<b>471</b>
Врожденная гиперплазия коры надпочечников . . . . .	471
Нарушение формирования половых органов плода (интерсексуализм) . . . . .	476
Сахарный диабет . . . . .	485
Гипотиреоз . . . . .	495
Гипопаратиреоз . . . . .	499
<b>Глава 10. Нарушения обмена веществ у детей. Гиповитаминозы . . . . .</b>	<b>501</b>
Нарушения обмена веществ . . . . .	501
Наследственные болезни обмена углеводов . . . . .	502
Наследственные болезни нарушения обмена жиров . . . . .	507
Нарушения обмена аминокислот . . . . .	511
Болезни, связанные с нарушением обменных процессов в соединительной ткани . . . . .	519
Болезни накопления . . . . .	522
Гиповитаминозы . . . . .	528
<b>Глава 11. Болезни системы крови . . . . .</b>	<b>535</b>
Заболевания красной крови . . . . .	536
Заболевания белой крови . . . . .	551
Наследственные лейкопении . . . . .	554
Патология свертывающей системы крови . . . . .	556
Геморрагические расстройства новорожденных . . . . .	556
<b>Глава 12. Инфекционные заболевания . . . . .</b>	<b>560</b>
Коклюш . . . . .	560
Дифтерия . . . . .	568
Скарлатина . . . . .	577
Менингококковая инфекция . . . . .	585
Ветряная оспа . . . . .	598
Корь . . . . .	607
Краснуха . . . . .	619
Дизентерия . . . . .	628
Эпидемический паротит . . . . .	639
Аденовирусная инфекция . . . . .	648
Грипп . . . . .	658
Парагрипп . . . . .	665
Гепатиты . . . . .	668
<b>Глава 13. Вакцинация . . . . .</b>	<b>687</b>
<b>Глава 14. Сифилис . . . . .</b>	<b>697</b>
<b>Глава 15. Дисбактериоз новорожденных . . . . .</b>	<b>707</b>
<b>Глава 16. Диатезы . . . . .</b>	<b>716</b>