



Профессор,  
заслуженный  
деятель науки РФ,  
эксперт ВОЗ

Владимир Таточенко

# ВСЕ О ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ

от 0 до 3 лет

АКАДЕМИЯ РОДИТЕЛЬСТВА

# **Владимир Кириллович Таточенко**

## **Все о здоровье и развитии детей от 0 до 3 лет**

### **Серия «Академия родительства»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=67781715](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=67781715)*

*Все о здоровье и развитии детей от 0 до 3 лет / В. К. Таточенко: АСТ,  
Кладезь; Москва; 2022  
ISBN 978-5-271-48707-1*

### **Аннотация**

Большинство книг о детском здоровье не дают родителям справочной информации и замалчивают важные сведения, отсылая к врачу по большинству возникающих вопросов. Это делается из предположения, что они займутся самолечением и навредят ребенку. Конечно, самолечение там, где оно основано на поверьях и мифах, советах соседки или «сведущего человека», недопустимо. Но современный человек вполне может и должен уметь пользоваться информацией. Грамотно подобранные сведения станут основой «информированного самонаблюдения и самолечения», развитию которого уделяет серьезное внимание Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). Это тем более важно, что в аптеках сейчас продается более 1500 безрецептурных лекарственных средств, умение

пользоваться которыми – неотъемлемая составная часть общей и медицинской культуры.

В этой книге собрана информация, которая пригодится родителям детей до трех лет и тем, кто еще только готовится к рождению ребенка. Она научит твердо ориентироваться в непростой теме детского здоровья и в случае сомнений своевременно обратиться к врачу.

# Содержание

От автора	6
Об «информированном самолечении»	7
Новорожденные	10
Самое главное	11
Преходящие состояния	16
Желтухи новорожденных	24
Болезни органов дыхания	29
Болезни нервной системы	34
Внутриутробные инфекции	37
Перинатальные инфекции	45
Пороки развития	54
Физическое развитие ребенка первого года жизни	56
Конец ознакомительного фрагмента.	58

# **Владимир Таточенко**

## **Все о здоровье и развитии детей от 0 до 3 лет**



© Таточенко В.К., текст, 2022

© ООО «Издательство АСТ», 2022

# От автора

У вас родился ребенок, вам предстоит следить за его ростом и развитием – чтобы быть уверенным в том, что все идет как положено, и вовремя заметить отклонения, если они возникнут. А для этого надо иметь под рукой все необходимые сведения на эту тему. Было бы, конечно, идеально, если бы родильный дом к каждому новорожденному «прикладывал» инструкцию в виде паспорта, где содержались бы необходимые для родителей сведения – ну, так, как это делается в отношении бытовой техники. Ведь, купив телевизор или стиральную машину, вы получаете с ней все необходимые сведения по устройству, безопасности, эксплуатации и даже по устранению простых неполадок. К некоторым приборам прилагается и техпаспорт, в котором указываются необходимые профилактические меры и их периодичность.

Ребенок же «устроен» не менее тонко, уход за ним, его «эксплуатация» гораздо сложнее, чем телевизора или даже автомобиля. Но инструкция к ребенку не выдается, несмотря на настойчивые предложения педиатров, направляемые в Министерство здравоохранения в течение последних 50 лет, – то нет бумаги, то слишком дорого. Даже паспорт профилактических прививок – там, где он выдается – печатается обычно за счет фирм-производителей вакцин.

# Об «информированном самолечении»

Одна из причин, по которым простого справочника о детском здоровье все еще нет, – страх врачей перед самодиагностикой и самолечением. Эти термины до последнего времени использовались лишь с резко отрицательным значением, поскольку считалось, что пациенты (или их родители) без специального образования не способны отличить норму от патологии, правильно оценить состояние и тем более самостоятельно выбрать лечение. С этим трудно спорить, если население лишено соответствующей информации. Но тогда напрашивается совсем другой вывод – родителям нужно дать сведения, чтобы сознательно оценивать состояние здоровья, уметь заподозрить отклонения, знать тревожные симптомы, требующие обращения к врачу, а также уметь применять средства первой помощи и простые безрецептурные препараты.

На тему здоровья детей недостатка в популярной литературе нет, многие книги и периодические издания содержат подробные сведения о здоровье. Однако большинство этих изданий не имеет характера справочного, часто они вообще «скрывают» от родителей важные сведения, отсылая их к врачу по большинству возникающих вопросов. Это делает-

ся из предположения, что в противном случае родители займутся самолечением и навредят ребенку.

Конечно, самолечение там, где оно основано на поверьях и мифах, советах соседки или «сведущего человека», недопустимо. Но человек со средним или высшим образованием вполне может и должен уметь пользоваться современными справочными материалами, в которых указано, как должно в норме работать устройство и как пользователь может диагностировать и устранить простые неполадки – будь то телевизор, кухонный комбайн или ребенок. Справочник должен содержать и четкие рекомендации, когда нужно обратиться к специалисту – электрику, слесарю или врачу. Такие сведения станут основой «информированного самонаблюдения и самолечения», развитию которого уделяет серьезное внимание ВОЗ. Это тем более важно, что в аптеках продается более 1500 безрецептурных лекарственных средств, умение пользоваться которыми – неотъемлемая составная часть общей и медицинской культуры.

В многочисленных опубликованных в последние годы статьях о здоровом образе жизни и болезнях я стремился приводить сведения, необходимые родителям для грамотного применения средств профилактики и лечения детей, то есть того, что сейчас обозначается термином «информированное самолечение». В этой книге собрана информация, которая пригодится родителям детей до трех лет и тем, кто еще только готовится к рождению ребенка. Надеюсь, этот справочник

поможет ориентироваться в непростой теме детского здоровья и в случае сомнений своевременно обратиться к врачу.

# Новорожденные

Роды и забота о новорожденных в первые дни жизни в нашей стране – дело родильных домов, так что, вроде бы, родителям и не очень нужно вникать в тонкости этих процессов. Но ведь рождается не кто-нибудь, а собственный ребенок, так что мамам и папам полезно кое-что понять и узнать, чтобы быть спокойными за его здоровье. Поэтому эти несколько страниц посвящены основным сведениям о новорожденных.

# Самое главное

**Рождение раньше срока.** Появление ребенка до 37-й недели беременности и/или его вес при рождении менее 2500 г позволяет отнести такого новорожденного к категории недоношенных. Как доношенного, так и недоношенного ребенка можно отнести к категории **маловесных**, то есть родившихся с весом, который существенно ниже (ниже 10-го перцентиля<sup>1</sup>) показателя, характерного для детей, рожденных на конкретном сроке беременности. К маловесным относятся дети с задержкой внутриутробного развития, с внутриутробной гипотрофией, и часто за этими детьми нужно установить специальное наблюдение, чтобы предупредить возможные патологии.

**Группы риска.** В группы риска входят новорожденные, чьи матери моложе 16 или старше 40 лет, мамы с вредными привычками, социальными или медицинскими рисками, с неблагоприятным течением предыдущей или настоящей беременности, а также при родах раньше 37-й или позже 42-й недели, при осложненной беременности, с весом менее 2500 или более 4000 г, с оценкой по Апгар менее четырех на первой минуте.

**Шкала Апгар** (названа так по имени предложившей ее

---

<sup>1</sup> Подробнее об этом см. главу «Физическое развитие ребенка первого года жизни»

акушерки). Измерения для оценки состояния новорожденного проводятся через одну и пять минут после родов. В ней учитываются пять простых показателей (табл. 1), которые, как оказалось, лучше всего соотносятся с состоянием сердечно-легочной системы ребенка и указывают на необходимость проведения реанимации. Здоровый новорожденный набирает 8–9 баллов на первую и пятую минуту после родов, оценка 4–7 на первой минуте настораживает, ее повышение к пятой минуте говорит о восстановлении дыхательной функции. Оценка 0–3 через 1 минуту указывает на наличие выраженной гипоксии, что также требует реанимационной помощи.

**Табл. 1**

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
Сердцебиение	Отсутствует	Менее 100 в мин	более 100 в мин
Дыхание	Отсутствует	Отдельные судорожные вдохи	Регулярное, спокойное
Мышечный тонус	Атония	Полусогнутые руки и ноги («поза лягушки»)	Физиологическая поза новорожденного
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует	Легкая гримаса	Крик, чихание, кашель
Цвет кожи	Бледность, цианоз	Розовое тело, цианоз рук и ног	Кожа ребенка розовая по всему телу

**Температура вокруг.** Новорожденному требуется опре-

деленный тепловой режим, так что в первые дни жизни температура в помещении должна быть несколько выше комнатной – обычно 23–25° для этого достаточно. Для недоношенных детей, однако, она должна быть выше. Для этого их помещают в кувезы – закрытые емкости (естественно, с прозрачными стенками) с регулируемой температурой, влажностью и содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе. В кувезе температура тела ребенка поддерживается на уровне 36,5–37,0°. Влажность воздуха в первые дни – 80–90 %, с четвертого по седьмой день – 70–80 %, дальше – 50–60 %.

**Питание.** Раньше считалось, что новорожденный ребенок после родов ослаблен и его не стоит прикладывать к груди какое-то время. Было доказано, однако, что именно раннее прикладывание – залог полноценной лактации матери и нормального развития ребенка, так что задерживают лишь глубоко недоношенных и больных детей.

Порцию грудного молока нужно увеличивать постепенно, ребенок в первый день жизни получает менее 200 мл – порядка 30 ккал/кг, во второй – 40 ккал/кг, в третий – 50 ккал/кг; к десятому дню его ежедневный рацион – около 600 мл молока – обеспечивает поступление необходимых ему 115 ккал/кг.

Вопрос о том, чем лучше кормить младенца, решен окончательно: предпочтительно грудное вскармливание, и лишь при его невозможности используют адаптированные смеси, соответствующие возрасту.

Потребность в жидкости у новорожденных равна 70–100 мл/кг в первый и 120–140 мл/кг на второй-третий дни жизни, редко выше 150 мл/кг. Это количество они получают с молоком матери, так что «допаивание» потребуется, лишь когда вокруг очень жарко.

Недоношенных и больных новорожденных кормят сцеженным молоком через зонд, который оставляют на 3–5 дней. Грудное молоко не подходит недоношенным детям, так как в нем недостаточно белка; восполнить его позволяют белковые добавки, благодаря которым ребенок развивается быстрее. Энергетические потребности недоношенных детей в пересчете на 1 кг массы тела выше, так что объем пищи должен обеспечивать к 14-му дню 120 ккал/кг и к первому месяцу – 130–140 ккал/кг.

**Реанимацию** в родильном зале проводят сразу же, если у ребенка есть хотя бы один из четырех признаков живорожденности, еще до оценки по шкале Апгар в конце первой минуты жизни. При подозрениях на асфиксию (недостаток кислорода) у плода реанимацию начинают при рождении головы (до рождения плечиков!): отсасывают содержимое рта и носа, чтобы освободить дыхательные пути. В это время важна профилактика токсичности кислорода.

**Новорожденные и лекарства.** Некоторые лекарственные препараты токсичны для детей первых месяцев жизни. Так, *левомецитин* может вызывать тяжелое отравление, получившее название «серой болезни», тетрациклины (у детей

в возрасте от 0 до 8 лет) – нарушения роста костей и окрашивание зачатков зубов в черный цвет. Многие препараты способны повреждать почки, аминогликозиды (*гентамицин* и другие) могут привести к глухоте. *Азитромицин*, воздействуя на мускулатуру кишечника, способен вызывать пилоростеноз – сужение привратника желудка. Поэтому нужно тщательно взвесить ожидаемую пользу и опасность при назначении любого препарата новорожденному.

# Преходящие состояния

Ребенок проходит узкие родовые пути под высоким давлением, которое создается сокращением матки и брюшных мышц роженицы. У многих детей эти процессы протекают гладко, но нередко они сопровождаются появлением тех или иных изменений, которые заметны на глаз и, естественно, беспокоят родителей. Думаю, что знакомство с возможными симптомами будет для родителей весьма полезно.

**Потеря веса** свойственна практически всем детям. Она регистрируется в первые 3–4 дня жизни, не превышает 5–10 % показателя при рождении (150–300 г для доношенных новорожденных) и проходит к концу первой недели; из-за этого прибавка массы тела к концу первого месяца жизни меньше, чем второго – обычно около 600 г. Крупные и недоношенные дети теряют вес дольше.

**Глаза.** Из-за повышенного кровяного давления при родах на белках глаз новорожденных появляются красные пятна – кровоизлияния, которые сами рассасываются за неделю. Нередко из-за перекрытого мембраной слезного канала возникает слезотечение; обычно мембрана рассасывается к шести месяцам и лечения не требует. Уменьшить слезотечение можно с помощью массажа канала (ниже слезного бугорка у внутреннего угла глаза). Если массаж не помогает, окулист промывает слезный канал.

Конъюнктивит новорожденным обычно передается от инфицированной матери. Основным возбудитель конъюнктивита на сегодня – хламидия трахоматис. Заболевание лечится *эритромициновой мазью*, однако, с учетом риска развития в будущем пневмонии, вызванной хламидиями, местное лечение лучше сочетать с антибиотиками – 16-членными макролидами (*джозамицин, макропен*), поскольку азитромицин может вызвать серьезные проблемы с желудком – пилоростеноз.

**Заложенность носа** у новорожденного, если других признаков ОРЗ (температура, кашель, отказ от еды и т. д.) нет, связана с густой слизью. Чтобы восстановить дыхание, достаточно закапать в нос физраствор и через несколько минут отсосать слизь (баллончиком или специальным приспособлением).

**Половой криз** возникает как результат освобождения новорожденного от материнских эстрогенов, которые он получил с ее кровью, и вмешательства не требует. У мальчиков опухает мошонка, у девочек припухают половые губы, появляются кровянистые выделения из влагалища; на 8–10-й день жизни могут появиться выделения из грудных желез. Опухоль гениталий длится 1–2 недели, грудных желез – 2–6 недель. Беспокойства эти признаки вызывать не должны.

**Кровоточивость – геморрагическая болезнь новорожденных** — вызывает появление крови в кале и рвотных массах, кровотечения из носа, пупочной ранки, кровоизлия-

ния. Причина кровоточивости – снижение протромбина из-за дефицита витамина К. Эти симптомы особенно часто возникают у детей, матери которых получали противосудорожные средства. Для профилактики полагается вводить *витамин К* («Викасол») всем новорожденным, но это правило выполняется не везде.

**Пуповина.** Для ухода за культей на нее накладывают скобу, оставляют без повязки, ежедневно обрабатывают спиртом и 5 %-ным раствором *калия перманганата* («марганцовки»). Культия отпадает на 3–4-е сутки, ранку промывают 3 %-ным раствором *перекиси водорода* и смазывают *настойкой йода* или *раствором бриллиантовой зелени* («зеленкой»); она покрывается эпителием к концу третьей недели. Купать ребенка до этого времени надо так, чтобы культия оставалась сухой. Пупочную грыжу (выпячивание в области пупка в связи со слабостью мышц пупочного кольца) бинтовать не нужно – она проходит к году или раньше.

**Изменения кожи.** Кожа надежно защищает ребенка от внешней среды, ее рецепторы сигнализируют об изменениях вокруг, а поглаживания успокаивают. Кожа действует очень избирательно, всасывая некоторые вещества (например, жиры) и задерживая вредные; а если все же они проникают внутрь, то там и задерживаются, в первую очередь иммунными клетками Лангерганса. Стимулируя воспалительный процесс в коже, они не пропускают вредные вещества в более глубокие слои и «берут удар на себя» при аллергии, связывая

пищевые, лекарственные и прочие аллергены, а также при многих инфекциях, сопровождающихся сыпью. Представьте себе, что было бы, если бы аллергены и вирусы связывались с сердцем или нервной тканью.

Верхний слой кожи – более плотный, ороговелый, он защищает нижележащие слои. Он постепенно «снашивается», на его место приходят все новые клетки. Ссадины и царапины быстро затягиваются. Полностью клеточный состав кожи обновляется примерно за 28 дней.

Но кожа – не полиэтиленовая пленка, она пронизана множеством отверстий, из которых растут волосы и ногти, выходит пот, изливается кожное сало, служащее защитной смазкой. Эти отверстия – очень удобное место для заселения микробами, и они появляются там с первых дней жизни. Это кожный «белый» стафилококк, пропионобактер, некоторые другие микроорганизмы, в том числе грибки. Они обычно не вредят нам и защищают кожу от более «злых» микробов, но при повреждениях, опрелостях, шелушении верхнего слоя кожи, например, когда мы сильно потеем (при мацерации), при скоплении кожного сала в сальных железах нормальные обитатели кожи начинают бурно размножаться, вызывая воспалительные заболевания.

Эволюция не учитывала появления пеленок и подгузников, в которых скапливаются выделения. Неудивительно, что тонкая и нежная кожа младенца в этих местах особенно часто набухает, сморщивается и инфицируется, что доставляет

родителям немало волнений. Кожа новорожденного отражает и некоторые общие изменения, происходящие в его организме.

**Простая эритема** — покраснение кожи. Это обычный цвет после удаления кожной смазки, с которой рождается ребенок. Покраснение усиливается на вторые сутки и угасает к концу первой (у недоношенных — второй или третьей) недели. На третий-пятый день после угасания эритемы может появиться пластинчатое или отрубевидное шелушение.

В первые три дня жизни ребенка нередко возникает бледная пузырьковая или папулезная сыпь на ярком основании — **токсическая эритема** («белые угри»). Она может появиться на лице, конечностях, теле и длится 2–3 дня. При перегревании у новорожденного возникают мелкие плотноватые красные элементы **потницы**. Красные **сосудистые пятна**, обычно на голове, шее, просвечивают через кожу и постепенно исчезают. Они возникают во время родов и беспокойства вызывать не должны.

У новорожденных с примесью тюркской или монгольской крови на ягодицах и пояснице часто появляются довольно густо окрашенные синеватые «**монгольские пятна**». Это наследственный признак, который проявляется во многих поколениях, часто совершенно утративших память о тюркских или монгольских предках. Так что рождение у вполне европейской пары ребенка с «монгольскими пятнами» не должно стать поводом для обвинений в супружеской невер-

ности.

Эти изменения не требуют каких-либо вмешательств. Однако есть и такие образования, которые потребуют от родителей принять меры, а иногда и обратиться к врачу.

**Мириа** – желтоватые узелки 1–2 мм, появляющиеся на крыльях носа, лбу, реже на теле. Это расширенные сальные железы, при воспалении их смазывают 0,5 %-ным раствором калия перманганата. Они выглядят как тонкостенные пузырьки с прозрачным или иногда творожистым содержимым и располагаются чаще всего на шее и голове. Их лучше всего удалить ватным тампоном.

На второй-четвертой неделе жизни ребенка избыток кожного сала на лице и голове может привести к появлению себореи – **угрей** (скопления сала в отверстиях сальных желез) или **гнейса** — сплошной корки, покрывающей участок волосистой части головы. Его возникновение иногда связывают с грибковой инфекцией, дефицитом цинка, а при развитии экземы – аллергии. Так или иначе, сальные корочки смывают водой с мылом, предварительно смазав на несколько часов растительным маслом. Если у ребенка началась экзема (появились зудящие пузырьки, кожа «подмокает»), необходимо обратиться к врачу.

**Инфекции кожи** у новорожденного чаще всего вызывают стафилококки, ее заселяющие. Проблема, как правило, возникает в области пупка – **омфалит** – поскольку там есть пупочная ранка. Для омфалита характерны выделения

из ранки, часто с неприятным запахом, гнойная корочка, покраснение кожи вокруг. Это опасное заболевание, так как воспаление может перейти на пупочные сосуды, и тогда разовьется пупочный сепсис, угрожающий жизни ребенка. Предотвратить омфалит помогает соблюдение правил ухода за культей пуповины и пупочной ранкой, а если воспаление развилось, инфекцию интенсивно лечат.

Для инфекции «гладкой кожи» у новорожденного характерно образование пузырей большего или меньшего размера. При воспалении самого поверхностного слоя (**везикуло-пустулез**) достаточно удалять пузыри, мыть кожу с мылом и смазывать ее антисептиками (0,1 %-ный розовый раствор перманганата калия – «марганцовки») или антибактериальной мазью «*Бактробан*», активной против стафилококков. Но нередко инфекция проникает в более глубокие слои кожи, вызывая воспаление потовых желез (**пузырчатка новорожденных, псевдофурункулез**), в этих случаях требуются антибиотики.

На коже новорожденного могут появляться пузырьковые высыпания, характерные для **герпес-вирусной инфекции**. Источник заражения в этих случаях – мать с генитальной инфекцией. Возникает сыпь с 5-го по 14-й день жизни, широко распространяется, сопровождается поражением слизистой рта, а также, что особенно опасно, поражением роговой оболочки глаза – кератитом. Наиболее опасна форма инфекции, затрагивающая многие органы и мозг, с развитием эн-

цефалита. Для лечения герпес-вирусной инфекции используются противовирусные препараты – «Ацикловир» и другие, их применяют внутривенно, в виде таблеток и глазных мазей.

# Желтухи новорожденных

**Как она появляется.** При желтухе кожа окрашивается желтым пигментом – билирубином. В медицине выделяют два его типа. Непрямой билирубин образуется из гемоглобина и растворяется в жире, поэтому накапливается в подкожной клетчатке, а также в тканях мозга, серьезно нарушая его работу. В печени непрямого билирубина соединяется с глюкуроновой кислотой, становится водорастворимым прямым и выходит наружу с желчью. Печень новорожденного работает не так хорошо, что и вызывает желтуху. В норме билирубина в крови – не больше 20 мкмоль/л, глаза и кожа желтеют уже при превышении этого показателя в 2–3 раза, однако по степени желтухи трудно оценить ее тяжесть.

**Физиологическая желтуха** связана с распадом эритроцитов, которых у плода гораздо больше, чем требуется новорожденному. Желтушность появляется на 2–3-й день, держится недолго и не опасна. Задержка билирубина, из-за которой развивается желтуха, связана со становлением работы печени. При ней уровень билирубина растет на 5 мкмоль/л/сутки, достигая к третьему дню 80–100 мкмоль/л и опускаясь до 30 мкмоль/л к шестому-седьмому дню. У 5–7 % доношенных детей его уровень доходит до 200 мкмоль/л, у 3 % – до 250 мкмоль/л (если они родились от матерей с диабетом, запором и др.), который затем нормализуется к деся-

тому-четырнадцатому дню. Но сохранение желтухи дольше двух недель заставляет подозревать ту или иную патологию.

**Желтуха от грудного молока.** При грудном вскармливании желтуха обычно проходит быстрее из-за более частого стула, но у некоторых детей содержащийся в грудном молоке гормон прегнандиол подавляет процесс преобразования билирубина в печени и его выведение. Желтуха не сопровождается поражением мозга и быстро проходит, даже если продолжать грудное вскармливание. Ребенок выздоравливает быстрее, если на 1–2 дня перейти на пастеризованное грудное молоко или смесь.

**Гемолитическая болезнь** начинается с того, что уже в первый день жизни у ребенка появляется желтуха, которая быстро усиливается. Она возникает в тех случаях, когда в кровь резус-отрицательной матери попадают резус-положительные эритроциты. Это может произойти при переливании крови (поэтому сейчас проводится обязательный контроль на резус-совместимость) либо при предыдущих беременностях, если плод получил резус-фактор от отца. В этом случае эритроциты ребенка попадают в кровь матери, из-за чего в ее организме образуются антитела к резус-фактору. Переходя к плоду, антитела разрушают его эритроциты, это происходит уже внутриутробно, так что он может погибнуть, или же ребенок рождается с отеками, кровоизлияниями и низким уровнем гемоглобина. В 5 % случаев такая иммунизация матери с группой крови 1(0) происходит при попада-

нии эритроцитов с групповыми факторами А или В. Избыток гемоглобина из разрушенных эритроцитов превращается в билирубин, уровень которого быстро (более 5 мкмоль/л/час) нарастает, достигая токсичного для мозга уровня ( $>340$  мкмоль/л для доношенных и  $>250$  мкмоль/л для недоношенных) уже ко второму-пятому дню. При этом повреждаются ядра мозга (**ядерная желтуха**), что приводит к инвалидности.

Для лечения гемолитической желтухи из организма удаляют избыток билирубина: при переливании кровь ребенка постепенно замещают одноклассной резус-отрицательной кровью с низкими титрами анти-А и анти-В антител. Обычно обменивают два объема крови ребенка, но часто бывает достаточно и меньшего количества.

Переливания проводят, когда есть угроза ядерной желтухи, при меньшем количестве билирубина проводят фототерапию – ребенка облучают ультрафиолетом с определенной длиной волны, который помогает превращению непрямого билирубина в безопасную форму; одно-трехдневный курс снижает уровень билирубина вдвое. Используется и *фенобарбитал*, который предотвращает образование избытка билирубина.

Для профилактики гемолитической болезни новорожденных женщин обследуют на резус-принадлежность. Всем резус-отрицательным матерям в первые 72 часа после рождения резус-положительного ребенка с групповой (AB) совме-

стимостью вводят антирезус-иммуноглобулин, который связывает попавшие к матери эритроциты плода, предотвращая развитие повышенной чувствительности.

**Желтуха – симптом инфекции.** При врожденных инфекциях – цитомегаловирусной, краснухе, токсоплазмозе – желтуха может появиться в первый день жизни. Это связано как с поражением печени, так и с повышенным распадом эритроцитов и высвобождением большого количества гемоглобина. После третьего дня жизни появляется желтуха при сепсисе и других инфекциях. Сопровождающая их желтуха сама по себе не опасна для ребенка, чего нельзя сказать о вызвавшей ее инфекции – обычно это тяжелое заболевание.

**Затяжная желтуха новорожденных.** Когда желтуха затягивается, естественно думать о наличии того или иного заболевания. Если в крови повышено содержание жирорастворимого билирубина, нужно исключить одну из форм гемолитической анемии. Другая возможность – врожденный дефект системы контроля билирубина в печени. Это семейная негемолитическая **желтуха Криглера – Найяра**, которая появляется уже со второго-третьего дня. При ней приходится снижать уровень билирубина описанными выше методами, но заменные переливания крови обычно не требуются.

Желтуха может быть связана не только с непрямым, но и с прямым – преобразованным в печени – билирубином. Это происходит при нарушении оттока желчи из печени, когда билирубин, не найдя выхода, всасывается в кровь. При этом

обесцвечивается стул (ахолия) из-за отсутствия билирубина в кишечнике и появляется темная (содержащая желчные пигменты) моча. Доброкачественная форма такой желтухи – застой желчи (неонатальный холестаз), для борьбы с ним используют желчегонные и разжижающие желчь средства. Значительно опаснее недоразвитие (атрезия) желчных путей, которая быстро ведет к развитию цирроза печени. Ее лечат оперативно, но эффективность операций оставляет желать лучшего.

# Болезни органов дыхания

**Асфиксия** — состояние, при котором снижается поступление кислорода, в крови накапливается углекислота, ухудшается работа сердца и возникает ацидоз (избыточная кислотность жидких сред организма). Асфиксия – показание к реанимации (см. выше).

Преждевременно начавшееся дыхание может привести к тому, что в легкие ребенка попадает кал (меконий). Бронхи забиваются, легкое не может полноценно расправиться, часто развивается аспирационная пневмония и даже пневмоторакс – когда воздух поступает в плевральную полость при разрыве легкого. Лечение такое же, как при респираторном дистресс-синдроме (см. ниже).

**Апноэ** — временное прекращение дыхания на 10–20 секунд, часто появляется у недоношенных детей из-за незрелости мозгового дыхательного центра. Эти приступы проходят обычно к возрасту старше 36 недель от момента зачатия. Такие же приступы апноэ бывают и у доношенных детей с незрелостью или заболеваниями нервной системы (из-за травмы, некоторых медикаментов). Апноэ часто сочетается с брадикардией – замедлением сердечного ритма, если симптомы длятся более 15 секунд, повышается риск внезапной смерти (см. главу «Синдром внезапной смерти»). Во время апноэ восстановить дыхание помогают похлопывания, «тор-

мошение» ребенка, уменьшает частоту апноэ кофеин или эуфиллин.

**Ателектаз легких** в переводе с греческого означает «нерасправление» легочной ткани. После родов ребенок делает первые вдохи, при которых в заполненные жидкостью легкие попадает воздух. Их воздушность повышается, а жидкость всасывается в сосуды. Полностью этот процесс проходит за двое суток. Диагноз «ателектаз» ставят, если безвоздушные участки сохраняются или появляются после 48 часов жизни. Ателектаз часто свидетельствует о незрелости легкого, слабости дыхательного центра, дефиците вещества, выстилающего легкие изнутри (сурфактанта), – синдроме респираторного дистресса.

**Синдром респираторного дистресса (РДС)** – ряд симптомов дыхательных нарушений при болезни гиалиновых мембран и других патологических процессах в легких. **Болезнь гиалиновых мембран** — встречается чаще других и возникает обычно у недоношенных новорожденных. Из-за отека и дефицита сурфактанта (особого вещества, пленка которого снижает поверхностное натяжение в легких, благодаря чему они легче расправляются и заполняются воздухом на вдохе) в альвеолах незрелых легких откладывается белковое вещество. Это затрудняет дыхание и поступление кислорода («респираторный дистресс-синдром» – синоним этой болезни). В тяжелых случаях ребенок погибает на второй-седьмой день жизни.

Чтобы сделать легкие более податливыми, в них вдувают сурфактант и проводят искусственную вентиляцию кислородом в концентрации, достаточной для поддержания жизнедеятельности тканей. В аппарате ИВЛ должны быть минимальное давление и концентрация кислорода, так как он может повреждать легкие и сетчатку глаза. Для снижения давления на вдохе при ИВЛ используют особые (осцилляторы) аппараты.

Поскольку у некоторых детей после такого лечения развивается бронхолегочная дисплазия (см. ниже), при выписке ребенка важно получить данные о концентрации кислорода, длительности искусственной вентиляции, использовавшемся давлении на вдохе и остаточном давлении на выдохе.

Профилактику болезни гиалиновых мембран проводят в случае преждевременных родов: до или в первые 20 минут после появления признаков РДС вводят сурфактант. Заранее снизить тяжесть синдрома дыхательных расстройств или даже предотвратить его можно, если дать маме стероидный препарат (*преднизолон, дексаметазон*) за 48–72 часов до родов. Поэтому преждевременные роды стремятся задержать, вводя женщине эти препараты.

**Бронхолегочная дисплазия (БЛД)** – результат повреждения легкого при длительной искусственной вентиляции с высокой концентрацией кислорода или высоким давлением на вдохе, появляется обычно при лечении респираторного дистресс-синдрома. Для заболевания характерна зависи-

мость от кислорода ( $\text{SaO}_2$  менее 90 % через 30 минут дыхания) в возрасте 28 дней (более 36 недель гестации<sup>2</sup>). Различают две формы БЛД: классическую – без применения сурфактанта, и новую – с его применением для лечения детей, которых кормят грудью меньше 28 недель. При классической форме на снимках можно увидеть «мешочки» (буллы), возникающие из-за нарушений в структуре легкого, развивается недостаточность правого желудочка. Новая форма приводит к появлению уплотненных участков в легких, которые на снимках выглядят как светлые пятна или мутноватый налет. Даже если изменений немного, дыхание пациентов обычно сильно ухудшается, особенно при ОРВИ.

Лечение: *дексаметазон* в ранние сроки не показан, детям вводят мочегонные (*фуросемид*), а также ингаляционный стероид (ИГКС – *будесонид*) и спазмолитики («*Беродуал*»). При серьезной БЛД показана базисная (до 6–12 месяцев) терапия ингаляционными стероидами. При тяжелом течении БЛД требуется длительная (иногда пожизненная) ИВЛ.

Для профилактики БЛД важно учитывать давление и кислород ИВЛ, может потребоваться вдувание сурфактанта, назначают ингаляционные препараты.

**Пневмонии** новорожденных могут возникнуть внутри-

---

<sup>2</sup> **Гестационный возраст** приблизительно определяется как число недель между первым днем последнего нормального менструального цикла матери и днем родов.

утробно или же после родов из-за заражения вирусами (респираторный грипп, парагрипп, аденовирус) или бактериями (чаще стафилококк и кишечная группа). В отличие от пневмонии у более старших детей, болезнь у новорожденных может протекать при невысокой и даже нормальной температуре. При этом на первый план выступают расстройства дыхания: учащение дыхания (более 60 дыханий в 1 минуту во время сна), приступы апноэ, втягивания грудной клетки, общие нарушения, в том числе обезвоживание, нарушение кислотно-щелочного баланса в организме (ацидоз).

Пневмонию лечат антибиотиками, обычно приходится использовать кислород, в некоторых случаях – искусственную вентиляцию легких.

# Болезни нервной системы

Рождение ребенка ставит главный вопрос – каким он вырастет человеком, а это зависит от того, в каком состоянии находится его нервная система. Ведь все человеческое в нас определяется работой мозга, и, если дефекты многих других органов сейчас возможно «починить» или хотя бы компенсировать, дефекты нервной системы поддаются «ремонту» с трудом, не все и не полностью. А угроз нервной системе ребенка много – как во время беременности и родов, так и в первые дни жизни.

**Родовая травма** — механическая и гипоксическая травма во время родов, которая чаще всего не зависит от действий акушера, о чем родителям нужно помнить. Травма, как правило, видна на той части тела, которой ребенок «прокладывает» себе дорогу через родовые пути – часто это кровоподтеки, кровоизлияния в разные части глаза. При кровоизлиянии между костью черепа и окружающими его тканями возникает **кефалогематома** – выраженная припухлость на правой или левой части головы. Сама по себе гематома не опасна, но может быть признаком более опасных внутричерепных кровоизлияний (см. ниже), повреждений спинного мозга. Кефалогематома не требует лечения и рассасывается за 4–6 недель.

**Внутричерепные кровоизлияния.** Во время прохож-

дения родовых путей повышается кровяное давление, что нередко приводит к разрыву мозговых сосудов и излиянию крови в ткань мозга или окружающее пространство – под или над оболочки мозга. В некоторых случаях кровь «прорывается» в желудочки мозга. Чаще кровоизлияние происходит в окружающее боковые желудочки мозга белое вещество, вызывая его размягчение («**перивентрикулярная лейкомаляция**»), и под «мозжечковый намет» – твердую мозговую оболочку мозжечка – при его разрыве. Как указано выше, в развитии кровоизлияний существенную роль играет не только родовая травма, но и нехватка кислорода, и недоношенность.

Массивные кровоизлияния могут сдавливать мозг, нарушать работу его жизненно важных центров. В большинстве случаев, однако, на месте кровоизлияния образуется рубец, который в будущем может стать источником судорог, привести к исчезновению (выпадению) мозговых функций. Но при современном лечении и реабилитации у многих детей «выпавшие» функции компенсируют здоровые части мозга, и они развиваются вполне удовлетворительно. Нередко кровоизлияния повреждают спинной мозг, и это приводит к нарушениям мышц руки (так называемый акушерский паралич).

Если ребенок в подавленном состоянии, у него нарушена работа органов дыхания и кровообращения, это повод заподозрить кровоизлияние. Уточнить состояние здоровья можно с помощью УЗИ и магнитно-резонансной томографии.

Ребенку с кровоизлиянием в мозг часто требуется реанимация, направленная прежде всего на борьбу с отеком мозга. Ему нужен покой, прикладывать его к груди можно не раньше 3–5-го дня жизни. Чтобы повысить свертываемость крови, таким детям вводят витамин К («Викасол»), назначают *рутин*, *аскорбиновую кислоту*. Избежать неприятных последствий для мозга во многих случаях помогает охлаждение головы (краниocereбральная гипотермия).

# Внутриутробные инфекции

Ребенок в утробе защищен от инфекций, однако этого может быть недостаточно, если мама заразится сифилисом, токсоплазмозом и другими вирусными инфекциями (краснуха, парвовирус В-19, цитомегаловирус). В первом триместре это часто оканчивается выкидышем, во втором – развитием тяжелых пороков, позже – задержкой развития, менее грубыми дефектами. Такие инфекции считаются **внутриутробными**. Понять, что ребенок заразился инфекцией до рождения, можно, если обнаружить заболевание в первые три дня его жизни или выявить возбудителя в первые 12 часов, поскольку после этого кишечник, кожу и органы дыхания ребенка заселяют микробы.

**Краснуха** – нетяжелая детская капельная инфекция, которая ни у родителей, ни у педиатров опасений не вызывает, но для беременных женщин контакты с носителями этого заболевания очень опасны, поскольку у ребенка может развиваться синдром врожденной краснухи (СВК). У половины заразившихся женщин заболевание протекает в скрытой форме, которая не менее опасна, чем открытая. Ребенок инфицируется в 75–90 % случаев в первом триместре беременности, в 25–40 % – во втором и в 25–50 % – в третьем. Наивысший риск пороков развития, особенно сердца (30 %), возникает, если заражение произошло в первые 9–12 недель

беременности. Риск пороков снижается до 10 % на 13–20-й неделях, до 16-й недели часто поражаются органы слуха, после 20-й недели пороки редки, но развивается хроническое заболевание, чаще всего с поражением нервной системы и органов чувств. Хроническая инфекция начинается, несмотря на то что организм ребенка получает материнские антитела и сам вырабатывает их. Эта неспособность антител очистить организм от вируса приводит в будущем к развитию сахарного диабета, тиреоидита, энцефалита, нередко возникающих у детей с СВК.

Дети с СВК мало весят при рождении, у них увеличены печень и селезенка, возникает кровоточивость из-за падения уровня тромбоцитов. Нередки врожденные пороки сердца, судороги, отставание в умственном развитии. В 15–25 % встречаются желтуха, уменьшенное глазное яблоко, пневмония, изменения костей. Обычны изменения на дне глаза, помутнение роговицы, глаукома, глухота, уменьшение окружности головы, появление покрытых отложениями извести очагов в мозге. И у инфицированных новорожденных, не имевших симптомов после родов, в дальнейшем наблюдается отставание в умственном развитии, снижение слуха, катаракта или глаукома.

Эффективных методов лечения СВК нет – конечно, порок сердца можно исправить хирургически, но проблемы в развитии мозга, органов зрения и слуха лечить мы пока не умеем. Ребенок с СВК считается заразным в течение одного

года; если повторные анализы на вирус отрицательны, этот срок уменьшают.

**Профилактика СВК.** Массовая вакцинация против краснухи в России свела СВК к единичным случаям, думается, что каждая молодая женщина должна привиться от краснухи, чтобы защитить своего будущего ребенка.

При первом обращении в женскую консультацию всех беременных тестируют на антитела. Если у женщины их нет (как и сведений о заболевании краснухой или вакцинации) и она контактировала с больным краснухой, необходимо исследование крови на наличие антител. Если антитела были обнаружены в первой пробе, женщина считается иммунной. При отрицательном результате вторая проба делается через 3–4 недели. Если антитела были обнаружены во второй (но не первой пробе), диагностируется инфицирование. При отрицательной второй пробе исследуют еще одну через 6 недель, и ее отрицательный результат позволяет полностью исключить инфицирование.

Беременная женщина, особенно на ранних стадиях беременности, должна избегать контактов с любым человеком с сыпной инфекцией, поскольку ею может оказаться краснуха. Если заражение произошло на ранней стадии (до 14–16-й недели), показано искусственное прерывание беременности. Если женщина отказалась от аборта или прерывание невозможно, беременной вводят иммуноглобулин, хотя это считается малоэффективным. Вакцинация беременной от крас-

нухи не проводится, поскольку она может, хотя и в редких случаях, приводить к заражению ребенка (но без формирования пороков развития).

**Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ).** Цитомегаловирус относится к группе герпес-вирусов и, как любой представитель этой группы, способен после болезни затаиться в организме, ожидая удобного момента для реактивации.

Большинство детей впервые заражается ЦМВ в первые годы жизни, она протекает в большинстве случаев без симптомов, оставляя после себя антитела и носительство вируса на всю жизнь. Поэтому вирус и антитела к нему часто находят у здоровых детей, но никакого вреда эта инфекция им не наносит, а врожденная инфекция, напротив, опасна.

Наиболее тяжелые последствия цитомегаловирусной инфекции – желтуха, кровоточивость, поражения мозга, глаз, печени. Некоторые дети рождаются без видимых повреждений, но в будущем у 15 % из них выявляются глухота и нарушения умственного развития.

Во многих случаях ребенок заражается не во время беременности, а во время родов или через грудное молоко. У доношенных детей такая инфекция не вызывает болезненных симптомов, но у недоношенных может развиваться пневмония. Тяжело протекает ЦМВ-инфекция, полученная при переливании крови от инфицированного донора.

Лечение препаратом *ганцикловир*, к сожалению, мало помогает детям, родившимся с дефектами из-за внутриутроб-

ной инфекции. Основное внимание в этих случаях уделяется реабилитации и компенсации утраченных функций, в первую очередь слуха. *Ганцикловир* же применяется для профилактики глухоты у детей без симптомов врожденной ЦМВ.

Чтобы обезопасить беременных от заражения, ученые разрабатывают вакцину, которая позволит вакцинировать молодых женщин без антител к цитомегаловирусу.

**Токсоплазмоз.** Эта инфекция вызывается простейшим – токсоплазмой – она не опасна для здоровых детей и взрослых, но весьма коварна при внутриутробном заражении. Врожденный токсоплазмоз во многом подобен СВК и ЦМВ-инфекции: если заболевает беременная женщина, поражается и ребенок. Хотя 80 % заразившихся токсоплазмозом детей рождается без видимых симптомов, в будущем многие из них страдают нарушениями зрения, плохо учатся или даже отстают в развитии. Симптомы врожденного токсоплазмоза включают различные сыпи, увеличение лимфоузлов, печени и селезенки, кровоточивость. Внутриутробный энцефалит приводит к гидроцефалии, уменьшению объема головы (микроцефалии), поражению глазного дна, судорогам; в мозге появляются участки, покрытые отложениями извести.

При подозрении на заражение беременной женщины (в случае появления антител класса IgM) о заражении плода судят по данным УЗИ, так выявляют порок развития. Если есть доказательства инфекции беременной, а тем более

плода, настоятельно рекомендуется провести искусственное прерывание беременности. После рождения диагноз ставится, если у ребенка обнаружили антитела класса IgM.

Детям с врожденным токсоплазмозом требуется длительное (1 год и более) лечение *пириметамином* и *сульфадиазином*, которое чередуют со *спирамицином*. Препараты дают вне зависимости от того, есть ли в момент рождения симптомы болезни или нет. Беременным женщинам, которым нельзя сделать аборт, выписывают *спирамицин*, но этот препарат не дает возможности воздействовать на процесс у ребенка.

Профилактика токсоплазмоза сводится к термической обработке мяса (при температуре более 65°) и предотвращению инфицирования домашней кошки. Последнее особенно важно в семьях, где есть беременные женщины, у которых нет антител к токсоплазме. Для этого из рациона кошки исключают сырое мясо, заменяя его готовыми кормами. Поскольку кошка могла инфицироваться, съев дикого грызуна, беременной женщине ни в коем случае не нужно ухаживать за кошачьим туалетом.

**Врожденный сифилис.** Возбудитель сифилиса – бледная спирохета – легко проникает через плаценту. У новорожденных врожденный сифилис проявляется сыпью, в том числе на ладонях и стопах, изменениями костей, пневмонией, что позволяет быстро поставить диагноз, который подтверждается реакцией Вассермана и некоторыми другими.

**Лечение.** Врожденный сифилис при своевременном на-

чале хорошо лечится *пенициллином*; важно лишь провести тщательные последующие наблюдения, чтобы исключить реактивацию инфекции, которая грозит в будущем изменениями многих органов и даже нервной системы.

**ВИЧ.** Эта инфекция передается от беременной женщины ребенку не более чем в 30 % случаев, а если мама получает необходимое лечение – существенно реже (около 5 %). Поскольку новорожденные рискуют заразиться от матери через грудное молоко, их вскармливают смесями. Заразившись, ребенок проходит все стадии инфекции вплоть до развития классической картины СПИДа, причем процесс у детей прогрессирует быстрее, чем у взрослых, поэтому важно провести своевременное специфическое противовирусное лечение.

Ребенок, рожденный инфицированной ВИЧ матерью, даже не будучи зараженным, получает от нее антитела, которые циркулируют в его крови в течение 12–15 месяцев, так что их наличие в этом возрасте не обязательно говорит о заболевании. Для постановки диагноза в этом возрасте используют специальные тесты.

Для профилактики заражения новорожденных, мамы которых инфицированы ВИЧ, проводят кесарево сечение, что исключает контакт ребенка с инфицированными выделениями родовых путей. Ребенка нельзя кормить грудью. Но наиболее перспективно профилактическое лечение беременной женщины противоретровирусными препаратами, кото-

рые резко уменьшают циркуляцию вируса и риск заражения ребенка. Используя все эти меры, удастся добиться того, что более 95 % детей, рожденных инфицированными матерями, свободны от ВИЧ-инфекции. Именно поэтому важно на самых ранних сроках беременности провести соответствующее обследование матери.

# Перинатальные инфекции

Перинатальные инфекции передаются ребенку во время родов через родовые пути и встречаются чаще внутриутробных. Таким путем происходит инфицирование стрептококком группы В, хламидиями, гепатитом В, простым герпесом, гонореей. Бактериальная инфекция часто возникает при раннем отхождении вод. При инфицировании бактериями развивается сепсис, менингит или пневмония. Чаще других речь идет о стафилококках, кишечных бактериях, гемолитическом стрептококке группы В.

**Гонорея.** Возбудитель этой передаваемой половым путем инфекции – гонококк – в отличие от сифилитической спирохеты не проникает через плаценту, но легко инфицирует новорожденного в момент прохождения через инфицированные родовые пути. Коварность этой инфекции связана с тем, что, в отличие от мужчин, женщины нередко переносят ее почти без симптомов. Оставаясь недиагностированной, гонорея создает угрозу заражения и развития у ребенка заболевания глаз, которое раньше было основной причиной слепоты.

Эта старая проблема давно решена: в роддоме всем новорожденным (вне зависимости от того, больна мать гонореей или нет) проводят профилактику гонококкового конъюнктивита, предотвращая инфекцию. Эта мера проводится

неукоснительно, так что, несмотря на рост заболеваемости гонореей в России в последние годы, случаи гонорейного конъюнктивита остаются редкостью.

**Гепатит В** передается не только с препаратами крови или нестерильными шприцами и иглами. Опасен и «вертикальный» путь заражения: хотя вирус гепатита В не проходит через плаценту, он содержится в выделениях половых путей и создает опасность заражения младенца. Большинство новорожденных переносят заболевание легко, даже малосимптомно, но при этом у 60–90 % гепатит В переходит в хроническую форму и, как правило, остается на всю жизнь, вызывая не только носительство, но и развитие цирроза и рака печени.

Поскольку в России достаточно носителей вируса гепатита В (от 1,5 до 8 % в разных регионах), нетрудно представить возможный масштаб заражения детей.

Предотвратить такое заражение стало возможно благодаря вакцине против гепатита В, которая введена в календарь прививок России. Прививка новорожденному в первые 12 часов жизни обеспечивает иммунитет, даже если ребенок заразился от матери. Несмотря на массовое обследование всех беременных женщин на носительство вируса гепатита В, среди рожениц невыявленное носительство вируса далеко не редкость, так что поголовные прививки новорожденных – мера вполне оправданная, тем более что вакцина практически не вызывает осложнений.

**Хламидийная инфекция.** Хламидия трахоматис у взрослых вызывает чаще всего стертые симптомы, так что многие родители с удивлением узнают о том, что у них есть хламидии. Заболевание у ребенка развивается медленно, первый симптом обычно – конъюнктивит, возникающий в конце первого месяца жизни (см. выше). В возрасте 1–3 месяца хламидии поражают и легкие, развивается пневмония. Хламидийная пневмония протекает необычно – при ней не бывает температуры, но у ребенка постепенно усиливается навязчивый отрывистый кашель и учащается дыхание, а в легких на рентгенограмме выявляются рассеянные очажки.

Хламидии хорошо лечатся макролидами (*эритромицин*, *азитромицин*, *джозамицин* и др.), которые при конъюнктивите применяются в виде мази, а при пневмонии – внутрь. При выявлении хламидиоза у беременной женщины можно лечить ее тампонами с эритромицином. Прием макролидов внутрь во время беременности не рекомендуется.

**Герпес-вирусная инфекция.** Возбудитель этой инфекции – вирус простого герпеса первого и второго типов. Он есть у 85 % и более жителей всего мира, у многих он вызывает разве что неудобство, но для детей, особенно еще не рожденных, эта инфекция совсем не безобидна. Особо опасна для младенцев генитальная форма герпеса у матери. Внутритробное заражение вирусом редко приводит к порокам развития. Другое дело – заражение во время родов. Более половины эпизодов происходит, когда будущая мама пере-

носит первичную форму инфекции. Менее заразны рецидивы инфекции у беременной женщины, но и при этом заболевание передается 5 % новорожденных.

Герпес поражает кожу новорожденных, нередко – слизистую рта и глаза, может привести к воспалению роговицы (**кератоконъюнктивит**) или всего глаза (**хориоретинит**), а в будущем – к слепоте. Но и это не самые тяжелые последствия: герпес-вирусная инфекция опасна для младенцев тем, что может нарушить работу сразу нескольких органов и привести к развитию тяжелой формы – **герпетического энцефалита**.

Для лечения герпеса малышам внутривенно вводят *ацикловир*, это позволяет спасти многие жизни, но не страхует от остаточных изменений после болезни. Этот препарат назначают для профилактики и тем детям, у мам которых инфекция активизируется ближе к родам. Однако в этих случаях лучше делать кесарево сечение, чтобы исключить тесный контакт ребенка с зараженными тканями. Поэтому каждая будущая мама должна сообщить наблюдающему ее акушеру все, что знает о герпесе у себя и будущего отца.

Герпес очень заразен, поэтому не целуйте маленьких детей и не контактируйте с ними, если у вас есть высыпания: чем позже ребенок заразится, тем легче переболеет.

**Микоплазмы** – группа внутриклеточных возбудителей. От других бактерий их отличает отсутствие жесткой клеточной оболочки. Наиболее хорошо известна микоплазма пнев-

монии – она передается как любая респираторная инфекция при кашле и чихании и вызывает пневмонии и бронхиты, приводя каждые 3–4 года к осенним вспышкам.

Для новорожденного опасны два других представителя этой группы – микоплазма гоминис и уреаплазма уреалитикум, которые инфицируют половые органы многих мужчин и женщин, иногда вызывая относительно легкие проявления (уретрит, эндометрит). Заболевание проходит обычно само, но бессимптомно переносить микоплазмы можно годами.

При наступлении беременности эти возбудители могут вызывать воспаления плодного пузыря, с которыми некоторые акушеры связывают преждевременные роды. Но инфицирование ребенка происходит обычно во время родов, причем микоплазмы могут проникать в разные органы, вплоть до нервных тканей. У здоровых новорожденных инфекция проходит обычно легко или даже незаметно, но вот у недоношенных детей, у детей с другими тяжелыми заболеваниями микоплазмы могут вызвать пневмонии и менингит.

Диагностика этих инфекций сложна и проводится далеко не везде, но выявление микоплазм само по себе еще не позволяет говорить о болезни – оно имеет значение, если у ребенка развиваются заболевания, при которых роль более частых возбудителей не подтвердилась. На микоплазмы не действуют «самые мощные» антибиотики, но эффективны средства из группы макролидов, что иногда вызывает недоумение родителей.

Как уберечься от генитальных микоплазм? Боюсь, на этот вопрос я не смогу дать вразумительного ответа – кроме, конечно, соблюдения общих правил половой гигиены.

**Стрептококки** известны как возбудители тонзиллита, инфекций кожи, за которыми нередко следуют ревматизм и воспаление почек (гломерулонефрит). Но это – стрептококки группы А, которые какой-то особой опасности для детей не представляют. При этом за последние 20 лет участились и фактически вышли на первое место случаи заражения новорожденных стрептококками группы В, которые вызывают сепсис и другие тяжелые заболевания.

Стрептококк группы В – частая находка в женских анализах. Обычно эта инфекция проходит незаметно, чаще она проявляется у тех, кто использует тампоны. У беременных женщин стрептококк группы В иногда вызывает воспаление плодных оболочек, но и при отсутствии воспаления во время родов ребенка поражает стрептококк, который нередко оказывается причиной пневмонии или сепсиса, иногда с плохими исходами.

Стрептококковую инфекцию у новорожденных лечат *ампициллином* в комбинации с *гентамицином*. Трудность, однако, состоит в высокой скорости развития болезни, так что опоздание с лечением даже на несколько часов грозит серьезными неприятностями. Наиболее надежный метод профилактики – проведение посевов на стрептококк всем беременным женщинам и лечение тех, у кого посев оказался по-

ложительным. Так можно предотвратить серьезные последствия.

**Листерия.** Эта инфекция поражает как людей, так и многих животных, птиц и рыб. Передается она обычно через продукты, особенно часто – через сыры и мясо, долго хранившееся в холодильнике. У взрослых, в том числе у беременных женщин, она протекает с мало специфичными «гриппозными» симптомами. Листерии легко инфицируют будущих мам, в редких случаях они проникают через плаценту, вызывая спонтанный аборт или мертворождение. Чаще, однако, беременность сохраняется, а ребенок заражается во время родов или непосредственно перед ними. У новорожденных, как и у людей с нарушениями иммунитета, листерии вызывают сепсис и менингит.

Инфекцию лечат антибиотиками, прежде всего *ампициллином*, к которому листерии особенно чувствительны. Но заболевание протекает столь тяжело, что во многих случаях спасти ребенка не удастся.

Профилактика листериоза состоит в отказе будущей мамы от непастеризованных молочных продуктов, недожаренного мяса, брынзы, а также еды, которая слишком долго хранилась при комнатной температуре или в холодильнике.

**Сепсис** — генерализованная стафилококковая (до 50 %), реже кишечная или стрептококковая группы В инфекция, чаще всего проникающая в кровь из пупочной ранки. Протекает как крайне тяжелое молниеносное общее заболевание

без видимого очага или с развитием пневмонии, перитонита, менингита, артрита. Доминируют общие симптомы (отказ от груди, рвота, снижение веса), нарушение обмена веществ и жизненно важных функций вплоть до септического шока. Часто видны выделения из пупка, его покраснение, в том числе по ходу лимфатических сосудов, отеки гениталий, расширение вен и утолщение пупочных сосудов.

Сепсис лечат антибиотиками (их выбор зависит от возбудителя), обычно в реанимации, поскольку ребенок требует тщательного наблюдения и коррекции в случае выраженных отклонений.

**Дисбактериоз.** Флора родовых путей матери заселяет кишечник, кожу и рот новорожденного сразу после появления на свет, при грудном вскармливании за первую неделю формируется сообщество микробов кишечника, среди которых больше всего лакто- и бифидум-бактерий. Этот процесс может нарушаться у недоношенных с незрелым кишечником, а также при размножении в нем представителей госпитальной флоры – клебсиелл, протей, способных вызывать расстройство стула. Процесс нормального заселения кишечника нарушается антибиотиками, которые выписывают как ребенку, так и матери при лечении многих инфекций.

Для нормального заселения кишечника особенно важно кормить ребенка грудью: с молоком младенец получает необходимую защиту, включая антитела к тем болезнетворным микробам, которые есть у него в кишечнике (попадая в

кишечник матери при туалете ребенка, эти микробы стимулируют выработку ею антител, быстро переходящих в молоко). Помогают наладить биоценоз кишечника такие препараты, как «*Бифидумбактерин*», «*Лактобактерин*», «*Энтерол*», «*Хилак*». Однако давать эти лекарства детям, вышедшим из младенческого возраста, бессмысленно, поскольку у них флора кишечника после болезни или антибиотиков восстанавливается достаточно быстро и без специальных вмешательств.

# Пороки развития

Небольшое число детей рождается с пороками развития, которые не угрожают жизни. Их много: это изменение количества пальцев, формы ушной раковины, дефекты радужки, сосудистые пороки – гемангиомы и другие.

Значительно реже встречаются угрожающие жизни пороки развития, часть которых не видна при осмотре, а диагностируется лишь по их проявлениям. К таким порокам относятся грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (диафрагмальная грыжа), кишечная непроходимость, отсутствие провета (атрезия) 12-перстной кишки или ануса, трахеопищеводные свищи и атрезия пищевода, заросшие отверстия, соединяющие полость носа и носоглотку (атрезия хоан). Существуют специальные методы, позволяющие исключить у новорожденного эти проблемы.

Врожденные пороки сердца обычно диагностируются по признакам сердечной недостаточности и сердечным шумам. Их помогают выявить ультразвуковые приборы.

Современная хирургия помогает справиться с основными угрожающими жизни пороками, однако есть заболевания, например нервной системы, радикальное излечение которых невозможно.

Связь врожденных пороков с плохой экологией подтверждает то, что их частота увеличилась во второй половине XX

века, особенно в зонах повышенного индустриального загрязнения. Эти факты трудно отрицать, хотя частично рост связан с развитием диагностики. Улучшать внешнюю среду необходимо. Но вот что оказалось: частоту врожденных пороков можно сократить в два раза, если обеспечить женщине на самых ранних стадиях беременности (или даже до ее наступления) достаточное количество фолиевой кислоты – витамина из группы В, который в избытке содержится в салате и других листовых овощах. Сможем ли мы быстро очистить окружающую среду от всех вредных веществ – еще вопрос, а вот добавить в рацион пару листов салата (или 0,8 мг фолиевой кислоты) в день, если вы планируете беременность, совсем нетрудно.

# Физическое развитие ребенка первого года жизни

Рост и вес новорожденного и ребенка первого года жизни – важнейшие показатели здоровья. Они в известной степени зависят от наследственности, но по большей части отражают особенности беременности и ее длительность, а также полноценность развития ребенка.

**Как пользоваться графиками.** Поскольку все дети разные, оценить развитие ребенка можно, сравнив его показатели со средними величинами и интервалом, в пределы которого входят показатели большинства. Следить за динамикой удобно по специальным графикам, составленным по результатам измерения большого количества детей. Выведенные стандарты выражаются в перцентилях (центилях). За средние значения берутся величины веса и роста, выше и ниже которых распределяется по 50 % детей (50-й перцентиль). На графиках средние величины изображаются в виде кривой, по которой легко установить нормы для каждого возраста. Поскольку показатели большинства детей отличаются от средних, для оценки степени их отклонения на графиках есть еще две кривые (5-й и 95-й перцентили), ниже и выше которых находятся крайние варианты, считающиеся серьезным отклонением от нормы.

Взвесив ребенка или измерив его рост, на графике ставят точку, соответствующую возрасту. Эти измерения рекомендуются делать ежемесячно. Соединив точки, вы получите кривую ребенка. Соотнеся точку этой линии с графиком, вы легко увидите, в какой степени и в какую сторону она отклоняется от средней величины и не выходит ли из нормального диапазона. Если кривая находится в этих пределах и идет параллельно стандартной кривой, беспокоиться не о чем. Если же вес или рост сильно отличается от средней величины, но со временем кривая приближается к средней, можно говорить о выравнивании показателя. Хуже, если линия отклоняется книзу, – это сигнал о том, что нужно обратиться к врачу.

# 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.