

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра педиатрии

**А. И. ЗАРЯНКИНА, С. С. ИВКИНА,
Л. В. КРИВИЦКАЯ**

РЕБЕНОК. УХОД. ПИТАНИЕ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Учебно-методическое пособие
для студентов всех курсов обучения
лечебного, медико-диагностического факультетов, факультета
по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов,
субординаторов-педиатров, субординаторов-акушеров-гинекологов,
врачей интернов-педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов,
врачей общей практики, родителей**

**Гомель
ГомГМУ
2013**

УДК 616-053.2+616.33-008(072)

ББК 51.28+54.132,2 я 73

3-35

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой педиатрии Витебского государственного
ордена Дружбы народов медицинского университет»

И. М. Лысенко;

кандидат медицинских наук,
врач кабинета функциональной диагностики
Гомельской областной детской клинической больницы

Н. А. Скуратова

Зарянкина, А. И.

З-35 Ребенок. Уход. Питание. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: учеб.-метод. пособие для студентов всех курсов обучения, лечебного, медико-диагностического факультетов, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов, субординаторов-педиатров, субординаторов-акушеров-гинекологов, врачей интернов-педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, врачей общей практики, родителей / А. И. Зарянкина, С. С. Ивкина, Л. В. Кривицкая — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 44 с.

ISBN 978-985-506-586-0

В учебно-методическом пособии изложены основные физиологические особенности детей первого года жизни. Освещены вопросы ухода, питания, которые следует знать родителям, чтобы вырастить здорового ребенка, наиболее часто встречающиеся функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Особое внимание уделено клиническим симптомам, требующим обязательного обращения за медицинской помощью.

Предназначено для студентов всех курсов обучения, лечебного, медико-диагностического факультетов, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов, субординаторов-педиатров, субординаторов-акушеров-гинекологов, врачей интернов-педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, врачей общей практики, родителей.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 27 июня 2013 г., протокол № 6.

УДК:616-053.2+616.33-008(072)

ББК: 51.28+54.132,2 я 73

ISBN 978-985-506-586-0

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список используемых сокращений	4
Физическое развитие	5
Нервно-психическое развитие детей первого года жизни	7
Советы матери по уходу за ребенком	9
Переходные состояния кожи	11
Уход за кожей лица новорожденного	12
Уход за пупочной ранкой	13
Уход за кожей (гнейс) головы	13
Подрезание ногтей	14
Пеленание, подгузники. Уход за кожей в области подгузника	14
Подмывание. Купание новорожденного	15
Массаж грудного ребенка	16
Гнойничковые заболевания кожи	17
Дакриоцистит у новорожденных	18
Молочница слизистой оболочки рта	18
Прогулки	19
Питание детей первого года жизни	20
Транзиторные (функциональные) желудочно-кишечные расстройства у новорожденных. Срыгивание. Рвота	28
Аэрофагия. Пилороспазм. Пилоростеноз	29
Метеоризм. Кишечные колики	32
Запоры	36
Алиментарные диспепсии	39
Дисбактериоз кишечника	40
Общие признаки опасности	41
Литература	42

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ОРИ — острая респираторная инфекция

СТГ — соматотропный гормон

ТТГ — тиреотропный гормон

ЦНС — центральная нервная система

ГБН — гемолитическая болезнь новорожденного

ВВЕДЕНИЕ

Ваш малыш появился на свет, примите наши самые сердечные поздравления. Ваша семейная жизнь сейчас полностью изменится. Наряду со счастливыми моментами у Вас появятся новые хлопоты о здоровье Вашего ребенка. Защитить ребенка и видеть его растущим здоровым — естественная потребность всех родителей, и в тоже время высокая родительская ответственность. Во многом Вы сами можете способствовать тому, чтобы оградить Вашего ребенка от опасностей.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Физическое развитие является одним из важнейших показателей состояния здоровья, определение которого не требует больших материальных затрат и времени, а информативность его велика. Определенное влияние на физическое развитие оказывают наследственность, социально-экономические условия, питание, занятия физической культурой и т. д.

Длина тела. Показатель длины тела является наиболее стабильным по сравнению с другими показателями физического развития. Наибольший темп роста отмечается у детей на первом году жизни (таблица 1), в 5–7 лет и в препубертатном периоде.

Таблица 1 — Нарастание длины тела ребенка на первом году жизни

Месяц	Нарастание длины тела (см)	
	за месяц	за истекший период
1	3,0	3,0
2	3,0	6,0
3	2,5	8,5
4	2,5	11,0
5	2,0	13,0
6	2,0	15,0
7	2,0	17,0
8	2,0	19,0
9	1,5	20,5
10	1,5	22,0
11	1,5	23,5
12	1,5	25,0

В дальнейшем (до 12 лет) для определения длины тела можно пользоваться формулой:

$$\text{Длина тела (см)} = 77 + (\text{число лет} \times 6),$$

где 77 — длина тела ребенка в 1 год.

Масса тела — наиболее лабильный показатель, который может изменяться под влиянием конституциональных особенностей, нервно-эндокринных и соматических нарушений, ряда экзогенных причин (питание, режим). Наиболее интенсивная прибавка массы тела ребенка отмечается на первом году жизни (таблица 2) и в пубертатном периоде.

Таблица 2 — Нарастание массы тела ребенка на первом году жизни

Месяц	Нарастание массы тела (г)	
	за месяц	за истекший период
1	600	600
2	800	1400
3	800	2200
4	750	2950
5	700	3650
6	650	4300
7	600	4900
8	550	5450
9	500	5950
10	450	6400
11	400	6800
12	350	7150

В дальнейшем массу тела у детей можно определять по формулам:

- *у детей до 6 лет:*

$$\text{Масса тела (кг)} = 10 + 2n,$$

где 10 — масса тела ребенка в 1 год;

n — число лет;

- *у детей от 7 до 12 лет:*

$$\text{Масса тела (кг)} = (7n - 5)/2,$$

где n — число лет.

Окружность головы. При рождении окружность головы у доношенных детей составляет 33–34,5 см. У детей первого года жизни она увеличивается ежемесячно на 1 см. Окружность головы ребенка в возрасте 1–3 лет увеличивается на 1 см в год. С 4 лет окружность головы ежегодно увеличивается на 0,5 см. К 5 годам она равна 50 см, а за все последующие годы увеличивается на 5–6 см.

Окружность грудной клетки. При рождении окружность грудной клетки у детей — 33–35 см. Ежемесячная прибавка на первом году жизни составляет 1,25–1,5 см. К году окружность грудной клетки увеличивается на 15–18 см, затем интенсивность нарастания этого показателя снижается, и к дошкольному возрасту окружность грудной клетки в среднем увеличивается на 3 см, а в школьном — на 1–2 см в год.

Для оценки гармоничности физического развития используются центильные таблицы.

На первом году жизни ежемесячно проводится оценка физического развития (взвешивание, измерение длины тела, окружности головы, грудной клетки) в поликлинике. Ежеквартально педиатр оценивает гармоничность развития по центильным таблицам.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Для здорового новорожденного характерно повышение мышечного тонуса в сгибателях, поэтому его ручки и ножки полусогнуты, кисти сжаты в кулачки. Движения не координированы, хаотичны. На болевые раздражители, чувство голода, новорожденный реагирует громким криком. Даже в норме при голоде и беспокойстве могут наблюдаться легкое дрожание (тремор подбородка, конечностей).

К 10 дню новорожденный удерживает в поле зрения движущийся предмет, вздрагивает и моргает при резком звуке, реагирует недовольством на сильные звуковые и световые раздражители, ручки преимущественно сжаты в кулак, выраженный хватательный рефлекс, кричит при неблагополучии.

18–20 дней — удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого), плачущий или кричащий ребенок успокаивается при сильном звуке, удерживает голову несколько секунд.

1 месяц — плавное прослеживание движущегося предмета, двигательное слуховое сосредоточение (прислушивается к голосу взрослого, к звуку игрушки), улыбается во сне, первая улыбка в ответ на разговор взрослого, лежа на животе — пытается поднимать и удерживать голову, издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

2 месяца — длительное зрительное сосредоточение: смотрит на привлекающий внимание неподвижный предмет или лицо взрослого. Длительно следит за движущейся игрушкой или взрослым. Поворачивает голову в сторону взрослого, быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Лежа на животе — поднимает и некоторое время удерживает голову, произносит отдельные звуки.

3 месяца — зрительное сосредоточение в вертикальном положении, находясь на руках взрослого. Длительно рассматривает свои ручки, отвечает «комплексом оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним, лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко подняв голову, удерживает ее в вертикальном положении (на руках взрослого).

4 месяца — узнает мать или близкого человека (радуется), поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его глазами, во время бодрствования часто и легко возникает «комплекс оживления».

Громко смеется в ответ на эмоциональное речевое общение, ищет взглядом другого ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему, ощупывает и разглядывает низко висящие над грудью игрушки, при поддержке — крепко упирается о твердую опору ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, гулит, во время кормления поддерживает ручками грудь матери или бутылочку.

5 месяцев — отличает близких людей от чужих по внешнему виду. По-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого, узнает голос матери или близкого человека, различает строгую и ласковую интонацию, по-разному реагирует. Берет игрушки из рук взрослого, удерживает в ручке игрушку, может длительно лежать на животе, подняв корпус и опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается со спины на живот. Подолгу певуче гулит, ест с ложки полугустую и густую пищу.

6 месяцев — по-разному реагирует на свое и чужое имя, уверенно берет игрушки, находясь в любом положении, и подолгу занимается ими, перекладывая из одной ручки в другую. Переворачивается с живота на спинку, передвигается, переставляя ручки или немного подползая, произносит отдельные слоги (начало лепета), хорошо ест с ложки, снимая пищу губами, небольшое количество жидкой пищи пьет из чашки.

С 6 месяцев у большинства здоровых детей начинают прорезываться зубы. Для устранения болезненных проявлений при прорезывании зубов можно использовать препараты (дентокинд, калгель).

7 месяцев — игрушкой стучит, размахивает, перекладывает, бросает ее. Хорошо ползает (много, быстро, активно). На вопрос «где?» — находит взглядом предмет (например, часы, куклу), подолгу лепечет, произносит одни и те же слоги (2–3), пьет из чашки, которую держит взрослый.

8 месяцев — смотрит на действия другого ребенка и смеется или лепечет, игрушками занимается долго и разнообразно действует ими в зависимости от их свойств. Подражает действиям взрослого с игрушками (толкает мяч, стучит и т. п.), сам садится, сидит и ложится, держась за барьер. Самостоятельно встает, стоит и опускается, переступает, держась за барьер, на вопрос «где?» — находит несколько (2–3) предметов на постоянных местах. По просьбе взрослого выполняет разученные ранее действия (без показа), например, «ладушки», «дай ручку». Громко, четко и повторно произносит различные слоги, ест сухарик, сушку, которую сам держит в ручке, пьет из чашки, которую пока держит взрослый.

9 месяцев — выполняет «плясовые» движения под музыку, ползет навстречу, подражает действиям другого ребенка. С предметами действует по-разному, в зависимости от их свойства (катает, гремит, нажимает и пр.). Знает свое имя, оборачивается на зов, подражает взрослому, повторяя за ним слоги, которые уже есть в лепете, хорошо пьет из чашки, придерживая ее ручками, формируется навык опрятности (спокойно относится к процессу высаживания на горшок).

10 месяцев — самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет разученные действия с игрушками, действия с предметами принимают устойчивый характер. По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет разученные действия и движения (догону-догону, сорока-воровка, играет в прятки и т. д.). Подражая взрослому, повторяет за ним новые слоги, которых нет в его лепете, закрепляются умения, приобретенные в 9 месяцев.

11 месяцев — радуется приходу детей. Уже проявляет избирательное отношение к детям. Овладевает новыми действиями с предметами и начинает выполнять их по слову взрослого: накладывает кубик на кубик, снимает и одевает кольца с большими отверстиями на стержень, стоит самостоятельно, делает первые самостоятельные шаги, по словесной инструкции выполняет разученные действия (водит куклу, кормит собачку и пр.). Появляются первые обобщения в понимаемой речи (по словесной просьбе взрослого находит, дает любую куклу, которую видит среди игрушек, любой мяч, все мячи, все машины, часы и пр.). Произносит первые слова — обозначения, например: «дай», «мама», «би-би». Закрепляются приобретенные в 9 месяцев умения и навыки.

12 месяцев — различает предметы по форме (отличает кирпичик от кубика по вербальной просьбе взрослого). Узнает на фотографии знакомого взрослого, протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом, ищет игрушку, спрятанную другим ребенком. Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками: катает мяч, кормит куклу и пр. Переносит действия, разученные с одним предметом на другой (водит, кормит, баюкает куклу, кошку, зайца и пр.). Ходит самостоятельно (без опоры), понимает (без показа) названия нескольких предметов, действий, имена детей и взрослых. Выполняет отдельные поручения (принеси, найди, отдай тёте, положи на место и пр.). Понимает слово «нельзя» (прекращает действие), некоторые слова в речи взрослых принимают обобщенный характер. По вербальной просьбе взрослого выполняет ранее разученные действия с игрушками, легко подражает новым слогам, произносит 5–10 облегченных слов, самостоятельно пьет из чашки (берет, держит ее ручками и пьет).

Для оценки физического, психо-моторного развития каждая мама с ребенком должны обязательно посетить детскую поликлинику ежемесячно в день здорового ребенка.

Не следует забывать о профилактике рахита, которая проводится всем здоровым детям с 3–4 недель жизни витамином Д3 в дозе 500 МЕ ежедневно.

СОВЕТЫ МАТЕРИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

Кожа. Кожа новорожденного, как и любого взрослого человека, является важным органом, который составляет наружный покров тела. Она защищает внутренние органы от механических повреждений, регулирует

температуру тела, участвует в выделении продуктов обмена, в обмене кислорода и углекислого газа, в ней находятся множество рецепторов (боли, температуры и другие).

Кожа новорожденных очень нежная, тонкая, обладает легкой ранимостью, легко подвергается раздражению, которое являются благоприятной средой для проникновения инфекции, поэтому для нее необходимы, особый уход и забота. Различные процедуры по уходу за кожей малыша, приносят ему как пользу, так и удовольствие. Ежедневное ухаживание за новорожденным, развивает тесную эмоциональную связь между матерью и ребенком.

Какие анатомические и физиологические особенности кожи новорожденного ребенка?

Кожа состоит из 3 слоев и ее придатков:

Эпидермис — наружный слой, представленный пятью слоями: базальным, шиповатым, зернистым, блестящим (ладони и стопы) и роговым. Зернистый слой у новорожденного недостаточно развит, поэтому его кожа обладает прозрачностью, просвечиваются капилляры, что объясняет ее розовый цвет. Роговой слой очень тонкий, что объясняет легкую ранимость кожи новорожденного. В эпидермисе содержится пигмент меланин, который создает коже окраску (эффект загара). У новорожденных такого пигмента очень мало, поэтому ультрафиолетовые лучи очень легко проникают, и могут вызывать ожоги.

Дерма — располагается под эпидермисом и представлена двумя слоями: сосочковым и сетчатым. В дерме содержатся: нервные окончания, кровеносные и лимфатические сосуды, фолликулы волос, жировые и потовые железы. Эпидермис с дермой слабо прикреплены между собой, поэтому при инфицировании кожи эпидермис легко отслаивается и могут образоваться пузыри.

Подкожно-жировая клетчатка состоит из жировой ткани, пронизанной нервными волокнами и кровеносными сосудами. Главной функцией подкожно-жировой клетчатки, является терморегуляция (регуляция температуры тела). Тонкая кожа малыша, обладает недостаточной функцией терморегуляции, поэтому ребенок очень чувствителен к высоким и низким температурам. При перегревах у маленьких детей на коже появляются сыпь в виде мелких красных точек (потница), которая может явиться входными воротами для инфекции.

Придатки кожи: ногти, волосы, кожные железы (потовые, сальные).

Кожа при рождении покрыта сыровидной (первородной) смазкой, выделяемой сальными железами плода. Эта смазка защищает кожу плода в утробе матери и при рождении. Кожа при рождении синюшного цвета, после первого вдоха кожа розовеет. Через несколько минут после рождения кожный покров новорожденного становится ярко-красным. Затем краснота исчезает и кожа подвергается шелушению, срок которого индивидуален для каждого малыша.

ПЕРЕХОДНЫЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ

Период новорожденности характеризуется наличием у ребенка некоторых состояний, которые внешне могут напоминать болезнь, но на самом деле являются отражением незавершенной адаптации и со временем проходят бесследно без лечения. Такие состояния называются **переходными, транзиторными** или **пограничными**.

К **переходным (транзиторным) изменениям кожи** новорожденного относятся простая эритема, физиологическое шелушение, токсическая эритема, желтуха новорожденных, потница.

Простая эритема — это ярко-красное окрашивание кожи новорожденного, наступающее в первые минуты жизни (сразу после обтирания пеленкой) и постепенно проходящее к 4–5 суткам. Недоношенные дети остаются красными дольше — несколько недель.

Физиологическое шелушение кожи наиболее характерно для перенесенных детей. Может наблюдаться у родившихся в срок детей, у которых простая эритема проявилась особенно ярко. Кожа таких детей сухая, шелушение начинается на 3–4 день, кусочки кожи отделяются крупными пластинками.

Токсическая эритема — пятна красного цвета, различного размера, иногда с белой «головкой» в центре. Появляются на 2 день жизни, редко присутствуют с рождения. Самостоятельно проходят через 2–3 дня.

Пограничные состояния в виде простой, токсической эритем, физиологического шелушения требуют обычного ухода и не нуждаются в лечении.

Потница (милиария) встречается не только у новорожденных, она может преследовать ребенка на протяжении 2–3 лет жизни. При перегревании в кожных складках появляется множество мелких красных прыщиков, иногда пузырьков (закупориваются потовые железы), шершавых на ощупь — это и есть потница. Участки кожи с потницей надо мыть 2 раза в день теплой водой с мылом и тщательно просушивать полотенцем. Очень хороши в данной ситуации воздушные и солнечные ванны. Обычно этих мероприятий достаточно, чтобы справиться с потницей, при условии, что причина, вызвавшая перегрев устранена.

Желтуха новорожденных: физиологическая и патологическая. Примерно 2/3 всех новорожденных на 2–3 день жизни начинают желтеть. Желтушность появляется сначала на лице, а затем распространяется на живот и спину, редко желтеют ручки и ножки. Если общее состояние ребенка не нарушено, он активен, хорошо сосет грудь, такая желтуха считается физиологической и не требует лечения. В норме она исчезает на 7–10 день и связана с незрелостью систем, отвечающих за обмен пигмента билирубина. Единственная рекомендация, которую дают педиатры в этом случае — это больше гулять на солнце, так как в солнечных лучах билирубин теряет свою токсичность. Помимо физиологической желтухи встречается и патологическая желтуха, которая чаще всего указывает на наличие у ребенка заболевания. Патологическая желтуха отличается от физиологической следующими признаками:

- впервые проявляется на второй неделе жизни;
- имеет волнообразное течение (то исчезает, то появляется вновь);
- сохраняется больше месяца жизни;
- страдает общее состояние ребенка (он вялый, рвет, плохо сосет);
- желтуха сочетается с бледностью кожных покровов.

При наличии хотя бы одного из перечисленных признаков необходимо срочно обратиться к педиатру.

Мраморная кожа у новорожденного

Мраморная кожа у новорожденных бывает при переохлаждении. Так как кожа малыша тоненькая, через нее хорошо виднеются сосуды. Когда ребенку холодно одни сосуды сужаются, а другие расширяются. Получается эффект сеточки, ячеек, пятен синеватых и красноватых. Оденьте ребенка, он согреется и кожа примет обычный цвет. Мраморная кожа у малыша обычно проходит к трем месяцам, когда он полностью адаптировался к жизни вне утробы матери и его органы достаточно развились.

Зная все вышеперечисленные анатомические и физиологические особенности кожи новорожденного, играющей важную роль, каждой матери необходимо создать оптимальные условия, для гармоничного развития малыша.

УХОД ЗА КОЖЕЙ ЛИЦА НОВОРОЖДЕННОГО

Уход за кожей малыша необходимо начать с ежедневных умываний личика теплой, кипяченой водой с помощью ватных шариков.

Глазки новорожденного необходимо умывать с особой осторожностью, двигаясь от наружного угла глаза к корню носика. Каждый глазик необходимо умывать своим ватным шариком.

Носик новорожденного снаружи тоже умывается при помощи ватного шарика. Необходимо проверить ноздри — при наличии внутри их корочек, мешающих дыханию и сосанию, используйте для каждой ноздри свой смоченный водой жгутик, прокручивайте жгутик внутри ноздри, но не старайтесь чистить слишком глубоко. Если же в ноздрях отсутствуют корки и ребенок свободно дышит через нос, в таком случае нельзя лишний раз беспокоить ребенка.

Ушки чистят только снаружи — наружную слуховую раковину.

Личико умываются легкими движениями при помощи чистого ватного шарика смоченного теплой водой.

У ребенка через 2–3 недели после рождения могут появляться на лице (нос, щеки) мелкие, плотные, беловато-желтые узелки — милии (сальные кисты). Исчезают они со временем бесследно, сами по себе, и малышу не доставляют никакого дискомфорта. Ни в коем случае нельзя их выдавливать или протирать разными лосьонами или растворами.

УХОД ЗА ПУПОЧНОЙ РАНКОЙ

Пуповина — это трубка, которая соединяет зародыш с маткой, для получения питания от матери. При извлечении плода из утробы матери, врач пересекает пуповину между двумя зажимами, в результате чего у новорожденного остается пупочный канатик, прикрепленный к пупочному кольцу, который отпадает через несколько дней после рождения. После отпадения канатика, у новорожденного остается пупочная ранка, которая нуждается в тщательном уходе, и со временем она заживает. Не рекомендуется прикрывать ранку подгузником, она должна по возможности находиться «на свежем воздухе», это предупреждает развитие различных осложнений. Рекомендуется, чтобы малыш был одет в распашонке, из мягкого, натурального материала, она не способствует раздражению кожи. Пупочная рана представляет открытые ворота для бактериальной инфекции. В первые 10–14 дней следует соблюдать более менее стерильные условия, т. е. использовать проглаженные пеленки, распашонки, кипяченую воду для купания младенца. Необходимо обрабатывать только дно пупочной ранки (обычно 2–3 раза в день, после водных процедур или смены подгузника) бриллиантовой зеленью (зеленкой), при наличии корочек обязательно при обработке пупка снимать их. Купают детей до заживления ранки только в кипяченной теплой воде. Если же не ухаживать правильно за пупочной ранкой, то могут развиваться различные инфекционные осложнения. Воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка называется **омфалит**. Катаральный омфалит, еще его называют мокнущий пупок, развивается при замедленной эпителизации инфицированной пупочной ранки. Пупочная ранка мокнет, выделяется прозрачное отделяемое, дно ранки покрывается грануляциями (корочками), возможно даже образование кровянистых корочек. Отмечается покраснение и отечность пупочного кольца. Состояние новорожденного, как правило, не нарушено. Температура тела нормальная. Возможно распространение процесса на прилегающие ткани.

При гнойном омфалите кожа вокруг пупка ярко гиперемирована (ярко выражено покраснение), отечная, отмечается расширение венозной сети на передней брюшной стенке. Пупочная ранка представляет собой язву, покрытую налетом. При надавливании из пупка выделяется гнойное отделяемое. Пупочная область постепенно начинает выбухать над поверхностью брюшной стенки, так как в процесс вовлекаются и подлежащие ткани. *При наличии мокнутия, покраснения, появления гноя необходимо срочно обратиться к участковому педиатру или детскому хирургу.*

УХОД ЗА КОЖЕЙ (ГНЕЙС) ГОЛОВЫ

Корочки (гнейс) на коже головы новорожденного и как правильно их удалить?

На коже головы новорожденного могут образовываться корочки (гнейс), в результате физиологических особенностей кожных желез, связанных с уси-

ленным выделением секрета. Выделяющийся секрет наслаивается на коже головы, высыхает, и таким образом образуются корочки. Это признаки аллергической настроенности организма ребенка и это надо учитывать при кормлении и уходе за таким ребенком. Если правильно за ними ухаживать то через пару месяцев, без всяких осложнений, они исчезнут. Для того чтобы удалить корочки необходимо кожу головы ребенка за 30 минут до купания намазать при помощи ватного тампона детским маслом, подсолнечным или оливковым маслом, стерилизованным на водяной бане, для размягчения.

Во время купания марлевой салфеткой смыть легкими, не нажимающими движениями. Такие процедуры проводить каждый день, пока корки не сойдутся. Обычно они полностью исчезают в двухмесячном возрасте. Ни в коем случае нельзя снимать их насильно, или сдирать ногтями, так как кожа новорожденного очень тонкая, это может привести к нарушению ее целостности, развитию кровотечения и инфекционным осложнениям.

ПОДРЕЗАНИЕ НОГТЕЙ

Как подрезать ногти малышу?

Для подрезания ногтей используются ножницы, продающиеся в аптеке, специально предназначенные для подрезания ногтей у малышей.

Ногти на ручках подстригают закругленно, чтобы ребенок не поцарапал себя острыми уголками ногтя. Ногти на ножках подстригают по прямой линии. Лучше подрезать ногти после купания.

ПЕЛЕНАНИЕ, ПОДГУЗНИКИ УХОД ЗА КОЖЕЙ В ОБЛАСТИ ПОДГУЗНИКА

Пеленать ребенка и менять подгузники (памперсы) необходимо перед каждым кормлением. Для этого ребенка надо подмыть теплой водой (спереди назад, т. е. вначале обмыть половые органы, затем ягодицы). Многие новорожденные девочки имеют беловатое отделяемое из влагалища. Это нормальное явление и не является причиной для беспокойства. Только очищать эту область надо ватным тампоном, смоченным в кипяченой воде. У некоторых детей видно жидкое отделяемое из сосков, как у мальчиков, так и у девочек. Они могут иметь увеличенные или припухшие молочные железы. Это проявление транзиторного состояния, которое называется половой криз. Никакого лечения не нужно, так как это состояние пройдет само собой.

Применение одноразовых подгузников (Pampers, Huggies) — эффективный способ изоляции и удержания мочи и каловых масс. Подгузники помогают сохранить кожу ребенка более сухой, уменьшают частоту пеленочного дерматита, комфортны для ребенка, практичны и удобны в при-

менении. При выборе подгузников, наиболее подходящих ребенку, надо учитывать вес малыша. Если подгузник велик, он будет протекать. Одноразовые подгузники должны храниться в сухом, прохладном месте, т. к. повышение влажности может оказать отрицательное влияние на влагопоглощающий материал подгузников.

Как ухаживать за кожей новорожденного в области подгузника?

Кожа новорожденного в области подгузника нуждается в особом уходе, так как именно в этой области очень часто при недостаточном уходе появляются раздражения, опрелости или пеленочный дерматит (воспаление участков кожи под длительным воздействием влаги). Первым шагом по уходу за кожей новорожденного в области подгузника является частая смена подгузника, обязательно после каждой дефекации или наполнения подгузника мочой. Новорожденные часто мочатся (15–20 раз в сутки), поэтому подгузник быстро наполняется, а моча обладает раздражающим действием на кожу и зачастую является причиной пеленочного дерматита.

В жаркое время, находясь дома, не надо надевать ребенку подгузник. Воздушные ванны — главное лечебно-профилактическое мероприятие при проблемной коже малыша. Вторым шагом, является частое подмывание малыша и насухо вытертая кожа. Третьим шагом, является использование на кожу в области подгузника детских кремов или присыпок, обладающих подсушивающим и противовоспалительным действием. При мокнутии используют примочки отваров трав (кора дуба, ромашка), эмульсии. При раздражении без мокнутия — мази, крема, присыпки. Это специальные присыпки или крема, содержащие цинк, пантенол, ромашку и другие компоненты. Подойдет для этой цели крем/мазь Бепантен. При уходе не забывайте про складочки по всему телу. Начинайте сверху и заканчивайте ягодичками, что поможет предотвратить опрелости.

ПОДМЫВАНИЕ, КУПАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Одна из частых процедур в течение дня, направленная на очищение кожи после физиологических отпавлений. Подгузник (пеленки) следует менять сразу, как только произошли «большие» дела и не реже, чем каждые 3–4 часа. Подмывать малыша можно под краном, не забывая, что девочек подмывают спереди назад. Для очищения кожи можно воспользоваться детским мылом, которое имеет нейтральное pH, не пересушивает кожу, а, наоборот, благодаря натуральным добавкам смягчает ее.

Левой рукой, положенной на грудную клетку младенца, он поддерживается под мышки, а правой под струей воды обмываются его промежность и ягодички. Не рекомендуется обтирать загрязненные мочой или ка-

лом участки кожи сухим краем пеленки. Оставшиеся после этого на коже частицы испражнений, минеральных солей и шлаковых веществ мочи раздражают ее. Как средство ухода, хороши для зоны подгузника очищающие детские салфетки; их пропитывают раствором, содержащим слабый антисептик и увлажняющие компоненты.

Как купать новорожденного?

Купание новорожденного ребенка для любой матери является очень ответственным процессом. Этот процесс требует осторожности, внимательности и помощи еще одного человека (папы или бабушки). До 6 месяцев рекомендуется купать грудничка каждый день, во втором полугодии жизни — через день. Перед купанием малыша необходимо создать оптимальные условия: температура в комнате должна быть 25 °С, ребенок должен быть спокойный, не раздраженный. Купают детей, как правило, перед предпоследним кормлением (примерно в 20 часов). Длительность купания 5–10 минут, температура воды — 37–37,5 °С, детское мыло используют 1–2 раза в неделю и при необходимости, пока не зажила пупочная ранка используют охлажденную до 37 °С кипяченую воду. При проблемной коже воду желательно отстаивать с целью уменьшения хлора. Для купаний новорожденного можно использовать некрепкие отвары трав (ромашка, череда и другие) обладающие противовоспалительным и противоаллергическим действием. После купания рекомендовано ополоснуть (обливать) ребенка водой с температурой на 1° ниже температуры воды купания. Для возбудимых, беспокойных детей в воду для обливания можно добавить спиртовую настойку валерианы (на 3 литра воды 25 мл (1/2 флакона) настойки валерианы), не вытирая, завернуть ребенка в махровое полотенце (простынь) на несколько минут, затем вытереть и одеть.

Для проверки оптимальной температуры воды для купания новорожденного, применяются специальные водные термометры, или если нет такого термометра под рукой, можно проверить, при помощи погружения вашего локтя в воду. Температура воды, должна примерно совпадать с температурой тела человека. Опускать ребенка в ванночку, необходимо осторожно, медленно, сначала ножки, потом ягодицы, а потом остальные части тела. Купать можно грудничка в положении лежа на спине или животе.

МАССАЖ ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Массаж рекомендуется делать примерно с 1,5 месячного возраста, не более одного раза в день, до кормления примерно за 30 минут.

Противопоказан массаж: при высокой температуре тела малыша, простуде, различных расстройствах пищеварения, когда ребенок капризный или другие ситуации.

Массаж грудному ребенку проводится при помощи легких, мягких, скользящих или круговых движений, ни в коем случае нельзя производить форсирующие движения. Ваши руки должны быть смазаны детским маслом или детским кремом для массажа. Массаж начинается с круговых движений, кончиками ваших пальцев в области нижней челюсти малыша, затем плавно переходим на грудную клетку, массируя кончиками пальцев, межреберные промежутки. Затем легкое растирание пальчиков рук, ладошки, предплечья и плеча. Массаж животика производится при помощи легких круговых движений по часовой стрелке. Потом массаж ножек, массируется легкими движениями каждый пальчик, затем стопа, потом при помощи таких же движений, медленно по наружной стороне ножки, понимаемся вверх к паховой области. Заканчивается массаж растиранием спинки, для этого поворачиваем малыша на животик. Вся процедура должна длиться не более 15 минут, при этом малыш должен получать удовольствие, в противном случае, если ему что-то не нравится, он это проявит своим хныканьем и беспокойством.

С месячного возраста ребенка необходимо выкладывать на животик для укрепления и развития мышечной системы, прежде всего мышц живота и шеи, верхнего плечевого пояса, улучшения перистальтики кишечника. Выкладывают до еды, на 5–10 минут, на твердую поверхность.

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

При нарушении ухода за ребенком на фоне покрасневшего участка кожи могут возникать наполненные гноем пузырьки. В дальнейшем гнойнички сморщиваются, на их месте образуются корочки. После отпадения последних на коже не остается никаких следов. Это пиодермия. Развивается она вследствие внедрения в кожу гноеродных микробов.

Появление гнойничков на коже новорожденного всегда является поводом для обращения к детскому врачу. Если гнойничков немного, обычно рекомендуют обработать их и кожу вокруг 1 %-ным раствором бриллиантовой зелени или метиленовой сини. При купании таких детей обязательно добавляют в воду марганцовокислый калий.

Пиодермия ведет к более тяжелым гнойным поражениям кожи и подкожной клетчатки (абсцессы, фурункулы, а иногда и флегмоны). На месте развития абсцесса или фурункула кожа краснеет, становится плотной, припухает. При ощупывании она в этом месте более теплая. По мере развития процесса в центре покраснения появляется участок размягчения, имеющий желтый цвет в связи с образованием гноя. Такое поражение кожи чаще лечится в детском стационаре. Основой предупреждения гнойно-воспалительного поражения кожи является соблюдение гигиены: тщательное мытье рук перед прикосновением к телу новорожденного.

ДАКРИОЦИСТИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Встречается у 5–7 % всех грудничков. Это офтальмологическое заболевание, инфекционное воспаление в слезно-носовом канале ребенка. К счастью, данная болезнь легко поддается лечению, однако, в некоторых случаях при дакриоцистите необходима операция. Чаще всего диагноз дакриоцистит ставится новорожденным первого месяца жизни. Находясь в водной среде во время беременности матери в слезно-носовом канале плода создается специальная желатинозная пробка, которая предотвращает попадание околоплодных вод в легкие. При рождении и первом крике данная преграда прорывается, открывая слезно-носовой канал для слез, которые выполняют важнейшую функцию — омывают глазное яблоко, очищают его от бактерий. В случае, если желатинозная пробка не прорвалась, слезы застаиваются, обеспечивая идеальную среду для бактерий, как результат — появление инфекции и дакриоцистита, острого типа. Если данное заболевание своевременно не лечить, оно может перерасти в хронический дакриоцистит.

Основным симптомом дакриоцистита у новорожденных является покраснение, слезливость и наличие гнойных выделений из глаза малыша. В отличие от похожего конъюнктивита, когда подобные признаки наблюдаются на обоих глазках одновременно, при дакриоцистите, как правило, симптомы проявляются односторонне.

После ночного сна один глазик ребенка может сильно отекает — это также является симптомом дакриоцистита. Если же после внимательного осмотра покрасневшего глаза, аккуратно и нежно надавить на слезный мешочек — из слезной точки может выделяться гнойная жидкость.

Если вы заметили, что у ребенка слезится глаз, появилось воспаление или гнойные выделения — немедленно обратитесь к лечащему врачу!

Необходимые шаги при обнаружении дакриоцистита у новорожденного:

- обратитесь к лечащему врачу;
- регулярно промывайте глаз отваром ромашки или черным чаем;
- закапывайте глаза каплями «Альбуцид»;
- регулярно выполняйте массаж слезного мешочка (с техникой массажа познакомит педиатр или офтальмолог);
- в случае, если лечение не дает эффекта на протяжении 2 недель, обратитесь к врачу повторно для смены метода лечения либо выполнения зондирования.

МОЛОЧНИЦА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Молочница слизистой оболочки рта (кандидомикозный стоматит) часто встречается у новорожденных и детей грудного возраста. В этом

возрасте молочница может привести к отказу ребенка от груди и серьезным нарушениям питания, поэтому лечению молочницы у детей этого возраста стоит уделять большое внимание.

Слизистая рта у младенца очень нежная и легко ранимая.

При появлении молочницы рекомендуется смачивать слизистую рта 2 %-ным раствором питьевой соды (на 1 стакан кипяченой воды комнатной температуры 1 чайная ложка соды). Нажимаете большим пальцем на подбородок ребенка, для того чтобы он открыл рот, и всю ротовую полость обрабатываете тампоном, смоченным в содовом растворе. Повторять эту процедуру следует через каждые 2–3 часа. Можно обрабатывать порошком нистатина, засыпая в ротовую полость.

В целях профилактики молочницы, детские бутылочки и соски следует тщательно обрабатывать (желательно кипятить). Часто молочница у ребенка развивается как следствие несоблюдения родителями элементарных норм гигиены. Но, как правило, основная причина кандидоза у детей — это ослабленный иммунитет и нарушения функций желудочно-кишечного тракта.

ПРОГУЛКИ

Если ребенок родился доношенным, то с ним можно начинать гулять с двухнедельного возраста при температуре воздуха не ниже -10°C . Прогулки с недоношенным ребенком начинают по совету с врачом. Воздушные ванны ребенок принимает во время пеленания, снятия подгузников, массажа, гимнастики.

Необходимо помнить, что одним из важнейших условий правильного ухода за кожей младенца является обеспечение оптимальной температуры в помещении, где пребывает ребенок. Первые дни жизни новорожденного являются для него сильнейшим стрессом, его кожа еще не адаптировалась и слишком чувствительна к перепадам температуры окружающей среды. Нужно следить, чтобы в помещении не было жарко (иначе поднимется температура) или холодно. Оптимальная температура воздуха в помещении, где находится малыш — около 22° . Если температура будет большей, ребенок будет потеть, в результате чего есть риск развития потницы, а также высыпаний на коже новорожденного (высыпания на коже у новорожденных могут быть вызваны не только температурой воздуха!). Сухость воздуха может стать причиной шелушения кожи и пересыхания слизистой носа малыша, вызывая при этом насморк или храп. В таком случае рекомендуется приобрести увлажнитель воздуха или поставить тазик с водой в комнате малыша, повесить влажной пеленкой горячие батареи отопления.

Оградить малыша от окружающего мира бактерий полностью невозможно. На этапе формирования иммунной системы постепенная встреча с условно-патогенными возбудителями стимулирует ее развитие, накапливая

«клетки-памяти», которые в дальнейшем помогут ребенку адаптироваться в коллективе и меньше болеть. В тоже время, не стоит увлекаться этим. Большинство патогенных бактерий могут сохраняться длительное время на предметах, особенно загрязненных. Хорошей питательной средой являются остатки молочных продуктов, а также все выделения ребенка, в том числе и после срыгивания. Кроме бактерий, опасность представляет плесень, которая часто поселяется в игрушках, особенно резиновых. Даже если удастся избежать инфекции, бактерии и плесень могут привести к сенсibilизации (аллергизации) организма ребенка. Поэтому особое внимание надо уделять мытью детской посуды (бутылочек, сосок), а также детских игрушек. Средство для мытья должно быть безопасным.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рациональное питание детей — важное условие, обеспечивающее правильное физическое и психическое развитие, иммунологическую защиту, в значительной степени определяющее благополучие организма в течение всей последующей жизни. Ребенок первого года жизни испытывает особую потребность в полноценном пищевом рационе в связи с интенсивным ростом, бурным психомоторным развитием и формированием всех органов и систем. На протяжении развития человечества женское молоко было единственной пищей для грудных детей. Идеал кормления, необходимый для сохранения здоровья человека, — естественное вскармливание.

Грудное или естественное вскармливание — это кормление ребенка посредством прикладывания его к груди матери.

Субъестественное вскармливание — кормление ребенка из бутылочки нативным женским молоком, включая сцеженное материнское, донорское, а также вскармливание кормилицей.

Псевдоестественное вскармливание — кормление обработанным молоком (материнским или донорским), молоком, подвергнутому пастеризации, стерилизации.

Материнское молоко — золотой стандарт пищи грудного ребенка.

Преимущества естественного вскармливания

1. Естественное вскармливание снижает риск развития аллергии у ребенка благодаря высокому уровню усвоения нутриентов из женского молока.

2. Общее количество белка в грудном молоке значительно меньше, чем в коровьем, меньше, чем в молочных смесях, что препятствует избыточной нагрузке на печень и почки, предупреждает избыточную прибавку массы тела.

3. Женское молоко богато полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК), которые принимают непосредственное участие в миелинизации

нервных волокон и развитии мозга, повышают устойчивость к возрастным сосудистым заболеваниям (атеросклероз).

4. Углеводы женского молока содержат большое количество лактозы, которая незаменима для пластических процессов формирования мозговой ткани, органа зрения у грудного ребенка для улучшения всасывания кальция из молока. Олигосахариды женского молока стимулируют рост в кишечнике ребенка бифидо- и лактобактерий.

5. Грудное молоко содержит оптимальное соотношение минеральных веществ, обеспечивает низкую осмолярность, снижает нагрузку на выделительную систему ребенка, отмечается высокая биодоступность железа женского молока, а также других минералов (кальций, медь, цинк, селен).

6. Женское молоко имеет оптимальный аминокислотный состав. Особое значение имеет аминокислота женского молока — таурин, который участвует в процессе роста и развития нервной системы, сетчатки глаза, эндокринных органов, обеспечивает функциональную целостность клеточных мембран.

7. Женское молоко богато иммуноглобулинами. Секреторный IgA защищает слизистую ЖКТ от патогенных микроорганизмов. Грудное молоко также способствует выработке у ребенка собственного секреторного IgA. Таким образом, дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют кишечными инфекциями и ОРИ.

8. Макрофаги, лейкоциты и нейтрофилы, а также лизоцим женского молока предотвращают инфицирование ребенка.

9. Грудное молоко содержит биологически активные вещества (СТГ, ТТГ, ТЗ, Т4, гонадотропин, эстрогены, прогестерон, кортикостероиды, кальцитонин и др.), простагландины, ферменты (более 30), факторы роста, которые регулируют процессы метаболизма, роста и дифференцировки тканей организма ребенка.

10. При искусственном вскармливании значительно увеличивается желудочная секреция. Это способствует в дальнейшем развитию дискинезии ЖКТ, гастродуоденитов, холециститов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, особенно при генетической предрасположенности.

11. Грудное молоко обеспечивает преобладание в биоценозе кишечника бифидус-флоры, благоприятно влияющей на микрофлору кишечника.

12. Грудное вскармливание оказывает глубокое эмоциональное воздействие на отношения матери и ребенка, обеспечивает их тесный эмоциональный контакт, благотворно влияет на нервно-психическое развитие ребенка и его обучаемость.

13. Грудное молоко матери всегда доступно, стерильно, имеет оптимальную температуру, значительно дешевле адаптированных молочных смесей.

14. Кормление грудью защищает здоровье матери, влияет на репродуктивную функцию девочек, в значительной мере предупреждает возникновение злокачественных новообразований грудных желез и половых органов.

Правила грудного вскармливания

Важным фактором становления полноценной лактации является раннее прикладывание ребенка к груди. Здорового новорожденного рекомендуется прикладывать к груди в первые 30 минут после родов для контакта «кожа к коже», что способствует появлению положительных эмоций у матери, выбросу в кровь окситоцина.

С целью обеспечения полноценной лактации необходимо соблюдать режим свободного вскармливания, при котором дети сами устанавливают интервалы между кормлениями. Желательны ночные кормления. Ребенок должен находиться у груди не более 15–20 минут, медленно сосущие дети — до 30 минут.

До 4–6 месяцев жизни грудной ребенок не нуждается в другой пище, кроме грудного молока, не нуждается в дополнительном количестве жидкости.

Критерии недостатка грудного молока у матери:

- беспокойство, «голодный» крик ребенка после кормления;
- при попытке сцеживания грудное молоко отсутствует;
- недостаточная прибавка массы тела (менее 500 г в месяц) в первом полугодии;
- редкое мочеиспускание (менее 6 раз в сутки);
- «голодный» скудный стул.

При подозрении на недостаток грудного молока необходимо проводить контрольное взвешивание до и после каждого кормления в течение 1–2 суток, так как ребенок может высасывать различное количество молока на одно кормление.

Основные ошибки при естественном вскармливании

1. Позднее прикладывание к груди.
2. Раннее назначение соков, фруктового пюре, овощей, каш, творога, мяса.
3. Прекращение грудного вскармливания при появлении неустойчивого стула у детей первых месяцев жизни.
4. Прекращение грудного вскармливания из-за приема матерью лекарств.
5. Позднее введение прикормов и корректирующих добавок, кормление только грудным молоком после 6 месяцев.
6. Отказ от кормления при мастите даже из здоровой груди. При подозрении на развитие мастита необходимо провести бактериологическое исследование грудного молока. Обнаружение более 250 колоний золотистого стафилококка может быть противопоказанием к грудному вскармливанию, особенно у детей из группы риска.

Причины гипогалактии и меры по улучшению лактации

В ряде ситуаций может возникнуть недостаточная секреция грудного молока у матери. Наиболее частыми причинами могут быть физическое переутомление, психоэмоциональное напряжение, нерациональное пита-

ние, недостаточный питьевой режим матери. Необходимо помнить, что временное уменьшение выработки грудного молока может быть обусловлено **лактационным кризом**, связанным с колебаниями уровня гормонов, регулирующих процесс секреции молока, прежде всего пролактина. Обычно отмечается три лактационных криза: на 3–6 неделе, на 3–4 месяце и на 7–8 месяце. Иногда кризы повторяются с периодичностью 1,5 месяца. Кризы нередко совпадают по времени с предполагаемой менструацией. Они длятся в среднем 3–4 дня и требуют более частого прикладывания ребенка к груди, особенно в ночное время.

Для восстановления полноценной лактации необходимо:

- прикладывать ребенка к груди через 2–2,5 часа; чаще прикладывать ребенка к груди в ночное время;
- исключить допаивание ребенка жидкостью между кормлениями грудью;
- необходимо соблюдать правильную технику кормления грудью (матери необходимо выбрать удобную позу для кормления, следует обеспечить наиболее плотный контакт матери и ребенка, голова ребенка должна находиться на одной линии с телом, подбородок должен касаться груди; ребенок должен захватывать не только сосок, но и околососковый кружок, что облегчает сосание и предупреждает развитие трещин;
- временно увеличить продолжительность кормления до 30 минут;
- предлагать ребенку в кормление обе груди;
- не сцеживать вторую грудь после кормления, а последующее кормление начинать с той груди, с которой было закончено предыдущее кормление;
- нормализовать режим дня, обеспечить достаточный отдых и сон матери;
- сбалансировать питание матери с использованием специализированных продуктов для кормящих матерей («Беллакт-мама», «Беллакт-мама бифидо», «Фемилак»);
- включить в рацион питания дополнительно не менее 1 л жидкости в сутки.

Если все меры по восстановлению лактации не дали желаемого эффекта, ребенка переводят на смешанное или искусственное вскармливание.

Смешанное вскармливание

Смешанным называется вскармливание ребенка грудным молоком (не менее 200 мл в сутки — 1/5 суточного объема пищи), в сочетании с молочными смесями.

При недостаточности молока у матери вводят докорм адаптированными молочными смесями. Сначала ребенок должен получать грудь и только после полного ее опорожнения докармливается смесью. Для сохранения лактации ребенка необходимо прикладывать к груди каждое кормление, чередование смесей и прикладывания к груди нежелательно. Докорм вводится через соску с небольшим отверстием, имитирующим сосок грудной железы, чтобы не вызвать отказ ребенка от груди.

Критериями адекватности питания потребностям ребенка являются:

- закономерное нарастание массы и длины тела;
- соответствующее возрасту развитие нервно-психических и двигательных функций;
- нормальное состояние кожи, слизистых оболочек, подкожно-жирового слоя (цвет, эластичность, тургор);
- частота мочеиспусканий;
- характер и частота стула;
- состояние и функция других органов и систем ребенка.

Искусственное вскармливание

Искусственным называется вскармливание ребенка молочными смесями, когда количество грудного молока составляет менее 1/5 от суточного объема. Режим питания при искусственном вскармливании существенно отличается от такового при естественном, где главным является вскармливание по требованию. При искусственном вскармливании должен соблюдаться определенный режим (перерывы между кормлениями не менее 3 часов и, как правило, не рекомендуется ночное кормление). Суточный объем пищи детей первого года жизни не должен превышать 1000 мл (не учитываются соки, фруктовое пюре).

Дети в возрасте до 2 месяцев кормятся 7 раз в сутки через 3 часа, с 2 до 5 месяцев — 6 раз в сутки через 3,5 часа, с 5 месяцев — 5 раз в сутки через 4 часа. При искусственном вскармливании после кормления продуктами прикорма через 15–30 минут ребенку предлагают соки и компоты.

Существует много методов подсчета суточного количества пищи, необходимого ребенку. Наиболее простым из них является объемный.

Расчет по объему

<i>Возраст</i>	<i>Объем питания</i>
С 2 недель до 2 месяцев	1/5 должной массы тела
С 2 до 4 месяцев	1/6 должной массы тела
С 4 до 6 месяцев	1/7 должной массы тела
С 6 месяцев до 1 года	1/8 должной массы тела, но не более 1000 мл.

Наиболее частые ошибки при проведении искусственного вскармливания:

1. Упорная дача лучшей с точки зрения родителей и врача смеси, которую ребенок переносит плохо.
2. Слишком частая, ни чем не обоснованная смена смесей.
3. Игнорирование индивидуальных особенностей ребенка, когда одну смесь он ест с аппетитом, а от другой отказывается.

В настоящее время для организации искусственного и смешанного вскармливания рекомендуется использование адаптированных молочных сме-

сей, максимально приближенных по составу к грудному молоку. Предварительная обработка коровьего молока для получения таких смесей направлена в первую очередь на снижение в них белка. В смесях также увеличено количество незаменимых жирных кислот, витаминов, микроэлементов, аминокислот, необходимых для формирования головного мозга, иммунитета. Кроме того, проводится обогащение смесей бифидогенными и защитными факторами.

Все смеси подразделяются на 3 группы:

- базовые смеси для вскармливания здоровых детей;
- лечебно-профилактические смеси;
- лечебные смеси.

В зависимости от возраста детей молочные смеси подразделяются на «начальные» или «стартовые», предназначенные для вскармливания детей первых 5–6 месяцев жизни (маркированы цифрой «1»), и «последующие» — для детей второго полугодия жизни (маркированы цифрой «2»). Существуют адаптированные молочные смеси, маркированные цифрой «3» для детей в возрасте от 1 года до 1,5 лет. Количество белка и энергетическая ценность этих смесей выше, чем в стартовых заменителях женского молока, что соответствует возросшим потребностям детей второго полугодия в энергии и пищевых веществах.

К числу «стартовых» смесей относятся смеси: «Беллакт Оптимум 1», «Беллакт Иммунис 1» (Республика Беларусь), «Нутрилак 0-6» (Россия), «Фрисолак» (Голландия), «Хумана-1» (Германия), «НАН-1» («Нестле», Швейцария). «Последующие смеси» или «последующие формулы» маркированы цифрой «2» и представлены всеми вышеназванными фирмами. Среди смесей, которые используются в питании детей на протяжении всего первого года жизни, выделяют смеси с преобладанием сывороточных белков («НАН», «Нутрилак») и с преобладанием казеина («Симилак», «Нестожен»).

Смеси делятся также на кисломолочные и пресные, жидкие и сухие.

К кисломолочным смесям относятся «Беллакт кисломолочный 1 и 2» и «НАН кисломолочный 1 и 2», хотя в настоящее время эти смеси нередко рассматривают как вариант лечебно-профилактических смесей.

Критерии и сроки введения прикорма

Прикорм — введение новой пищи, более концентрированной, постепенно и последовательно заменяющей кормление грудью.

Необходимость введения прикорма обусловлена возрастающими потребностями активно растущего организма ребенка в энергии, белках, жирах, микронутриентах. Кроме того, ребенку необходим прием более плотной пищи для стимуляции дальнейшего развития жевательного аппарата, моторной и ферментативной функции ЖКТ. Прикормы необходимы для введения новых пищевых веществ, которые не содержатся в молоке и необходимы для полноценного роста и развития ребенка (растительный белок, пищевые волокна, жирные кислоты и т.д.).

При введении прикормов необходимо максимально учитывать индивидуальные особенности ребенка. Европейские специалисты по детскому питанию утверждают, что первый прикорм может быть введен не ранее 4 месяцев и не позднее 6 месяцев.

Раннее введение прикорма снижает частоту и интенсивность сосания груди, что приводит к уменьшению лактации у матери. Кроме того, рано введенные продукты прикорма, могут приводить к пищевой сенсibilизации, развитию диспептических проявлений в силу незрелости желудочно-кишечного тракта.

Первый прикорм в виде молочной каши вводится во время второго утреннего кормления. Прикорм всегда дается до кормления грудью. Необходимо постепенно увеличивать объем каши и уменьшать количество грудного молока. В качестве первого злакового прикорма следует использовать безглютеновые злаки (рис, гречка, кукуруза). Такие каши, как овсяная, ячменная, манная вводятся позже, т. к. эти крупы содержат глютен, который не всегда хорошо переносится грудными детьми. Прикорм вводится 1 раз в сутки, иногда необходимо 10–15 попыток, чтобы ребенок воспринял новую для него пищу. Обычно первый прикорм в виде каши предпочтителен для детей с дефицитом массы тела. Детям, имеющим избыточную массу тела, а также со склонностью к запорам, первый прикорм лучше вводить в виде овощного пюре с добавлением растительного масла. Следует помнить, что прикорм можно вводить только здоровому ребенку, причем преимущества имеют блюда промышленного изготовления. Новый вид прикорма вводится после усвоения полного объема предыдущего прикорма через 10–14 дней.

Второй прикорм — овощное пюре. Овощное пюре должно быть монокомпонентным (из одного вида овощей). Предпочтение отдают обычно кабачковому пюре, капусте различных сортов. В течение 7–10 дней объем кормления доводится до возрастной нормы. В дальнейшем можно использовать многокомпонентные овощные пюре. Этот вид прикорма вводится в третье по счету кормление.

Мясо вводится через 2 недели после введения овощного пюре, но не позднее 7 месяцев. Мясо необходимо добавлять к овощному пюре. Можно использовать различные сорта мяса или мясных консервов (нежирная говядина, мясо индейки, конина, нежирная свинина, курица). Мясные консервы, содержащие субпродукты (язык, печень, сердце), вводятся в рацион питания ребенка не ранее 8 месяцев.

Мясные бульоны запрещены грудным детям.

С 8 месяцев 1–2 раза в неделю вместо мяса в рацион питания ребенка включается рыба, она является важным источником полноценного белка, богата фосфором, фтором, йодом. Возрастная норма рыбы в 11–12 месяцев составляет 100–150 г. Семга, горбуша, кета не должны включаться в пищевой рацион ребенка первого года жизни в связи с высоким содержанием жира и соли.

В соответствии с современными представлениями диетологии фруктовые соки и фруктовые пюре должны вводиться в рацион питания после введения основных прикормов — каши, овощного пюре, мяса. Фруктовые соки вводятся постепенно, начиная с $\frac{1}{2}$ чайной ложки. В течение 4–5 дней объем фруктового сока должен быть доведен до возрастной нормы. Приблизительный объем фруктового сока составляет 10 мл на 1 месяц жизни, но не более 100 мл в сутки и делится на 2 кормления. Использование соков у грудных детей начинают с осветленных соков (яблочный, грушевый), затем могут быть введены соки с мякотью.

Фруктовые пюре вводятся, как и все прикормы, постепенно. Объем фруктового пюре рассчитывается также как и объем фруктового сока. Фруктовые соки и фруктовые пюре содержат разнообразный набор витаминов и минеральных веществ. Предпочтение отдается продуктам промышленного выпуска.

С 7–8 месяцев в рацион питания ребенка вводится желток вареного вкрутую куриного яйца, как источник витаминов А и Д, белка и т. д. Начинают введение желтка с небольшого количества и постепенно доводят до $\frac{1}{2}$ желтка к 8–9 месяцам жизни.

С 7 месяцев в рацион питания ребенка может вводиться печенье или сухарики из белого хлеба в количестве 5 г. К году суточная норма хлеба составляет 10–15 г. С 8 месяцев можно использовать пшеничный хлеб в таком же количестве. Ржаной хлеб не рекомендуется детям грудного возраста в связи с высоким содержанием соли.

Кефир и коровье молоко являются неадаптированными молочными продуктами, имеют низкое содержание незаменимых компонентов пищи, обладают высокой аллергенностью и избыточной осмотической нагрузкой на почки грудного ребенка. Белки коровьего молока могут оказывать патологическое действие на эпителий кишечника, приводя к диapedезным кровотечениям и потере железа.

Детский кефир вводится в рацион питания ребенка при недостатке грудного молока у матери после 8 месяцев в объеме не более 200 мл. Если молока у матери достаточно, необходимости во введении кефира в рацион питания нет.

Цельное коровье молоко может быть использовано только для приготовления каш.

Вопрос о введении творога детям первого года жизни остается до сих пор дискуссионным. Творог вызывает длительное повышение кислотности и протеолитической активности желудочного сока, что способствует напряжению секреторного процесса желудочных желез. Кроме того, дополнительное введение творога увеличивает белковую нагрузку на организм ребенка, прежде всего на почки. В связи с этим детские диетологи считают, что творог может вводиться с 6–7 месяцев тем детям, которые имеют дефицит массы тела и проявления белковой недостаточности.

ТРАНЗИТОРНЫЕ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ) ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ. СРЫГИВАНИЕ. РВОТА

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) подразумевают наличие клинических симптомов при отсутствии органических изменений со стороны ЖКТ (аномалий, воспалительных изменений, опухолей, инфекции). Обычно функциональные нарушения связывают с изменением моторной функции, отклонениями секреторной, всасывающей функций пищеварительной системы.

Наиболее распространенными функциональными нарушениями ЖКТ у детей первого года жизни являются: синдром срыгиваний (регургитации) и рвоты, функциональные нарушения (метеоризм, кишечные колики, запоры), дисбиоз кишечника (неустойчивый стул, запоры).

Срыгивание — выделение съеденной пищи без усилий, без сокращений мускулатуры передней брюшной стенки, сразу после кормления или через небольшой промежуток времени. Общее состояние ребенка не нарушается, нет вегетативных симптомов, аппетит и настроение не изменяются.

У новорожденных и детей первых месяцев жизни отмечается склонность к срыгиванию, которая обусловлена анатомо-физиологическими особенностями желудка — слабость кардиального сфинктера при хорошо развитом пилорическом, горизонтальное расположение желудка и самого ребенка, высокое давление в брюшной полости, большой объем питания (1/5 массы тела в сутки). Способствуют срыгиванию перекорм и аэрофагия.

Распространенность срыгиваний (регургитаций) у детей первого года жизни, по данным ряда исследователей, колеблется от 18 до 50 %. Чаще всего срыгивания наблюдаются в первые 4–5 месяцев жизни.

Рвота является сложным рефлекторным актом с участием рвотного центра, который расположен в продолговатом мозге, вблизи него расположены дыхательный, сосудодвигательный, кашлевой центры. Все центры функционально взаимосвязаны, поэтому рвота сопровождается изменением дыхания, циркуляторными расстройствами, выделением большого количества слюны.

Рвота — непроизвольный рефлекторный выброс содержимого желудка из-за сокращения диафрагмы и мышц брюшной стенки.

Срыгивания и рвота у детей первого года жизни наиболее часто вызываются следующими причинами:

- 1) нарушения процесса кормления: быстрое сосание, аэрофагия (заглатывание воздуха), перекорм, нарушение режима кормления, неадекватный подбор смесей, ранний переход к густой пище и др.;
- 2) функциональные расстройства ЖКТ: пилороспазм;
- 3) органические заболевания ЖКТ: пилоростеноз, пороки развития ЖКТ;
- 4) перинатальное поражение центральной нервной системы.

При перекорме срыгивания бывают сразу после кормления или через некоторый промежуток времени в небольшом объеме неизменным или слегка створоженным молоком. Общее состояние ребенка не страдает, прибавляет в массу. При проведении контрольного взвешивания (взвешивание ребенка до кормления и сразу после кормления) определяется объем молока, съедаемый новорожденным, гораздо больший, чем необходим по норме. При перекорме рекомендуется уменьшить объем молока (при естественном вскармливании сцедить часть молока перед кормлением, «переднее» молоко более жидкое, богато углеводами, может вызывать вздутие живота, разжиженный стул, меньше содержит белков и жиров) или увеличить время между кормлением ребенка грудью (в зависимости от возраста).

АЭРОФАГИЯ, ПИЛОРОСПАЗМ, ПИЛОРОСТЕНОЗ

Аэрофагия — заглатывание большого количества воздуха при кормлении. Встречается у гипервозбудимых, жадно сосущих детей, когда ребенок не захватывает околососковую ареолу, при уменьшении количества молока в молочной железе (лактационный криз: 2–3 недели, 3 месяц жизни) или при большом отверстии в соске, горизонтальном положении бутылочки, когда соска не полностью заполнена молоком или вообще пустая, при общей мышечной гипотонии, связанной с незрелостью организма.

Аэрофагия чаще появляется у новорожденных с малой или очень большой массой тела при рождении. Дети бывают беспокойны во время и после кормления, отмечается вздутие живота, нередко — выбухание в эпигастральной области. Через 5–10 минут после кормления — срыгивание неизменным молоком или (реже) рвота «фонтаном».

При аэрофагии необходимо объяснить матери правильную технику вскармливания. После кормления необходимо подержать ребенка вертикально в течение 15–20 минут, что способствует отхождению заглощенного во время кормления воздуха. Рекомендуется укладывать детей на ровную поверхность с возвышенным головным концом.

Пилороспазм — спазм мускулатуры привратника, приводящий к затруднению опорожнения желудка. Повышенный тонус пилорического отдела связан с гипертонусом симпатического отдела нервной системы вследствие энцефалопатии новорожденного, гипоксии. Обычно дети с пилороспазмом гипервозбудимы, непостоянные срыгивания появляются с первых дней жизни, по мере нарастания объема питания появляется рвота. Рвота ежедневная, в течение суток неодинаковое число раз, появляется рвота ближе к следующему кормлению, рвотные массы обильные, створоженным кислым содержимым без примеси желчи, объем не превышает объема съеденной пищи. Зачастую ребенок недостаточно прибавляет в

массе, вследствие чего развивается гипотрофия. Стул нормальный. Лечение консервативное.

Пилоростеноз — врожденное сужение привратника. Заболевание чаще отмечается у мальчиков. Основным симптомом является рвота, которая появляется на 2–3 неделе жизни. Рвота обильная, «фонтаном», количество рвотных масс, как правило, превышает количество молока, принятого ребенком во время кормления. Примеси желчи в рвотных массах нет. В начале заболевания рвота возникает через 10–15 минут после кормления, но в дальнейшем по мере расширения желудка интервалы между кормлением и рвотой удлиняются. Вследствие упорной рвоты развивается гипотрофия и обезвоживание. Вес ребенка 1,5–2 месяцев оказывается нередко меньшим, чем при рождении. Число мочеиспусканий и количество мочи при пилоростенозе уменьшается, часто отмечаются запоры. При осмотре живота в большинстве случаев можно наблюдать перистальтику желудка в виде «песочных часов». Лечение оперативное.

При упорных срыгиваниях, рвоте, приводящих к недостаточной прибавке массы тела, нарушению самочувствия, кашлю необходимо обязательно обратиться к педиатру или детскому хирургу.

Лечение срыгиваний у грудных детей должно быть комплексным. Кормление ребенка следует проводить в положении сидя, под углом 45–60°. Удерживание ребенка в вертикальном положении после кормления должно быть максимально длительным, не менее 20–30 минут. Спать ребенок должен в кроватке с приподнятым головным концом на 30–45°.

Существенная роль в лечении регургитаций принадлежит диетотерапии, выбор которой зависит от вида вскармливания ребенка.

При естественном вскармливании в первую очередь необходимо создать для кормящей матери спокойную обстановку, направленную на сохранение лактации, нормализацию режима кормления ребенка с целью исключения перекорма и развития аэрофагии. Срыгивания могут быть проявлением пищевой непереносимости, поэтому при необходимости матери назначается гипоаллергенная диета. Срыгивания могут быть обусловлены неврологическими нарушениями вследствие перенесенного перинатального поражения ЦНС — в этом случае диетологическая коррекция должна сочетаться с медикаментозным лечением, назначенными неврологом.

Даже упорные срыгивания не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание. Обычно к 3 мес. количество эпизодов срыгиваний значительно уменьшается. Если упорные срыгивания сохраняются, это значит, что ребенок нуждается в дополнительном обследовании и назначении диетотерапии в сочетании с медикаментозной терапией.

Диетотерапия предусматривает введение в рацион малыша загустителей грудного молока или более плотную пищу перед кормлением. При

этом в небольшую порцию сцеженного грудного молока добавляют безмолочную рисовую кашу (лучше промышленного выпуска).

При искусственном вскармливании необходимо обратить внимание на режим кормления ребенка, адекватность подбора молочных смесей, их объем, кратность приема, которые должны соответствовать возрасту и массе тела ребенка. Ребенок должен получать адаптированную молочную смесь. Предпочтение отдается казеинпреобладающим молочным смесям («Нестожен»), так как казеин в желудке образует более плотный сгусток, что замедляет опорожнение желудка и снижает моторную активность толстой кишки. Если срыгивания являются проявлением пищевой непереносимости, следует назначить гипоаллергенную смесь.

При отсутствии положительной динамики ребенку показана лечебная смесь — антирефлюксная молочная смесь, вязкость которой повышается за счет введения в ее состав специализированных загустителей. В качестве таких загустителей используются два вида полисахаридов:

- неперевариваемые (камедь, составляющую основу клейковины рожкового дерева): «Беллакт-АР», «Фрисовом 1, 2 с пребиотиками»;
- перевариваемые (модифицированный рисовый или картофельный крахмал): NAN антирефлюкс.

Антирефлюксные смеси хорошо переносятся, их состав обеспечивает потребность детей во всех основных пищевых веществах и энергии.

Антирефлюксные смеси следует применять дифференцированно, в зависимости от содержащихся в них загустителей, а также от состояния здоровья ребенка. Смеси, содержащие камедь, более показаны при интенсивных срыгиваниях и тенденции к запору, т.к. камедь немного повышает осмотическое давление в кишечнике и учащает стул, что показано для детей с синдромом срыгивания и запорами. Смеси могут быть рекомендованы в полном объеме или в виде замены части кормления. При этом количество смеси, необходимой ребенку, и длительность ее назначения определяются скоростью наступления терапевтического эффекта.

ОАО «Беллакт» выпускает антирефлюксную смесь, содержащую инстантную камедь, т. е. для приготовления этой смеси не требуется высокая температура воды — «Беллакт-АР».

Смеси «Фрисовом 1, 2 с пребиотиками» содержат натуральную (неизменную) камедь, поэтому при их приготовлении используется вода $t = 75^{\circ}\text{C}$.

Смеси, включающие в качестве загустителя крахмал, действуют несколько «мягче», эффект от их применения проявляется в более отдаленный период по сравнению с продуктами, содержащими камедь. Эти смеси показаны детям с менее выраженными срыгиваниями, как при нормальном стуле, так и при склонности к неустойчивому стулу. Крахмалосодержащие смеси целесообразно рекомендовать для полной замены ранее получаемой молочной смеси.

Несмотря на высокую клиническую эффективность антирефлюксных смесей, они не должны использоваться бесконтрольно, как альтернатива

адаптированным молочным смесям. Эти смеси применяются на определенном этапе лечения регургитаций. Длительность применения должна определяться индивидуально, после достижения стойкого терапевтического эффекта ребенок постепенно переводится на адаптированную молочную смесь.

При неэффективности диетотерапии ее необходимо сочетать с медикаментозным лечением, которое назначает только врач. Могут применяться: антациды (фосфалюгель, маалокс) — курс лечения 10–21 день; прокинетики (домперидон (мотилиум)) — курс лечения 10–14 дней.

МЕТЕОРИЗМ, КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ

Функциональные срыгивания и рвота могут быть связаны с кишечными коликами из-за спазмов кишечной мускулатуры и повышенного газообразования — **метеоризма**.

Причинами метеоризма бывают пища, не соответствующая возрасту и функциональным возможностям ЖКТ ребенка, и нарушения микробиотоза кишечника.

У ребенка отмечается вздутие живота, «урчание» кишечника, беспокойный крик и сон. Состояние ребенка улучшается после дефекации.

Лечение заключается в ликвидации причины метеоризма. Из питания матери исключают продукты, способствующие газообразованию (мучные продукты, сладости, бобовые). Можно применять лекарственные средства, уменьшающие газообразование: сорбенты (смекта, энтеросгель, уголь), ферменты (панкреатин, фестал), пробиотики (бифидумбактерин, энтерожермина), спазмолитические препараты (но-шпа), проводить массаж живота.

Кишечные колики

Коликами называются приступообразные боли в животе, сопровождающиеся выраженным беспокойством ребенка. По данным различных исследований, частота обращений к врачу-педиатру, связанных с детскими коликами, составляет от 20 до 70 %. Выраженность и частота кишечных колик у новорожденных уменьшается с возрастом (в возрасте 1–3 месяца — 29 %, 4–6 месяцев — лишь 7–11 %). Доказано: чем меньше гестационный возраст ребенка и масса тела при рождении, тем выше риск развития у младенца детских колик.

Предрасполагают к развитию кишечных колик у новорожденных детей следующие факторы:

1. Со стороны матери:

- неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез матери: гестоз, гиподинамия во время беременности;
- нарушение питания кормящей матери: употребление очень жирной пищи, пищи, усиливающей метеоризм, избыточное количество коровьего молока и молочных продуктов;

- вредные привычки кормящей женщины: курение, употребление алкоголя, наркотиков;

- эмоциональные стрессы в семье.

2. Со стороны ребенка:

- недоношенность;

- симптомы постгипоксического поражения ЦНС;

- темперамент младенца.

3. Нарушения вскармливания:

- неправильная техника вскармливания (заглатывание воздуха во время кормления);

- насильственное кормление;

- неправильное приготовление смесей (чрезмерное или недостаточное разведение);

- питание не соответствующее возрасту;

- быстрое введение (большой объем) блюд прикорма.

Развитию кишечных колик у новорожденных детей способствуют анатомо-физиологические особенности строения желудочно-кишечного тракта.

В норме небольшое количество воздуха попадает в желудок при каждом акте глотания. Физиологическая его роль заключается в стимуляции моторики желудка. Часть воздуха переходит через привратник в кишечник. Кроме того, часть газов продуцируется бактериями кишечника.

Морфофункциональная незрелость пищеварительного тракта, сопровождающаяся незрелостью ферментативной системы, нарушениями микробиоценоза кишечника, определяет неполное расщепление жиров, углеводов, что способствует избыточному газообразованию.

Растяжение или спазм любого участка пищеварительного тракта может вызвать спектр ощущений от легкого дискомфорта до боли.

О наличии кишечной колики у новорожденного говорят, если у здорового ребенка отмечаются приступы чрезмерного плача без видимых причин. Под детской кишечной коликой понимают приступ раздраженности, возбуждения, громкого плача. Ребенок начинает сучить ножками, стопы у него часто холодные, руки прижаты к туловищу. Приступ, как правило, начинается неожиданно, на фоне полного благополучия, чаще во время или сразу после кормления. Продолжительность приступа колик может составлять от 10 минут до 3 часов. Несмотря на это, общее состояние и физическое развитие ребенка обычно не страдают. От кишечных колик чаще страдают мальчики и первенцы. Возможно сочетание кишечных колик с диспепсией, запорами.

В настоящее время все кишечные колики по механизму развития и причинам возникновения можно разделить на две группы:

- колики, связанные с едой;

- колики, с едой не связанные.

При коликах, появляющихся во время или после еды, необходимо проведение дифференциального диагноза с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, лактазной недостаточностью, дисбактериозом кишечника.

Колики, не связанные с приемом пищи, требуют исключения патологии центральной и вегетативной нервной системы, воздействия различных психоэмоциональных факторов.

Характерными для кишечных колик являются:

- начало кишечных колик чаще всего в возрасте 3–4 недель;
- возникновение, как правило, ежедневно, в одно и то же время (с 18 до 22 часов);
- длительность кишечных колик от 30 минут и более;
- после стула или отхождения газов отмечается облегчение состояния ребенка;
- кишечная колика у новорожденного ребенка сопровождается:
 - беспокойством;
 - гиперемией лица;
 - пронзительным криком;
 - метеоризмом (вздутием живота);
 - характерным движением нижних конечностей (ребенок «сучит» ножками).

Кишечные колики появляются в любой период жизни грудного ребенка. Если колика возникает в возрасте 3–4 недель, скорее всего, она является проявлением функциональных нарушений ЖКТ.

Симптомы тревоги, исключаящие функциональный характер колик у детей раннего возраста и требующие незамедлительного обращения к врачу:

- лихорадка;
- рвота с примесью крови;
- кровь в кале;
- отказ от еды;
- отсутствие самостоятельного стула;
- наличие плоской весовой кривой (отсутствие прибавки массы тела).

Лечение кишечных колик у грудных детей проводится совместно педиатром и детским неврологом и предусматривает:

1. Коррекцию питания. При наличии грудного вскармливания необходимо из диеты матери исключить продукты, содержащие белок коровьего молока, а также говяжье (телячье) мясо (при подозрении на пищевую аллергию). Исключить продукты, способствующие повышенному газообразованию (огурцы, капуста, виноград, бобовые, кукуруза, свежий дрожжевой хлеб, квас и т. д.). При подозрении на гастроинтестинальную форму пищевой аллергии ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, необходимо перевести ребенка на гипоаллергенные смеси («Беллакт-ГА», «Фрисолак 1, 2 ГА»,

НАН-ГА), при отсутствии эффекта на смеси на основе глубокого гидролиза белка (казеиновые — «Нутрамиген», «Фрисопеп АС» или сывороточные — «Альфаре», «Фрисопеп»). В пользу возможной аллергии к белкам коровьего молока у ребенка имеют значение следующие данные:

- отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям по линии матери и отца;
- наличие пищевых «погрешностей» матери при грудном вскармливании (употребление молочных продуктов в больших количествах);
- появление кишечных колик на фоне введения докорма или перевода ребенка на молочную или соевую смесь;
- наличие кишечных колик, связанных с кормлением ребенка;
- наличие слизи в содержимом желудка (при рвоте, срыгивании), стуле (в ряде случаев определяется слизь розового цвета или прожилки алой крови в кале).

2. При подозрении на лактазную недостаточность необходимо перевести ребенка на низколактозные («Беллакт-НЛ») или безлактозные смеси «Беллакт-БЛ»). При наличии лактазной энтеропатии при грудном вскармливании необходимо заменить 1–2 кормления безлактозной смесью или назначить лактозо-содержащий фермент лактазу-bebi. Его доза индивидуальна для каждого ребенка, фермент принимается непосредственно перед кормлением грудным молоком. Полный переход на безлактозное вскармливание не показано, т. к. лактоза участвует в синтезе гликоцереброзидов головного мозга. Поэтому, даже при полной алактазии 1 кормление в сутки должно содержать лактозу.

3. Соблюдение правильной техники грудного кормления: живот младенца должен быть прижат к животу матери, его ухо, плечо, бедро должны находиться на одной линии. Для профилактики аэрофагии важен правильный захват соска матери (вместе с околососочковым кружком). Необходимо, чтобы ребенок сосал грудь не менее 20 минут, так как прикладывание к груди менее 15 минут приводит к получению ребенком в основном «переднего» молока, чрезмерно насыщенного углеводами, которые могут способствовать увеличению газообразования. После кормления ребенка нужно подержать в наклоненном положении (под углом 45°, животом вниз) в течение 10–15 минут, для отхождения воздуха, который заглатывается во время кормления.

4. Создание спокойной обстановки в доме. Необходимо успокоить родителей, объяснив им, что кишечные колики встречаются у большинства младенцев, что они не представляют угрозы для их жизни и в ближайшее время должны пройти.

5. Длительное ношение младенца на руках, прижав к животу матери, или положение на животе, с согнутыми в коленях ножками (можно на теплой грелке).

6. Целесообразно проведение курса общего массажа, массажа живота:

- легкое поглаживание животика ребенка по часовой стрелке (около 10 оборотов);
- поочередное сгибание-разгибание его ножек, прижимая их к животу (по 6–8 повторений);

- выкладывание малыша на животик и проведение поглаживающих движений по спинке, по направлению от живота к пояснице;

- для достижения лучших результатов необходимо проведение массажа после 5-минутной грелки.

7. Использование фитопрепаратов ветрогонного и мягкого спазмолитического действия, содержащих различные травы (чай с фенхелем, ромашкой). Плантекс, содержащий экстракт плодов и эфирное масло фенхеля, а также лактозу. Плоды и эфирное масло фенхеля стимулируют пищеварение, усиливая секрецию желудочного сока и улучшая перистальтику кишечника, поэтому пища быстрее расщепляется и всасывается. Активные вещества препарата предупреждают скопление газов и способствует их лучшему отхождению. Препарат дают ребенку в несколько приемов: как после еды, так и в перерывах между приемами пищи. Детям до 2-месячного возраста рекомендуется 1 пакетик, от 3 месяцев до 1 года — по 1–2 пакетика (5–10 г в сутки).

7. Применение газоотводных трубочек, очистительной клизмы (эти мероприятия способствуют отхождению газов и купированию боли).

8. Спазмолитические препараты (дротаверин внутрь, свечи с папаверином).

10. Коррекция нарушений кишечного микробиоценоза. Оправдано применение пробиотиков, не содержащих лактозы и белка коровьего молока (энтерожермина). Применение пробиотиков у детей грудного возраста с функциональными нарушениями ЖКТ способствует купированию кишечных колик, срыгиваний, нормализации стула.

11. Сорбенты применяются при кишечных коликах в сочетании с повышенным газообразованием (энтеросгель).

12. Пищеварительные ферменты (панкреатин, мезим) назначаются при наличии неустойчивого стула.

13. Применение препаратов иберогаст, гастрокинд на основе растительного сырья.

ЗАПОРЫ

Под запорами понимают нарушения дефекации, которые проявляются увеличением интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой и/или с систематическим неполным опорожнением кишечника.

Существуют диагностические критерии запоров:

- удлинение интервалов между актами дефекации (более чем на 32-36 ч)
- длительный период натуживания — не менее 25% от общего времени дефекации

- консистенция кала «плотная», в виде комочков

- чувство неполного опорожнения кишечника

Возникновение запоров обусловлено дискинезией толстой кишки (гипо- и гипермоторными нарушениями), нарушением акта дефекации — ди-

шезией (спазм сфинктеров прямой кишки, ослабление гладкой мускулатуры и др.) или сочетанием этих факторов.

В зависимости от причины выделяют следующие виды запоров: алиментарный; неврогенный; инфекционный (после перенесенной инфекции); воспалительный; психогенный; возникающий вследствие аномалий развития толстой кишки (врожденный мегаколон, подвижная слепая или сигмовидная кишка, долихосигма и др.); токсический; эндокринный (гиперпаратиреозидизм, гипотиреоз, гипопитарные расстройства, сахарный диабет, феохромоцитомы); медикаментозный (употребление противосудорожных препаратов, антацидов, мочегонных препаратов, препаратов железа и кальция, барбитуратов). По данным Американской академии педиатрии, у 95 % детей с запорами не выявляется органической патологии. Функциональные запоры относятся к числу наиболее распространенных нарушений функции кишечника и выявляются у 20–35 % детей первого года жизни.

К факторам риска развития запоров у детей первого года жизни относятся: раннее искусственное вскармливание, перинатальное поражение ЦНС, недоношенность, морфофункциональную незрелость новорожденного, пищевую непереносимость, дисбиоз кишечника, отягощенную наследственность по желудочно-кишечным заболеваниям.

Наиболее распространенной причиной возникновения запоров у детей первого года жизни являются алиментарные (пищевые) нарушения. Лечение функциональных запоров у детей первого года жизни включает в себя диетотерапию и при необходимости медикаментозное лечение.

Способствуют акту дефекации (отхождению стула) выкладывания на живот перед каждым кормлением (на 5–7 минут), массаж живота по часовой стрелке.

Категорически запрещено стимулировать дефекацию раздражением анального отверстия ватными палочками, газоотводной трубкой.

Категорически запрещается постоянно использовать клизмы для очищения кишечника.

Основные принципы диетотерапии запоров у детей первого года жизни:

- удовлетворение физиологических потребностей ребенка в пищевых веществах (белках, жирах, углеводах) и энергии;
- достаточный питьевой режим (на искусственном вскармливании суточный объем жидкости для ребенка равен объему одного кормления);
- исключение избыточного потребления белков и жиров, которое может тормозить моторику кишечника;
- обогащение рациона пищевыми волокнами;
- нормализация микрофлоры кишечника (применение пре- и пробиотиков).

У детей, находящихся на грудном вскармливании, необходимо провести коррекцию пищевого рациона матери, так как состав грудного молока в определенной мере зависит от питания матери. Из рациона матери следует максимально исключить продукты с высоким количеством животных жиров, заме-

нив их растительными маслами. Отмечается прямая корреляция с возникновением запоров у детей с запорами у матери в послеродовом периоде, поэтому в рацион питания кормящей женщины необходимо включать продукты, стимулирующие моторику кишечника, — кисломолочные продукты, продукты с высоким содержанием пищевых веществ (овощи, фрукты, сухофрукты, крупы, хлеб грубого помола и др.), необходимо соблюдать оптимальный питьевой режим (дополнительно не менее 1 литра жидкости в сутки) .

Поскольку запоры у детей первых месяцев жизни часто являются проявлением желудочно-кишечной формы пищевой аллергии, из рациона питания матери следует исключить продукты с высоким аллергическим потенциалом: коровье молоко, рыбу, орехи, куриное мясо потребление которых служит наиболее распространенной причиной пищевой аллергии у детей первого года жизни.

Функциональные запоры у детей, получающих естественное вскармливание, не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание — это может лишь усугубить проблему.

Введение продуктов прикорма в рацион питания страдающих запорами детей, находящихся на естественном вскармливании, должно осуществляться, в соответствии с рекомендуемой схемой вскармливания, не ранее 4–5 мес. жизни. Прикорм у детей с функциональными запорами следует начинать с введения продуктов с высоким содержанием пищевых волокон: овощное пюре (пюре из кабачка, цветной капусты и др.), зерновой прикорм — гречневая, кукурузная каши, фруктовые пюре и фруктовые соки с мякотью (яблочный, сливовый, черносливовый, абрикосовый и др.). ОАО «Беллакт» предлагает широкий выбор фруктовых и овощных консервов, выпускаются каши с черносливом, яблоком.

При отсутствии эффекта от проводимой диетологической коррекции ее необходимо сочетать с медикаментозной терапией — препаратами лактулозы (дюфалак, нормазе). Дюфалак представляет собой 6,7 % лактулозу, рекомендуемая доза препарата — 0,5 мл/кг/сут в один прием, утром во время еды, в течение 1–2 нед. Дозу можно увеличить в 2 раза в том случае, если в течение 2 дней приема препарата не наблюдается клинического улучшения. Для коррекции дисбиоза кишечника используются препараты, содержащие пробиотики. Энтерожермина — препарат обладающий противомикробной активностью в отношении многих микроорганизмов, особенно эффективен в отношении золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus*). Назначается детям с 3 недельного возраста в течение 5–7 дней. Зачастую этого курса достаточно, чтобы нормализовать стул у малыша. При отсутствии бифидо-лактобактерий назначаются препараты заместительной терапии: бифидумбактерин, лактобактерин в течение 10–14 дней.

При искусственном вскармливании необходимо провести коррекцию режима питания ребенка, объема получаемой смеси для исключения перекорма. Смесь, которую получает ребенок, должна быть максимально адап-

тирована по уровню белка и жира. Для детей с запорами можно рекомендовать смеси, в состав которых входят олигосахариды — пребиотики, которые обладают выраженным пребиотическим (заместительным) эффектом, а также несколько стимулируют моторику кишечника («Беллакт-иммунис 1, 2, 3», «Беллакт-оптимум 1, 2, 3»).

Рацион детей должен включать адаптированные кисломолочные смеси, которые стимулируют моторику кишечника («Беллакт-кисломолочный 1,2»).

При недостаточной эффективности указанных мероприятий для ребенка необходимо подобрать одну из специализированных молочных смесей, предназначенных для вскармливания детей с запорами. К таким смесям относятся: молочные смеси, включающие лактулозу («Семпер Бифидус») и молочные смеси, включающие натуральную камедь рожкового дерева («Фрисовом 1, 2 с пребиотиками»).

Дети с функциональными запорами, находящиеся на искусственном вскармливании, должны получать продукты прикорма в соответствии с рекомендуемой схемой вскармливания. Первыми следует давать ребенку продукты с высоким содержанием пищевых волокон (овощное и фруктовое пюре).

При сохранении запоров на фоне диетической и медикаментозной коррекции необходима консультация детского хирурга.

АЛИМЕНТАРНЫЕ ДИСПЕПСИИ

В виду имеющихся физиологических особенностей пищеварительной системы у новорожденных и детей раннего возраста любые погрешности в питании могут привести к нарушению пищеварения, проявляющегося диспепсическими расстройствами (вздутием живота, расстройством стула, кишечными коликами).

К погрешностям относят:

- быстрый перевод на искусственное вскармливание;
- кормление неадаптированными смесями;
- несоблюдение правил приготовления и хранения смесей;
- перекорм;
- беспорядочное вскармливание.

В этих случаях нарушается переваривание пищевых ингредиентов.

При нарушении расщепления углеводов (бродильная диспепсия), что часто бывает при допаивании ребенка сладким чаем, перекармливании сладкими смесями, отмечается вздутие живота, беспокойство, срыгивание, стул жидкий, водянистый, пенистый, желтый, может быть примесь зелени, с кислым запахом.

При нарушении переваривания белка (гнилостная диспепсия) стул рыхлый, желто-коричневый, с резким неприятным запахом, отмечается вздутие живота, запоры.

При нарушении переваривания и всасывания жиров стул имеет блестящий вид с белыми творожистыми комочками. Нарушается всасывание жирорастворимых витаминов, магния и кальция.

Алиментарная диспепсия может привести к недостаточной прибавке массы тела, но при этой форме диспепсии практически не бывает симптомов интоксикации (вялость, сонливость, повышение температуры), потери массы тела, обезвоживания организма (сухость кожи и слизистых оболочек, западение большого родничка, редкое мочеиспускание).

При наличии признаков алиментарной диспепсии у ребенка необходимо устранить факторы, которые могут приводить к диспепсии (нормализовать режим питания: объем, кратность; при естественном вскармливании (при достаточном количестве молока в груди) нужно сцеживать 20–30 мл. «переднего» молока при наличии бродильной диспепсии, при искусственном вскармливании соблюдать правила приготовления смеси).

Из медикаментозной терапии назначают пробиотики (энтерожермина, бифидумбактерин), пищеварительные ферменты (панкреатин, фестал).

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА

Плод внутриутробно при физиологической беременности стерилен, начинает заселяться микроорганизмами во время родов в родовых путях, после рождения в ЖКТ ребенка попадают микроорганизмы из окружающей среды. К концу первых суток кишечник ребенка заселяется разнообразными микроорганизмами (кокки, энтеробактерии, дрожжи) и развивается транзиторный дисбактериоз. К 7–8 дню жизни устанавливается микробиоценоз кишечника новорожденного: главная микрофлора — 95 % бифидобактерии, сопутствующая микрофлора — лактобактерии и нормальные штаммы кишечной палочки, остаточная микрофлора — сапрофиты и условно-патогенные микробы (энтерококки, непатогенные стафилококки, протей, дрожжи и др.), эта часть не должна быть более 1 %.

Процесс становления нормальной микрофлоры кишечника у ребенка может затягиваться из-за дисбиоза влагалища и кишечника матери, несоблюдения гигиенических норм при уходе за новорожденными, позднего прикладывания ребенка к груди, снижения общей иммунологической реактивности новорожденного при патологии (асфиксии, родовой травме, внутриутробной инфекции, ГБН, кровопотере и др.), применении антибиотикотерапии как у ребенка так и у матери.

Дисбактериоз — это качественные и количественные изменения состава кишечной микрофлоры.

Проявляется дисбактериоз упорными диспепсическими расстройствами. Отмечается вздутие живота, срыгивание, снижается аппетит, стул разжиженный, учащенный, с зеленью, не переваренными частицами, неприятным запахом, отмечается медленное восстановление массы тела, плохая прибавка массы в течение первого месяца жизни.

Лечение. Кормить ребенка лучше всего грудным молоком, при отсутствии грудного вскармливания показаны смеси с пробиотиками: «Беллакт иммунис-1, 2» — содержит пробиотический штамм *Bifidobacterium lactis*

ВВ-12, который восстанавливает здоровую микрофлору, оказывает стимулирующее действие на иммунитет, способствует развитию кишечного эпителия, продуцирует витамины группы В.

Хороший лечебный эффект у современных кисломолочных смесей, которые можно предлагать ребенку как на несколько кормлений в день, так и в качестве полноценного питания в течение суток. Адаптированные кисломолочные смеси сбалансированы по белково-углеводному и жировому спектру, благодаря сквашиванию белок легко усваивается, бифидобактерии в сочетании с заквашиванием улучшают состав микрофлоры, снижают риск развития острых кишечных инфекций, увеличивается синтез защитного иммуноглобулина.

Медикаментозное лечение проводится в 2 этапа:

I этап — подавление роста условно-патогенных микроорганизмов. Если отмечается преимущественный рост стафилококка, кишечной палочки или протей, то можно использовать соответствующий бактериофаг (антистафилококковый, колипротейный и др.) или споровые пробиотики (энтерожермина) в течение 5–7 дней, которые особенно показаны если отмечается рост нескольких видов микроорганизмов.

II этап — нормализация микрофлоры кишечника: бифидумбактерин, лактобактерин. Срок лечения II этапа подбирают индивидуально, в среднем 2–4 недели.

Для улучшения процесса пищеварения добавляют пищеварительные ферменты (панкреатин, фестал и др.).

У новорожденных, детей первого года жизни при всех нарушениях функционального состояния ЖКТ обязательно нужно обратиться к педиатру, провести копрологическое исследование, анализ кала на дисбактериоз для дифференциальной диагностики, исключения кишечной инфекции и проведения грамотной коррекции.

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ ОПАСНОСТИ

Общие признаки опасности, требующие срочной госпитализации:

- Нарушение сознания (повышенная сонливость, заторможенность, летаргичность).
- Отказ от еды (не пьет, не сосет грудь).
- Рвота на фоне кормления.
- Судороги.

Следует обратиться за медицинской помощью при:

- подъеме температуры (выше 37,5 °С);
- повторной рвоте;
- выраженной слабости, вялости, сонливости;
- диарее, особенно если в кале — слизь, кровь;
- беспокойстве и крике без видимой причины;
- наличии сыпи на коже.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алферов, В. П.* Питание детей первого года жизни: пособие для врачей / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк. — СПб., 2003. — 48 с.
2. *Беляева, Л. М.* Педиатрия : курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.
3. *Беляева, Л. М.* Принципы и тактика ведения детей в периоде раннего возраста: пособие для врачей / Л. М. Беляева, Е. Г. Неверо, Е. А. Колупаева. — Минск: БГМУ, 2008. — 52 с.
4. *Беляева, Л. М.* Физиология развития и воспитания здорового ребенка раннего возраста: учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева. — Минск: Экоперспектива, 2008. — 32 с.
5. *Голубева, Л. Г.* Развитие и воспитание детей раннего возраста: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Л. Г. Голубева, М. В. Лещенко, К. Л. Печора; под ред. В. А. Доскина, С. А. Козловой. — М. : Издательский центр «Академия», 2002.
6. *Доскин, В. А.* Морфофункциональные константы детского организма: справочник / В. А. Доскин, Х. Келлер, Н. М. Мураенко, Р. В. Тонкова-Ямпольская. — М.: Медицина, 1997.
7. *Жерносек, В. Ф.* Как правильно организовать питание ребенка первого года жизни: руководство для врачей / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова. — Минск : БелМАПО, 2012. — 26 с.
8. *Капранова, Е. И.* Основы вскармливания детей первого года жизни / Е. И. Капранова, Н. А. Геппе, М. В. Нароган. — М., 2005. — 51 с.
9. *Козловский, А. А.* Оценка физического и психомоторного развития: метод. реком. / А. А. Козловский. — Гомель, 2005. — 16 с.
10. *Конь, И. Я.* Современные представления о питании детей в раннем постнатальном периоде / И. Я. Конь // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2001. — № 6. — С. 63–77.
11. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста : методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. — Проект. — Сентябрь 2000. — ВОЗ. ЮНИСЕФ.
12. *Мачулина, Л. Н.* Актуальные проблемы питания детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галькевич. — Минск: БелМАПО, 2004. — 64 с.
13. *Мачулина, Л. Н.* Инструкция по рациональному вскармливанию детей первого года жизни / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галькевич. — Минск: БелМАПО, 2001. — 34 с.
14. *Мачулина, Л. Н.* Комплексная оценка состояния здоровья ребенка: учеб.-метод. пособие / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галькевич. — Минск, 2004. — 120 с.

15. *Мачулина, Л. Н.* Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей первого года жизни: пособие для медицинских работников / Л. Н. Мачулина. — Гродно: Радиус, 2011. — 40 с.

16. Питание детей первого года жизни: метод. реком. для студ. 4–6 курсов лечебного фак-та, врачей-стажеров, ординаторов детских стационаров, участковых врачей-педиатров / А. А. Козловский [и др.]. — 2-е изд., стер. — Гомель: УО «ГГМУ», 2008. — 40 с.

17. Питание детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие / под ред. В. А. Филина, Т. Г. Верещагиной. — М., 2003. — 80 с.

18. Практические навыки педиатра: практ. пособие / под ред. М. В. Чичко. — Минск: Книжный дом, 2005. — 848 с.

19. Руководство по лечебному питанию детей / под ред. К. С. Ладодо. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.

20. *Самсыгина, Г. А.* Кишечная колика у детей (клиника, диагностика, лечение): пособие для практических врачей / Г. А. Самсыгина. — М.: РГМУ, 2000. — 28 с.

21. *Твардовский, В. И.* Диетическая коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста: учеб.-метод. пособие / В. И. Твардовский, О. Н. Назаренко. — 2013. — 24 с.

22. *Усов, И. Н.* Здоровый ребенок : справочник педиатра / И. Н. Усов. — Минск: Беларусь. — 1984. — 207 с.

23. Функциональные заболевания пищеварительного тракта у детей. Принципы рациональной терапии : практическое руководство / А. И. Хавкин [и др.] — М., 2002. — 24 с.

24. *Хавкин, А. И.* Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / А. И. Хавкин. — М., 2000. — 71 с.

Учебное издание

**Зарянкина Алла Ивановна
Ивкина Светлана Степановна
Кривицкая Людмила Васильевна**

**РЕБЕНОК. УХОД. ПИТАНИЕ.
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Учебно-методическое пособие
для студентов всех курсов обучения
лечебного, медико-диагностического факультетов, факультета
по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов,
субординаторов-педиатров, субординаторов-акушеров-гинекологов,
врачей интернов-педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов,
врачей общей практики, родителей**

**Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 14.10.2013.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 2,6. Уч.-изд. л. 2,8. Тираж 50 экз. Заказ № 363.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.

