

под редакцией **Николая Павловича Шабалова**

СПРАВОЧНИК ПЕДИАТРА

4-е издание,
переработанное и дополненное

СПУТНИК ВРАЧА

 **ПИТЕР®**

ББК 57.33я22

УДК 616-053.2(03)

С74

Под ред. Н. П. Шабалова

С74 Справочник педиатра. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2018. — 736 с.: ил. — (Серия «Спутник врача»).

ISBN 978-5-00116-099-1

Четвертое издание справочника (предыдущие вышли в 2005, 2007, 2013 гг.) переработано и дополнено. В книге затронуты все основные вопросы современной педиатрии; освещены особенности физиологии развития ребенка, организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям; описаны симптомы, встречающиеся в клинической практике, с указанием причин их появления; приведены необходимые сведения о многочисленных нозологических формах патологии детского возраста (свыше 300), ранжированных в соответствии с МКБ-10.

Для практикующих педиатров, терапевтов, а также для студентов старших курсов медицинских вузов, педиатрических и лечебных факультетов.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Информация, содержащаяся в данной книге, получена из источников, рассматриваемых издательством как надежные. Тем не менее, имея в виду возможные человеческие или технические ошибки, издательство не может гарантировать абсолютную точность и полноту приводимых сведений и не несет ответственности за возможные ошибки, связанные с использованием книги.

Издательство не несет ответственности за доступность материалов, ссылки на которые вы можете найти в этой книге. На момент подготовки книги к изданию все ссылки на интернет-ресурсы были действующими.

ISBN 978-5-00116-099-1

© ООО Издательство «Питер», 2018

© Серия «Спутник врача», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	9
Предисловие	13
Раздел 1. Общие вопросы	17
Физическое и половое развитие	19
Методы оценки физического развития	19
Оценка полового развития детей	23
Нервно-психическое развитие ребенка	27
Вскармливание детей	31
Естественное вскармливание	31
Смешанное и искусственное вскармливание	36
Гипогалактия	42
Методы повышения лактации	43
Оказание амбулаторно-поликлинической помощи	45
Организация амбулаторной педиатрической помощи	45
Профилактическая работа	46
Специфическая профилактика инфекционных заболеваний	51
Лечебно-диагностическая работа	65
Раздел 2. Симптомы, наиболее часто встречающиеся в педиатрии	71
Нарушение развития	73
Нарушение психомоторного развития	73
Физическое развитие	76
Высыпания на коже	81
Отеки	85
Общие отеки	85
Местные отеки	86

Желтуха	88
Основные причины гипербилирубинемий	89
Увеличение периферических лимфатических узлов и селезенки	92
Увеличение селезенки	97
Боль в суставе, изменение сустава	99
Повышенная кровоточивость	104
Основные причины повышенной кровоточивости, обусловленной тромбоцитарными нарушениями	105
Основные причины повышенной кровоточивости, обусловленной коагулопатией	106
Основные причины повышенной кровоточивости, обусловленной сосудистыми нарушениями	106
Особенности обследования детей с повышенной кровоточивостью	106
Шумы сердца	110
Основные аускультативные характеристики шумов сердца	110
Систолические шумы	113
Диастолические шумы	114
Систола-диастолические шумы	115
Изменения артериального давления	116
Кашель и нарушения дыхания	118
Кашель	118
Нарушения дыхания	120
Кашель и расстройства дыхания у новорожденных	123
Боли в животе	125
Головная боль	132
Основные причины вторичной головной боли	132
Особенности обследования детей с головной болью	133
Нарушения сознания	135
Обмороки	135
Кома	137
Судороги	139
Нарушение мочевыделения	142

Изменения в клиническом анализе крови.	146
Изменения в анализе мочи	152
Особенности обследования детей с изменениями в анализе мочи	154
Изменения в кале	155
Срыгивания и рвота	161
Нарушение дефекации	169
Лихорадка у детей	177
Наиболее частые причины.	178

Раздел 3. Частная патология 181

Инфекционные и паразитарные болезни	183
A00–A09. Острые кишечные инфекции: общие вопросы	183
Другие инфекции	200
B66–B83. Гельминтозы.	248
Новообразования	262
Болезни крови, кроветворных органов и иммунные нарушения	273
D55–D59. Гемолитические анемии: общие положения	278
D60–D64. Апластические и другие анемии: общие положения.	284
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	307
Психические и поведенческие расстройства	349
Болезни нервной системы	358
Болезни уха и сосцевидного отростка	370
Болезни системы кровообращения.	374
Болезни органов дыхания	399
Болезни органов пищеварения	433
Болезни кожи и подкожной клетчатки	488
M.00–M.99 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	501

Болезни мочеполовой системы	521
Состояния и заболевания в перинатальном периоде	550
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения.	574
Q20–Q28. Врожденные аномалии системы кровообращения: общие положения.	574
Неклассифицированные состояния, травмы и отравления	604
Приложения	611
Приложение 1. Физическое развитие.	612
Приложение 2. Питание детей	628
Приложение 3. Риск патологии новорожденных	634
Группы риска новорожденных.	634
Приложение 4. Диспансерное наблюдение	636
Перечень исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних (приказ МЗ РФ № 514н от 10.08. 2017, прил. 1)	636
Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового (Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.04.2007 № 283)	644
Приложение 5. Нормативы гематологических и биохимических показателей. . . 648	
Приложение 6. Критерии артериальной гипертензии.	658
Приложение 7. Лекарственные препараты, наиболее употребляемые в практике	667
Алфавитный указатель по кодам МКБ10	714
Алфавитный указатель	721

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	артериальное давление
АДГ	антидиуретический гормон
АДФ	аденозиндифосфорная кислота
АКТГ	адренкортикотропный гормон
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АНА	антинуклеарные антитела
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
АСИТ	аллергенспецифическая иммунотерапия
АТФ	аденозинтрифосфорная кислота
ВВЛ	вспомогательная вентиляция легких
в/в	внутривенно
в/м	внутримышечно
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВНС	вегетативная нервная система
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУИ	внутриутробные инфекции
ВПС	врожденные пороки сердца
ВЧД	внутричерепное давление
ВЧГ	внутричерепная гипертензия
ВЖК	внутрижелудочковое кровоизлияние
ГК	глюкокортикоиды
ГТ	гонадотропин
ГАМК	гамма-аминомасляная кислота
ГОМК	гамма-оксимасляная кислота
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДАИ	дозированный аэрозольный ингалятор
ДВС	синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
ДМВ	дециметроволновая терапия
ДН	дыхательная недостаточность
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ДПИ	дозированный порошковый ингалятор
ДСТ	дисплазии соединительной ткани
ЖКВ	живая коревая вакцина
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт

ного с целью выявления наиболее значимых симптомов с позиции их диагностической чувствительности и специфичности для предполагаемой патологии. «Образ болезни» запечатлевается у врача после ряда лет практики, и лишь тогда он может осознать и почувствовать, что же не укладывается у конкретного больного в «образ болезни», которая у него наиболее вероятна.

В результате первого контакта с больным у врача после формулирования предварительного (предположительного) диагноза всегда возникает ряд сложных и с тактической точки зрения важных вопросов:

1. Каким образом верифицировать предположительный диагноз, используя при этом минимум наиболее специфических критериев?
2. К консультации каких специалистов целесообразно прибегнуть для подтверждения диагноза?
3. В каких ситуациях врач может принять самостоятельное решение о госпитализации больного ребенка без дополнительного обследования и консультации узкого специалиста; какой профиль стационара при этом выбрать?
4. Нуждается ли ребенок в неотложных догоспитальных врачебных мероприятиях и в каком объеме?
5. В случае отсутствия показаний для госпитализации больного совместно со специалистом какого профиля целесообразно проводить амбулаторное дообследование ребенка и его лечение?
6. С каким специалистом и как осуществлять динамическое (диспансерное) наблюдение пациента в периоде его выздоровления или ремиссии?

Авторским коллективом предпринята попытка дать ответы на эти непростые и актуальные для практической деятельности врача вопросы.

В принципе, показаниями для госпитализации всегда являются: необходимость консультации с хирургом (подозрение на «острый живот», болезни, требующие оперативного вмешательства, травмы) или изоляции больного как источника инфекции для окружающих; «карантинные» болезни; жизнеугрожающие состояния; необходимость при лечении использовать методы и технологии, возможные только в стационаре; ранний возраст и высокая вероятность утяжеления течения болезни, развития осложнений, а также очевидная неспособность в домашних условиях обеспечить надлежащее лечение.

Справочное издание состоит из трех основных разделов (глав), а также приложений.

В первом разделе содержатся сведения, касающиеся работы педиатра общего профиля в условиях амбулатории, а также методов оценки

важных индивидуальных характеристик организма ребенка, таких как уровень его психомоторного и физического развития.

Второй раздел содержит описание наиболее часто встречающихся в педиатрической практике симптомов. Выбор и описание представленных симптомов в данном разделе основывались на личном опыте практической работы членов авторского коллектива. Вместе с тем следует сказать, что с учетом ограниченности объема издания этот выбор носил не только рациональный, но и в известной степени эмоциональный, случайный характер.

Каждый из представленных в данном разделе симптомов описан по единой схеме:

- ◆ определение симптома и его клинических вариантов;
- ◆ перечень наиболее частых причин (заболеваний) проявления этого симптома с указанием кода болезни в системе МКБ-10;
- ◆ рекомендации по минимальному уровню обследования на догоспитальном этапе и выбору тактики ведения больного ребенка с данным симптомом.

В большинстве изданных в последнее время медицинских справочников при описании частной патологии использовали алфавитный принцип. Нами избран поисковый принцип — рубрики в системе Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра. Последний принцип позволяет излагать частную патологию (третий раздел) в строго систематизированном виде, соответствующем современным международным классификационным представлениям о болезнях. Кроме того, официальная статистика в последнее время требует шифровки диагнозов по МКБ-10, и у практических врачей возникают известные трудности. Облегчить эти трудности — также задача настоящего справочника.

Третий раздел содержит краткое описание преимущественно тех нозологических форм, которые упоминались во втором разделе в качестве возможной причины того или иного симптома. Ограниченность объема настоящего издания не позволила авторам более широко представить круг патологий, свойственных детскому возрасту. Поэтому рекомендуем использовать и дополнительную медицинскую литературу, в частности наши учебники и учебные пособия: «Педиатрия» (СПб.: СпецЛит, 2015) для студентов лечебных факультетов, «Детские болезни» (СПб.: Питер, 2017), «Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков» (М.: МЕДпресс-информ, 2017), «Неонатология» (М.: МЕДпресс-информ, 2016) для студентов педиатрических факультетов и педиатров. Кроме того, целесообразно ознакомиться с современным подходом к педиатрической диагностике по руководству для врачей

доцента кафедры Ю. С. Сергеева «Клинический диагноз в педиатрии, формулировка, классификация» (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017).

Заболевания расположены в порядке нарастания цифры кода рубрики в пределах предусмотренных МКБ-10 классов болезней.

Описание каждой нозологии в третьем разделе дано по единому алгоритму. Название каждой рубрики при описании конкретного заболевания повторяется при описании и других нозологических форм. Это, с нашей точки зрения, облегчит поиск потенциальному пользователю.

В приложениях представлены фактические материалы, необходимые для правильной оценки показателей организма ребенка, наиболее часто встречающихся в практической деятельности врача.

В настоящее время Министерство здравоохранения РФ издало и издает многочисленные «Федеральные клинические рекомендации». Авторы стремились учесть их и будут признательны читателям за любые замечания и пожелания.

*Заведующий кафедрой детских болезней Военно-медицинской академии (ВМедА), заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, академик и почетный доктор ВМедА профессор
Н. П. Шабалов*

Раздел 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

ФИЗИЧЕСКОЕ И ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ

Под **физическим развитием** понимают динамический процесс изменений морфологических и функциональных признаков организма, обусловленных наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Для оценки физического развития детей используют соматометрические (антропометрические), соматоскопические, физиометрические (функциональные) показатели.

Формирование возрастных групп детей. Возрастное ранжирование определяют *возрастным интервалом* — временем, за которое в растущем организме происходят значимые количественные и качественные изменения. С учетом этих интервалов формируют *возрастные группы*.

На первом году жизни возрастной интервал составляет 1 мес. Например, к детям 1 мес относят детей в возрасте от 16 дней до 1 мес 15 дней.

К детям 12 мес (1 года) относят детей от 11 мес 16 дней до 13 мес 15 дней. После 12 мес и до 36 мес (3 лет) возрастной интервал составляет 3 мес. Например, к детям 1 года 9 мес относят детей от 1 года 7 мес и 16 дней до 1 года 10 мес и 15 дней.

К детям 3 лет относят детей от 2 лет 10 мес 16 дней до 3 лет 3 мес. После 3 лет и до 7 лет возрастной интервал составляет 6 мес. Например, к детям 4 лет относят детей от 3 лет 9 мес и 1 дня до 4 лет 3 мес.

К детям 7 лет относят детей от 6 лет 9 мес 1 дня до 7 лет 6 мес. Старше 7 лет возрастной интервал составляет 1 год. Например, к детям 9 лет относят детей от 8 лет 6 мес и 1 дня до 9 лет 6 мес, и т. д.

I. Метод ориентировочных расчетов

Средняя *длина тела доношенного* новорожденного равна 48–52 см (в среднем 50 см). Чем младше ребенок, тем интенсивнее его рост. В первые 3 мес жизни длина тела увеличивается на 3 см ежемесячно, во II квартале — на 2,5 см ежемесячно, в III квартале — на 1,5–2,0 см и в IV квартале — на 1 см в месяц. Общая прибавка длины тела за первый год — 25 см.

К 1 году длина тела ребенка достигает 75–77 см. В течение второго и третьего года жизни прибавки в длине тела составляют соответственно 12–13 и 7–8 см. Дальше рост становится относительно равномерным — прибавки по 5–6 см в год. *С 2 лет до 12 лет* должествующую длину тела можно вычислить по формуле:

$$\text{длина тела (см)} = \text{возраст (годы)} \times 6 + 77 \text{ см.}$$

К 4 годам длина тела новорожденного удваивается, к 12 годам — утраивается.

Средняя *масса тела* доношенных новорожденных мальчиков составляет 3500 г, девочек — 3300–3400 г. Доношенных новорожденных детей с массой тела 2500 г и ниже считают родившимися с задержкой внутриутробного развития, а с массой 4500 г и более — крупными.

После рождения в течение первых дней происходит незначительная, так называемая физиологическая, потеря массы тела в пределах 5–8% исходной. Обычно масса тела восстанавливается к 7–8-му дню жизни, иногда этот процесс идет более медленно и заканчивается к 11–12-му дню жизни.

На первом месяце жизни ввиду главным образом физиологической потери массы ребенок прибавляет в среднем около 600 г. Среднемесячная прибавка массы тела в первое полугодие жизни составляет 800 г. Во втором полугодии жизни дети ежемесячно прибавляют в массе по 400 г. К 4–5 мес жизни масса тела удваивается, а к концу первого года — утраивается. Таким образом, средняя масса тела в 1 год составляет 10,0–10,5 кг. Нормальными колебаниями массы тела на первом году жизни можно считать величины, отклоняющиеся до 10% от средних показателей в большую или меньшую сторону.

На втором году жизни прибавка массы тела составляет 3 кг.

$$\text{Масса тела в возрасте 2–11 лет} = 10,5 + 2n,$$

где n — возраст ребенка до 11 лет, а 10,5 кг — средняя масса годовалого ребенка.

Не всегда показатели массы и длины тела нарастают параллельно. В процессе развития происходит чередование периодов преимущественного роста в длину с ростом «в ширину». Так называемый «период 1-й полноты» наступает в возрасте 3–4 лет. «Период первого вытягивания» наступает в 4–5,5 лет у мальчиков и после 6 лет у девочек. «Период второй полноты» (преимущественный рост «в ширину») — в 8–10 лет. «Период второго вытягивания» — 11–12 лет у мальчиков и 9–10 лет у девочек.

Обхват грудной клетки при рождении в среднем равен 32–34 см.

Обхват головы при рождении в среднем равен 34–36 см.

В 3–4 мес обхват грудной клетки и обхват головы сравниваются, а затем скорость увеличения грудной клетки опережает рост головы. На первом году жизни размеры обхвата грудной клетки увеличиваются на 13–15 см, за второй год на 2,5–3 см, за третий год на 1,5–2 см. Обхват грудной клетки у мальчиков и девочек до 11 лет преимущественно равны, затем девочки обгоняют мальчиков, удерживая это преимущество до 16 лет, после чего мальчики по этому показателю обгоняют девочек.

Для **недоношенного ребенка**, во всяком случае на первом году жизни, характерны несколько иные, чем для доношенного, закономерности физического развития.

Допустимая физиологическая убыль массы тела после рождения у недоношенных детей следующая: для детей с массой тела при рождении более 1500 г – 7–9%, для недоношенных с массой тела от 1500 до 1000 г (ОНМТ – очень низкая масса тела) – 10–12% и, наконец, у экстремально маловесных новорожденных (ЭНМТ – экстремально низкая масса тела) первоначальная убыль массы тела может достигать 14–15%.

Дальнейшее нарастание массы тела у недоношенного ребенка после физиологической убыли зависит от течения постнатального периода. Если ребенок здоров и ему обеспечены адекватный уход и питание, то удвоение массы тела происходит в возрасте от 2,5 до 3,5 мес, в случае заболеваний – позже. Месячные прибавки у здоровых недоношенных детей на первом году жизни зависят от степени недоношенности. Если в первый месяц жизни они ниже, чем у доношенных детей, то затем их интенсивность значительно возрастает.

II. Оценка антропометрических данных по таблицам

Нормативы антропометрических показателей могут быть представлены в виде таблиц (или графиков), построенных с указанием **центилей** или **сигм (стандартных отклонений от среднего)**. Оценку физического развития по **центильным таблицам** (Приложение 1) проводят по двум характеристикам – уровню и гармоничности.

Уровень физического развития оценивают и по показателю длины тела. Если показатель длины тела попадает в 4-й коридор (25–75-й центили включительно), уровень физического развития оценивают как «средний»; в 3-й коридор (10–24-й центили) – «ниже среднего»; во 2-й коридор (3–9-й центили) – как «низкий», в 1-й коридор (менее 3-го центиля) – как «очень низкий». Если показатель длины тела укладывается в 5-й коридор (76–90-й центили), уровень физического

развития оценивают как «выше среднего»; в 6-й коридор (91–97-й центили) — «высокий»; в 7-й коридор (более 97-го центиля) — как «очень высокий». Вариабельность длины тела, ограниченная 3-м и 5-м коридорами, условно считается «нормой».

Гармоничность физического развития определяют по соответствию массы тела ребенка средним показателям, которые должны бы быть при данной длине тела.

При использовании *вневозрастных таблиц* (масса тела по длине тела) физическое развитие оценивают как гармоничное, если показатель массы тела находится в 3–5-м коридорах. О дисгармоничном физическом развитии говорят, если показатель массы тела оказывается в 1-м, 2-м, 6-м и 7-м коридорах. Дефицит или избыток показателя вычисляют в процентах отклонения от медианы 4-го коридора, которую принимают за 100%.

Качественная оценка развития возможна только при анализе динамики антропометрических измерений ребенка, проводимых в декретированные сроки. Для **оценки темповых изменений** отдельных показателей (длина тела, масса тела, обхват грудной клетки, обхват головы) применяют *центильные графики*. О стабильных темпах говорят тогда, когда «кривая» графика постоянно проходит в одном центильном коридоре. Если «кривая» графика перемещается в выше- или нижележащие коридоры, то говорят об «ускоренных» или «замедленных» темпах развития.

Сигмальные таблицы включают в себя среднюю арифметическую (M) и отклонения от нее, измеряемые величиной среднего квадратического отклонения (σ). (Приложение 1).

Характеристика уровня определяемых антропометрических показателей в зависимости от границы сигмальных отклонений.

Показатель считают средним, если он укладывается в интервал $M \pm 1\sigma$. Если показатель отклоняется от M более чем на 1σ , но не более 2σ , значение оценивают как «ниже среднего» (при отрицательном знаке), либо как «выше среднего» (при положительном знаке). Отклонения, превышающие значения 2σ , считаются, соответственно, «низкими» или «высокими». Нижняя граница нормы показателя соответствует величине $M - 2\sigma$ (то есть на два стандартных отклонения ниже среднего, что соответствует 3-му центилю), а верхняя — $M + 2\sigma$ (т. е. два стандартных отклонения выше среднего, что соответствует 97-му центилю).

Согласно критериям ВОЗ для оценки дефицита массы тела, избытка массы тела и ожирения у детей следует использовать **индекс массы тела (ИМТ)**, именованный ранее **индексом Кетле** (Приложение 1).

$$\text{Индекс Кетле} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{(\text{длина тела (м)})^2}.$$

Характеризует питание детей. Заключение выносится согласно общим подходам использования центильного метода (25–75-й центиль — достаточное питание, ниже 3-го центиля — очень низкое питание и т. д.).

Индекс Чулицкой (упитанности) = 3 × окружность плеча (см) + обхват бедра (см) + обхват голени (см) – длина тела (см).

У нормально упитанных детей первого года жизни величина этого индекса составляет 20–25 см. Снижение индекса подтверждает недостаточность питания ребенка.

$$\begin{aligned} \text{Индекс пропорциональности (осевой)} &= \\ &= \text{длина ноги} - \text{длина туловища}. \end{aligned}$$

В возрасте до 1 года — от 2 до 4 см. В 2–3 года — от 6 до 8 см. Характеризует относительную длину нижних конечностей.

$$\text{Индекс Эрисмана} = \text{обхват груди (см)} - \text{полуторст (см)}.$$

Применяют во все периоды детства. Характеризует развитие грудной клетки и питание ребенка.

$$\text{Соотношение длины тела сидя и стоя} = \frac{\text{длина тела сидя (см)} \times 100\%}{\text{длина тела стоя (см)}}.$$

Нормальные значения: у новорожденных — 70%, 3 года — 57%, в 12 лет у девочек и в 15 лет у мальчиков — 52%. Значения этого индекса увеличиваются при врожденных нарушениях роста костей (гипохондроплазия) и уменьшаются у подростков с некоторыми формами гипогонадизма.

ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

В норме первые признаки полового созревания появляются у девочек в период с 8 до 13 лет, а у мальчиков — в 9–14 лет. У девочек самым первым признаком начинающегося пубертата является увеличение молочных желез, которое несколько опережает появление лобкового оволосения. Средний срок менархе приходится на 12,5–13 лет.

Первый признак начала пубертатного периода у мальчиков — увеличение длины яичек (более 2,5 см) или их объема (более 4 см³).

Половое созревание продолжается в среднем около 5–6 лет и проходит ряд стадий. Оценка стадий полового развития по Таннеру

у мальчиков предусматривает оценку степени выраженности развития наружных половых органов, гонад, степени лобкового и подмышечного оволосения, оволосения на лице (табл. 1, 2). Для объективной оценки состояния яичек и контроля их увеличения в процессе созревания используют стандартный набор орхидометров типа Прадера. Кроме того, учитывают время появления первой поллюции, выраженность третичных половых признаков (мутация голоса, аспе, изменение щитовидного хряща), пубертатного ускорения роста, маскулинизации телосложения.

Таблица 1

Степени выраженности полового оволосения и развития наружных гениталий у мальчиков [Tanner J., 1966]

Степень	Лобковое оволосение (P)	Подмышечное оволосение (Ax)	Состояние наружных гениталий (G)	Оволосение лица (F)
I	Отсутствует	Отсутствует	Половой член и мошонка детские	Отсутствует
II	Единичные прямые или слегка выющиеся, слабо пигментированные волосы у корня полового члена	Единичные прямые волосы в подмышечных впадинах	Увеличение и гиперемия мошонки. Заметного роста полового члена нет	Начало роста стержневых волос на верхней губе
III	Волосы более толстые, распространяются за лонное сочленение	Выющиеся волосы в подмышечных впадинах	Рост полового члена в длину и увеличение его диаметра. Дальнейшее увеличение мошонки	Продолжается рост волос на верхней губе, появляются единичные волосы на подбородке
IV	Оволосение как у взрослого, но меньшей площади. Не распространяется на медиальную поверхность бедер	—	Дальнейшее увеличение диаметра и длины полового члена, размеров мошонки, пигментация половых органов	Начало роста волос на щеках и шее
V	Распространение волос на живот и внутреннюю поверхность бедер	—	Размеры и форма гениталий как у взрослого	Волосистой покров на лице как у взрослого

У девочек оценивают размеры молочных желез и состояние соска, лобковое и подмышечное оволосение, становление менструального цикла (табл. 3, 4).

Таблица 2

Оценка стадии полового развития у мальчиков

[Tanner J., 1980; Скородок Л. М., Савченко О. Н., 1984]

Стадия	Возраст (годы)	Степень развития гениталий	Объем яичка (см ³)	Размеры полового члена (см)	
				Длина	Диаметр
I-a	7-10	G1	1-3	3,5-4,5	1,0-1,5
I-b	11-13	G2	4-6	4,0-4,5	1,5-2,0
II	12-14	G2	6-10	4,0-5,0	1,5-2,0
III	13-15	G3	12-15	5,0-7,0	2,5-3,0
IV	14-16	G4	15-25	6,0-9,0	3,0-4,0
V	16-18	G5	15-25	6,0-12,0	3,5-5,5

Примечание: I-a — отсутствие увеличения наружных половых органов (развитие допубертатное), I-b — начало увеличения яичек.

Таблица 3

Степень развития полового оволосения и увеличение грудных желез

у девочек [Tanner J., 1980]

Степень	Лобковое оволосение (P)	Подмышечное оволосение (Ax)	Грудные железы (Ma)
I	Отсутствует	Отсутствует	Допубертатные
II	Единичные прямые волосы в области больших половых губ и лобка	Единичные прямые волосы в подмышечных впадинах	Набухание желез, увеличение ореолы
III	Вьющиеся волосы на лобке и в области больших половых губ	Вьющиеся волосы в подмышечных впадинах	Увеличение желез и ареолы без разделения их контуров
IV	Лобковое оволосение как у взрослых, но не распространяется на промежность и внутреннюю поверхность бедер	-	Выступление ореолы и соска с образованием вторичного бугорка
V	Лобковое оволосение распространяется на внутреннюю поверхность бедер	-	Железа как у взрослых

Осмотр и пальпацию наружных половых органов проводят при хорошем контакте с ребенком, когда он адаптируется к процедуре общего осмотра, в присутствии родителей или медицинской сестры.

Состояние полового развития обозначают общей формулой, например $Ax_{III}P_{III}Ma_{III}Me$ с 12 лет.

Таблица 4

Оценка стадии полового развития здоровых девочек

[Tanner J., 1969; Frasier S., 1980]

Стадия полового развития	Грудные железы (Ma)	Оволосение		Менархе (Me)
		Лобковое (P)	Подмышечное (Ax)	
I-a	Ma1	P1	Ax1	Me нет
I-b	Ma2	P1	Ax1	Me нет
II	Ma3	P2	Ax1	Me нет
III	Ma4	P3-4	Ax2	Menarche
IV	Ma4	P3-5	Ax3	Овуляция
V Acne vulgaris, снижение тембра голоса, остановка роста	Ma5	P4-5	Ax3	Овуляция

Примечание: I-a — отсутствует увеличение молочных желез. I-b — набухшие железы, увеличение ореолы.

Начиная с IV стадии полового развития у девушек регистрируют вначале непостоянные, а затем, в V стадии, более регулярные овуляторные циклы.

При осмотре следует обращать внимание не только на внешние признаки полового созревания, но и на динамику роста. Важная характеристика нормального полового развития — пубертатный скачок роста. Ускорение роста в возрасте до 8 лет у девочек и до 9 лет у мальчиков позволяет заподозрить преждевременное половое созревание.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Нервно-психическим (психомоторным) развитием (ПМР) называют качественное изменение психических, речевых и двигательных функций, отражающее уровень биологического созревания ребенка.

ПМР ребенка включает в себя: становление психической деятельности; формирование двигательной активности. К формированию психической деятельности относят: развитие эмоций; речевое развитие (сенсорную и моторную речь); развитие органов чувств. К формированию двигательной активности относят: общую моторику; ручную умелость.

Первыми у ребенка формируются чувства доверия и привязанности (attachment, bonding), благодаря синхронному возникновению стимулов взаимодействия матери и ребенка, вызывающих взаимную (обоюдную) любовь (установление контакта «глаза в глаза», прикосновение «кожа к коже», голос матери, ритмичный разговор, сердцебиение матери, запах матери, тепло матери, бактериальная флора матери, крик ребенка, запах ребенка и т. д.). Физическая близость с матерью, являющаяся в первые месяцы жизни своеобразным продолжением внутриутробного существования, формирует чувство защищенности и оптимального эмоционального состояния ребенка.

Оценка уровня психомоторного развития ребенка должна быть комплексной и проводиться многократно при динамическом наблюдении. Чтобы при оценке развития не совершить ошибки, необходимо постоянно помнить об индивидуальных различиях детей (табл. 5).

Развитие речи. Это наиболее важный аспект в развитии ребенка, так как он больше всего связан с возникновением детского сознания и социальными отношениями. Ранняя вокализация — гуление — наблюдается в 1–3 мес; лепет начинается от 6 до 12 мес; становление речи происходит в 18–50 мес. В годовалом возрасте речь ребенка понятна на 25%, в 2 года — на 50%, в 3 года — на 75%, в 4 года — на 100%. Если речь ребенка долгое время остается непонятной, проводят более детальную оценку его речевых навыков (табл. 5).

Развитие тонких двигательных навыков и речи тесно связано с процессом познания. Формирование познавательной функции проходит определенные этапы.

Таблица 5

Схема нервно-психического развития детей

Возраст	Показатели развития
1	2
Новорожденный	Беспомощен (не может существовать без помощи взрослых). Большую часть времени спит (20–21 ч в сутки). Просыпается лишь вследствие пищевой активации или в результате раздражения кожи мокрыми пеленками. Движения некоординированные атетозоподобные, возникают из-за раздражения низших двигательных центров без наличия периферического раздражения; тонус мышц-сгибателей повышен; хорошо выражены сосательный и глотательный рефлексы (последний сохраняется в течение всей жизни). Обладает вкусовыми и болевыми ощущениями. Также с первых дней обнаруживают хоботковый рефлекс, рефлекс охватывания, ползания и другие. С 10-го дня появляется слуховое сосредоточение
1 мес	Появляется зрительное сосредоточение, движения глазных яблок становятся координированными, взгляд фиксируется на ярком неподвижном предмете. Начинает улыбаться. Лежа на животе, на мгновение приподнимает голову так, что она находится на уровне тела. Начинает произносить отдельные гортанные звуки
2 мес	Длительно фиксирует взгляд на неподвижном предмете. Следит за движущейся игрушкой или взрослым, поворачивая голову, улыбается. Совершает повороты головы на звук. Приподнимает и непродолжительно удерживает голову, лежа на животе. Начинает произносить отдельные протяжные звуки. Начинают развиваться координированные движения рук: приближение рук к глазам и носу, потирание их, а несколько позднее — поднимание рук над лицом и разгибание их
3 мес	Наиболее существенным и характерным является комплекс оживления. Живо реагирует на попытки общения, эмоционально гулит, узнает близких. Появление положительных эмоций при виде лица матери и близких обеспечивается развитием условных связей на зрительные раздражители. Удерживает голову в вертикальном положении (на руках у взрослого). Начинает осматривать свои руки, перебирать пальцами одеяло и край пеленки. Начинают формироваться целенаправленные движения. Пытается прикоснуться к предлагаемому предмету и в течение некоторого времени удерживает его
4 мес	Эмоционально гулит. Позитивные эмоции выражает смехом. Ищет глазами невидимый источник звука. Совершенствуется координация деятельности мышц: достигает большого совершенства в доставании предметов, расположенных в пределах досягаемости, берет их в рот для исследования. Способен захватывать висящую игрушку и длительно ее рассматривает. Способен в вертикальном положении держать голову и легко поворачивать ее из стороны в сторону
5 мес	Анализ и синтез явлений внешнего мира совершается все более глубоко по мере образования новых, более сложных связей в больших полушариях головного мозга. Отличает близких людей от чужих, иногда по-разному реагируя на них. Реакция радостного оживления выражена очень ярко, громкий смех. Способен узнавать голос матери, различать строгие и ласковые голосовые интонации при обращении. Быстро берет игрушку из рук взрослого и удерживает ее. Однако ввиду незрелости моторного акта движения сопровождаются параллельными движениями второй руки, возникновением движений в руках и туловище, нередко происходит и открывание рта. Начинает подолгу лежать на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук; переворачивается со спины на живот; способен есть с ложки густую кашу

Возраст	Показатели развития
1	2
6 мес	Начинает произносить отдельные слоги («ба», «на», «па» – начало лепета). Берет игрушку из разных положений, рассматривает ее, перекладывает из руки в руку, тянет в рот. Может переворачиваться с живота на спину и передвигаться, переставляя руки и немного ползая. Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами. Развивается способность сидеть
7 мес	Активно занимается с игрушкой (стучит, размахивает, бросает), хорошо ползает. В ответ на вопрос «Где?» способен находить взглядом предмет, постоянно находящийся на одном месте (этап возникновения сенсорной речи). Пьет из чашки. Начинает самостоятельно сидеть
8 мес	Подолгу занимается с игрушками, подражая действиям взрослого (катает, стучит, вынимает и т. д.). Самостоятельно садится и ложится, сидит без поддержки, встает и переступает, держась за барьер. По просьбе взрослых производит ряд жестов: играет в «ладушки», протягивает или убирает руку. Характерная поза для детей этого возраста – положение на четвереньках. Произношение слов (лепет) усложняется, произносятся цепочки слогов, появляются новые звуки и интонации (модулированный лепет)
9 мес	Понимает названия нескольких предметов, по просьбе («Где ляля?», «Где мишка?») ищет названный предмет. Научившись стоять с поддержкой, способен сделать несколько шагов, если его поддерживать двумя руками. Однако возможны значительные вариации сроков появления ходьбы. Знает свое имя, машет рукой при прощании или, имитируя рукопожатие, сводит руки вместе
10 мес	Совершенствуются произвольные движения, что проявляется в усложнении обращения с игрушками и другими предметами. Активно ищет игрушки, вынимает их из коробки, по просьбе взрослого дает ему игрушку, рвет бумагу, следит за движением брошенных предметов
11 мес	Овладевает новыми движениями и начинает выполнять их по просьбе взрослого – надевает и снимает кольцо пирамидки и т. д. Способен самостоятельно стоять, делать первые шаги. Речевая функция приобретает свойства осмысленного лепета. Произносит первые осмысленные слова, состоящие из слогов: «ма-ма», «па-па», «би-би», «ав-ав» (возникновение речи). Различает пищу по внешнему виду. Пьет из чашки, удерживая ее обеими руками, делает попытки есть ложкой. Знает названия частей тела и по просьбе взрослых показывает их
12 мес	Способен узнавать на фотографии знакомых, выполнять самостоятельно разученные действия с игрушками (катает, кормит, возит), переносит разученные действия с одного предмета на другой. Понимает (без показа) названия предметов, действий, имена взрослых, выполняет поручения (принеси, отдай, найди). Различает значение слов «можно» и «нельзя». К 1 году большинство детей произносит 10–12 слов. Повторяет название предмета, вырабатывает речевой условный рефлекс на вид этого предмета. При выполнении действий лицо ребенка сосредоточенно. Если действие удалось, возникает эмоция радости. Неудача сопровождается мимикой недовольства, плачем, а иногда – выражением гнева и протеста (отчаянный крик, изгибание тела, отталкивание). Общий комплекс оживления к концу года уже отсутствует. Начинает ходить самостоятельно, широко расставив ноги, и проходит обычно 2–5 м
1 год 3 мес	Самостоятельно ходит, приседает, наклоняется. Воспроизводит в игре просьбы взрослых (кормит куклу, собирает пирамидку). Начинает употреблять «облегченные» слова (машина – «би-би», собака – «ав-ав» и др.). Развивается противостояние большого пальца, возможность щипкового захвата позволяет манипулировать мелкими предметами. Рисует карандашом и мелками

Возраст	Показатели развития
1	2
1 год 6 мес	Произносит 30–40 слов. По просьбе выбирает среди нескольких внешне сходных предметов два одинаковых по значению, но разных по цвету и величине. Может неумело бегать, подниматься по лестнице, делая отдельные шаги и придерживаясь одной рукой за перила. Движения более координированные, перешагивает через предметы на полу. Способен воспроизводить часто наблюдаемые действия. Может собрать башню из трех кубиков, играет с мячом, разглядывает картинки
1 год 9 мес	Для обучения пользуется простыми придаточными предложениями, отвечает на вопросы при рассматривании картинок. У большинства детей появляется способность выразить словами потребность сходить в туалет. Начинает собирать примитивные конструкции (строит ворота, скамейки, домики). Предпринимает самостоятельные попытки одеваться и раздеваться.
2 года	Словарный запас 300–400 слов. С 18–24 мес жизни – первый период вопросов «что это?» В игре воспроизводит ряд логически связанных действий (купает и вытирает куклу, поливает цветы, разговаривает по телефону). Любит слушать сказки. Способен перешагивать препятствия, чередуя шаг. Самостоятельно ест ложкой. Умеет частично одеваться с помощью взрослого
2 года 6 мес	Строит предложения из трех слов и более. Речь усложняется. Подбирает по образцу разнообразные предметы четырех цветов (красный, синий, желтый, зеленый). Осуществляет взаимосвязанные и последовательные 2–5-этапные игровые действия (кормит куклу, укладывает спать, идет гулять). Приставным шагом перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу. Самостоятельно одевается, но еще не умеет застегивать пуговицы, завязывать шнурки
3 года	Словарный запас – 1200–1500 слов. Появляются многословные фразы, придаточные предложения, соединительные союзы и местоимения, появляются новые грамматические формы (падежи, глагольные времена). Способен выполнять определенную роль в игре, например, играя с куклой, действует от имени матери или доктора. Бегает с отрывом обеих ног от опоры и прыгает. Одевается самостоятельно, без или с небольшой помощью взрослого, застегивает пуговицы, завязывает шнурки
3–6 лет	Преобладает игровая деятельность. Она имеет очень большое значение в развитии интеллекта и двигательных навыков. Усложняется речь, появляются ассоциативные связи, собственные суждения. В этот период психика ребенка очень восприимчива: он быстро запоминает слова, учится чтению и письму, рисованию, музыке. Задаёт массу вопросов («почему?», «как?», «зачем?»). Происходит стабилизация и дальнейшее развитие аналитической деятельности коры больших полушарий, при этом нарастает роль процесса внутреннего торможения. К 6–7 годам дети готовы к обучению в школе, хотя адаптация к коллективу нередко затруднена
7–14 лет	Тормозной регулирующей контроль со стороны коры больших полушарий доминирует над инстинктивными и эмоциональными реакциями ребенка на окружающие его условия внешней среды. Совершенствуется анализаторская и синтезирующая деятельность головного мозга. Физическое развитие в это время в связи с акселерацией нередко опережает нервно-психическое, что может привести к функциональным расстройствам нервной системы

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Естественное, или **грудное**, вскармливание — кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери.

Нормы потребления пищевых веществ и энергии — см. Приложение 2.

Техника и режим грудного вскармливания

Частота прикладываний ребенка к груди после рождения может составлять 12–20 и более раз в сутки и определяется исключительно потребностью ребенка. В дальнейшем, по мере роста ребенка, а также по мере увеличения объема лактации, кратность кормлений уменьшают и стабилизируют в интервале от 10–15 в первые дни и недели жизни до 6–7 в последующие периоды. Переход от неопределенного режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10–15 суток до 1 мес. Ночные кормления относят к числу факторов, способствующих лактации.

Сцеженное грудное молоко приходится давать ребенку в тех случаях, когда по какой-то причине невозможно прикладывать его непосредственно к груди матери (болезнь матери, родовая травма, глубокая недоношенность ребенка, причины бытового характера). Хранить сцеженное молоко необходимо в холодильнике при температуре не выше +4 °С. В течение 3–6 ч после сцеживания и в случае правильного хранения оно может быть использовано после подогрева до +36–37 °С. При хранении в течение 6–12 ч молоко можно использовать только после пастеризации, а после 24 ч хранения его необходимо стерилизовать.

Кормление маловесных и недоношенных детей имеет свои особенности. Предлагают в питание таких детей добавлять (одновременно с грудным молоком) смеси-фортификаторы, например «Enfamil HMF» («Mead Johnson»), «Similac Natural Care» («Ross»), «Care Neonatal VMF» («Nutricia»), которые корригируют состав женского молока, делают его более оптимальным для маловесных детей. Это позволяет сохранить основные преимущества и защитные свойства естественного вскармливания маловесного ребенка и дать ему возможность интенсивно развиваться.

Способы определения количества молока, необходимого грудному ребенку

Если после очередного кормления малыш спокойно отпускает грудь, имеет «довольный» вид и достаточный сон до следующего кормления, значит, молока ему хватает. Объективными признаками адекватного объема молока являются равномерные, в соответствии с возрастными нормами и темпом роста, прибавки в массе тела, увеличение других антропометрических показателей, хорошее состояние кожи, упругий тургор мягких тканей, нормальная кратность мочеиспусканий и стула. В случае, если возникает подозрение на недостаточность лактации, необходимо провести контрольные кормления.

В первые 10 дней жизни **необходимое количество молока для доношенного ребенка** можно определить по формуле **Н. Ф. Филатова в модификации Г. И. Зайцевой**:

$$\begin{aligned} \text{количество молока в сутки (мл)} &= \\ &= 2\% \text{ массы тела} \times \text{день жизни.} \end{aligned}$$

Начиная с 10-го дня жизни суточное количество молока вычисляют двумя способами.

«**Объемный**» способ **Гейбнера — Черни**. Объем пищи назначают в зависимости от возраста и массы тела. При этом масса тела должна соответствовать средним возрастным нормам.

Суточное количество пищи составляет не более 1 литра. В возрасте от 10 дней до 1,5 мес — 1/5 часть фактической массы тела; 1,5–4 мес — 1/6; 4–6 мес — 1/7; 6–12 мес — 1/8 массы тела.

Калорийный способ М. С. Маслова. Энергетическая ценность питания на 1 кг массы тела ребенка должна быть: в 1-ю четверть года — 120 ккал/кг/сут, во 2-ю четверть года — 115 ккал/кг/сут, в 3-ю четверть года — 110 ккал/кг/сут, в 4-ю четверть года — 100 ккал/кг/сут.

Один литр женского молока имеет калорийность 700 ккал. Для определения объема одного кормления необходимо суточный объем питания разделить на общее число кормлений.

Ребенок на первом году жизни не должен получать в сутки более 1000 мл пищи.

Введение прикормов. Прикормами являются пищевые продукты, кроме материнского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион ребенка теми или иными питательными веществами, необходимыми для обеспечения оптимального дальнейшего роста и развития.

Сроки введения прикорма — см. табл. 6.

Прикорм следует вводить в рацион здорового доношенного ребенка не ранее 4–6 мес. Показанием к введению густого энергетически значимого прикорма может быть поведение ребенка — проявление неудовлетворенности в виде беспокойства, учащения крика, необходимость более частого прикладывания к груди, повторные пробуждения ночью с голодным криком, оживленные движения руками и ногами при виде пищи, уменьшение числа мокрых пеленок и урежение стула. Некоторые дети, наоборот, становятся вялыми и апатичными. Важным объективным признаком недостаточного питания является замедление темпа весовых прибавок.

При введении прикорма в рацион следует соблюдать следующие *правила*:

- ♦ число кормлений не позже чем за 1 нед перед введением прикорма сокращают до 5 раз в сутки (не считая возможного ночного кормления грудным молоком). Это связано с тем, что для переваривания густой пищи необходим достаточный интервал (не менее 4 ч);
- ♦ новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- ♦ прикорм нельзя давать сразу в полном объеме, объем блюда необходимо увеличивать поэтапно (в первый день дают 1 чайную ложку, на следующий день — 2–3 чайных ложки и т. д.), ребенок постепенно привыкает к новому виду пищи и примерно к 10-му дню уже получает 150–180 мл прикорма в кормление (любой новый вид пищи следует вводить поэтапно!);
- ♦ при введении прикорма его дают в начале кормления и после этого докармливают грудным молоком до необходимого объема питания, таким образом, молоко «вытесняют» густой пищей;
- ♦ при заболевании ребенка не рекомендуют начинать введение прикорма; нельзя назначать прикорм при изменении условий жизни ребенка или в период проведения профилактических прививок;
- ♦ прикорм дают с ложки в теплом, но не в горячем виде; по своей консистенции блюда должны быть однородными и не вызывать затруднений при глотании; с возрастом следует переходить к более густой и плотной пище, возможно раньше приучая ребенка к приему пищи с ложки и к жеванию;
- ♦ каждый последующий прикорм вводят после того, как ребенок адаптировался к предыдущему, в среднем через 3–4 нед.

В качестве первого прикорма (табл. 6) используют или зерновой прикорм (кашу), или овощное пюре. Вопрос о последовательности введения отдельных продуктов и блюд прикорма решается индивидуально. Детям со сниженной массой тела, учащенным стулом в качестве первого прикорма целесообразно назначать каши, при паратрофии и запорах — овощное пюре.

Вначале предпочтение отдают монокомпонентным кашам из безглютеновых круп — рисовой, гречневой, кукурузной. Глютенсодержащие каши (ячневая, пшеничная, манная) и каши из смеси круп можно вводить в рацион позже, к концу первого года жизни. В питании детей широко используются каши промышленного производства. Они могут быть молочными и безмолочными. Последние разводят грудным молоком, детской смесью, получаемой ребенком, или коровьим молоком.

Овощное пюре следует готовить из какого-либо одного вида овощей, обладающих нежной клетчаткой (кабачок, цветная капуста, морковь, картофель, репа, тыква, брюква), позднее можно поочередно вводить и другие овощи (зеленый горошек, томаты и др.), а затем готовить пюре из 2–3 и более видов овощей. При приготовлении овощного пюре картофель не должен составлять более половины блюда, так как он содержит много крахмала, беден кальцием.

Мясной прикорм (мясное пюре) рекомендуют вводить в рацион детям старше 6 мес.

Рыбу вводят в питание детей с 8–9 мес с осторожностью, учитывая индивидуальную непереносимость. Ее используют 1–2 раза в неделю вместо мясного блюда.

Таблица 6

Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни
(Национальная программа «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», 2011)

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (мес)			
	4–6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	170	180	200
Молочная каша	10–150	150	180	200
Фруктовое пюре	5–60	70	80	90–100
Фруктовый сок	5–60	70	80	90–100
Творог*	10–40	40	40	50
Желток, шт	–	0,25	0,5	0,5
Мясное пюре*	5–30	30	50	60–70

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (мес)			
	4–6	7	8	9–12
Рыбное пюре	–	–	5–30	30–60
Кефир и др. неадаптированные кисломолочные напитки	–	–	200	200
Сухари, печенье	–	3–5	5	10–15
Хлеб пшеничный	–	–	5	10
Растительное масло	1–3	5	5	6
Сливочное масло	1–4	4	5	6

*не ранее 6 мес.

Не следует грудным детям в период введения прикорма добавлять в пищу соль. Количество сахара, добавляемого в пищу, рекомендуют ограничить до уровня, обеспечивающего примерно 10% общей калорийности рациона, что для 12-месячного ребенка равноценно примерно пяти чайным ложкам сахара без верха (25 г) в день.

С 8 мес как самостоятельное блюдо прикорма можно дать кисломолочный напиток (кефир детский, Бифи-кефир и другие предназначенные специально для питания детей первого года жизни кисломолочные продукты). Немодифицированное (цельное) коровье молоко для питья также не следует давать детям до 1 года, но его можно использовать при приготовлении молочных каш (не более 100–200 мл при отсутствии готовых молочных каш промышленного выпуска).

В конце первого года жизни (обычно с 11 мес) дают фрикадельки, паровые котлеты, кусочки хлеба и булки, нарезанные фрукты и т. д.

При любой схеме введения прикормов расширение их ассортимента и количества происходит за счет «вытеснения» грудного молока. Однако имеются основания считать целесообразным сохранение хотя бы одного кормления в сутки грудным молоком до 1,5–2 лет. Очень важно сохранить грудное вскармливание в жаркие летние месяцы, в случае заболевания ребенка.

Качественная коррекция естественного вскармливания

- ◆ Добавки фтора (0,25 мг/сут) при естественном вскармливании используют в тех случаях, когда мать пьет родниковую или колодезную воду либо если содержание фтора в водопроводной воде меньше 0,3 мг/л.
- ◆ При недостаточной инсоляции рекомендуют назначать витамин D в дозе 400 МЕ в сутки.
- ◆ Дефицит витамина К в первые дни жизни возникает вследствие низкого содержания витамина в женском молоке или по причине

малого потребления. В связи с этим рекомендуют всем новорожденным детям, находящимся на грудном вскармливании, введение витамина К (викасол) — 1 мг в/м (при массе тела ребенка меньше 1500 г вводят 0,5 мг).

- ◆ Дефицит железа. К 5–6 мес даже у здорового доношенного ребенка происходит истощение депонированных внутриутробно запасов железа. После этого возраста поддержание запасов железа должно осуществляться либо медикаментозно (1 мг/кг по утилизируемому железу), либо (это предпочтительнее) через введение прикорма (обогащенные железом каши и пюре, а позже — мясные продукты).

СМЕШАННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Смешанным вскармливанием считают такое питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси). Если женское молоко составляет более 2/3 суточного рациона, то эффективность смешанного вскармливания приближается к естественному. Когда в рационе женское молоко составляет менее 1/3, то эффективность смешанного вскармливания приближается к искусственному.

Искусственное вскармливание — питание смесями-заменителями женского молока, даже при наличии однократного прикладывания к груди или суммарного объема материнского молока до 50–100 мл и независимо от наличия или отсутствия прикормов.

Вскармливание донорским молоком по эффективности приближается к смешанному вскармливанию, так как при пастеризации женского молока неизбежно утрачивается часть витаминов, иммуноглобулинов и других важных нутриентов.

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери:

- ◆ эклампсия, сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- ◆ открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;
- ◆ ВИЧ-инфекция;
- ◆ особо опасные инфекции (оспа, сибирская язва), столбняк;
- ◆ состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, почек, печени;
- ◆ острые психические заболевания;
- ◆ злокачественные новообразования;
- ◆ острые психические состояния.

При таких заболеваниях кормящей матери, как корь, краснуха, эпидемический паротит, цитомегаловирусная инфекция, простой герпес, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, кормление грудью при соблюдении правил общей гигиены не противопоказано. При остром гепатите А у матери кормление грудью запрещается. Не доказана опасность инфицирования ребенка при грудном вскармливании матерями — носительницами HbsAg и антител к гепатиту С. Однако теоретически оно возможно. Во всяком случае при потрескавшихся и кровоточащих сосках грудное питание ребенка продолжать не следует.

При респираторной инфекции кормление можно осуществлять прикладыванием к груди после снижения температуры тела и улучшения общего состояния женщины. При этом необходимо использовать маски и ограничивать контакт матери и ребенка в перерыве между кормлениями.

Серьезным противопоказанием для кормления ребенка, в том числе и сцеженным молоком, является использование в лечении матери некоторых лекарственных средств (табл. 7).

Таблица 7

Лекарственные средства при грудном вскармливании [Таточенко В. К., 2000]

Противопоказаны	Избегать или принимать с большой осторожностью	Принимать с осторожностью
Амфетамины	Антрахиноновые слабительные	Аминазин
Бромкриптин	(сенна, ревеня, кора крушины)	Анестетики
Дизитилбэстрол	Бромиды	Антибиотики
Иммунодепрессанты (метотрексат, циклофосфамид)	Витамин D	Антигистаминные препараты (кроме тавегила, он противопоказан)
Клемастин (тавегил)	Метаклопрамид	Антикоагулянты
Мепробамат	Метронидазол	Антитиреоидные средства
Метамизол	Наркотики	Витамины
Препараты золота	Оральные контрацептивы	Галоперидол
Препараты лития	Психотропные средства	Гипотензивные средства
Противокашлевые средства	Резерпин	Индометацин
Соли йода	Салицилаты (аспирин!)	Кодеин
Тетрациклины	Сульфасалазин	Мочегонные
Тиоурацил	Фенobarбитал	Мышечные релаксанты
Фениндион	Эстрогены	Парацетамол
Хлорамфеникол		Преднизолон
Циклоспорин		Противосудорожные
Циметидин		Сердечные
Эрготамин		Эуфиллин