

Андрей Соколов  
Юрий Копанев



# **СОВЕТЫ ДЕТСКОГО ДОКТОРА**

Алгоритмы медицинской безопасности

Андрей Соколов

**Советы детского  
доктора. Алгоритмы  
медицинской безопасности**

«Издательские решения»

**Соколов А. Л.**

Советы детского доктора. Алгоритмы медицинской безопасности /  
А. Л. Соколов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-745719-8

«Советы детского доктора» — это книга об алгоритмах медицинской безопасности — книга для родителей. Как сохранить здоровье ребенка? Как избежать болезней? Как не залечить? Как пользоваться возможностями современной медицины?

ISBN 978-5-44-745719-8

© Соколов А. Л.  
© Издательские решения

# Содержание

Диагностический ликбез	6
Анализы	8
Гастроэнтеролог назначил обследование	11
Еда и диатез	13
Конец ознакомительного фрагмента.	16

# **Советы детского доктора Алгоритмы медицинской безопасности**

**Андрей Соколов  
Юрий Копанев**

© Андрей Соколов, 2017

© Юрий Копанев, 2017

ISBN 978-5-4474-5719-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

## Диагностический ликбез

Какие бывают анализы, что они дают и что от них ожидать.

Для чего нужно сдавать анализы? Вопрос – риторический. Давно минули времена, когда врач был вооружен только своими знаниями и опытом, а диагноз ставился по беседе и осмотру пациента. Анализы, а точнее диагностические исследования, стали неотъемлемой частью современной медицины, и при их помощи врач узнает что мешает организму нормально работать, каково состояние отдельных органов и систем. Много анализов не бывает – любой анализ или исследование дают врачу дополнительную информацию, помогающую наиболее точно поставить диагноз, определить стадию заболевания, назначить лечение, контролировать течение болезни и эффективность, а также безопасность терапии. Любое исследование может содержать как человеческую, так и аппаратную ошибку, именно поэтому бывает нужно сделать дополнительные исследования, подтверждающие или дополняющие анализы.

При обследовании можно изучать состояние организма на разных уровнях.

Анатомические параметры, такие как структура и форма органа, размер, расположение по отношению к другим органам и тканям, обследуются: рентгенологическими методами, суть которых в «фотографировании» различных тканей на специальные пленки (рентгенография, компьютерная томография, ангиография, флюорография и другие); ультразвуковыми исследованиями (УЗИ), при этом используется эффект различающихся звукопроводящих свойств у тканей разной плотности; эндоскопическими методами, при которых используется световолоконная оптика для осмотра слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия), мочевого пузыря (цистоскопия), прямой и сигмовидной кишки (колоноскопия), брюшной полости (лапароскопия), бронхов (бронхоскопия). Эндоскопические диагностические воздействия нередко являются и терапевтическими мероприятиями, например для удаления обнаруженных полипов или выявления и остановке кровотечения из язвы при ФЭГДС.

Следить за состоянием организма на клеточном и молекулярном уровне помогают общеклинический и биохимический анализы крови, цитологические (от греческого слова «cytus» – клетка) исследования других биологических сред (слюна, мокрота, мазки из зева, уретры и других мест), пункции костного мозга (стерильная пункция), плевры (плевральная пункция), спинномозгового канала (люмбальная пункция), забор для детального исследования микроскопических кусочков тканей (биопсия).

Для исследования функций органов и тканей используются другие методы диагностики, включающие как исследования крови (определение ферментов печени, гормонов эндокринных желез), мочи (общий анализ, пробы по Зимницкому, Нечипоренко, биохимическое исследование на соли), кала (копрология, на углеводы, на кишечную микрофлору) и других биологических жидкостей, так и инструментальные исследования (ЭКГ – электрокардиография, ЭЭГ – электроэнцефалография, миография, исследование функции внешнего дыхания).

Особняком стоят микробиологические исследования. Микроорганизмы начинают заселять кожу и слизистые оболочки уже во время рождения. Всю свою жизнь человек имеет контакты с самыми разными микробами, многие из которых до сих пор не изучены. Микроорганизмы могут быть друзьями и помощниками человека, как, например, бифидобактерии, лактобактерии и кишечная палочка, заселяющие кишечник и выполняющие огромный объем работы по нейтрализации того, что не должно попасть в кровь из кишечника, выработке ферментов и витаминов, обеспечении нормальной моторики кишечника. Есть среди микробов условно-патогенные бактерии. Для того, чтобы проявить свою патогенность им нужны условия: либо их количество превысило пороговые значения, либо они оказались не там, где им положено жить (например, эпидермальный стафилококк, нормальный для кожи, заселил кишеч-

ник), либо организм ослаб, чтобы сопротивляться и компенсировать вредное воздействие этих микробов. Наконец, существуют патогенные микробы, которые при попадании в организм вызывают заболевание.

В диагностике инфекционных заболеваний существуют два направления: 1) выявление возбудителя (выращивание его вне организма – микробиологический или бактериологический посев; обнаружение в отделенном от организма «веществе» (слюне, моче, крови и пр.) генетически уникального кусочка ДНК микроба методом ПЦР – полимеразной цепной реакции) или токсинов, продуктов жизнедеятельности, уникальных молекул структур микроба (антигенов); 2) выявление специфической реакции иммунной системы на конкретного возбудителя – определение антител – иммуноглобулинов (антитела – белки иммунной системы, обладают высокой специфичностью, то есть на каждый микроорганизм вырабатываются «свои» иммуноглобулины разных классов в зависимости от длительности инфицирования). Определение антигенов и антител проводится высокоточными иммунологическими методами: ИФА – иммуноферментный анализ, РСК – реакция связывания комплимента, РПГА – реакция прямой агглютинации и др. При помощи микробиологических исследований можно выявить чувствительность микроба к антибиотикам и другим противомикробным препаратам, стадию развития заболевания, а также проконтролировать эффективность лечения и состояние иммунологической памяти. Также можно выявить эффективность прививок, посмотрев методом ИФА наличие в крови антител к возбудителям тех инфекционных заболеваний, от которых производилась вакцинация.

Кроме того, что исследования выявляют состояние здоровья на разных уровнях (анатомический, клеточный, молекулярный, функциональный, микробиологический), они также подразделяются на инвазивные и неинвазивные. Инвазивные анализы – это те исследования, для осуществления которых требуются малоприятные для пациента медицинские манипуляции (забор крови из вены, заглатывание эндоскопической трубки и т.п.), или если исследование сопровождается определенным риском для здоровья и жизни обследуемого (исследования, выполняющиеся под наркозом, например бронхоскопия; исследования, связанные с введением контрастного вещества – экскреторная урография, цистография, ангиография; провокационные пробы – введение какого-то вещества, которое может обострить заболевание, сделав симптомы более отчетливыми). Неинвазивными считаются ультразвуковое исследование (УЗИ), анализы мочи и кала, ЭКГ, ЭЭГ, рентгенографические исследования без контрастного вещества (если делать их не очень часто), общий анализ крови с забором из пальца. Врач должен стремиться получить максимум информации от неинвазивных анализов и только в случае необходимости назначать инвазивные исследования.

Исследования также отличаются и по цене: от «бесплатных» общеклинических анализов до суперсовременных и супердорогих исследований с использованием компьютеров, ядерно-магнитных резонансов, мощных лабораторий. Цена анализа определяется многими факторами: стоимость реактивов и аппаратуры, трудоемкость, дефицитность, инвазивность и т. п. Но прямой зависимости «цена – качество» не существует для большинства анализов. То есть цена исследования и диагностическая ценность между собой не связаны. Каждый анализ имеет свою значимость, исследования дополняют друг друга, исследования нужно проводить целенаправленно с учетом уровня, который представляет интерес для оценки состояния здоровья.

Где сдавать анализы? Клинические анализы – кровь, моча, биохимические анализы крови и мочи, УЗИ, рентген, т.е. неинвазивные анализы, можно сдать в поликлинике, травмпункте, больнице. Но некоторые исследования (компьютерная томография, микробиологические, иммунологические, эндоскопические, рентгеноконтрастные и другие специальные исследования) можно сделать только в специализированных диагностических медицинских центрах.

## Анализы

*Общие анализы крови и мочи.* Эти универсальные исследования помогают врачу любой специальности. В общем анализе крови есть показатели уровня гемоглобина и эритроцитов (снижение этих показателей может навести на мысль о скрытом кровотечении или дефиците железа в питании ребенка; также это может означать некоторые формы гиповитаминоза или заболевания системы кроветворения). Уровень лейкоцитов и СОЭ показывает наличие воспалительных очагов. Эозинофилия (увеличение количества эозинофилов) может свидетельствовать о глистной инвазии и об аллергии. Общий анализ мочи показывает наличие воспаления в мочевыводящих путях, при этом от количества лейкоцитов в моче зависит диагноз: цистит, пиелонефрит, уретрит. **На что следует обратить внимание:** у детей раннего возраста некоторые показатели существенно отличаются от взрослых норм, которые обычно напечатаны на бланке. Так у детей первого года жизни ниже, чем написано, уровень гемоглобина – он должен быть не меньше 100 (при указанных в бланке цифрах от 130). До 4 лет лимфоциты преобладают над нейтрофилами.

*УЗИ – ультразвуковые исследования.* Одни из наиболее доступных и информативных методов исследования желудочно-кишечного тракта (УЗИ органов брюшной полости), почек (УЗИ почек или забрюшинного пространства), внутренних женских половых органов (УЗИ матки и придатков), структур головного мозга (нейросонография), сердца (УЗИ сердца или эхокардиография), суставов. По УЗИ можно увидеть размеры органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и др.), косвенные признаки гастрита и гастроудоденита, кроме того, можно исследовать сократительную функцию желчного пузыря (проба с нагрузкой). Ультразвуковым исследованием выявляется внутричерепная гипертензия, гидроцефалия. По УЗИ можно заподозрить врожденные аномалии разных органов (обычно помимо УЗИ требуются дополнительные обследования), определить причину шумов в сердце. Очень важно, что УЗИ – неинвазивные исследования.

*Анализ кала на дисбактериоз (состояние кишечной микрофлоры).* Также очень важный и информативный анализ, особенно для детей. Кишечная микрофлора выполняет большой объем функций ЖКТ, поэтому ее состояние – показатель нормального функционирования кишечника. Многие проблемы ЖКТ устраняются после коррекции дисбактериоза. Кроме того, по этому анализу можно делать косвенные выводы о наличии в кишечнике очагов хронической инфекции.

*Копрология.* Анализ кала, дающий информацию о переваривании различных компонентов пищи (белков, жиров, клетчатки), наличии воспаления в кишечнике, а также о внешнем виде фекалий, в том числе наличии патологических примесей (крови, слизи, зелени). Для выявления скрытой крови существует специальный анализ.

*Кал на углеводы.* Специальный анализ на изучение усвоения в кишечнике углеводов (глюкоза, лактоза, крахмал, галактоза и др.). При некоторых заболеваниях углеводы не усваиваются, также повышение уровня углеводов может быть при функциональных нарушениях (например, вторичная лактазная недостаточность на фоне дисбактериоза кишечника). **На что следует обратить внимание:** если анализ идет без расшифровки, то норма для детей до 1 года указана всегда 0,25%. Так вот, это – не верхняя граница нормы, а среднее значение. У большинства совершенно здоровых детей до шестимесячного возраста процент углеводов повышен (до 1%). Это связано с незрелостью ферментативных систем.

*Кал на яйца глистов и простейшие, соскоб на энтеробиоз.* Исследования, направленные на выявление очень распространенных как среди детей, так и среди взрослых, кишечных паразитов. Наличие глистов или простейших (лямблий) может приводить к хроническому нарушению функции ЖКТ, аллергии, ослаблению иммунитета, хронической интоксикации. К сожа-



лению, перечисленные анализы не являются достоверными, т.к. чаще всего наличие паразитов не сопровождается обнаружением их в анализах. Поэтому данные анализы нужно пересдавать по несколько раз (что почти не увеличивает вероятность обнаружения паразитов). Следует признать эти анализы формальными, не имеющими практической пользы для врача. Для решения вопроса о паразитах используются косвенные методы диагностики, включающие оценку эпидемиологической вероятности заражения, клинические проявления, отклонения в других анализах (например, эозинофилия в общем анализе крови или снижение общего количества кишечной палочки в анализе на дисбактериоз).

*Биохимический анализ крови.* Такие показатели биохимического анализа как АлТ, АсТ, билирубин, щелочная фосфатаза, холестерин напрямую свидетельствуют о работе печени. Другие параметры, например уровень сывороточного железа, белка, электролитов, также могут помочь в диагностике различных заболеваний.

*Рентгеновские исследования – обзорный снимок, контрастное исследование, иригография, флюорография.* При обзорной рентгенографии кишечника можно увидеть скопления газа, некоторые опухоли и камни, а также инородные предметы в кишечнике, которые могут быть случайно или умышленно проглочены. Исследование с контрастным веществом (окись бария) показывает проходимость различных отделов ЖКТ от пищевода до прямой кишки. При контрастном исследовании можно увидеть на снимке опухоли, растущие в просвет кишечника и язвы кишечника. Если контраст вводится через прямую кишку, это исследование называется иригография. При помощи рентгена можно увидеть воспаление легких, гайморит, аденоиды, переломы костей, вывихи, врожденные аномалии мочевыводящей системы, заподозрить туберкулез, кровоизлияния (гематомы) во внутренние органы. Разновидностями рентгеновского исследования является компьютерная томография и ангиография.

*Эндоскопические исследования.* Используется световолоконная оптика для осмотра слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия или просто гастроскопия), мочевого пузыря (цистоскопия), прямой кишки и толстого кишечника (колоноскопия), брюшной полости (лапароскопия), бронхов (бронхоскопия). Эндоскопические диагностические воздействия нередко являются и терапевтическими мероприятиями, например для удаления обнаруженных полипов или выявления и остановки кровотечения из язвы при ФЭГДС. Лапароскопия – эндоскоп (дословно можно перевести как прибор, чтобы видеть внутри) вводится через небольшое отверстие в передней брюшной стенке. Обычно этот метод используется при подозрении на острое воспаление в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.), а также при заболеваниях печени и желчного пузыря. Эндоскопические исследования являются инвазивными методами диагностики, и должны быть очень серьезные основания, чтобы такое исследование было назначено.

*Биопсия.* При проведении эндоскопических исследований может быть взят небольшой кусочек органа, чтобы затем изучить его отдельно под микроскопом.

*Желудочное зондирование.* Метод получения желудочного сока, а также содержимого двенадцатиперстной кишки. Назначается при гастритах для определения кислотности желудочного сока, а также при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. Один из методов паразитологического исследования на лямблии. Также инвазивный метод, поэтому показания к зондированию ограничены.

*ЭКГ – электрокардиография.* Простой, неинвазивный метод диагностики заболеваний сердца. Но такие состояния как врожденный порок сердца по ЭКГ определить почти невозможно (для этого используется УЗИ сердца – эхо-КГ). В раннем детском возрасте показаний для ЭКГ почти нет.

*ЭЭГ – электроэнцефалография.* Узко специальное неврологическое исследование для диагностики судорожных состояний (эпилепсии). В раннем детском возрасте чаще применяется нейросонография (УЗИ головного мозга).

*Исследования на инфекции.* В диагностике инфекционных заболеваний существуют два направления: 1) выявление возбудителя: выращивание его вне организма – микробиологический или бактериологический посев; обнаружение в отделенном от организма «веществе» (слюне, моче, крови и пр.) генетически уникального кусочка ДНК микроба методом ПЦР – полимеразной цепной реакции; выявление токсинов, продуктов жизнедеятельности, уникальных молекул структур микроба (антигенов); 2) выявление специфической реакции иммунной системы на конкретного возбудителя – определение антител – иммуноглобулинов (антитела – белки иммунной системы, обладают высокой специфичностью, то есть на каждый микроорганизм вырабатываются «свои» иммуноглобулины разных классов в зависимости от длительности инфицирования). Определение антигенов и антител проводится высокоточными иммунологическими методами: ИФА – иммуноферментный анализ, РСК – реакция связывания комплимента, РПГА – реакция прямой агглютинации и др. При помощи микробиологических исследований можно выявить чувствительность микроба к антибиотикам и другим противомикробным препаратам, стадию развития заболевания, а также проконтролировать эффективность лечения и состояние иммунологической памяти. Также можно выявить эффективность прививок, посмотрев методом ИФА наличие в крови антител к возбудителям тех инфекционных заболеваний, от которых производилась вакцинация.

## Гастроэнтеролог назначил обследование

*Общие анализы крови и мочи.* Эти универсальные исследования помогают врачу любой специальности. В общем анализе крови есть показатели уровня гемоглобина и эритроцитов (снижение этих показателей может навести на мысль о скрытом желудочно-кишечном кровотечении); уровень лейкоцитов и СОЭ показывает наличие воспалительных очагов, которые могут быть в кишечнике; эозинофилия может свидетельствовать о глистной инвазии. Общий анализ мочи показывает наличие инфекций или воспаления в мочевыводящих путях, которые тесно связаны с ЖКТ особенно у девочек и женщин.

*УЗИ – ультразвуковое исследование органов брюшной полости.* Один из наиболее доступных и информативных методов исследования ЖКТ. По УЗИ можно увидеть размеры органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и др.), косвенные признаки гастрита и гастродуоденита, кроме того, можно исследовать сократительную функцию желчного пузыря (проба с нагрузкой). Особенно помогает УЗИ, когда непонятен характер болей вверху живота – дифференциальная диагностика между заболеваниями желудка, поджелудочной железы и печени, желчевыводящих путей.

*Анализ кала на дисбактериоз (состояние кишечной микрофлоры).* Также очень важный и информативный анализ, особенно для детей. Кишечная микрофлора выполняет большой объем функций ЖКТ, поэтому ее состояние – показатель нормального функционирования кишечника. Многие проблемы ЖКТ устраняются после коррекции дисбактериоза. Кроме того, по этому анализу можно делать косвенные выводы о наличии в кишечнике очагов хронической инфекции.

*Копрология.* Анализ кала, дающий информацию о переваривании различных компонентов пищи (белков, жиров, клетчатки), а также о внешнем виде фекалий, в том числе наличии патологических примесей (крови, слизи, зелени). Для выявления скрытой крови существует специальный анализ.

*Кал на углеводы.* Специальный анализ на изучение усвоения в кишечнике углеводов (глюкоза, лактоза, крахмал, галактоза и др.). При некоторых заболеваниях углеводы не усваиваются, также повышение уровня углеводов может быть при функциональных нарушениях (например, вторичная лактазная недостаточность на фоне дисбактериоза кишечника).

*Кал на яйца глистов и простейшие, соскоб на энтеробиоз.* Исследования, направленные на выявление очень распространенных как среди детей, так и среди взрослых, кишечных паразитов. Наличие глистов или простейших может приводить к хроническому нарушению функции ЖКТ, аллергии, ослаблению иммунитета, хронической интоксикации. К сожалению, перечисленные анализы не являются достоверными, т.к. бывают периоды, когда наличие паразитов не сопровождается обнаружением их в анализах. Поэтому данные анализы нужно пересдавать по несколько раз, если ничего не выявляется, или, если врач считает, что нужно провести терапию, проводить ее.

*ФЭГДС – гастроскопия.* Эндоскопическое исследование, позволяющее увидеть при помощи специальной оптики слизистую оболочку пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенно важно это исследование для диагностики язвенной болезни и онкологических заболеваний желудка.

*Колоноскопия.* То же самое, что и гастроскопия, только эндоскоп вводится в задний проход и изучается состояние прямой кишки и толстого кишечника.

*Лапароскопия.* Также эндоскопический метод, когда эндоскоп (дословно можно перевести как прибор, чтобы видеть внутри) вводится через небольшое отверстие в передней брюшной стенке. Обычно этот метод используется при подозрении на острое воспаление в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.), а также при заболеваниях печени и желчного пузыря.

*Биопсия.* При проведении эндоскопических исследований может быть взят небольшой кусочек органа, чтобы затем изучить его отдельно под микроскопом.

*Желудочное зондирование.* Метод получения желудочного сока, а также содержимого двенадцатиперстной кишки. Назначается при гастритах для определения кислотности желудочного сока, а также при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. Один из методов паразитологического исследования на лямблии.

*Рентгеновское исследование – обзорный снимок, контрастное исследование, иригография.* При обзорной рентгенографии можно увидеть скопления газа, некоторые опухоли и камни, а также инородные предметы в кишечнике, которые могут быть случайно или умышленно проглочены. Исследование с контрастным веществом (окись бария) показывает проходимость различных отделов ЖКТ от пищевода до прямой кишки. При контрастном исследовании можно увидеть на снимке опухоли, растущие в просвет кишечника и язвы кишечника. Если контраст вводится через прямую кишку, это исследование называется иригография.

*Биохимический анализ крови.* Такие показатели биохимического анализа как АлТ, АсТ, билирубин, щелочная фосфатаза, холестерин напрямую свидетельствуют о работе печени. Другие параметры, например уровень сывороточного железа, белка, электролитов, также могут помочь в диагностике заболеваний ЖКТ.

*Исследования на инфекции.* Кроме возбудителей кишечных инфекций (сальмонелла, шигелла, ротавирус), вызывающих острые заболевания, существуют микробы, которые могут жить в кишечнике, вызывая хронические проблемы со стороны ЖКТ. Поэтому, не удивляйтесь, если гастроэнтеролог посоветует Вам сдать анализы на хламидии, трихомонады, йерсинии или рекомендует обратиться к инфекционисту.

## Еда и диатез

Родители читают книги, педиатры советуют, как вводить прикормы, дефицита детского питания не заметно. Детям всячески разнообразят диету и... у ребенка «вылезает» диатез.

Для справки

Термин диатез или аллергия родители используют обычно для описания кожных покраснений, пятен и др. «высыпаний на коже». В данной статье, мы договоримся называть аллергическими проявлениями истинно аллергические высыпания на коже, а диатезом все остальные высыпания, не имеющие отношения к аллергии или инфекционному заболеванию.

Термин диатез в данной статье применен неверно, так как диатез, это какая-либо предрасположенность ребенка, один из вариантов его конституции и в приличных медицинских кругах называть кожные высыпания диатезом не принято

Для описания кожных проявлений используются термины типа: атопический дерматит, экзема и др. Но поскольку большинство родителей называют такие проявления диатезом, то и мы, поскольку статья для родителей, будем пользоваться этим термином (неправильным и неуместным).

Из всех высыпаний на коже, неинфекционной природы (то есть не ветряной оспы, кори и др.), только 15 процентов являются истинно аллергическими. Остальные 85% высыпаний у детей мы назовем диатезом. Диатез может вызываться разными причинами, но у большинства детей диатез возникает следующим образом.

Обычно грудным детям начинают вводить прикормы по 1/4 чайной ложке, по капельке, по несколько грамм, между едой или докармливая, после грудного молока. И даже если не совершается грубых ошибок, когда ребенку дают сразу большой объем новой пищи или вводят продукт не по возрасту (введение детского кефира в месяц, когда на упаковке написано – с 6 месяцев), ребенок покрывается диатезом. Не говоря о «фильмах ужасов», когда детям до 6 месяцев дают котлетку, колбаску и супчик.

Никто не виноват – родители следовали советам из приличных книг, педиатры – инструкциям и учебникам, а ребенок в диатезе. Это аллергия? Скорее всего – нет. Книги, учебники и инструкции писались давно, с тех пор из-за экологии, образа жизни человека, новорожденные дети стали немножко другими.

**ТЕПЕРЬ ВВОДИТЬ НОВЫЕ ПРОДУКТЫ ДЕТЯМ ДО ГОДА НАДО ГОРАЗДО ОСТОРОЖНЕЕ, ЧЕМ ЭТО ДЕЛАЛИ БАБУШКИ ИЛИ ВЫ СТАРШИМ ДЕТЯМ.**

Более осторожное введение прикорма несколько не повредит Вашему ребенку, никакого недостатка в продуктах, витаминах и т. п. он (она) испытывать не будет. Зато, если Вы осторожно будете вводить новую пищу, то сведете к минимуму риск развития диатеза у Вашего ребенка, а впоследствии возможно избежите и аллергий, и экзем, и других болезней, вплоть до бронхиальной астмы.

Диатез на введение прикорма возникает тогда, когда организм ребенка, его ферментативные системы не готовы переварить новый продукт. «Не зная», как переварить яблоко, кашу, Малютку или кефир, поджелудочная железа «напрягается», пытается выработать необходимые ферменты в нужном количестве. «Перенапряжение» поджелудочной железы приводит к небольшому «воспалению» (на УЗИ она у таких детей обычно увеличена). Иммунная система ребенка должна реагировать на любое воспаление и излечить его, но у ребенка все системы еще незрелые, несформированные и неадекватная реакция иммунной системы «вылезает» на кожу в виде диатеза.

Как же уберечься от диатеза?

**ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА**

Для нормального развития (прибавки в весе, росте, прорезывании зубов и т.д.) ребенку до 6 месяцев достаточно только материнского молока (если рацион питания мамы полноценный). От 6 месяцев до 1 года для нормального развития достаточно кормить ребенка только адаптированной молочной смесью (Пилти, Бона, Тутели, Нан, Ням-ням и др.), в ней содержатся все необходимые белки, жиры, углеводы, микроэлементы и витамины. Остальная пища (соки, фруктовые и овощные пюре, мясо, творог, кефир, малютка, каши) нужна только для тренировки ферментативных систем кишечника (поджелудочной железы, печени и т.д.) и моторики желудочно – кишечного тракта. Такая тренировка нужна для того, чтобы постепенно, после года перевести ребенка на «взрослый» стол. Поэтому торопиться с введением соков, малютки, пюре, каш и пр. не нужно. Генетически ребенок, родившись, умеет переваривать и утилизировать только материнское молоко и остальные продукты для него почти «ядовиты». Поэтому вводить «этот яд» надо предельно осторожно, оставляя организму ребенка время адаптироваться, привыкнуть к новой пище. Можно выделить три основных правила осторожного введения прикормов.

#### **ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА**

##### **НЕ БОЛЕЕ ОДНОГО НОВОГО ПРОДУКТА В 1 – 2 НЕДЕЛИ**

Если ребенок негативно отреагировал на новый продукт, Вы будете точно знать на какой, кроме этого нагрузка на организм «одним продуктом» меньше, чем несколькими, и ребенку легче адаптироваться. Негативная реакция на введение новой пищи может выражаться в диатезе, запорах, поносах, других изменениях стула (запах, слизь, зелень) и др. В этих случаях надо отменить вводимый продукт, недельку дать ребенку отдохнуть и начинать введение другого продукта. Прикорм, вызвавший негативную реакцию ребенка можно попробовать дать снова месяца через два, когда организм уже чему-то научится на других прикормах. Следует помнить, что негативная реакция может быть и не на новый прикорм, а на другие «жизненные факторы», но и с ними ребенку лучше справляться без дополнительной нагрузки в виде новой пищи. Если же ребенок «плюется» новым продуктом, то его следует отменить, потому, что ребенку не вкусно. Подрастет, вкусы изменятся и станет есть все или почти все. Постарайтесь не оценивать вкус детского питания – то, что вкусно новорожденному, Вам может казаться большой гадостью. Это нормально, так как вкус детей до года очень сильно отличается от вкуса взрослых.

##### **НОВУЮ ЕДУ ДАВАТЬ В КОНЦЕ КОРМЛЕНИЯ, ПО ВОЗМОЖНОСТИ СМЕШИВАЯ СО «СТАРОЙ» (ЗНАКОМОЙ РЕБЕНКУ) ПИЩЕЙ**

Новый прикорм следует давать ребенку в конце кормления, по возможности смешивая со «старой» (знакомой ребенку) пищей. По аналогии с физической тренировкой: сначала мышцы «разогревают», а потом дают нагрузку. Ферментативным системам, кишечнику тоже надо «разогреться», начать активно работать, переваривая «знакомую пищу». Вводя прикорм в конце кормления, Вы «не застанете врасплох» организм ребенка и не навредите ему. Побочным положительным эффектом такого введения новой пищи будет более легкое привыкание ребенка к новым вкусовым ощущениям, а значит ребенок не будет плевать в Вас новой едой.

##### **ЧЕМ МЕНЬШЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА, ЧЕМ МЕДЛЕННЕЕ ОНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ, ТЕМ МЕНЬШЕ ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИАТЕЗА**

Это правило можно так же проиллюстрировать «физкультурным» примером. Для того, чтобы не «сорвать мышцы», а эффективно «накачивать», надо постепенно увеличивать нагрузку. В отношении введения прикормов это произойдет следующим образом. Если материнского молока хватает и ребенок не голоден, после кормления грудью, надо вводить прикормы, как написано ниже, если же грудного молока нет или мало, или неожиданно кончается, то введение прикормов так, как написано ниже надо начать раньше, как только начались проблемы, обязательно постоянно советуясь с врачом. Итак, если всего хватает, то до 4 месяцев желательно кормить ребенка только грудным молоком. С четырех до шести месяцев надо вве-

сти адаптированную молочную смесь (Бону, Пилти, Тутели и т.д., но не Малютку с молочной кухни, она не адаптирована и не заменит молоко). Вводить заменители грудного молока нужно для того, чтобы ребенок не испытывал нехватки витаминов, микроэлементов и других компонентов материнского молока, количество которых в грудном молоке после 6 месяцев быстро уменьшается, хотя по другим параметрам мамино молоко остается полезным и прекращать кормить им ребенка не стоит. Смеси вводятся осторожно, постепенно, «никуда не торопясь». После того, как ребенок отпустил грудь, наевшись маминого молока, ему надо из пипетки капнуть в рот буквально одну каплю смеси. День за днем, не спеша, надо по капельке увеличивать дозировку – сегодня одну каплю, завтра две, послезавтра три и т. д. Остальные продукты надо вводить так же постепенно, начиная с минимально возможных дозировок и медленно-медленно их увеличивая.

Эти правила выглядят излишне жесткими, однако если Вы начнете кормить ребенка по этим правилам, то введя десяток продуктов, Вы начнете «следующий» десяток вводить быстрее, начиная с 1/8 чайной ложки, ежедневно увеличивая дозу, возможно уже в геометрической прогрессии.

Желательно, начиная вводить соки, пюре, каши и т. д., пользоваться готовыми продуктами из магазинов «Детское питание», так как они лучше переработаны и стерилизованы, подобраны под возраст, чем Вы сможете сделать дома самостоятельно. Покупное детское питание никаких «вредных для ребенка консервантов» не содержит. Помня о желании любой фирмы продавать больше, вводите очередную баночку не с того возраста, который указан на ней, а «опаздывая», вводите на пару месяцев позже. Не покупайте питание фирм, название которых видите впервые, не покупайте питание не в магазинах, старайтесь покупать сначала питание, сделанное в развитых странах, а не в бывшем соцлагере. И только через 4—6 месяцев переходить на отечественные «баночки».

### МАМИНО МОЛОКО

Материнское или, при его отсутствии, донорское молоко желательно 1 раз в 3 – 4 месяца проверять на стерильность (микробиологическую чистоту с определением чувствительности микробов к антибиотикам и бактериофагам), чтобы не кормить ребенка микробами и не подвергать его дополнительному риску. Если в мамином молоке «вырастут» какие-нибудь микробы, не надо торопиться с отменой материнского молока, в нем содержатся абсолютно незаменимые иммуноглобулины – антитела, защищающие грудничка от всевозможных вирусов и других микробов, предотвращающих во многих случаях развитие дисбактериоза или ОРЗ у малыша. Для того, чтобы антибиотик, которым будут лечить маму не повредил малышу, которого она будет продолжать кормить, следует во-первых подобрать антибиотик из специального «разрешенного» списка (ампициллин, пенициллин, оксациллин и др.), во-вторых назначить ребенку профилактическое лечение от дисбактериоза, который может появиться от применения антибиотиков и вряд ли появится, если параллельно с маминым антибиотиком ребенок будет получать препараты типа бифидумбактерина, лактобактерина, примадофилуса, когда эти лекарства дают малышу, то дисбактериоз от антибиотиков ему почти не угрожает. А отменить материнское молоко – это самое последнее дело.

Еще одним последствием неправильного введения прикормов может стать дисбактериоз. «Перенапряженная» поджелудочная железа, механически грубая пища изменяют моторику кишечника, улучшаются условия для размножения «плохих» микробов и ухудшаются условия для «хороших», полезных организму бактерий. Дисбактериоз, а точнее большое количество плохих микробов может также привести к возникновению диатеза.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.