

Комаровский Евгений

Здоровье ребенка и здравый смысл его родственников

Я полагаю, что мы пришли после других для того, чтобы делать лучшие их, чтобы не впасть в их ошибки, в их заблуждения и суеверия.

П.Я. Чаадаев

«...и вот когда попросили принести самое прекрасное из того, что есть на всем белом свете, ворона принесла свое дитя...»

притча

Научно-популярную литературу почти никто и никогда не читает от начала до конца – как роман. Применительно к книгам с информацией о детях, проблемах и болезнях это особенно актуально. Зачем читать о правилах питания беременной женщины, когда у ребенка запор? Открываем главу про запор, получаем необходимые сведения и, с чувством глубокого удовлетворения, пытаемся претворить в жизнь советы и рекомендации.

Автору, конечно же, очень хочется, чтобы Вы прочитали все по порядку. Но, поскольку надежды на это невелики, для предотвращения последующих недоразумений позволю себе краткую инструкцию-информацию для тех, кто готов приступить к чтению (варианты – просмотру, перелистыванию, изучению).

1. Книга состоит из трех основных частей:

– Часть первая – посвящена двум наиболее ответственным этапам в жизни ребенка и его родителей – беременности и первому году жизни.

– Часть вторая – ребенок старше года, естественно не сам по себе, а во взаимосвязи с папой-мамой, дедами-бабами, школами-садиками, окружающей средой и системой здравоохранения.

– Часть третья – болезни, больницы, врачи, лекарства, что делать обязательно, чего не делать никогда.

2. Все, что Вы прочитаете, следует рассматривать, прежде всего, как информацию к размышлению. Ни одна живая душа на всем белом свете не может любить Вашего ребенка и понимать Вашего ребенка так, как Вы. Совсем другое дело состоит в том, что понимая, любя и даже при этом думая, размышляя, соображая, так вот при всех этих условиях далеко не всегда удается добиться успеха.

3. Успех, применительно к процессу ухода и воспитания, понятие относительное – смотря с какой колокольни смотреть. С точки зрения педагога – не вылезавший из больниц вежливый победитель городской физико-математической олимпиады – несомненный успех. Абсолютно здоровый малолетний бандит (если его отмыть и запретить разговаривать) порадует детского врача отменной работой внутренних органов и прекрасными анализами.

4. Золотая середина – одновременный и обильный бальзам на душу родственников, врачей и педагогов – это ребенок умный, воспитанный и здоровый. Встречается сие явление крайне редко, но, реализуя некую программу ухода и воспитания, мы, по крайней мере, должны знать к чему стремиться.

5. Реальный уровень здоровья или нездоровья конкретного ребенка зависит от четырех факторов:

– Наследственности, т.е. того, что досталось от мамы и папы;

– Окружающей среды (экология + бытовые условия);

– Системы здравоохранения;

– Процесса ухода и воспитания, т.е. взаимоотношений ребенка и его родственников.

6. Вышеупомянутые уход и воспитание представляют собой некие совершенно определенные действия, некий комплекс мероприятий. Но, основной парадокс состоит в следующем: 100% взрослого населения знают КАК ДЕЛАТЬ ДЕТЕЙ, но 99,9% не знают при этом, ЧТО ПОТОМ ДЕЛАТЬ С ДЕТЬМИ.

7. Главная задача этой книги – устранить парадоксальность ситуации, в доступной форме предоставить читателю возможность самому определить, что с ребенком делать надо и чего нельзя делать никогда.

ЗНАКОМСТВО

«Большая или меньшая степень уважения, питаемая к автору, зависит от большего или меньшего сходства его идей с идеями читателя.»

Гельвещий

Автор – не профессор и даже не доцент: просто детский врач – самый обыкновенный, окончивший обыкновенный медицинский институт. И написана эта книга для людей обыкновенных, живущих обыкновенной человеческой жизнью. Что *теоретически* создает условия для будущего взаимопонимания.

Эту книгу автор адресует родителям – тем, которые родителями уже стали, и особенно тем, кто только собирается стать ими. Это не учебник, не сборник рецептов и инструкций, не энциклопедия и, упаси Боже, не руководство по поводу диагностики и лечения!

Скорее всего, это среднего размера путеводитель, который должен помочь Вам избежать многих проблем.

Главное – чуть-чуть здравого смысла, чуть-чуть логического мышления – и мы договоримся обо всем.

Произведений на аналогичную тему написано во всем мире преогромное множество. Неудивительно, что, потратившись на приобретение очередного "труда", будущие или уже состоявшиеся папа и мама хотят, прежде всего, узнать, **в чем состоят особенности этого труда, и есть ли они вообще**.

Таких особенностей три:

Первая особенность – возможность выполнения рекомендаций. Ведь сотни книг, посвященных уходу за детьми и воспитанию детей, написаны таким образом, что сам процесс общения с ребенком воспринимается в отрыве от реальной жизни. Не учитываются такие "мелочи", как пришедший с работы голодный папа, магазины и поликлиники, исчезнувшая горячая вода, сломавшийся уют, мудрая свекровь, очередная беременность, количество дней до зарплаты и т.п.

Вторая особенность состоит в том, что, имея высшее медицинское образование, автор и сам не всегда и не все понимает в умных произведениях, рассчитанных на "широкую читательскую аудиторию". Поэтому он очень и очень старался сделать так, чтобы книга была максимально доступной, но не примитивной.

Третья особенность, пожалуй, главная – я не просто говорю "делайте так" – я пытаюсь убедить Вас в том, что именно так делать и надо.

Следует отметить, что современные родители довольно редко принимают на себя весь груз ответственности за здоровье ребенка. Якобы государственный подход к этому вопросу состоит в том, что за здоровье ребенка вообще отвечает участковый врач. Но ответы на большинство "детских вопросов" даются на семейных советах, где маме и папе – как лицам наименее опытным – отводится малозначительная роль. С одной стороны, это вполне понятно. С другой, именно мама и папа всегда оказываются "крайними", если дитя болеет или плохо себя ведет. Тут уж родственники, знакомые и, разумеется, бабушки и дедушки не преминут заметить, что надо было слушаться старших.

В связи с вышеизложенным, **обращаю внимание** мамы и папы на следующие моменты:

– *оглянувшись по сторонам, Вы легко убедитесь в том, что ни Вы сами, ни Ваши друзья не отличаются железным здоровьем. Поэтому произнесенная свекровью или тещей фраза: "Я троих вырастила" – не является сколько-нибудь весомым аргументом.*

– что бы ни советовали Вам друзья, родственники и знакомые, запомните главное: не спать ночей, бегать по аптекам и больницам будете Вы и только Вы!

– Вы ведь прекрасно знаете: переделывать (перевоспитывать, переучивать) намного сложнее, нежели поступать правильно с самого начала. Поэтому не доводите своего ребенка до такого состояния, когда только самые решительные меры позволят Вам преодолеть возникшие сложности. **Лучше уж с самого рождения выбрать правильное направление: это и проще, и дешевле, и приятнее.**

– Если же с самого рождения не получилось – не знали или думали что знаете, не хотели, не понимали – помните: **взяться за ум никогда не поздно, но чем раньше тем проще.**

* * *

Здоровье наших детей в большинстве случаев не устраивает ни родителей, ни педиатров. И это вдвойне неприятно с учетом того, что по количеству детских врачей мы оставили далеко позади не только Бангладеш, но и Соединенные Штаты Америки.

Вывод прост : ни количеством, ни качеством педиатров проблемы здоровья детей решить нельзя. А нельзя, скорее всего потому, что упомянутое здоровье в гораздо большей степени зависит от мамы и папы, чем от всех педиатров вместе взятых. Говоря другими словами, родители вполне могут сделать так, чтобы их дитя болело мало, а если уж все-таки болело, то имело возможность сопротивляться болезням и выздоравливать с минимальными потерями.

Вот тут и становится понятной роль педиатра, к которой необходимо стремиться всегда, везде и при любых обстоятельствах, – роль консультанта. И в этой роли **педиатр нужен не столько ребенку, сколько родителям ребенка !**

В этой книге мы постараемся помочь маме и папе усвоить главные принципы ухода и воспитания, главные правила оказания помощи при болезнях. Но реализовывать их на практике Вам придется самим – тут уж помощи ждать не от кого. Правда, принципы автора и жизненная позиция родителей могут не совпадать, поэтому, чтобы быть откровенным до конца, сообщаю следующее:

– автор является категорическим и последовательным противником педиатрического и педагогического экстремизма во всех его проявлениях. Поэтому заранее обречены на провал всякие попытки найти в этой книге рецепты по поводу того, как купать в проруби новорожденных или брать в горы трехмесячных детей, как закапывать нос мочой или учить годовалого ребенка читать, двухлетнего – играть в шахматы, а трехлетнего – готовить к будущей семейной жизни;

– автор убежден, что рождение и воспитание детей не является главным и единственным предназначением человека. И рождение и воспитание представляют собой лишь одну (возможно, самую большую и важную) сторону многогранника, которая ни при каких обстоятельствах не должна перекрывать другие его стороны – любовь, дружеское общение, работу, книги, домашних животных, увлечения (вязание, рыбалку, новую прическу, автомобиль, огород);

– никто, ничто и никогда не сможет поколебать уверенности автора в том, что **СЧАСТЛИВЫЙ** ребенок – это, прежде всего ребенок **ЗДОРОВЫЙ** и только потом уже умеющий читать и играть на скрипке. Счастливый ребенок – это ребенок, у которого есть и мама, и папа, которые находят время не только для того, чтобы этого ребенка любить, но и для того, чтобы любить друг друга.

Вот, собственно говоря, и все. Ежели устраивает – читайте дальше, нет – извините...

У полосатого удава и детеныши в полоску
африканская пословица

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. НАЧАЛО ЖИЗНИ ВАШЕГО РЕБЕНКА

1.1. БЕРЕМЕННОСТЬ

«Сколько мы перемучались из-за того, что не случилось, но лишь могло бы случиться»

Томас Джефферсон

Человек Царь Природы, но в то же время – ее часть. Часть, которая нарушила Главный Закон Джунглейи возвысилась над всеми остальными, создав при этом себе и всем, оставшимся внизу, массу неприятностей. В основе этих неприятностей – постоянные и, к сожалению, вовсе бесплодные попытки борьбы с законами Природы. Кто возьмется утверждать, что человек как биологический вид создан неправильно? Никто! Следовательно, передающаяся от поколения к поколению наследственная информация достаточно хороша, а от возникающих отклонений Природа пытается всеми силами избавиться самостоятельно, несмотря на активное противодействие ей современной медицины.

Появившийся на свет человеческий детеныш уже владеет совокупностью наследственных (генных) признаков, которая называется **генотипом**. Но, родившийся хозяин генотипа не имеет возможности самостоятельно распоряжаться своим богатством. Под влиянием окружающей среды генотип превращается в **фенотип** – совершенно определенную совокупность внешних признаков.

При одном и том же генотипе можно получить преогромное количество фенотипов – здесь все зависит от:

1. **Среды обитания** (климат, город, деревня, поблизости завод или, наоборот, сосновый бор, подвал, десятый этаж, пыль, химия, радиация и т.д.);

2. **Родителей**, точнее от условий, которые они создадут своему ребенку.

Со средой – тут уж как кому повезло. А родители – это, между прочим, мы с Вами и есть.

Суть приведенных рассуждений очевидна: с точки зрения Природы (генотипа), здоровье родившегося ребенка очень мало отличается от здоровья его предшественника, появившегося на свет 20 или 30 тысяч лет назад и не знавшего, что такое паровое отопление, адаптированная молочная смесь, стерильная соска, кипяченая вода и многое, многое другое, но при этом, ухитрившегося не только выжить, но и дать потомство. А этим самым потомством мы с Вами, между прочим, и являемся. **И наша главная задача – не позволить ребенку растерять здоровье, которым его Природа уже наградила.**

Приступать к решению поставленной задачи надобно как можно раньше – лучше всего уже во время беременности.

* * *

Беременность не возникает сама по себе, без предшествующих ей половых контактов.

Отсюда следует, что все остальные признаки: отсутствие месячных и, напротив, присутствие рвот, тошнот и стремительно меняющихся взглядов на окружающую действительность – являются всего лишь следствием одного из наиболее интересных, значительных и широко распространенных проявлений человеческого бытия, а именно – половой жизни.

Вероятность того, что эта книга попадет в руки человека, не знакомого с тем, отчего беременность возникает и как она проявляется, очень невелика. Ну, а коль скоро мы до этого договорились, условимся: при наличии сомнений (подозрений) следует обратиться к врачу, который, отвечая на подобные вопросы, зарабатывает себе на жизнь и называется гинекологом.

Мы не ставим своей целью обсуждение причин беременности (когда, после чего, зачем,

от кого и т.п.). И автора, и читателей беременность, разумеется, интересует, но, прежде всего, с позиции ребенка – как жить будущей маме, дабы потом родить и при этом свести к минимуму потребности в детском враче.

Порядок, при котором одному и тому же человеку доверено наблюдение за беременной, принятие родов и последующее наблюдение за ребенком, к огромному сожалению, совершенно не принят. И в этом нет ничего хорошего. Потому что точки зрения гинеколога и педиатра довольно часто не совпадают: то, что хорошо для мамы (и гинеколога), не всегда хорошо для ребенка (и педиатра).

Итак, самая обычная женщина, достигшая детородного возраста, решила этот возраст не упустить. Эта самая обычная женщина самой Природой подготовлена к вынашиванию ребенка и родам.

И Природа, и человеческое естество, и законы логики, да и вообще элементарный здравый смысл не в состоянии объяснить, почему беременная должна не уставать, побольше спать, не поднимать больше 1-го килограмма и т.п. Ведь эта самая женщина несколько тысяч лет назад в аналогичной ситуации продолжала бы жить по законам племени – ну, кто бы перестал готовить еду или перемещаться вслед за оленями только потому, что кому-то там мешает живот или его, видите ли, тошнит... И надо задуматься самой. Представить своего мужа в виде большого лохматого и не слишком хорошо пахнущего самца, а себя – в виде озабоченной "интересным положением" самки, которая просто должна в процессе беременности, во-первых, не дать этому самцу переметнуться к другой, а, во-вторых, сохранить оптимизм и, к чему скромничать, красоту.

Самое главное правило – БЕРЕМЕННОСТЬ – НЕ БОЛЕЗНЬ!

Однако очень и очень многие женщины именно так рассматривают это состояние. Во многом им помогают гинекологи, – редко какой визит к врачу не заканчивается рассуждениями об узком тазе, кривой матке, воспалении придатков и вообще – как это Вас, девушка, угораздило... Да еще и подруги наговорят про адовы муки роддома. Опять-таки надо сдать много-премного анализов и обойти много-премного специалистов. Могу клятвенно заверить, что еще ни разу не встречал человека, посетившего большое количество врачей, сдавшего большое количество анализов и не обнаружившего при этом какой-нибудь дремавшей в нем хвори. Тем более что у нас принято бегать по врачам после того, как беременность стала свершившимся фактом, а не до того как...

Кстати, сам факт беременности в большинстве случаев порождает множество других проблем – сексуальных, материальных, наконец, квартирных.

И нет ничего странного в том, что стрессовое состояние – удивительно частый спутник беременности. Ведь очень трудно противостоять обильному наплыву негативной информации. Для этого надо иметь очень-очень крепкие мозги или не иметь их вообще. И то и другое – редкость, поэтому **желательно запомнить** :

– слушать надо, прежде всего себя – двигаться, если хочется двигаться, спать, если хочется спать, есть, если хочется есть, и заниматься с мужем любовью, если хочется ею заниматься.

– если Вы хотите ребенка и при этом уже беременны, то никакие обнаруженные врачами болезни не должны вызывать у Вас отчаяния. Конституруйте в глубине души тот факт, что надо было раньше махать руками, но не стремитесь себя спасти, поскольку трудно найти методы лечения, одновременно полезные и ребенку, и маме;

– любое лечение беременной женщины должно проводиться только тогда, когда без этого однозначно нельзя обойтись (кровотечение, явная угроза срыва, нефропатия, выявленный сахарный диабет, ревматизм или другие страсти);

Вы живете в стране, где количество проверяльщиц и тех, кто учит, как надо лечить, почти равно количеству тех, кто действительно лечит. Тот, кто лечит, прекрасно знает, что за назначение 10 лекарств при насморке никто его не будет ругать – ведь по поводу каждого из этих 10 лекарств защищена, как минимум, кандидатская диссертация. Беременность – это всегда риск. Очевидный риск для самой беременной и не менее очевидный риск для врача, который, учитывая оценку его труда обществом, рисковать не собирается. И надо иметь очень много мужества, чтобы не назначить, не послать на консультацию, не уложить в стационар, не начать стимулировать, не запретить. Надо оторваться от бумажек и найти время, чтобы спокойно поговорить, объяснить и, в конце концов, **сознательно** разделить риск пополам. Но ведь проверяют врача не по отзывам пациентов, а по качеству исписанных им "документов"! А коль скоро какой-либо диагноз в карточке записан, то обязательно надо лечить: а вдруг какая неприятность, тут уж учителя и проверяльщики по всей строгости спросят – как это Вы, батенька, не назначили? И ведь действительно иногда случаются неприятности – у одной из 100, но назначают всем – на всякий случай. Помогите врачу быть с Вами честным и откровенным – не требуйте от него дефицитов и Вашего немедленного спасения, не кричите: "мы достанем", выясните все-таки, а что будет, если не делать ничего, и что опаснее – лечить или не лечить. Я, по вполне понятным причинам, не называю конкретные болезни, не в этом суть. Просто беременная должна попытаться взглянуть на себя глазами врача, к которому она пришла. Она должна понять то, что понимает любой врач: **беременность – это нормальный физиологический процесс и, чем меньше мы будем вмешиваться в нормальные физиологические процессы, тем лучше будет нам всем!**

А если не совсем нормальный? Так подумать надо, настолько ли мы мудры, чтобы матушке-природе мешать, если она чуть-чуть споткнулась. А если совсем не нормальный – тогда лечиться, но помнить при этом замечательный афоризм, родившийся в среде практических врачей: *"То, что бывает редко – бывает очень редко; то, что бывает очень редко – не бывает никогда"*.

* * *

Переходим теперь к конкретным рекомендациям.

1.1.1. КОГДА ЛУЧШЕ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ?

К огромному-преогромному сожалению, планирование беременности до настоящего времени не является всеобщим правилом. Но если Ваша семья в своей эволюции достигла того, что, во-первых, может позволить себе беременность в определенный момент, а, во-вторых, может сделать эту беременность реальным фактом, то следует знать: ***чем выше к моменту зачатия уровень здоровья будущих папы и мамы, тем здоровее будет ребенок.***

Поэтому желательно **ДО ТОГО**:

- проверить состояние своего здоровья и, если надобно, подлечиться;
- обязательно посетить стоматолога;
- хорошенько отдохнуть (оптимально – провести отпуск не на диване, а на природе);
- "завязать" с разными вредностями (курением, употреблением горячительных напитков, бдениями у телевизора);
- максимально ограничить контакты с бытовой химией и использование фармакологических средств;
- несколько ограничить сексуальную активность.

Многих волнует время года, месяц и даже конкретный день. Насчет дня ничего сказать не могу (это лучше выяснить у астрологов), а в отношении времени года замечу следующее. Максимальный уровень здоровья конкретного человека приходится на осень (сентябрь–октябрь): достаточное количество свежих овощей и фруктов, летний отдых (солнце, воздух,

вода, физические нагрузки). С другой стороны очень хорошо, когда ребенок рождается осенью – легче организовать закаливание, впереди зима (сложнее будет перегреть). Опять-таки очень хорошо, когда первое полугодие жизни ребенка приходится на зимние месяцы – еще действует доставшийся от мамы иммунитет ко многим вирусам, следовательно, заметно меньше вероятность заболеть.

Логика, скорее всего, состоит в том, что при отсутствии у будущих родителей серьезных проблем со здоровьем планировать зачатие следует на январь-февраль, дабы осенью родить. Ну а если здоровье не в порядке – «делать» ребенка осенью.

Особый вопрос – возраст будущей мамы. Понятно, что в 18 лет Вы будете поздоровее, чем в 35. Но **главное все-таки в том, чтобы Вы рожали ребенка для себя, а не в качестве подарка бабушкам и дедушкам.** Поэтому лучше быть мамой в 30 лет, чем кукушкой в 18.

И еще. Даже заводя щенка, люди, как правило, думают о том, где он будет спать, что он будет есть и кто с ним будет гулять. **Рожденному Вами ребенку именно Вы и только Вы обязаны обеспечить существование, достойное человека...**

1.1.2. ЧТО ЕСТЬ И ПИТЬ?

На протяжении многих тысячелетий Ваши предки ели примерно одну и ту же пищу, и те, кто не мог эту пищу переварить, давно уже вымерли.

Каждый пищевой продукт содержит в себе определенные белки, которые перевариваются другими, тоже совершенно определенными белками (ферментами). Есть белки родные, к которым мы привыкли генетически, их употребляли в пищу наши предки (хлеб, мясо, яблоки, рыба и т.п.). Есть белки, которых наши предки не видели в глаза, – цитрусовые, кофе, какао.

Задумайтесь над тем, где брал апельсины Ваш прапрадедушка? Мы их, тем не менее, с удовольствием едим, и ничего с нами не происходит. Потому что все, в кишечнике толком не переваренное (полностью нерасщепленное) нейтрализуется потом замечательной перерабатывающей фабрикой, которая называется печенью.

На печень беременной нагрузка предостаточная – именно печень и есть главный борец с токсикозами, нейтрализатор выделений плода и т.п. Давайте ее беречь. Если Вы хотите, чтобы Ваш ребенок не страдал от того, что ему нельзя съесть мандаринку или шоколадку, то не надо, будучи беременной, поглощать эти самые мандаринки и шоколадки (недопереваренные частицы до того, как нейтрализоваться печенью, пройдут через плод, вызовут ответные реакции, а у дитя потом будет на эти продукты аллергия).

Проще говоря, **избегайте всего того, чего не ел Ваш прапрадедушка**. Здоровее будете.

Не надо есть:

- жирное (варите бульоны – снимайте жир, уважайте "синих птиц" – тощих куриц и голодных домашних зайцев – кроликов);
- какао и его производные (шоколад, шоколадные конфеты, шоколадное масло);
- кофе;
- цитрусовые – включая лимоны, которые всем советуют брать с собой в роддом;
- очень острое, очень кислое, очень соленое;
- поменьше консервов;
- грибы;
- горох;
- свежие дрожжевые изделия;
- клубнику, малину, землянику;
- всякие вкусности с масляными кремами.

Надо бы:

- овощи, особенно зеленый лук, картофель и огурцы;
- фрукты: груши, яблоки, абрикосы;
- ягоды: виноград, черешню, вишню, арбузы;
- молочные продукты: прекрасно – творог и кефир (ряженка, йогурт, простокваша), просто обычное молоко от обычной коровы;
- мясо (нежирное), рыба нормальная (не сушеная вобла и не селедка);
- изюм, курагу;
- компот из сухофруктов;
- зеленый чай.

Помните:

- лучше пареное, вареное и печеное, чем жареное и копченое;
- лучше недоесть, чем переесть;
- если нельзя, но очень хочется, то можно, лишь бы перехотелось;
- если сомневаетесь: можно или нельзя? – ну его;
- не надо много есть на ночь;
- вообще много – не надо;
- если обстоятельства, традиции и окружающие не позволяют обойтись без спиртного (например, Новый год в разгар беременности), то либо красное виноградное вино (типа "Кагора"), либо "Шампанское" (и то и другое – чуть-чуть);
 - хотите мел – грызите на здоровье, (цветные мелки и штукатурку – не надо), но оптимальнее все-таки – кальция глюконат или (еще лучше) кальция глициерофосфат – 3 таблетки в день плюс творог – и Вам, и ребенку хватит вполне;
 - желательно принимать комплексные витамины для беременных; они отличаются от других поливитаминов обязательным присутствием витамина "Д" (например, отечественный "Гендевит" или заморский «Прегнавит»). Если таких витаминов купить (достать) не удалось или на их приобретение нет средств, то помните, что в те дни, когда Вы не бываете на солнышке (особенно зимой), необходимо получать в день 500 ед. витамина "Д";
 - при нехватке сладкого возникает сонливость;
 - поправляются не столько от количества еды, сколько от ограничения двигательной активности;
 - при нормальном самочувствии никаких оснований для того, чтобы меньше пить, нет. Если же возникли сложности (отеки, нефропатия), обязательно согласуйте с гинекологом режим питья (что? сколько?).

1.1.3. ГИГИЕНА

- мыть руки;
- более активно и чаще, чем до беременности, чистить зубы;
- ванна не желательна, оптимально – душ, хоть раз в день, и не надо горячей воды;
- опять мыть руки.

1.1.4. ЧТО НОСИТЬ?

- то, что не давит и не жмет; то, что подчеркивает; то, что ему (мужу) нравится;
- то, в чем не холодно и не жарко;
- чем меньше синтетики, тем лучше;
- каблук – да, но сантиметра три не больше – нам только упасть не хватало.

1.1.5. ЧТО ДЕЛАТЬ С МУЖЕМ?

- помнить, что он тоже человек;
- относиться к нему с пониманием;
- поощрять, не забывая говорить спасибо;
- напоминать, что в семье, главой которой он является, скоро станет на одного человека больше, а, следовательно, он станет еще главнее;
 - при нем не скулить и очень, очень постараться, чтобы Ваша беременность не вызвала у него чувства собственной неполноценности – совсем не обязательно (если удастся, конечно), чтобы он знал, как сильно Вас тошнит – Вам ведь легче не станет, а он будет дергаться, все это, рано или поздно, выйдет боком.
 - как это ни печально, но беременность – не повод для того, что бы муж уходил на работу голодный и неглаженный (не надо нам, чтоб его где-нибудь гладили и прикармливали).

1.1.6. ЧТО ДЕЛАТЬ С СОБОЙ?

- руководствоваться, прежде всего, своими инстинктивными желаниями. Для того, чтобы плод нормально развивался, Вы должны много двигаться – чем активнее работает сердце мамы, тем активнее кровоток через плаценту, тем больше достается ребенку всяких нужных штучек, растворенных в Вашей крови. Не теряйте чувство меры – утверждение автора о том, что двигательная активность беременной – это хорошо, вовсе не означает поощрение занятий атлетизмом, парашютным спортом и скалолазанием;
 - не любить себя больше, чем раньше (беременность – не болезнь!!!);
 - следить и быть в форме (глазки, губки, щечки, ногти, прическа) и, упаси Боже, думать, что уж теперь-то он никуда не денется;
 - не надо долго пребывать на солнышке и обязательно в шляпке;
 - поменьше аэрозолей (дезодоранты, лаки для волос) и вообще, чем меньше химии будет Вас окружать, тем лучше (стиральные порошки, дихлофосы, минеральные удобрения, средства от комаров и т.п.);
 - работа или учеба имеют огромное положительное значение, поскольку дают возможность поменьше думать о беременности;
 - обращаю внимание: любая инфекция беременной принципиально опасна для плода. Конечно, не простудиться ни разу за 9 месяцев очень сложно, но сознательно искать приключений, шастая по магазинам, гостям и кинотеатрам, совсем не обязательно. Знайте, что наиболее опасная для беременной женщины болезнь – краснуха (краснушный вирус очень плохо влияет на плод). Избегайте посещений детских больниц и поликлиник. Все потенциально опасные в плане поноса продукты исключить категорически (опять-таки следить за тем, что Вы едите и мыть руки);
 - не надо самой лечить таблетками всякие недомогания, простуды и расстройства желудка;
 - поменьше путешествуйте в поздних сроках беременности – самолет и поезд – не самая лучшая альтернатива роддому.

Совершенно отдельный вопрос – многочисленные комплексы упражнений для беременных. Автор убежден, что женщина готовая к систематическим упражнениям найдет время для того чтобы купить (вариант – взять в библиотеке или у подруг) литературу по этому вопросу, написанную специалистами. Врачу-педиатру занимать место рисунками и претендовать на оригинальность – по-видимому не стоит.

Главное, тем не менее, понять, что **любые гимнастические упражнения глубоко вторичны в сравнении с важностью именно образа жизни** (свежий воздух, двигательная активность). Как это ни парадоксально, но мне неоднократно приходилось сталкиваться с

ситуацией, когда будущая мать 12 часов лежит на диване, затем 15 минут занимается гимнастикой, после чего 11 часов 45 минут опять-таки лежит на диване, утешая себя мыслью о том, что делает все возможное для подготовки к родам.

1.1.7. СЕКС?

- с точки зрения христианской религии смысла не имеет (при беременности, разумеется);
- опасен при угрозе срыва (сокращения матки во время оргазма);
- если он настаивает на этом чаще, чем Вы, то чередовать разъяснительную работу с эпизодическими контактами (совсем отлучать от тела нельзя – конкурентки не дремлют);
- если Вы настаиваете на этом чаще, чем он, – ситуация самая драматичная и на сто процентов неразрешимая, возможны действия в трех направлениях: а) Ваш внешний вид, б) его питание; в) ограничение Вашего "скуления".
- если Вам хочется одинаково – сколько хочется;
- разнообразие вариантов позволяет не давить будущей маме на живот (если не знаете как, посмотрите телевизор в течение недели – научитесь обязательно).

1.1.8. ЧТО ДЕЛАТЬ БУДУЩЕМУ ПАПЕ?

Прежде всего, не утверждать: "Все, что надо, я уже сделал".

Несмотря на то, что беременность – не болезнь, Вам все-таки необходимо пересмотреть свое отношение к супруге. Поскольку Вы никогда не сможете испытать то, что в процессе беременности испытывает Ваша жена, то и никогда не сможете до конца понять и объяснить себе разные ее капризы. Поймите и осознайте: количество вредных раздражителей у беременной достаточно велико (хождения по врачам, беседы с подругами, нарушения самочувствия). Поэтому увидьте свою главную задачу в том, чтобы не стать дополнительным стрессовым фактором.

Золотые правила будущего папы:

- *поменьше рассуждайте по поводу того, кого Вам больше хочется – мальчика или девочку. Пол ребенка определяется отцовским сперматозоидом, поэтому, в случае чего, нечего на зеркало пенять...*;
- *не надо расстраиваться в связи с тем, что Вам стали уделять меньше внимания – то ли еще будет, когда Вы действительно станете папой;*
- *поинтересуйтесь бытом – посетив магазин или выкрутив белье, Вы никак не уроните своего мужского достоинства;*
- *найдите время, чтобы спокойно обсудить Ваши совместные действия – где будет стоять кроватка, что и когда надо купить, что делать, пока супруга будет находиться в роддоме;*
- *не покупайте ей всякие вкусности, которые не желательны к употреблению (см. выше). Будет очень разумно и благородно, если Вы не будете при жене есть то, чего ей нельзя, но хочется;*
- *не поощряйте просто ничегонеделание жены (диван, телевизор). Лучше прогуляйтесь с ней на свежем воздухе, сядьте где-нибудь в парке на лавочке и вслух почитайте эту книжку;*
- *соизмеряйте свой сексуальный пыл с ответными реакциями супруги и не дуйте в случае чего; помните, что беременная женщина меньше склонна прощать в сравнении с просто женщиной;*
- *курить в квартире совсем не обязательно;*
- *если во сне Вы имеете привычку ворочаться, крутиться и при этом еще и дергать ногами, то желательно последние недели беременности поспать отдельно;*
- *беременность, в конце концов, длится всего 9 месяцев.*

* * *

Очевидная суть этой главы:

в большинстве случаев беременность протекает нормально. И вести себя при беременности надо нормально. И помнить, что, хоть медицина у нас и бесплатная, за здоровье конкретного человека отвечает не врач, а сам конкретный человек. И не морочить самой себе голову, выискивая болезни. Подавляющее большинство сложностей порождаете Вы сами, нервничая и переживая понапрасну.

Не создавайте себе дополнительных проблем. Своевременно станьте в поликлинике на учет, обойдите врачей и сдайте анализы до того, как живот не позволит Вам войти в трамвай.

Успокойтесь, ради Бога! Не Вы первая, не Вы последняя, простите за банальность. Родим, никуда не денемся.

Поэтому, поехали в роддом.

1.2. РОДДОМ

«Не беда появится в утином гнезде, если ты вылупился из лебединого яйца!»

Ханс Кристиан Андерсен

Готовить себя к пребыванию в роддоме необходимо, прежде всего, психологически. Как бы Вы ни были богаты и здоровы, удачные роды все-таки лотерея, правда, с очень значительными шансами на выигрыш.

Роды – явление для современной женщины редкое, однако естественное и протекающее чаще всего нормально. Шансы родить плохо не очень велики, с точки зрения статистики, хотя основания для волнения у Вас, конечно же, есть. В то же время, дойдя до приемного покоя роддома, Вы уже в очень малой степени способны влиять на ситуацию.

Главное – не паниковать, пытаться слушать то, что Вам говорят и по возможности более точно выполнять инструкции человека, который роды принимает.

Поменьше инициативы. Лишние мозги – главная помеха, когда речь идет о родах (неудивительно, что женщины с высшим образованием и интеллигенция вообще рожают трудней).

Подробно расписывать правила поведения во время родов мы не будем (литературы по этому вопросу предостаточно). Ведь роддом интересует нас как место, с которого начинается жизнь ребенка, а интересам последнего, собственно говоря, эта книга и посвящена.

Очень и очень многое из того, что происходит в роддомах, не является однозначно правильным. Но нет резона начинать дискуссию, потому что – еще раз повторю – мы с Вами не можем влиять на ситуацию и рожать, скорее всего, будем в обыкновенном государственном роддоме.

Нельзя не упомянуть о том, что в очень-очень недалеком прошлом любая женщина, осмелившаяся родить за пределами роддома, вызывала чувства жалости и гневного недоумения общественности. В настоящее время ситуация начала меняться – по крайней мере государственный роддом перестал быть тем единственным и безальтернативным местом, где ребенок имеет право появляться на свет.

С одной стороны появились не государственные, т.е. не теоретически бесплатные, а практически платные роддома, с другой существенные подвижки имеются в самих роддомах – пускают желающих пап – посмотреть и поболеть, организуют «палаты совместного пребывания», где ребенок находится вместе с мамой сразу после родов.

В некоторых крупных городах возникли «клубы по интересам», готовящие беременных к родам на дому, естественно под присмотром медицинских работников.

Происходящие перемены имеют свои плюсы и минусы. В родильном зале, вместо помощи роженице, откачивают потерявших сознание отцов; в «палате совместного пребывания» лежат не мать и дитя, а пять матерей и пять детей и т.п.

Здравый смысл состоит, по-видимому, в возможности выбора. И если у беременной нет проблем со здоровьем (не узкий таз, подтвержденное ультразвуковым исследованием нормальное положение плода и т.п.) то почему бы и не рожать дома, где уютнее, где меньше стрессов. И если после родов есть силы и настроение быть вместе с ребенком, то почему бы и нет? Но зачем это, если новоиспеченной маме плохо, если послеродовая депрессия, если ребенок беспокойный?

В любом случае, где бы мы ни рожали и какие бы эксперименты над нами не проводили **наша конечная цель одна: – поскорее попасть домой вместе с ребенком.**

Ведь дома ответственность за малыша полностью ложится на плечи родителей, которые имеют возможность действовать не в соответствии с инструкциями и приказами Министерства охраны здоровья, а в соответствии с логикой и здравым смыслом. В то же время неделя, проведенная в роддоме, может оказать на маму весьма негативное воздействие, поэтому некоторые вещи все-таки необходимо знать.

* * *

Итак:

1. Одна из наиважнейших задач – сохранить грудное молоко. Его количество зависит не от размеров груди, а от нервной системы матери. Старайтесь, очень Вас прошу, старайтесь не нервничать. Это очень трудно, потому что Вам много расскажут "хорошего" и о Вас и о Вашем ребенке, да еще соседки по палате поделятся своими страхами. Если очень страшно, знайте: **женщин, которые родили и за все время пребывания в роддоме ни разу не услышали о какой-нибудь собственной или детской ненормальности, просто не существует**. Может, где-нибудь такие женщины и есть, но у нас их нет. В то же время почти все больные и ненормальные возвращаются рано или поздно домой, становясь нормальными и здоровыми.

2. Чем раньше приложат новорожденного к груди, тем лучше (оптимально – прямо в родзале) – этот факт убедительно доказан физиологами и врачами. Во-первых, само раздражение соска во время сосания способствует сокращению матки, что, непосредственно после родов, очень важно. Во-вторых, первые капли молока – молозиво – содержат в себе вещества, «запускающие» развитие иммунной системы и нормального пищеварения, препятствующие возникновению в дальнейшем аллергических реакций и кишечных расстройств.

Тем не менее, в сотнях роддомов детей приносят для первого кормления на вторые-третьи сутки, а то и позже. Мотивируется это усталостью матери, слабостью ребенка, возможностью некоторых врожденных болезней, при которых прикладывание к груди опасно, а для уточнения диагноза требуется время. На самом деле, реальные причины для того, чтобы не кормить сразу после родов имеют место очень редко. Пути решения проблемы – доверительная беседа *будущих родителей* с врачом, принимающим решение о времени первого кормления – педиатром роддома. *Всегда следует помнить, что не кормить сразу – решение менее рискованное и менее ответственное, а оплата труда врача-педиатра никоим образом не стимулирует его к принятию ответственных решений.*

Поэтому, если в родильном зале Вам дали ребенка для кормления, то либо с Вашим малышом все в полном порядке, либо Вас окружают прекрасные специалисты, а и то и другое – просто замечательно. Если же ребенка не дали, то это вовсе не повод для

беспокойства. Причины могут быть самые разные. Акушеры-гинекологи, например, дежурят круглосуточно всегда и во всех роддомах, а неонатологи – не всегда и не во всех. Акушер-гинеколог не всегда хочет рисковать и принимать решение о кормлении, которое должен принимать педиатр.

В конце концов, **не нервничайте**, пожалуйста, – не дали и не надо: миллионы детей, которых принесли кормиться лишь на вторые или третьи сутки, живут себе, радуя родителей.

3. Не переживайте, если малыш неохотно или вяло сосет – врачу об этом, конечно, сообщите, но сами не паникуйте. Если, с Вашей точки зрения, его унесли ненаевшимся, то, поверьте, умереть от голода ему не дадут.

4. На второй-третий день после родов Ваш ребенок обязательно пожелтеет – может, сильно, может, чуть-чуть. **Не нервничайте** – так должно быть, и это называется "физиологическая желтуха новорожденных".

5. В первые дни после рождения ребенок в весе не прибавляет, а, наоборот, теряет его – может, сильно, может, чуть-чуть. **Не нервничайте** – так и должно быть.

6. Не надо особенно волноваться в связи с тем, что Вы не можете влиять на то, когда и сколько времени его кормить, во что его одевать, кто у него соседи по палате. **Не нервничайте!** Почти невозможно испортить нормальное живое существо за неделю.

7. Вы, скорее всего, услышите много страшных слов таких, например, как "асфиксия", "обвитие пуповины", "нарушение гемо-ликвородинамики", "энцефалопатия" и т.д. и т.п. **Все эти состояния излечиваются** и не часто дают ощутимые последствия.

Возможно, упомянутые слова будут относиться именно к Вашему ребенку, но, придя домой, Вы не обнаружите в нем никаких болезненных черт. Конечно, можно возмутиться и спросить: а зачем тогда пугать только-только родившую женщину, зная, что у нее может исчезнуть молоко, нарушиться сон, пропасть аппетит и прочее? Не обижайтесь, пожалуйста. Новорожденный ребенок мало предсказуем. И каждый врач знает, ни о каких стопроцентных гарантиях речь не идет. Это ж кому хочется услышать: было все хорошо, так они угробили! А они не гробят. Они получают то, что Вы им родили, – не лучше и не хуже. И стремятся сразу Вам сообщить, мол, не все хорошо, чтоб потом от Вас же не выслушивать.

И мы все, все общество, в этом виноваты, потому что привыкли всегда и во всех собственных бедах искать крайних. Кто хоть когда-нибудь возмущался по поводу высокой температуры в палате для новорожденных? Никто и никогда! А упаси Боже будет холодно – растерзают. Хотите тепла – нате! И дома Вы обнаружите у ребенка опрелости – зато было тепло! Не простудился...

Как это природа умудрилась придумать биологический вид, рожающий детенышей, которые могут существовать только при температуре не ниже 22 градусов?

Таким образом, родильнице предстоит решить **три главные задачи** :

1. Не нервничать.
2. Отдыхать (вариант – спать).
3. Заниматься собственной грудью.

Действия папы, который в томительном ожидании бегаёт вокруг роддома, более разнообразны и заключаются в следующем:

Готовиться к встрече – еще раз убедиться, все ли куплено, убрать в доме, запастись продуктами, привлечь бабушек или подруг, дабы хоть в первый день после возвращения домой мамочка не думала о кухне.

В отношении продуктов, передаваемых в роддом, помнить: все, чего нельзя было во время беременности, нельзя и во время кормления грудью.

Обязательно и регулярно передавать жене записки (лучше письма и подлиннее) содержащие признания, восхищение, восхваление и благодарность. Спрашивать: "Чего изволите?" и, по возможности, все пожелания осуществлять. Успокаивать. Самому знать, что

на третий-пятый день после родов у женщины в связи с разными гормональными сдвигами может необоснованно испортиться настроение.

Об одежде для младенца, транспорте, цветах, шампанском и конфетах подумать заблаговременно.

В день, когда надо забирать мать и дитя, ни в коем случае не опаздывать ни на секундочку!

* * *

После того, как автомобиль выедет за ворота роддома, начнется совершенно новый этап в Вашей жизни. И не важно – этот ребенок первый или пятый, мальчик или девочка.

Теперь уже только от Вас – от мамы и папы – зависит здоровье малыша, которое, как мы уже договорились, является основой его будущего счастья.

1.3. ВАШ НОВОРОЖДЕННЫЙ

*«– Мне только два дня.
Нет у меня
Пока еще имени.
– Как же тебя назову?
– Радуюсь я, что живу.
Радостью – так и зови меня!»
Уильям Блейк*

Условия, в которых будет находиться доставленный из роддома ребенок, во многом определяют его будущее здоровье.

К глубочайшему сожалению, в широких народных массах прочно укоренилась уверенность в том, что новорожденный очень слаб, подвержен многочисленным хворям и вообще жизнь его просто висит на волоске. Основой столь распространенных убеждений являются люди старшего поколения (включая и медработников).

Их основные "жизненные" тезисы состоят в следующем:

- Вам что для ребенка жалко? (вариант – "Все лучшее детям!");
- плачет, бедненький...;
- у него пятки холодные (вариант – холодный нос);
- сквозняк!

Самое интересное, что эти же люди говорят: « – Нет, Вы только посмотрите – у Ивановых пятеро, все бегают раздетые и голодные, и хоть бы что! А наш...»

Отсутствие какой бы то ни было логики сразу бросается в глаза, особенно с учетом того, что все знают – любимые дети болеют чаще.

Новорожденный ребенок – существо действительно нежное, но не столько нежное, сколько неожиданное. Его неожиданность состоит прежде все в том, что Вы даже приблизительно не можете определить, каковы его способности, что он может, чего хочет, чего боится. Руководствуясь собственным опытом, Вы уверены в том, что он хочет того же, чего и Вы, боится того же, чего и Вы, но не может того же, чего и Вы, потому что слабенький, маленький и вообще человеком его можно назвать лишь с учетом того, что его папа и мама – человеки.

На самом же деле это совсем не так, и знать его возможности Вы просто обязаны.

Главной и совершенно уникальной отличительной чертой новорожденного является его способность приспосабливаться к условиям окружающей среды.

Как уже было объяснено, ребенок, которого Вы принесли из роддома, очень незначительно отличается по способностям отстаивать свое право на жизнь от точно такого же малыша, появившегося на свет где-нибудь в пещере много-много веков тому назад. Дети и до настоящего времени благополучно появляются на свет в юртах, чумах и вигвамах

(пустынях, джунглях, горах, тайге, тундре и т.д.).

Новорожденный мало чего боится, потому что ко всему может приспособиться, если ему немного помочь.

Когда же приспособливаться не к чему (сытно, чисто, тепло, не дует и т.п.) – приспособительные системы просто отключаются.

Если в течение первых двух-трех месяцев жизни Вы создадите для ребенка комфортные условия, то в дальнейшем существовать без таких условий ему будет очень и очень трудно.

А жизнь человеческая все-таки не очень коротка. И на пути Вашего малыша рано или поздно появятся сквозняки и лужи, жаркое солнце и мокрый снег с дождем, необходимость посещения детского сада (школы). Кто, оглянувшись по сторонам, может быть абсолютно убежден в том, что не придется нашим детям мерзнуть в окопах и стирать в проруби белье...

Постараться восстановить потерянное можно, разумеется, и в три года и в двадцать лет. Но разумно ли терять то, что уже есть? Не только не разумно, но и глупо, поскольку быть здоровым не только приятнее, но и проще, и дешевле...

* * *

Дорогие папа и мама! Вы молоды, полны сил и планов.

Вы, конечно же, **не хотите** :

- чтобы Ваш ребенок болел;
- чтобы он орал по ночам;
- чтобы устраивал истерики в городском транспорте;
- чтобы всякое падение заканчивалось вывихом или переломом;
- чтобы превращались в трагедию мокрые ноги, случайный сквозняк, порция мороженого, апельсин, стакан холодной воды, сопливый соседский ребенок;
- чтобы популярная медицинская энциклопедия заменила Вам все сокровища мировой литературы.

Вы, конечно же, **не хотите** :

- обзванивать знакомых в поисках хорошего врача, а потом ломать себе голову над тем, что, сколько и в каком виде ему преподнести;
- бегать по аптекам в поисках особо ценных лекарств и по магазинам в поисках особо ценных продуктов;
- лечить осложнения лечения;
- видеть мир через окно больничной палаты или слышать его крик: "Мамочка, забери меня отсюда!"

Но при этом Вы, наверняка, **очень хотите** :

- спать по ночам;
- не бояться ежеминутно и ежечасно за его жизнь;
- смело ходить в гости и путешествовать;
- видеть его здоровым и счастливым.

Вы надеетесь, что скоро он вырастет и Вы снова легко найдете время для театров и друзей, для любимых книг и увлечений, друг для друга, наконец.

Ваши мечты вполне осуществимы! Но остановитесь и подумайте, просто и спокойно подумайте, отбросив в сторону страхи и эмоции. Вернувшись из роддома, Вы находитесь на распутье – **три дороги перед Вами** :

I – традиционный путь – кстати, традиционный не с точки зрения медицины, а с точки

зрения общественного мнения;

II – волнующий и полный приключений путь педагогического экстремизма;

III – путь логики и здравого смысла, представляющий собой тропинку, которая петляет, приспособляясь к окружающей местности, плавно огибает бытовые и материальные преграды, стремясь *кратчайшим путем* привести к намеченной цели.

Автор, как Вы уже догадались, предпочитает третий путь и искренне надеется взять Вас собой в это путешествие.

* * *

Итак, "Ваш новорожденный"...

Название главы при кажущейся простоте требует расшифровки. Во-первых, надо знать, что **новорожденным, с точки зрения медицинской науки, является ребенок от момента рождения до 28 дней**. Во-вторых, слово "**Ваш**" является ключевым, для понимания сути происходящего. Ведь, выписываясь из роддома, Вы, наверное, думали, что ребенок Ваш уже 5, 7 или 10 дней (кому как повезет со сроками выписки). Но, трезво сопоставив факты, *Вы должны согласиться с тем, что в роддоме "Ваш" ребенок совсем Вашим не был*. Вы кормили, когда его приносили, или когда разрешали покормить; Вы не могли влиять на то, какие лекарства ему дают, каким шприцем делают ему прививку, от какой женщины и каким молоком его подкармливают.

Я вовсе не хочу сказать, что его неправильно приносили кормить, давали ему плохие лекарства, кололи нестерильным шприцем или подкармливали молоком женщины, съевшей перед этим килограмм шоколада. Я просто хочу подчеркнуть: к принятию каких-либо решений касательно младенца Вы прямого отношения не имели и никакой ответственности за эти решения, разумеется, не несли. Совершенно естественно, что нельзя назвать своим то, чем (кем) Вы не владеете и не распоряжаетесь. В подтверждение этих слов привожу определение из толкового словаря русского языка:

" ВЛАДЕТЬ – *иметь своей собственностью, держать в своей власти, управлять "*.

Получив от медсестры роддома плотно упакованный сверток с Вашим собственным детищем, Вы, наконец, вступаете в реальное владение им. Неудивительно в этой связи, что, внося ребенка в детскую комнату, Вы первым делом приступите к осмотру малыша.

Отметим следующее: если Вы с ребенком попали домой в периоде новорожденности, то, скорее всего, Ваш малыш здоров, он нормален, таков, как все, или почти таков, как все. Какие-либо недостатки у него, может быть, и есть, но, коли домой Вас отпустили, то недостатки эти устранимы и в домашних условиях, а, следовательно, ничего особо страшного нет.

Отношение к тому, что Вы увидите, развернув пеленки, может быть самым разным и зависит от того, кто смотрит (мама, папа, бабушка, дедушка, старший братец и т.д.), в который раз смотрит (это первый Ваш ребенок, второй, третий и т.д.), какой ценой он Вам достался (9 месяцев скитаний по больницам, 10 лет лечения от бесплодия, тяжелые роды и т.п.) и еще от многих других факторов.

Вы, разумеется, не очень хорошо знаете, каким должен быть новорожденный (если, конечно, Вы не окончили медицинский институт, но и это не гарантия). Находящиеся рядом с Вами "специалисты-родственники" тоже не очень хорошо знают. Поэтому **не пытайтесь давать оценку тому, что Вы увидели у малыша, сравнивая его с собой**. Очень многое, что Вы посчитаете плохим или неправильным, на самом деле таковым не является. Еще раз повторю: если Вы с ребенком дома в периоде новорожденности, то ничего особо плохого и особо неправильного нет.

В оценке состояния ребенка родителями, как правило, прослеживаются две четкие тенденции: одни глубоко убеждены в том, что большей красоты им в жизни видеть не

приходилось, другие все свои усилия направляют на поиск недостатков, подлежащих немедленному искоренению. Постарайтесь, прежде всего, отбросить подальше ненужные эмоции. Маме это, разумеется, очень трудно, но отец просто обязан не ныть, не кричать: "Я боюсь что-нибудь ему сломать" – и поменьше делиться с женой своими опасениями по поводу того, что младенец худой (толстый), лысый (волосатый), вялый (беспокойный), тихий (шумный), бледный (красный) и т.д. и т.п.

Ваш новорожденный здоров. Он не дышал в течение многих лет атмосферой города, не пил, не курил, не переносил множества разных болезней, не стоял в очередях, не нервничал, не толкался в городском транспорте.

Весьма вероятно, что в Вашей семье он сейчас самый здоровый. Тысячи поколений предков передали ему множество приспособительных реакций. И не надо относиться к малышу снисходительно, недооценивать его.

Родители просто обязаны предпринять целый ряд мер, для того, чтобы не растратить напрасно здоровье, подаренное ребенку Природой. Некоторые из этих мер носят неотложный характер.

* * *

Но прежде чем приступить к рассмотрению конкретных рекомендаций, мы должны обратить внимание на одно исключительно важное обстоятельство: *основные принципы ухода за ребенком, относящиеся к одежде и температурному режиму, купанию и гулянию, кормлению и сну не меняются с возрастом. Новорожденный не исключение.*

Само собой разумеется, что каждому возрасту присущи свои особенности, и мы, конечно же, обратим на них внимание, но принципы постоянны.

1.4. ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ И ИХ ВОПЛОЩЕНИЕ В ЖИЗНЬ

«Обстоятельства переменчивы, принципы никогда.»

Оноре де Бальзак

«Надо, чтобы вы руководили принципами, а не принципы вами.»

М.М. Жванецкий

Уход за ребенком осуществляется в двух направлениях – создания оптимальной среды обитания и непосредственного обеспечения потребностей.

С точки зрения родственников малыша, его важнейшей потребностью является питание, и оспаривать это просто бессмысленно. Но нельзя переоценивать значимость правильного вскармливания без решения других детских проблем. Поэтому мы с Вами поступим следующим образом: поговорим обо всем, кроме еды, отложив последнюю на закуску (закусим в следующей главе).

1.4.1. ДЕТСКАЯ КОМНАТА

С грустью необходимо отметить, что детская комната для очень многих наших соотечественников понятие теоретическое. Вариант, при котором в одной комнате с ребенком находятся только мама и папа, считается вполне замечательным, но суть не в этом. Принципиально важен тот факт, что необходимые ребенку условия никогда и ни при каких обстоятельствах не могут оказаться неподходящими для других членов семьи.

Если у Вас имеется возможность выбора комнаты (с чем очень хочется Вас поздравить), то желательно, чтобы эта комната не была проходной и имела выход на балкон. Если Вы настолько благополучны, что имеете несколько балконов и можете выбирать стороны света, на которые окна Вашей комнаты ориентированы, выберите юго-запад, но не

это важно – лучше комната с северной стороны, но с видом на сад, чем юго-западная с видом на автомагистраль. Чем больше будет комната, тем легче будет младенцу в ней дышать и тем труднее будет Вам поддерживать в ней должный порядок.

Тщательная заклейка окон (чтоб не дуло) и плотная подгонка дверей (чтоб не было сквозняков) ребенку не нужны. Если этого боятся папа и мама, то заклейте и подгоните, но не надо собственную хилость прикрывать заботой о новорожденном.

Важное правило:

В комнате должно быть минимально возможное количество накопителей пыли (ковров, дорожек, книг, ненужных вещей). Особенно это касается ковров, которые, в последнее время, превратились чуть ли не в обязательный элемент благополучия. Вы должны знать, что очень многие микробы, быстро погибающие в воздухе или во время мытья, способны неделями и месяцами сохраняться в источниках домашней пыли: стафилококки, стрептококки, дифтерийная палочка, сальмонеллы (список неполный, но и этого, думаю, хватит).

Таким образом:

- чем меньше ковров – тем лучше;
- книги только за стеклом;
- потерпите с мягкими игрушками;
- количество развешанных по стенкам сувениров – умеренное;
- на шкафах, в углах и под кроватями нет склада ненужных вещей.

От очень многого отказаться нельзя, поэтому:

– все имеющиеся в детской комнате накопители пыли (мягкая мебель, например) должны постоянно и систематически приводиться в порядок с помощью пылесоса;

– желательно стремиться к тому, чтобы поверхность всех предметов могла быть подвергнута влажной уборке;

– если по причине отсутствия кладовок Вы просто вынуждены использовать шкаф как хранилище не очень нужных вещей (они лежат на нем, покрываясь пылью), то вымойте их, сложите аккуратно и накройте полиэтиленовой пленкой.

Не может помешать, а в некоторых случаях даже полезен (увлажняет воздух) аквариум, особенно, если Вы умеете за ним ухаживать и не имеете привычки издеваться над рыбами, заставляя последних поглощать сухой корм. Чучело скоропостижно скончавшегося любимого попугайчика или шкуру медведя, побежденного дедушкой в неравной борьбе, лучше разместить в комнате у дедушки.

В детской комнате нам понадобятся:

КРОВАТКА – оптимально деревянная, хорошо, когда можно регулировать высоту дна и боковин. Имеющиеся в продаже деревянные кровати вполне приемлемы, чего нельзя сказать о подавляющем большинстве матрацев. **Подушки не нужны никакие** (вне зависимости от мягкости и размеров).

ПЕЛЕНАЛЬНЫЙ СТОЛИК – вещь очень желательная, хотя можно, конечно, пеленать ребенка и на диване, и на журнальном столике, и в его собственной кроватке. Специально приобретать столик, как правило, нет необходимости – в доме всегда найдется стол, без которого можно обойтись полгода. Очень хорошо, когда маме не приходится наклоняться, пеленая дитя (это по поводу высоты столика).

Рядом с пеленальным столиком хорошо бы расположить **ТУМБУ ИЛИ ПОЛКУ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ ДЕТСКИХ ВЕЩЕЙ**: шляпок, пеленок и т.п. Поскольку пеленальный столик будет использоваться нами в качестве места, где мы будем приводить ребенка в порядок (вытирать, протирать, стричь, присыпать, смазывать, обрабатывать), то непосредственно на нем или рядом с ним (на тумбе, например) надо бы разместить **АПТЕЧКУ** и всякие там **БАНКИ** (с ватой, с сосками, с пустышками) и **БУТЫЛКИ** (с водой, маслом).

КОМНАТНЫЙ ТЕРМОМЕТР – штука нужная и полезная. Только, главное, не изгаляйтесь, идя по пути красоты и размеров. Надежность – прежде всего. Обычный спиртовой термометр оптимален. Повесьте невдалеке от детской кровати на высоте

примерно в 1,5 метра от пола.

Скорее всего, Вы, по крайней мере, несколько месяцев, будете спать с ребенком в одной комнате, поэтому необходим небольшой СВЕТИЛЬНИК (лампочка 25 или 40 W), который можно будет легко и быстро включить (желательно не вставая с кровати), не рискуя что-либо опрокинуть.

1.4.1.1. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ ДЕТСКОЙ КОМНАТЫ

Почти во всех книгах и учебниках, посвященных уходу за детьми, обращено внимание на тот очевидный факт, что у младенца несовершенны механизмы регуляции температуры тела, в связи с чем существует большой риск переохлаждения. Из этого, в общем-то, абсолютно правильного положения, зачастую делаются абсолютно неправильные выводы. Защите ребенка от переохлаждения уделяется первоочередное внимание, вплоть до того, что покупка электрообогревателя представляет собой одно из наиболее обязательных действий при подготовке к встрече новорожденного. Если, как мы уже упоминали, температура воздуха в палате новорожденных роддома должна, в соответствии с инструкциями, быть не ниже 22(как правило, она выше), то всего боящиеся родители любой ценой будут стремиться к тому, чтобы ниже этой цифры она (температура) никак не опустилась. Автор посетил сотни новорожденных в первые дни после их выписки из роддома, и чувство нехватки воздуха было наиболее постоянным и наиболее типичным из всех чувств, которые ему приходилось испытывать после кратковременного пребывания в детской комнате.

Панически боясь холода, родители зачастую и не задумываются о том, что, упомянутое нами несовершенство механизмов терморегуляции, чревато не только переохлаждением, но и перегревом.

Обмен веществ у новорожденного протекает очень интенсивно и сопровождается выработкой значительного количества тепла. От этого тепла организму ребенка необходимо избавляться. Сделать это можно двумя путями – через легкие и через кожу (непосредственный перенос тепла при контакте двух сред с разной температурой, плюс испарение пота).

Воздух, вдыхаемый человеком (новорожденный – не исключение), достигая легких, нагревается до температуры тела. То есть ребенок вдыхает воздух с температурой 18(, а выдыхает, соответственно, 36,6(. При этом, разумеется, определенное количество тепла теряется. Если температура вдыхаемого воздуха 23(, то, очевидно, что потери тепла заметно снижаются. Но терять тепло надо! И ребенок активизирует второй путь потерь – через кожу. Необходимо образовывать пот, который не только мокрый, но и соленый – значит, теряются вода и соли, а запасы и того и другого у новорожденного очень незначительны.

Даже при небольшой нехватке жидкости существенно нарушается работа всех систем и органов. И последствия этих нарушений Вы обязательно обнаружите, развернув ребенка. Организованный в роддоме перегрев (лишь бы Вы не сказали, что простудили) прежде всего виден на коже Вашего новорожденного – она ярко красная, в тех местах, где скапливается пот, в паху, например, – опрелости. У него пучит и болит животик (густые из-за нехватки жидкости кишечные соки с трудом способны переваривать еду), во рту белые пятнышки – молочница (густая из-за нехватки жидкости слюна не выполняет своих функций), в носу сухие корочки, затрудняющие дыхание (иногда даже сосать не может) и т.д.

Регуляция температурного режима новорожденного может быть осуществлена посредством решения двух задач:

1. Температура воздуха в детской комнате;
2. Одежда ребенка.

Обе эти задачи должны быть решены немедленно, в первые же сутки после

возвращения из роддома. Чем дольше Вы будете собираться и решаться, тем хуже будет Вам и Вашему младенцу, тем большие усилия понадобятся впоследствии для того, чтобы наверстать упущенное.

Исключительно важно (!!!) не путать и не смешивать такие понятия, как "холодно ребенку" и "температура воздуха, которым дышит ребенок".

Оптимальная температура детской комнаты составляет 18-19(С.

Чем выше, тем хуже. Но на всю жизнь – и Вашу и детскую – необходимо запомнить важнейшее правило, позволяющее принять правильное решение при наличии сомнений:

ЛУЧШЕ ПЕРЕОХЛАДИТЬ, ЧЕМ ПЕРЕГРЕТЬ

Только так и не иначе, потому что нельзя, ни в коем случае нельзя забывать о том, что перегрев ребенка не менее, а, как правило, значительно более опасен, чем переохлаждение!

Природные условия обычно позволяют создать оптимальный температурный режим (18-19(, но бывают исключения и они совсем нередки. Ребенок может родиться в жаркое время года, в стране с жарким климатом, в городе, где работники теплосетей склонны с повышенным рвением относиться к своим обязанностям и т.д.

Уберечь ребенка от перегрева, при высокой температуре в помещении (выше 22(можно действиями в трех направлениях:

1. Одежда, точнее, ее минимальное количество;
2. Достаточное поступление в организм ребенка жидкости, помимо молока (вода);
3. Ванна.

По всем этим направлениям мы, в дальнейшем, основательно пройдемся.

А сейчас давайте обратим внимание на такое удивительное с бытовой точки зрения явление, как сквозняк.

" СКВОЗНЯК – сквозной ветер, струя воздуха, продувающая помещение через отверстия, расположенные друг против друга "

Интересно, кому первому пришла в голову мысль касательно того, что Природа может создать биологический вид, для которого струя воздуха представляет собой грозную опасность?

Люди дорогие! Это мы с Вами сквозняков боимся, потому что родители наши оберегали нас всеми возможными способами от этих самых сквозняков. Но ребеночек тут при чем? Палку, конечно, перегибать не надо, но постоянные возгласы: "Закройте скорее дверь!" – не ведут ни к чему хорошему. Ребенок боится незнакомого. И нельзя прожить жизнь, ни разу не встретившись со сквозняком. Так лучше познакомиться с ним в младенчестве, перестав бояться, чем взрослым и солидным дядей кричать на весь автобус: "Закройте окно, сквозит!"

С момента возвращения из роддома не обращайтесь внимания на то, открыта или закрыта дверь в комнату, где находится ребенок. Не имеет значения, с точки зрения его здоровья, где расположена кровать и попадает ли на нее воздух из приоткрытого окошка. Для пятилетнего ребенка, уже испорченного стремлениями его уберечь, имеет. А для новорожденного – нет.

1.4.2. ОДЕЖДА.

Родители должны добиться следующего:

1. Не дать ребенку замерзнуть.
2. Сделать так, чтобы уход за одеждой (стирка, глажка, сушка) занимал как можно меньше времени.

Прежде всего, отметим, что, *чем меньше химии и синтетики будет ребенка окружать, тем лучше* . Натуральные ткани – лен, хлопок. Белый цвет оптимален – меньше красителей – раз, быстрее видна грязь – два, не линяет при стирке и вываривании – три.

ПЕЛЕНКИ нужны всякие. Главное, не экономить на их размерах при покупке и (или) самостоятельном изготовлении. Дети имеют тенденцию расти довольно быстро, и нет ничего хорошего в том, чтобы через 2 месяца после рождения начинать заново делать приобретения. Тонкие пеленки наиболее употребимы и нужны будут постоянно в относительно больших количествах. Более плотные (байковые пеленки) понадобятся для прогулок, их нужно меньше.

Вопрос о количестве пеленок определяется в зависимости от того, как решена проблема ПОДГУЗНИКА. В целом, *подгузник представляет собой небольшую, чаще всего марлевую пеленку, которая должна первой принять на себя кал и мочу младенца, не дав им поразить всю остальную одежду*. В какой-то степени это подгузнику удастся, но лишь в какой-то степени. Кое-что на остальные пеленки все-таки попадает, и они нуждаются в стирке (застирывании). Совершенно другое дело, когда речь идет о современных подгузниках – ПАМПЕРСАХ. Последние сохраняют сухой вид довольно долго – внутренний слой пропускает мочу, а наружный, напротив, мочу не пропускает, оставляя пеленки сухими и чистыми, что многократно уменьшает потребности в пеленках, простынках и других предметах детской одежды.

1.4.2.1. ОТДЕЛЬНО ПО ПОВОДУ ПАМПЕРСОВ.

Следует отметить, что опыт применения памперсов в нашей стране очень незначителен. Однозначного мнения о том, хорошо это или плохо у специалистов нет. Дело в том, что специалистами у нас становятся годам к сорока, а детей рожают значительно раньше. Т.о. вышеупомянутые специалисты сами памперсами никогда не пользовались и определенного мнения стараются не высказывать. Но у каждого человека, реально столкнувшегося с уходом за новорожденным именно сейчас, когда памперсы можно легко приобрести, имеется свое к ним отношение, и это отношение удивительно часто служит поводом для семейных конфликтов.

Интересен факт, с которым автору приходится сталкиваться неоднократно: бабушки памперсы, как правило, не любят, а вот прабабушки относятся к ним очень даже благосклонно. И этому, странному на первый взгляд, явлению есть довольно простое объяснение, уходящее своими корнями в специфические психологические законы.

Бабушкина логика проста, но признаться в ней сложно. Мол, если я стояла, простите, попой вверх, и с утра до ночи стирала, то неплохо и тебе девочка испытать, каково это мне было тебя растить. А ты, цаца, хочешь и дитя вырастить и не стирать, и не гладить с утра до ночи? Очевидно, что в отношении внуков (внучек) подобной логики чаще всего не наблюдается оттого и настроены прабабушки более мирно.

Особую угрозу распространению памперсов представляют бабушки-врачи. Они пишут про развитие какого-то особого «парного эффекта», про то, что яичкам очень нужен холод, а повышенная температура им (яичкам) противопоказана (дедушки-врачи про это не пишут), договорились (дописались) уже до того, что использование памперсов приводит к бесплодию. Откуда наши врачи взяли эту информацию не ясно. Но всегда приятно обвинить заморские памперсы в наших местных проблемах, особенно учитывая тот факт, что не менее 15% супружеских пар являются бесплодными. Заметьте: по поводу «парного эффекта» от четырех пеленок на ребенке и двух обогревателях в детской комнате никто и ничего не пишет.

Суть и идеология памперсов состоят в следующем:

Памперс не нужен ребенку! Памперс нужен матери ребенка!

Уход за кожей младенца прекрасно может быть осуществлен при использовании обычных марлевых подгузников. Но ведь совершенно однозначен тот факт, что, в первые 6 месяцев после родов, здоровью, отдыху и образу жизни матери должно уделяться внимания не меньше, чем уходу за ребенком. Памперсы один из способов решения этой задачи.

И, именно поэтому, с точки зрения автора, человек, придумавший памперсы, совершил подвиг. При наличии памперсов пеленки стираются по мере естественного загрязнения, что уменьшает их количество (и необходимое, и подлежащее стирке) в несколько раз. Если в Вашем присутствии кто-нибудь и когда-нибудь скажет, что памперсы это плохо (не гигиеничны, давят, способствуют раздражению кожи и т.п.), знайте, либо у этого человека была прислуга, которая занималась стиркой, либо он памперса никогда не видел в глаза. Запомните: *даже если по каким-то Вашим соображениям обычные марлевые подгузники лучше памперсов, то это может быть справедливым лишь по отношению к ребенку. По отношению к тем, кто за ребенком ухаживает, это однозначно и категорически неправильно*. Небольшие неудобства, доставленные ребенку, меньше отразятся на здоровье семьи в сравнении со многими часами, которые проведут его родители за стиркой и у гладильной доски.

В отношении памперсов есть лишь две действительно существующие проблемы – цена и умение ими пользоваться.

Первая проблема (изыскание средств) целиком зависит от Вас. Уверяю – все, что Вы сэкономите на собственноручной стирке, Вы же и потратите на восстановление здоровья. В этой книге мы не раз еще коснемся вещей, которых покупать не надо. Но на собственном здоровье не экономьте. Распространите среди своих друзей, родственников и сослуживцев лозунг: "Памперсы – лучший подарок!", и финансовые сложности решатся сами собой. Для тех, кто впервые отправляется на поиск памперсов, сообщаю, что они (памперсы) бывают универсальные, отдельно для мальчиков и для девочек, а также разных размеров в зависимости от веса ребенка. И вес и пол указаны на упаковке.

Теперь про **правила использования**.

– При стандартно-хорошей (с точки зрения среднего нашего человека) температуре в детской комнате – а это 24-25°C – ребенок в памперсе будет страдать. Неминуемы опрелости, раздражение кожи под памперсом. Несложно понять, что памперсы являются уникальным барометром, позволяющим с уверенностью ответить на вопрос: перегрели Вы ребенка или нет? При нормальном температурном режиме покрытый памперсом участок тела по цвету не отличается от остальных. А если отличается, то это не памперс виноват, а любящие родственники. Правила понятны – поддерживать должный температурный режим, а если это невозможно (июльская жара) памперсы не использовать вообще или использовать эпизодически, – например, только в ночное время.

– *Все хорошее должно иметь свое начало и свой конец.* Еще раз подчеркиваю: памперс – это для мамы! Если после родов Вы силы восстановили, если чувствуете себя неплохо, если имеете, в конце концов, стиральную машину автомат – не увлекайтесь.

– *Не используйте памперс в то время, когда ребенок не спит.* Поскольку по мере взросления спит ребенок все меньше и меньше, то и продолжительность общения с памперсом все время должна уменьшаться.

– Особая осторожность необходима если ребенок заболел и у него высокая температура – ведь памперс покрывает около 30% поверхности тела и препятствует отдаче тепла. *Поэтому при температуре тела выше 38°C памперс лучше не использовать.*

Таким образом, необходимое количество пеленок и подгузников зависит от того, как будет решен вопрос с памперсами. Бессмысленно говорить о том, сколько их (пеленок и подгузников) надо. Цифра определяется, прежде всего, Вашим финансовым положением. Ясно ведь, что иметь возможность стирать не каждый день – очень хорошо, но для этого необходимы запасы (по крайней мере тонких пеленок должно быть никак не меньше 20, а пеленок потолще – 10-12).

РАСПАШОНКИ и ПОЛЗУНКИ – заменители пеленок. В сочетании с пеленками они нужны для того, чтобы, с точки зрения родителей, ребенок был больше похож на человека. Никакой естественной потребности в них нет, по крайней мере, для новорожденного. Возможно, что от дополнительной стирки распашонок и ползунков кто-то и получает

удовольствие, но мне таковых встречать не приходилось. Спать вполне можно в пеленках, а распашонки и ползунки понадобятся позже – тогда, когда малыш в промежутках между кормлениями захочет подрыгать ногами, а температура воздуха в комнате (ниже 18°) не позволит держать его совсем голеньким.

Автор не имеет ничего против ползунков и распашонок, автор против сочетания их с пеленками. Надо выбрать что-то одно и, вполне возможно, что полный отказ от пеленок более рационален.

С момента рождения ребенка одевают, используя распашонки и ползунки. И в этом нет ничего плохого, поскольку стирка и сушка занимают меньше времени и сил, движения младенца ничем не ограничены, нет угрозы, что среди ночи он распеленается в прохладной комнате.

Отказ от пеленок позволяет использовать мужчин для одевания (раздевания) малыша. Многолетний опыт показывает, что отец, освоивший искусство пеленания, должен быть занесен в Красную книгу. Что же касается распашонок и ползунков, то мужчины, в силу своей природной сообразительности, очень быстро догадываются, куда надо засовывать ноги, куда – руки и куда – голову.

Утверждения о том, что без пеленок дитя хуже спит, дрыгается и само себя будит, довольно далеки от истины. Так говорит тот, кто после трех месяцев пеленания попытался уложить ребенка спать без пеленок. Еще один довод сторонников пеленок – необходимость тугого пеленания для обеспечения ровности ног. Это печальное заблуждение, никакой научной почвы под собой не имеющее. Ровность ног зависит от наследственности, рационального питания и своевременной профилактики рахита путем назначения витамина Д. И я не припомню такого случая, чтобы кривую ногу сделали ровной, туго ее обмотав.

Поэтому будьте последовательны и осуществляйте выбор (либо пеленки, либо распашонки и ползунки) сразу же после возвращения из роддома. С точки зрения здоровья, этот выбор не принципиален. Решайте сами – что проще, что удобнее, что дешевле. Лично я советую Вам ориентироваться на время года. Если ребенок "летний" (родившийся летом) и в комнате тепло (выше 20°), лучше сразу от пеленок отказаться. Ну, а "зимнему" будет в пеленках поуютнее.

ШАПОЧКА. При температуре выше 18° (не нужна вообще). Понадобится обязательно для прогулок в холодное время года и после купания. Многочисленные разговоры о необходимости беречь уши являются исключительно разговорами, никакой логической основы под собой не имеющими. Ясно ведь, что, коль скоро ушная раковина и слуховой проход постоянно защищены от воздействий перепадов температуры, влаги и влияния движущегося воздуха (того же сквозняка), то первый же контакт с водой и ветерком закончится какой-нибудь болячкой – отитом (воспалением уха), например.

* * *

По мере роста ребенка количественный и качественный состав одежды будет существенно меняться, но главное все-таки – это одежда в первые месяцы жизни. Нельзя предугадать все, что может понадобиться. В июле шестимесячному ребенку вполне хватит маечки и трусов, а в феврале уже понадобятся шубка и ползунки. Для нас с Вами важно понять ПРИНЦИПЫ ОДЕВАНИЯ, а ответить на остальные вопросы любой здравомыслящий человек вполне сможет самостоятельно.

Главный принцип мы уже изложили, но для надежности повторим еще раз – **лучше переохладить, чем перегреть.**

Далее: **лучше накрыть, чем закутать.**

Объясню: если ребенок спит в детской комнате, Вы запеленаете его при помощи всего двух предметов одежды: подгузника (памперса) и тонкой пеленки. Всем остальным: более теплой пеленкой, полотенцем, одеялом – его нужно будет прикрыть (рис. 1). Но родителям всегда непонятно, – сколько же надо всего остального? Как определить, холодно ребенку или

жарко?

Наиболее весомый критерий – внешний вид кожи, которая должна быть бледно-розовой. Красная – значит, перегрели, и в следующий раз необходимо использовать меньше одежды (в меньшее количество закутывать, меньшим количеством накрывать). Особенность здорового ребенка состоит в том, что на холод он очень бурно реагирует – громко кричит, двигается. Если Вы запеленали ребенка и он спокойно уснул, ни о каком холоде речь идти просто не может. Но коль скоро Вам очень страшно за него, накройте лишней пеленкой, только не нервничайте.

Одежда всегда имеет меньшее значение по сравнению с температурой воздуха в комнате .

При температуре ниже 18(перегреть ребенка практически невозможно – как бы Вы его ни кутали, лишнее тепло уйдет в процессе дыхания.

При температуре от 18 до 22(– одной-двух пеленок и подгузника вполне достаточно.

При температуре выше 22(здоровый ребенок не замерзнет вообще, а вот перегреть его легко.

Очень много заблуждений существует по поводу того, какой должна быть температура кожи малыша – не та температура, что показывает термометр, а на ощупь – ручки, ножки, нос, уши и т.д. **Совершенно неправильно, когда прохладные и бледные пятки рассматриваются в качестве угрозы здоровью или как признак болезни!**

В любом теплокровном организме, как мы уже выяснили, постоянно происходят два процесса – теплообразования и теплоотдачи.

В нормальном организме эти процессы находятся в состоянии равновесия, которое составляет порядка 36,4 – 36,9(, однако возможны индивидуальные колебания (то есть бывают люди – и дети, и взрослые – для которых вполне нормальна температура тела, скажем 36,3(или 37,2(.

Когда в помещении, где находится ребенок, прохладно, а ребенок здоров, его организм реагирует совершенно определенным образом – уменьшает потери тепла. Достигается это довольно легко – сокращаются сосуды кожи, уменьшается интенсивность циркуляции в них крови и, таким образом, уменьшается теплоотдача. Кожа при этом прохладная на ощупь, что свидетельствует о нормальной терморегуляции.

Если в комнате 18(, а у голенького ребенка розовые и теплые пятки – значит, Вы его уже успели испортить – он не умеет сохранять тепло, а, следовательно, может быстро переохладиться и заболеть.

1.4.3. СТИРКА

Прежде всего, не ищите сами себе работу – если капля мочи попала на краешек простыни, то в этом нет ничего особенно страшного. Сполосните проточной водой упомянутый краешек, а постираете, когда это действительно понадобится.

Интенсивность и частота стирки зависит от кожи ребенка – если повреждений нет, то и в повышенном рвении нет необходимости. В любом случае **нельзя стирать детские вещи вместе с взрослыми и использовать стиральные порошки.**

Необходимо иметь специальную посуду (ведро, кастрюлю) для детских вещей, подлежащих стирке. В обязательном порядке подлежат кипячению предметы одежды, испачканные каловыми массами (на русском языке они называются закаканными). Надлежит использовать обычное хозяйственное мыло, но первоочередное внимание должно уделяться тщательному полосканию. При наличии у ребенка опрелостей (повреждений в паховых складках) любой контакт кожи с мочой очень вреден и приходится активно удалять с одежды остатки мочи, подвергая все кипячению. Обязательное проглаживание не является таким уж обязательным при здоровой коже, но в первый месяц жизни малыша и при любых болезнях

обойтись без него (проглаживания) нельзя. В целом, если ребенок здоров, то проглаживание одежды необходимо для удовлетворения потребностей взрослых в красоте.

1.4.4. СОН

1.4.4.1. ПОДГОТОВКА ПОСТЕЛИ

Матрац должен быть относительно плотным и, разумеется, ровным.

Возможные варианты действий (если купленный матрац указанным требованиям не удовлетворяет):

1. Прямоугольный лист поролона толщиной 2-3 см.
2. Сложенное, в соответствии с размерами кровати, одеяло, покрывало и т.п. (толщина та же – 2-3 см).

Подготовленный матрац необходимо вложить в большой полиэтиленовый пакет. Обратите внимание – именно вложить в пакет, а не прикрыть сверху клеенкой или полиэтиленовой пленкой. Как бы плотно Вы ни накрыли, рано или поздно матрац станет мокрым (дети удивительно изобретательны).

Вам, конечно, очень хочется, чтобы кровать ребенка была похожа на Вашу, чтоб на матраце лежала, например, беленькая и чистенькая простынка. Даже при наличии памперса ребенок будет иметь неограниченные возможности эту простынку запачкать – младенцы обоих полов имеют тенденцию "пускать слюни" и срыгивать. Что же касается мальчиков, то в их способностях мочиться самыми разнообразными способами и в самый неподходящий момент Вы не раз убедитесь. Поэтому лучше использовать не простыни, а тонкие пеленки, которые в 2-3 раза меньше по размеру, а, следовательно, в 2-3 раза легче стираются, выкручиваются и высушиваются.

Еще раз подчеркнем, что никакие подушки не нужны, включая положенные под голову ребенка пеленки.

1.4.4.2. КАК СПАТЬ?

Оптимально – на животе или на боку. Голова повернута в сторону, и сторону эту необходимо каждый раз менять. Некоторые дети лучше всего спят в среднем положении – между на боку и на животе – с подложенной под бочок и сложенной в несколько раз пеленкой.

Дети, особенно первого полугодия жизни, склонны к срыгиваниям, а в положении на спине это очень(!) опасно. Малыш, с момента рождения спящий на животе, раньше начинает держать головку; во время движений дополнительно массирует сам себе живот, у него легче отходят газы. При плотном матраце и отсутствии подушки всякие разговоры о возможности задохнуться просто бессмысленны. Несправедливо и утверждение о том, что без подушки лежащий на боку ребенок свернет себе шею. Если обмотать его десятком пеленок, может, и свернет, а если пеленок одна-две – никогда.

В отношении сна на животе все не слишком однозначно. В медицинской литературе неоднократно описан так называемый «синдром внезапной смерти младенца». Суть этого страшного и совсем нередкого явления состоит в следующем. Здоровый ребенок умирает во время сна и на вскрытии никаких признаков болезни не обнаруживается.

До настоящего времени медицинская наука не в состоянии однозначно ответить на вопрос – из-за чего это происходит. Первопричина – внезапная остановка дыхания, а вот почему дыхание останавливается?.. Статистика лишь указывает на факторы увеличивающие вероятность развития синдрома, но сами механизмы не ясны совершенно. Чаще мальчики, чаще в возрасте 2-3 месяца, чаще зимой. Неблагоприятные факторы: недоношенность,

ребенок из двойни, мама моложе 18 лет, меньше года интервал между беременностями, курение матери.

В последнее время, в список неблагоприятных факторов, стали включать и сон на животе. Не могу об этом не написать, поскольку являюсь сторонником сна именно на животе.

Следует знать, что в ответ на сжимание ноздрей очень многие малыши, особенно в первые 3 месяца жизни, не пытаются освободиться и у них возникает остановка дыхания на 10-15 секунд. Неудивительно, что сжиманию ноздрей могут способствовать подушка и мягкий матрас. Кроме этого, самый незначительный насморк в сочетании с температурой в комнате выше 23(приводит к образованию плотных корочек слизи, которые, в свою очередь, перекрывают носовые ходы и приводят к остановке дыхания.

Убедить людей в том, что недопустимы подушки, недопустимы мягкие матрасы (а ведь именно мягкими да еще и кривыми матрасами сплошь и рядом комплектуются детские кроватки!) очень сложно. Убедить людей в том, что ребенку нельзя спать в комнате с теплым и сухим воздухом – еще сложнее. Проще написать в средствах массовой информации о том, что сон на животе увеличивает вероятность синдрома внезапной смерти.

1.4.4.3. СКОЛЬКО СПАТЬ?

Здоровый ребенок сам знает, сколько ему необходимо спать . Никогда не мешайте ему расти и отдыхать – именно этим он во сне и занимается. Когда придет пора для других дел – еды, например, – малыш Вам об этом решительно напомнит.

1.4.4.4. УКАЧИВАНИЕ

У детей очень слабый вестибулярный аппарат (орган равновесия). При качании быстро возникает ощущение головокружения, а в некоторых случаях ребенок просто теряет сознание. На народном языке это называется "укачали". Малыша привыкшего к качанию отучить исключительно сложно. Поэтому очень важно не начинать, поскольку укачивание, мягко выражаясь, не очень полезно для ребенка и не очень приятно для родителей.

1.4.5 ПУПОК

Именно пупочная ранка принципиально отличает новорожденного от детей постарше. Из-за риска инфицирования до ее заживления нежелательна общая ванна, вообще нежелательно, чтобы в незаживший пупок попадала вода. При выписке из роддома в обычные сроки (пятый – седьмой день) полностью зажить пупочная ранка не успевает. Традиционно принято обрабатывать пупок раствором бриллиантового зеленого (зеленкой). И делать это надо ежедневно, до тех пор, пока ранка не станет полностью сухой. Никогда не ковыряйтесь в детском пупке спичкой, обмотанной ватой. Возьмите пипетку и капните в пупок 1-2 капли зеленки, после чего подождите, пока высохнет. Если имеются небольшие кровянистые выделения, приложите на пару минут ватный тампон, смоченный перекисью водорода (перед тем, как капать зеленку).

Пупок новорожденного может стать причиной некоторых болезней, которые, к счастью, довольно редки. Тем не менее, родители должны знать ситуации, при которых только врач способен к принятию адекватных решений: кровотечение или выделение гноя из пупочной ранки, краснота кожи вокруг пупка, пупок, мокнувший более трех недель после рождения. У очень многих детей первого года жизни имеется пупочная грыжа (выпячивание в области пупка, появляющееся чаще всего при крике). В подавляющем большинстве случаев она не представляет никакой опасности, не требует никакого лечения и проходит

сама.

1.4.6. КОЖА

Детская кожа очень нежна и весьма склонна к возникновению всевозможных болячек.

Главная и наиболее частая причина повреждения кожи у маленьких детей – нарушение температурного режима (перегрев).

Поэтому помощь и профилактика сводятся к достаточно простым действиям, которые заключаются в:

- оптимизации температурного режима и предотвращении перегрева;
- обработке поврежденных участков кожи;
- купании.

Изменения на коже, с медицинских позиций, очень разнообразны и имеют огромное количество всевозможных названий.

Родителям надо знать, что поврежденный участок кожи может быть либо мокрым (выделения тканевой жидкости), либо сухим (трещины).

Основной принцип обработки – сушить мокрое (присыпки) и увлажнять сухое (масла).

Любая(!) одежда препятствует восстановлению целостности кожи, поэтому необходимо максимально использовать любую возможность подержать малыша голеньким.

Не стоит обрабатывать зеленкой (йодом, марганцовкой, синькой и т.п.) первый же попавшийся Вам детский прыщ. После того, как Вы удовлетворите свои малярные наклонности, ни один профессор не разберет, что там было на самом деле.

Обязательно следите за НОГТЯМИ – и детскими, и своими. Выделите для ребенка специальные ножницы. Не надо особенно переживать, что Вы ему не так и не то отрежете. Но, если уж очень страшно, то, хотя бы в первый раз, попросите более старших, более опытных и менее нервных товарищей (прекрасный повод для бабушки проявить себя). Помните 2 правила:

1. Лучше стричь чаще, но не очень коротко;
2. На ручках – по кругу, на ножках – ровно.

Все процедуры, имеющие отношение к уходу за здоровой кожей, необходимы один раз в день – после купания.

1.4.7. КУПАНИЕ

В этом процессе можно выделить два направления – эпизодическая обработка ребенка после того, как он удовлетворит свои естественные потребности, и гигиеническая ванна.

Общие ванны возможны только после полного заживления пупка.

Кипяченая вода при здоровой коже не нужна. Для обработки ребенка, запачкавшего себя и пеленки, всегда оптимальна проточная вода температурой 34-37 (вполне допустимо прямо из крана, особенно если в Вашей квартире есть такой кран, а в нем есть вода. Еще раз подчеркиваю: следите, чтобы вода не попадала в незаживший пупок.

При нормальных условиях существования новорожденного – чистый прохладный воздух, недопущение перегрева, обусловленного избытком одежды, – пупочная ранка при должном уходе полностью заживает на 10-14 день жизни. До этого момента общие ванны ребенку не нужны. Гигиена тела поддерживается обработкой кожи ребенка мягкой губкой, смоченной теплой водой. При отсутствии перегрева выделения кожи незначительны, и первые две недели жизни без мыла вообще можно обойтись. Если же такая необходимость возникла, – только "Детское" и тщательно смывать.

После мытья – не вытирать, а промокать!

Необходимо отметить, что, *правильно организованное купание, представляет собой*

один из наиболее действенных способов сохранения здоровья ребенка.

Именно поэтому мы выделим купание и комплекс связанных с ним вопросов в отдельную главу.

1.4.8. ГУЛЯНИЕ

Какой бы замечательной ни была детская комната, малышу все-таки необходим свежий воздух и чем больше, тем лучше, потому что это для него совершенно естественно.

Всегда следует стремиться к тому, чтобы ребенку было выделено (найдено) место, где он будет гулять. В принципе идеален балкон, если Вы живете в городе или определенное место во дворе, если Вы имеете свой дом. Наиболее сложна ситуация, когда нет ни того, ни другого: любая прогулка требует постоянного присутствия возле ребенка взрослых, которые имеют и другие дела (стирка, уборка, сон, приготовление еды и т.п.).

Для начала давайте рассмотрим наиболее стандартную, а, значит, наиболее часто встречающуюся ситуацию.

Итак, ребенок живет с родителями в обычной квартире многоэтажного жилого дома. Еще до прихода из роддома балкон должен быть подготовлен к гулянию – очищен от хлама, неплохо, если застеклен, но это совсем не обязательно. На балконе мы поставим коляску, в ней дитя и будет спать.

Совершенно не рациональна ситуация, когда при наличии балкона совершаются героические усилия по вытаскиванию коляски на улицу, а потом затаскиванию ее обратно.

Прогулки мамы, заключающиеся в перекачивании коляски с одной улицы на другую, ребенку не нужны. Я прекрасно понимаю, что Вам очень хочется продемонстрировать соседкам и подругам новомодный домик на колесиках, но младенцу этого не понять. У мамы всегда есть куча дел и не будет ничего хорошего в том, что Вы вдоволь нагуляетесь, а пришедший с работы папа будет рыскать по кухне в поисках съестного. К тому же, совсем не обязательно, чтобы на ребенка чихали прохожие и летела грязь из-под колес.

Любое катание по улицам должно быть обусловлено необходимостью: нет помощников, а надобно посетить магазин или молочную кухню, пришло время побывать в поликлинике, вечером хочется погулять вместе с мужем и отдохнуть от домашней суеты, нет балкона, в конце концов.

Чем раньше Вы начнете приучать ребенка к пребыванию на свежем воздухе, тем лучше. Уже на 10-й день жизни можно посидеть с ним на балконе минут 15-20. На следующий день – 2 раза по полчаса и, постепенно увеличивая частоту и длительность гуляний, к месячному возрасту сделать так, чтобы ребенок проводил на балконе весь день.

Проснулся, покормили – гулять. Занесли, покормили – гулять и так далее. На балконе ребенок всегда лучше спит и ест после этого с большим аппетитом. И совершенно непонятно, почему гулять надо 1 или 2 раза в день.

Особый вопрос – погодные условия. При нормальной одежде и защите ребенка от ветра здоровый малыш вполне прилично себя чувствует и при отрицательной температуре. Вот правило, удобное для запоминания: на каждый месяц жизни минус 5(, но не ниже 15(. Перевозу: в возрасте 1-2 месяца температура не должна быть ниже минус 5(, в 2-3 месяца – ниже минус 10(и т.д.

Все приведенные цифры и сроки очень и очень условны. При адекватной одежде диапазон температур чрезвычайно широк, а время просто не ограничено.

По большому счету, холод создает заметно меньшее количество проблем с гулянием, в сравнении с теплом (помните, мы еще в главе «Беременность» ратовали за то, чтобы ребенок родился осенью). Летом, в жару, особенно если балкон на солнечной стороне, гулять вообще невозможно и следует искать наиболее прохладное место в доме или во дворе.

Родителей всегда волнует, как одевать малыша, собирающегося на прогулку. Ответить на этот вопрос можно только после того, как Вы вернетесь. Если ребенок потный и красный, обязательно уменьшите в следующий раз количество одежды. Каждое дитя по-своему

реагирует на гуляние и дать универсальные рекомендации практически невозможно. Будет вполне объяснимо, если в первый раз Вы переусердствуете с одеждой. Главное, чтобы потом Вы сделали правильные выводы. Обычно, если ребенку жарко, он капризничает и его быстро приходится заносить в дом. Холодно бывает исключительно редко – взрослые холодом настолько запуганы, что не допускают этого никогда. Я, по крайней мере, ни разу не сталкивался с замерзшим ребенком. Но детей, удивительно напоминавших вареных раков, видел многократно.

На балконе ребенок, как правило, спит на боку. Важно при этом так расположить коляску, чтобы Вы видели его личико через оконное стекло, не выскакивая на балкон.

В описанном режиме гуляния заинтересован не только ребенок, но и его родители. Никогда больше такого "золотого" времени у Вас не будет. Первые 3-4 месяца жизни младенец спокойно спит на балконе большую часть дня, позволяя матери нормально отдохнуть и привести в порядок детские вещи, квартиру и себя.

Само собой разумеется, что по мере роста ребенка гуляние будет представлять все большую проблему, требуя времени и внимания.

Но **главные принципы гуляния** останутся пожизненными:

- *соответствие одежды и температуры;*
- *ребенку легче согреться, двигаясь, а не одеваясь!*
- *если говорит, что жарко – поверьте и помогите.*

1.4.9. МАНИПУЛЯЦИИ С МЛАДЕНЦЕМ

В большинстве случаев обращение с ребенком (особенно новорожденным) напоминает обращение с фарфоровой чашкой древнекитайского производства. Боязнь чего-нибудь там поломать, вывихнуть, растянуть (варианты – искалечить, разбить, повредить) настолько сильна, что многие мужчины к детям не прикасаются вообще, а матери, особенно молодые, испытывают подколенную дрожь при необходимости перенести ребенка из кровати на пеленальный столик.

В целом, единственное, что с ребенком делать нельзя категорически, так это его ронять. Почти все другие манипуляции он выдерживает вполне спокойно. Но заниматься этими манипуляциями необходимо, начиная с периода новорожденности, а не перед школой.

Родители должны четко осознавать тот факт, что падения и ушибы встречаются в детской жизни не реже, чем простудные заболевания. И руки, и ноги, и шея, и... все остальное нуждаются в тренировке.

Точнее, не столько в тренировке, сколько в бездействии. Природа (опять она, родимая) вполне подготовила Ваше дитя к тому, чтобы Вы скакали по деревьям, а оно при этом держалось за Вашу шкуру. С момента рождения у ребенка прекрасно выражен так называемый хватательный рефлекс: вложите в ладошку малыша Ваш палец, и он схватится за него. Нередко можно поднять руки, и дитя будет само висеть. Совсем не держать Вы, разумеется, побоитесь, поэтому используйте указательный и большой пальцы (сначала большой в обе ручки, а, когда схватится, придерживайте указательным). Это не "фокусы" и не "издевательство". Именно так можно и нужно переносить ребенка, вначале, желательно, на небольшие расстояния, а затем сами увидите, как это ему нравится. Заплакал. Необходимо перепеленать. Приготовьте все на столике, разденьте ребенка в кровати, дайте ему схватить Ваши руки и спокойно перенесите. Новорожденного можно взять за ножки и перевернуть вниз головой – тоже ничего страшного. Некоторые варианты действий показаны на рисунках.

Поверьте доктору, пожалуйста!

Глупо недооценивать ребенка, а вот с собственным страхом бороться надо. Бороться со страхом, чтобы потом бояться меньше, хотя поводов, скорее всего, будет больше.

1.5. КОРМЛЕНИЕ

«Человек живет не тем, что он съедает, а тем, что переваривает. Положение это одинаково справедливо относится к уму, как и к телу.»

Бенджамин Франклин

Актуальность этой главы вполне очевидна и не требует, по-видимому, подробной аргументации. Кормлению придается настолько огромное значение, что нет в жизни ребенка процесса, даже приблизительно сравнимого с едой по количеству рекомендаций, предрассудков и, разумеется, ошибок.

С точки зрения законов Природы, еда должна обеспечить организм необходимыми питательными веществами. Если взрослому питательные вещества необходимы для того, чтобы поддерживать нормальное существование, то ребенку нормального существования мало. Он (ребенок) должен расти и развиваться, а, следовательно, правильное питание для него заметно важнее, в сравнении, например, с питанием его родителей. Абсолютно все взрослые это понимают. И реализуют в своих семьях принцип "все лучшее – детям", но... То, что любящие родители считают лучшим, очень часто оказывается не только не нужным, но и вредным.

Поэтому давайте придерживаться здравого смысла, чтобы не вредить и разобраться с терминами "лучше", "хуже", "хорошо", "плохо", "полезно", "вредно" и т.п.

Ребенок должен питаться теми продуктами, которые являются для него наиболее естественными в соответствующем возрасте.

И, наверняка, отсутствует надобность доказывать кому-либо, что нет и не может быть для новорожденного ребенка продукта более ценного (естественного), чем материнское молоко. Неудивительно, что вскармливание младенца молоком матери так и называется – естественным.

Следует заметить, что сотни страниц, посвященных преимуществам естественного вскармливания, в целом не приводят к каким-либо существенным результатам и некоторым образом напоминают борьбу с курением – все знают о вреде курения, но курят миллионы. Тем не менее, приведем лишь самые главные аргументы, доказывающие, что естественное вскармливание – это хорошо.

1. Молоко матери всегда:
 - оптимальная температура еды;
 - идеальная чистота еды;
 - дополнительные вещества, помогающие ребенку переваривать пищу;
 - вещества, помогающие ребенку бороться с инфекциями и защищающие его от них.
2. Материнское молоко – это значительная экономия финансовых ресурсов семьи: молочные смеси, особенно хорошие, обходятся совсем недешево.
3. Естественное вскармливание – экономия времени. Покормить грудью легче и быстрее, чем купить, прокипятить, насыпать, нагреть, перемешать, остудить, помыть, прокипятить, насыпать и т.д. по замкнутому кругу почти до бесконечности.
4. При кормлении материнским молоком практически невозможно заболеть кишечной инфекцией (ребенку, разумеется). А вот обеспечить идеальную чистоту во время приготовления и хранения молочных смесей, особенно в жаркое время года, не всегда удается. О прелестях инфекционной больницы надо ли рассказывать?
5. Еда для ребенка всегда с собой, где бы Вы ни были.
6. Состав молока изменяется с течением времени, идеально соответствуя потребностям младенца в соответствующем возрасте.
7. Скептически относясь к преимуществам естественного вскармливания, Вы даже приблизительно не представляете себе, какое количество проблем может возникнуть, если у ребенка будет непереносимость коровьего молока. О том, сколько стоит вырастить такое

дитя (денег, прежде всего, о нервах я уже и не говорю), просто страшно подумать.

8. Ребенок, которого Вы кормите грудью, очень быстро докажет Вам, что Вы настоящая женщина. Ни один мужчина, каким бы Казановой он ни был, этого сделать не в состоянии.

Отсутствие у матери молока давно уже перестало быть трагедией. Миллионы детей благополучно выросли и узнали, что такое женская грудь, будучи уже взрослыми. С одной стороны, это хорошо, с другой – очень плохо. Плохо потому, что молодая мама не воспринимает отсутствие или нехватку молока, как несчастье, совсем этого не боится и не прикладывает серьезных усилий для того, чтобы молоко сохранить. Опять-таки потому, что знает – миллионы благополучно выросли...

Необходимо, тем не менее, помнить и понимать: *сохранить ребенку здоровье при естественном вскармливании гораздо легче. Из этого, конечно, не следует, что без материнского молока малыш непременно будет болеть. Но дополнительные сложности возникнут обязательно.*

1.5.1. ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Вопрос о том, будет у мамы молоко или не будет, как правило, не стоит. Молоко есть всегда и у всех, но вот его количество не всех детей устраивает.

К сожалению, существует фактор, определяющий количество молока и совершенно не поддающийся влиянию лекарств, диет и образа жизни – генетическая предрасположенность. То есть, количество образующихся в организме матери гормонов, стимулирующих продукцию молока, зависит от наследственности. Но если Ваша мама выкормила Вас грудью, то Вы просто обязаны своего ребенка кормить, поскольку оправдать собственную лень ссылками на плохую наследственность в этом случае Вам не удастся.

На количество молока, помимо генетической предрасположенности, влияют: состояние нервной системы матери, точнее, количество отрицательных эмоций, образ жизни (сон, двигательная активность, усталость от домашних дел) и характер питания.

Не нервничать матери, по вполне понятным причинам, очень трудно. Но образом жизни вполне можно управлять. Он должен быть организован таким образом, чтобы свести к минимуму количество ненужных и неприятных действий – чем меньше времени Вы будете проводить на кухне, за стиркой и возле гладильной доски тем лучше будет Вам, а, значит, Вашему ребенку. *Женщина не может нормально кормить грудью, если не имеет возможности выспаться, отдохнуть и заниматься еще какими-нибудь делами, непосредственно с ребенком не связанными (папой, например).*

В целом, содержимое предыдущего абзаца является ключевым для понимания основного принципа адекватного воспитания: **ребенок с момента рождения – член семьи. И ни в коем случае нельзя внимание и любовь к ребенку доводить до такой степени, чтобы от этого другим членам семьи было плохо.** Необходимо искать золотую середину. Потому что, вскакивая по ночам к любимому и долгожданному малышу каждые 5 минут, Вы, в конце концов, лишите его молока. А менее любимый и менее долгожданный (на первый взгляд) будет еще долго получать удовольствие от наиболее естественной близости любимой мамочки – ведь именно таковой и является кормление грудью.

В дальнейшем мы попытаемся более подробно рассказать о том, как сделать режим семьи оптимальным, чтобы всем было хорошо. А сейчас остановимся на вопросах, непосредственно связанных с естественным вскармливанием.

1.5.1.1. ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ

Прежде всего, посоветуем внимательно перечитать рекомендации по питанию в главе, посвященной беременности. Поверьте, количество объектов еды, абсолютно безопасных и

для матери и для ребенка, достаточно велико. Поэтому искренне призываю Вас поменьше экспериментировать. Чем меньше Вы употребите цитрусовых, какао (шоколада), кофе, клубники и других продуктов, принципиально опасных в плане аллергии, тем лучше будет младенцу. Вы же сами потом и пожалеете, когда после съеденной в двухлетнем возрасте шоколадки ребенок покроется сыпью и будет всю ночь чесаться.

Вы должны знать: практически все, что ест мама, в том или ином виде присутствует в молоке. Следует избегать продуктов, которые могут ухудшить вкусовые качества молока (соленое, кислое, острое) и его запах (чеснок). Некоторые продукты, например, бобовые и белокочанная капуста, плохо действуют на кишечник ребенка, иногда вызывая понос.

Чем выше жирность молока, тем больших усилий потребует его переваривание, тем тяжелее будет ребенку сосать, а матери сцеживать. Поэтому сознательно повышать жирность молока, поглощая в больших количествах жиры (сметана, свинина, масляные кремы и т.п.), не надо. Растительные жиры (подсолнечное и кукурузное масло) предпочтительнее, в сравнении с животными.

Если у Вас нет существенных проблем с собственным весом, то очень хорошо съесть вечером тарелку манной каши. Нужны овощи и фрукты (не менее 500 г в сутки), разнообразные и, желательно, в свежем, а не в консервированном виде. Вообще, чем меньше консервов съест кормящая мать, тем лучше.

Всегда следите за реакциями ребенка. Если сомневаетесь – можно съесть или нельзя – съешьте немножко. С ребенком все в порядке – не появилась сыпь, не изменились сон и стул – кушайте на здоровье.

Вопрос о том, надо ли много пить кормящей матери, до настоящего времени остается спорным. Огромное количество ученых утверждает, что увеличение объема выпитой жидкости не увеличивает количество молока, но не менее огромное количество матерей настаивает на обратном.

В конце концов, если молока хватает или оно остается, то Вы ничего не должны пить специально, против желания. Но в ситуации, когда количество молока ребенка не удовлетворяет, каждое кормление должно заканчиваться тем, что Вы, уложив малыша спать, отправляетесь на кухню, где Вас поджидает "сиротская" кружка объемом эдак в 0,3 – 0,5 л. Кстати, ночное кормление не должно представлять исключение, поэтому желательно приготовить заранее чай (компот) в термосе, дабы спросонок не суетиться понапрасну.

Оптимальные напитки:

- чай (зеленый лучше черного) с молоком, достаточно сладкий;
- компот из сухофруктов (курага, яблоки, изюм);
- соки (яблочный, виноградный, морковный), но в меру;
- коровье молоко и кисломолочные продукты. Молоко обязательно кипяченое или топленое.

Существует множество рекомендаций в отношении продуктов, увеличивающих количество молока (орехи, дрожжи, отвар крапивы, пиво и т.д.), а также лекарственных препаратов, обладающих аналогичным эффектом (никотиновая и глутаминовая кислоты, апилак, пирроксан). Но Вы ни в коем случае не должны переоценивать их значимости.

Поверьте, здоровый ребенок и спящая ночью мама, которая не нервничает и не дергается по мелочам, способствуют выработке достаточного количества молока в заметно большей степени, чем все продукты питания вместе взятые.

1.5.1.2. ОТДЕЛЬНО О ЖЕНСКОЙ ГРУДИ

Как кормить грудью? Удивительно интересный вопрос, ответ на который не менее удивительно прост.

Прежде всего, следует довести до сведения всех женщин, этим вопросом интересующихся, что в человеческой жизни существуют процессы, регулируемые инстинктом. Ребенка ведь никто не учил сосать – он это и так умеет. Природа предусмотрела

некоторые инстинктивные действия, требующие для своей реализации двух участников – кормление грудью и половой акт.

Можете ли Вы себе представить первую брачную ночь в окружении толпы наставников? С трудом, правда. Но большинство людей вполне благополучно справляются с задачей, руководствуясь инстинктом продолжения рода.

С кормлением грудью ситуация аналогичная, но мало кому удастся свои инстинкты спокойно реализовать. И неудивительно. Когда Вам подробнейшим образом расскажут о том, как кормить ребенка правильно – как сидеть (лежать), как поддерживать грудь, как вложить сосок в рот малыша, как следить за его носом, то, смею заверить, хоть что-нибудь Вы обязательно сделаете не так. А Учителя будут Вас терпеливо на путь истинный наставлять, давая десятки ценных указаний. И очень вероятно, что, в конце концов, Вы убедитесь в собственной неполноценности, и кормление грудью превратится в пытку и для Вас, и для ребенка.

Поэтому *первое и главное правило кормления грудью*, особенно актуальное в первые недели жизни малыша: ***во время кормления будьте вдвоем***.

Постарайтесь сделать так, чтобы Вам обоим было хорошо – хотите лежите, хотите сидите. Все и так получится, Вы только поменьше думайте о том, как правильно, а как – нет.

Есть, тем не менее, вещи, которые необходимо знать обязательно – на одних инстинктах далеко не уедешь. Человеческий организм устроен таким образом, что очень редко позволяет себе образовывать что-нибудь лишнее. Если в молочной железе после кормления ребенка остается молоко, то, по логике Природы, его много. Реакция организма, как правило, соответствующая – молоко вырабатывается в меньших количествах. А мы еще имеем привычку ставить Природу в тупик, не подпуская ребенка к материнской груди по 2-3 дня после рождения.

Поэтому следует начинать заниматься собственной грудью еще в роддоме, если Вы не имеете возможности заставить ребенка ею заниматься. Массаж железы и сцеживание молока – пути решения проблемы.

Не имеют значения размеры груди и ее плотность. Грудь может быть мягкой и небольшой, но молока будет вполне достаточно.

Не имеет значения форма соска, хотя и не все с этим согласятся. Каким бы плоским ни был сосок, при достаточно активном и продолжительном кормлении он приобретает нужную форму.

Не имеет значения внешний вид молока – не должно оно по цвету соответствовать коровьему!

Очень многое не имеет значения – не ищите в себе болячек и недостатков.

Теперь подробнее про сцеживание и массаж. И первым, и вторым, как правило приходится заниматься недолго – 3-4 недели после родов, а потом все нормализуется само собой.

Еще раз подчеркнем: массаж и сцеживание **необходимы**, если по каким-то причинам ребенка не приносят кормить после родов, и всегда после кормления. И будет очень хорошо, если еще в роддоме медработники или соседки по палате покажут Вам, как это надо делать.

В любом случае и сцеживанию, и массажу, и кормлению должна предшествовать гигиеническая обработка рук и груди. Забудьте, пожалуйста, про всякие спирты и будьте уверены – обычное "Детское мыло" – достаточно надежный антисептик. Только не надо мыло, во-первых, экономить, а, во-вторых, оставлять на груди – какое бы оно ни было детское, его вкус все-таки не особенно приятен. Само собой разумеется, что вначале следует мыть руки, а затем уже приниматься за грудь. Не только не нужно, но и опасно использовать мыло (тем более спиртовые растворы) для мытья груди перед каждым кормлением – мыло нейтрализует жир, а покрывающая кожу тонкая жировая пленка выполняет защитные функции. Поэтому мойте грудь с мылом один, максимум два раза в сутки, а в остальных случаях достаточно обмывания теплой водой.

Массаж груди несложен. Прежде всего, обратите внимание на то, что ткань железы

должна быть одинаковой плотности. Если вы нащупали участки уплотнения, то именно в этих местах массаж должен быть более интенсивным. Одной рукой поддерживайте грудь снизу, а четырьмя пальцами (кроме большого) другой руки круговыми движениями массируйте грудь, смещаясь от ребер к соску. Та рука, что снизу, тоже не должна бездействовать – техника аналогичная.

При наличии уплотнений делать акцент не на увеличение силы, а на удлинение времени массажа.

Массаж всегда предшествует сцеживанию. Очень полезно перед началом кормления провести непродолжительный массаж. Кстати, если Вам кажется, что молоко у Вас есть, а ребенку оно не достается (нередко так и бывает), прервите кормление, помассажуйте грудь и продолжайте.

Высокоэффективным устройством для осуществления массажа является папа, особенно если мама в состоянии его научить, а он испытывает желание учиться и умеет регулировать свою силу.

Занятия массажем и сцеживанием нужны даже тогда, когда молока в избытке. Не допустить появления уплотнений в железе – значит избежать ее воспаления (мастит).

В сцеживании участвуют, как правило, всего 2 пальца – большой и указательный. Осуществляя его, нежелательно сдавливать непосредственно сосок и очень важно правильно направлять усилия – от ткани железы к соску.

Сцеженное молоко может понадобиться, а может – и нет. Но его всегда желательно сохранить до следующего кормления. Поэтому сцеживайтесь в идеально чистую посуду (банку, чашку, пиалу), которую после окончания процедуры нужно плотно закрыть и поставить в холодильник. Сцеженным молоком ребенка можно докармливать в следующие кормления. При хранении в холодильнике менее 10-12 часов молоко в кипячении не нуждается – достаточно нагреть его до температуры тела.

Множество неудобств и неприятных ощущений могут доставить **трещины и ссадины сосков**, появление которых зависит от:

1. Особенности кожи кормящей матери;
2. Гигиены;
3. Активности ребенка.

Принципы профилактики:

– чистота груди;

– короткие ногти (сами поцарапаетесь во время сцеживания или массажа, а потом будете жаловаться подругам, что младенец Вас покусал);

– сосок должен быть сухим – остатки молока после кормления промокнуть ватой (марлей) или вытереть, но очень осторожно. Если молоко вытекает в промежутках между кормлениями, подложите в бюстгальтер чистую марлевую салфетку и старайтесь поменьше сдавливать грудь.

– никакой синтетики, контактирующей с соском;

– не позволяйте ребенку хватать только сосок, без околососкового кружка и не тащите с силой, если хотите прекратить кормление. Всегда можно улучшить момент, когда дитя расслабится и отдаст грудь без боя.

При появлении трещины принципы профилактики остаются неизменными, но к ним добавляются **принципы лечения** :

– лечением надо заниматься сразу, пока трещины небольшие;

– нельзя доводить ребенка до такой степени голода, чтобы он набрасывался на грудь.

Вполне резонно, кормить чаще обычного и не держать малыша возле груди больше 10 минут;

– поврежденная грудь больше, чем здоровая, нуждается в массаже и сцеживании;

– стараться побольше держать грудь открытой, в непосредственном контакте с воздухом (летом неплохо и на балкон выйти – лучше все-таки когда стемнеет).

Для обработки трещин и ссадин можно использовать масляный раствор витамина А (умное название – ретинол), облепиховое масло, аэрозоли, применяемые для лечения ожогов и не содержащие антибиотиков (ливиан, пантенол, винизоль), очень эффективен натрия уснинат (0,3%-й и 0,5%-й раствор в пихтовом масле), мази и желе, ускоряющие процессы заживления (солкосерил, актавегин).

Выбор препарата лучше осуществлять вместе с врачом; зависит он и от того, продолжаете Вы кормить поврежденной грудью или нет (каково на вкус то, что Вы наносите на грудь и можно ли отмыть, чтобы ребенку в рот оно не попадало).

Если появились признаки нагноения – бегом к врачу и без его санкции никаких таблеток!

В отношении необходимости массажа и сцеживания могут возникнуть вполне резонные, на первый взгляд, возражения. Ведь автор, с одной стороны, постоянно ссылается на мудрость Природы. С другой же стороны, близкие человеческие родственники – те же обезьяны, например, – ни сцеживанием, ни массажем не занимаются, а трещин сосков и других неприятностей, как правило, не имеют.

Процесс образования молока с точки зрения естественной – как в отношении человека, так и в отношении все тех же обезьян – исключительно сложен и имеет тесную связь с гормонами, состоянием психики и взаимоотношениями мать-дитя. По Природе ребенок и мать всегда(!) вместе. Нет никакой речи о стимуляции родов лекарственными препаратами (гормонами), о позднем прикладывании к груди. Да и нельзя забывать о том, что современная женская грудь довольно редко бывает открытой, как правило, фиксируется некоторыми предметами одежды. Сие, разумеется, весьма эротично, но неминуемо приводит к тому, что кровообращение в груди изменяется, кожа, и самой груди вообще и соска в частности, становится очень нежной. Ясно ведь, что предусмотрела Природа для предотвращения трещин сосков – с рождения соски открыты всем ветрам, и звери не носят бюстгалтеров.

Именно потому, что мы и без того во многом Природе мешаем, следует быть готовыми и к трещинам, и к тому, что, при оставшемся в груди небольшом количестве молока, сигнал головному мозгу на прекращение его (молока) образования может быть неоправданно сильным.

В то же время про логику и здравый смысл забывать нельзя. Если у женщины с грудью нет проблем так и сцеживаться не надо. Следует лишь поздравить мужа этой женщины, поскольку ему досталась жена, гормоны которой находятся в состоянии весьма устойчивого равновесия.

1.5.1.3. Основные правила естественного вскармливания

Правила эти очень просты. Для того чтобы их понять и реализовать на практике, совсем не обязательно иметь медицинское образование и огромный опыт, связанный, например, с выкармливанием пятерых детей. Вполне достаточно наличия хотя бы зачатков логического мышления.

Здоровый ребенок сам знает, когда ему пора есть.

С точки зрения Природы, малыш, находящийся на естественном вскармливании, не отделим от матери во времени и пространстве. Поэтому грудному ребенку совершенно несвойственно испытывать чувство голода. Следовательно, если, по Вашим расчетам, его пора кормить в 15.00, а он начал орать в 14.30, то не надо нервничать самой и заставлять нервничать малыша. Дайте ему грудь, и оба успокоятся.

Рекомендации про обязательный ночной перерыв в кормлении представляют собой один из наиболее радикальных способов борьбы с естественным вскармливанием.

В течение двух-трех ночей Вы вместо сна будете мужественно выслушивать детские вопли, в глубине души чувствуя себя прогрессивной, образованной и дисциплинированной. После этого Вы, скорее всего, поймете, что садизм не к лицу нормальной женщине. А если

не поймете, то, скорее всего, лишитесь молока. Я уже не говорю о том, что у Вашего не выпавшегося мужа могут возникнуть неприятности на работе.

Среди ночи грудной ребенок захотел есть. Это нормально. И всей семье будет лучше, если мама потратит 30 минут на кормление, после чего все члены семьи мирно продолжат сон.

Никогда не будите ребенка только потому, что ему, с Вашей точки зрения, пора принимать пищу.

Из этого правила есть **исключения:**

– не ему пора кормиться, а Вам пора кормить (*убегаете в институт сдавать экзамены, надо идти в поликлинику и т.д.*);

– дети с малым весом или плохо в весе набирающие, которым врач рекомендовал сокращение интервала между кормлениями;

трещины соска у матери (нельзя доводить младенца до чувства дикого голода).

Для ребенка первого месяца жизни оптимальный интервал между кормлениями ориентировочно равен трем часам. В дальнейшем это время увеличивается, причем увеличивает его сам ребенок – дольше спит. И не надо заучивать таблицы и вешать на стенку расписание кормлений. Здоровый малыш сам разберется. Нет ничего страшного в том, что в субботу он ел 6 раз, а в воскресенье 8. Но нельзя все-таки кормить ребенка с интервалом менее 2 часов. Если он проголодался раньше, значит, Вы ошиблись в предыдущее кормление (не докормили).

Для того, чтобы решить, **сколько времени необходимо держать ребенка возле груди**, следует ответить на достаточно простой вопрос: для чего он находится возле груди?

Если для того, чтобы есть, то *15-20 минут ему более чем достаточно*. Если для того, чтобы сосать, то и трех часов может оказаться мало. Решите сами для себя эту задачку, и все станет понятно. Только не морочьте голову окружающим. Коль скоро Вам очень приятен сам процесс якобы "кормления", то не надо рассказывать всем остальным про то, что он вяленький и слабенький. Но знайте: Ваши удовольствия закончатся тем, что ребенок будет чувствовать себя нормально исключительно на руках, благополучно сделав вяленькими и слабенькими всех членов семьи.

В конце концов, понаблюдайте: всегда видно – ребенок глотает или только сосет. Если не глотает, отправьте его спать в кровать.

Необходимо очень стараться, чтобы в течение одного кормления ребенок имел дело только с одной грудью.

Это пожелание, но не закон. Количество различных вариантов огромно. В одной груди мало молока, в другой много. Одна грудь здорова, на соске другой трещины. Один ребенок активен, другой лентяй. Если явно не наелся, то делать нечего – приходится давать вторую грудь. Но после кормления тщательно сцеживаться! Чтоб была такую же пустой, как и первая. После следующего кормления докормим сцеженным молоком, вполне возможно, что одной груди хватит.

Если наедается только из двух грудей и в обеих после этого молока не остается, то вполне резонно каждый раз использовать все имеющиеся источники еды. По мере того, как количество молока будет увеличиваться, рано или поздно сможете обходиться только одной грудью.

Очень и очень часто ребенок кричит при попытке забрать грудь не потому, что голодный, а потому, что возле мамочки теплее и уютнее. По крайней мере, если молоко в груди осталось, ребенок перестал глотать, но после отлучения от мамы разорался, то это уж точно "фокусы". Сразу же решите – кого Вы собираетесь воспитывать – нормального человека или фокусника.

Организм и поведение ребенка удивительно целесообразны. Ребенок никогда и ничего не будет делать вредного для себя (кричать, например). Но если в результате крика он сделает свое существование более комфортным, привычка решать проблемы голосом может

сохраниться на всю жизнь.

Ну, подумайте сами – может ли боль или чувство голода пройти только оттого, что Вы взяли ребенка на руки?!

Тем не менее, **любые связанные с криком и продолжительные эксперименты, направленные на воспитание младенца, желательно осуществлять в светлое время суток** .

1.5.1.4. ПУСТЫШКА

Очень интересная штука, позволяющая ребенку удовлетворять свой сосательный рефлекс и не мешать при этом маме. Штука, интересная, но совсем не обязательная – не хочет, и не надо, можно даже сказать так: не хочет, ну и очень хорошо.

Правила использования:

- содержать в чистоте, стерилизовать и хранить в специальной баночке;
- самим не облизывать и не рассказывать сказки про зверей, которые лижут своих детенышей и всю грязь слюной убивают. Звери, между прочим, не лежат в больницах, не курят, не глотают антибиотики, не жуют жвачек и не имеют дырок в зубах;
- пустышка, как правило, состоит из трех частей: резиновой соски без дырочки, кружочка, ограничивающего глубину погружения соски в рот, и пластмассового фиксатора. Внутренний конец фиксатора иногда выступает за кружочек и часто травмирует ребенка десны. Настоятельно рекомендую Вам фиксатор удалять.

Большинство современных педиатров не рекомендуют использование пустышек и в этом есть изрядная доля здравого смысла. В конце концов, суть сосания – поглощение материнского молока. Сознательно направляя с помощью пустышки силы ребенка в другом направлении, мы, невольно, уменьшаем интенсивность детских воздействий на сосок мамы. И это может оказаться решающим фактором в уменьшении количества молока. В то же время, пустышка – и это имеет место довольно часто – не оказывает никаких отрицательных воздействий ни на ребенка, ни на маму в целом, ни на количество молока в частности. Напротив, выраженность сосательного рефлекса у ребенка иногда бывает настолько сильной, что пустышка является единственным (кроме маминой груди, разумеется) средством обеспечения тишины в помещении. Вышеизложенное, тем не менее, позволяет сформулировать весьма **важное правило** : *при любых проблемах с количеством материнского молока применение пустышки не желательно.*

1.5.1.5. СОСКИ

Кормление из соски ребенка, находящегося на естественном вскармливании, необоснованно превращают в трагедию, утверждая, что достаточно младенцу несколько раз поест из бутылочки, и он, наверняка, бросит грудь.

Не вызывает сомнения, что вытекающее из бутылки молоко требует от ребенка заметно меньших усилий, чем активное сосание маминой груди. А грудной младенец – такой же человек, как мы все и, естественно, предпочитает избегать трудностей.

На самом деле *проблемы отказа от груди после использования соски не существует!* Сложность совершенно в другом – как добиться того, чтобы и соска и грудь требовали от ребенка одинаковых усилий?

Но преодолеть эту сложность легче, чем пытаться обойтись без соски вообще или кормить двухнедельного ребенка из ложечки.

Если в купленной Вами соске дырочка уже есть, то, скорее всего, соску эту придется выбросить. И совершенно не имеет значения, в какой стране эта соска сделана и сколько она стоит. По глубочайшему убеждению автора, самые лучшие соски выпускались и

продолжают выпускаться на территории бывшего Советского Союза. Имеются ввиду простые и дешевые соски, которые натягиваются на бутылочку с узким горлышком. Во-первых, обеспечивается стопроцентная герметичность, а, во-вторых, цена соски позволяет экспериментировать сколько угодно, без особого риска подорвать семейный бюджет.

Советы по приобретению соски и доведению ее до кондиции:

1. Если в соске дырочка уже есть, то вероятность того, что она окажется такой, как хотелось бы, не превышает 2% (1 соска из 50).

2. Надо добиться следующего: из перевернутой бутылочки жидкость не вытекает никак – ни мелкими каплями, ни крупными, ни струйкой, никак – и все. При надавливании на расширяющуюся часть соски содержимое бутылочки начинает вытекать частыми каплями.

3. Делается это следующим образом: верхушка соски прокалывается иглой, как это показано на рисунке. После этого с приложением значительных усилий, зависящих от качества резины, соску надо порвать. В результате, на верхушке соски образуется трещина, вследствие чего она (соска) удовлетворяет требованиям, которые изложены в пункте 2. Разогревать иглу не надо. Уверю, что, экспериментируя с диаметром иглы и размерами трещины, Вы за 2-3 попытки научитесь изготавливать прекрасные соски.

Следует иметь достаточный запас сосок готовых к употреблению. Хранить их в отдельной баночке – баночка для сосок и рядом банка для пустышек (обычная банка 0,5 л с пластмассовой крышкой).

Само собой разумеется, что и пустышки, и бутылочки, и соски требуют за собой ухода – регулярно мыть; перед тем, как давать, наливать и надевать, желателен ополаскиватель кипятком.

* * *

В завершение раздела, посвященного естественному вскармливанию, не могу не привести официальную информацию. Делаю это для того, чтобы, приступая к выяснению отношений с врачами, бабушками и соседями, Вы могли сослаться не на какого-то там врача Комаровского, а на официальное мнение Всемирной Организации Здравоохранения.

10 ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц.

2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить выработку молока, даже если они временно отделены от своих детей.

6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

1.5.2. СМЕШАННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Если грудного молока, несмотря на все Ваши усилия, не хватает, волей-неволей приходится давать ребенку что-то еще. Такое питание и называется **смешанным**. Если же молока у матери нет вообще, речь идет об **искусственном** вскармливании.

Для начала, цитата:

«...всякая попытка вскармливания ребенка молоком другого биологического вида является, по существу, экологической катастрофой для этого ребенка...» .

Современная промышленность и современная медицина позволяют если не устранить, то существенно уменьшить интенсивность катастрофических последствий. Как это осуществить на практике?

1.5.2.1. Что давать?

По логике вещей, ребенок должен получать продукт, который по своим свойствам будет максимально приближаться к женскому молоку. Такие продукты выпускаются в достаточном количестве (тысячи наименований и вариантов) и поступают в продажу под общим названием "адаптированные молочные смеси". Следует знать, что создатели любой молочной смеси пытаются, более или менее успешно, решить главную задачу: максимально приблизить ее (смеси) состав к грудному молоку.

В зависимости от того, насколько успешно решается эта задача, все выпускаемые смеси делятся на три основные категории: высокоадаптированные, менее адаптированные и частично адаптированные.

Примеры.

Высокоадаптированные молочные смеси:

«Аргем», «Нан», «Бона» – фирма «Нестле».

«Нутрилон» – фирма «Нутриция».

«Прехипп», «Хипп» – фирма «Хипп».

«Фрисолак» – фирма «Фрисо».

«Пулева-1» – фирма «Эббот Лабораториз».

«Хайнц» – фирма «Хайнц».

«СМА» – фирма «Вайт Ньютришинелс».

«Пилти» – фирма «Ван Ден Берг Фудс».

Менее адаптированные молочные смеси:

«Симилак», «Симилак с железом» – фирма «Эббот Лабораториз».

«Импресс» – фирма «Крюгер»

Частично адаптированные молочные смеси:

Большинство отечественных – «Малютка», «Малыш», «Солнышко», «Детолакт», «Виталакт ДМ», «Виталакт М», «Ладушка».

«Милумил» – фирма «Милупа».

«Милазан» – фирма «Миттеальбе».

Совершенно неверным будет вывод о том, что высокоадаптированная смесь всегда лучше, в сравнении с частично или менее адаптированной. Мы ведь уже упоминали о том, что состав грудного молока меняется со временем, идеально соответствуя потребностям ребенка в определенном возрасте. Изменяя адаптированность смесей, производители пытаются по мере сил следовать Природе, определенным образом изменяя состав продуктов питания. Так высокоадаптированные смеси идеально подходят для вскармливания детей от

рождения до 6-ти месяцев, а менее адаптированные смеси предназначены, как правило, для детей второго полугодия жизни.

Следует так же знать, что имеются специальные смеси, для особых ситуаций. Например, для кормления недоношенных детей или детей с малым весом при рождении (типичный представитель – «Ненатал», фирмы «Нутриция»), для кормления детей с некоторыми врожденными нарушениями обмена веществ и т.д.

Тактика и принципы выбора молочной смеси состоят в следующем:

– Ребенок, как мы уже не раз подчеркивали, обладает просто удивительной способностью ко всему приспосабливаться. В этом смысле питание не является исключением, а основные неприятности – боли в животе, поносы, аллергические реакции и т.п. – возникают, как правило, при переводе с одного вида питания на другой или при включении в пищу нового продукта. Исходя из этого, и мы с Вами, и ребенок совершенно не заинтересованы в том, чтобы часто менять смеси.

Поэтому **оптимальны два варианта действий** :

1. адаптированная молочная смесь на упаковке которой написано: *"Предназначена для вскармливания детей от рождения до 12 месяцев"*;

2. вариант еще более предпочтительный, когда *одна смесь является логическим продолжением другой и обе смеси имеют сходные условия производства*. К примеру, конкретные фирмы выпускают высокоадаптированные смеси «Нутрилон», «Хипп», «Энфамил» и те же самые фирмы выпускают менее адаптированные смеси, их еще называют «последующими формулами» – «Нутрилон-2», «Хипп-2», «Энфамил-2». Очевидно, что состав смесей с цифрой 2 по количеству основных составляющих (белков, жиров, углеводов, кислот, минеральных солей, витаминов) соответствует именно потребностям ребенка, начиная с 5-6 месячного возраста.

– Переходить от одной смеси к другой необходимо только в том случае, когда возникает повод для серьезного беспокойства – ребенок не прибавляет в весе, например. Но вероятность вины смеси невелика – скорее всего, что-то не так с самим ребенком и надо вместе с педиатром думать и принимать соответствующие решения. Очень редко возникают ситуации, когда, допустим, от смеси "Симилак" ребенку было очень плохо, а стоило дать ему "Малыш" и стало очень хорошо. Подавляющее большинство случаев непереносимости молочных смесей связано с непереносимостью коровьего молока, лежащего в основе их изготовления. Подчеркиваю: если вскармливание адаптированной молочной смесью превратилось в проблему, не пытайтесь решать ее самостоятельно.

– Покупая адаптированную молочную смесь, Вы должны быть уверены в том, что сможете еще раз купить точно такую же! Прогуляйтесь по магазинам (базарам) и купите то, чего много. И если в течение недели выяснится, что все в порядке (т.е. выбранная смесь ребенка устраивает) – сделайте запасы, обращая при этом внимание на сроки годности, целостность упаковки и фирму изготовитель .

– С современных позиций любые разведения цельного коровьего молока явно уступают адаптированным смесям и по качеству, и по чистоте, и по количеству витаминов.

– **ГЛАВНЫЙ ВЫВОД: ОТ ДОБРА ДОБРА НЕ ИЩУТ.** Ребенок здоров, нормально развивается, прибавляет в весе. Ну и не надо ничего менять только потому, что соседка покупает своему каждую неделю разное и одна коробочка красивее другой.

Как давать молочные смеси?

Прежде всего, строго соблюдать инструкцию в отношении хранения и разведения.

При смешанном вскармливании возможны два варианта:

- сначала грудь и только потом докормить смесью;
- полностью заменить смесью одно из кормлений.

Выбирать надо тот вариант, при котором смесь расходуется в меньшем количестве (материнское молоко, соответственно, – в большем).

Оптимальная температура смеси должна быть равна температуре тела ребенка.

1.5.2.2. Отдельно о донорском молоке.

Донорское молоко – это женское молоко, но не молоко матери. Почти все **преимущества**, связанные с естественным вскармливанием, **теряются** при кипячении молока – вещества, защищающие ребенка от инфекций (так называемые иммуноглобулины), разрушаются. Почти все **недостатки** искусственного вскармливания **сохраняются** – надо покупать, кипятить, доводить до нужной температуры. Вы никогда не можете быть на сто процентов уверены в женщине-доноре: что она ела, не начался ли у нее мастит, не приняла ли она на ночь какую-нибудь таблетку и т.д.

По мнению автора, использование донорского молока имеет смысл лишь при непереносимости коровьего. Во всех остальных случаях – адаптированные молочные смеси и удобнее, и дешевле, и безопаснее.

Только не вспоминайте, пожалуйста, дам высшего света, отдававших своих детей на откорм другим женщинам. Между донором и кормилицей дистанция огромного размера.

1.5.3. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Автор не имеет своей целью строго регламентировать действия мамы и папы. При всей заинтересованности читателей они не найдут в этой книге указания типа: "В месячном возрасте *обязательно* начинаем давать то, а в пятимесячном – это". *Наша цель – максимально упростить задачу и позволить родителям самим принимать правильные решения, руководствуясь логикой и здравым смыслом.*

Сразу же отметим, что не имеет принципиального значения акцент на определенный возраст. Каждый ребенок индивидуален, индивидуальны его потребности (помните, "на вкус и цвет товарищей нет"). Давайте, уже в который раз, обратимся за советом к Природе. Можете ли Вы представить себе женщину, которая 1-2 тысячи лет назад варит своему пятимесячному младенцу овощной суп? Если можете, отложите поскорее эту книгу и займитесь написанием историко-фантастического романа. Если же не можете, ответьте вместе с автором еще на некоторые вопросы. Подчеркиваю – для того, чтобы на эти вопросы ответить, не надо иметь медицинского образования (оно, скорее всего, только помешает).

Итак, представим себе человека *в отрыве от цивилизации* и отвечаем (напоминаю, ключи к ответу: 1. Логика; 2. Здравый смысл.):

Вопрос : чем должен питаться родившийся ребенок?

Ответ : молоком матери.

Вопрос : а если нет у мамы молока?

Ответ : молоком соседки по пещере или погибнуть.

Вопрос : как долго необходимо кушать мамино молоко?

Ответ : до тех пор, пока не появится возможность съесть что-нибудь еще.

Вопрос : а когда такая возможность появится?

Ответ : когда еще что-нибудь дадут и когда то, что дадут можно будет проглотить.

Вопрос : что-нибудь дать можно и в 1 месяц. А вот когда сможет проглотить?

Ответ : проглотить сможет тогда, когда сможет обработать во рту.

Вопрос : а когда сможет?

Ответ : когда будет, чем жевать.

Игру в логические цепочки можно продолжать до бесконечности. Но выводы напрашиваются сами собой.

С точки зрения Природы, человеческий детеныш, вне всякого сомнения, рассчитан на материнское молоко и только на него. После появления зубов ребенок имеет возможность есть то, что папа принес с охоты или нашла мама, занимающаяся собирательством. Малышу, конечно, могут помочь родители – пережевать в собственном рту мясо или вкусный корешок и дать не твердое, а кашу. Но вряд ли кто-то будет этим заниматься, пока нет зубов у ребенка и есть молоко у матери.

Допустить, что Природа не права, автор не может! Это противоречит разуму, а последствия противоречий в огромном количестве находятся вокруг нас, жертв цивилизации. Некоторые вещи, абсолютно бессмысленные с точки зрения Природы, воспринимаются людьми, как не менее абсолютные истины.

Не только все матери, но и вообще все, прекрасно знают, что ребенку с месячного возраста необходимо давать фруктовые соки.

Спорят только по поводу того, какие соки лучше (яблочный, морковный, персиковый, апельсиновый и т.п.) и сколько их надо (1 капля, 2 капли, стакан и т.д.). Люди дорогие! Зачем? Подумайте сами, я ведь понимаю, что очень тяжело пересмотреть взгляд на вещи, в абсолютной правильности которого Вы были много лет убеждены.

Ребенку не хватает витаминов? Ну, так пусть кормящая мать съест яблоко. Бесконечно трудно объяснить: почему морковка, съеденная матерью, хуже, чем капля морковного сока, полученного ребенком.

Не рассчитан организм ребенка первого полугодия жизни на овощи и фрукты, и на мясо не рассчитан, и на яичный желток. Это мы, взрослые, никак не можем смириться с тем, что он, "несчастненький", на одном молоке...

Будь эти соки, овощные супы, печенки и желтки просто не нужны – все было бы не так уж и сложно. Вполне возможно, что умные дяди и тети в Институте Питания точно знают об огромной полезности этих продуктов. Но практические врачи и обычные люди реальной полезности увидеть не могут! Вредность – могут. Ее все, в общем-то, видят, но боятся в этом себе признаться.

– До месячного возраста все было в порядке, потом появился «диатез» ... (пришла пора получать соки)

– Только дали желток – на следующий день понос. Попали в больницу...

– Не спит по ночам, плачет – животик болит. Так мается, бедненький. А мы же для него и печеночку, и икорочку, дедушка давеча манго купил...

– Нашему прививки делать нельзя, у него жуткий диатез. Мы ему даже апельсиновый сок кипятим...

"Жизненных" примеров, по-видимому, хватит. Иногда просто диву даешься – насколько "достижения" цивилизации отучили людей от логического мышления. И величайшее человеческое заблуждение заключается в постоянных попытках рассматривать ребенка в отрыве от его естественных корней.

Не может конкретный возраст быть критерием того, что пора разнообразить пищу. И нужен, и существует другой критерий – биологический (появление зубов). А мы, благодаря этому, можем сформулировать одно из важнейших правил вскармливания детей: **До появления у ребенка зубов – только молочные продукты.**

Это правило позволяет:

– не растрчивать силы на изучение трактатов, посвященных рациональному кормлению детей;

– не тратить деньги на покупку не нужных ребенку продуктов;

– не тратить время на их приготовление;

– не лечить последствия "рационального питания";

Если это правило понятно, то не составит труда запомнить и **принципы кормления детей.**

Принципы мы изложим довольно кратко, без претензий на полноту и всеохватность – необходимости такой нет.

* * *

С момента рождения и до появления зубов в основе питания младенца лежит:

1. Материнское молоко при естественном вскармливании;
2. Адаптированная молочная смесь при искусственном вскармливании;
3. Сочетание первого и второго при смешанном вскармливании.

* * *

Обеспечение ребенка необходимыми питательными веществами и витаминами базируется на:

1. Полноценном питании его матери при естественном вскармливании;
2. Приобретении качественных адаптированных молочных смесей при искусственном вскармливании;
3. Сочетании первого и второго при смешанном вскармливании.

* * *

До 5-ти месяцев ничего, кроме:

1. Материнского молока (естественное вскармливание);
2. Адаптированной молочной смеси (искусственное вскармливание);
3. Материнского молока и адаптированной молочной смеси (смешанное вскармливание).

* * *

1.5.3.1. ДОКОРМ и ПРИКОРМ

Два очень часто употребляемых слова, требующих объяснения, поскольку это совсем не одно и то же.

*Если материнского молока не хватает, ребенок докармливается либо молочной смесью, либо донорским молоком, либо молоком сельскохозяйственных животных (коровьим, козьим). Все, эти продукты и являются **докормом** .* Принципиальное положение: докорм, это когда мамино молоко не хватает, т.е. докорм имеет место только при смешанном вскармливании.

*Все, что ребенок первого года жизни получает в дополнение к молоку и молочным смесям – это и есть **прикорм** .* Т.е. ребенка сознательно *прикармливают* , готовят к взрослой жизни и к взрослой еде.

С учетом приведенных выше определений, тему докорма можно считать исчерпанной. С тем, что давать, мы уже разобрались.

* * *

Теперь подробнее про прикорм. Итак, истинная суть прикорма состоит в том, что одной мамкиной сиськой сыт всю жизнь сыт не будешь.

Когда начинать прикорм?

Родители, как мы уже упоминали, неоднократно (и от медицинских работников, и от друзей-соседей, и от бабушек-дедушек) будут выслушивать советы касательно того, что, дескать, уже пора – пора давать сок, пюре, желточек... Услышат они эти советы и в месячном возрасте и в двухмесячном и т.д. Чем старше будет ребенок, тем большее число окружающих будут высказывать свое возмущение и указывать родителям на их жадность, леность и

педагогическую несостоятельность. Окружающие не виноваты – все они хотят как лучше. Просто следует знать, что сама практика кормления грудных детей соками и желтками зародилась именно в те времена, когда без этого невозможно было обеспечить ребенка полноценным питанием.

В недалеком прошлом (какие-то 20-30 лет назад!) при отсутствии или нехватке материнского молока ребенок получал различные разведения молока коровьего или донорское молоко. И первое и второе нуждалось в обработке, – прежде всего, в кипячении. Большая часть витаминов при этом разрушалась. Неудивительно, что в этих условиях недостаток витаминов, железа, минеральных солей очень быстро проявлялся в виде различных болезней – гиповитаминозах, снижении гемоглобина, плохой прибавке в весе, рахите, отставании в развитии. И в ответ на это возникли грамотные и разумные *по тем временам* рекомендации – и про соки, и про овощные пюре, и про желток.

Нельзя забывать и о том, что особенности питания жителей страны победившего социализма не всегда позволяли обеспечить кормящую мать полноценными, качественными и разнообразными продуктами – в подобной ситуации, когда материнское молоко просто не могло удовлетворить всех детских потребностей, – раннее назначение ребенку соков, пюре, и желтков было вполне логичным и вполне оправданным.

Еще раз повторимся:

если кормящая мать может позволить себе полноценное и разнообразное питание (т.е. и овощи, и фрукты, и мясо, и хлеб, и рыбу), если родители в состоянии приобрести для своего ребенка качественную адаптированную молочную смесь, так вот при соблюдении всех этих условий до достижения младенцем возраста 5-6 месяцев ничем прикармливать не надо.

По поводу сроков начала прикорма еще несколько дополнительных абзацев в качестве информации к размышлению.

Мнение автора вполне может показаться спорным, особенно с учетом того факта, что уже процитированное нами «Руководство по детской диететике» указывает: с месячного возраста следует давать яблочный сок, а с 4 месяцев – овощной отвар.

Изучая подобные инструкции, постоянно испытываешь глубочайшие сомнения. Совершенно непонятно, как ухитряются до настоящего времени существовать другие млекопитающие? Нет, можно, конечно, допустить, что мать-волчица употребляет какую-то неведомую траву, дабы помочь волчатам встать на ноги (точнее, на лапы). Начитавшись научной фантастики, можно даже представить, как двухнедельному волчонку папа-волк приносит с охоты ценные витаминосодержащие овощи. Но даже при максимальном напряжении умственной деятельности не удастся понять – где «достаёт» витамины белая медведица? За что умная Природа так наказала человеческих детенышей, откуда эта неполноценность? Почему все остальные звери могут жить без овощных супов, а наши дети не могут? Но допустить, что ошибся Создатель автор не может.

И еще.

– Наука о витаминах, их нехватке и необходимости коррекции естественного вскармливания возникла много лет назад, когда никто слыхом не слыхивал, про адаптированные молочные смеси.

– Переделывать существующие инструкции и оспаривать мнения академиков от питания – всегда было делом нелегким.

– Помните – соки, овощные пюре, фруктовые каши – это не просто прикорм. Это очень серьезный бизнес.

– В несчастной развивающейся стране, когда кормящая мать голодает и (или) однообразно питается (например, только рисом, или только финиками, или только рыбой, или только хлебом) давать ребенку витамины – вполне целесообразно.

– Если на зарплату можно купить в неделю одно куриное яйцо – вполне логично дать четырехмесячной крохе четвертушку желтка. Но если можно купить десяток яиц – тогда

лучше кормящей маме съесть глазунью из трех глаз.

Увидеть пользу от раннего прикорма нельзя. По большому счету, родители просто ставят на собственной совести жирную галочку, мол, мы сделали все как надо. Но вред видят тысячи – появление или усиление аллергических реакций, расстройства стула. Короче говоря, все при деле – *академики пишут инструкции, промышленность выпускает соки, педиатры рекомендуют соки, мамы соки дают, дети соки пьют, педиатры лечат поносы и аллергию, мамы покупают лекарства и другие соки – «главное ребята, сердцем не стареть»...*

Как начинать прикорм?

Любая новая пища включается в рацион постепенно и с осторожностью. Вначале несколько ложек (вариант – несколько глотков) и докормить привычной едой (материнским молоком, смесью). Оценить реакцию – поведение, сыпь на коже, сон, стул. Если все нормально, то увеличиваем дозу. Что-то не так – повремените с этим продуктом и не начинайте новых экспериментов до исчезновения болезненных проявлений. Никогда не кормите малыша ничем новым, если он заболел, а также в течение 3-х дней до и 3-х дней после любой профилактической прививки.

Если ребенок отказывается от какого-либо прикорма не настаивайте! Его организм сам и лучше Вас знает, надо или нет. Хотя обмануть Природу несложно. После мандаринового сока (например) малыш, наверняка, будет улыбаться. Вот только слишком вероятен тот факт, что спустя некоторое время всем членам семьи будет не до улыбок.

Следует также учесть, что прикорм это не только изменение состава пищи, но и изменение ее физических характеристик – т.е. от исключительно жидкой еды мы переходим к более плотной и часто неоднородной – со всякими там комочками и другими включениями. Отсюда потребность в ложечках, «слюнявчиках» чашечках, тарелочках и т.п.

Продукты для прикорма: с чего начать и как продолжить?

Ни педиатры, ни ученые-диетологи не имеют на этот счет единого, согласованного мнения, хотя состав и возможные варианты продуктов в целом определены и общепризнанны.

Это:

1. Овощные пюре.
2. Творог и кисломолочные продукты.
3. Молочно-крупяные каши.
4. Мясные (рыбные) блюда и яичный желток.

Каждый конкретный автор любых «питательных» рекомендаций вполне убедительно обосновывает правильность именно своей схемы. Рассмотрим следующий пример. По количеству железа, минеральных солей и витаминов, – овощные пюре заметно лучше, чем, к примеру, кисломолочные продукты. Напрашивается вывод – начинать с овощных пюре. С другой стороны, ребенок очень плохо переносит резкое изменение состава продуктов питания. Понятно, что между молоком и кисломолочными продуктами разница заметно меньше, в сравнении с молоком и овощами. Следовательно овощные пюре *теоретически* более полезны и более целесообразны, но *практически* вероятность кишечных расстройств, в свою очередь будет заметно выше. Автор, будучи врачом практическим, предлагает читателям определенный вариант действий. Главный, опять таки практический, плюс именно этого варианта – наименьшая вероятность возникновения нежелательных реакций.

Итак, **стратегия и тактика прикорма** или, проще говоря, конкретная *последовательность действий с пояснениями и комментариями.*

Еще раз подчеркнем (да простят меня читатели за многократные повторения, но в силу важности вопроса иначе просто не получается): до 5-6 месяцев темы прикорма не

существует. Ничего! Нисколько! Кормим маму – качественно и разнообразно. Нет или не хватает молока – напрягаем материальные ресурсы семьи и покупаем хорошую адаптированную молочную смесь. Неважно, как эта смесь называется и не имеет значения это смесь, так сказать, стандартная или специальная смесь для проблемного ребенка – соевая, низколактозная, для недоношенных и т.п. Если у ребенка до 5-6 месяцев возникли проблемы, требующие использования специальных смесей – значит выбор останавливаем на них (тех смесях, которые подошли) и никаких экспериментов не проводим.

Так в 5 месяцев начинать или все-таки в 6? Если нет проблем с ростом, развитием и здоровьем – однозначно в 6. Если были проявления пищевой аллергии, если потребовалось применение специальных смесей – тоже в 6. Если плохой аппетит, неудовлетворительная прибавка в весе, низкий гемоглобин – тогда в 5.

Начнем с кисломолочных продуктов – оптимально нежирный кефир или (еще оптимальнее) кефир с детской молочной кухни. Наилучшее время – второе кормление (интервал, ориентировочно, с 9 до 11 часов дня). Почему именно кисломолочные продукты? По тому, что нет принципиальной разницы по составу в сравнении с просто молочными продуктами. Потому, и это уже принципиально, что любые кисломолочные продукты вообще и кефир в частности содержат в себе кисломолочные бактерии. Кисломолочные бактерии, во-первых, антагонисты (проще говоря, враги) многих вредных микробов, способных вызывать кишечные инфекции, во-вторых, они образуют вещества, активно участвующие в процессе пищеварения и, как следствие, его (пищеварение) улучшающие; в-третьих они уменьшают нагрузку на самый слабый и незрелый орган ребенка – на печень.

Первый раз дадим совсем немного – 3 – 4 чайных ложки (и давать будем именно из ложки). Затем докормим привычным продуктом – маминым молоком из сиськи или смесью из бутылочки. В течение дня будем иметь возможность понаблюдать. При условии, что все в порядке, на следующий день увеличиваем дозу в 2 раза и так далее. Сие, как Вы помните из курса школьной математики, называется геометрическая прогрессия. Ее особенность – все увеличивается довольно быстро: первый день – 15-20 мл, второй – 30-40 мл, третий – 60– 80 мл, четвертый – 120-160 мл. Стоп. Если в любой день возникли любые проблемы или подозрения на проблемы – пауза. Дозу не увеличивать, может быть даже уменьшить.

На четвертый-пятый день применения кефира – прямо в него добавляем творог и хорошо размешиваем. Творог можно сделать самим (невелика наука), можно купить. Главное – уверенность в качестве – чистоте и сроках хранения. Первый день – одна ложка, второй – 2 и т.д., общее количество в возрасте 6 – 8 месяцев – 30 г, после 8 месяцев – 50 г. И в кефир и в смесь творога с кефиром можно добавить немного сахара. Решение – добавлять или нет – зависит от вкуса самого кефира и от того, согласен ли ребенок есть не подслащенный кефир.

Любые запреты на использование творога (наиболее частая мотивация – быстрое зарастание родничка, нельзя много кальция, а в твороге его много) не имеют под собой никакой логической основы. В 30 г творога количество кальция ориентировочно равно 47 мг, а в 50 г, соответственно 78 мг. Сравните сами: в 100 г коровьего молока – 120 мг, в 100 г женского молока – 35-50 мг.

Таким образом, необходимо, в среднем, 7 – 10 дней для того, чтобы одно кормление было полностью заменено – 150 г кефира + 30 г творога. А все остальные кормления – по прежнему основной продукт: молоко мамы или адаптированная молочная смесь. И в таком режиме, не дергаясь и упорно отбивая атаки советчиков, желательна провести 3 – 4 недели.

Начинаем заменять еще одно кормление – желательна самое последнее, перед ночным сном. Используем молочно-крупяные каши. Три вида наиболее рациональны – гречневая, овсяная, рисовая. Каши можно покупать – в продаже имеется преогромное количество молочных каш для детского питания, но можно готовить и самим. При самостоятельном приготовлении используем муку (рисовую, гречневую, овсяную); если же муки не купили, –

изготавливаем сами с помощью обычной кофемолки. В качестве основного растворителя чаще всего применяют обычное коровье молоко. В молоко добавляют муку и сахар. Следует отметить, что вместо молока лучше использовать молочные смеси, предназначенные для детей старше 6 месяцев (те самые «последующие формулы» с номером 2 про которые мы уже писали).

Рецепт : КАШИ.

10 г (приблизительно 1½ чайные ложки) соответствующей муки (гречневой, рисовой, овсяной) и ½ чайной ложки сахара растворяем в 20-30 мл кипяченой воды комнатной температуры. Полученный раствор при постоянном помешивании вливаем в кипящее молоко (количество молока – 100 мл). Варим 3 минуты. Готово. Поскольку сахар штука не стандартная, может быть придется еще немного добавить.

Читатели, скорее всего, удивятся, не обнаружив в списке рекомендуемых продуктов манной каши. А ведь именно каша из манной крупы и раньше, да и, пожалуй, сейчас, используется чаще всего и остается самой любимой, истинно народной детской кашей. Все в ней хорошо: цена, легкость приготовления, консистенция, вкус. И дети ее любят. Одна маленькая проблема: манная крупа богата клейковиной. Белок клейковины – на умном медицинском языке он называется глиадин, – иногда провоцирует возникновение довольно серьезных болезней кишечника. Это происходит в ситуациях, когда имеется непереносимость глиадина. Имея в виду эту информацию, не следует, тем не менее, отрицать манную кашу. Просто безопаснее прикармливать кашами другими, а манную использовать чуть попозже – после 8 месяцев.

Итак, нам около 8 мес. Мы едим 4-5 раз в день. 1 раз кефир, 1 раз кашу и 2-3 раза основную еду – смесь или материнское молоко. Пришло долгожданное время овощей и фруктов. Прийти то пришло, но мы ведь еще не выяснили – есть у нас зубы или нет. Если есть хоть один – нет вопросов, начинаем овощи. Если нет, что, по большому счету, маловероятно, давайте еще чуть-чуть подождем. Для начала пробное кормление – как наше дитя вообще будет на овощи реагировать. Изготавливаем овощной отвар. В первый день предлагаем 30-50 г, на второй – в 2 раза больше. Если все нормально переходим на овощной суп или на овощное пюре и, постепенно увеличивая дозу, полностью заменяем овощами одно из кормлений.

Рецепт : ОВОЩНОЙ ОТВАР.

Картофель + морковь + лук + капуста: мелко-мелко порезали, залили кипящей водой, закрыли крышкой и кипятим до полного разваривания. Процеживаем через марлю, еще раз доводим до кипения и наливаем в бутылочку. Пропорция, ориентировочно, такова: на 50 г овощей 100 мл воды.

Рецепт : ОВОЩНОЕ ПЮРЕ.

Разные овощи порезали, добавили немного кипящей воды и тушим; по мере выкипания воды добавляем кипятка. Готовые к употреблению горячие овощи протираем через сито, добавляем горячее молоко и щепотку соли. Хорошо взбиваем и доводим до кипения. В готовое блюдо добавляем растительное масло. 100 г овощей (картофель не менее 20 г); молоко 25 г; растительное масло – 3 г.

2-3 недели кормим овощным блюдом (суп или пюре не принципиально), затем, по аналогии с овощами, осуществляем пробу на мясо – варим суп не на воде, а на мясном бульоне (идеально – курица). Ежели проблем не возникло – непосредственно в суп добавляем протертое мясо, еще через пару дней, опять-таки непосредственно в суп, – круто сваренный желток куриного яйца – в начале 1/5 часть, затем побольше. В любом случае, до годовалого возраста больше половинки желтка не надо.

Теперь про фрукты. Мы дадим их в тот день, когда увидим первый «проклюнувшийся» зуб. До 6 мес. желательны только соки, детям постарше – можно уже и фруктовое пюре, и молочно-крупяные каши с фруктами, и просто кусочек почищенного яблока – пососать, почесать десны, поиграться. Соки не заменяют основную еду, их дают в дополнение, после того, как покормили грудью или молочной смесью.

В девятимесячном возрасте 3 кормления полностью заменены прикормом. Повторим: 1 раз кефир + творог, 1 раз каша, 1 раз суп. Каши самые разнообразные. Супы самые разнообразные – и по составу овощей, и по виду мяса – лишь бы не очень жирное. Мы уже едим и желток, и растительное масло. Пьем соки – 30 – 50 г.

Что можно еще? В кефир и творог добавить толченое печенье. Картофельное пюре с молоком и с протертым мясом. Печеное яблоко. Хлебный мякиш в суп, а хлебную корочку можно дать в руку – пососать (погрызть). С 10 месяцев можно приготовить суп не на мясном, а на рыбном бульоне.

Как быть с основной едой, которая, к 9 – 10 месяцам вроде бы и перестала уже быть основной? Понятно, что мы имеем в виду адаптированные молочные смеси и (или) материнское молоко. Если молоко у мамы есть, желательно до года хотя бы 1 раз в день ребенка кормить. После года это уже не имеет особого биологического смысла. Качественные молочные смеси, которые по составу уж точно не хуже коровьего молока, вполне можно давать и до 1,5 и до 2-х лет – 1 раз в день.

* * *

Осуществляя любые «питательные» пробы и нововведения помните:

наша главная задача – сохранить малышу здоровье, а чем ребенок старше, – тем менее опасны для него эксперименты, связанные с питанием.

Но всегда будьте очень осторожны с генетически неродными продуктами (помните, в главе "Беременность" – чего не кушал прапрадедушка, и нам не надо). Дети в малообеспеченных семьях реже болеют, прежде всего, потому, что не хватает средств на заморские деликатесы.

Детская печень – один из наиболее слабых органов и даже у абсолютно здорового и нормально развивающегося ребенка окончательно "дозревает" и становится, как у взрослого, где-то к 12-ти годам. Любые недопереваренные частицы (те самые, что вызывают аллергию) должны быть нейтрализованы и выведены из организма. И печени отводится в этом процессе первостепенная роль. По мере роста ребенка многие продукты, вызывавшие ранее сильнейшую аллергию, начинают вполне нормально переноситься – дозревает печень. Бабушки говорят: "перерос". Правильно говорят. Поэтому, если от шоколада, клубники или апельсинового сока у ребенка возникли признаки аллергии (сыпь, зуд, расстройство кишечника при нормальной температуре тела), это не значит, что малыш обречен на разлуку с шоколадом до конца своих дней. Потерпите. И не надо смотреть по сторонам, причитая: "Почему всем можно, а моему нельзя?"

Любой педиатр знает: по понедельникам дети болеют чаще. А знаете почему? Потому что в воскресенье ходят в гости к бабушкам, а мериллом любви у нас, к сожалению, принято считать еду.

1.5.4. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ КОРМЛЕНИЯ

У большинства детей (чем ребенок младше, тем чаще) к концу кормления появляется непреодолимое желание спать. Ну и хорошо. Днем – на балкон, ночью – в кроватку: будем дружно отдыхать. Если поел, но спать не хочет, пусть бодрствует. После еды у ребенка, как правило, хорошее настроение, и он не будет капризничать. Пусть полежит в собственной

кровати: оптимально – в голом виде и не надо его пеленать, пока не заметите, что он начал "скучать".

Мы уже отмечали, что грудные дети склонны к срыгиваниям. Если это происходит часто, следует после каждого кормления поносить ребенка в вертикальном положении 10-20 минут.

1.5.5. О ВИТАМИНЕ Д.

При недостатке витамина Д развивается *рахит*. Рахит всеми воспринимается как очень страшное слово, почти равное по смыслу слову идиот.

Достаточно врачу "обозвать" ребенка рахитом, как родители начинают предпринимать решительные меры для скорейшего спасения. А на самом деле очень многие ученые вообще не рассматривают рахит (легкие его проявления, разумеется) в качестве болезни. Ну что это за болезнь, которая в той или иной форме есть у всех детей?

Витамин Д (эргокальциферол) регулирует в организме обмен кальция и фосфора. Вырабатывается он в коже под действием ультрафиолетовых лучей. Лучей этих ребенку очень часто не хватает – климатические условия (живем за Полярным кругом, родились зимой), недостаточное пребывание на свежем воздухе и т.д. Поскольку профилактика рахита не представляет особых сложностей и не требует значительных капиталовложений, ею непременно следует заниматься хотя бы потому, что Вашей дочери совсем не обязательно иметь кривые ноги.

Наиболее рационален метод постоянной профилактики. До тех пор, пока ребенок кормится материнским молоком, витамин Д принимает мама. Либо 3 драже "Прегнавита» или «Гендевита" в день, либо 1 каплю масляного раствора эргокальциферола 1 раз в 3 дня (1400 единиц в капле). С того момента, как другая пища (кефир, каши) начинает превышать 1/3 часть общего суточного количества еды, витамин Д начинают давать ребенку – вполне достаточно 2 капли в неделю. Для ребенка, находящегося на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями, хватит и 1 капли в неделю (витамин Д входит в состав смесей). Если ребенок (или кормящая мама) хотя бы полчаса в день находится на солнышке, никакого витамина Д не надо. Поэтому профилактика рахита актуальна, прежде всего, с октября по март.

1.5.6. ЧЕМ, КАК И В КАКИХ КОЛИЧЕСТВАХ ПОИТЬ?

Здорового ребенка не имеет смысла заставлять пить воду. То есть, если врач сказал Вам, что малыш обязательно должен выпивать в день 100 мл воды, а он отказывается, то это совсем не трагедия – Ваше дело предлагать, а пить или не пить – ребенок решит сам.

Общеприняты рекомендации относительно того, что ребенок должен пить кипяченую воду. Вы должны знать, что кипяченая вода не имеет ничего общего с биологическими потребностями человека, поскольку ни одно нормальное живое существо не пьет кипяченой воды.

Кипячение ставит своей целью уничтожение болезнетворных микроорганизмов, но при этом выпадают в осадок растворенные в воде соли, которые организму ребенка тоже нужны.

Таким образом, необходимо убить двух зайцев – обеспечить чистоту воды и сохранить при этом ее естественный состав. Решение поставленной задачи несложно, а сделать это можно следующими способами:

1. Принести воды *из родничка или артезианского колодца* : трехлитровой банки, которая в закрытом виде будет стоять в холодильнике, на 1-2 месяца Вам вполне хватит, еще и останется.

2. Купить в гастрономе *бутылку минеральной воды* нейтрального вкуса (не "Нарзан", и не "Боржоми", разумеется). Если вода газирована, удалить газ (открыть, поболтать, помешать, подождать).

3. При невозможности использования этих путей обеспечить чистоту и приличный минеральный состав жидкости можно, приготовив *отвар изюма*. Делается это следующим образом: хорошо промытый в холодной воде изюм заваривается, как чай, или запаривается в термосе – на 1 столовую ложку изюма – 1 стакан кипятка. Через час напиток доводится до нужной температуры, и пейте на здоровье.

Количество необходимой ребенку жидкости определяется тем, сколько жидкости он теряет. Основные пути потери организмом воды – увлажнение вдыхаемого воздуха и потоотделение.

Чем теплее в помещении и чем теплее одет ребенок, тем больше жидкости он теряет, тем актуальнее для него питье.

При температуре воздуха в комнате, не превышающей 20°, заставить младенца пить очень сложно. При 24° потребность в воде равна, ориентировочно, 30 мл на 1 кг веса в сутки, то есть для новорожденного около 100 мл.

Само собой разумеется, что давать ребенку воду необходимо в промежутках между кормлениями, если проснулся, например, через час после еды. Поверьте, здоровый малыш, которому жидкости не хватает, спокойно спать от кормления до кормления не будет никогда. При нехватке жидкости кишечные соки становятся густыми и не справляются со своими обязанностями по переработке пищи. И у ребенка болит животик. Поэтому врачи придумали замечательный способ лечить боли в животе – назначают **укропную** воду. Ребенка не поили, и он плакал. Потом начали давать укропную **воду** и все прошло. Только укроп здесь ни при чем. С таким же успехом, можно пить петрушковую, сельдерейную и салатную воду. Главное в другом: **если избежать потерь жидкости не удастся – очень жарко – обеспечению ребенка водой помимо материнского молока должно уделяться первостепенное внимание.**

В отличие от молочных смесей, температура которых должна быть 36-37°, вода может быть прохладнее – 26-30° в первые 1-2 месяца жизни и около 20° – детям более старшего возраста.

В любом случае проблема питья вторична. Ее просто не существует, если в помещении обеспечен должный температурный режим (18-19°). И именно поэтому **желание или нежелание пить воду является исключительно удобным критерием, позволяющим ответить на вопрос: имеется перегрев или его нет.** Здоров, но жадно пьет, – значит перегрели. Быстренько принимайте меры. Отказывается от питья – ну и ладно (напоминаю: наше дело предлагать).

1.6. КУПАНИЕ

*«Купание! Купание!
Полон дом народу!
Целая компания
В кухне греет воду.»*
А. Барто

Очень многие взрослые дяди и тети не видят принципиальной разницы между купанием и мытьем. Я, разумеется, уважительно отношусь к гигиене. Но купать малыша необходимо совсем не для того, точнее, не только для того, чтобы он был чистым.

И автор очень Вам советует прислушаться к его рекомендациям, дабы избежать впоследствии множества проблем.

* * *

Итак, правильно организованное купание дает возможность:
– обеспечить закаливание;

- заставить ребенка двигаться и тратить энергию, а, следовательно, лучше развиваться, лучше есть, лучше спать;
- сделать ребенка чистым;
- предотвратить очень большое число заболеваний, – прежде всего, кожных, инфекционных и аллергических;
- родителям и ребенку получать ежедневное удовольствие;
- и многое другое (подробности ниже).

Вы, наверное, слышали о том, что существуют многочисленные методики, позволяющие научить грудного ребенка плавать. Автор не имеет против этого никаких серьезных доводов (их, собственно говоря, и не существует). Но должен подчеркнуть, что человеческий детеныш, опять-таки, с точки зрения Природы, не совсем рассчитан на ныряние и плавание. Тюлень, разумеется, рассчитан, а человек нет. Поэтому задачу обучения плаванию в качестве обязательной я не рассматриваю.

Сразу же отметим: хорошо плавать и нырять можно научиться только в бассейне. Вполне возможно, что я ошибаюсь, но у подавляющего большинства читателей этой книги собственного бассейна, по-видимому, еще нет. И, дабы плавать научиться, Вы с ребенком будете посещать специальный бассейн при детской поликлинике или нечто подобное. Ваши сложности, особенно зимой, вполне понятны и предсказуемы. К тому же поликлиника, в принципе, не самое лучшее место для прогулок. И вряд ли Вы лично будете допущены к мытью бассейна и мытью других детей...

Со всей ответственностью заявляю: все (абсолютно все!) положительные эффекты купания могут быть получены в обычной домашней ванне при минимальных затратах времени и материальных ресурсов!

Домашняя ванна – всегда Ваша и только Ваша. Вы и только Вы следите за чистотой и порядком, купаете малыша не в назначенное кем-то время, а тогда, когда это удобно Вашей семье. И очень-очень хочется надеяться на то, что упомянутая ванна в Вашей квартире имеется. Но, к сожалению, всякое может быть... Поэтому договоримся следующим образом: опишем, что и как необходимо делать в стандартной ситуации (когда ванна есть), а после этого решим, как обойтись без ванны с минимальными потерями для детского здоровья.

1.6.1. ГДЕ И В ЧЕМ КУПАТЬ

В обыденной жизни и в большинстве семей этот вопрос решается так: выбирается одна из комнат квартиры, в которой с помощью обогревателя сознательно создается невыносимо душная атмосфера. Очень часто этой комнатой становится кухня, где включаются газовые горелки. На стол или стулья устанавливается специальная детская ванночка, на доньшко ее стелится пеленочка, ребеночек с величайшими предосторожностями опускается в воду, затем его быстренько моют с последующим тщательным высушиванием и закутыванием. Купание в таких условиях лишний раз доказывает, что младенец способен выдержать любые издевательства.

- *Оптимальная комната для купания – ванная комната.*
- *Оптимальное место для купания – большая ванна (обычная, взрослая, чугунная и т.п.).*

1.6.2. ПОЧЕМУ БОЛЬШАЯ ВАННА?

Большая ванна позволяет ребенку шевелить руками, ногами и головой, совершенно не ограничивая движений, – логично подразумевается, что ванна при этом будет полностью наполнена водой.

В большой ванне вода медленнее остывает, позволяя родителям не дергаться по этому поводу и не стоять с чайником в руках, каждые 30 секунд поглядывая на термометр.

Вы прекрасно знаете, что многие вещи в воде делать легче – купаетесь ведь в морях и

речках. Взять большой камень, к примеру. На суше Вы его и от земли не оторвете, а в воде – запросто. Это происходит из-за очень древнего грека Архимеда, который "придумал" закон о том, как на тело, погруженное в воду, что-то там давит и выталкивает. В воде легче не только поднимать тяжести, но и дышать – в том случае, разумеется, когда под водой все, кроме головы. Дыхательные мышцы работают в своем обычном режиме, но их сила увеличивается. Легкие, таким образом, лучше расправляются, а пыль и грязь, осевшие в бронхах в течение дня, из организма удаляются. И это просто замечательно. Ведь живете Вы, скорее всего, не в лесу – значит с пылью и грязью, которая в воздухе, дитя целый день контактирует.

Активно двигаясь в большой ванне, малыш имеет возможность тратить энергию и уставать, следовательно, улучшаются его сон и аппетит. К тому же тренируются мышцы и сердце. А если ребенок хорошо спит, то хорошо спит его мама, имея при этом, во-первых, молоко, во-вторых, силы для разных домашних дел и, в-третьих, желание эти дела делать.

По-моему, перечисленного вполне достаточно для того, чтобы убедить сомневавшихся в преимуществах большой ванны. Поэтому перейдем от теории к практике.

1.6.3. ПОДГОТОВКА ВАННЫ И ВАННОЙ КОМНАТЫ

Прежде всего, пол, если скользко (кафель, мрамор), очень нужен резиновый коврик. В ванную комнату необходимо поместить невысокий стульчик, на котором будет сидеть главный купальщик. Кроме этого, желательно иметь полочку – на ней мы поставим часы, чтобы ориентироваться в продолжительности купания. Особое внимание следует уделить двери, но не в том смысле, о котором Вы, наверняка, подумали, – дескать, чтоб плотно закрывалась. Ситуация совершенно иная. Для человеческого организма неестественно резкое изменение влажности воздуха. Когда из распаренной ванны Вы понесете ребенка в сухой воздух жилой комнаты, могут возникнуть проблемы (например, с ушами). Поэтому **очень важно во время купания не закрывать дверь в ванную комнату!** И ее (дверь) надо соответствующим образом подготовить, чтобы она самопроизвольно не закрывалась. Это не очень большая сложность (не получится отрегулировать петли – подставьте стульчик или привяжите ручку к чему-нибудь в коридоре).

Самой ванной следует основательно подзяться – тщательно вычистить. Самое лучшее и самое безопасное средство для этого – *обычная пищевая сода* (никаких других чистящих средств я Вам применять не советую). После чистки – хорошенько сполоснуть, в первый раз неплохо вылить пару ведер кипятка. Впоследствии активно чистить ванну достаточно раз в неделю, а если в течение дня она не использовалась никем из взрослых для мытья или стирки, то достаточно сполоснуть проточной водой из душа.

Совмещать сушку одежды с купанием совсем не обязательно.

Вот и все.

1.6.4. ПОДГОТОВКА ВОДЫ

Кипятить воду нет никакой необходимости. Совершенно никакой! И ничего страшного, если во время купания ребенок несколько раз хлебнет. Сами, небось, и из речки хлебаете.

Нет особого смысла добавлять в воду перманганат калия (марганцовку). Реальной дезинфекции почти никакой, а при попадании в глазки возможны химические ожоги.

Наиболее оптимальный вариант – *настояй череды* (трава такая). Продается она и в аптеках, и на базарах. Нужно ее много, а подсчитать сколько, довольно легко. Во-первых, подчеркнем, что по достижении ребенком двухмесячного возраста в воду вообще ничего не надо добавлять. Череда в принципе помешать не может, но зачем делать то, без чего можно обойтись? Хотя раз в неделю – вполне резонно. Во-вторых, на одну ванну в день необходим один стакан травы. Далее подсчитаете сами.

Заваривается череда следующим образом: в обычную литровую банку засыпается

стакан травы и заливается крутым кипятком. Банка закрывается крышкой и через 3-4 часа продукт готов. Но делать это лучше всего утром, часов за 10-12 до вечернего купания.

После того, как ванна наполнена, вылейте настой через марлю; можете еще пару раз залить в банку воду, сполоснуть и опять вылить.

Следует, тем не менее заметить, что качество бегущей из крана воды очень часто оставляет желать лучшего (и это мягко говоря). В подобной ситуации оптимальное решение состоит в приобретении специального фильтра, который одевается непосредственно на кран и может здорово выручить.

1.6.5. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ

Вопрос особый, волнующий всех, без исключения. Решение его требует преодоления некоторых психологических барьеров, но здравый смысл поможет и в этом случае.

Прежде всего, не следует забывать о том, что регуляция температуры тела у ребенка отлична от таковой у взрослого. Поэтому **руководствоваться надо не собственными ощущениями, а реакциями младенца**. Короче говоря, если у Вас мерзнут руки, то это не означает, что мерзнет ребенок.

Измерять температуру воды лучше всего спиртовым термометром, который помещен в защитный пластмассовый корпус. Такой термометр может находиться в ванне в течение всего времени купания, позволяя постоянно контролировать температуру воды. Самые надежные (в смысле достоверности показаний) термометры продаются в фотوماгазинах. И очень желательно убедиться в том, что купленный Вами термометр не врет.

Температура первой ванны обязана удовлетворять следующим требованиям:

1. Может быть перенесена ребенком без вреда для его собственного здоровья;
2. Может без нервного стресса быть перенесена родителями и без валидола бабушками;
3. Должна доставлять удовольствие всем участвующим в процессе купания.

Легче всего в этом списке решить первую задачу. Ребенок без особого риска (точнее, вообще без риска) может быть погружен в ванну с температурой воды от 26(до 37(. Таким образом, за ребенка особенно бояться нечего. Но, прежде чем решать другие задачи, надо все-таки определиться, какая же температура воды идеальна для купания?

Вода не должна позволить ребенку расслабиться. Холодовое воздействие на кожу резко усиливает кровоток в мышцах, увеличивает их тонус. Активнее работает сердце, в кровь выбрасываются биологически активные вещества, стимулирующие обмен и повышающие сопротивляемость инфекциям.

Ребенок в воде с температурой *выше 35(* не имеет никаких стимулов к шевелению и развитию. Заставить его подрыгать руками и ногами довольно трудно. Но такая ванна, как правило, не вызывает у младенца никаких неприятных ощущений – он ведь хоть и детеныш, но человеческий и по натуре своей лентяй. А в воде он всем своим видом демонстрирует блаженство, вызывая ответное блаженство у толпы присутствующих родственников.

Но купание в теплой воде совершенно ничего не дает здоровью! Мыть (смыть грязь), может быть, в такой воде и лучше, но *купаться для здоровья* в указанных температурных условиях нельзя!

В то же время, при погружении в воду с температурой ниже 30(у ребенка очень часто возникают отрицательные эмоции, не то чтобы ему было холодно, вовсе нет. Но шевелить руками и ногами, чтобы согреться, он не хочет и начинает возмущаться. А вместе с ним возмущаются бабушки... Ну и не надо начало купания превращать в испытание для всех членов семьи – это может очень быстро выработать у ребенка отрицательный рефлекс на один только вид ванной комнаты. А кричащий в ванне ребенок приводит к повышению давления у бабушек, которых тоже надо любить и беречь.

Оптимальная температура для начала купания составляет 33-34(.

Эта температура малополезна, но приятна. Она дает возможность полюбить процедуру

купания. Важно только одно: не задерживаться долго на таком температурном режиме.

Существует множество книг, подробно описывающих, как надо снижать температуру воды и увеличивать время купания. Если Вам очень хочется – ищите, читайте, конспектируйте. Но все таблицы и графики, как правило, могут быть сведены к нескольким простым правилам, а мы как раз к простоте и стремимся.

Таких правил всего 3:

1. Никакого насилия – удовольствие для всех.
2. Чем ниже температура воды – тем лучше.
3. Чем дольше в воде – тем лучше, но более 40 минут смысла не имеет.

О том, как реализовать эти правила, мы поговорим чуть позже.

1.6.6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕДУРЫ И ПОДГОТОВКА РЕБЕНКА

Первое купание в большой ванне проводится после заживления пупочной ранки в возрасте 10-14 дней.

Купание должно осуществляться ежедневно!

Каких бы усилий это Вам ни стоило. Поверьте, лучше потратить 1 час в день на купание, нежели месяцы на скитания по больницам. Понятно, что в доме может исчезнуть горячая вода, может воды вообще не быть – "у нас чего только может не быть". Но надо очень-очень постараться – принести, нагреть, – может быть, не на совсем полную ванну, хотя бы наполовину.

Особый вопрос, когда (в какое время суток) купать? Следует отметить, что некоторые дети – их немного (не более 10%) после ванны возбуждаются: не хотят спать, капризничают, скулят, дрыгают ногами и т.д. и т.п. Купать их необходимо утром или днем, чтобы не устраивали свои концерты по ночам. К счастью, таких "артистов" мало, а если честно, нет вообще. Просто вода, которую родители считают хорошей, для ребенка теплая – он во время купания отдохнул, расслабился, а потом начал петь.

Идеальное время для купания – перед последним кормлением, то есть с 23 до 24 часов. Ежели Вы все будете делать правильно, ребенок очень устанет, малость подмерзнет, очень проголодается, после ванны с аппетитом поест и будет спать, не просыпаясь(!), 5-6 часов, хотя мне встречались дети, которые в месячном возрасте спали ночью 6-8 часов без какого-либо желания общаться с мамой.

Можете ли Вы представить себе мамочку, которая первые месяцы жизни ребенка по 5-8 часов подряд спит ночью? Не можете. Ну так станьте сами такой...Надо ли еще раз объяснять значение спокойного ночного сна для женщины, кормящей грудью!?

Подготовка младенца к купанию заключается в проведении ему массажа и гимнастики. Ясно ведь, что купание – это нагрузка на организм. И неплохо до того провести небольшую разминку. Сразу же сообщаю, что заканчивать курсы массажистов совсем не обязательно. Поймите принципы, и все будет замечательно. А если что-нибудь перепутаете, обойдется: **не очень хороший массаж лучше, чем отсутствие очень хорошего массажа.**

По времени массаж и гимнастика вместе длятся около 20-30-ти минут (по 10-15 минут на каждую процедуру). Строгая последовательность: **сначала массаж, потом гимнастика.**

Место проведения процедур – пеленальный столик. Укладываем голого ребенка на спинку и *начинаем массаж*, который состоит из двух этапов – **поглаживание и разминание**. Вначале гладим. То есть просто проводим своей рукой по коже ребенка без особого давления. Последовательность такая: ноги (стопа, голень, бедро), руки (кисть, предплечье, плечо); перевернули на живот, затем ягодицы (попа), спина; опять перевернули животом кверху, массаж живота, грудной клетки, шеи, головы. После того, как всего погладили, *в той же последовательности* повторяем, но теперь уже разминаем мышцы.

Особо следует отметить *массаж живота*. Он, скорее всего, понадобится нам не только перед купанием, поскольку малышей, никогда не страдающих от боли в животе не бывает, а

массаж в этом случае очень быстро приносит облегчение. Основание кисти ставится ребенку на лобок, после чего живот массируется круговыми движениями четырех пальцев правой руки (кроме большого) в направлении *по часовой стрелке*, то есть по ходу толстого кишечника.

После окончания массажа принимаемся за гимнастику. Суть ее состоит в ненасильственных попытках гнуть все, что гнется.

Последовательность соответствует вышеописанной, но нас интересуют, главным образом, суставы. Одной рукой берем за голень, другой – за большой палец ножки и потихонечку крутим, наклоняем, сгибаем в разные стороны. Закончили с голеностопными суставами (не забывайте, что их два), принимаемся за коленные. Действия аналогичны – одной рукой берем за бедро, второй за голень и сгибаем (крутить, разумеется, не получится), затем тазобедренные суставы – держим обеими руками за голени ребенка и совершаем сгибательные движения (одновременная работа коленного и тазобедренного суставов), движения, аналогичные езде на велосипеде, круговые движения. И совершенно так же обращаемся с руками.

После того, как массаж и гимнастика завершены, приступаем собственно к купанию. Несем ребеночка в ванную, он при этом голенький, а ванна, разумеется, уже готова.

Обычно родители делят между собой обязанности – пока один готовит ребенка (массаж и гимнастика), второй готовит ванну (моет, наливает воду, добавляет настой череды, измеряет температуру, ставит часы, стульчик, готовит пеленку, предназначенную для вытирания). К сожалению, наличие обоих родителей не всегда возможно, но при правильной организации и один человек вполне может справиться. Сначала готовим ванну – температура воды на 1-2 градуса выше планируемой (поправка на то, что остынет за полчаса, необходимые для массажа и гимнастики), после чего принимаемся за дитя.

1.6.7. СОБСТВЕННО КУПАНИЕ

Напоминаю – дверь в ванную комнату открыта.

Садиться на стульчик поначалу, пожалуй, не стоит. Когда приловчитесь – пожалуйста.

Итак, опускаем малыша в воду, всего целиком, чтоб из воды выглядывало только личико. Держать ребенка можно лишь за головку – мизинец под шеей, а остальные пальцы – под затылком. Чем больше погружена голова, тем лучше, и ничего страшного, если вода попадает в глаза, лишь бы нос и рот были на поверхности. Сразу же можно заметить следующее: туловище, которое Вы совсем не держите, ко дну не опускается, а, напротив, всплывает. При этом грудная клетка и живот, как правило, торчат из воды. Поэтому, второй рукой, необходимо регулировать погружение туловища, чтобы и грудная клетка и живот полностью были под водой. **Обращаю внимание – никакой опасности в том, что вода попадает в уши, нет!**

После того, как малыш окажется в большой ванне, Вы незамедлительно поймете принципиальную разницу этого варианта купания, и замачивания в детской ванночке. Вы увидите, как легко ребенку двигаться, без всякого риска удариться о стенки ванны.

Внимательно наблюдайте за поведением ребенка – если он не активен, спокойно лежит, зевает, значит, *эта* вода для него теплая, а, следовательно, плохая. Поддерживая за головку, поводите малыша в воде от одного края ванны до другого. В первый раз особенно экспериментировать смысла нет – всем участникам процесса купания еще предстоит привыкнуть и приспособиться, но родителям это сделать гораздо сложнее, чем ребенку. В принципе, для домашней ванны вполне достаточны три позы – одна описана выше, другая заключается в плавании на животе (перевернули ребенка, его подбородок находится между разведенными в стороны большим и указательным пальцами), а третья – сидячая. Оказывается, в большой ванне ребенок может сидеть уже в периоде новорожденности! Дальнейшие действия родителей не требуют никаких специальных знаний – только здравый смысл. Ведь очевидно, что через 15 минут температура воды в ванной снизится на 1-2

градуса, и эта температура будет для ребенка уже знакомой при следующем купании. Если Вы боитесь быстро снижать температуру, делайте следующим образом: начинайте с 34(и через 2-3 дня уменьшайте стартовую температуру воды на 1 градус. Мы должны добиться того, чтобы малыш в ванне был активен. Что у Вас получится, зависит не только от Вас, но и в немалой степени от ребенка. Каждый младенец имеет присущие только ему особенности регуляции температуры тела, и предсказать минимальную температуру воды просто невозможно: один улыбается при 23(, другой кричит при 30(.

Временные и температурные ориентиры следующие:

- в начале купания – 34□, 15 минут;
- к месячному возрасту – 30-32□ и 20-25 минут;
- в 2 месяца – 28-30□, 30 минут.

Подчеркиваю – *это ориентиры*. Если малыш в 2 месяца спокойно плавает при 24(– очень хорошо и совсем не страшно. Но это не значит, что он такой уж особенный. В том то и дело, что это может любой! Просто этому ребенку повезло с родителями. Последние лишены предрассудков, а уровень здравого смысла имеют больше среднестатистического. В удлинении же времени купания и максимально возможном снижении температуры воды заинтересованы все. Чем больше устанет ребенок, тем более спокойная ночь обеспечена его родителям.

И еще некоторая информация и некоторые рекомендации. В очень многих книжках, посвященных купанию и плаванию детей, подробно описывается процедура *ныряния*. Настолько подробно, что многие родители рассматривают ее в качестве обязательной. А поскольку преодолеть собственный страх не могут, то предпочитают ребенка в большой ванне не купать вообще. Если очень боитесь, – не ныряйте. Но лучше купать без ныряний, чем издеваться над собой и младенцем, ополаскивая его в маленькой ванночке.

На самом же деле в нырянии ничего страшного нет – ***у новорожденного очень сильно выражен рефлекс, препятствующий попаданию воды в дыхательные пути.*** Если в течение двух-трех месяцев не нырять, этот рефлекс угасает и можно захлебнуться. Но, к счастью, сама процедура купания в большой ванне невозможна без того, чтобы в какой-то момент ребенок не соскользнул с Вашей руки и не погрузился полностью под воду. Не бойтесь! Это даже хорошо – подхватите, посадите, дайте ему покричать, покашлять, почихать. Заодно выкашляет и вычихает всю пыль, что накопилась за день в верхних дыхательных путях. Успокойтесь – продолжайте купание. Тем не менее, ситуация, когда родители сознательно организуют ныряние – более предпочтительна. Делать это следует в положении ребенка на животе. Громко произнесите слово "ныряй" и проведите ребенка несколько секунд под водой. У него очень быстро выработается условный рефлекс, и одного только слова "ныряй" будет достаточно для того, чтобы малыш самостоятельно задержал дыхание.

Я совершенно сознательно не пытаюсь морочить Вам голову подробностями относительно техники купания: как обязательно надо держать ребенка, как поворачивать, как садить и т.п. Всему этому Вы быстро научитесь сами, если будете руководствоваться описанными выше принципами.

Единственное, что Вам, скорее всего, понадобится, так это поддерживающая головку ребенка ***шапочка***. Для чего она нужна? Прежде всего, для того, чтобы сделать процедуру купания более приятной для родителей. Очевидно ведь, сидеть или стоять полусогнутым в течение 30-40 минут очень тяжело. И нельзя делать ребенка здоровым за счет появления радикулита у его папы. Поэтому в возрасте около двух месяцев надобно изготовить специальную шапочку, а как это делается, мы сейчас расскажем.

Необходимо иметь:

- обычную тонкую хлопчатобумажную шапочку (чепчик);
- кусок тонкой ткани размером с половину пеленки;
- 2 брусочка пенопласта, оптимальный размер которых соответствует размерам обычной пачки сигарет.

Вначале пенопласт обшивается тканью, а затем фиксируется на шапочке, как это показано на рисунке. Обращаю внимание – верхний край брусочков должен возвышаться над головкой ребенка. Младенец в такой шапочке вызывает чувство умиления, напоминая нежного и благородного Чебурашку.

Процедура купания в шапочке ничем не отличается от той, что описана выше для положения ребенка на спине. В течение недели, постепенно убирая поддерживающую ребенка руку, Вы научите его держаться на воде и сможете во время купания спокойно читать газету. Плавать самостоятельно, дети часто отталкиваются ножками от края ванны и стремительно плывут в ее противоположный конец, ударяясь головой. Поэтому я и обратил Ваше внимание на то, что брусочки пенопласта должны возвышаться над головой, защищая ребенка от ударов сверху и сбоку. Вполне возможно, что Вы придумаете более оригинальную конструкцию. На здоровье.

Начиная с двухмесячного возраста, очень хорошо повесить над ванной игрушки на тонких веревочках, чтобы ребенок, плавая, смотрел на них, чуть позже он сам будет трогать их ручками.

Месяца купания в шапочке вполне достаточно для того, чтобы снимать и ее: ребенок уже научился правильно держать головку, вполне сможет плавать сам. Не получается – не надо.

Мы не ставим своей целью научить его плавать. Нам необходимо только одно – чтобы ежедневно в течение определенного времени малыш находился в прохладной воде, потому что регулярное холодное воздействие наиболее эффективно для стимуляции жизненных сил ребенка и его способности противостоять инфекционным болезням.

Конечно, будет очень хорошо, если ребенок научится плавать. Вынырывающий с улыбкой на мордашке полугодовалый младенец – зрелище незабываемое. Но родителей, способных обеспечить своим детям постоянное плавание, очень мало. В домашней ванне всякие ныряния заканчивается после того, как ребенок начинает сидеть. Бассейн при поликлинике – другое дело, но, как только Вы перестанете его посещать, навыки быстро угаснут. Поэтому повторяю: уметь или не уметь в грудном возрасте плавать – вопрос не принципиальный. Он определяется наличием свободного времени у родителей и благосостоянием семьи. Решайте его сами, лишь бы Вам было удобно.

Скорее всего, Ваша семья – обычная семья. И не имеет средств на индивидуальный бассейн и инструктора по плаванию. До 6-7 месяцев Вам и Вашему ребенку домашней ванны вполне хватит. А после этого мы просто изменим методику купания – наберем в ванну немного прохладной воды, на дно постелим резиновый коврик, набросаем красивых игрушек, и ребенок будет ими играть сидя или ползая, получая при этом закаливающий контакт с водой.

В любом случае и вне зависимости от возраста необходимо эпизодически совмещать купание с мытьем. Для грудного младенца 2 раза в неделю вполне достаточно, ну а для ползającego по квартире, может быть, придется и каждый день.

Мытье ребенка, который купается в полной ванне, осуществляется следующим образом. Перед окончанием купания необходимо взять пластмассовое ведро и наполнить его водой – проще всего прямо из ванны зачерпнуть. Затем при помощи детского мыла (шампуня) ребенок намыливается прямо в воде, можно несколько раз и совсем не обязательно мочалки (мамины руки гораздо приятнее). Вот и все. Один родитель поднимает ребенка, удерживая его под мышками, а второй выливает сверху ведро воды.

Коль уж мы заговорили о конце купания, следует отметить: необходимо всячески стремиться к тому, чтобы продолжительность процедуры была не менее 15 минут. Вполне возможно, что малыш будет капризничать, и Вы не сможете определить, чего он хочет. Пробуйте, экспериментируйте. Меняйте температуру воды и положение ребенка в воде, более активно перемещайте его в ванне, может быть, он проголодался и надо в следующий раз изменить время купания (купать не за час до еды, а через час после еды).

Поверьте: предвидеть все возможные проблемы нельзя. Но для решения подавляющего большинства из этих проблем специального образования иметь не надо.

Отметим, что если ребенку "положено" купаться 20 минут, а он продолжает вести себя прилично – не плачет, дрыгается и т.д., – то не надо торопиться. Но, коль скоро кому-то из участников процесса очень надоело – заканчиваем.

Так, например, сын моих друзей в возрасте 4-х месяцев взял себе за правило какать в ванне. А было это зимой, и горячей воды не было. Поэтому готовились заранее, активно грея воду всеми возможными способами. А он, через минуту после погружения... Ну и ничего: выкрутились – надели на него трусы с резинками и держали наготове ведро с теплой водой, чтоб сполоснуть.

По поводу детского крика в ванне позволю себе, тем не менее, два практических совета.

1. Ситуация с температурой воды нередко складывается таким образом, что конкретная температура – например, 28°, переносится ребенком неплохо и с удовольствием. Но, непосредственно после погружения в воду, резкий контраст температур вызывает отрицательные эмоции и минут 5 приходится успокаивать. Можно поступить следующим образом: приготовить ванну с температурой для ребенка приемлемой, допустим 32°, а, после благополучного и спокойного погружения, форсировать скорость остывания воды. Например, сделать так, чтобы в ванну постоянно тонкой струйкой бежала холодная вода. Этот прием можно использовать и просто так, как компонент закаливающих процедур – для активизации холодовых воздействий.

2. Без видимых причин ребенок в ванне систематически орет. До ванны не орал, а в ванной орет! Почему? Однозначного ответа нет. Действия родителей должны быть направлены на поиск оптимальных для конкретного ребенка условий, сопутствующих процессу купания. Варианты:

– Изменить время суток. Купать, например, не поздним вечером, а вечером ранним, или утром, или днем;

– Изменить время, по отношению к еде. Купать, например, не за час до еды, а через час после еды;

– Изменить температуру воды, как правило, речь идет о том, чтобы сделать воду более теплой.

1.6.8. ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ КУПАНИЯ

Под мышки вынимаем ребенка из воды и накидываем ему на голову большую пеленку – достаточно большую, чтобы завернуть малыша целиком. И в таком виде, ***не вытирая его в ванной***, отправляемся к нашему родному пеленальному столику. Ребенку весьма не жарко, еще бы – мокрый в прохладной комнате! И это очень хорошо – еще одна закаливающая процедура. На столике доводим кожу до сухого состояния (промокать, а не вытирать!), особенно торопиться и нервничать по поводу того, что замерзнет, не надо. Высушили? Теперь будем обрабатывать. Для начала возьмем растительное масло – лучше всего специальное детское (оливковое), но прокипяченное на водяной бане подсолнечное тоже вполне сойдет. Намочим вату и протрем все имеющиеся у ребенка складки кожи в том, разумеется, случае, если там нет повреждений. А их никогда не будет(!) – ежедневно купайте, не кутайте и следите за температурным режимом детской комнаты. При наличии опрелостей – используем присыпки. Особое внимание при обработке уделите половым органам. Мальчикам не забудьте смазать складку кожи под мошонкой, а девочкам протрите ватой, смоченной водой (лучше кипяченой), половую щель. Направление движений – от лобка к попе – и не иначе! Если пришла пора, подстригите ногти.

Теперь можно и запеленать (или надеть распашонку и ползунки). Осталась голова.

Главное (после купания, разумеется) – уши. Берем спичку, туго наматываем на ее конец ватку, после чего ее со спички снимаем. Получается плотная турунда конусообразной формы, и ее тонкий конец мы засовываем в ушко. Гигроскопичная вата впитает в себя остатки воды. Удалять ватку не надо до полного высыхания головки ребенка (часа 2-3 можно не трогать). Если вата выпадает – наденьте тонкую шапочку, которая после ванны, наверняка, не повредит малышу и очень поможет Вам быть еще спокойнее. Если во время купания малыш хоть несколько раз нырнул и после этого чихал, – ничего с носом делать не надо. Если не нырял и не чихал – все равно в носу (детском) не ковыряйтесь. Лучше сделайте так, чтобы на следующий день он в ванне несколько раз чихнул (нырните).

А теперь попробуйте поставить себя на место Вашего ребенка. Вы купались в холодной воде, очень устали, а после процедуры малость продрогли в прохладном воздухе комнаты. Но зато Вас насухо вытерли, тепло одели... Эх, сейчас бы перекусить и на боковую... Так оно и будет. Однако до еды желательно поносить малыша минут 15-20 в вертикальном положении, чтобы скорее освободить желудок от воды, которую он в ванной глотнул.

Кормите и – спокойной ночи.

Бывают, правда, настолько активные "пловцы", что после ванны не имеют сил даже на еду – скорее бы спать. Пусть уснет, не переживайте. В этом случае ребенок, как правило, через 1,5-2 часа проснется со зверским аппетитом, после утоления которого уснет крепко и надолго. Понятно, что такого ребенка лучше купать часов в 9-10 вечера, как раз к полуночи Вы всей семьей и выйдете на режим спокойного ночного сна.

Летом, помимо закаливания, ванна имеет еще одно положительное значение – купание спасает ребенка от перегрева. И если малыш страдает от жары, то, поверьте, после непродолжительного пребывания в прохладной воде (10-15 минут) он будет хорошо спать и заметно лучше есть. Я несколько раз сталкивался с ситуацией, когда грудных детей купали 3-4 раза в день, спасаясь от жары. Только не забудьте, перед летним плаванием хорошо ребенка напоить (чтобы поменьше пил из ванны).

В заключение давайте рассмотрим печальную и, к сожалению, вполне реальную ситуацию, характеризующуюся тем, что собственной ванны у Вас нет. В этом случае придется все же покупать специальную детскую ванночку, лучше пластмассовую – она и легче, и дешевле. Комната для купания значения не имеет, лишь бы был чистый и прохладный воздух. Но постарайтесь набрать в ванночку побольше воды, чтобы грудная клетка была погружена полностью. Главное, что мы теряем, – это возможность активных движений ребенка, поэтому он не может вырабатывать тепло и долго держать его в воде не получается. Принципы и правила не меняются – кипятить воду не надо, уши мочить надо, если доволен и хорошо себя ведет – не торопитесь вынимать. Нет никакой надобности доливать теплую воду. Вполне можно и перевернуть на животик, и "нечаянно" нырнуть. Правила вынимания из ванны и дальнейшей гигиенической обработки прежние. В конце концов, зная, как надо купать в ванне большой, Вы всегда сможете сообразить, как применить эту информацию к ванне маленькой.

И еще один момент. Бабушки, конечно же, расскажут Вам, что на дно ванны обязательно надо положить пеленку, но не смогут объяснить почему. Объясняю: в те времена, когда жили и мыли ребятишек бабушки Ваших бабушек, детей купали в деревянных корытцах (похожих на то, что просил дед у золотой рыбки). И, чтоб не поранить ребенка (щепки, занозы), на дно надо было постелить кусок ткани. Правда, просто? А зачем в пластмассовой ванночке пеленка, я не знаю. И никто не знает. Так можно договориться до того, что на дно большой ванны будем укладывать простыню.

1.7. РОСТ И РАЗВИТИЕ, А ТАКЖЕ НЕКОТОРЫЕ "МЕЛОЧИ", НЕДОСТОЙНЫЕ ОТДЕЛЬНОЙ ГЛАВЫ

«Следуй своей дорогой, и пусть люди говорят что угодно.»

Данте Алигьери

По мере того, как ребенок растет и развивается, родителей все в большей степени волнует вопрос – а такой ли наш, как все? Ужасно, если у мамыной подружки имеется младенец аналогичного возраста, который чего-то там делает такое, что наш еще не делает. Сразу возникает непреодолимое желание мчаться к врачам в целях окончательного искоренения имеющихся "недостатков".

В этой связи **первый совет:**

не тратьте время и нервы на постоянное выискивание "неправильностей" у собственного ребенка.

Поверьте: действительно серьезные болезни, при которых малыш не сможет научиться ползать, сидеть или ходить, встречаются довольно редко.

Очень маловероятно, чтобы у Вашего ребенка вообще не появились зубы, чтобы он всю жизнь предпочитал есть из соски, чтобы процесс ползания доставлял ему больше радости, чем ходьба. Не суетитесь – всему свое время. Но время это, в каждом конкретном случае, индивидуально. И не надо торопить события – все научились и Ваш научится.

Вы лишь поймите главное - родители должны сделать все реально зависящее от них, чтобы оказать должное влияние на рост и развитие малыша. А это – правильный уход, рациональное вскармливание, массаж, гимнастика, закаливание, свежий воздух.

И если у ребенка с рождения "что-то не так" (врожденные или наследственные болезни, родовая травма, малый вес, аллергия и т.п.), то это говорит только об одном - мероприятия, очень желательные для ребенка абсолютно нормального, при проблемах со здоровьем становятся обязательными. Потому что для слабого и болезненного ребенка нарушение описанных выше принципов ухода не просто вредно, а весьма опасно.

Слабому и болезненному невозможно прожить в условиях перегрева, без постоянного пребывания на свежем воздухе, а купание для него – мощный стимулятор, позволяющий стать таким же, как все. И витамин Д для него нужнее, и цитрусовые с шоколадом опаснее, и ковры в комнате еще более вредны.

Мне бы очень не хотелось рассказывать в этой книге про то, что и когда должно с ребенком произойти. Психика родителей, особенно начинающих, штука очень хрупкая, и я искренне боюсь, что Вы потратите свои последние нервы на изучение так называемых "норм".

Поэтому добросовестно делайте то, что зависит от Вас. А все остальное: заметить недостатки, своевременно поставить диагноз, направить на обследование или консультацию, назначить соответствующее лечение – Вы не в состоянии. Это вторая половина пути, которую может пройти только врач, но при условии, что Вы преодолете половину первую – будете являться в поликлинику не тогда, когда захочется, а тогда, когда Вам будет назначено прийти (в месячном возрасте, в 3 месяца, в 6 и т.д.). Еще раз обращаю внимание: если чуть-чуть "не норма" – само пройдет. Если совсем "не норма" – это не родители должны заметить, а врач. И он заметит обязательно, Вы только предоставьте ему такую возможность.

Если же, по причине болезненной любознательности, Вы все-таки пытаетесь самостоятельно определить "правильность", "своевременность" и "нормальность" малыша, помните, что нельзя подходить к ребенку с позиций математика. Не может быть однозначных норм – сколько обязательно должен съесть, сколько обязательно должен весить, какой обязательно должен быть длины и т.д. Все перечисленное важно, но не принципиально. Гораздо важнее другое: реакции на окружающее, аппетит, сон, здоровье.

Очень многие сроки (когда начнет держать головку, сидеть, стоять, ползать) зависят от системы воспитания, то есть от родителей. Если, например, ребенок спит на животе, то

головку он держит раньше в сравнении с малышом, спящим на спине. Чем активнее проводятся массаж и гимнастика, чем прохладнее вода при купании, чем меньше в ребенке лишних килограммов (или граммов, неважно) – тем лучше развивается мускулатура, тем больше возможностей для того, чтобы своевременно сесть, поползти, встать, пойти.

Есть вещи, про которые, тем не менее, надобно кое-что знать, и мы поступим довольно просто – назовем эти вещи своими именами, обращая внимание на моменты, принципиально важные для здоровья ребенка и душевного покоя его родителей.

В целом интенсивность развития детских мозгов зависит от количества раздражителей, в них поступающих: чем больше можно увидеть и услышать, чем больше можно ощутить кожей, тем лучше. Про чувство меры Вы, естественно, не забудете.

1.7.1. ЗРЕНИЕ

Видеть так, как взрослые, новорожденный, разумеется, не может. Все его реакции ограничиваются тем, что от очень яркого света он жмурится и иногда поворачивает к источнику света глаза. Уже к месячному возрасту, малыш может недолго задерживать на чем-либо взгляд и также ненадолго за этим "чем-то" следить (речь идет о секундах). В течение последующих двух-трех месяцев возможность сопровождать взглядом движущийся предмет заметно улучшается. Вначале ребенок может следить лишь за игрушкой, которая движется в горизонтальной плоскости, но в 4 месяца уже свободно смотрит куда угодно – и вверх, и вниз, и в стороны. Ну, а после этого возраста зрение начинает совершенствоваться очень быстро.

Советы и рекомендации :

1. Нельзя допускать, чтобы в детской комнате была слабая освещенность. Это приводит к задержке способности различать цвета.

2. Игрушки должны быть большими и яркими. Цвет их тоже имеет значение: в первом полугодии жизни – оптимально желтый и зеленый, а затем, чем разнообразнее цвета, тем лучше.

3. Для того, чтобы ребенок научился правильно видеть, не стоит в первые 3-4 месяца вешать перед ним игрушки на близком расстоянии (менее 40 см) – толком разглядеть он ничего не сможет, но есть риск развития косоглазия.

1.7.2. СЛУХ

Новорожденный может лишь вздрогнуть при громком звуке, но способность слушать развивается очень быстро. Уже в месячном возрасте малыш отчетливо реагирует на звуки изменением поведения, перестает плакать, например. К двум-трем месяцам ребенок поворачивает голову к источнику шума, к пяти – реагирует на интонации и легко различает голоса.

Необходимо помнить, что дети очень быстро привыкают к определенному звуковому режиму. Если с момента рождения Вы будете ходить по дому на цыпочках и разговаривать исключительно шепотом, у Вас появится шанс так всю жизнь и проходить.

Это положение особенно актуально для семей, не имеющих большого числа комнат. Продолжайте жить нормально. Слушайте музыку, смотрите телевизор, разговаривайте по телефону. И Ваш малыш в течение всей своей жизни сможет спать, не просыпаясь от кашля соседа за стеной.

1.7.3. ВАШИ БЕСЕДЫ С РЕБЕНКОМ И "БЕСЕДЫ" РЕБЕНКА С ВАМИ

Разговаривать с младенцем надо побольше, но *мама должна помнить, что нельзя целый день беседовать только с ребенком – иногда неплохо пообщаться и с мужем.*

Малыш тоже "разговаривает" с Вами и сам с собой. Эти "беседы" будут поначалу носить характер криков и воплей, которые в первые месяцы жизни воспринимаются родителями однозначно – ребенку плохо. На самом же деле это не всегда так – просто другого способа "пообщаться" у ребенка нет. Месяцев с двух в крике уже прослеживаются интонации, а в 3 месяца младенец начинает гулить – чего-то себе под нос бормотать, агукать, поскуливать.

Важно с первых месяцев жизни выработать правильные реакции на детские вопли, потому что очень легко приучить ребенка к жизни на руках у родителей. Не надо при первом же писке бросаться к нему, переворачивая стулья. Нет ничего страшного в том, чтобы человек с начала жизни привык к тому, что всего хорошего надобно добиваться собственным трудом. Поверьте – ничего он себе не надорвет. А вот таская его на руках, надорветесь Вы. И если пришла пора кормить, то вполне резонно, чтобы он попищал, пока мама спокойно приготовит грудь или молочную смесь.

1.7.4. ПРИЧИНЫ ПЛАЧА

Основные причины плача – неудовлетворенные физиологические потребности – хочет поесть, попить, помочиться, покакать, поспать. Хочет, но не может.

Подтвердить голод или жажду нетрудно – предложите поесть или попить. Сложности с тем, чтобы помочиться, бывают только у мальчиков, когда имеется воспаление крайней плоти. Проявляется это пронзительным криком, который проходит после мочеиспускания. Помощь в домашних условиях заключается в двух возможных действиях родителей: 1. Теплые ванночки с раствором антисептика (фурацилин или марганцовка) – 4-5 раз в день по 10-15 минут; 2. Оттянуть крайнюю плоть и из пипетки капнуть в щель 2-3 капли чистого масляного раствора – идеально масляный раствор витамина Е или А из ампулы (стерильный), можно использовать эктерицид. Если очень кричит во время мочеиспускания, если после отхождения мочи совсем не успокаивается, если явно не может помочиться, если покраснела (посинела) или опухла головка полового члена – к врачу, и, чтоб не терять время понапрасну, лучше сразу к хирургу.

Мысли о плаче, возникающем в связи с болями в животе, появляются тогда, когда у ребенка в течение длительного времени не было стула (часов 8-10).

Действия: массаж живота рукой симметричное сгибание обеих ножек в коленном и тазобедренном суставах (прижимать ножки к животу). Если эффекта нет – газоотводная трубочка, можно использовать пластмассовый наконечник клизмы; обязательно смазать вазелином, глубина погружения в задний проход 2-3 см. Вводить в положении ребенка на боку с поджатыми к животу ножками и продолжать при этом массаж. Ну и последнее средство – клизма. Если после введения жидкости самостоятельно не покакал, обязательно вновь поставьте газоотводную трубку, чтоб вышла вода. Дальнейшие действия, включая использование препаратов, уменьшающих спазмы в кишечнике (например, но-шпы), согласовывайте с врачом.

Основной причиной невозможности спать и плача из-за этого является боль или ощущение дискомфорта. Наиболее частый источник боли – кишечник (помогают массаж и тепло – лучше всего тело мамы), а также кожа – опрелости, трещины. Обеспечьте должный температурный режим, ведь, как мы уже неоднократно упоминали, и боли в животе, и нарушение целостности кожи, и жажда являются постоянными спутниками перегрева.

Если, перед тем как заснуть, малыш долго капризничает, дрыгается, "распеленывается", значит Вы просто торопитесь укладывать его спать. Пусть лучше перед сном некоторое время подрыгается и попищит голеньким.

Очень часто родители жалуются на то, что "ребенок перепутал день с ночью" – днем спокойно спит, а ночью рта не закрывает. Вполне возможно, что ночью у Вас в комнате душно, но чаще всего малыш просто за день высыпается, а ночью желает развлекаться. К тому же днем у матери ведь нет возможности только ребенком заниматься (стирка, уборка,

еда), а ночью чего ж еще делать, как не носить его на руках? Если в детской комнате не жарко и никаких других поводов для плача нет (еда, вода, кожа, живот и т. д.), то есть кричит по ночам именно потому, что выспался днем, следует собрать волю в кулак и сделать следующее. В течение одного дня сознательно (!) мешать ребенку спать. Уложили. Заснул. Через час-полтора – разбудите и развлекайте до кормления. И так целый день, как бы ни скулил и пищал. Если за день наорется и устанет – ночью будет спать, как миленький. Лучше потерпеть один день, чем десятки ночей не выспаться и бросаться после этого на своих близких.

1.7.5. СИДЕНИЕ, ПОЛЗАНИЕ, СТОЯНИЕ, ХОЖДЕНИЕ

Все вышеперечисленное ребенок захочет сделать сам, и сам сделает, без особой Вашей помощи. Роль родителей лишь в одном – так воспитывать, чтобы сидение, ползание, стояние и хождение не превращались в тяжелый и опасный труд: закалять, развивать мускулатуру, предпринимать меры для профилактики рахита.

Любые стояния и хождения по полу очень желательны босиком, никакой обуви ребенку в доме не нужно. Действуя таким образом, Вы на всю жизнь устраните проблему мокрых ног.

Предмет особой гордости очень многих мам и пап нередко отражается следующей фразой: «А наш (наша), между прочим, в 5 месяцев сел, а в 10 месяцев уже пошел (пошла)». В этой связи, хотелось бы обратить внимание на следующий момент. Прямохождение, т.е. хождение именно на двух лапах, а не на четырех, создало человеку, как биологическому виду, немало проблем, связанных, прежде всего, с достаточно серьезной нагрузкой на позвоночник. Ранняя нагрузка на этот самый позвоночник может привести, в дальнейшем, к самым разнообразным проблемам (искривлениям, радикулитам и т.п.).

Еще раз обращаю внимание: *сидеть и ходить ребенок должен захотеть сам*. По крайней мере, в возрасте до года не надо его сознательно тренировать и «учить». Ничего страшного, если малыш лишний месяц полежит и поползает.

Кстати, обратите внимание на такой интересный факт: подавляющее большинство стройных и длинноногих девушек в раннем детстве были пухлыми, толстенькими и поздно начали ходить. Может быть, для стройности ног так и надо?

1.7.6. СЛЮНИ И ЗУБЫ

Существует народная примета: если у ребенка активно побежали слюни – значит скоро полезут зубы. Мой личный опыт эту мудрость не подтверждает. С двух-трех месяцев слюни бегут у всех, а зубы появляются, как правило, после шести.

Время появления зубов (при нормальном питании и уходе) зависит, главным образом, от наследственности, разумеется, в определенных пределах. Нет никаких оснований для беспокойства, если все абсолютно нормально, ребенку 9 месяцев, а зубов нет.

И еще один момент. Медицинская наука считает, что прорезывание зубов очень редко сопровождается развитием болезненного состояния. Но и практические врачи (автор в том числе), и подавляющее большинство родителей сплошь и рядом наблюдают, как у, казалось бы, здорового ребенка вдруг ни с того ни с сего портится настроение, повышается температура, иногда начинается понос. А через 2-3 дня прорезывается зуб, и все проходит.

1.8. ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА НАЧАЛА ЖИЗНИ

*«Мы вечно то, чем нам быть в свете суждено.
Гони природу в дверь, она влетит в окно.»*
Н.М. Карамзин

Появившийся на свет младенец (человеческий детеныш) – такой же биологический объект, как волчонок, поросенок или медвежонок.

Природа заложила в ребенка способность жить по своим законам, которые вовсе не предусматривают идеальную чистоту, строгий режим сна и отдыха, регулярный прием пищи, отсутствие сквозняков, кипяченую воду, теплые носки и т.д. И не надо сознательно ставить природу в тупик. Ведь когда не действуют законы Природы, действуют законы другие – законы Любви и Страха. Которые, мягко говоря, совсем не лучше.

Решиться следовать Природе, выбирая принципы воспитания, родители должны сами. И не требовать, и не ждать, и не надеяться на то, что хоть кто-нибудь добровольно согласится делить с ними ответственность. И постараться обойтись своими силами, подумать и найти, в конце концов, золотую середину между мудростью Природы и прелестями Цивилизации.

В каждом человеке заложены с момента рождения две половинки – биологическая и социальная. Биологическая – это как раз и есть природные корни, именно о них мы все время говорили. Социальная половинка больше относится к педагогике, и осталась она нами почти нетронутой. Наверное, так и надо было. Когда ребенок из болезней не вылезает, самое замечательное воспитание не в радость.

Поэтому самая главная задача на этапе начала жизни – не растерять биологическое, дабы иметь потом возможность развивать социальное.

Вот и не теряйте! Ведь это здоровье!

Вашего ребенка здоровье!

Решайте сами.

*Ведь это **Ваши** ребенок...*

Нам кажется недостаточным оставить тело и душу детей в таком состоянии, в каком они даны природой, – мы заботимся об их воспитании и обучении, чтобы хорошее стало много лучшим, а плохое изменилось и стало хорошим.

Лукиан

ЧАСТЬ ВТОРАЯ. ОБРАЗ ЖИЗНИ ВАШЕГО РЕБЕНКА

2.1. ЧЛЕНЫ СЕМЬИ: ТАКТИКА РАЦИОНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

*«Когда в товарищах согласья нет,
На лад их дело не пойдет,
И выйдет из него не дело, только мука.»*
И.А. Крылов

Изложенная в предшествующих главах информация позволяет подвести некоторые предварительные итоги. Мы ведь знаем уже, как гулять, как кормить, как купать, как одевать. Осталось только свести полученные сведения вместе и выработать тактику действий родителей, позволяющую без особых усилий вырастить здорового ребенка, сохранив при этом мир и покой семьи.

Мы по-прежнему имеем в виду стандартную семью – изолированная квартира, мама, папа, дитя. Наличие еще одного ребенка, бабушек, дедушек и т.п. ни на что существенно не влияет и не является отклонением от стандарта. Давайте представим себе, что помощи нам

ждать не от кого. А коль скоро научимся воспитывать детей без помощников, то с помощниками Вы уж сами придумаете, что делать.

В то же время мы сразу должны признать, что появление новорожденного в неодинаковой степени отражается на образе жизни членов семьи. Дело даже не в распределении обязанностей. Папа, при всем желании, не может сделать некоторые вещи. Кроме того, люди разных поколений и разного воспитания по-разному представляют себе, что все-таки делать надо, и весь воспитательный процесс напоминает дискуссионный клуб с шараханиями в разные стороны и опасными экспериментами, которые плохо отражаются не только на здоровье ребенка, но и на благополучии семьи в целом. Я неоднократно сталкивался с ситуацией, когда зять с тещей (вариант – невестка со свекровью), жившие ДО появления ребенка душа в душу, становились ПОСЛЕ того злейшими врагами.

Поэтому процесс ухода за ребенком и его воспитания мы рассмотрим с разных точек зрения. Логично предвидеть, что, если каждый из членов семьи будет совершать наиболее осмысленные и наиболее рациональные действия, то и семья в целом будет благополучной.

2.1.1. МАМА

«Мать – это имя Бога на устах и в сердцах маленьких детей.»

У. Теккерей

Очень многое уже позади: смогли забеременеть, выносили, родили, наконец-то добрались до дома. Впереди еще больше – вырастить, желательно здоровым и, желательно, с наименьшими затратами сил.

Самое главное – очень постарайтесь ни на кого не рассчитывать. Даже на мужа, каким бы он ни был любимым и замечательным. Без помощи других Вам, конечно же, будет тяжело, но Вы обязаны сделать все, чтобы эта помощь не стала необходимостью и не превратилась, в конце концов, в одолжение. Я Вас уверяю, что, правильно организовав режим (прежде всего свой), Вы справитесь сами, а, идя на поводу у других, создадите себе и ребенку проблемы – помните знаменитое "у семи нянек дитя без глазу". Вот и надо стать нянькой – главной, единственной и, что самое главное, незаменимой. Ребенок может обойтись и без папы, и без бабушек, и без дедушек. Без мамы обойтись нельзя – выжить можно, но нормальной такую жизнь назвать нельзя. Внушите это себе раз и навсегда.

Начнем с утра. Главная Ваша цель – поскорее остаться наедине с малышом, оградив себя от забот о других членах семьи: папу на работу, старшего ребенка – в школу и т.д.

Обычно младенец просыпается в 5-7 часов, то есть в этом промежутке времени обязательно присутствует кормление. Мы, конечно, можем допустить, что, пока мама занимается ребенком, папа готовит завтрак, но я ведь предупредил: мы имеем дело со стандартной семьей, а не с особо благополучной. Для Вас ребенок, прежде всего.

Покормите (грудь или смесь – не принципиально). Если к концу кормления он начал дремать, сразу же отправьте его спать на балкон, если же нет, пусть полежит немножко в кровати голеньким. Но через полчаса в любом случае – гулять. Теперь нейтрализуем остальных членов семьи. Кормим папу. Если поел сам – замечательно, если же не умеет включать кухонную плиту – нечего возмущаться. Учить и воспитывать мужа надо было до беременности. Очень неплохо во время кормления папы и самой поесть.

Ну, вот мы и одни. Пусть в доме беспорядок: на кухне немытая посуда, старший сын опять забыл убрать свою постель и т.п. Быстренько делаем два дела – наливаем в бутылочку воду, которую ребенок будет пить в течение дня, и завариваем череду к вечернему купанию. Все. Теперь самой спать – желательно в той комнате, что рядом с балконом. Часов в 9-10 ребенок Вас позовет. Занесите, покормите и далее по прежней схеме – немножко побыл в доме и отправляется гулять. Если Вы еще не выспались – опять спать. Пока полностью не отдохнете – никакой домашней работы.

Уверяю, что к полудню Вы почувствуете себя вполне созревшей для других дел. У Вас

имеется от 4 до 7 часов, пока вернется со службы муж, и за это время вполне можно убрать в доме, приготовить еду, простирнуть пеленки и привести себя в порядок. Последнее действие ни в коем случае нельзя недооценивать. Если Вы чего-то там не успеваете, найдите, тем не менее, время для себя. Внешний вид женщины имеет для семейного благополучия не меньшее значение, чем своевременно приготовленный обед. И грудной ребенок не повод для того, чтобы от Вас шарахались домашние и соседи. Вы ведь прекрасно понимаете, что отсутствие у мужа возможности или, что хуже, желания помогать Вам, не может быть изменено постоянными напоминаниями о Вашей усталости и плохом самочувствии. Мужчина, прежде всего, должен стремиться вернуться в дом, где его ждет улыбающаяся и привлекательная жена, семейный обед и покой. Только такой дом стимулирует у него желание что-либо в этом доме делать. Это правда, какой бы она ни казалась противной и несправедливой с женской точки зрения.

Еще раз обращаю внимание: необходимо очень стараться хотя бы иногда (чем чаще тем лучше!), напоминать мужу и отцу, что Ваше отношение к нему ничуть не изменилось. Семья не заинтересована в смещении акцентов – мол, сначала дитя, потом уже все остальные. Ребенок заинтересован, а семья нет. И будет очень обидно, если, усердно занимаясь только младенцем, Вы, в конце концов, разрушите семью. А потом начнете активно следить за своей внешностью, дабы новую семью создать. Удивительная логика, не правда ли? Но ведь примеров таких тысячи...

Семейный вечер должен быть свободен от дел, не имеющих обязательной надобности. Если пришедший с работы папа вынужден гладить пеленки, значит мама не может свой день нормально организовать. И этому есть только два оправдания – болезнь ребенка или болезнь матери. Но если Вы полдня проходили с ребенком на руках, потому что, оставшись в кроватке один, он плачет, то все это хорошим не закончится – ребенок, может, и замолчит, однако плакать будут другие...

Малыш по-прежнему спит на балконе, и занести его оттуда в последний раз необходимо часов в 8-9 вечера (но лучше всего совершить вечерний семейный моцион – погулять всем вместе. Вам ведь тоже не помешает свежим воздухом подышать). После еды не стремитесь укладывать спать, ежели заснул, то, примерно в 22.30, начинайте потихоньку будить. Это единственный случай, когда здорового ребенка надобно будить специально. Но лучше разбудить сейчас, чем не спать полночи. Проснулся – массаж, гимнастика, ванна. Затем кормление. Спокойной ночи.

Обратите внимание на мудрость Природы! Именно тогда, когда у Вас меньше всего сил (первый месяц после родов), ребенок спит большую часть времени. Все условия для того, чтобы восстановиться и вернуться к нормальной, с точки зрения собственного здоровья, жизни у Вас есть. И Вы имеете практически стопроцентную возможность эти условия реализовать, если не будете мешать ребенку развиваться в соответствии с законами Природы (не кутать, не греть, выносить гулять, не ограничивать активность тугим пеленанием, не кормить соками, не купать в теплой воде, не беречь от сквозняков и т.п.).

По мере роста малыша количества свободного времени и возможностей для отдыха будет меньше. Но Вы ведь уже не настолько замучены беременностью и родами, как раньше. Так что справитесь.

Вы уже стали для своего ребенка единственной и незаменимой – МАМОЙ. Но, все же не стремитесь принципиальные решения принимать самостоятельно и самостоятельно их выполнять. С точки зрения ООН, – эмансипация – это хорошо, а с точки зрения врача-педиатра – плохо.

Дайте возможность отцу проявить инициативу, пусть и он отвечает за своего ребенка. *Очень важно при этом понять:*

1. В современном мире добиться чего-либо путного можно только совершая осмысленные действия. Чувства и эмоции хороши в любви, но мешают адаптироваться к жестокому окружающему миру. Если Ваши взгляды на то, как надобно с ребенком общаться не совпадают с взглядами Вашего мужа, то в 90% случаев не правы именно Вы.

2. В любом мужчине присутствует преогромное честолюбие, и все им совершаемое требует одобрения окружающих. Женщина обязана (!) всячески поощрять общение мужчины с ребенком, каким бы это общение не было с ее женской точки зрения неправильным.

3. Женщина никогда не должна переоценивать собственные педагогические способности. И даже если Ваше семья распадается, абсолютно недопустимы, глупы и нелогичны запреты на общение отца и ребенка.

4. Поменьше «воюйте» с мужчинами в доме. Отсутствием инициативы и присутствием лени они во многом обязаны женщинам. Ну и что с того, что не получилось? Подумаешь, запеленал, а у малыша нога вылезла! Подумаешь, каша пригорела! Подумаешь, опоздал на молочную кухню! Переживем! Лишь бы было желание – пеленать, варить, ходить и т.д. Любую более-менее разумную инициативу, со стороны мужчины исходящую, следует поддерживать. Но, сплошь и рядом, по М.М. Жванецкому: "сам же придумал, сам же и будешь делать, тебя же и накажут, что плохо сделал". Описанная классиком ситуация, была типичной для социалистической системы производства, но советские женщины успешно перенесли ее в семью.

2.1.2. ПАПА

*«Не надобно другого образца,
Когда в глазах пример отца.»*

А.С. Грибоедов

Большинству читателей прекрасно знакомо по книгам и статьям знаменитое словосочетание "мать и дитя". Похожая по звучанию фраза – "отец и дитя" – вызывает ехидные усмешки, что вполне объяснимо особенностями наших семейных взаимоотношений в частности и нашим отношением к жизни вообще.

Поклонники социалистического реализма прекрасно помнят цитаты из многочисленных романов, где, став уже взрослым, вспоминает герой (героиня) о своем детстве... "Почерневшие от угольной пыли могучие руки отца", "вернулся из похода отец" и т.д. Таким образом, роль отца в воспитании сводилась к тому, чтобы, придя с работы, прижать к могучей груди ребенка и, выполнив тем самым родительский долг, мирно отойти ко сну, чтобы, отдохнув, с новыми силами вернуться к построению коммунизма. До революции (1917-го года) отцы были поактивнее – они, нередко, принимали на себя важные педагогические решения – "я тебя породил, я тебя и убью", "зла на тебя не держу, помню как носил на руках", ну а затем воспитывали, как положено.

Воспитывали! Но это чуть позже. А сейчас, когда он только что родился, вполне резонно и даже естественно, что Вы не испытываете к ребенку тех чувств, которые видите постоянно на лице супруги. Если Вам еще нет 30-ти лет, это вообще абсолютная норма. Вы в глубине души очень ждете того часа, когда сможете с ребенком общаться: разговаривать, ходить вместе в цирк или зоопарк, рассказывать ему про всякие приключения из Вашей жизни. До этого не так уж много времени осталось и не волнуйтесь, не находя в себе особых чувств. Делиться с женой сомнениями не следует, однако знайте: для мамы младенец близок биологически, вне зависимости от того, какой он – здоровый, больной, спокойный, крикливый и т.п. А для папы малыш интересен как существо социальное – не как детеныш, а как человек. И неудивительно: чем старше будет ребенок, тем больший интерес и большую любовь Вы будете к нему испытывать, а его чувства будут совершенно такими же.

Поэтому главная точка приложения Ваших усилий – мама ребенка, которая, хотите Вы или не хотите, должна быть и будет сначала мамой и только потом уже Вашей женой. И надо смириться с тем, что материнский инстинкт сильнее любви к Вам. Но чем меньше времени будет уходить на потребности младенца, тем больше времени останется на Вас (на Вашу еду, на Вашу одежду и т.п.). И, хотя бы из эгоистических соображений, Вы более чем кто бы то ни было, заинтересованы в нормальном воспитании ребенка. Вот тут и пригодится Ваше

мужское здравомыслие – ведь многое из того, что в этой книге написано, с точки зрения мужчины очевидно, а с точки зрения женщины – страшно. И вероятность того, что супруга колеблется, а Вы нет, очень велика.

Поверьте: Ваша любимая женщина (мать Вашего родившегося или будущего ребенка) только делает вид, что она знает, как его кормить, одевать, купать и лечить, что купить, где поставить кроватку, когда гулять, сколько спать и т.д. и т.п. Да, материнский инстинкт в несколько раз сильнее отцовского. Да, Вам не дано испытать, каково это, когда там внутри ножкой дрыг... Какая это неземная легкость, какое блаженство, когда после нескольких часов боли он закричит, а значит, стала мамой, стала настоящей Женщиной... Как это кормить грудью... Но трудность биологической роли (забеременеть, выносить, родить и выкормить намного сложнее, чем уговорить и смочь) вовсе не свидетельствует о большем знании и большем умении ориентироваться в функциях социальных.

Еще раз подчеркиваю: **знаний о том, что с ребенком делать у состоявшихся папы и мамы абсолютно одинаково – то есть практически их нет**. Кому принимать решения? Кто прав – женские чувства, эмоции, инстинкты или мужские рассудительность, логика, здравый смысл?

Вероятность того, что неправильное решение будет принято мужчиной многократно меньше. Но главное в другом! Только бы сами мужчины это, во-первых, поняли, а, во-вторых, захотели – захотели принимать эти самые решения.

Конечно, всегда будут вопросы спорные – когда без специальных знаний, без помощи специалиста (врача, педагога) правильное решение принять трудно, почти невозможно. Но огромное число проблем, «по размышленьи зрелом», оказываются вполне и благополучно разрешимыми.

Помогите жене преодолеть сомнения, малыш Ваш общий, а одно решение на двоих принимать легче. Сделайте все, чтобы оградить ее от стрессов, принять на себя огонь старших товарищей и самому не устраивать истерик по пустякам. Конечно, Вас беременность и роды тоже утомили, но не до такой же степени...

Стереотипы – женская работа, мужская работа – преодолеваются легко. Стоит только захотеть, и у самого мужика весьма быстро появляется уверенность в своих силах, убежденность в том, что он лучше кого бы то ни было знает, что нужно его ребенку!

Нет никаких дискуссий по поводу того, что Вам делать можно, а чего нельзя. Можно все, и Ваша тяга к ребенку – бальзам на душу его матери. Постарайтесь, очень постарайтесь проявлять инициативу самостоятельно, не дожидаясь просьб и не доводя дело до понуканий.

Очень хорошо с самого начала взвалить на свои плечи тяжкий груз каких-либо конкретных действий. Например, купание ребенка в ванне у мужчины всегда (!) получается лучше. Разного рода манипуляции с младенцем – тоже Ваша прямая задача, у мамы может просто сил не хватить. Ну, а если Вы изъявите желание чего-нибудь постирать, погладить или приготовить, то благополучию Вашей семьи можно будет только позавидовать. А переложить на себя бремя магазинов и прачечных – было бы совсем славненько.

Совершенно очевидно, что продолжение рода, с любой точки зрения, – биологической, экономической, социальной, – является одним из наиглавнейших предназначений Человека. И если здоровье позволяет Вам иметь детей, то это счастье. Еще важнее для мужчины – обеспечить материальное благополучие своей семьи, своего ребенка. Вполне логично предположить, что, коль скоро Вы нашли в себе силы малыша заиметь, то подразумевается Ваша возможность его прокормить.

И здесь приходится с грустью констатировать: в подавляющем большинстве случаев роль отца – совсем не из главных – так, эпизод. Автор книги, будучи врачом педиатром, ежедневно имеет возможность просматривать так называемую паспортную часть историй болезни. В графе «место работы и возраст родителей» сплошь и рядом читаешь: «21 год, студент» или «24 года, временно не работает». И начинаешь невольно представлять себе такую ситуацию. Некий студент, 21 года от роду, решил завести себе аквариумных рыбок.

Сначала этот молодой человек подсчитает, сколько на это надобно денег потратить. Потом подумает, какой купить аквариум и где его поставить, посоветуется каких запустить туда рыбок, определится с вопросом кто, когда и чем их будет кормить.

Рыбки – прелесть! Они, как это ни жестоко звучит, даже умирают молча...

Но вот тот же самый студент, которому надоело целоваться в подъездах и арендовать квартиры у приятелей, решает обзавестись семьей. Его воображение рисует радужные перспективы тепла, уюта, а также никем и ничем не ограниченной половой жизни. Но, через некоторое время, оказывается, что от этой самой жизни случаются дети. А еще месяцев через девять выясняется: кроватку ставить негде, денег, уюта, покоя нет, а половой жизни не очень то и хочется. Но, дело сделано.

Именно в такой ситуации и возникает настоятельная необходимость пересмотра наших традиционных представлений о роли отца.

И последнее, но очень важное – социальный долг отца: сделать своего ребенка счастливым. Прежде всего, помнить и понимать: счастье Ваших детей определяется их способностью думать, обучаться и принимать самостоятельные решения. Развить эти способности может именно мужчина – отец. Прекрасно известно, что великие педагоги (Макаренко, Сухомлинский, Корчак и т.д.) были мужчинами. В обычной средней школе учитель и учительница – совсем не одно и то же: вспомните свои школьные годы, поговорите с Вашими детьми. Ну и кто был лучше, кто больше запомнился? Короче говоря, общепринято, что мужчина занимающийся воспитанием ребенка способен добиться гораздо больших успехов, нежели женщина.

Глубоко все равно, когда дитя Ваше научиться читать, но общечеловеческие ценности должны быть привиты и это однозначно, но реально возможно лишь тогда, когда эти ценности являются ценностями для Вашей семьи. Пообещал – сделай, не ври, не опаздывай, больно – терпи, не скули, не просись на ручки, мама тоже устала, политика – грязь, деньги – временное, музыка, живопись, литература – вечны, семья – святое, религия – личное дело каждого. Если для Вас все это так, то и будет Ваш ребенок – Человеком!

2.1.3. БАБУШКИ И ДЕДУШКИ

*«Тут же бабушка хлопчет,
Дать совет полезный хочет –
Как лечили в старину.»*

С.В. Михалков

Для начала отмечу, что, говоря о бабушках и дедушках, автор, обращается главным образом и, прежде всего именно к бабушкам. Ведь бабушка, в сравнении с дедушкой, почти всегда более эмоциональна, менее управляема, и, как это ни парадоксально, заметно более активна. Опыт автора показывает: переговоры с врачом бабушки осуществляют в 20 раз чаще, чем дедушки. Этот факт сам по себе символичен и показателен.

* * *

Отрицать огромную роль бабушек в деле воспитания подрастающего поколения просто бессмысленно. В нашей стране это бессмысленно вдвойне, поскольку подавляющее большинство молодых семей вообще не в состоянии без помощи бабушек обеспечить ребенку нормальный уход и воспитание. Перечислим для начала факторы, обуславливающие именно такое положение вещей.

1. Наша семья часто не является полноценной ячейкой общества – она не самодостаточна, вступившие в брак молодые люди не могут выжить без постоянной помощи «старших товарищей». Дети, как правило, появляются на свет не потому, что этого очень хотелось родителям, а потому, что «так получилось». Сами виновники происшествия не

имеют ни отдельного жилья, ни средств к полноценному существованию – владеют жильем как раз бабушки и финансовую помощь оказывают тоже бабушки, которые, как правило, совсем не старушки, а наоборот, женщины в расцвете сил и материальных возможностей.

2. У мамы и папы отсутствует какой-либо опыт, какие либо знания касательно того, что с дитем надобно делать. Под рукой всегда есть их собственные родители, такой опыт имеющие.

3. Процесс ухода за ребенком постоянно требует принятия весьма ответственных решений. Молодые папа и мама очень часто боятся, да и просто не хотят принимать не только ответственных, но и вообще никаких решений – весьма удобная позиция, особенно с учетом того факта, что под рукой имеются лица (все те же бабушки) готовые эти решения принимать.

4. К моменту появления в семье детей папы-мамы часто сами еще не становятся взрослыми и им (папам-мамам) очень хочется гулять, танцевать и играть. Ребенок мешает радоваться жизни, а помощь бабушек позволяет быть мамой-папой и, в то же время, не грустить, по поводу того, что пропадают молодые годы.

С учетом перечисленных выше пунктов становится очевидным следующий факт: само понятие «бабушка» вполне может рассматриваться не в качестве конкретного человека, а в качестве очень значимого социального феномена, требующего отдельного изучения.

В течение многих лет автору приходится контактировать с бабушками самым тесным образом. Выводы однозначны – без учета этого явления почти невозможно организовать нормальные уход и воспитание детей.

Главной проблемой участия бабушек в воспитательном процессе является проблема собственности – собственности на дитя. Чувствуя в себе силы и желания помогать, пребывая в полной уверенности, что хорошо знает, как это надо делать, бабушка, тем не менее, на уровне подсознания чувствует, что это не ее ребенок! Не своей вещью нормальный человек пользуется с особой осторожностью – тут главное не навредить. Ну а представления о том, что для ребенка вредно, опасно и нежелательно у бабушек совершенно конкретны – вредно не есть, вредно мерзнуть, вредно плакать, вредно мочить уши, вредно ходить босиком и т.п. – таких вредностей сотни. Неудивительно, что бабушкино воспитание отличается повышенной заботливостью, граничащей с патологией. Ни о каких закалываниях, сквозняхках и холодных пятках даже речи быть не может. Отдельный вопрос – болезни. Если можно лечить, а можно подождать, бабушка всегда предпочтет лечить – как бы чего не вышло.

Одновременное участие представителей двух поколений в воспитательном процессе часто порождает множество проблем, которые, не менее часто, переходят в серьезные конфликты. Любимый зять становится врагом номер один, очаровательная невестка превращается в ленивую неумеху. Словосочетание «твоя мать» (в различных падежах) все чаще употребляется супругами в процессе выяснения отношений друг с другом. Фраза «ты такой же (такая же) как твоя мать, а я с твоей матерью жить не хочу» иногда становится финальным аккордом, извещающим о распаде очередной семьи.

Предотвратить возможные конфликты можно. Для этого всем участникам воспитательного процесса следует расставить точки над «i» и определиться с понятиями ответственности и собственности. Приоритетную роль в выяснении отношений просто обязаны сыграть именно бабушки, как люди более опытные, и, по крайней мере, теоретически, более мудрые и более уравновешенные.

Способность любить вообще и особенно способность любить детей имеют теснейшую связь с возрастом человека. Не в состоянии, биологически не в состоянии двадцатилетние девчонки и мальчишки испытывать те же чувства, что и зрелая женщина – мать этих мальчишек-девчонок, которые «доигрались» и стали сильно взрослыми...

* * *

Дорогие бабушки! Очень-очень Вас прошу, найти мужество дочитать эту главу до конца, а там будь что будет.

Ваше главное отличие от "молодых" – опыт. Им многое еще предстоит, а Вы своего ребенка уже благополучно вырастили и поженили (выдали замуж). Оглядываясь на пройденный путь, Вы убеждены в том, что точно знаете, как надобно поступать с ребенком. Но был ли Ваш путь легким? Вспомните, всегда ли Вы были согласны с собственной мамой? Абсолютно ли Вы уверены в Вашей правоте и Вашем праве советовать или, что еще хуже, принимать решения?

Воспитание ребенка окружено огромным количеством традиций, заблуждений и предрассудков, а многие вещи, однозначно воспринимаемые как правильные, на самом деле таковыми не являются. Вас учили, что ребенка необходимо туго пеленать. И Вы пеленали, уверенные: так надо. Почему надо? Что, есть хоть одно живое существо, не дающее своему детенышу пошевеливаться? Вас учили не кормить ребенка по ночам. Почему? Где это видано, чтоб у матери было молоко, а ребенок кричал от голода?! Вы привыкли листать журнал "Здоровье", издаваемый такими же бабушками и дедушками. Неудивительно, что идеалом красоты стал пухлый младенец с явными признаками ожирения и красными от аллергии щеками.

Вы готовы на все, лишь бы оградить внука от опасностей, поскольку убеждены в его слабости, болезненности и неподготовленности к жизни. Но ведь это совершенно не так – болезненными дети как правило не рождаются, а становятся.

Жизнь очень и очень изменилась... И многое из того, что было правильно в прошлом, стало бессмысленным сейчас. В условиях голода вполне логично дать ребенку желток единственного на всю семью яйца. Но при нормальной жизни не лучше ли накормить должным образом маму. Если ребенка кормили коровьим молоком, приходилось давать соки для восполнения потребностей в витаминах – это в прошлом. Но зачем в месячном возрасте давать сок, когда есть возможность купить молочную смесь, в состав которой все нужные витамины уже включены.

Все вышеизложенное я пишу с одной единственной целью: убедить Вас в том, что Вы не являетесь носителями абсолютной истины, как впрочем, и автор. Но, в силу профессии, мне постоянно приходится сталкиваться с таким количеством несуразностей, главным образом, педагогических, что волосы встают дыбом. И хотите верьте, хотите нет, но дети из семей, где бабушки не живут вместе с внуками, попадают в больницы заметно реже. Там, где некому или некогда кормить ребенка, отказывающегося от еды, заставлять ходить по дому обязательно в носочках, не выскакивать раздетым в коридор, не пить сырую воду и т.п. – так вот, в таких семьях дети гораздо здоровее. И это очевидный факт, говорящий о том, что обильная еда и тепло не имеют никакого отношения к любви, скорее, наоборот.

***Самое главное правило*, обязательное для исполнения дедушками и бабушками: никогда и ни при каких обстоятельствах не принимать никаких решений, касающихся образа жизни ребенка, а тем более, навязывать эти решения его родителям.**

Ответственность за счастье и здоровье малыша несут только мама и папа. Вы должны с этим смириться и, как бы Вам этого ни хотелось, никакой ответственности на себя не брать!

Пусть делают со своим ребенком, что хотят, самостоятельно отвечая за все!

И это не бездействие, не закрывание глаз – это единственный и самый верный путь к миру и покою в семье, к нормальным взаимоотношениям между поколениями. И раз уж Вас просят чего-то не делать (не кормить, не одевать, не греть, не покупать), то и не делайте.

Если Вы имеете время и желание помочь, то постарайтесь помогать пассивно, осуществляя лишь действия, не требующие принятия принципиальных решений. Вы готовы одеть ребенка – пусть скажут во что. Вы готовы покормить – пусть скажут чем, какой температуры, в каком количестве. Вполне возможно, что в подобной ситуации мама и папа захотят или просто будут вынуждены хоть что-нибудь почитать. А ведь вполне закономерно положение вещей, при котором книги типа "Ваш ребенок" бабушки читают чаще и более внимательно, чем мамы.

Но Вы ведь можете очень-очень помочь, вообще ребенка не касаясь, – погладить, постирать, убрать в доме, приготовить еду, сходить в магазин или на молочную кухню. *Ваша помощь – это подарок. И никогда, никогда не вспоминайте и не напоминайте о своих добрых делах. Лучшие уж ничего не делайте.*

Я вполне допускаю, что Ваша "молодежь" может занять пассивную позицию, добровольно передав в руки бабушек и дедушек воспитательный процесс. Но в этом случае Вы становитесь мамой и папой, поскольку, приняв на себя ответственность, Вы автоматически перестаете быть дедушкой и бабушкой.

* * *

Вы, конечно, помните народную мудрость о том, что муж голова, а жена шея. Вы ведь прекрасно понимаете, что мудрая женщина никогда не даст супругу понять тот факт, что как раз она и есть в доме хозяйин. С конфликтами поколений на почве воспитания детей ситуация аналогичная.

Искусство быть настоящей и полноценной бабушкой как раз и состоит в том, чтобы создать у биологических мамы и папы полную иллюзию того, что именно они являются настоящими и полноценными родителями.

2.2. ПИТАНИЕ

«Войдем в положение человека много лет подряд принимающего пищу не потому, что это нужно ЕМУ, а потому что это нужно кому-то другому. Как он впоследствии сможет отличить истинные, СВОИ желания от чьих-то посторонних, навязанных...»

В. Леви

Проблем, связанных с питанием, множество. Проблемы эти совсем непросты, а поиск правильных решений весьма затруднителен – уж слишком велико количество специалистов, точно знающих, как надобно питаться.

Очень трудно быть советчиком в вопросах брака – личный человеческий опыт, как правило, исчерпывается одной-двумя попытками. Чуть легче решить сексуальные проблемы – у нормального взрослого человека опыта побольше – хоть раз в 10 дней каждый пытается свои познания в этом вопросе если не расширить, то, по крайней мере, убедиться в том, что есть еще порох в пороховницах... Но, коли речь зашла о еде – тут уж каждый три раза в день проводит над своим организмом эксперименты. А, поскольку практический опыт большой, то, как им не поделиться – вот и появляются на свет многочисленные трактаты о правилах питания, о совместимости продуктов, о том, как отдавать врагам ужин, о пользе сыроедения, о спасительности голодания и т.д. и т.п.

Многочисленные «теории еды» – вегетарианство, раздельное питание и др. – удивительным образом напоминают религиозные трактаты, в которых ангелы, грешники и праведники заменены белками, жирами, углеводами, шлаками и калориями.

«Кто верит в Магомета, кто в Аллаха, кто в Иисуса...», а кто в ферменты, кишечные соки и вышеупомянутые белки с углеводами – тут уж ничего не поделаешь. Человек существо внушаемое, и если очень внушить себе, что надобно именно так – то поможет обязательно и жить станет веселей.

Принципиально важно, тем не менее, другое – *любые взрослые дяди и тети вправе сами, с учетом своих личных взглядов и материальных возможностей, решать – что, кого, когда, вместе с чем, вместо чего и в каких количествах следует употреблять в пищу.*

Но дети! Как быть с ними? Ребенок ведь не виноват в том, что его отец решил на досуге

овладеть правилами «рационального питания», он (ребенок) не может питаться самостоятельно – жевать и глотать может, но добывать продукты никак.

Отсюда важный вывод:

любые эксперименты с питанием следует проводить на себе . Использовать собственных детей в качестве подопытных кроликов – жестоко и неэтично.

Но кто носитель Истины? Кто *точно* знает – когда, что, в каких количествах? Наверное, никто. Никто не может быть однозначно убежден в своей правоте, но есть вполне определенный резон в том, чтобы попытаться ввести некоторые рамки, сузить диапазон экспериментов, если уж не научить «правильности», то подсказать – чего уж точно делать нельзя.

Было бы неплохо попытаться найти некоторые критерии, позволяющие ответить на вопросы про хорошо и плохо. Поэтому предпримем некоторые рассуждения. Итак, человек, как *биологический вид* существует многие тысячелетия. За эти тысячелетия он не только выжил, но и стал «царем природы» – скорее всего потому, что следовал законам Природы. Логично предположить следующее – *если питание человека, как биологического вида, сопровождается возникновением определенных проблем, то такие проблемы являются для человека естественными, а значит, существуют природные механизмы, позволяющие эти проблемы решать*. Проиллюстрируем это положение двумя простенькими примерами.

– Приходилось ли человеку *голодать* ? Конечно да, как, впрочем, и любому другому биологическому виду (зайцу, волку, карасю, оленю) из тех, что существуют в живой природе в настоящее время. Вывод – голодание для человека естественно. Можно рассуждать о чувстве меры, можно обосновывать рациональность голодания рассуждениями о выведении шлаков, но природная целесообразность явно существует.

– *Вегетарианство*. Ели или не ели рыбу и мясо наши предки? С точки зрения автора книги, очень даже ели. А некоторые народы вообще не ели ничего кроме рыбы и мяса – например, эскимосы. Вывод – вегетарианство может быть и хорошо, но, с точки зрения Природы, оно естественным не является.

Становится понятным, что если по каким-то причинам ребенок останется без еды, то естественные (эволюционные, физиологические) механизмы адаптации не дадут ему пропасть. Но отсутствие в рационе белков животного происхождения неминуемо приведет к нарушениям роста и развития, поскольку вышеупомянутых механизмов адаптации к такому варианту питания не существует.

Приступая, наконец, к конкретным рекомендациям подчеркнем, что в необъятной теме следует, во-первых, выделить 3 основных направления: а) питание детей раннего возраста; б) питание здоровых детей и в) взаимосвязь питания и болезней. Во-вторых, отметим, что наша задача вовсе не состоит в том, чтобы дать ответы на частные, *тактические* вопросы – как варить овсяную кашу и как кормить ребенка, заболевшего вирусным гепатитом. Наша цель – общая *стратегия* – формулировка принципов – чего нельзя, что хорошо, что плохо, а что и вовсе не имеет значения.

* * *

К теме питания детей раннего возраста мы возвращаться не будем, – адресуем читателей к главе «Кормление» в первой части этой книги и считаем тему исчерпанной. Поговорим о детях, вышедших из младенчества и дошедших до «общего стола» – о тех, кто ест все или почти все из того, что едят взрослые.

Принципиально важный момент:

питание ребенка ни при каких обстоятельствах не должно стать смыслом жизни взрослых . Мудрый совет «не делать культа из еды», применительно к детям, актуален, как никогда.

2.2.1. АППЕТИТ

Самая «волнующая» тема, имеющая, тем не менее, самую прямую и самую тесную связь с достатком семьи.

По большому счету, **аппетит – стремление к приему пищи – является эквивалентом затраченной ребенком энергии**. На что тратит энергию ребенок? На рост и развитие, на двигательную активность, на поддержание температуры тела. Много ли может потратить энергии умный, начитанный и всегда тепло одетый ребенок, который вместо активных игр на свежем воздухе изучает иностранный язык? Вопрос риторический, но вот очевидность ответа не способствует почему-то принятию адекватных решений. Сплошь и рядом, отсутствие у ребенка аппетита – признак лени или занятости его родителей. В любом случае, мобилизовать всю семью и с песнями, танцами, уговорами и обещаниями подарков накормить несчастное голодающее дитя гораздо легче и проще, чем провести пол дня на свежем воздухе.

В целом, наличие аппетита – свидетельство готовности организма к тому, чтобы принятую пищу должным образом усвоить, а, следовательно, еда помимо воли – не имеет особого смысла.

2.2.2. КОРМЛЕНИЕ ПО ЧАСАМ

В основе рекомендаций – учение знаменитого физиолога Павлова. Суть такова: если принимать пищу в одно и то же время, то к этому моменту начинают вырабатываться желудочный и кишечный соки, а это очень полезно, поскольку улучшает процесс пищеварения. Не учитывается, однако, тот факт, что у человека не всегда имеется возможность есть в одно и то же время. Опыты Павлов проводил на собаках, а образ жизни собаки слегка отличен от образа жизни наших детей. Павлов не надевал на собак носочки и шапочки, его звери не нервничали в связи с полученной двойкой и не имели возможности смотреть телевизор. Короче говоря, на нормального современного ребенка воздействует множество факторов, каждый из которых может повлиять на аппетит. Похоже, вывод однозначен – *кормление не по часам, а по аппетиту*, но все не так просто, как может показаться на первый взгляд.

Не просто, прежде всего, потому, что произнесенная ребенком фраза «кушать хочу» в тысячах семей однозначно воспринимается как призыв к немедленному действию – дитя голодное!!! Но, кормление по аппетиту ни коим образом не должно превращать родителей и всяких других бабушек в жертв. Проблемы здесь больше педагогические, чем медицинские. Если ребенок отказался от еды, то еду он должен получить не тогда, когда захочет, а тогда, когда у мамы появится время для кормления. И нет ничего страшного в том, что дитя подождет. Пришел со школы и есть отказался, а через час захотел – ну что ж, подождет еще часик пока папа придет с работы. Короче говоря, проблемы кормления в определенное время не существует. Есть лишь два принципиально значимых фактора – 1. Аппетит и 2. Наличие готовой еды. И если еда есть, а аппетита нет, то не следует насиловать ребенка. Главное вовремя ему объяснить, что наличие аппетита вовсе не повод для того, чтобы взрослые, забыв про все дела, бросались на кухню. Кстати, совпадение пунктов 1 и 2 вполне может рассматриваться как основной критерий, отсутствия в семье проблем с питанием ребенка.

2.2.3. ЭТО ХОЧУ, ЭТО НЕ ХОЧУ

Обозначенная тема в 99% случаев имеет в своей основе педагогические проблемы. Голодный человек ест то, что дают. Да, для большинства людей жареная картошка лучше, чем перловая каша. Но, когда с раннего возраста родители положительно реагируют на детские требования – ситуация очень быстро заходит в тупик. Если с помощью криков и воплей ребенок может получить не то, что дают, а то, что хочется именно ему – то это вовсе

не медицинская проблема.

Любовь к детям ни коим образом не должна способствовать формированию эгоизма и чувства собственной исключительности. Абсолютно недопустимо такое положение вещей, когда глупые папа и мама глотают суп, а умный Петя ест куриные котлеты.

Интересно, что сама мама, комментируя сложившуюся ситуацию, говорит сыночку: – «Бедная твоя жена и как она будет тебя кормить». Так может быть есть определенная логика в том, чтобы не создавать детям проблем в будущем?

2.2.4. КОРМЛЕНИЕ В ПРОМЕЖУТКАХ МЕЖДУ КОРМЛЕНИЯМИ

Явление удивительно частое. Яблочко, конфетка, печеньице и т.д. С медицинских позиций вредно, хотя бы потому, что слюна – основной нейтрализатор микробов, попадающих в полость рта. Постоянно не прекращающийся процесс поглощения пищи не только уподобляет ребенка жвачным животным, но и может способствовать возникновению таких болезней как, например, хронический тонзиллит. Речь, кстати, вовсе не идет о жевательных резинках, которые к еде никакого отношения не имеют.

Таким образом, *еда в промежутках между кормлениями является недопустимым в двух случаях:*

Наличие проблем с аппетитом;

Присутствие хронических инфекций в ротоглотке.

2.2.5. СЛАДОСТИ

Источник удовольствия, во-первых, и источник легкодоступной энергии, во-вторых. Вполне резонно отметить, что легкодоступную энергию надобно иметь возможность тратить (достаточная двигательная активность). Если нет проблем с лишним весом и аппетитом, то почему бы и не получить удовольствие? Но: помнить про частые аллергические реакции на шоколад и заморские фрукты – ежели подобные проблемы имеются – с детским здоровьем не играть, не давать по чуть-чуть, а не давать вообще, по крайней мере, год, а там попробовать.

2.2.6. ПЕРВОЕ БЛЮДО

Мнение «раз в день надобно горяченькое и жидкое» довольно популярно. Ежедневное употребление супов и борщей абсолютно не принято в десятках стран мира. Первое блюдо – с медицинских позиций – вовсе не обязательно. Употреблять или нет – дело вкусов и привычек Вашей семьи; немаловажную роль играет при этом материальное положение и наличие свободного времени – наварить на три дня суп не очень сложно и не очень дорого.

2.2.7. ПИТАНИЕ И БОЛЕЗНИ

Для начала следует заметить, что, предпринимая любые рассуждения о том, как надобно питаться при том или ином заболевании, мы просто обязаны выделить два аспекта этого вопроса.

1. Специфические болезни, требующие определенной диеты, и эта диета, очень часто является, чуть ли не решающим условием выздоровления. Примеров сколько угодно, два самых типичных – ограничение соли при болезнях почек и ограничение сахара при сахарном диабете. Воспалительные процессы в кишечнике, печени, желудке, поджелудочной железе, пищевые отравления, язвы желудка, запоры и т.д. – все эти состояния требуют особого питания, определенной диеты.

2. Универсальная ситуация, когда любое острое заболевание или обострение хронического заболевания приводят к снижению аппетита, и у детей это особенно выражено.

Диетотерапия нашей темой не является. Нас интересуют вопросы наиболее общие, наиболее типичные. А наиболее типичная ситуация состоит в том, что у девочки Светы начался насморк и она категорически отказывается от еды. И именно отказ от еды воспринимается родителями как симптом трагической, представляющий собой заметно большую опасность, чем пресловутый насморк, с которого все это началось.

Что же делать? Вопрос этот только на первый взгляд кажется сложным: – общие рекомендации достаточно просты.

Снижение аппетита – типичный признак почти любого заболевания. С точки зрения логики, действия родителей очевидны: ведь если ребенок от еды отказывается, то значит его организм не испытывает потребности в пище, а, следовательно, и ребенка, и организм надобно оставить в покое. Но действовать, таким образом, очень тяжело, поскольку количество здоровья принято связывать с количеством съеденной каши (помните поговорку – "мало каши ел"). Ну, а поскольку при болезнях здоровья стало меньше, то напрашивается вывод о том, что еды надо больше.

На самом же деле заболевшему ребенку часто бывает не до еды. Один из важнейших органов, обеспечивающих процесс пищеварения, – печень. И она же, во-первых, синтезирует вещества, нейтрализующие вирусы и бактерии, а, во-вторых, обезвреживает яды (токсины бактерий, распавшиеся клетки), образующиеся в организме. Естественно, что нормальный организм стремится освободить печень от дел, с которыми можно подождать (процесс пищеварения), и нагрузить ее работой более неотложной (борьба с возбудителями инфекций).

Отсюда важнейший вывод: чем больше еды напихают больного ребенка любящие родственники, тем дольше и тем тяжелее он будет болеть.

Кстати, отношение родителей к тому, как надо ребенка кормить, во многом помогает ответить на вопрос, – почему любимые дети болеют чаще?

Пришел мальчик Сережа из детского сада и говорит: "Я кушать не хочу". Скорее всего, в организм попал какой-то микроб и "умная" печень попросила центр аппетита в головном мозге оставить ее в покое, чтоб спокойно инфекцию нейтрализовать. Если бы к Пете не приставали, он бы утром опять пошел в детский садик. Но массовый героизм семьи (чтение, пение, танцы, "за маму", "за соседа дядю Васю") позволили не дать несчастному мальчику умереть от голода. Утром сопливый и кашляющий Сережа остается дома, а мама вызывает участкового педиатра.

Универсальные правила кормления заболевшего ребенка:

Руководствоваться, прежде всего, аппетитом.

Попытки насильственного кормления абсолютно недопустимы.

Кормить чаще, но давать меньше.

Во время болезни избегать экспериментов – никаких новых продуктов не использовать.

Отдавать предпочтение легкоусвояемой, нежирной, теплой, жидкой пище.

2.3. ГУЛЯНИЕ

*«Гулял по улице щенок –
Не то Пушок, не то Дружок.
Гулял в метель и солнцепек,
И под дождем гулял и мок,
И если даже шел снежок,
Гулял по улице щенок.
Гулял в жару, в мороз и в сырость,
Гулял, гулял, гулял
И вырос.»*

В.А. Левин

Человеку свойственно жить под крышей. Под этой самой крышей люди-человеки реализуют большую часть своих жизненных потребностей – спят, едят, учатся, болеют, занимаются любовью и рожают детей. Взрослые человеческие особи, утомленные борьбой за свое место под солнцем цивилизации, нередко забывают о том, что кроме крыши (вариант – потолка) есть еще небо, тучи, звезды и тому подобные Прелести Природы. Иногда природные корни берут вверх и людей тянет просто погулять. Просто так, без всяких дел – пройтись ножками, подышать свежим воздухом. Ужасно, конечно, что словосочетание «выйти на улицу» стало синонимом слова «погулять», но у городского жителя других вариантов просто нет.

В отличие от взрослых, человеческие детеныши заметно ближе к Природе и, соответственно, заметно дальше от Цивилизации. Детские природные корни, инстинкты и потребности требуют значительно более естественного образа жизни, а постоянную жизнь под крышей, с чисто биологических позиций, естественной назвать нельзя.

Таким образом, ребенок должен гулять. Это аксиома. Банальная фраза, с которой согласны все. Но практическое воплощение бесспорного теоретического положения вызывает, тем не менее, множество вопросов. Как гулять? Сколько времени? При какой погоде и что при этом одеть? А какова связь прогулок и болезней? И если заболел, то когда можно выйти?

Итак, гулять, оказывается, надобно учиться. Поэтому, для начала, определимся с термином – какое значение мы вкладываем в само слово «гулять».

Так уж принято, что гуляние детей и гуляние взрослых трактуется несколько по разному. Когда говорят про гуляние взрослых, то часто подразумевают некоторое вольное времяпровождение, главным образом сексуальной ориентации (примеры: «у Иванова жена гуляет», «Сергей Петрович гуляет с умом»).

Допустить, что взрослый человек пошел гулять *просто так* общественное мнение не может – другое дело, когда с собакой или с ребенком. Исключение – пенсионеры. Им позволяется гулять просто так, как, впрочем, и детям (опять-таки, подтверждение народной мудрости «что старый, что малый»). Именно для вышеуказанных категорий (повторяю – дети всех возрастных групп и пенсионеры) *под гулянием подразумевается пребывание вне помещения, не ставящее своей целью выполнение каких-либо других человеческих функций*. То есть **главный смысл гуляний – контакт с факторами природы с параллельной попыткой оторваться от факторов цивилизации**. Важно, тем не менее, отметить, что близость пенсионеров и детей делает исключительно целесообразным использование первых для активного выгуливания вторых.

Теперь попытаемся перечислить *преимущества гуляния, которые вытекают из недостатков помещения*.

Любое человеческое жилье это:

- накопитель бактерий, в том числе и болезнетворных;
- источник повышенной концентрации пыли, факторов бытовой химии и аллергенов (ковры, мягкая мебель, шерсть, лаки, красители, хлор и т.д.);
- полное отсутствие контакта с ультрафиолетовым излучением, что не особенно важно для взрослых, но весьма значимо для детей – именно под действием УФ лучей в коже вырабатывается витамин «Д»;
- любое замкнутое пространство приводит к резкому ограничению двигательной активности.

– Пребывание на свежем воздухе позволяет, прежде всего, очистить легкие от накопившейся в них бытовой пыли и улучшить функционирование слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Повышение энергозатрат – на поддержание температуры тела, на двигательную активность – оказывает стимулирующее влияние на все жизненно важные системы организма, особенно на сердечно-сосудистую и иммунную.

2.3.1. ПРОГУЛКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Пребывание на свежем воздухе никогда не может быть лишним. Важно только, чтобы вся жизнь не превратилась в сплошное гуляние. Но время, свободное от обучения, сна и еды должно быть посвящено прогулкам. И очень важно не переусердствовать в еде и учебе: школа + музыкальная школа + английский язык + компьютерные курсы и достаточное пребывание на свежем воздухе – несовместимы. Поэтому родителям всегда следует разобраться с приоритетами и найти золотую середину. Что все-таки нужнее (важнее) для счастья – здоровье или уровень знаний?

Самое главное, что надо понять: обмен веществ сопровождается выделением тепла. Обмен веществ у детей протекает в несколько раз интенсивнее, чем у взрослых. Следовательно, в единицу времени ребенок вырабатывает тепла больше, чем взрослый. Выводы: там, где взрослому прохладно – ребенку нормально. Там, где взрослому нормально – ребенку тепло. Там, где взрослому тепло – ребенку жарко.

Одежда: главные правила.

1. Достаточный минимум! Если без какой-либо "телогреечки" можно обойтись – обойдитесь. Выработайте у ребенка привычку одеваться самому – самому выбирать количество вещей. Простуды чаще возникают не от переохлаждения, а от повышенной потливости, обусловленной избытком одежды.

2. "От хождения без шапки развивается менингит" – типичный пример народной сказки. Менингит – острая инфекционная болезнь. В 100% случаев она вызывается совершенно определенными вирусами и бактериями. Вероятность встречи с любым микроорганизмом не зависит от того, что у Вас в это время на голове.

3. В подавляющем большинстве случаев ребенок говорит: "мне холодно" – по вине родителей. Ведь одеть на него три шубы и болтать с подружками (друзьями) заметно проще, чем гулять активно (побегать, поиграть).

4. Абсолютно бессмысленно завязывать рот шарфиком. Ни один шарфик даже близко не может сравниться со слизистыми оболочками и пазухами носа по способности к обогреву вдыхаемого воздуха.

5. Главное в детской одежде – ее функциональность. Удобство, легкость, отсутствие проблем с осуществлением неотложных физиологических потребностей – все это гораздо важнее, чем мнение тети Клавы, утверждающей, что шубка теплее и красивее, чем комбинезон. Недопустима любая одежда, не позволяющая ребенку нормально двигаться – бегать, прыгать, поворачивать голову, самостоятельно вставать после падений.

Плохая для прогулки с ребенком погода бывает исключительно редко (ливень, ураган, метель, +40(, -30(). И следует честно признать, что под понятием «плохая погода» часто скрыта откровенная родительская лень. Хотя, по большому счету, не только лень или занятость родителей виноваты. Достижения цивилизации – телевизор, компьютер, игрушки – все чаще и чаще приводят к тому, что пребывание в помещении самим ребенком рассматривается, как более предпочтительное.

Потребность в прогулках должна быть заложена с младенчества и восприниматься ребенком как норма, как обязательное условие разумного образа жизни. Понятно, что добиться этого можно лишь тогда, когда привлекательность пребывания на свежем воздухе выше, чем просмотр мультиков. Активные игры, лес, грибы, рыбалка, лыжи, санки и горки, – здорово, особенно если это нравится взрослым. Ведь трудно себе представить мальчишку, который предпочтет очередной киношный боевичок совместной поездке с отцом на рыбалку. Но действия взрослых часто противоположны: – Куда это ты собрался! Чтоб через час явился! Посмотрите – в курточку вырядился – немедленно надень шубу и т. д. и т.п. В следующий раз ребенок и сам 10 раз подумает – а стоит ли вообще с Вами связываться и не проще ли побереечь нервы и спокойно посмотреть телевизор.

Бытовые заботы и профессиональная загруженность родителей не должны ограничивать детей. *Обучение самостоятельному гулянию – не менее важно, чем правила хорошего тона.* С самого раннего возраста следует стремиться к тому, чтобы предоставить ребенку максимальную самостоятельность – быть рядом, но не мешать познавать мир и не устраивать истерик по поводу мокрых ног и падений. Всегда желательны совместные игры с другими детьми. В младенчестве эти другие дети, как правило, имеют при себе родственников, что дает Вам шанс подобрать своему отпрыску достойную компанию на будущее.

2.3.2. ПРОГУЛКИ И БОЛЕЗНИ

Подавляющее большинство взрослого родительского населения желает услышать от детского врача конкретные инструкции – конкретно, когда и сколько можно и, соответственно, когда и чего нельзя. Сразу же приходится Вас разочаровать – универсальных рекомендаций не может быть. Но главный фактор, определяющий рекомендации, – вовсе не погода, не здоровье, не готовность бабушек к самопожертвованию, а принятая с младенчества система воспитания.

Элементарный пример. На человеческом теле имеются две важнейшие рефлексогенные зоны – ухо и стопа. Если носочки и шапочки были и являются обязательным условием образа жизни ребенка, то холодное воздействие на эти самые зоны быстро приведет к простуде. Казалось бы, ну чего ж тут непонятного? Если с раннего возраста ребенок бегает босиком (хотя бы по квартире), а в 3 года залезает в ноябрьскую лужу, то в этом нет совершенно ничего опасного для здоровья. Но эта же лужа может представлять собой реальную угрозу, если, опять таки с раннего возраста, толпа чадолюбивых родственников бегала за младенцем с носочками и тапочками в руках.

Очень многие, прочитав предыдущий абзац, пожалеют, что поезд ушел. Но гулять все-таки надо. Поэтому приступим к рекомендациям.

Главная опасность прогулок связана с переохлаждением и перегревом. И то и другое у детей возникает значительно легче, чем у взрослых – в этом особенность растущего организма (несовершенство систем терморегуляции и быстрое истощение энергетических запасов). Основной критерий – поведение самого ребенка. Ни переохлаждение, ни перегрев не возникают внезапно (шел, шел и вдруг замерз). Если дитя ни на что не жалуется, нет жажды (первый признак перегрева) – не суетитесь и гуляйте спокойно. Чем экстремальнее погодные условия, тем менее желательны самостоятельные (без взрослых) прогулки детей – хотя бы потому, что сопровождающее лицо всегда может ориентироваться по собственным ощущениям.

Теперь несколько конкретных слов о ПРОСТУДЕ. Простуда – болезнь, возникшая в связи с переохлаждением. Представьте себе, что у Вас или у Вашего ребенка в горле (ни миндалинах) живет микроб, который называется стафилококк (а он действительно живет почти у 100% людей). Размножение этого микроба постоянно сдерживается иммунной системой, и Вы в течение многих десятилетий мирно сосуществуете со стафилококком. Под действием переохлаждения защитные силы ослабевают, микроб начинает быстро размножаться и вызывает болезнь. Понятно, что простуда – это не инфекционная, не заразная болезнь, а личная проблема конкретного замерзшего индивидуума.

А дальше? Микроб размножается, организм вырабатывает защитные антитела и болезнь отступает. Что же произойдет, если через короткое время Вы опять переохладитесь? Стафилококк начнет размножаться, но, поскольку выработанные в прошлый раз антитела еще сохранились, болезнь либо не начнется, либо будет протекать значительно легче. В этом и состоит суть закаливания – сознательно активизируя наших собственных микробов мы, в конце концов, доводим иммунитет до столь высокого уровня, что холод уже не может вызвать заболевание.

Вывод – если малейшее переохлаждение вызывает у ребенка простуду, ни в коем

случае не держите его дома после нормализации температуры и исчезновения симптомов болезни.

По большому счету, болезнь и прогулки не совместимы лишь по следующим соображениям. Во-первых, при повышении температуры тела холодный воздух вызывает спазм сосудов кожи, уменьшает потери тепла и повышает температуру внутренних органов, что не желательно (пороговое значение – 37,5 – если выше гулять не стоит). Во-вторых, двигательная активность и поддержание температуры тела требуют существенных энергозатрат, а энергия больше нужна для борьбы с болезнью.

Таким образом, ***ситуации, когда гулять нельзя встречаются в сотни раз реже, чем ситуации, когда гулять необходимо.***

Нельзя в остром периоде инфекционных болезней – когда действительно плохо – высокая температура, слабость, боль.

Нельзя при некоторых, довольно редких болезнях, когда необходим строгий постельный режим (типичный пример – дифтерия).

Нельзя, когда болезнь заразна, да и то не всегда (если ребенок сын лесника, то корь не мешает прогулкам по лесу, но если это дочь инженера, то неправильно гулять по улицам и подвергать риску заражения других детей).

Свежий воздух способствует выздоровлению и этот фактор особенно актуален при болезнях дыхательных путей (воспаления легких, бронхиты, трахеиты, ларингиты). Само собой разумеется, что приходится учитывать множество факторов. Например, у ребенка воспаление легких. Начали лечиться, нормализовалась температура, улучшилось самочувствие. Понятно, что если Вы живете на 10-м этаже, а лифт не работает, то погулять сложно (хотя если сможете дотащить дитя на руках, то почему бы и нет). Но гулять надо, правда осторожно, – здесь важнее не возможность двигаться, а возможность дышать воздухом, свободным от домашней пыли. Поэтому теплее одеться и избегать беганья-прыганья. Если сложно, то можно просто постоять на балконе – подышать.

Помните! При вдыхании прохладного (холодного) воздуха, влага конденсируется на горячих дыхательных путях и это приводит к увлажнению слизи. Если во время гуляния у ребенка появился влажный кашель, которого в доме не было, то это очень (!!!) положительный признак, свидетельствующий о том, что у дитя появился шанс выкашлять слизь, накопившуюся в легких. Но действия родственников часто противоположны – стоит малышу на улице кашлянуть, как его тут же затаскивают в дом. А при этом происходит вот что: слизь увлажнилась, следовательно, увеличилась в объеме – если гуляние прекратить ребенку будет тяжелее дышать и родители сделают вполне «логичный» вывод – вышли погулять и стало хуже. Поэтому либо доводите начатое дело до конца, либо не начинайте.

При многих болезнях, сопровождающихся повышенным образованием в дыхательных путях слизи (коклюш, круп, обструктивный бронхит) чистый прохладный воздух является более важным фактором в лечении, чем все лекарства вместе взятые. Но еще важнее другое: прохладный воздух – эффективный способ оказания неотложной помощи – при любых проблемах со здоровьем, характеризующихся жалобой «тяжело дышать». До прибытия врача – бегом на улицу (во двор, на балкон).

Подводя итоги, следует заметить следующее. ***Любые действия по направлению к Природе полезны для здоровья хотя бы потому, что запускают наши естественные механизмы адаптации***. Двигаться к Природе (земля без асфальта, небо над головой, ветер, вода, трава и т.п.) сложнее, потому что надо расставаться с прелестями Цивилизации (родной диван, любимый телевизор, теплый унитаз и т.п.). Все аргументы против гуляний (за очень редкими исключениями, которые описаны выше) не выдерживают никакой критики и обосновываются страхом, занятостью и ленью.

Поэтому давайте гулять!

Не смотря ни на что!

2.4. СОН

*«Мы созданы из вещества того же,
Что наши сны. И сном окружена
Вся наша маленькая жизнь.»*

Вильям Шекспир

Начнем с хорошо известного факта: треть жизни человек спит. Это обычный человек, взрослый. Дети спят больше. Новорожденные, так те вообще только тем и занимаются, что спят, устраивая лишь небольшие перерывы на перекус («когда не спят – они едят, когда едят – они не спят»).

Неудивительно, что сон, как глобальное явление, играет важную роль в человеческом бытии. И, как всякое глобальное явление, процесс сна окружен множеством самых разнообразных проблем.

Что такое сон, для чего он нужен вообще? В течение многих лет ученые придерживались довольно наглядной, логичной и убедительной теории, согласно которой бодрствование сопровождается накоплением в организме человека определенных веществ (факторов сна), вызывающих «усталость мозга». Для нейтрализации этих самых веществ и нужен сон, во время которого «факторы сна» разрушаются, отдохнувший мозг получает возможность бодрствовать, а владелец мозга вести активный образ жизни.

Приведенная выше теория подкупает своей абсолютной понятностью даже для не специалистов. Со специалистами сложнее – пытаюсь доказать абсолютно понятные вещи они десятилетиями пытались и пытаются обнаружить «факторы сна», но ничего не получается. *Чем больше люди исследуют сон, тем меньше понимают смысл этого явления – нет убедительных ответов на вопрос: зачем человеку следует 1/3 жизни тратить на непродуктивное пребывание в кровати?*

Но, какими бы сложными ни были современные теории сна, элементарный жизненный опыт человечества в целом и отдельного человека в частности показывает: сон жизненно необходим. Ну вот так природой заведено – нормальная жизнедеятельность животных (человек здесь рассматривается как частный случай особо умного животного) невозможна без особой формы работы головного мозга, которая носит название сна.

2.4.1. СОН ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Ни одно руководство по воспитанию детей не обходиться без конкретной таблицы, в коей указано, сколько в соответствующем возрасте ребенок должен спать – сколько раз и сколько часов.

Весьма скептически относясь к попыткам строгой математической регламентации образа жизни, автор, тем не менее, считает своим долгом привести некие средние значения рекомендуемых параметров.

От 1-го до 1,5 лет: количество периодов дневного сна – 2 (1-й – 2 – 2,5 ч, 2-й – 1,5 ч); ночной сон – 10-11 ч;

От 1,5 до 2 лет: количество периодов дневного сна – 1, его продолжительность – 2,5 – 3 ч; ночной сон – 10-11 ч;

2 – 3 года: 1 дневной сон продолжительностью 2 – 2,5 ч; ночной сон – 10-11 ч;

В дальнейшем – до 7 лет – рекомендуется 1 дневной сон (около 2 ч) ночной сон 10 ч. После 7 лет днем разрешают не спать, ну а ночью – не менее 8 – 9 ч.

Отдав долг «нормам» рассмотрим конкретные проблемы.

Все, что мы уже писали раньше про **детскую комнату**, не имеет возрастной

специфики. Напомним **требования:**

- оптимальная температура – 18-20° С;
- лучше 16° чем 22°;
- лучше пижама потеплее, чем самый наилучший обогреватель;
- в детской комнате не желательны никакие накопители пыли – ковры, мягкая мебель, мягкие игрушки; любые предметы, недоступные влажной уборке.

С точки зрения врача, главное требование, предъявляемое ко сну, кажется достаточно простым – сон должен создавать условия, для адекватного бодрствования после пробуждения. Практическая реализация этого весьма незамысловатого положения окружена проблемами, больше относящимися к другим наукам (педагогике, социологии) – естественно, когда человек спит не потому, что спать пора, а потому, что спать хочется. Естественно просыпаться не потому, что так надо, а потому что выспался. Но правила человеческого общежития не могут (именно не могут, а не не хотят) учитывать эти биологические «фокусы».

Организм человека, и ребенок любого возраста не исключение, живет по особым ритмам (суточным, сезонным, годовым) определяющим потребность и соотношение периодов сна и бодрствования. На желание спать, на время, необходимое для полноценного отдыха, на глубину сна влияют множество факторов – упомянутые биоритмы, метеорологические условия, состояние здоровья, образ жизни.

Каждому известно, что желание спать во многом связано с интенсивностью физических нагрузок, в то же время излишние эмоциональные нагрузки сну препятствуют.

Основная родительская проблема – « **не хочу спать** ». Подход к ее решению во многом определяется утренним пробуждением и позволяет сформулировать простое **правило** :

если подъем по утрам происходит естественно и без негативных эмоций, время отхода ко сну никакого значения не имеет.

Отмечу, что родительский лозунг «пора спать» может быть продиктован интересами самих родителей – папа хочет спать, или, как вариант, папа хочет маму, а комната всего одна. Указанная проблема не может быть решена посредством советов врача-педиатра.

Особая и весьма частая ситуация может быть охарактеризована фразой « **не уложишь не поднимешь** ». Влияющие на нее факторы во многом поддаются контролю. Но ряд моментов никаким педагогическим влиянием не подвластны, поскольку определяются индивидуальными биоритмами (знаменитое и не вызывающее сомнения деление человеческих особей на «жаворонков» и «сов»).

Рациональных способов борьбы с детским «спать не хочу» три.

Способ первый. **Увеличение физических нагрузок** – спорт, максимальное пребывание на свежем воздухе, работа по дому.

Способ второй. **Ограничение нагрузок эмоциональных**, особенно по вечерам, – по крайней мере, не желательно дарить долгожданную игрушку в 20.00, а проверка дневника в 21.00 должна рассматриваться как педагогическое преступление.

Способ третий. **Не создавать проблему там, где она отсутствует в принципе**. Учитывать стремления детей к копированию взрослых. Тема «пора спать» вообще не должна подниматься. Или ребенок захочет спать сам, или будет укладываться в постель, подражая папе и маме. Чем больше внимания уделяется в семье времени отхода ко сну, чем чаще родители смотрят на часы, чем громче и строже звучит распоряжение: – отправляйся в постель, – тем больше возникает проблем.

Теперь рассмотрим некоторые нарушения сна, имеющие место у абсолютно здоровых детей.

Часто просыпаются с чувством жажды.

Основные причины две:

Нарушение главного правила детского сна – чистая прохладная детская комната. Пересыхают слизистые оболочки, причины понятны (тепло, сухо, обогреватели, ковры, пыль).

В связи с некоторыми хроническими болезнями носоглотки (типичный пример – аденоиды) нарушено носовое дыхание.

Если вовремя не изменить физические параметры детской комнаты или не оказать лечебную помощь при болезнях – «ночное питье» закрепляется в виде рефлекса.

Скрежетание зубами во сне.

В народных массах нет расхождений при ответе на вопрос о причине этого явления. Абсолютно всем хорошо известно: «коль дитя скрипит зубами – значит, мается глистами». Сие положение, не находит однако, подтверждения. У скрипящих зубами глисты, конечно, встречаются, но не чаще чем у других, зубами не скрипящих. Ни врачи, ни ученые-физиологи, много лет изучающие сон, не знают из-за чего это происходит, но в одном убеждены точно – это не болезнь, это со временем проходит, хотя два отрицательных момента есть – не слишком приятно с эстетической точки зрения и вполне реальная возможность повреждения зубов.

Существует теория, согласно которой причина скрежетания во сне зубами – рудиментарный (т.е. недоразвитый, остаточный) рефлекс, аналогичный рефлексам животных, который таким образом точат себе зубы.

Ночное недержание мочи или энурез.

Это весьма неприятное явление имеет место у 10% детей. Существуют десятки способов фармакологической и психотерапевтической коррекции этого явления. Ни один из этих способов не является абсолютно эффективным, хотя отдельные методики у отдельных детей приводят к прекрасным результатам. Врачам причины энуреза до сих пор не известны. Предполагают, что в *созревающем* мозге иногда формируется особый очаг, который в определенной фазе сна запускает рефлекс опорожнения мочевого пузыря. Поскольку речь идет именно о созревающем мозге, энурез рано или поздно прекращается.

Ночные страхи.

Наиболее часто имеют место в возрасте 3 – 8 лет и в периоде полового созревания. Особой опасности не представляют, но их частота и выраженность во многом зависят от психологической атмосферы в семье и от элементарного здравого смысла родителей. Страшные сказочки перед сном, телевизионные ужастики, рассказы про деда Бабая и про непослушного мальчика, которого утащил злой собака-Барбос. Индивидуальная детская комната увеличивает вероятность ночных страхов – вместе с родителями спать поспокойнее.

В то же время страхи на этапе отхода ко сну (боязнь темноты, тишины, шума ветра за окном) требуют уважительного к себе отношения. Ни в коем случае не высмеивать, может быть и посидеть рядышком, пока не уснет.

Важнейшим правилом, регламентирующим отношение родителей к любым детским ночным проблемам, является максимально возможная доброжелательность.

Чтобы не делал ребенок во сне, – скрипел зубами, мочился в постель, ходил, разговаривал, храпел-сопел – **он этого не делал.** Это был не он, думающая часть детских мозгов не имела никакого отношения ко всем вышеописанным процессам. Еще раз напомним: самые-пресамые специалисты до сих пор не могут понять, что такое сон и для чего надо спать. Все во сне происходящее во многом остается тайной за семью печатями, и ругать ребенка за мокрую постель, по меньшей мере, неразумно.

2.4.2. СОН И БОЛЕЗНИ

Сон ребенка любого возраста является одним из важнейших критериев состояния его здоровья.

Любые существенные отклонения от режима сна – внезапное пробуждение в

необычное время и особенно (!) желание спать в необычное время, являются весьма тревожным признаком и требуют особой бдительности со стороны родителей – измерить температуру тела, порасспрашивать (болит-не болит), лишний раз проснуться ночью – посмотреть, потрогать лобик.

Следует помнить, что *сонливость типичное проявление высокой температуры тела и критического дефицита жидкости в организме*.

Если врачебные назначения не могут быть выполнены из-за сонливости (не пьет жидкость, не хочет глотать лекарства) – это однозначное показание к немедленной госпитализации.

Во время любой болезни, но особенно при острых респираторных заболеваниях, первостепенное внимание должно уделяться детской комнате. Факторы, рассматриваемые нами в качестве *желательных* для ребенка здорового, становятся *обязательными* при развитии болезней.

Любая респираторная вирусная инфекция сопровождается повышенным образованием слизи на всем протяжении дыхательных путей – от слизистой оболочки носа, до бронхов. Высыхание этой слизи – важнейший фактор риска, многократно повышающий риск бактериальных осложнений. Скопление и высыхание слизи во время сна более вероятно (более душно, ребенок не двигается и не пьет). Отсюда обязательное условие сна больного ребенка: теплая одежда, но чистый, прохладный и влажный воздух. В течение дня многократная влажная уборка.

Некоторые, хотя и вполне очевидные моменты, касаются ночных действий родителей при детских болезнях. Не закрывать дверь в детскую комнату, быть рядом, напоить, переодеть, успокоить, лишний раз измерить температуру.

В целом режим сна больного ребенка может меняться самым существенным образом – смещаются привычные часы сна, изменяется (как правило, удлиняется) их продолжительность. Это вполне естественно, но важнее другое – восстановление обычного режима сна является убедительным признаком выздоровления.

2.5. ЛЕТНИЙ ОТДЫХ

*«Приятно детям в зной горячий
Уехать за город на дачи,
Плескаться в море и в реке
И строить замки на песке.»*
Дж. Родари

Как провести лето, чтобы извлечь из этого максимум пользы для детского здоровья? Поставленный вопрос – постоянная головная боль миллионов родителей и его (вопроса) актуальность усиливается с каждым минувшим зимним и весенним месяцем. Замученный школой и тремя ОРЗ, бледный и грустный, постоянно шмыгающий носом ребенок без аппетита – типичное весеннее зрелище. Личные перспективы родителей начинают отступать на второй план, а вот с ребенком что-то серьезное делать надо. И понятие «летний отдых» становится главным и очень волнительным предметом домашних дискуссий.

Окружающая жизнь, мягко говоря, не способствует тому, чтобы упростить решение этого вопроса. И любые врачебные рекомендации могут быть просто невыполнимы по совершенно банальной, но весьма распространенной причине – отсутствию материальных возможностей для отдыха. Конечно, можно поговорить о канувших в лету бесплатных или символически платных пионерских лагерях, о детских садах, выезжавших на дачу, можно вспомнить о том, как мама с папой, получив отпускные и прихватив несовершеннолетних отпрысков, отправлялись на море, резонно рассчитывая отдохнуть пару недель. В то же время, ностальгические всхлипывания вряд ли помогут – ведь, по большому счету, не только

советы, касательно детского отдыха, но и многие другие медицинские и педагогические проблемы уходят своими корнями в самые обыкновенные, но не всем доступные рубли, доллары, гривны и всякие другие тугрики.

Оставив в стороне грустные и, порой, неразрешимые материальные проблемы, попытаемся, тем не менее, разобраться в том, как все-таки надо отдыхать. Но, акцентируя внимание, прежде всего на отдыхе детском, отметим, что ***основные принципы «отдыхания» не имеют четкой детской специфики – нет и не может быть ничего, очень полезного для ребенка и в то же время вредного для его родителей.***

Итак, **главная цель отдыха – в полной мере приобщиться к тем, безусловно, полезным для здоровья факторам, которых ребенок был лишен в течение года.** О чем идет речь? Да, прежде всего, о том, что для ребенка не является естественным, о том, чего он лишен, будучи вынужденным жить по законам человеческого общества. Понятно, что речь идет не об уголовном кодексе, а о неких обязательных атрибутах цивилизации, с которыми ребенку приходится сталкиваться и которые вполне можно перечислить:

Посещение школ и детских садов – и все это происходит именно в те времена года, когда максимально интенсивно циркулируют респираторные (т.е. поражающие органы дыхания) вирусы и создаются идеальные условия для обмена инфекциями внутри детских коллективов.

Постоянное ограничение двигательной активности ребенка – занятия детей и занятость родителей; замкнутое и весьма ограниченное пространство наших квартир; избыток малоподвижных способов приятного времяпровождения (телевизор, компьютерные игры); «плохая погода», просто лень опять-таки и детская и родительская.

Как следствие п. 2, несоответствие количества потребляемой энергии (пища) возможностям ребенка потратить эту самую энергию (все та же двигательная активность).

Глобальная проблема отсутствия чистого воздуха – экология городов, спертый домашний воздух, избыток бытовой химии, отсутствие нормальных вентиляционных систем в детских учреждениях.

Постоянная нехватка естественных и очень нужных для детского организма солнечных лучей и вообще чистого неба над головой (именно неба, а не потолка).

Перечень «вредностей» далеко не полный, но и этого, по-видимому, хватит для того, чтобы окончательно убедиться в том, в чем мы и без того уверены – отдыхать надо.

Ведь именно детскому организму свойственна очень важная особенность. Абсолютно лишенный естественных и обязательных для здоровья факторов (солнце, воздух, вода, физические нагрузки) он (организм) за какие-то 2-3 месяца способен практически полностью нейтрализовать десятимесячное влияние факторов цивилизации и восстановить нормальную физическую форму.

Остается малость – предоставить ребенку эту самую возможность.

Таким образом, организация детского отдыха ставит своей целью максимальное приобщение ребенка к факторам природы, ибо, и это особенно следует подчеркнуть, главная, стратегическая цель отдыха – укрепление здоровья.

С этой позиции, поездка в Москву (варианты – Киев, Амстердам, Париж и т.д.) с посещением музеев и обзорной экскурсией по местным магазинам, не имеет к отдыху никакого отношения – можно говорить о познавательной ценности, о расширении кругозора, но для здоровья гораздо полезнее нечто другое.

Итак, сформулируем **главные «отдыхательные принципы»**, попытаемся обозначить факторы и условия, реализация которых действительно позволит ребенку нормально отдохнуть.

1. **Дать отдых мозгам** – перестать учиться, сменить обстановку. Важно подчеркнуть, что фраза «перестать учиться» подразумевает прекращение насильственного приобщения ребенка к «обогащению памяти всеми теми богатствами, которые выработало человечество». Учиться ведь можно совсем другим вещам, на которые раньше (до отдыха) времени не

хватало – как называется этот цветок, как под дождем развести костер, как насадить на крючок червяка и т.п.

2. **Максимально возможная двигательная активность** . Гулять, бегать, прыгать, купаться. Пешком, на лодках, на велосипеде.

3. **Кормление по аппетиту** (хочешь – на, не хочешь – иди отсюда), подразумевающее возможность удовлетворить этот аппетит.

4. **Свежий воздух** – любой ценой за пределы городов, подальше от машин, заводов, толпы, магазинов.

Реализация принципов отдыха требует учета некоторых весьма актуальных, чисто организационных факторов.

Отдых ребенка ни в коем случае не должен превратиться в испытание для его родителей и в подрыв материального благосостояния семьи, ибо **неотдохнувшие мама с папой плохо влияют на отдохнувшее дитя**.

Совершенно очевидно, что прокормить ребенка на море гораздо дороже, чем в деревне у бабушки. Мы уже не говорим о том, что отдых «на морях» (наших морях) превращается в постоянную борьбу за существование – место под солнцем на пляже и в воде, добыча продуктов и проблемы с их приготовлением, антисанитария «диких» пляжей, аренда жилья, транспорт до моря и др. Конечно, путевка в приморский санаторий (пансионат, здравницу) штука хорошая, но, мягко говоря, не всем доступная.

Следует отметить, что любые поездки на отдых, будь это деревня в окрестностях родного городка, наш или заморский курорт (неважно и не принципиально Ялта или Гавайи) должны подразумевать Ваши возможности для организации нормального жилья, нормального питания и (очень значимый фактор!) нормального оказания медицинской помощи при возникновении проблем.

Всегда следует помнить о том, что глобальная и принципиальная смена места жительства (высота над уровнем моря, атмосферное давление, влажность и температура воздуха) часто приводят к возникновению так называемого **акклиматизационного синдрома** – общего недомогания и повышенной склонности к болезням в связи с адаптацией организма к новым условиям существования.

Акклиматизация и проблемы с ней связанные тем актуальнее, чем дальше от дома, чем младше ребенок, чем чаще он болеет, чем больше вредных факторов цивилизации его окружает. Поэтому, если Ваше дитя целый год болело, не гуляло и страдало, поездка на дачу (деревня в 30 км от города, лес, река) может оказаться значительно более полезной, чем отдых на побережье Средиземного моря, пусть даже и в пятизвездочном отеле.

В отдыхе, как, впрочем, и в жизни нет ничего однозначно хорошего и однозначно плохого. Солнце – хорошо, но невозможность от него спрятаться – плохо, хождение босиком хорошо, но не по асфальту, морской воздух и вода – хорошо, но 3 человека на квадратный метр пляжа и 2 ныряльщика на кубический метр воды – плохо.

Очень важна золотая середина, четкое понимание того факта, что чистый воздух соснового леса и берег реки так же прекрасны, как прозрачная морская вода и золотой песок пляжа. А полезность того и другого примерно одинаковы.

* * *

Все вышеизложенное – попытка формулировки *стратегии отдыха* . Тактические вопросы не менее сложны, но высшего медицинского образования не требуют (при условии, что ясны стратегические цели). Остается малость – разложить все по полочкам, учесть плюсы и минусы, договориться с начальством об отпуске, достать сэкономленные средства и отдыхать.

Но... Существует один аспект детского отдыха – самый, пожалуй, волнительный. Речь идет о водных процедурах. Сколько, где и в чем, как и когда?

Очевидно, что пламенный призыв классика: «давайте же мыться, плескаться, купаться,

нырять, кувыраться...» – требует пояснений и уточнений. Так как же все-таки мыть, купать, плескаться и нырять?

2.5.1. КУПАНИЕ

Для начала заметим, что с физиологической точки зрения купание взрослых и купание детей заметно отличны друг от друга. Обусловлено это принципиальной особенностью растущего организма – обмен веществ у ребенка заметно активнее, по сравнению с взрослым человеком. Отсюда следует, что в единицу времени ребенок вырабатывает на единицу массы тела больше тепла, чем его родители. Именно поэтому вода, холодная и неприятная для мамы и папы, оказывается для ребенка вполне подходящей. Таким образом, *разрешая или запрещая купание нельзя ориентироваться на Ваши личные ощущения*. В принципе, сам ребенок и есть главный критерий – если хочет в воду – пусть купается, какой бы ни была температура. Но если ходит по берегу, пробует воду кончиком пальца и озирается по сторонам, ища поддержки и сочувствия, тогда купаться, наверное, не стоит. Но действия родителей должны заключаться не в том, чтобы купание запретить, а в том, чтобы упомянутых сочувствия и поддержки ребенок не нашел.

Кстати, раз уже речь зашла о запретах, остановимся на этом вопросе поподробнее. Библейская истина о сладости запретного плода, является прекрасной иллюстрацией к внутрисемейным конфликтам по поводу родительских запретов на детское пребывание в воде. Странная ситуация возникает во многих семьях. Казалось бы купание – действие однозначно полезное, благотворно влияющее на здоровье, стимулирующее иммунитет, укрепляющее мышцы, развивающее легкие, сердце, сосуды. По логике и с учетом вышеизложенного купание надобно поощрять. Но, сплошь и рядом, сам факт пребывания ребенка в воде превращается в некий приз за хорошее поведение.

Придумывается огромное число всевозможных запретов и ограничений. Мотивация запрещений настолько разнообразна, что остается лишь удивляться родительской находчивости. Здесь и традиционно холодная вода, и слишком сильный ветер, и уже поздно (вариант – еще рано), ты еще не поел (вариант – уже поел), там купались собаки (вариант – пили воду коровы), у тебя двойка по химии, ты не слушался бабушку, у тебя и так нос холодный и т.д. Неудивительно, что купание превращается для ребенка в очень-очень сладкий и очень-очень запретный плод. Отсюда свои сложности – главная – «из воды не выгонишь». Да как же тут выйдешь, если неизвестно, когда в следующий раз разрешат!

Понятно, что проблему купания (в том случае если купание действительно превращается в проблему) лучше не создавать, а радикально решать (предотвращать) в самом раннем детстве, тогда, когда Ваше совместное с ребенком пребывание на природе предусматривает купание в водоемах.

Абсолютной нормой должно стать такое положение вещей, когда купание является процедурой приятной, доставляющей радость и удовольствие, но совершенно обычной и не возводимой в культ.

И было бы очень даже неплохо, если бы отказывая и запрещая, родители хотя бы иногда задумывались над истинными причинами этих самых запретов. Ведь ребенка, особенно маленького и не умеющего плавать нельзя оставить в воде одного, а, следовательно, купание детей требует постоянного присутствия и контроля со стороны взрослых. Такое положение вещей нередко приводит к тому, что мама стоит над керосинкой, папу ждут товарищи по преферансу, а маленькому Пете видите ли загорелось купаться. В таких сложных семейных обстоятельствах нормальный взрослый человек легко сумеет заморочить ребенку голову и придумать «убедительный» запрет (варианты мы перечислили выше).

Описанные ситуации встречаются, к сожалению, слишком часто. Все это позволяет выделить в рассматриваемой теме две группы вопросов – медицинские и педагогические. Автору, как врачу-педиатру, медицинские вопросы, разумеется, ближе, но недооценивать

проблемы педагогические нельзя – уж слишком они друг с другом переплетаются. Так, например, **педагогически необоснованные запреты приводят к медицински вредным купаниям до посинения.**

Медицинские проблемы купания не позволяют дать универсальные рекомендации, поскольку во многом определяются исходным состоянием здоровья конкретного ребенка. Еще раз подчеркнем, что сам факт купания в открытом водоеме (т.е. ответ на вопрос «разрешить или не разрешить купаться?») меньше всего связан с температурой воды и определяется желаниями самого ребенка. Другое дело – санитарное состояние водоема, наличие оборудованных мест для купания, Ваша уверенность в том, что дитя эту воду не будет глотать. Тут уж решение целиком определяется здравым смыслом родителей.

К вопросу о продолжительности купания следует заметить следующее. Упомянутые нами особенности детского организма (более активная выработка тепла) имеют и свою обратную (негативную) сторону. Дело в том, что энергетические запасы организма ребенка заметно ниже, чем у взрослого, их истощение, разумеется, происходит быстрее, отсюда заметно больший риск переохлаждения.

Отсюда **важное правило:**

лучше купаться часто (вполне допустимо – очень часто), но продолжительность водных процедур ограничивать, дабы предупредить посинение и клецанье зубами.

Сие не составит педагогической проблемы, если ребенок будет твердо уверен в том, что следующего купания не придется ждать несколько часов.

Тем не менее, и сам факт возможного переохлаждения, и попадание воды (очень часто не очень чистой воды) в нос и уши заметно повышает риск активизации хронических воспалительных процессов в носоглотке и ушах (хронические тонзиллиты, аденоиды, отиты, гаймориты). Собственно говоря, перечисленными болячками пожалуй и ограничивается список хворей, требующих осторожности во время купания. Для болезней бронхов и легких, костей и суставов – купание, фактор лечебный. В то же время, если у Вашего ребенка имеется конкретное заболевание, то будет совсем не лишним посоветоваться с Вашим лечащим врачом именно по проблеме купания. Например, повышение внутричерепного давления не является противопоказанием к купанию, но является противопоказанием к нырянию. То же можно сказать и про многие воспалительные процессы в ушах. Короче, не поленившись и посетив невропатолога или отоларинголога перед выездом «на моря», можно уменьшить вероятность возникновения ряда проблем.

Но, что можно с уверенностью сказать, прямо сейчас: если у Вашего ребенка имеются хронические воспалительные процессы в носоглотке, или если часто болеет ангинами – пресная вода, нередко, оказывает повреждающее (раздражающее) действие на воспаленные ткани, а соленая (морская), напротив – лечебное. Выводы очевидны.

И последнее, которое на самом деле является первым.

Купание ребенка в открытом водоеме является опасным (вполне возможно, самым опасным) для детской жизни удовольствием.

Риск купания детей прямо связан со здравомыслием взрослых.

Мы не будем читать лекции о правилах поведения на воде, но напомним о некоторых очень важных «нельзя» все-таки надо. Предварительно, однако, подчеркнем, что ***имеются два основных пути профилактики водных неприятностей – своевременное обучение детей плаванию и элементарная дисциплина***. Итак:

– Нельзя, чтобы дети купались без присмотра, даже если они умеют плавать. Очень важно при этом, чтобы присматривающий взрослый не находился под воздействием горячительных напитков.

– Следует категорически запрещать ребенку нырять, если он не умеет плавать.

– Необходимо строго наказывать за игры с криками «тону!».

– Каким бы свободным ни был режим купания, любое движение ребенка по направлению к воде должно быть согласовано с взрослыми.

2.6. ДЕТСКИЙ САД

«Человек по своей природе есть существо общественное.»
Аристотель

Проблема детского сада – хорошо это или плохо, отдавать ребенка или не отдавать – рано или поздно возникает в каждой семье. Актуальность проблемы почти не зависит от уровня благосостояния семьи и от занятости родителей, каждый из которых имеет свой собственный опыт и свое личное мнение о достоинствах и недостатках детских дошкольных учреждений – именно так официально называются всякие разные ясли и детские сады.

Вне всякого сомнения, принятие родительского решения во многом определяется вышеупомянутым личным опытом. Тем не менее, в посещении детского сада существуют некие совершенно определенные плюсы и минусы – определенные не с точки зрения конкретных папы и мамы, а с точки зрения науки, точнее наук – педагогики, медицины, психологии, социологии.

Сразу же отметим, что с точки зрения науки в целом, ***детский сад однозначно рассматривается как фактор положительный, абсолютно необходимый для полноценного воспитания***. И с этим нельзя не согласиться – человек, с незапамятных времен животное коллективное. Искусство общения с другими членами сообщества во многом определяет всю человеческую жизнь – начиная от знакомства с лицами противоположного пола с последующим созданием семьи и заканчивая производственными отношениями (трудоустройство, карьера, контакты с начальством и т.п.). Искусству общения несомненно стоит учиться с детства – никакая семья, никакие няньки-гувернантки, никакие неработающие бабушки не в состоянии заменить детский сад.

Педагогические и психологические аспекты посещения детских дошкольных учреждений даже перечислить сложно. Адаптация ребенка, контакты с другими детьми и воспитателями, обучение навыкам, игры, занятия, режим, подготовка праздников – вот только беглый перечень возможных тем для дискуссий. Мы же ограничим круг рассматриваемых вопросов проблемами медицинскими, что-что, но это тема, пожалуй, самая волнующая.

Итак, *главный минус посещения детского сада – ребенок чаще болеет*. С этим не может никто спорить, это подтверждают и родители и медицинские работники и этот факт совершенно очевиден. Большинство болезней – острые инфекции, чаще всего респираторные. Вероятность заболеть инфекционной болезнью, теснейшим образом связана с кругом общения – чем он шире, тем заболеть легче. Понятно, что «домашний» ребенок меньше общается с другими людьми.

Очевидный *факт увеличения частоты болезней вовсе не является абсолютно отрицательным, как может показаться на первый взгляд*.

Начнем с того, что целый ряд инфекционных болезней, более-менее легко протекающих в детском возрасте (ветряная оспа, краснуха, корь), представляют собой реальную угрозу здоровью и даже жизни взрослого человека. И этими болезнями в обязательном порядке следует болеть своевременно. «Найти» краснуху или ветрянку вне детского коллектива очень сложно. Что же касается простуд и ОРЗ, то частота болезней не имеет определяющего значения. Дело в том, что количество циркулирующих вирусов, а именно с вирусами связаны 99% респираторных инфекций, не бесконечно. *Каждое перенесенное ОРЗ заканчивается формированием противовирусного иммунитета, уменьшая вероятность следующего заболевания.* Эпидемии, например, гриппа и вероятность заболеть с самим понятием «детский сад» не очень связаны – не «подхватим» болезнь от детей, так папа «принесет» грипп с работы. Вирусные инфекции, которыми ребенок «недоболеет» в детском саду, обязательно дадут о себе знать в школе. Трудно спорить с тем, что не ходить неделю в детский сад совсем не то же самое, что пропустить неделю школьных занятий.

Принципиально как раз совсем другое – не частота с которой ребенок болеет вирусными инфекциями, а то, как они протекают. *Если течение ОРЗ постоянно сопровождается возникновением осложнений, то детский сад здесь совершенно не при чем*. Иммуитет самого ребенка, бытовые условия, тактика лечения – это важно, но вероятность того, возникнет или не возникнет на фоне простуды воспаление легких, абсолютно не связана с тем, посещает ребенок детский сад или нет.

Резюмируя тему «повышенной детсадовской заболеваемости» отметим следующее. Многие родители склонны связывать болезни собственных детей с тем, что в детском саду нарушаются «важнейшие» правила ухода за детьми – не так одели, ребенок сидел на холодном полу, в комнате был сквозняк и т.п. С подобной точки зрения **детский сад очень удобная штука – на него всегда можно списать собственную несостоятельность, как воспитателя**. Создание ребенку тепличных условий – норма, поддерживаемая многочисленными инструкциями о том, как правильно одевать, купать, кормить и гулять. В результате – сквозняк, хождение босиком, холодная вода, отсутствие шапочки и т.п. – «недопустимые явления». Но неужели возмущенные родители надеялись на то, что со всем этим ребенок никогда в жизни не встретится?

Выводы очевидны – во-первых, «нечего на зеркало пенять...», и вытекающее из во-первых, во-вторых: готовить ребенка к детскому саду следует заранее – адекватным воспитанием с момента рождения.

Уже сам факт того, что ребенок пойдет в детский сад, делает обязательным проведение всего комплекса необходимых *профилактических прививок* – без этого малыша в детский сад просто не возьмут. В дальнейшем, контроль за сроками проведения прививок осуществляется медсестрой детского сада, детей регулярно осматривают врачи-специалисты, что, несомненно, явление положительное, ведь родителям, за редкими исключениями, не свойственно обращаться в детскую поликлинику до того, как ребенок заболеет.

Возраст, в котором ребенок впервые пойдет в детский сад, – особая проблема. Оставим споры на тему когда это лучше сделать (в 1 год или в 3) педагогам. Врача в подобной ситуации больше волнует вопрос – *где будет мама в то время, когда ребенок пойдет в детский сад?*

Абсолютно типична следующая ситуация: 1-го сентября ребенок впервые идет в детский сад и в тот же день мама выходит на работу после декретного отпуска. Через неделю, что вполне закономерно, малыш «зарабатывает» свое первое детсадовское ОРЗ, а мама – первый отпуск по уходу за больным ребенком. В результате мама имеет неприятности на работе, поскольку работник из нее никакой.

Однозначно следующее: каким бы замечательным ни был детский сад, каким бы отличным ни было здоровье ребенка, он все равно будет чаще болеть первое время. Уточнить это понятие «первое время» очень трудно – может быть 3-4 месяца, а может быть и год. И очень желательно, чтобы, отправляя ребенка в детский сад, мама оставалась при этом дома. Очень важно иметь возможность при малейшем недомогании (небольшом насморке, кашле) оставить ребенка дома, не дожидаясь прогрессирования болезни и не подвергая риску заражения других детей. И как хорошо не думать при этом о больничном листе и предстоящих беседах с начальством.

Весьма существенный момент – **время года**, когда предполагается начинать посещение детского сада. Очевидно, что с октября по апрель этого лучше не делать – активная циркуляция респираторных вирусов заметно увеличивает риск заболеваний и, соответственно, удлиняет время адаптации.

Целый ряд медицинских вопросов имеет непосредственную связь с работниками детских дошкольных учреждений. Воспитательницы имеют свои взгляды на то, как надо детей кормить, одевать и закаливать. Взгляды эти по большей части соответствуют представлениям нашего общества о том, что для детей хорошо – накормить любой ценой и, главное, не дать замерзнуть. Нельзя забывать и о том, что оплата труда сотрудников детских садов не способствует особому энтузиазму и делает абсолютно нежелательными конфликты

с родителями в связи с разницей во взглядах на принципы питания и одевания. Если Вы, родители, отдаете себе отчет в том, что ребенка нельзя заставлять есть, если Вы понимаете, что перегрев и потливость скорее приведут к простуде, чем переохлаждение – потрудитесь довести это до сведения воспитательницы. Очень важно, чтобы Мария Ивановна не чувствовала себя виноватой в связи с тем, что Петя отказался есть суп.

От травм и внезапных заболеваний никто не застрахован. С учетом этого работники детского сада в обязательном порядке должны владеть информацией о том, какими болезнями ребенок болел, обо всех случаях лекарственной и пищевой аллергии. Очень желательно иметь возможность для экстренной связи с родителями.

Здание в котором расположен детский сад, качество и своевременность ремонтных работ, спальня и столовая, место для прогулок, количество детей в группе, профессионализм и добросовестность сотрудников, все это очень важно и очень влияет на заболеваемость. Воздействие родителей на эти факторы прямо связано с самой возможностью выбора детского сада, которая определяется материальным благополучием и местом жительства семьи – советы врача тут вряд ли помогут.

Остается лишь надеяться на то, что и с местом жительства, и с материальным благополучием Вам и Вашим детям повезло.

2.7. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ

«Всех лечил доктор Айболит, но денег не брал ни у кого, потому что какие же деньги у черепах и орлов!»

К.И. Чуковский

«...встретил на улице знакомого врача и, желая получить бесплатный совет, спросил:

– Доктор, что ты делаешь, когда простынешь?

– Чихаю, – ответил врач...»

анекдот

В любой стране, претендующей на принадлежность к современной цивилизации, развитие ребенка проходит в постоянном контакте с системой здравоохранения.

Систем этих существует множество, но и автору этой книги (изнутри), и большинству читателей (снаружи) хорошо знакома лишь одна – Государственная Система Бесплатного Здравоохранения.

У Вашего малыша с момента его рождения есть врач, несущий за него ответственность. Поскольку здравоохранение бесплатное, то ответственность эту он несет не перед Вами и не перед ребенком, а перед своим начальством – я не имею в виду этику, я имею в виду фактическое положение вещей. И Вы никогда не поймете врача-педиатра, пока не представите себе его взаимоотношения с Системой. А, не понимая врача, никогда не сможете благоразумно прислушиваться к его рекомендациям. Поэтому давайте знакомиться – и с Системой, и с педиатром.

Итак, вскоре после появления ребенка на свет он будет осмотрен педиатром-неонатологом. Вы можете чего-то хотеть или не хотеть, но практически все действия неонатолога строжайшим образом регламентированы соответствующими указаниями Министерства охраны здоровья. Выполнив свои функции в рамках отведенных ему полномочий и инструкций, неонатолог передает вахту участковому педиатру – сообщает по телефону в детскую поликлинику накануне Вашей выписки из роддома. И участковый врач обязательно посетит новорожденного независимо от того, сделаете Вы вызов на дом или нет.

14 лет участковый педиатр будет рядом с ребенком. Он даст Вам советы по правилам ухода и кормления, окажет помощь при болезнях, организует профилактические осмотры ребенка врачами-специалистами и проведение прививок, без его заключения Вас (точнее,

Ваше дитя) не примут ни в детский сад, ни в летний лагерь, ни в бассейн, ни в школу. При болезни ребенка только участковый педиатр оформит матери оправдательный документ для предоставления по месту работы. И будет очень благоразумно, если Вы всегда будете соблюдать **первое золотое правило:**

С УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ НАДО ДРУЖИТЬ.

Даже если Вы считаете себя очень большими специалистами, а врача таковым не считаете, то не стоит демонстрировать это на каждом шагу. Потому что педиатр без Вас обойдется, а Вы без него – нет.

Мы, тем не менее, будем рассматривать стандартную ситуацию, которая характеризуется вполне нормальными человеческими отношениями между Вами и врачом.

Участковый педиатр постоянно будет помогать Вам. И элементарная порядочность требует от родителей сделать все, чтобы у врача из-за Вас не возникли неприятности. А для этого необходимо совсем немного: в назначенные сроки посещать поликлинику для осуществления осмотров, проведения прививок и взятия анализов. И все! Врачу от Вас больше не надо ничего. Во всех остальных случаях он нужен Вам.

Теперь подробнее о Вашем враче. Каким бы замечательным человеком, добрым семьянином и прекрасным специалистом он ни был, но, заходя в Ваш дом или принимая Вас в поликлинике, он представляет Систему. Это не значит, что врачу хочется ее представлять. Однако Система дает ему возможность существования – о нормальной жизни речь, разумеется, не идет, но вероятность голодной смерти не очень велика. И в этом состоит особенность Нашей Системы, лишней раз доказывающей тот факт, что человеческие существа способны самые блестящие идеи довести до абсурда. Лучше бесплатности и доступности ничего быть не может, но Система организована таким образом, что, декларируя бесплатность, пытается сделать бесплатным все, включая труд медицинских работников. Ну, а широкие народные массы пытаются с Системой бороться, постоянно подкармливая врачей...

Систему не интересуется – устраивает Вашу семью врач или нет.

Системе необходимо, чтобы врач устраивал ее. Для этого к каждому "просто врачу" приставлены: заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной работе, главный врач, райздрав, горздрав, облздрав, минздрав, институт усовершенствования врачей, кафедры и консультанты, контрольно-ревизионное управление и т.п. И в обязанности любого врача входит составление огромного числа документов, которые позволяют, во-первых, в любой момент доказать, что они составлены плохо, а значит, врач плохой, и, во-вторых, обеспечить существование самой Системы, как раз на этой самой документации и построенной. А для того, чтобы на верхушку Системы забраться, нельзя долго внизу задерживаться – что-то я не припомню министра здравоохранения, который бы лет 10 поработал участковым врачом. Понятно, что, чем ближе к верхушке, тем труднее разглядеть, копошащихся внизу врачей и больных.

Мы с Вами Систему поменять не можем. Наша задача к ней приспособиться.

Поэтому Вы должны знать, что прием в поликлинике и хождение по домам – лишь малая часть работы врача, меркнущая в сравнении со временем, которое он проводит за письменным столом.

Вы должны знать: заработная плата врача от количества больных не зависит. Хоть 2 человека на приеме, хоть 52. Хоть 3 вызова на дом, хоть 23.

Несмотря на то, что подавляющее большинство детских болезней может быть излечено в домашних условиях, врач этого себе позволить не может. Он не имеет возможности ежедневно Вас посещать, организовать соответствующее обследование и т.п. Его заработная плата не зависит от того – направил он в стационар 5 больных за год или 100.

Врач не может порекомендовать Вам метод лечения или систему воспитания, которые отличаются от официально рекомендуемых.

При первом же посещении новорожденного врач подробно перечислит Вам все его дефекты. Нет, он прекрасно знает – Вам нельзя нервничать, но Вы же сами будете потом

возмущаться, что Вам вовремя не сказали. Ах, сколько возмущений приходится выслушивать врачам, если бы Вы только знали! И это нормально. Ведь пока государство не начнет своих врачей уважать, вряд ли будет возможно уважение к ним значительной части населения, которое удивительно спокойно воспринимает тот факт, что ремонт и диагностика автомобиля намного более доходный вид деятельности, чем диагностика и лечение детских болезней.

Врач такой же человек, как и мы все. Он не хочет сознательно рисковать, сознательно искать себе неприятности и сознательно брать на себя ответственность в ситуациях, когда ответственность должна быть возложена на другого. А те, кто рискует, ищет и берет на себя, – не спят ночами, не видят собственную семью, не знают выходных. Но про них говорят, им звонят, их благодарят. Люди, а не Система.

Ну, а с чем врачу бороться труднее всего, так это с заблуждениями, традициями и предрассудками. Если ребенок живет в тепле, чистый, ухоженный, самая лучшая еда и т.п., но при этом болеет – к врачу никаких претензий. Но скажет врач: перестаньте кутать, а через неделю дитя простудится, – так это ж всем понятно, кто виноват. Да кому это надобно, при его уровне зарплаты и постоянных конфликтах с Системой, искать на свою голову приключений еще и со стороны родителей! Да делайте, что хотите, лучше уж я Вас буду потом лечить...

И если врач говорит Вам, что с месячного возраста ребенку надобно давать соки, а с 5 месяцев – овощной суп, то это не значит, что необходимо вступать в дискуссию, доказывая обратное. Врач поносы и аллергии видит больше Вашего. Но он сообщает Вам точку зрения Системы.

И я еще раз повторяю:

**ЗА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА НЕСУТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
ТОЛЬКО ЕГО РОДИТЕЛИ – И ПЕРЕД БОГОМ, И ПЕРЕД ОБЩЕСТВОМ,
И ПЕРЕД СОБСТВЕННОЙ СОВЕСТЬЮ.** Это второе золотое правило, и чем

раньше Вы сообщите педиатру о том, что оно (это правило) Вами усвоено, тем более человеческими, открытыми и откровенными будут Ваши взаимоотношения.

Из всего вышеизложенного вытекает и **третье золотое правило** :

**В ОСНОВЕ ПРИНИМАЕМЫХ РЕШЕНИЙ ДОЛЖНЫ ЛЕЖАТЬ
СОВЕТЫ ПЕДИАТРА И ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ РОДИТЕЛЕЙ.**

Следует упомянуть и о том, что надобно проявить инициативу и узнать все-таки фамилию, имя и отчество Вашего врача. Не очень корректно говорить: "Скажите, доктор...", потому что ни кандидаты, ни, тем более, доктора, участковыми педиатрами почему-то не работают. При первом же посещении поликлиники узнайте и перепишите часы его приема. Очевидно, что если прием в поликлинике утром, то прийти на дом врач сможет лишь во второй половине дня. И это надо знать, хотя бы для того, чтобы решить, в случае чего, – дожидаться врача или сразу вызывать скорую помощь.

Если врач вызван Вами на дом – осуществите некоторые **обязательные предварительные действия**, дабы не суетиться в тот момент, когда прозвучит звонок в дверь:

- по возможности наведите в доме порядок;
- приготовьте тапочки;
- повесьте в ванной чистое полотенце и проследите, чтобы не пришлось искать мыло;
- на всякий случай пусть будет под рукой ложка, которая понадобится для осмотра полости рта. Ложка должна быть средних размеров и без всяких финтифлюшек;

если у Вас имеются конкретные вопросы к врачу – заранее запишите их на бумаге, поскольку, с высокой степенью вероятности, все, что Вы хотели спросить, Вы забудете в самый ответственный момент. Опять-таки желательно иметь под рукой бумагу и пишущие принадлежности, чтобы иметь возможность быстренько записать полученные советы и рекомендации.

2.8. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ

«Прививка – это ответственная биологическая операция.»
П.Ф. Здродовский

Как человек, достаточно много времени работающий в инфекционной больнице, с уверенностью заявляю: абсолютно все болезни, против которых прививки делаются, по-прежнему широко распространены (туберкулез, дифтерия, корь, столбняк, полиомиелит, коклюш, свинка). Дети этими болезнями болеют, а исходы бывают, мягко говоря, разные.

Поэтому для нормальных, здравомыслящих и благоразумных родителей, нет и не может быть никакой дискуссии по поводу того, надо прививки делать или не надо . Делать обязательно!

Совершенно другой вопрос состоит в том, что ответные реакции на прививки целиком зависят от состояния организма ребенка. А если Вы очень боитесь, то логика не в том, чтобы прививки не делать. Логика в целенаправленной подготовке организма – нормальном образе жизни, естественном вскармливании, закаливании, устранении контактов с источниками аллергии и т.п.

Прививки необходимо проводить в назначенные педиатром сроки и, чем более Вы точны, тем выше профилактическая эффективность. Это обязательно следует учитывать при планировании, например, летнего отпуска, неплохо бы и самим поинтересоваться, – когда и какую прививку необходимо делать.

Каждая страна мира имеет свой, утвержденный соответствующим государственным органом, календарь профилактических прививок. Календарь учитывает возраст ребенка, интервал между прививками и перечень конкретных болезней, для предупреждения которых прививки, собственно говоря, и делают.

В чем же состоит суть профилактических прививок?

В организм вводится особый медицинский препарат – **вакцина**. В ответ на введение вакцины организм вырабатывает особые клетки – специфические антитела, которые и защищают человека от соответствующей болезни.

Каждая из вакцин имеет свои сроки, свою схему и свои пути введения (через рот, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).

На каждую вакцину организм реагирует по-разному. В некоторых случаях одной прививки вполне достаточно для выработки длительного иммунитета. В других – необходимы многократные введения. Отсюда возникли два медицинских слова – **вакцинация** и **ревакцинация** . Суть вакцинации – добиться выработки специфических антител в количестве, достаточном для профилактики конкретной болезни. Но этот стартовый (защитный) уровень антител постепенно снижается и необходимы повторные введения для поддержания их (антител) нужного количества. Вот эти повторные введения вакцины и есть ревакцинация.

Теперь несколько слов про конкретные прививки от конкретных болезней.

Самая первая прививка – это прививка против туберкулеза. Она, как правило, делается непосредственно в роддоме на 4-7 день после рождения, однократно. В дальнейшем, теоретически, ревакцинация осуществляется в 7, 12 и 16-17 лет. Почему теоретически? Да потому, что вопрос о том, делать или не делать ревакцинацию против туберкулеза, во многом зависит от **пробы Манту**. Пробу, или реакцию Манту детям ставят довольно часто, но подавляющее большинство родителей понятия не имеют, что это и для чего это.

Дело в том, что практически каждый человек рано или поздно инфицируется бактерией туберкулеза, то есть микроб попадает в человеческий организм. Но сам факт инфицирования вовсе не свидетельствует о том, что человек заболел туберкулезом. Допустим, микроб попал, а организм, благодаря все той же прививке, имеет защитное количество антител – вот болезнь и не развивается, хотя туберкулезная бактерия присутствует. *Реакция Манту – это не прививка, это проба на инфицирование туберкулезом* . Т.е. если в организме

туберкулезных бактерий нет – проба отрицательная, а после инфицирования она становится положительной.

Как же все это осуществляется на практике? Ребенку ежегодно делают реакцию Манту, она разумеется отрицательная, но вот, в один не очень прекрасный момент, из отрицательной проба становится положительной. Медики называют это *вираж туберкулиновой пробы* и этот самый вираж рано или поздно имеет место практически у всех людей, но у одного в 3 года, а у другого – в 12 или 19. И вот тут то возникает весьма ответственная ситуация. Необходимо получить ответ на очень принципиальный вопрос: человек инфицировался, но не заболел потому, что имел иммунитет, или заражение привело к возникновению заболевания – защитных антител не хватило.

Отвечают на этот вопрос врачи, специалисты по туберкулезу (фтизиатры). Для этого ребенок осматривается, берутся определенные анализы, при необходимости делается рентгенография органов грудной клетки. В зависимости от результатов врач делает соответствующее заключение. Выявлен туберкулез – лечим туберкулез, сомнительные результаты – курс профилактического лечения особыми противотуберкулезными антибиотиками, все в порядке – все в порядке, но ревакцинации теперь уже делать не надо – противотуберкулезный иммунитет будет поддерживаться уже не вакциной, а непосредственно попавшим в организм микробом. А задача медиков – не упускать такого ребенка из поля зрения, поставить на учет и регулярно осматривать, дабы вовремя выявить ситуацию, когда организм не справится и таки придется лечить.

В возрасте около 3 месяцев начинаются прививки непосредственно в поликлинике. За три введения с интервалом в 1-1,5 месяца осуществляют вакцинацию сразу от четырех болезней – полиомиелита (вакцина жидкая, ее капают в рот) и коклюша, дифтерии, столбняка – тут уже укол. Используется вакцина, которая называется АКДС – один препарат и сразу от трех заболеваний (К – коклюш, Д – дифтерия, С – столбняк). На втором году жизни проводится ревакцинация от всех этих болезней.

В годовалом возрасте делается прививка от кори, в 15-18 месяцев – от паротита (свинки).

* * *

После любой прививки (любой!) может иметь место реакция организма - повышение температуры тела, отказ от еды, вялость. Это нормально: организм вырабатывает иммунитет (защиту) к конкретной болезни. Одни вакцины переносятся очень легко и почти никогда не дают серьезных реакций – типичный пример – вакцина против полиомиелита. Введение других препаратов, напротив, часто сопровождается выраженным повышением температуры и существенным нарушением общего состояния ребенка – опять таки, типичный пример – коклюшный компонент вакцины АКДС.

Для родителей очень важно осознавать принципиальную разницу между реакцией на прививку и осложнением после прививки.

Реакции на вакцинацию, в той или иной степени выраженности, просто обязаны быть и это, как мы уже отметили, абсолютно нормально.

Что же такое осложнения? Вот это, как раз то, чего быть не должно, что бывает крайне редко. Не должно быть ни судорог, ни потери сознания, ни температуры выше 40°. Не должен ребенок покрываться с ног до головы сыпью, а в том месте, куда укололи, не должно быть никаких нагноений.

Осложнения после прививок – это всегда серьезно. Каждый такой случай подробно анализируется, целая врачебная комиссия решает, – почему так получилось и что же делать дальше? Прививать или нет, если да то каким препаратом и от каких болезней.

* * *

Когда можно и когда нельзя делать прививки?

Прежде всего, помнить, что любая прививка делается ребенку, у которого в этот момент нет никакой острой инфекционной болезни – ни насморка, ни поноса, ни сыпи, ни повышения температуры тела. Почему важно именно отсутствие инфекционной болезни? Да потому, что любая вакцина – это нагрузка на иммунитет. Для того, чтобы отреагировать на прививку правильно и выработать достаточное количество антител, организм должен быть более менее свободен от других дел, в свою очередь связанных с выработкой иммунитета. Отсюда два вывода: если у ребенка нога в гипсе, то это не противопоказание к прививке. Если любая, пусть даже инфекционная болезнь, протекает с нормальной температурой и с ненарушенным общим состоянием – понятно, что такая болезнь не несет в себе существенной нагрузки на иммунитет и не является противопоказанием к вакцинации.

Из приведенного правила есть исключения. Некоторые инфекционные болезни специфически поражают именно те клетки человеческого организма, которые ответственны за выработку иммунитета. Это, к примеру, ветряная оспа и инфекционный мононуклеоз. Т.е. если у ребенка ветрянка, то нормальная температура и удовлетворительное общее состояние все равно не являются поводом к тому, чтобы делать прививки. Но исключения лишь подтверждают правила – умеренное шмыганье носом при общем бодром состоянии, вполне позволяет прививки делать.

Некоторые перенесенные ребенком инфекционные болезни вызывают длительное ослабление защитных сил организма и это, в свою очередь, является противопоказанием к проведению прививок на определенный срок (около 6 месяцев после выздоровления). К таким болезням относят менингит, вирусный гепатит, уже упомянутый нами инфекционный мононуклеоз.

В то же время *делать или не делать прививку – вопрос, относящийся исключительно к компетенции врача.* Для каждой болезни – аллергической, врожденной, неврологической и т.п. – разработаны соответствующие правила: как, когда и чем прививать.

Как подготовиться к прививке?

Специально ничего делать не надо. Ну, разве что всячески избегать экспериментов в отношении еды – никаких новых продуктов не давать. Детям, со склонностью к аллергическим реакциям, в некоторых случаях за 2-3 дня до вакцинации врачи назначают противоаллергические препараты и глюконат кальция. Подчеркиваю: *это назначают именно врачи*. Посоветоваться с педиатром можно и нужно, но проявлять индивидуальную инициативу не надо.

Поскольку место укола 1-2 дня не желательно мочить, хорошо бы перед посещением поликлиники (накануне вечером) осуществить полноценную гигиеническую ванну.

Действия после прививки.

1. Стараться немного недокармливать (при наличии аппетита) или кормить только по аппетиту (если аппетит снижен или отсутствует). Побольше пить – минеральная вода, компот из сухофруктов, зеленый, фруктовый, ягодный чай.

2. Чистый прохладный влажный воздух.

3. Температура тела ниже 37,5° вполне позволяет гулять на свежем воздухе.

4. Максимально ограничить общение с людьми – ребенок вырабатывает иммунитет, его организм занят. Другие микробы нам сейчас не желательны. А источник этих других микробов – другие люди.

5. При повышении температуры тела и существенном нарушении общего состояния – осмотр врача, но парацетамол в любом виде (свечи, таблетки, сироп) вполне можно дать. Не помешают аскорбиновая кислота и глюконат кальция. Чем выше температура тела, – тем актуальнее правила, изложенные в пунктах 1 и 2.

Если ребенок после прививки заболел.

В пятницу Пете сделали прививку, в понедельник он начал кашлять, а в среду врач поставил диагноз «воспаление легких». Вечные вопросы: почему это произошло и,

разумеется, кто виноват?

С точки зрения родителей, виновата прививка – этот факт очевиден и лежит на поверхности – углубляться не очень то и хочется. На самом деле вероятных причины три:

1. Неправильные действия непосредственно после прививки;
2. Дополнительное инфицирование, чаще всего, острая респираторная вирусная инфекция на фоне «занятого» иммунитета.
3. Снижение иммунитета вообще, «благодаря» соответствующему воспитанию.

Так кто виноват и что делать, дабы этого не произошло? Вопрос риторический, ведь очевидно, что способность ребенка нормально реагировать на прививки во многом зависит от системы ухода и воспитания. А это уже полностью в компетенции родителей.

2.9. ЗАКАЛИВАНИЕ

*«Как не стыдно человеку
Чуть чего бежать в аптеку!
Ты прими хоть сто пилюль,
Все равно здоровья – нуль!
Зато у матушки-природы
Полным-полно других даров.
Прими леса, поля и воды,
И гор хребты, и неба своды –
И ты практически здоров!»*
Ю.С. Энтин

Состояние здоровья ребенка довольно часто совершенно не устраивает его родителей. Нет, он не то чтобы все время больной, но уж больно часто болеет. Приходит участковый врач, в очередной раз диагностирует очередное ОРЗ, назначает лечение. Лечим. Помогает. Через пару недель – опять шмыгает носом.

Условия почти идеальные – своя детская комната, игрушки, сыт, одет, обут, в доме тепло и никаких сквозняков, прекрасный детский сад... Все равно болеет. Отрицательные родительские эмоции постепенно накапливаются. Мама конфликтует с начальством в связи с получением очередного больничного по уходу за ребенком. Папе все это тоже надоело; до чего дошло – его уже в аптеке, что по соседству с домом, знают в лицо! Надо что-то делать!

А что делать? Ответ кажется очевидным – закаливать. А как? С чего начать? Что это вообще за штука такая, закаливание?

Начнем с определения термина.

Итак, **ЗАКАЛИВАНИЕ** – *повышение устойчивости организма к неблагоприятному действию ряда физических факторов окружающей среды (например, пониженной или повышенной температуры, воды и др.) путем систематического дозированного воздействия этими факторами.*

Родители, внутренне готовые к тому, что, мол, «хватит нянчиться, пора закаливать» искренне надеются получить в этой главе четкую программу действий – в воде какой температуры и сколько времени купать, как потом обливать, сколько секунд ходить босиком и какое количество приседаний сделать перед завтраком. Любителей программ и планирования сразу же придется огорчить: подобных сведений автор предложить не может.

Наши задачи совершенно иные.

Во-первых, *объяснить суть закаливания, его цели и способы их достижения.*

Во-вторых, *добиться того, чтобы, проводя над детьми эксперименты, носящие условное название «закаливающие процедуры», взрослые отдавали отчет своим действиям.*

Совершенно очевидно, что многие внешние факторы способны вызывать болезни, которые носят название «простудных заболеваний». К наиболее частым причинам «простуд» относят, прежде всего, переохлаждение как общее (плохо оделись, холодно в квартире), так и локальное (например, промочили ноги). С одной стороны, взаимосвязь «холод-болезнь»

совершенно очевидна, с другой, совершенно непонятна.

Озираясь по сторонам, наблюдая за животными – собаками, что бегают по ноябрьским лужам, воронами, что сидят на проводах в лютый январский мороз – невольно начинаешь ощущать некую человеческую неполноценность, некоторую оторванность от природы. Неужели за более развитые мозги приходится расплачиваться абсолютной неспособностью жить по законам Природы? Нет, вполне можно объяснить связь простуды и экстремальных физических воздействий – провалились в прорубь, например. Но почему болезнь возникает лишь потому, что дунуло из открытого окна, лишь потому, что в ботинки попал снег, лишь потому, что в школе потерял шапку и пятиминутную дорогу домой шел с непокрытой головой? Почему?

Ответы на поставленные вопросы следует искать в самом раннем детстве. Ведь новорожденный человеческий детеныш обладает врожденной способностью адаптироваться к условиям окружающей среды. Стабильность этих условий, например, постоянная и отнюдь не низкая температура воздуха, теплая вода, стерильная пища, тщательное устранение контактов с движущимся воздухом (ветер) приводит к тому, что врожденные механизмы адаптации отключаются за ненадобностью. К огромному-преогромному сожалению, именно стабильность внешних физических факторов является, чуть ли не главным проявлением родительской любви. К чему это приводит? К тому, что физические факторы, для человека вовсе не экстремальные, – движущийся воздух, именуемый страшным словом «сквозняк», или температура в комнате +17(С становятся источником повышенной опасности.

Таким образом, следует сделать очень важное заключение: **новорожденный ребенок в закаливании не нуждается**. Он закален самой Природой, тысячелетиями естественного отбора. Следует всего-навсего так организовать уход за младенцем, чтобы не угасли природные адаптационные механизмы. Не только не избегать, но сознательно создавать контрасты температур как воздуха, так и воды, использовать все возможности для максимального по продолжительности контакта с естественными факторами Природы, проще говоря, побольше гулять и в любую погоду. Не надо экстремизма! Не надо окунавать детей в прорубь, не надо часами держать их на солнце и совершенно не обязательно бегать по снегу босиком.

Тем не менее, естественное воспитание, основанное на поддержании природных способностей, вступает в глубокие противоречия, как с отечественной педиатрией, так и с отечественным менталитетом. Ситуация близка к тупиковой хотя бы потому, что 99% мам и пап благополучно заболевают после того, как посидят на сквозняке или промочат ноги. Неудивительно, что эти факторы однозначно расцениваются как опасные, и ребенка от подобных угроз будут всячески оберегать.

Сама проблема закаливания возникает, как правило, именно в тех семьях, где дети желанны и любимы, где родители готовы на всяческие жертвы и личные ограничения, лишь бы ребенку было хорошо. **Закаливание всегда должно рассматриваться, как попытка вернуть утраченное, попытка вскочить в уходящий поезд, попытка пересмотреть традиционные родительские представления о том, что для ребенка плохо и что хорошо.**

Вышеизложенное следует рассматривать в качестве некой теоретической базы, позволяющей понять, что **главная задача родителей не в том, чтобы ребенка закалять. Главное сделать так, чтобы ребенок в закаливании не нуждался.**

Но это все теория. Имеем факт: постоянные простуды. Признаем, были не правы. Готовы исправляться.

С чего начать?

Начать с того, что понять: на любого человека – неважно взрослый это или ребенок – постоянно оказывает воздействие совершенно определенная совокупность внешних воздействий. Воздействия эти условно могут быть разделены на две группы. Первая – факторы естественные (природные) – знаменитые, воспетые в песнях и сказках солнце, воздух и вода. Вторая – факторы цивилизации – место жительства, бытовая химия, учеба в

школе, телевизор, одежда, транспорт и т.д. и т.п.

Возникшее вследствие неадекватного воспитания угнетение врожденной устойчивости к совершенно обычным для человеческого организма природным воздействиям, вполне может быть устранено. Для этого надо совсем не много – принципиально изменить образ жизни, сделать его естественным.

Естественный образ жизни предусматривает приоритетный контакт с вышеупомянутыми естественными факторами и максимальное ограничение контактов с «вредностями цивилизации». Именно такой способ существования пробуждает заложенные в человеке адаптационные механизмы. Логичное следствие – многократное повышение устойчивости организма, снижение, как частоты, так и тяжести болезней.

Образ жизни наших детей, особенно жителей городов, в подавляющем большинстве случаев естественным не является. Малоподвижность. Почти постоянное пребывание в помещении – школа, домашние задания, часовые бдения возле телевизора, детская комната с кучей игрушек. Кормление, несопоставимое с реальными энергетическими затратами, избыток бытовой химии.

Читатели, разумеется, вполне могут возразить, – дескать, совсем не у каждого ребенка есть своя комната с кучей игрушек, и не каждые родители могут позволить себе избыток еды, и не все дети часами делают уроки. Так то оно так. Но весь парадокс как раз и заключается в том, что *не имеющие лишнего веса двоечники из малообеспеченных семей в закаливании, как правило, не нуждаются!*

Рассмотрим теперь основные составляющие естественного образа жизни, весьма желательные для взрослых и абсолютно обязательные для детей, особенно в тех житейских ситуациях, когда на семейном совете рассматривается вопрос о том, что ребенка пора закалять.

1. **Двигательная активность**. В школу пешком, или может одну остановку подъехать на автобусе? Посмотреть кино, или поиграть в футбол? Что вообще полезнее для здоровья – шахматы или теннис? В воскресенье всей семьей делаем генеральную уборку, формируя трудовые навыки, или в воскресенье всей семьей отправляемся на природу, а генеральную уборку совершаем за два вечера в будни? Надо ли отвечать на эти вопросы? Надо ли объяснять, что проявлять двигательную активность лучше под открытым небом, а не между полом и потолком?

2. **Одежда**. Не мешает двигаться. Количество умеренное, поскольку потливость вызывает простуды чаще, чем переохлаждение.

3. **Питание**. Аппетит, как главный критерий целесообразности приема пищи вообще и, как эквивалент энергозатрат, в частности. Не хочет есть, значит не потратил должного количества энергии (на поддержание температуры тела, на уже упомянутую нами двигательную активность).

Совершенно особый вопрос – посещение детских коллективов (школа, детский сад). Понятно, что воспитательнице детского сада сослаться на «плохую погоду» и не выходить из помещения проще, чем, во-первых, всех одевать-раздевать и, во-вторых, выслушивать потом от Серезиной мамы претензии – мальчик заболел потому, что было сыро.

Школа, это вообще отдельная тема. Мы все дружно смирились с тем, что школа – источник знаний. А со здоровьем как? Ведь благосостояние нашего народа не настолько велико, что у всех есть дома тренажеры, бассейны и площадки для тенниса. Остается лишь на школу надеяться. Но не тут то было...

Почему математика 4 раза в неделю, а физкультура 2? Нищие спортзалы с осыпающимися потолками, какие тренажеры, нам бы хоть пару новых волейбольных мячей! 90 минут в неделю на двигательную активность и 20 минут из этих 90 – переключка, «равняйся», «смирно», «на первый-второй рассчитайся». Ботаника, природоведение и география, не выходя из класса. Дополнительные занятия. Количество домашних заданий таково, что добросовестное отношение к учебе способно подорвать самое крепкое здоровье.

Минуточку, воскликнет нетерпеливый читатель, у нас ведь тема «закаливание»! А

закаливание тут причем?

Очень даже причем, поскольку **именно закаливание сплошь и рядом пытаются сделать заменителем естественного образа жизни.**

Классическая ситуация: славная девочка Леночка – отличница. Она много читает и любит мультики, помогает маме мыть посуду, дополнительно занимается английским языком, а по воскресеньям в дом приходит учительница музыки (в прошлом году дедушка на сэкономленную двухлетнюю пенсию купил пианино). У Леночки много игрушек и книг, хронический тонзиллит, аденоиды, низкий гемоглобин, аллергия на апельсины и шоколад. За зиму она 5 раз болела ОРЗ и 1 раз бронхитом. Леночкин папа первым сделал вывод о том, что ребенка надо закалывать, и был поддержан на семейном совете (пять голосов «за», теща воздержалась). В доме даже нашлась изданная массовым тиражом брошюра «Закаливание». Начать решили с обливаний. В книжечке была таблица, – с какой температуры начать и как температуру снижать. Каждый день (перед сном) Леночку обливали – начали с 34(С, каждую неделю температуру воды снижали на 1(, дошли до 30(, но в классе у всех был грипп, а в книге написано – в случае заболевания температуру повысить, опять вернулись к 34(... В принципе, закалывать оказалось очень даже просто – какие-то 10 минут в день потратить на дополнительные водные процедуры.

Описанный вариант действий весьма типичен и, что самое главное, – с одной стороны, абсолютно безвреден для ребенка, а с другой – очень удобен для родителей. Ничего не меняя в целом и тратя максимум 15-20 минут в день на закалывающие процедуры, взрослые и, на первый взгляд, вполне разумные люди, пребывают в глубоком убеждении касательно того, что они ребенка закаляют.

Давайте еще раз вернемся к теоретической основе закаливания. Некий физический фактор, например сквозняк, вызывает простудные заболевания. Если же этот фактор будет постоянным, вначале кратковременным (дозированным), а затем более длительным, то организм к нему (сквозняку) привыкнет и не будет болезненно реагировать. Из теории – практический способ закаливания – сегодня посидим 20 секунд возле открытого окна, завтра минуту, послезавтра 2 минуты, в идеале через 3 месяца будем спать с открытой форточкой. Промокшие ноги – болезнь. Нальем в ванну тепленькой водички и попрыгаем перед сном 2-3 минуты. На следующий день сделаем воду чуть холоднее, а прыгать будем чуть дольше. В идеале через полгода будем бегать по лужам в тапочках.

Ребенок неделями не выходит гулять, не снимает шапочек и шерстяных носков, ест с уговорами, часами сидит возле телевизора, но перед сном его обливают (обтирают) водой и с чувством глубокого удовлетворения ложатся спать.

Именно такой теорией и именно такими практическими действиями внедряется закаливание в нашу повседневную жизнь.

В подавляющем большинстве случаев, «закалывающие процедуры» не приносят ребенку ни пользы, ни вреда, но оказывают огромную пользу нервной системе родителей.

Закаливание является большим жирным крестиком на совести мамы и папы – мол, мы сделали все, что могли.

Так что не закалять? Закалять, но правильно и **понимать под закаливанием следует не кратковременные дозированные воздействия солнцем, воздухом и водой, а принципиальную коррекцию образа жизни.** Начинать не с обтираний и обливаний, не с открытия форточки на 20 секунд. Начинать с решения глобальных вопросов: распорядок дня, интенсивность обучения, еда, сон, детская комната, одежда, спорт.

Раз и навсегда определить некие правила, обязательные для исполнения: – гулять в любую погоду и всячески поощрять двигательную активность, никогда не заставлять есть, свести до минимума контакты с бытовой химией, предоставить возможность одеваться самому (самому выбирать количество вещей). Если ребенок не вылезает из болезней, определиться с дополнительными учебными нагрузками (музыка, иностранные языки). *Лишние знания при дефиците здоровья не делают человека счастливым.* Привести в порядок

детскую комнату, выкинуть накопители пыли, каждый день – влажная уборка. Не свежий воздух дозировать, а дозировать телевизор, дозировать уроки, дозировать шашки-шахматы и крестики-нолики. Дарить не игрушки и шоколадки, дарить свежий воздух – не из окна, а в лесу, цветы – не в вазе, а в поле, воду – в реке, а не из водопровода.

Только такой образ жизни может сделать ребенка счастливым. А практическая реализация подобных действий требует от родителей не только желаний, но и времени. Это гораздо сложнее и хлопотнее, чем обтирать теплой водичкой пять минут в день.

Прямая связь здоровья ребенка и возможностей родителей находить время для укрепления этого самого здоровья представляется очевидной. Но имеем, что имеем – печальную окружающую среду, низкий уровень материального благосостояния, постоянный поиск средств к существованию, дефицит здоровья у самих родителей. Легко сказать: «все свободное время – гулять». Надо ведь иметь свободное время. Легко сказать «прохладный душ по утрам». Надо ведь иметь горячую воду – без горячей воды трудно сделать прохладную, только холодная получается. Рука не поднимается проветривать комнату, в которой и без проветривания + 15(С.

Перечень причин, мешающих закаливанию можно продолжать, но сил мириться с детскими болезнями уже не осталось, а желание делать хоть что-нибудь усиливается с каждым днем. Важный аргумент в пользу необходимости действий – болезнь ребенка, сама по себе, требует времени и немалых средств (лекарства, диета, финансовые потери в связи с невозможностью ходить на работу). Итак, конкретные рекомендации, долгожданные ответы на извечный вопрос «что делать?».

Понять, что имеется два варианта действий. Первый вариант – относительно пассивный – коррекция образа жизни. Что, как и в каком направлении корректировать мы уже определили. Сразу же заметим – подобных перемен совершенно достаточно для постепенного возврата утраченного здоровья. Второй вариант – активный. Перемены образа жизни плюс некие дополнительные мероприятия (те самые закаливающие процедуры), позволяющие вернуть утраченное заметно быстрее.

Рекомендуемая схема активного варианта действий примерно такова.

Начать с физических нагрузок. Проснуться на час раньше обычного и в любую погоду устроить пробежку. Не бег на месте в комнате, а на свежий воздух! Пробежались 5-10 минут (никуда не торопимся, спокойно, никаких рекордов на скорость и дальность), остановились, еще 5-10 минут – комплекс элементарных гимнастических упражнений (помахали руками, покрутили тазом, попрыгали, поприседали) и побежали домой. Итого – максимум 30 минут. Дома – водные процедуры, душ или из ковшика облились теплой водичкой (пока папа бегал, мама подогрела воду), почистили зубы. Позавтракали. Пошли в школу (детский сад). Постепенно увеличиваем дальность и время пробежек, усложняем гимнастические упражнения, уменьшаем количество одежды.

Описанному варианту действий *помешать может только лень*. Никаких других оправдательных мотивов просто не существует. Можно допустить (хотя и не очень хочется), что родители не могут позволить себе выходной на природе и прогулки с ребенком после работы. Но час в день по утрам выкроить можно и нужно. За этот час ребенок получит *гармоничный комплекс воздействий – собственная двигательная активность + вода и свежий воздух + общение с любимым родителем*. Автор гарантирует, что, найдя в себе силу воли ежедневно просыпаться на час раньше, Вы уже через месяц почувствуете перемены к лучшему – не только в отношении здоровья ребенка, но и в отношении своего собственного здоровья!

При осуществлении любых закаливающих мероприятий следует неукоснительно соблюдать три главных принципа :

1. **Систематичность** – раз уж начали, не идите на попятную, не ищите повода сегодня пропустить;

2. **Постепенность** – плавное увеличение интенсивности и продолжительности воздействий;

3. Учет индивидуальных особенностей – возраста, психологической настроенности самого ребенка, сопутствующих болезней, бытовых факторов.

Закаливающие процедуры должны доставлять ребенку удовольствие. Всегда имеет смысл делать акцент именно на те варианты действий, к которым стремится сам ребенок. Нравится ему, например, ходить босиком. Очень хороший вариант закаливания – родителям лишь остается не забывать о постепенности и систематичности.

Обращаю внимание: закаливание помогает предотвратить лишь те болезни, которые связаны с неблагоприятным воздействием именно физических факторов окружающей среды. Закаливание ни коим образом не может уменьшить частоту инфекционных болезней, – если в детском саду ветрянка или началась эпидемия гриппа – «благополучно» заболеет, как и остальные «незакаленные». Но именно закаливание позволяет многократно уменьшить тяжесть и продолжительность болезней, частоту и вероятность осложнений.

Еще раз подчеркиваю **главное** .

РЕБЕНОК НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЗАКАЛИВАНИИ.

РЕБЕНОК НУЖДАЕТСЯ В ЕСТЕСТВЕННОМ, ГАРМОНИЧНОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ.

Максимальная двигательная активность, максимально возможное пребывание на свежем воздухе, достаточный минимум одежды, чистая, прохладная детская комната – в десятки раз важнее и целесообразнее любых гимнастик, обливаний и обтираний. Справедливость именно такого положения вещей нередко постигается родителями слишком поздно, когда якобы любовь, якобы уход и якобы забота приносят плоды в виде целого букета болезней.

Что такое? Неужели
Ваши дети заболели?
Да – да – да! У них ангина,
Скарлатина, холерина,
Дифтерит, аппендицит,
Малярия и бронхит!
Приходите же скорее,
Добрый доктор, Айболит!
К.И. Чуковский

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ. БОЛЕЗНИ ВАШЕГО РЕБЕНКА

3.1 ОЧЕНЬ НЕОБХОДИМОЕ ПРЕДИСЛОВИЕ

«Боже, помоги мне смириться с тем, что я не в силах уразуметь. Боже, помоги мне уразуметь то, с чем я не в силах смириться. Упаси меня, Боже, перепутать одно с другим.»

Старинная испанская молитва

Не вызывает никакого сомнения, что диагностировать болезни и проводить лечение должны люди, специально этому обученные – врачи. И никакая книга, ориентированная на широкую читательскую аудиторию, не сможет врача заменить. А у самих врачей (у очень многих, по крайней мере) подобные книги вызывают реакции далеко неоднозначные и, как правило, негативные.

Ведь рядовой представитель все той же широкой читательской аудитории часто теряет самоконтроль и пытается в индивидуальном порядке решить вопросы, которые, с точки зрения личной безопасности, решать все-таки должен специалист. А *когда последствия самолечения становятся более опасными, чем само заболевание – вот тут уже и есть где*

развернуться специалисту, ну а в результате никому не бывает скучно. Врачи лечат последствия лечения, особо умные и внимательные читатели продолжают проводить эксперименты на себе и делятся опытом с соседями, читая им лекции на тему "Как не надо лечить воспаление легких".

Поскольку автор этой книги самый обыкновенный практический врач, то неудивительно, что ему очень часто пришлось и приходится сталкиваться с последствиями самолечения, «полулечения» или «ускоренного лечения». И незлым словом поминать неумную страсть нашего народа к активному лечению красивыми таблетками. Но вот с чем совершенно нет сил мириться, так это с постоянным стремлением взрослых постоянно лечить собственных детей. А, коль скоро, сил мириться нет, надо бороться. Но бороться не на уровне крика "нельзя", а на уровне хотя бы попытки *объяснить людям, во-первых, что с ними происходит, во-вторых, что при этом делать желательно и, в-третьих, чего нельзя делать ни в коем случае.*

Главные аргументы в пользу именно такого подхода состоят в следующем:

– Основы медицинских знаний, как это ни печально, приобретаются людьми не в школе, а на собственном, часто горьком опыте. Этот факт уложить в голове довольно трудно. Ведь для получения среднего образования в обязательном порядке следует усвоить разницу между синусом и косинусом, постичь последствия контакта кислоты со щелочью и накрепко запомнить, что крепостное право было отменено в 1861 году. Совсем не обязательно при этом знать от чего бывает насморк, как помочь ребенку при повышении температуры тела, почему перестали делать прививки от оспы, и какая разница между дифтерией и дизентерией;

– Лозунги типа "не занимайтесь самолечением!" хороши лишь теоретически, поскольку уровень здоровья самого обыкновенного среднего человека, будь то взрослый или ребенок, оставляет желать лучшего, а при любом чихе обращаться к врачу – врачей не хватит. Так что, хотим мы того или не хотим, но рядовые люди часто лечатся сами и все равно будут сами лечиться, оставляя докторов и больницы в резерве – на крайний случай. Ну, а коли лечиться будут все равно, то не помешают конкретные и доступные знания;

– В целом, антипатия врачей к популярной медицинской литературе вполне понятна: имея за плечами большой опыт работы, а под рукой огромное количество специальной литературы, данные лабораторных и инструментальных исследований, – так вот при всех этих условиях и то не всегда удается поставить правильный диагноз. Легко объяснить при этом пессимизм, возникающий при попытках научить кого-либо чему-либо на уровне бытовом да еще и без использования специальной терминологии;

– Но ведь пишут популярные книжки про зверушек – про бабочек, хомячков и морских котиков – как они живут, как размножаются, как кормят детенышей, что едят. Народу любопытно, народ читает. Конечно, интересно знать, что гепард бежит быстро – со скоростью 120 км в час, но недалеко. Однако не менее интересна, и, главное, более близка к телу, популярная информация о человеческих болезнях. Ну разве не любопытно узнать, для чего ребенка с ветрянкой мажут зеленкой? А кто такие аденоиды? А какая разница, между ОРЗ и простудой? И еще сотни таких почему, как, для чего;

– После того, как доктор сообщит, что Ваш ребенок заболел, например, скарлатиной, Вы, что вполне понятно, потребуете ответа на вопрос – что такое скарлатина? А поскольку времени у врача, не очень то и много, весьма велика вероятность того, что Вас не удовлетворит ответ. Если эта книга Вам поможет – будет просто здорово, тем более что популярную народную мудрость – "доверяй, но проверяй" – врачи испытывают на себе весьма регулярно.

Практический опыт однозначно свидетельствует – вначале необходимо понимание и только потом уже – руководство к действию. В этом состоит, как это ни банально, принципиальная разница между профессионалом (врачом), который понимает и принимает решения, и дилетантом (простым гражданином, начитавшимся мудрых книг), который действует, подтверждая всем своим существованием мудрое изречение Кромвеля: "Дальше

всех зайдет тот, кто не знает, куда идти".

Автор предлагает искать дорогу вместе.

3.2. ИММУНИТЕТ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ

*«О мир, как дивно круг ты совершаешь –
ломаешь то, а это исправляешь.»*

Фирдоуси

Взрослые, и это, к сожалению, типично, задумываются о детском иммунитете после того, как ребенок начинает часто болеть (по крайней мере, очень и очень маловероятно, чтобы, приступая к процессу зачатия, будущие родители думали именно об этом). Остается лишь надеяться на то, что изложенная ниже информация будет получена Вами вовремя...

* * *

Никакими закаливаниями и образами жизни полностью предотвратить детские хвори нельзя. Каждый человек встречается в своей жизни с огромным количеством микробов. А до тех пор, пока к большинству из них в организме не будет выработан иммунитет, инфекционные болезни – неизбежность. Но всегда найдется микроорганизм, к которому защиты нет. Поэтому *болеют все – и дети, и взрослые*.

И совершенно не принципиально – болеть или не болеть. Важно, как болеть – насколько часто и насколько тяжело.

Значение слова "**иммунитет**" с чисто теоретических, медицинских позиций объяснить довольно трудно. Но для нашего с Вами взаимопонимания достаточно следующего: **иммунитет – это способность организма защищать себя**. Защищать от всего, что для организма естественным не является: от вирусов и бактерий, от ядов, от некоторых лекарств, от образующихся в самом организме ненормальностей (раковых клеток, например).

Каждой человеческой клетке присуща своя генетическая информация. Это, сложное на первый взгляд, положение, прямо таки вызывает желание либо перестать читать, либо схватить школьный учебник по биологии, дабы срочно восполнить пробелы в образовании. Но тонкости нам не нужны. Принципиально другое: *система иммунитета способна анализировать – отличать своих от чужих*. А в основе этого анализа – именно генетическая информация. Что-то попало в организм: генетическая информация совпадает – значит свой, не совпадает – чужой. *Любое вещество, имеющее чужеродную генетическую информацию называется антигеном*.

Система иммунитета в начале обнаруживает антиген, а затем делает все, чтобы этот антиген уничтожить. *Для уничтожения конкретного антигена организм вырабатывает совершенно определенные клетки – они называются антитела*. Определенное антитело подходит к определенному антигену как ключ к замку, разве что вероятность повторить или подобрать в миллионы раз меньше.

Пример. В организм попал вирус кори. Иммунитет определил, что этот вирус генетически отличается от любой другой клетки человека. Следовательно, это антиген. Началась выработка антител, не просто каких-то там антител, а именно антител к вирусу кори. Антитела нейтрализовали вирус и болезнь закончилась. А иммунитет к конкретной болезни, в нашем примере к кори, остался. Следует знать, что сроки болезни у каждого конкретного ребенка во многом будут определяться скоростью образования и количеством выработанных антител.

Иммунитет к определенным болезням может быть врожденным – часть уже готовых антител достается ребенку от матери и, соответственно, приобретенным, – т.е. таким, который организм выработал самостоятельно.

И еще, очень важная теоретическая информация.

Мы уже поняли, что иммунитет – явление специфическое (четкое соответствие конкретного антигена – конкретному антителу). Но это не всегда так, поскольку система иммунитета имеет на своем вооружении не только антитела. Типичный пример: повышение температуры тела приводит к тому, что в организме начинает вырабатываться особый белок – *интерферон*. Интерферон уничтожает любые вирусы (и гриппа, и кори, и краснухи), т.е. его (интерферона) действие неспецифично. Система неспецифического иммунитета представлена не только интерфероном – еще пару десятков веществ способен вырабатывать организм.

Главное в этой информации следующее. Если иммунитет постоянно тренируется, то на проникновение антигена он может быстро и сильно ответить, мгновенно выработать все тот же интерферон и болезнь закончится за 2-3 дня. А если интерферона не хватило – придется ждать выработки антител, а на это уже потребуется неделя.

* * *

У новорожденного почти такая же кровь, как у его матери. То есть он уже имеет врожденный иммунитет к тем инфекционным болезням, что перенесла мама. Однако это ненадолго, месяца на 3-4, в лучшем случае, на 6 (при естественном вскармливании, разумеется). Поэтому правильно воспитывать ребенка очень желательно с момента рождения, чтобы к 3-6 месяцам сделать его способным бороться с инфекционными болезнями.

На сам процесс формирования иммунитета влияет целый ряд врожденных факторов, зависящих как от состояния здоровья мамы и папы, так и от течения беременности, особенно от перенесенных в это время инфекций. В то же время, образ жизни уже родившегося ребенка в свою очередь существенно влияет на уровень иммунитета.

Становится понятным, что недостаточность иммунитета может быть врожденной и приобретенной. И первая, и вторая проявляется частыми болезнями, что, вполне резонно, порождает у родителей желание этот самый иммунитет улучшить – желание вполне естественное, особенно если уже успели растерять все то, что дала Природа новорожденному. В конце концов, ну растеряли, ну ушел поезд! Но надо же что-то делать!

Делать надо. А, для начала, знать, что *стимуляторы иммунитета делятся на фармакологические и физиологические*. Фармакологические – это конкретные лекарства, физиологические – это некоторые формы нормального (естественного, физиологического) образа жизни, позволяющие усилить иммунитет.

Общий жизненный тонус, общий уровень здоровья во многом определяется уровнем энергозатрат организма, нагрузкой на все основные системы – и легкие, и сердце, и сосуды и суставы и т.д. и т.п. – все это должно работать

Короче говоря, иммунитет это не отвеченное понятие. Это конкретная система организма, конкретные органы, синтезирующие совершенно определенные защитные вещества. И работа этих самых органов во многом зависит от того, как и с какой нагрузкой трудятся другие системы, про которые мы знаем, которые видим, которые чувствуем.

А теперь давайте задумаемся. **На что ребенок тратит энергию?**

– на рост и развитие;

– на двигательную активность;

– на поддержание температуры тела.

Ну, что касается роста и развития, – на это мы особенно повлиять не можем (здесь больше гены, гормоны). Но двигательная активность! Почитать, или погулять? А поддержание температуры тела – одеть или не одеть? А от души накормить и загнать в постель – это как?

Вот и получается, что *естественных стимуляторов иммунитета всего три – голод, холод и физическая активность*. Ни в одном из трех указанных направлений

недопустим экстремизм – не надо сознательно морить ребенка голодом, заставлять бегать по 30 км в день и выгонять раздетым на мороз.

Но более важно другое:

противоположные действия (избыточные еда и тепло, ограничение двигательной активности) очень быстро приводят к угнетению иммунитета (частые инфекционные болезни) или к неправильности иммунитета, то есть, вроде бы реагирует, но не так, как надо (аллергические или инфекционно-аллергические болезни).

3.3. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: ОБЩАЯ И ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

«Дело умных – предвидеть беду, пока она не пришла.»

Питтак

Преогромное число окружающих нас микроорганизмов люди именуют просто микробами. Для среднего человека, не имеющего к медицине и биологии особого отношения, все микробы вместе – нечто загадочное и, как правило, весьма вредное. Кое кто знает о том, что микробы бывают полезными. Типичные примеры знаний о полезности микробов ограничиваются информацией о том, что они (микробы) превращают молоко в кефир, что дрожжи это тоже микробы и что в кишечнике есть какие-то палочки, помогающие переваривать пищу.

Но всем хорошо известен тот факт, что инфекционные болезни вызываются именно микробами. Правда, в одном случае, микроб, вызвавший заболевание, легко переходит от одного человека к другому, в другом – это происходит редко, в третьем – не происходит почти никогда. Проще говоря, одни инфекционные болезни заразные, а другие нет. И медицинские работники почти повсеместно договорились о том, чтобы называть инфекционными болезнями именно болезни заразные.

Примеры? Пожалуйста. Воспаление легких или язва желудка. В 99% случаев в основе заболевания – особые микроорганизмы. Но, поразив одного человека, они становятся индивидуальной проблемой этого конкретного человека, не представляя угрозы окружающим.

Принципиален еще один факт. Упомянув словосочетание «инфекционная болезнь» врачи всегда имеют ввиду следующий факт: **каждой инфекционной болезни соответствует только один, конкретный микроорганизм**, вызывающий именно это заболевание. Дизентерию вызывает только дизентерийная палочка, грипп – только вирус гриппа, а СПИД – только вирус иммунодефицита человека.

Успешное лечение любой инфекционной болезни невозможно, без четкой и достоверной информации об особенностях конкретного микроба, вызвавшего именно эту болезнь. Что же надо знать?

1. **Источник инфекции.** Кто или что? Кого бояться (избегать)? Это может быть (и, кстати, чаще всего бывает) человек, а также кошки, собаки, птицы, насекомые и т.д.

2. **Пути передачи болезни.** Каким образом микроб из одного организма попадает в другой? Наиболее «популярны» – воздушно-капельный путь (микроб вдохнули) и пищевой путь (микроб съели). Но можно «заработать» болезнь при укусах насекомых (комары – малярия, вши – тиф, клещи – энцефалит), при контакте с зараженной кровью (переливание, половой контакт). Наконец, новорожденный уже может быть болен инфекционной болезнью, заразившись от больной матери: некоторые микробы проникают через плаценту и заражают плод.

3. **Восприимчивость к болезни.** При контакте с больным ветряной оспой или краснухой заражаются практически все, кто раньше не болел. При дифтерии может заболеть 1 из 10, при скарлатине – 1 из 5, при кори – 2 из 3.

4. **Иммунитет.** Имеется ли у человека врожденный иммунитет к конкретной болезни.

Если заразились – сколько надо времени для выработки иммунитета; если переболели можно ли заболеть еще раз.

И источник инфекции, и пути передачи, и восприимчивость, и иммунитет и самое, пожалуй, главное, – **способы лечения** – все это самым тесным образом связано с биологическими особенностями конкретного микроорганизма.

Что же имеется ввиду под этими самыми *биологическими особенностями* ?

Прежде всего, тот факт, что, под объединяющим словом микробы, подразумеваются самые разнообразные микроорганизмы. Разнообразные и по способам размножения, и по особенностям жизнедеятельности и по тем болезням, что они способны вызывать.

Наиболее важно – деление микробов на ВИРУСЫ и БАКТЕРИИ. Это факт весьма принципиален и без четкого понимания разницы между вирусами (вирусными инфекциями) и бактериями (бактериальными инфекциями) любые рассуждения, советы, объяснения и рекомендации, касательно инфекционных заболеваний, просто не имеют никакого смысла.

3.4. ВИРУСЫ

«Извечной и зловещей мечтой вирусов является абсолютное мировое господство, и, как ни ужасны методы, коими они в настоящее время пользуются, им нельзя отказать в настойчивости, изобретательности и способности к самопожертвованию во имя великой цели.»

А. и Б. Стругацкие

Увидеть вирус можно только с помощью электронного микроскопа. Подавляющему большинству врачей и сами вирусы, и электронные микроскопы знакомы лишь по фотографиям в умных медицинских книгах. Но болезни, вызываемые вирусами, имеют настолько характерные симптомы, что ни микроскопов, ни фотографий не надо – все и так ясно.

Принципиальной и наиболее существенной биологической особенностью любого вируса является следующая: вирусы не способны размножаться без помощи клеток других организмов.

Вирус проникает внутрь *совершенно определенной клетки*, и именно эта зараженная клетка превращается как бы в завод по производству вирусов. Вполне понятно, что работать на два фронта (и на вирус, и на организм) клетка не может, а, следовательно, не может выполнять свое основное предназначение – отсюда и возникают совершенно конкретные симптомы болезни.

Мы не зря подчеркнули слова «совершенно определенная клетка». Дело в том, что *главной чертой любого вируса является его избирательность* или, проще говоря, разборчивость. Вирусы не могут жить в любой клетке – им подавай свою, именно ту, которую данный вирус может заставить работать на себя.

Так, например, вирус инфекционного гепатита может существовать и размножаться *только* в клетках печени и больше нигде. Вирус эпидемического паротита (свинки) предпочитает клетки слюнных желез, вирус гриппа – клетки слизистой оболочки трахеи и бронхов, вирус энцефалита – клетки головного мозга и т.д. – в отношении каждого вируса можно перечислить определенные клетки и ткани человеческого организма, которые он (вирус) поражает или может поразить.

Избирательность вирусов прослеживается не только на поражении определенных клеток, но и на способности вызывать конкретные болезни у конкретных биологических видов. Вирус кори может найти нужные ему клетки только в организме человека, и не представляет никакой угрозы для любимца семьи кота Васьки. Вирус собачьей чумки не

опасен для человека. Но это не общее правило. Ведь определенные клетки разных млекопитающих очень похожи друг на друга и некоторые вирусы вызывают одну и ту же болезнь у самых разнообразных животных – типичный пример – вирус бешенства.

В то же время, способность некоторых вирусов к тому, чтобы поражать только определенный биологический вид имеет исключительно большое значение. В весьма недалеком прошлом одной из самых страшных болезней была натуральная оспа, вирус которой может существовать только в организме человека. Еще раз акцентирую внимание: биологический вид «вирус натуральной оспы» может существовать исключительно в организме биологического вида «человек разумный». Если в течение двух десятков лет на земном шаре не зарегистрировано ни одного случая заболевания человека натуральной оспой, логично сделать вывод о прекращении существования в живой природе вируса, вызывающего эту болезнь. Указанный факт и лег в основу прекращения абсолютно в прошлом обязательных прививок против оспы.

Любая клетка организма выполняет целый ряд специфических, только этой клетке присущих функций. После заражения вирусом рано или поздно начинают возникать проблемы. Вирус поразил клетки печени – возникла желтуха и другие признаки печеночной недостаточности. Вирус поразил слизистую оболочку бронхов – появился кашель, в легких хрипы, учащенное дыхание. Вирус проник в клетки головного мозга – возникли расстройства сознания, судороги, параличи.

Избирательность вирусов приводит к тому, что *каждой вирусной инфекции присущи свои, совершенно конкретные симптомы*, а симптомы, как теперь становится понятно, будут определяться именно неспособностью группы клеток, поврежденных вирусом, выполнять свои функции.

Тяжесть вирусной инфекции зависит от того, какие клетки и в каком количестве поражены. Понятно, что поражение головного мозга приведет к более серьезной и значительно более опасной болезни, чем поражение клеток слизистой оболочки носа.

И еще **два момента**, касательно избирательности вирусов и тяжести болезни.

1. *Любые клетки человеческого организма определенным образом изменяются в процессе роста и развития*. Проще говоря, клетка, например, печени трехлетнего мальчика Сережи совсем не то же самое, что клетка печени взрослого дяди Сережи. Гепатоцит (именно так называется основная клетка печени) ребенка еще не созрел и, вирусам, например гепатита А, размножаться в таких незрелых клетках затруднительно. Поэтому ребенок первого года жизни почти никогда не может заболеть гепатитом А, дети постарше болеют очень легко, подростки потяжелее, а взрослые – тяжело. Поэтому более-менее легкие детские инфекции (корь, краснуха, ветрянка) могут у взрослых протекать очень и очень тяжело.

2. *Тяжесть болезни во многом определяется состоянием или, проще говоря, степенью здоровья конкретной клетки*. Все тот же гепатоцит пьющего дяди Сережи слабее, чем у непьющего подростка Саши. А клетки слизистой оболочки бронхов у курящего десятиклассника Пети слабее, чем у его некурящей одноклассницы Наташи. И существует реальная вероятность того, что гепатит у дяди Сережи будет протекать тяжелее, чем у Саши, а грипп у Пети тяжелее, чем у Наташи.

* * *

Как же реагирует организм человека на проникновение любого вируса? Естественно, начинает с ним бороться – вначале на уровне неспецифического иммунитета (интерферон и т.д.), затем появляются антитела. Антитела нейтрализуют вирус и болезнь заканчивается. Но, все совсем не так просто, как может показаться на первый взгляд.

В одних случаях, за то время, что необходимо для выработки антител, вирус успевает натворить такое, что неминуемы тяжелейшие последствия или человека вообще невозможно

спасти. Бывает и так, что вирус в организм человека проникает, определенные клетки заражает и на этом свое «гнусное дело» прекращает. Т.е. вирус вроде как бы и есть, и он действительно находится внутри определенных клеток, но болезни нет – вирус по каким-то своим «соображениям» не размножается, он как бы спит внутри, коварно дожидаясь определенного момента, когда ослабнет иммунитет.

Если вирус способен активно размножаться, он быстро приводит к гибели и разрушению захваченную им клетку. Из распавшейся клетки вирусы попадают в кровь, а там их уже поджидают антитела... Вот и получается, что активные вирусы (т.е. вирусы погубители клеток), вызывают острые инфекционные болезни (краснуху, корь, свинку, грипп и т.п.), которые длятся ровно столько, сколько надо организму для синтеза антител. А сроки выработки антител совершенно определены и, как правило, невелики около 5 – 10 дней. Поэтому всегда можно сказать, сколько будет заразен больной корью и когда исчезнет сыпь. Поэтому врач, поставив диагноз краснухи, точно знает, через сколько дней наверняка станет лучше. Поэтому, если грипп длится 3 недели, то это уже не грипп.

* * *

Тот конкретный факт, что вирусы находятся именно внутри клеток человеческого организма, обуславливает главнейшие сложности в лечении любых вирусных инфекций.

Очень трудно уничтожить вирус и оставить при этом в живых саму клетку. Неудивительно, что эффективных противовирусных лекарственных препаратов очень мало и все они, как правило, весьма специфичны, – т.е. действуют на строго определенный вирус (например, *ремантадин* – только на вирус гриппа А) или на строго определенную группу вирусов (например, *ацикловир* – на вирусы группы герпеса).

Становится понятным, что **главный принцип лечения вирусных инфекций – помочь организму самому победить вирус**.

В чем же состоят принципы помощи?

Прежде всего, в том, чтобы **создать условия, при которых борьба вируса с организмом ребенка наиболее вероятно закончится победой именно ребенка**. Эти условия включают в себя и режим, и диету и определенные лекарственные препараты.

Суть лечения:

1. *Воздействие на конкретные симптомы болезни*. Например, обработка высыпаний на коже, или смягчение кашля, или определенные капли в нос, или воздействие на высокую температуру тела.

2. *Улучшение функционирования или уменьшение естественной нагрузки на пораженные вирусом клетки*. Например, противовоспалительные средства, или препараты, улучшающие работу клеток печени, или лекарства, активизирующие кровоснабжение клеток головного мозга.

Существенные сложности, и существенные ограничения, возникающие при выборе *способов лечения* вирусных инфекций, во многом определяют тот факт, что первостепенное внимание должно уделяться именно *способам профилактики*.

В чем же состоят **принципы профилактики вирусных инфекций** ?

1. **Прививки**. Введение в организм ослабленного вируса приводит к выработке вполне полноценных антител, защищающих человека от конкретной вирусной инфекции (кори, краснухи, полиомиелита, гепатита В, гриппа, клещевого энцефалита и т.д.).

2. **Предотвращение или ограничение контактов с вероятным источником инфекции** (отдельная комната для больного острой респираторной инфекцией и маски для его родственников, «разборчивая» и аккуратная половая жизнь для предотвращения СПИДа и т.д.).

3. **Образ жизни и система воспитания, формирующие нормальный иммунитет** (без комментариев).

* * *

Изложенная выше информация позволяет заключить, что родители имеют возможности, как для предотвращения конкретных болезней, так и для оказания помощи больному ребенку.

Последовательность, актуальность, нужность или, соответственно, ненужность определенных действий уходит своими корнями в наличие у тех, кто ребенку помогает, реальных знаний.

Правильно помочь можно лишь:

- зная, что это болезнь действительно вирусная;
- зная, как этот вирус передается;
- зная сроки болезни;
- зная, какие клетки и органы поражаются;
- зная, способы помощи;
- зная подстерегающие опасности;
- желая все это узнать...

Последующие главы – именно для желающих.

3.5 ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

*«У меня печальный вид –
Голова моя болит,
Я чихаю, я охрип.
Что такое?
Это – грипп!»
С.В. Михалков*

ОРВИ – самые распространенные человеческие болезни – до 90% всех случаев инфекционных заболеваний. Ими болеют все – одни чаще, другие реже, но все. Зимой чаще (вирусы в это время намного активнее), летом – реже, но все равно болеют.

Вызывающие ОРВИ вирусы поражают так называемые *эпителиальные клетки* – клетки, покрывающие дыхательные пути от носа и горла до легких. Вирусов этих существует превеликое множество, самый известный – грипп, но есть и другие – менее знаменитые, но не менее противные (парагрипп, аденовирус, риновирус, реовирус и т.д.). Особую грусть вызывает тот факт, что каждый из этих вирусов имеет определенное количество вариантов (парагрипп – всего 4, грипп несколько десятков), поэтому у человека имеется теоретическая, а, нередко, и реальная практическая возможность болеть ОРВИ весьма часто.

Во внешней среде вирусы гибнут довольно быстро, но от человека к человеку передаются очень легко – *воздушно-капельным путем*. От момента заражения до появления первых признаков болезни (этот промежуток называется инкубационным периодом) необходимо совсем немного времени – иногда несколько часов, но, как правило, не более четырех дней.

Любой респираторный вирус поражает, как правило, не все дыхательные пути, а какой-то определенный участок. Даже на этом уровне прослеживается избирательность вирусов. Риновирус – слизистая оболочка носа, парагрипп – гортань и трахея, грипп – трахея и бронхи и т.д.

Симптомы ОРВИ всем прекрасно известны, хотя бы потому, что человека, который ни разу ОРВИ не болел, просто не существует. Вначале недомогание, ну а повышение температуры тела, насморк и кашель долго себя ждать не заставляют.

Но конкретные, индивидуальные симптомы ОРВИ в каждом случае зависят, прежде всего, от того, где, на каком участке дыхательных путей вирус вызвал наиболее сильный

воспалительный процесс. Для обозначения этого места существует множество страшных медицинских слов. РИНИТ – поражение слизистой оболочки носа, ФАРИНГИТ – поражение слизистой оболочки глотки, НАЗОФАРИНГИТ (нос и глотка одновременно), ТОНЗИЛЛИТ (миндалины), ЛАРИНГИТ (гортань), ТРАХЕИТ (трахея), БРОНХИТ (bronхи), БРОНХИОЛИТ (самые мелкие bronхи – бронхиолы).

Объединяя эти слова (тонзиллофарингит, ларинготрахеит, трахеобронхит и т.п.), читатели вполне могут не только приобщиться к медицинской терминологии, но и использовать полученную информацию в корыстных целях. Одно дело сказать начальнику на работе, что у Вашего ребенка была ОРВИ, а совсем другое, что дитя болело назофаринготонзиллитом. С учетом всеобщей убежденности в том, что тяжесть болезни имеет прямую связь с непонятностью диагноза, сочувствие начальства Вам обеспечено.

Зная признаки поражения того или иного участка дыхательных путей, врач может не только поставить точный диагноз (т.е. сказать не просто «ОРВИ», а конкретно «ОРВИ, бронхит» или «ОРВИ, ларинготрахеит»), но и предположить какой именно вирус вызвал настоящую болезнь.

Обильный насморк при мало нарушенном общем состоянии – ринит, скорее всего риновирус; осипший или охрипший голос, грубый болезненный кашель – ларингит, скорее всего парагрипп; очень высокая температура, выраженное нарушение общего состояния, незначительный насморк, частый сухой кашель – бронхит, скорее всего грипп и т.д.

Способы профилактики и принципы лечения ОРВИ не зависят от того, как точно данный вирус называется. Это кстати, во многом определяет тот факт, что практические врачи-педиатры предпочитают не морочить своим пациентам головы и редко называют болезни их точными именами, например, аденовирусная инфекция, или парагрипп. Слово «ОРВИ» и родителей и врачей по большому счету устраивает, им и пользуются.

Исключение составляет, пожалуй, **ГРИПП – самое, пожалуй, известное заболевание из всех ОРВИ.**

В чем же состоят **особенности гриппа ?**

Главная – способность к изменчивости . Т.е. вирус может самым принципиальным образом изменять свой антигенный состав. И это приводит к тому, что у очень большого количества людей полностью отсутствует какой-либо иммунитет, но не иммунитет «вообще», а именно иммунитет к данному, новому, не известному ранее варианту вируса гриппа.

Ученые выделяют три основных разновидности вируса гриппа – А, В и С. Наиболее принципиальные различия как раз и состоят в способности изменяться.

Так, вирус гриппа С практически стабилен. И, один раз переболев, человек почти на всю жизнь имеет иммунитет, т.е. заболеть гриппом С можно лишь при первой с ним встрече. Ну а поскольку вирус широко распространен, становится понятным, что взрослые гриппом С почти никогда не болеют. Это удел именно детей.

Вирус гриппа В изменяется, но умеренно. Если грипп С болезнь исключительно детей, то грипп В – преимущественно детей.

Грипп А – самый коварный, именно он, постоянно меняясь, вызывает эпидемии.

Принципиальный момент: тяжесть самого заболевания мало связана с тем, как этот вирус называется: грипп А или грипп В , хотя грипп С, протекает, как правило, легче. Средства массовой информации эпизодически рассказывают о приближении «страшной эпидемии гриппа», но это вовсе не свидетельствует о том, что данный вирус вызывает заболевание более тяжелое или более опасное. «Страшная эпидемия» – значит, приближается существенно изменившийся вирус, вирус, к которому у большинства населения нет иммунитета. Значит число заболевших будет очень большим. В этом, еще раз подчеркиваю, суть страшных эпидемий – именно в количестве больных, а не в тяжести конкретной болезни.

Симптомы гриппа по большому счету похожи на симптомы других ОРВИ. Но, склонность вируса к преимущественному поражению именно слизистых оболочек трахеи и бронхов приводит к тому, что тяжесть заболевания при гриппе, как правило, выше, чем при других ОРВИ. Но *нет ни одного симптома, возможного при гриппе и невозможного при другой респираторной вирусной инфекции*. Понятно, что предположить грипп на основании осмотра больного можно лишь с той или иной степенью вероятности.

Тем не менее, *принципиальная особенность именно гриппа может быть выражена фразой «плохо вообще»*. Т.е. больше всего беспокоит не что-то конкретное – насморк, кашель, боли в горле, а именно общие симптомы: очень высокая температура, очень сильный озноб, очень выражены и сонливость, и общая слабость, и полное отсутствие аппетита.

* * *

Теперь настало время для того, чтобы рассмотреть и постараться уяснить значение еще двух очень распространенных слов.

3.5.1. ПРОСТУДА

ОРВИ, как мы уже поняли, болезнь заразная. Ощувив у себя или обнаружив у ребенка недомогание, насморк, кашель и повышение температуры тела среднестатистический житель нашей страны никогда не произнесет слово «ОРВИ», но на вопрос «что случилось?» ответит однозначно и убежденно – *простудился*. Именно в этой связи очень хотелось бы объяснить разницу между такими понятиями, как "простудился" и "заразился", поскольку значение часто употребляемого слова "простуда" на самом деле не всем известно.

Итак, заглянем в толковый словарь:

ПРОСТУДА 1. Охлаждение, которому подвергся организм. 2. Болезнь, вызванная таким охлаждением (разг.).

Главный вывод из этого определения состоит в том, что *простуда, как правило, не имеет никакого отношения к ОРВИ*. И в носу, и в глотке, и в бронхах имеется достаточное количество микробов (не вирусов, а бактерий), которые вызывают заболевания (все те же фарингиты и тонзиллиты), при ослаблении защитных сил организма, чему и способствуют переохлаждения, повышенная потливость, хождение босиком, избыточные физические нагрузки, сквозняки, холодная вода. А заболеть ОРВИ – это, значит, заразиться от уже больного человека.

Очевидно, что третий пункт, описанных выше принципов профилактики вирусных инфекций (стр.), связан с простудой самым тесным образом. Ведь избежать простуд можно либо радикально (адекватным воспитанием), либо тщательно оберегая ребенка от нормальной жизни.

3.5.2. ОРЗ

Еще одно медицинское слово, которое у всех на слуху – ОРЗ, что расшифровывается как острое респираторное заболевание.

Если врач убежден в том, что насморк, кашель и повышение температуры вызваны вирусом, то он (врач) употребляет уже известное нам понятие ОРВИ. Однако причина все тех же кашля и насморка бывает не совсем понятна или просто некогда разбираться (50 человек в день на приеме в поликлинике и 30 вызовов на дом). В этой ситуации очень удобно говорить про ОРЗ, поскольку понятие "острое респираторное заболевание" объединяет в себе и ОРВИ, и простуды, и обострение хронических инфекций носоглотки, и бактериальные осложнения ОРВИ.

Таким образом, **ОРЗ это не болезнь и не диагноз, это специальный термин**, который употребляется медицинскими работниками в трех случаях:

1. Когда непонятно.
2. Когда некогда.
3. Когда не требуется конкретная информация («в городе N существенно выросла заболеваемость ОРЗ», «употребление лука и чеснока – прекрасное средство для профилактики ОРЗ»).

* * *

Определившись с причинами ОРВИ, рассмотрим поподробнее их основные проявления и основные способы лечения, делая при этом акцент на тактике действий родителей.

Но предварительно необходимо отметить следующее.

В подавляющем большинстве случаев организм нормального ребенка, который нормально (естественно) воспитывается, вполне способен к тому, чтобы без всякой посторонней помощи справиться с острой респираторной вирусной инфекцией.

И главная наша задача – организму не мешать!

Почти все проявления болезни – повышение температуры, насморк, кашель, отказ от еды – представляют собой способы борьбы организма с возбудителем инфекции. А современные лекарства могут творить чудеса – мгновенно снизить температуру, "отключить" насморк и кашель и т.д. И, к сожалению, многие такие лекарства в Вашей домашней аптечке есть. Поэтому Вы, кое-что зная, попытаетесь облегчить жизнь малышу и себе... А в результате вместо трех дней насморка получите три недели в больнице с воспалением легких. Это я говорю к тому, что, читая написанные ниже рекомендации, особое внимание обращайте на те Ваши действия, которые ни в коем случае делать не надо.

3.5.3. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Повышение температуры тела – наиболее типичное проявление не только ОРВИ, но и любой инфекционной болезни. Организм таким образом сам себя стимулирует, вырабатывая при этом вещества, которые будут бороться с возбудителем.

Главное из этих веществ – интерферон. Про него многие слышали, хотя бы потому, что в виде капель в нос он довольно часто назначается врачами. Интерферон это особый белок, обладающий способностью нейтрализовывать вирусы, а его количество имеет прямую связь с температурой тела – т.е. чем выше температура, тем больше интерферона. Количество интерферона достигает своего максимума на второй-третий день после повышения температуры и именно поэтому большинство ОРВИ благополучно заканчиваются на третий день болезни. Если интерферона мало – ребенок слабенький (не может отреагировать на инфекцию высокой температурой), или родители "сильно умные" – быстренько температуру "сбили" – то шансов на окончание болезни за три дня почти не остается. В этом случае вся надежда на антитела, которые покончат с вирусами обязательно, но вот сроки болезни будут совсем другими – около семи дней. Кстати, приведенная информация во многом объясняет два факта: отвечает на вопрос, почему "нелюбимые" дети болеют три дня, а "любимые" – неделю и на научном уровне объясняет народную мудрость касательно того, что леченый грипп проходит за 7 дней, а нелеченный – за неделю.

Каждый ребенок индивидуален и по-разному переносит повышение температуры. Встречаются малыши, спокойно продолжающие играть при 39 градусах, но бывает всего 37,5, а он чуть ли не теряет сознание. Поэтому не может быть универсальных рекомендаций в отношении того, до каких пор надобно ждать и после какой цифры на шкале градусника начинать спасать.

Главное для нас следующее.

При повышении температуры тела необходимо сделать все для того, чтобы организм имел возможность терять тепло. Тепло теряется двумя путями – при испарении пота и при согревании вдыхаемого воздуха.

Два обязательных действия:

1. *Обильное питье – чтобы было чем потеть.*
2. *Прохладный воздух в комнате (оптимально 16-18 градусов).*

Если эти условия выполнены, вероятность того, что организм сам не справится с температурой, очень невелика.

Внимание!

При контакте тела с холодом происходит спазм сосудов кожи. В ней замедляется кровоток, уменьшается образование пота и отдача тепла. Температура кожи уменьшается, но температура внутренних органов увеличивается. И это исключительно опасно!

Нельзя использовать в домашних условиях так называемые "физические методы охлаждения": грелки со льдом, влажные холодные простыни, холодные клизмы и т.п. В больницах или после визита врача можно, потому что до того (до физических методов охлаждения) врачи назначают специальные лекарства, которые устраняют спазм сосудов кожи. Дома необходимо сделать все для того, чтобы спазма сосудов кожи не допустить. Поэтому **прохладный воздух, но достаточно теплая одежда.**

Частички тепла уносятся из организма при испарении пота и, таким образом, понижается температура тела. Были придуманы несколько способов, позволяющих ускорить испарение. Например, поставить рядом с голеньким ребенком вентилятор; растереть его спиртом или уксусом (после растирания уменьшается поверхностное натяжение пота и он испаряется быстрее).

Люди! Вы даже представить себе не можете, какое количество детей поплатилось жизнью за эти растирания! Если уж ребенок пропотел, то температура тела снизится сама. А если Вы растираете сухую кожу – это безумие, потому что через нежную детскую кожу то, чем Вы растираете, всасывается в кровь. Растерли спиртом (водкой, самогон) – добавили к болезни отравление алкоголем. Растерли уксусом – добавили отравление кислотой.

Вывод очевиден – **никогда и ничем не растирайте**. И вентиляторы тоже не нужны – поток прохладного воздуха, опять-таки, вызовет спазм сосудов кожи. Поэтому, если пропотел – переоденьте (перепеленайте) в сухое и теплое, после чего успокойтесь.

Чем выше температура тела, чем сильнее потеет, чем теплее в помещении – тем активнее необходимо поить. Оптимальный напиток для ребенка первого года жизни – отвар изюма. Для более старших детей – компот из сухофруктов. Чай с малиной резко усиливает образование пота. Поэтому Вы должны быть уверены в том, что есть, чем потеть, а, значит, до малины надо бы выпить еще чего-нибудь (того же компота). Но в любом случае малину детям до года давать не следует.

Если перебирает – это буду, а это не буду, то ***пусть уж лучше пьет что угодно*** (минеральную воду, отвары трав, калину, шиповник, смородину и т.д.), ***чем не пьет вообще***.

Помните – жидкость нужна для того, чтобы не допустить сгущения крови. А любой напиток попадет из желудка в кровь только после того, как температура жидкости будет равна температуре желудка: дали холодное – не всосется, пока не нагреется, дали теплое – не всосется, пока не остынет.

Вывод : ***необходимо стремиться к тому, чтобы температура напитка, используемого для питья, была равна температуре тела*** (плюс минус 5 градусов не считается).

Бывают, и совсем нередко, ситуации, когда повышение температуры тела ребенком плохо переносится. Иногда повышение температуры тела для ребенка опасно потому, что у него есть какие-либо болезни нервной системы, и высокая температура тела может спровоцировать судороги. Да и, по большому счету, ***температура выше 39 градусов, которая держится больше часа, имеет отрицательных эффектов не меньше, чем положительных***.

Таким образом, можно выделить три ситуации, когда имеет смысл ***применение лекарственных препаратов***. Еще раз повторю:

1. Плохая переносимость температуры;
2. Сопутствующие болезни нервной системы;
3. Температура тела выше 39 градусов.

Сразу же отметим: **эффективность любых лекарств снижается, а вероятность побочных реакций значительно увеличивается, если не решены указанные выше две главные задачи – не обеспечен должный режим питья и не снижена температура воздуха в помещении.**

Для использования в домашних условия оптимален **парацетамол** (синонимы – дофалган, панадол, калпол, мексален, доломол, эффералган, тайленол, хоть что-нибудь из перечисленного желателно иметь в свечах). Парацетамол – лекарство уникальное по своей безопасности, даже превышение дозы в 2-3 раза, как правило, не приводит к сколько-нибудь серьезным последствиям, хотя сознательно этого делать не надо. Мало найдется препаратов, сравнимых с ним и по удобствам применения – таблетки, жевательные таблетки, капсулы, свечи, растворимые порошки, сиропы, капли – выбирай, что душе угодно.

Некоторая полезная информация по поводу парацетамола.

1. Самое главное: **эффективность парацетамола очень высока именно при ОРВИ.** *При бактериальных инфекциях, при возникновении осложнений все тех же ОРВИ парацетамол помогает не надолго или вообще не помогает. Короче говоря, ни при одной серьезной инфекции добиться с его помощью существенного снижения температуры тела не удастся. Именно поэтому, парацетамол всегда должен быть в доме, поскольку помогает родителям правильно оценить серьезность болезни: если после приема температура тела быстро снизилась, значит с высокой степенью вероятности можно заключить, что ничего страшного (более страшного, чем ОРВИ) у ребенка нет. А вот если эффект от приема парацетамола отсутствует – тут уже самое время подсуетиться и не откладывать в долгий ящик обращение к врачу .*

2. Парацетамол выпускается сотнями фирм под сотнями самых различных наименований в десятках форм. Эффективность препарата определяется прежде всего дозой, а не формой выпуска, красотой упаковки и коммерческим наименованием. Разница в цене – нередко десятикратная.

3. Поскольку парацетамол относится к препаратам, которые наиболее часто используются без помощи врача, следует знать способы его (парацетамола) применения. Дозы, как правило, указаны на упаковке.

4. Парацетамолом не лечат. Парацетамолом уменьшают выраженность конкретного симптома – повышенной температуры тела.

5. Парацетамол не используют планоно, т.е. строго по часам, например, «по 1 чайной ложке сиропа 3 раза в день». Парацетамол дают лишь тогда, когда есть повод дать. Высокая температура – дали, нормализовалась, – не дали.

6. Нельзя давать парацетамол более 4-х раз в сутки и более 3-х суток подряд.

В любом случае, родители должны отдавать себе отчет в том, что **самостоятельное использование парацетамола – лишь временная мера, позволяющая спокойно дождаться врача .**

Применение других жаропонижающих лекарственных средств (аспирина, анальгина, ибупрофена) всегда следует согласовывать с врачом.

3.5.4. НАСМОРК

Насморк чаще всего является проявлением именно вирусного заболевания. Во-первых, организм, таким образом, пытается остановить инфекцию в носу (не пустить ее дальше – в горло, в легкие), а, во-вторых, слизистая оболочка носа выделяет слизь, которая в огромных количествах содержит вещества, нейтрализующие вирусы.

Главная задача родителей – не допустить высыхание слизи.

Для этого необходим, опять-таки, чистый прохладный воздух и достаточное количество

жидкости, употребляемой внутрь. Если слизь высохнет – ребенок будет дышать ртом и тогда начнет высыхать слизь в легких, закупоривая бронхи, а это одна из главных причин развития в них воспаления (пневмонии).

При температуре в комнате выше 22 градусов слизь высыхает очень быстро. Выводы очевидны.

Помочь ребенку можно, увлажняя носовые ходы каплями, которые делают слизь более жидкой. Самое простое и всем доступное средство – физиологический раствор (есть во всех аптеках). Это обычная вода с добавлением небольшого количества соли. Передозировать его невозможно, поэтому капайте совершенно спокойно хоть каждые полчаса по 3-4 капли в каждую ноздрю. Очень хороший препарат – эктерицид – маслянистая жидкость, обладающая слабыми дезинфицирующими свойствами, а масло, покрывая тонким слоем слизистые оболочки, предотвращает их высыхание. С этой же целью вполне резонно применять масляные растворы витаминов Е или А (токоферол и ретинол). И эктерицид, и растворы витаминов нет смысла капать чаще одного раза в 2 часа (по 1-2 капле), логично сочетать их с физраствором, побочных эффектов нет. Еще раз подчеркиваю – если в комнате теплый и сухой воздух, предотвратить высыхание слизи очень и очень трудно, что бы Вы ни делали. Поэтому при любом ОРЗ необходимо вначале ответить на вопрос – "чем дышать?" и только потом уже – "чем лечить?".

Никогда и ни при каких обстоятельствах не капайте в нос растворы антибиотиков!

Недопустимо использование при обычном (вирусном) насморке сосудосуживающих капель (нафтизин, галазолин, санорин, назол). Вначале становится очень хорошо – исчезает слизь, а потом очень плохо – начинается отек слизистой оболочки носа. Проявляется это так: сопли бежать перестали, но носовое дыхание не только не восстанавливается, но еще и ухудшается ("не продохнешь"). А чтоб снова стало хорошо, опять приходится капать. И так до бесконечности. Повторяю: насморк – это защита. Он сам пройдет, если не мешать, а помогать. Придуманы указанные лекарства для лечения совсем другого насморка – не инфекционного, а аллергического. Пришла, например, соседка – похвастаться своим персидским котом, а у Вас сопли потекли (это не от восторга, а от аллергии на кошек). Вот тут нафтизин в самый раз, хотя лучше все-таки выгнать кота (соседку можете оставить).

3.5.5. КАШЕЛЬ

Любой нормальный человек должен хотя бы иногда кашлять. Организм, таким образом, очищает легкие от слизи, которая в них накапливается. Иначе быть не может, потому что дышит человек не самым чистым воздухом. При любых болезнях легких и верхних дыхательных путей количество слизи увеличивается – надо чистить бронхи и нейтрализовывать вирусы и бактерии. А накапливающуюся слизь (она называется мокротой) организм удаляет посредством кашля.

Как и в отношении носа, главное – предотвратить высыхание мокроты – все те же прохладный воздух и питье. Категорически недопустимо без указания врача давать лекарственные средства, угнетающие кашель (глауцин, либексин, тусупрекс, бронхолитин)! Эти препараты хороши при одной единственной детской инфекции – коклюше – да и то под постоянным врачебным контролем. Во всех остальных случаях следует, если уж невмоготу, использовать лекарства, воздействующие на мокроту (делающие ее менее густой) и усиливающие сокращение бронхов. Кашель, каким бы он ни был, всегда позволяет дожидаться участкового педиатра и посоветоваться. Вполне безвредны и довольно эффективны мукалтин, нашатырно-анисовые капли, калия иодид, бромгексин, ацетилцистеин, лазолван. Их неплохо иметь в доме, но дозы и целесообразность применения в каждом конкретном случае уточнять (не у соседки, разумеется, а у врача).

3.5.6. ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ

Начнем с того, что *во всех случаях, когда у ребенка имеет место затрудненное дыхание, реагировать надо немедленно и с обязательным (!) привлечением медицинских работников.*

Наиболее частой причиной затрудненного дыхания у детей является ВИРУСНЫЙ КРУП (ложный круп). Что же это такое круп? При многих инфекциях, как вирусных (ОРВИ, корь, краснуха, ветряная оспа), так и бактериальных (дифтерия, скарлатина) возбудитель заболевания вызывает воспаление слизистой оболочки гортани и трахеи. Просвет дыхательных путей суживается и возникает затрудненное дыхание. Такое состояние называется крупом (воспалительное сужение гортани и трахеи при инфекционных болезнях). Более чем в 99,9% всех случаев крупа, его причиной в настоящее время является именно ОРВИ. Но уже сам тот факт, что у одного ребенка из тысячи причиной крупа может быть дифтерия, еще раз подтверждает однозначную необходимость незамедлительного привлечения врача для уточнения диагноза.

Симптомы крупа довольно характерны:

- Шумное дыхание с *затрудненным вдохом* ;
- Изменения голоса (осиплость, охриплость);
- Грубый ("лающий") кашель.

До прибытия врача, побыстрее дайте малышу подышать прохладным воздухом (к окну, на балкон). Теплое питье и теплая одежда. Оптимальное лекарство для неотложной помощи – баралгин (заменители – спазмалгин, максиган, триган, спазган, ренальган) – 1/3 таблетки детям до года, 1/2 таблетки от 1 года до 5 лет. Самое опасное для ребенка с крупом это теплый и сухой воздух.

Затрудненный выдох – возникает при спазме (сокращении и, соответственно, сужении) бронхов. Причиной этого может быть не только вирусная инфекция, но и аллергия (бытовая химия, новая мебель, боролись с тараканами, красили полы и т.п.). Если затрудненный выдох есть, а других признаков инфекции нет (нет повышения температуры, не красное горло) вопрос об аллергии весьма актуален, а неотложная помощь до прибытия врача заключается в прекращении контакта с возможным источником аллергии – опять-таки на улицу, на балкон.

3.5.7. ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

Действительно больной ребенок постельный режим выберет себе сам . Если постоянное пребывание в постели сопровождается постоянными криками и воплями, в связи с желанием из кровати выбраться, то следует знать, что энергии на крики и вопли тратится не меньше, чем на ходьбу.

3.5.8. ОТВЛЕКАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Каждый взрослый человек хоть раз испытал отвлекающие процедуры на себе и ближайших родственниках – всем ведь известны знаменитые горчичники (банки, припарки, горячие ножные ванны и т.п.).

Сразу же следует отметить – *эффективность этих процедур ни доказать, ни опровергнуть нельзя*. Болезни, при которых горчичники якобы помогают, благополучно проходят и без горчичников. Серьезные заболевания опять-таки горчичниками не вылечиваются.

Так для чего же они нужны? Прежде всего, для родителей. У мамы и папы заболевшего ребенка просто чешутся руки сделать для малыша "хоть что-нибудь". А когда горчичники снимают, малышу действительно становится гораздо легче – оттого, что сняли.

Главный вывод:

отвлекающие процедуры нужны для того, чтобы развлекать родителей.

Убежден, что развлечения путем издевательства над больным младенцем, не самый лучший способ лечения.

Если уж Вы никак не можете воздержаться от "самых решительных действий", то не делайте ничего, что доставляет ребенку неприятные ощущения. Хотите – поставьте ему согревающий компресс на шею. В некоторых книжках написано, что подобное тепловое воздействие благотворно влияет на работу бронхов. На самом деле Вам, в лучшем случае, удастся нагреть кожу шеи, но ребенку хуже не станет – это точно.

3.6. ЛЕТУЧИЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

«МЕДИЦИНА – искусство обманывать пациента на период, пока природа сама справится с болезнью.»

Эван Эзар

Летучие вирусные инфекции среди всех заразных болезней стоят особняком. Во-первых, они очень распространены, а во-вторых, удивительно заразны. Если для возникновения любого гриппа, гепатита, коклюша или менингита необходим довольно тесный контакт с больным, по крайней мере, 1-2 метра, то заболеть ветрянкой вполне можно, находясь от заболевшего в 50 метрах. Связано это с тем, что вирусы летучих инфекций легко распространяются с потоками воздуха. Именно поэтому подавляющее большинство людей переносят эти инфекции в детском возрасте. Отсюда – актуальность конкретных знаний о самих болезнях и Ваших реально возможных практических действиях.

3.6.1. КОРЬ

Корь типичная вирусная инфекция, а вызывающий ее вирус имеет целый ряд удивительных особенностей. Прежде всего, для этой инфекции характерна почти 100% восприимчивость – то есть если человек, ранее корью не болевший, будет контактировать с больным корью (разумеется, в то время когда больной заразен) – вероятность заболеть самому чрезвычайно высока. Корь передается воздушно-капельным путем, а вокруг больного находится огромное количество вирусов, которые с потоками воздуха могут распространяться на довольно-таки приличные расстояния – в соседние комнаты, на другие этажи. Именно поэтому (1. Высокая восприимчивость и 2. Летучесть вируса), каждый человек в течение жизни имеет возможность многократно встречаться с вирусом кори. Неудивительно, что всего лишь несколько десятков лет назад (до прививок) встретить не болевшего корью было очень трудно.

Меры профилактики основываются на здравом смысле и вполне очевидны.

Вирус кори проникает в организм человека через слизистые оболочки глаз и верхних дыхательных путей. Он (вирус) испытывает особое пристрастие к клеткам центральной нервной системы, слизистым оболочкам кишечника и дыхательных путей. От момента заражения до появления первых признаков болезни проходит обычно 8-10 дней, иногда инкубационный период удлиняется до трех недель, но короче 7 дней он не бывает никогда.

Начинается корь с повышения температуры, головной боли, кашля, насморка. Весьма типично поражение глаз – слезотечение, конъюнктивит (воспаление слизистой оболочки век). Описанные симптомы, весьма напоминающие ОРЗ, сохраняются 2-3 дня (иногда 5-6 дней), после чего появляется сыпь – розовые пятнышки, которые, сливаясь друг с другом, превращаются в пятна и, появившись вначале на голове (за ушами, на лице), медленно опускаются вниз и в течение двух-трех дней добираются до ног.

Корь, мягко выражаясь, не самая легкая из вирусных инфекций (до начала прививок умирали 2-3% больных), поэтому каждый здравомыслящий родитель обязан сделать все от него зависящее, чтобы ребенок не заболел. Вывод очевиден – прививки делать надо

своевременно и в обязательном порядке!

Что желательно знать:

– Корь вызывает существенное снижение иммунитета. То есть, на фоне кори очень легко подхватить еще какую-нибудь инфекцию (как правило, бактериальную). Поэтому чистоте и ограничению контактов с другими людьми должно уделяться первостепенное внимание;

– При кори отмечается резкое снижение в организме ребенка содержания витамина А и витамина С, что может способствовать возникновению осложнений. Употребление этих витаминов во время болезни обязательно, а начать лучше уже тогда, когда только возникла угроза заболеть – например, в детском садике у кого-то из детей корь;

– Заболевший корью ребенок, заразен уже за 1-2 дня до возникновения первых признаков болезни и перестает быть таковым через 5 дней после появления сыпи;

– Прививка от кори это, по своей сути, искусственное заражение ребенка вирусом, но очень ослабленным. Приблизительно у 10% детей с 6 по 20 день после прививки могут отмечаться слабые реакции в виде повышения температуры, а иногда появления конъюнктивита и не обильной сыпи. Эти симптомы сохраняются 2-3 дня, после чего все благополучно проходит – упрощенно говоря, ребенок переносит очень легкую форму кори. – Принципиально важен тот факт, что при возникновении любых признаков кори после прививки, ребенок абсолютно (!) не заразен и может совершенно спокойно посещать детский коллектив;

Шансы заболеть корью повторно весьма невелики и не превышают 0,5-1%.

3.6.2. КРАСНУХА

Лет 150 назад ее вообще считали легкой корью. И этим почти все сказано – тоже заразная, тоже появляются и сыпь, и насморк, и повышение температуры. Но все как-то не по настоящему: температура тела не очень высокая, сыпь бледная и не обильная, глазки покраснели чуть-чуть, насморк – так себе, голова болит не сильно, а еще чаще не болит вообще.

Как и корь, передается краснушный вирус воздушно-капельным путем, а, попадая в организм человека, поражает так называемую лимфоидную систему (лимфоузлы, селезенка). С этим связано появление наиболее типичного (кроме сыпи, разумеется) признака краснухи – увеличения лимфоузлов, которое наиболее выражено на задней поверхности шеи и затылке. Сыпь при краснухе розовая, пятнышки значительно мельче, чем при кори, и почти никогда не сливаются. Появляется сыпь в первую очередь на лице, но затем быстро распространяется по всему телу (не как при кори – за 2-3 дня, а всего за несколько часов). Держится сыпь не более трех дней и исчезает, не оставляя следов.

Больной ребенок заразен за день до и в течение 5 дней после появления сыпи.

В подавляющем большинстве случаев, краснуха протекает легко, не дает осложнений и, что вполне естественно, не требует никакого лечения.

Что обязательно необходимо знать:

Вирус краснухи исключительно опасен для беременных женщин, поскольку, помимо пристрастия к лимфоидной системе, способен весьма серьезно поражать эмбриональные ткани. Угрозу представляет не только заболевание краснухой будущей матери, но даже просто контакт с больным. Опасность рождения ребенка с серьезными пороками развития особенно велика при заражении плода в первые 14 недель беременности, после этого срока и риск заражения, и вероятность тяжелых последствий снижается. Даже если женщина ранее болела краснухой, риск существует все равно! Поэтому, при любом контакте с больным краснухой, немедленно обратитесь к Вашему врачу, в том, разумеется случае, если Вы беременны.

3.6.3. ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Все, что было написано ранее в отношении восприимчивости и летучести вируса кори, в равной степени относится и к ветряной оспе, которую широкие народные массы называют ласковым словом "ветрянка". Прививки от этой болезни еще не разработаны, поэтому почти все дети, рано или поздно, ветрянкой болеют.

Наиболее часто заражаются ребята до 12 лет и именно в этом возрасте (т.е. до 12 лет) болезнь почти всегда протекает легко. У детей постарше тяжесть ветряной оспы заметно увеличивается, а уж взрослые болеют исключительно тяжело. Отсюда следует довольно важный вывод о пользе посещения детских дошкольных учреждений, где весьма высока вероятность подхватить ветрянку "своевременно", дабы не маяться потом. Кстати, в некоторых весьма цивилизованных странах, при возникновении ветрянки в детском коллективе никаких карантинных мер не накладывают – чтобы все своевременно переболели.

Ветряночный вирус поражает клетки эпителия кожи, образуя на ней характерные изменения. Вначале – красные пятнышки, которые через несколько часов превращаются в пузырьки, наполненные прозрачной жидкостью. "Жизнь" пузырька недолгая: уже на второй день его содержимое мутнеет, поверхность сморщивается и начинает покрываться корочкой. Дней через 7-8 корочки подсыхают и опадают, как правило, не оставляя следов.

Появление ветряночной сыпи обычно совпадает с ухудшением общего состояния ребенка (слабость, отказ от еды, головная боль, повышение температуры тела). Новые пузырьки обнаруживаются в течение нескольких дней (от двух до пяти).

подавляющему большинству взрослого населения хорошо известен главный способ лечения ветряной оспы. Способ этот заключается в тщательном замазывании пузырьков прекрасным "сильнодействующим" лекарством, которое, по-видимому, по аналогии со словом "ветрянка", называется не менее ласковым словом "зеленка". И, хотя ветряная оспа – болезнь легкая, вид ребенка, покрытого зелеными пятнами, весьма тяжелый, что невольно вызывает повышенную любовь и повышенное сочувствие окружающих.

Лечение ветрянки зеленкой настолько широко распространено, что некоторые молодые врачи убеждены: пятнистая сыпь зеленого цвета является характерным симптомом ветряной оспы (шутка).

Исходя из вышеизложенного, хотелось бы, тем не менее, объяснить, для чего все-таки ребенка мажут зеленкой. Так вот, *больного ветряной оспой считают заразным за сутки до образования первых пузырьков и в течение пяти дней от момента появления последнего элемента сыпи*. Таким образом, любящая мать каждое утро выполняет ритуал: осматривает кожу и замазывает все, ранее не замазанное. В один прекрасный день выясняется, что замазывать больше нечего. Легко заключить, что ровно через 5 дней ребенок уже ни для кого не будет представлять опасности.

В то же время, логика и здравый смысл позволяют резонно предположить, что зеленка никого и ничего не лечит, а всего-навсего играет роль краски для уточнения сроков заразности больного. И врачи знают, что через 7-8 дней после начала высыпаний (когда все пузырьки покроются корочками) ребенок, опять-таки, уже не заразен. И, что интересно, образуются корочки вне зависимости от того, мазать зеленкой или нет.

Вывод же заключается в том, что *разукрашивание ребенка зеленкой является личным делом его родителей, определяется их любовью к живописи и не имеет никакого отношения к лечению*.

Что желательно знать:

– При высокой температуре тела, именно при ветряной оспе, ни в коем случае нельзя давать аспирин – высока вероятность осложнений со стороны печени. Подчеркиваю: не аспирин плохое лекарство, а сочетание ветрянки и аспирина.

– При ветрянке ребенка часто беспокоит кожный зуд, а расчесывание пузырьков многократно увеличивает, во-первых, риск бактериального инфицирования и, во-вторых, вероятность того, что на месте пузырьков останутся следы (на всю жизнь). Для борьбы с

зудом врачи назначают успокаивающие средства, а родители должны:

- а) отвлекать и развлекать;
- б) самым тщательным образом следить за ногтями (стричь, разумеется), а маленьким (т.е. совсем неразумным) надевать рукавички;
- в) ежедневно менять белье и, вполне возможно, организовывать ванну со слабым раствором перманганата калия.

После ванны, естественно, промокать, а не вытирать. Попутно заметим, что в отношении ванн мнения врачей расходятся – американские педиатры считают их весьма желательными, отечественные – категорически против купаний. Истина, по-видимому, где-то посередине. С точки зрения автора, чем сильнее зуд и чем теплее в комнате, тем нужнее ванны;

Опять-таки, с учетом зуда, настоятельно советую всячески избегать перегрева: чем больше будет потеть – тем больше будет зудеть, что бы Вы ни делали.

3.7. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

*«Если ты нездоров,
Позовем мы к тебе докторов.
Пропишут они тебе валерьянки,
Поставят банки,
Обложат ватой,
Накормят мятой,
Уложат в постель
На семь недель.»*
С. Я. Маршак

Сложное медицинское имя болезни – эпидемический паротит – в быту почти не применяется. Большинство родителей и множество врачей традиционно используют другое название – **свинка**. Больные дети, и особенно переболевшие, это слово не очень любят: легко себе представить ехидные шуточки одноклассников, получивших информацию о том, что у Пети была свинка...

Восприимчивость к "свинскому" вирусу заметно ниже, чем таковая при кори и ветрянке, но довольно велика – около 50%. Размножается вирус в железистой ткани и поражает, таким образом, почти все железы организма – половые, слюнные, поджелудочную, щитовидную. Изменения в работе большинства желез редко достигают того уровня, при котором начинают возникать конкретные жалобы и симптомы, но слюнные железы поражаются в первую очередь и сильнее всего, при чем не только околоушные, но и подчелюстные.

Началу заболевания редко предшествуют какие-либо жалобы. Первыми признаками болезни почти всегда являются боли и припухлость в области околоушной железы, которые нарастают в течение не более трех дней. Далее и боли, и припухлость начинают уменьшаться и за период от трех до семи дней наступает выздоровление.

Что желательно знать:

– у 30-40% заразившихся вирусом, никаких признаков болезни не возникает (бессимптомные формы). Поэтому избежать свинки, прячась от больных, – не всегда удается. Единственно приемлемый путь профилактики – прививки;

– эпидемический паротит практически не нуждается в лечении, а при сильных болях и высокой температуре необходимости в приеме лекарств, более сильных, чем аспирин, анальгин и парацетамол, как правило, не возникает. Реальная помощь родителей может проявиться лишь в том, что ребенку будет предлагаться пища, которую легко жевать (жевать при свинке больно);

– болезнь наиболее опасна у мальчиков в периоде полового созревания (поражение

яичек); но в любом случае, даже если родители не сомневаются в диагнозе, даже если не нужна справка в школу или детский сад, даже если ребенок неплохо себя чувствует – **в обязательном порядке необходимо наблюдение врача**, поскольку проявления болезни могут быть весьма серьезными, вплоть до панкреатита, нефрита, менингоэнцефалита, артритов и глухоты из-за поражения слухового нерва (к счастью все это бывает редко);

– больной свинкой заразен за 1-2 дня до появления первых признаков болезни и в течение 9 дней после ее начала (максимальное выделение вируса – с третьего по пятый день).

3.8. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

«Природу легче всего подчинить, повинуюсь ей»

Ф. Бэкон

Словосочетание «вирусный гепатит» с медицинского языка на человеческий переводится довольно просто – воспаление печени, вызванное вирусами. В то же время, название болезни «вирусный гепатит» подразумевает совершенно определенное заболевание, и такое положение вещей требует некоторого уточнения. Дело в том, что воспаление печени может возникать при очень многих вирусных инфекционных болезнях – при ветряной оспе, при инфекционном мононуклеозе, при герпетической инфекции, при СПИДе, в конце концов. Но во всех перечисленных случаях (а список далеко не полный) поражение печени является лишь **одним из многих** других проявлений болезни.

Называя же болезнь «вирусный гепатит» и, описывая ее различных возбудителей, врачи имеют ввиду совершенно конкретную вирусную инфекцию, при которой именно поражение печени является **главным** и определяющим признаком болезни.

В настоящее время изучено и описано уже несколько вирусов, способных вызывать вирусный гепатит. Различные вирусы и, соответственно, вызываемые ими гепатиты принято обозначать буквами (А, В, С и т.д.). Понятно, что вирус гепатита А будет вызывать болезнь, которая так и называется – вирусный гепатит А. За каждой буквой кроется совершенно конкретный вирус и совершенно конкретная болезнь, имеющая свои многочисленные особенности – и в распространенности среди населения, и в путях передачи инфекции, и в сроках инкубационного периода, и в тяжести самого заболевания, и в количестве осложнений.

Попадая в организм человека, любой вирус вообще и вирусы гепатита в частности поражают совершенно определенные клетки, именно те, которые он (вирус) может заставить работать на себя. Очевидно, что конкретная клетка не в состоянии выполнять свои основные функции и с этим связаны конкретные симптомы конкретной болезни. При вирусных гепатитах такой клеткой является **гепатоцит** – основная клетка печени. Чем больше гепатоцитов порастил вирус, тем меньше способности человеческой печени к выполнению своих функций, тем тяжелее и опаснее болезнь.

Все изученные к настоящему времени вирусные гепатиты можно с уверенностью разделить на *две основные группы, отличающиеся друг от друга по способу заражения*.

Первая группа – *типичные кишечные инфекции* имеющие так называемый «фекально-оральный» путь передачи – к ним относятся вирусный гепатит А и вирусный гепатит Е.

Вторая группа – *типичные кровяные инфекции* – путь передачи – кровь и другие жидкие среды организма (слюна, сперма, грудное молоко). Представители этой группы – вирусный гепатит В, вирусный гепатит С и вирусный гепатит (дельта).

Теперь несколько слов про каждый из перечисленных гепатитов.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А. Одна из самых распространенных кишечных инфекций, уровень заболеваемости которой теснейшим образом связан с санитарно-гигиеническим состоянием конкретной территории, особенно (!!!) с качеством питьевой воды. Восприимчивость к этому вирусу всеобщая, т.е. любой человек, имеет реальные шансы

заразиться; перенесенная болезнь оставляет очень длительный, практически пожизненный иммунитет, а дети до 14 лет болеют в 3 раза чаще, чем взрослые. С учетом особенностей заражения (водный путь) понятно, что чем больше потребление воды, тем больше шансов инфицироваться. Неудивительно, что в конце лета и в начале осени имеет место подъем заболеваемости – летом воды надо много, и именно летом легче всего заразиться. Ну а поскольку инкубационный период при гепатите А, как правило, составляет от 4 до 6 недель, то вполне понятно, что минимальная заболеваемость имеет место в начале лета, а к осени все, кто выпил не то что надо было, как раз и заболеют.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е. Тоже кишечная инфекция, почти идентичная по всем параметрам гепатиту А, но распространенная больше в странах Азии и Африки. Если для того, чтобы заразиться гепатитом А теоретически достаточно проглотить один единственный вирус, то при гепатите Е инфицирующая доза (т.е. количество вирусов необходимых для заражения) должна быть довольно большой. Именно поэтому гепатитом Е редко заражаются бытовым путем (через грязные руки), но часто (естественно там, где вирус распространен) через системы водоснабжения. Эпидемиологи считают, что высокая заболеваемость гепатитом А следствие *плохого* санитарного состояния систем водоснабжения, а заболеваемость гепатитом Е – свидетельство *очень плохого* состояния указанных систем. Неудивительны в этой связи эпидемии гепатита Е в азиатских странах, когда количество заболевших исчисляется десятками тысяч человек. Отрадно заметить, что у нас гепатит Е встречается довольно-таки редко, и это вселяет оптимизм и веру в светлое будущее отечественных систем водоснабжения.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В. Относится к инфекциям, наиболее значимым в социальном и экономическом отношении. По данным ВОЗ *более 1 миллиарда людей инфицированы вирусом гепатита В, при этом заболевают ежегодно более 50 млн., а более 2 млн. – умирают!*

Как мы уже отметили, вирус гепатита В передается через зараженную кровь и (реже) половым путем. Не следует заблуждаться касательно того, что, если Вы не обращались за медицинской помощью и тщательно выбирали половых партнеров, то болезнь Вам не грозит. *Для заражения достаточно мельчайшей капельки крови и, порой, источником заражения является общая зубная щетка или страстные поцелуи.* Нередки случаи инфицирования при проведении косметических процедур, прокалывании ушей, нанесении татуировок, использовании общих бритв, хотя на первом месте, и это однозначно, лечебно-диагностические медицинские процедуры – операции, инъекции, переливания крови и т.п.

Инкубационный период при гепатите В заметно более длительный, чем при гепатите А – от 2-х до 6-ти месяцев. В целом, гепатит В отличается наибольшей из всех вирусных гепатитов тяжестью болезни – у 10% больных после перенесенного острого гепатита развивается хронический гепатит, нередко заканчивающийся циррозом печени. Очень важным моментом в распространении заболевания является тот факт, что от 5 до 10% людей перенесших гепатит В становятся хроническими носителями (и распространителями) вируса.

Если заболевание беременной женщины гепатитом А для плода не опасно, то при гепатите В, риск заражения и плода и новорожденного очень высок.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С. Распространяется так же, как гепатит В, но протекает несколько легче. Вовсе не является редкостью – до 15% всех вирусных гепатитов связаны именно с гепатитом С.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ ДЕЛЬТА. Очень (!) страшный вариант вирусного гепатита. Особенностью дельта вируса является тот факт, что размножаться и вызывать болезнь он способен только в присутствии вируса гепатита В. Таким образом, печень поражают одновременно два вируса, и, упрощенно говоря, дельта вирус как бы усиливает поражающий эффект вируса гепатита В с самыми неблагоприятными последствиями.

Отличить по симптомам болезни один вирусный гепатит от другого почти невозможно (для этого проводятся довольно сложные лабораторные исследования). В то же время, не очень сложные исследования позволяют с уверенностью ответить на вопрос – есть вирусный гепатит или нет?

Существует **3 типичных симптома**, характерных для любого вирусного гепатита:

1. Желтуха (желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек);
2. Темная моча;
3. Светлый кал.

Другие проявления болезни могут быть весьма разнообразными – повышение температуры, рвота, тошнота, понос, боли в животе, головная боль.

Нередки относительно легкие, безжелтушные формы болезни, когда только анализы могут позволить врачу правильно поставить диагноз.

Ни один врач, даже самый опытный, и даже располагающий результатами самого наилучшего обследования, не может прогнозировать течение болезни – и сроки выздоровления, и тяжесть заболевания, и вероятность осложнений, вплоть до развития цирроза печени, в очень малой степени зависят от усилий медицинских работников и определяются всего лишь тремя факторами:

- Активностью вируса.
- Способностью организма "постоять за себя".
- Точностью, с которой больной выполняет врачебные назначения.

К огромному сожалению, возможности медицины в лечении вирусных гепатитов очень невелики. Больные с тяжелыми формами заболевания и с выраженной печеночной недостаточностью лечатся в реанимационных отделениях инфекционных стационаров. Лечение это очень сложное, очень дорогое и, как это ни печально, часто не очень эффективное. Способов борьбы непосредственно с вирусами еще не придумали, поэтому цель лечения – уменьшение нагрузки на печень и коррекция тех расстройств, которые имеют место при печеночной недостаточности (токсикоз, нарушения свертывания крови, расстройства пищеварения и т.д.).

При легких и среднетяжелых формах вирусных гепатитов главные и практически единственные способы лечения – это соблюдение диеты и покой (однако, американские врачи не считают доказанным тот факт, что ограничение двигательной активности ускоряет выздоровление).

Суть диеты – легкоусвояемые продукты. Категорическое исключение жиров. Достаточное количество жидкости.

Подробности, касательно диеты.

- Продолжительность – не менее 6 мес. О том, когда следует перестать страдать и начать есть по-человечески можно узнать только у врача, и только после того, как будут взяты специальные анализы.

- Лучше есть часто, но малыми порциями.

- Оптимальна специальная обработка продуктов, улучшающая и облегчающая усвоение и переваривание. Все, что можно максимально размягчать (перекручивать, рубить, тереть, нарезать, перетирать).

- Не жарить! Варить, парить, печь.

- Все желателно в теплом виде. Горячее нельзя.

Нельзя:

1. Газированные напитки.

2. Стимуляторы аппетита: острые приправы, соусы (кетчупы, майонез), копчености, соленья, маринады.

3. Грибы, консервы, кофе, какао, шоколад.

4. Жевательные резинки.

5. Сдобу, мороженное.

- В остром периоде болезни (когда очень плохо) главное – обильное питье (5% глюкоза, чай с сахаром или медом, компот из сухофруктов, отвар шиповника). Сладкие фрукты – лучше протертые. Арбуз. Как только станет чуть лучше – овощные супы, кисель, фруктовые соки, жидкие протертые каши на воде.

- После исчезновения желтухи – нежирные сорта мяса и рыбы, несвежий хлеб (вчерашний), нежирный творог, неострый сыр, супы (снимать жир!), овощные пюре. Печеные яблоки.

Поскольку диета сложна и принципиально влияет на исход болезни, начало лечения именно в условиях стационара представляется более предпочтительным, поскольку меньше вероятность того, что кто-нибудь из любвеобильных родственников "пожалует" и даст чего-нибудь вкусенького.

Кроме этого преимущество стационара заключается в том, что:

- а) можно вовремя помочь при нарастании тяжести заболевания, к примеру, ввести внутривенно достаточное количество жидкости, когда из-за рвоты человек не может пить;

- б) легче ограничить двигательную активность.

Конечно же, врачи при вирусных гепатитах лекарства назначают – витамины, карсил, эссенциале, а если еще и капельницу с гемодезом, да потом глюкозы побольше – такое лечение способно удовлетворить подавляющее большинство наших соотечественников. Но, *наиболее сложным психологическим моментом лечения вирусного гепатита является тот факт, что средний взрослый человек, как правило, склонен переоценивать значимость капельниц и витаминов, недооценивая при этом важность элементарной диеты – и это прослеживается как в отношении себя любимого, так и по отношению к детям.*

Вся польза, всех вместе взятых наимоднейших лекарств, может быть с легкостью нейтрализована кусочком сала, маринованным грибком или тарелкой жареной картошки!

3.9. ВНЕЗАПНАЯ ЭКЗАНТЕМА (РОЗЕОЛА)

«Долго ломал голову, какую бы болезнь придумать.»

М. А. Булгаков

Очень "интересная" инфекция с удивительно характерными признаками. В начале повышается температура тела и все – т.е., все остальное уже связано с высокой температурой – вялость, сонливость, отказ от еды. Но больше нет ничего – ни кашля, ни насморка, ни поноса, ни болей. И это неопределенное состояние продолжается около трех дней, после чего температура очень быстро нормализуется, активный ребенок бегает по дому и просит поесть. Все домашние испытывают чувство глубокого удовлетворения в связи с выздоровлением от непонятной болезни, но *через 10-20 часов после нормализации температуры, когда ребенок кажется абсолютно здоровым, по всему телу внезапно появляются элементы точечной или мелкопятнистой розовой сыпи*. Состояние при этом не ухудшается, а сыпь сама исчезает через несколько дней (от 4 до 7). Это и есть розеола. Она не опасна, не дает осложнений, не требует лечения.

Розеола уникальная болезнь!

Болезнь достаточно распространенная и, в то же время, болезнь, которой не существует, поскольку диагноз «внезапная экзантема» врачи не ставят почти никогда!

Дело в том, что за три дня непонятного и необъяснимого повышения температуры тела, очень немногие родители не успеют "всунуть" в дитя 3-4 лекарства. Неудивительно, что появление, в конце концов, сыпи и сами мамы-папы-бабы, а, нередко, и врачи, рассматривают как признак лекарственной аллергии. Вполне понятно, что назначаются дополнительно противоаллергические лекарства, которые и дают "эффект" в сроки, за которые сыпь обычно проходит сама (т.е. от 4 до 7 дней).

3.10. СТРАШНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

«Мудрец будет скорее избегать болезней, чем выбирать средство против них.»

Томас Мор

Мы совершенно сознательно не будем подробно рассказывать об этих болезнях, запугивая и без того запуганных мам и пап.

Про СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) все многократно слышали, а человек, до настоящего времени незнакомый с путями заражения и мерами профилактики, вряд ли будет читать и эту книгу. Но присутствие на Земле вируса иммунодефицита человека (именно так называется вирус, приводящий к развитию болезни "СПИД") еще раз наводит на мысль о необходимости естественного воспитания. Сделать все, чтобы ребенку не понадобились лекарственные препараты из человеческой крови (плазма, альбумин, гаммаглобулины и т.п.), чтобы не нужны были уколы, чтобы пореже возникала необходимость в обследованиях.

Страшных вирусных инфекций много, но почти все они встречаются не часто и будет лучше, если их имена мы сохраним в тайне.

Но про две болезни рассказать надо – родители никогда не будут лечить их сами, но именно у родителей имеется почти стопроцентная возможность для того, чтобы не допустить заболевание у ребенка.

3.10.1. ПОЛИОМИЕЛИТ

Вирус полиомиелита особым образом поражает нервную систему и частым следствием заболевания являются не поддающиеся лечению параличи. Профилактические прививки исключительно надежны, что проявляется повсеместным и весьма значительным снижением, как частоты болезни, так и ее тяжести.

Помните, что подавляющее большинство врачей полиомиелита не видели в глаза. Вероятность того, что диагноз будет поставлен своевременно не очень велика, а возможности лечения (даже при своевременно поставленном диагнозе) тоже не очень велики. Вывод абсолютно очевиден, тем более что противопоказаний к осуществлению прививок от полиомиелита практически нет.

Иммунитет после прививки вырабатывается в кишечнике, поэтому после ее проведения (это, кстати, даже не укол, а несколько капель в рот) почти никогда не бывает общих реакций в виде повышения температуры, снижения аппетита и т.п.

3.10.2. БЕШЕНСТВО

Одна из самых страшных вирусных инфекций. ***За всю историю существования человечества, не было НИ ОДНОГО случая, когда после возникновения симптомов заболевания отмечалось бы выздоровление!***

Источник инфекции – больные животные и, разумеется, больной человек. Из места укуса вирус распространяется по нервным стволам и, добираясь до спинного и головного мозга, вызывает гибель человека.

Главный вывод из вышеизложенного – **ни в коем случае не рисковать, не принимать самостоятельных решений и при любых, даже маломальских сомнениях, обращаться за медицинской помощью.**

От момента заражения до развития необратимых изменений имеется достаточный промежуток времени, чтобы успеть защитить организм. Достигается это двумя способами: введением вакцины, которая стимулирует быструю выработку антител и введением

специального гаммаглобулина, содержащего уже готовые антитела, нейтрализующие вирус и позволяющие дожидаться появления собственных антител.

Первая помощь при любом укусе – промывание раны большим количеством воды с мылом, обработка краев раны йодным раствором, ну а после того – немедленно к врачу-хирургу, который, при необходимости, направит Вас к специалистам. Особое внимание *неспровоцированные* укусы домашних животных. Любые укусы диких животных, особенно(!) лис и летучих мышей.

Помните: вирус в слюне собаки обнаруживается уже за 10 дней до того, как у самого животного возникнут признаки болезни.

3.11. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

«– Что это за болезнь? – спросила синьора графиня Старшая. Она очень любила лечиться, и стоило ей услышать название какой-нибудь новой, неизвестной болезни, как она сейчас же находила ее у себя. Ведь графиня была так богата, что расходы на докторов и лекарства ее ничуть не пугали.»

Дж. Родари

Вирус инфекционного мононуклеоза распространен довольно широко. Эта болезнь совсем не редкая, но протекающая, как правило, в легких формах, а эти самые легкие формы весьма трудны для диагностики.

Принципиальная особенность вируса – «любовь» его к, так называемой, лимфоидной ткани. Что такое лимфоидная ткань и где она находится? Да почти везде! Это все (!) лимфоузлы, миндалины, печень, селезенка. И все эти органы поражаются при мононуклеозе.

Дети в возрасте до 2-х лет не часто болеют мононуклеозом, а если все-таки болеют, то, как правило, легко. Излюбленные «жертвы» мононуклеоза – дети старше 3-х лет и не очень старые взрослые (до 40).

Вирус выделяется во внешнюю среду со слюной больного. Заразиться легче всего при поцелуях, или через игрушки, но можно и воздушно-капельным путем. Вирус не очень заразен и заболевания почти никогда не носят характер эпидемий – все больше единичные случаи. Зато у мальчиков эти «единичные случаи» почему-то встречаются чаще. Инкубационный период весьма изменчив и во многом определяется состоянием иммунитета зараженного – ориентировочный интервал от 5 дней до 2 месяцев.

Симптомы мононуклеоза определяются воспалительными процессами в тех органах, которые поражает вирус: увеличиваются все группы лимфоузлов, одни больше, другие меньше, но все увеличиваются – больше всего шейные. В свою очередь увеличиваются печень и селезенка. Появляется воспаление миндалин (ангина), отек аденоидной ткани (в носу) приводит к тому, что ребенок, во-первых, дышит ртом, а, во-вторых, начинает просто-таки жутко храпеть. Помимо всех этих конкретных мононуклеозных признаков, имеются и общие не специфические признаки, – и температура повышается, и есть не хочется, и глотать больно, и вялость и т.п.

Установить диагноз инфекционного мононуклеоза во многом помогает клинический анализ крови. Дело в том, что мононуклеозный вирус специфически поражает клетки крови и при ее (крови) исследовании врачи обнаруживают особые клетки, которых в норме нет. Клетки эти называются «атипичные мононуклеары» – от слова «мононуклеары» и пошло, кстати, название самой болезни.

Таким образом, типичный мононуклеоз выглядит так: ангина + храп по ночам с затрудненным дыханием днем + увеличение печени, селезенки и лимфоузлов + изменения в крови.

Что необходимо знать:

– Острый период заболевания длится, в среднем, 2-3 недели и, как бы плохо не было, *все выздоравливают* .

– Лимфоидная система – одно из важнейших звеньев системы иммунитета. Неудивительно, что ее поражение делает человека весьма уязвимым к другим инфекциям. Короче говоря, на фоне мононуклеоза «подцепить» другую болячку очень и очень легко. Отсюда частота осложнений, вызванных уже не вирусами, а бактериями – возможны и высоко вероятны ангина, отит, воспаление легких.

– Осложнения мононуклеоза лечатся, как правило, антибиотиками, при этом имеет место совершенно удивительный факт, не находящий до настоящего времени точного объяснения. Суть этого явления в том, что применение довольно распространенного антибиотика *ампициллина*, именно при мононуклеозе, в 95% случаев сопровождается появлением сыпи. Еще раз подчеркну, почему это происходит никто толком не знает.

– После острого периода болезни, когда все основные симптомы исчезают, ребенок остается весьма ослабленным – необходимо время для полного восстановления системы иммунитета. Такому ребенку на 6-12 месяцев прекращают прививки, следует, по возможности, максимально ограничивать контакты с людьми. Противопоказано пребывание на солнце, да и вообще любые дальние поездки на моря не желательны.

– Само лечение мононуклеоза, как правило, симптоматическое. В очень тяжелых случаях назначают гормональные противовоспалительные препараты, но, как правило, дело до этого не доходит. А так все по «стандартам» вирусных инфекций – покой, диета, свежий воздух, обильное питье, витамины, пополоскать горло, промывать нос, принимать парацетамол.

– При выявлении инфекционного мононуклеоза в детском коллективе никаких карантинных и особых дезинфекций не устраивают. Тщательной влажной уборки более чем достаточно.

Вирус мононуклеоза, как это ни печально, обладает онкогенной активностью. Все это встречается не особенно часто, просто следует знать, что если после перенесенного мононуклеоза долго не восстанавливается нормальная кровь (имеется ввиду не исчезают атипичные мононуклеары, да и другие изменения могут присутствовать), то такие дети в обязательном порядке должны состоять на учете и регулярно осматриваться врачом-гематологом.

3.12. ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

«Ты чавой-то не в себе!

Вон и прыщик на губе!»

Л. Филатов

Герпетическая инфекция – это не какое-то конкретное заболевание. Это термин, объединяющий целую группу болезней и нуждающийся в определенных разъяснениях.

Вирусы, как и все другие организмы, подразделяются учеными на семейства, роды, отдельные виды. В настоящее время в живой природе обнаружено уже около 80 похожих друг на друга представителей семейства вирусов герпеса, при этом 7 из них выделены от человека.

Вирусы эти, хоть и похожи друг на друга, но вызывают заболевания весьма различные и по срокам, и по клиническим проявлениям, и по опасности для организма человека. Кстати, мы уже познакомились с тремя болезнями – совсем не похожими, но все они вызваны именно вирусами группы герпеса. Это ветряная оспа, внезапная экзантема и, только что рассмотренный, инфекционный мононуклеоз.

Настало время рассказать о вирусе особом, самом, пожалуй, распространенном, способном вызывать весьма разнообразные болезни, иногда смертельно опасные. Называется он «вирус простого герпеса».

По данным многочисленных исследований, вирусом простого герпеса заражены от 65 до 90% всех жителей планеты Земля! Инфицирование происходит в детском возрасте,

контактным или воздушно-капельным путем и к 6 годам около 80% детей уже имеют в своем организме вирус герпеса.

Вирус, как ему и положено, проникает внутрь клеток и там, в неактивном состоянии находится пожизненно, – т.е. если заражение вирусом произошло, никакими лекарствами полностью от него избавиться не получится. Но в этом вроде бы и нет ничего страшного – неактивный вирус никакого особого вреда не приносит. В то же время, при возникновении определенных сопутствующих условий, сопровождающихся снижением иммунитета (простуда, другая инфекционная болезнь, стресс, физическое утомление, недоедание, нехватка витаминов, травма и т.п.), вирус, как бы просыпается, начинает свое черное дело и вызывает болезнь.

Одно из наиболее типичных проявлений простого герпеса – высыпания на губах, точнее на границе кожи и самой губы. В народе эти зудящие пузырьки называют просто «лихорадка». Легко заметить, что у одних людей (детей) эти самые лихорадки встречаются часто, у других очень часто, у третьих – не бывают никогда. Тут уж все зависит от иммунитета, от общего уровня здоровья конкретного человека.

Мы уже несколько раз писали о главном неспецифическом противовирусном белке – интерфероне. Дело в том, что на каждый вирус организм реагирует по-разному, вырабатывая определенное количество интерферона. Говоря языком ученых, каждый вирус обладает «индивидуальной интерфероногенной активностью», да простят меня читатели за сильно умные слова. Особая «вредность» вируса простого герпеса как раз и состоит в том, что он почти не стимулирует, или в очень малой степени стимулирует выработку естественного интерферона. Отсюда – нестойкость и недостаточность иммунитета, частые повторы (рецидивы) заболевания.

«Лихорадка» на губах – это еще цветочки вируса простого герпеса. Проявления болезни могут быть гораздо серьезнее – поражение глаз, распространенные поражения кожи и слизистой оболочки полости рта (стоматиты), обширные высыпания на половых органах (так называемый, генитальный герпес), воспаление легких и самое страшное проявление инфекции – герпетический энцефалит – тяжелейшее воспаление головного мозга с непредсказуемыми, но, как правило, весьма печальными последствиями.

Что необходимо знать:

Тяжесть любых проявлений герпетической инфекции определяется, прежде всего, состоянием иммунитета! В который раз приходится обращать внимание на тот факт, что главный способ профилактики – естественный образ жизни, обеспечивающий нормальное функционирование иммунной системы.

В настоящее время имеются препараты, способные избирательно подавлять размножение в человеческом организме вирусов герпеса. Самый знаменитый – *ацикловир* (синонимы – герпевир, виролекс, зовиракс), а его появление – такая же революция в медицине, как открытие, в свое время, пенициллина. Ацикловир применяют местно, для обработки высыпаний (мази, кремы, желе), проводят курсы лечения (иногда очень длительные) таблетками, при герпетических энцефалитах и других особо тяжелых вариантах болезни препарат вводят внутривенно.

Лечение герпетической инфекции, как правило, предусматривает использование интерферона. Не тех, хорошо нам знакомых и относительно дешевых капель в нос, а дорогих и по настоящему эффективных форм интерферона, которые вводятся в виде уколов. Кроме этого применяют особые лекарства, многократно увеличивающие в организме выработку интерферона (циклоферон, неовир).

Герпетическая инфекция, и это очевидно, лечится. Полностью извести вирус, как мы уже поняли, невозможно, но забыть о его существовании – вполне реально. *Главный недостаток всех без исключения способов лечения герпетической инфекции – несоответствие доходов наших соотечественников стоимости эффективных лекарственных средств.*

Сложность лечения герпетической инфекции не только в стоимости лекарств. Лечение

длительное, проводится по определенным схемам, которые учитывают и состояние иммунитета, и сопутствующие болезни, и вариант инфекции. Родителям лишь следует знать, главное: «герпетические мелочи» – вроде пузырьков на губах, могут рано или поздно превратиться в более серьезную проблему, а герпес не та болячка, когда самолечение может привести к успеху. Отсюда настоятельная необходимость консультации у грамотного специалиста и полноценного обследования.

3.13. ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

«Всякая вещь в природе является либо причиной, направленной на нас, либо следствием, идущим от нас.»

М. Фичино

Цитомегаловирус – еще один представитель уже знакомого нам семейства вирусов группы герпеса. По распространенности в живой природе он почти не отличается от вируса простого герпеса. По крайней мере, исследователи этой инфекции убеждены в том, что к 50 годам все люди инфицируются цитомегаловирусом.

Вот и первый интересный факт: *100% населения земного шара инфицированы цитомегаловирусом, но с высокой степенью вероятности можно заключить, что 99% читателей этой книги впервые слышат (читают) про эту болезнь.*

Очень многое из того, что мы рассказывали про вирус герпеса в равной мере относится и к цитомегаловирусу – такое же проникновение внутрь клеток и такое же более-менее длительное «мирное» сосуществование без всяких попыток вызвать болезнь.

Нормальный человеческий иммунитет вполне благополучно справляется с цитомегаловирусом. Но... Развитие человеческой цивилизации постоянно приводит к росту, часто стремительному росту факторов, отрицательно влияющих на иммунитет.

Это и многочисленные способы лечения (гормоны, лучевая терапия, иммунодепрессанты при пересадках органов, химиотерапия онкологических больных, антибиотики широкого спектра действия), и болезни (все тот же СПИД), и экология. Мы уже не говорим о стрессах, нехватке витаминов, недоедании. Все эти факторы приводят к тому, что человеческий иммунитет перестает справляться с цитомегаловирусом, а вызванные им болезни встречаются все чаще и чаще.

Вирус передается от человека к человеку при очень тесных контактах. Дело в том, что вирус содержится во всех выделениях и во всех средах человеческого организма – слюне, мокроте, крови, кале, моче, сперме, молоке. Контакт с любой из этих сред приводит к заражению. Но сам факт заражения взрослого человека не проявляется никакими симптомами.

Актуальность цитомегаловирусной инфекции состоит, прежде всего, в том, что вирус передается от беременной женщины плоду и способен вызывать внутриутробное поражение ребенка с возникновением в дальнейшем некоторых пороков развития, серьезных нарушений со стороны нервной системы, органов слуха и зрения. Уцелевший плод может заразиться во время родов (контакт со слизью родовых путей) или сразу после родов (материнское молоко). В этом случае может возникнуть болезнь, похожая по своим симптомам на инфекционный мононуклеоз.

Таким образом, болезнь может быть *врожденной* – это всегда очень серьезно, и *приобретенной* – это, как правило, неприятность, которую удастся миновать без особо грозных последствий.

Главное, что надо знать о врожденной цитомегаловирусной инфекции: основной, зависящий от конкретного человека способ ее профилактики – наличие нормального иммунитета у беременной женщины.

У женщины:

– не находящейся в постоянном страхе за свое будущее и будущее своих детей;

- следящей за своим здоровьем;
- имеющей возможность полноценно питаться;
- не дергающейся по поводу неизвестно где загулявшего мужа;
- существующей в нормальной благополучной стране – у такой женщины хватит иммунитета для того, чтобы выработать антитела к цитомегаловирусу, которых хватит и на саму женщину, и на ее будущего ребенка.

Тактика лечения цитомегаловирусной инфекции почти аналогична таковой при инфекции герпетической. Разве что препараты, активно действующие именно на цитомегаловирус (ганцикловир, цитовен) – еще дороже, чем ацикловир.

3.14. БАКТЕРИИ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

«Человек заболевает по многим причинам: некоторые заболевают от простуды, некоторые от усталости и горя. Если из ста ворот закрыть лишь одни, то разве можно на этом основании считать, что грабитель не сможет пробраться в дом.»

Конфуций

Бактерии существенно отличаются от вирусов. Во-первых, они значительно крупнее, во-вторых, представляют собой вполне законченный живой организм, который может сам себя обеспечивать и сам себя воспроизводить при наличии соответствующего пропитания. Попадая в организм человека, некоторые бактерии находят условия, подходящие для размножения и питания, – вот так и возникает определенная болезнь.

До XX века борьба врачей с бактериальными инфекциями ничем не отличалась от таковой, в сравнении с инфекциями вирусными – все усилия сводились к тому, чтобы помочь организму выстоять и справиться с болезнью самому. К счастью, возможности современной медицины заметно увеличились. Произошло это благодаря созданию нескольких групп лекарственных препаратов, позволяющих убить микроб и не нанести при этом существенного вреда человеку. Про эти лекарства Вы, конечно же, слышали – антибиотики (пенициллин, тетрациклин, гентамицин), сульфаниламиды (стрептоцид, этазол, бисептол) и кое-что еще.

По прочтении этих строк, у читателей может возникнуть весьма ложное представление в отношении того, что бактериальные инфекции лечить значительно легче, в сравнении с инфекциями вирусными. Это, к сожалению, не так. Не так, во-первых, потому, что бактерии демонстрируют чудеса приспособляемости, и по мере того, как ученые придумывают все новые и новые антибиотики, появляются все новые и новые мутации всем известных бактерий, на которых эти антибиотики не действуют (или действуют недолго, или действует не так сильно, как хотелось бы). Во-вторых, одни и те же бактериальные болезни – допустим, воспаление легких или менингит – могут быть вызваны сотнями самых разнообразных микробов и врачу, иногда, бывает очень трудно ответить на вопрос: "Кто виноват?" и, соответственно, правильно наказать виновного, назначив нужный антибиотик.

* * *

Мир бактерий удивительно разнообразен, как разнообразно и велико количество вызываемых ими болезней. Бактерии отличаются друг от друга размерами, особенностями строения, размножения и питания, весьма различны условия, при которых они могут нормально существовать. Одни бактерии имеют круглую форму – их называют *кокками* (стафилококк, пневмококк, стрептококк, менингококк, гонококк), другие – удлиненную, их называют *палочками* (дизентерийная палочка, коклюшная, кишечная). Бактерии часто имеют не ровную поверхность, а всякие там выросты, жгутики, реснички.

В отличие от вирусов, бактериям не присуща строгая избирательность в поражении определенных органов человеческого организма. Но свои «предпочтения» есть у каждого

микроба. Так дизентерийная палочка находит оптимальные для себя условия в определенном отделе толстого кишечника, возбудитель коклюша – в клетках эпителия дыхательных путей, менингококк (возбудитель менингита) – в оболочках головного мозга. В то же время, стафилококк не отличается особой разборчивостью и может вызвать воспалительный процесс где угодно – и на коже, и в костях, и в легких, и в кишечнике и т.д.

Теперь самое, пожалуй, главное.

Бактерия, какой бы противной и страшной она не казалась, как правило, не приносит человеческому организму особого вреда. Но, будучи полноценными живыми существами, бактерии образуют продукты своей жизнедеятельности, которые, в свою очередь, не что иное, как самые настоящие яды. Называются эти ядовитые вещества – токсинами . Каждой бактерии присущи свои токсины, и именно токсинами, точнее их специфическим воздействием на организм человека, определяются симптомы конкретной болезни.

И количество токсинов, и опасность каждого отдельно взятого токсина у каждой, бактерии свои, индивидуальные. И на токсины, и на саму бактериальную клетку организм реагирует примерно так, как на вирусы. Т.е. и токсин сам по себе, и оболочка бактерии, и ее выросты (реснички, жгутики) – это конкретные антигены, против которых вырабатываются соответствующие антитела, устраняющие вредное воздействие на человеческий организм. А сами бактерии еще и перевариваются особыми клетками-пожирателями – фагоцитами.

В подавляющем большинстве случаев токсины образуются во время гибели бактерий – то есть находятся они в самой бактериальной клетке и выделяются при ее разрушении. Бактерии в организме человека постоянно разрушаются – во-первых, они и сами по себе живут недолго, во-вторых, на то и иммунитет, чтоб с бактериями бороться и, в-третьих, бактерии разрушаются во время лечения, все теми же антибиотиками, например .

Токсины, которые образуются при гибели бактерий называются эндотоксинами ("эндо-" – значит внутри).

Существует очень небольшое число бактерий, жизнедеятельность которых сопровождается постоянным выделением токсинов – т.е. **бактерии способны выделять токсин, но не погибать при этом!**

Такие токсины, образующиеся в процессе жизнедеятельности бактерий, называются экзотоксинами ("экзо-" – извне, снаружи).

Экзотоксины – самые (!) опасные яды из всех обнаруженных или придуманных к настоящему времени.

Болезни, возбудители которых вырабатывают экзотоксин, называются экзотоксическими. Какие это болезни? Дифтерия, столбняк, ботулизм, газовая гангрена, сибирская язва – все эти названия Вы слышали неоднократно, т.е. они (болезни), хоть и экзотоксические, но, к сожалению, не экзотические (каламбур).

При некоторых инфекциях бактерии способны вырабатывать одновременно и экзо– и эндотоксины. Тут свои сложности в лечении. Примеры таких болезней – коклюш, холера, некоторые варианты дизентерии.

Опасность экзотоксических инфекций состоит в том, что антибиотики помочь не могут – за то время, что пройдет, пока их назначат (сначала ведь необходимо диагноз поставить), да пока они убьют микроб, может быть уже поздно. Антибиотики свое дело сделали, бактерий нет, но токсины остались. Они то организм и погубят, если вовремя не ввести лекарство, нейтрализующее токсины (антитоксическую сыворотку).

Именно потому, что при лечении экзотоксических инфекций на антибиотики надежд мало, а с сывороткой не всегда можно успеть, главное – профилактика!

Она не для всех инфекций разработана, но ее (профилактики) принципы вполне понятны: если существует токсин, то необходимо, чтобы в организме человека постоянно (!) циркулировал антитоксин, т.е. противоядие. Именно поэтому детям делают прививки (прежде всего против дифтерии и столбняка) – вводят очень сильно ослабленные токсины, а, в результате, организм ребенка формирует вполне приличный иммунитет, поскольку

вырабатывается антитоксин.

3.15. ДИФТЕРИЯ

«Даже когда рот закрыт, вопрос остается открытым.»

С. Е. Лец

Заражаются дифтерией воздушно-капельным путем. Дифтерийная палочка вызывает воспалительный процесс, который чаще всего (более 90% всех случаев дифтерии) локализуется в зеве.

Начинается болезнь с недомогания, повышения температуры, болей в горле. Вот тут то и проявляется особая "подлость" дифтерийного токсина – поражая нервные окончания он, во-первых, вызывает состояние, похожее на местную анестезию (т.е. вроде бы горло болит, но не очень-то и сильно), а, во-вторых, *воздействие экзотоксина на организм не сопровождается значительным повышением температуры* (выше 38 С – довольно редко. Таким образом, начало дифтерии очень часто имитирует не просто обычное ОРЗ, а как бы легкое ОРЗ, – и температура тела невысокая, и горло болит не сильно, и даже насморка нет (кстати, отсутствие насморка – один из наиболее типичных симптомов дифтерии). Все это и приводит к тому, что диагностировать болезнь в первые сутки после ее начала, как правило, никому не удается. Но уже на второй день в горле (обычно на миндалинах) начинают появляться налеты. Сначала они тонкие и светлые – как паутина, но постепенно сереют и становятся плотными, образуя пленки (по-латыни пленка – "diftera" – отсюда и название болезни).

Нетрудно себе представить, насколько тяжело будет протекать болезнь, если пленки будут образовываться не на миндалинах, а в гортани. ***Поражение гортани сопровождается развитием дифтерийного крупа*** который, в отличие от крупа вирусного, характеризуется:

- медленным развитием симптомов и постепенным нарастанием тяжести состояния;
- очень выраженными изменениями голоса;
- отсутствием проявлений ОРВИ – насморка, высокой температуры тела.

Что обязательно необходимо знать:

– изменения в горле (воспаление, дифтерийные пленки, боль) представляют собой лишь временные трудности, которые, рано или поздно, но проходят сами по себе, даже без лечения. Однако, токсин, который выделяет размножающийся микроб, очень быстро всасывается в кровь и оседает в сердце, почках и нервных стволах, вызывая специфические осложнения дифтерии (соответственно миокардит, нефроз, полиневрит). Следует знать, что *именно осложнения чаще всего определяют тяжесть болезни* и, как это ни печально, иногда становятся причиной смерти;

– противодифтерийная сыворотка может нейтрализовать только тот токсин, который циркулирует в крови, но совершенно не влияет на уже "связавшийся" с клетками сердца, почек, нервной системы. Приведенная информация логично объясняет тот факт, что ***успех лечения дифтерии зависит, прежде всего, от того, в какие сроки от начала заболевания введена сыворотка*** . Если, например, сыворотка вводится на пятый день болезни, а не на второй, вероятность очень серьезных последствий и даже гибели человека повышается в 20 раз! Отсюда следует, что благоразумные родители, ни при каких обстоятельствах, не должны проявлять особой смелости, и при любых(!) болях в горле, любых изменениях голоса, любом затруднении дыхания обязаны показать ребенка врачу. Нельзя забывать и о том, что дифтерия в настоящее время встречается не так уж часто – многие врачи ее просто никогда в глаза не видели. Поэтому, если Вашего участкового педиатра одолевают сомнения в диагнозе, которые могут быть вполне закономерными, то не следует игнорировать направление в стационар – не та это болезнь, дифтерия, чтобы рисковать.

- как уже вполне понятно, единственно реальным способом профилактики являются

прививки. Дифтерийный анатоксин входит в состав знаменитой вакцины АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка). Стопроцентной гарантии не заболеть вакцина не дает, но практически полностью исключает возможность развития тяжелых форм дифтерии;

– легкие формы дифтерии достаточно трудны для диагностики, даже для достаточно опытного инфекциониста. Именно поэтому абсолютно всем больным с любой ангиной, с любым крупом медицинские работники в обязательном порядке берут из зева мазки. Выделить в этих мазках дифтерийную палочку совсем не трудно, а в связи с массовыми исследованиями нередко возникают две довольно типичные ситуации.

1. У ребенка заболело горло, на второй день болезни родители вызвали педиатра, который поставил диагноз "ангина", назначил лечение и взял мазок. Через 3-4 дня состояние ребенка просто замечательное, он хорошо себя чувствует, ни на что не жалуется. И на фоне этого благополучия раздается звонок в дверь, появляется педиатр и траурным голосом сообщает родителям "радостное" известие – в мазке обнаружена дифтерийная палочка. Описанная ситуация, в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о том, что ребенок, как правило, правильно привитой, перенес легкую форму дифтерии. Введение дифтерийной сыворотки при таких формах совсем не обязательно, а обязательно следующее: во-первых, тщательное наблюдение в течение 10-20 дней, для того, чтобы своевременно выявить и пролечить возможные осложнения со стороны сердца, почек или нервной системы, и, во-вторых, необходимо лечение антибиотиками, для того, чтобы погубить дифтерийную палочку. И первое, и второе желательно делать в больнице, хотя бы потому, что наиболее эффективным способом профилактики осложнений является соблюдение строго постельного режима.

2. После того, как кому-нибудь врачи поставят диагноз "дифтерия", начнут активно работать санитарные службы – обследовать (брать мазки) у всех, кто контактировал с заболевшим, а это могут быть сотни людей – весь подъезд, весь класс, весь детский сад и т.д. Даром такая работа не проходит: на одного заболевшего дифтерией, как правило, обнаруживается 5-10 абсолютно(!) здоровых людей, у которых в горле или в носу "живет" дифтерийная палочка. Что же это за люди и почему они дифтерией не заболели? Дело том, что у правильно привитого человека, будь то взрослый или ребенок, в крови имеется достаточное количество антител, предохраняющих его от болезни: дифтерийная палочка в горле живет, но токсин, который она вырабатывает, своевременно нейтрализуется и болезни не возникает. Таких людей, абсолютно здоровых, но с бактерией в горле, называют *носителями дифтерийной палочки*. Именно носители, сами того не ведая, разносят инфекцию, подвергая постоянной угрозе тех, кто с ними контактирует. И именно поэтому носителей лечат и, нередко, изолируют в инфекционную больницу. Это как раз тот случай, когда человек страдает не ради себя, а ради общества. Но деваться тут некуда – все равно с этой палочкой ни Вас, ни Вашего ребенка никуда не пустят – ни в детский сад, ни в школу, ни на работу.

Как лечат дифтерию?

Прежде всего, разумеется, вводят сыворотку. Обязательно назначают антибиотики (чаще всего эритромицин) – чем быстрее будет погублена дифтерийная палочка, тем меньше она успеет выработать токсина, это, во-первых, и, во-вторых, именно антибиотики делают больного дифтерией и носителя дифтерийной палочки безопасными для окружающих.

При дифтерийном крупе, если больной не в состоянии сам откашливать пленки, их убирают – под наркозом, с помощью специального прибора осматривают гортань и щипцами или электроотсосом удаляют пленки. В тяжелых случаях приходится делать интубацию или трахеостомию.

При развитии осложнений, способов помочь больному имеется множество, но, к сожалению, эффективность этой помощи оставляет желать лучшего. Лечить приходится довольно долго (несколько месяцев), однако утешает тот факт, что дифтерийные осложнения редко оставляют пожизненные следы – то есть, если уж дело пошло на поправку, выздоровление будет полным, без особых последствий и инвалидностей.

3.17. КОКЛЮШ

«...в конце концов, каждая болезнь затрагивает нервную систему. Лечение должно быть как телесное, так и духовное. Нужно спокойное повторение Соломонова изречения "И это пройдет".

Е. Рерих

Коклюш, по большому счету, одна из самых распространенных детских инфекций. Болезнь передается воздушно-капельным путем, а ее главным проявлением является приступообразный кашель, который почти не поддается лечению.

Коклюш относят к управляемым инфекциям, поскольку частота возникновения этой болезни во многом зависит от того, как организовано проведение профилактических прививок. Прививки от коклюша начинают делать с трехмесячного возраста вместе с дифтерией и столбняком – уже упоминавшаяся нами вакцина АКДС. Правды ради, следует отметить, что, из трех компонентов этой вакцины, коклюшный переносится наиболее тяжело – т.е. именно с ним чаще всего бывают связаны все те неприятные ощущения, которые испытывает ребенок после вакцинации (недомогание, повышение температуры, снижение аппетита). И, нередко, бывает так, что ослабленным детям или детям, у которых ранее отмечались выраженные реакции на прививку, вакцинацию делают препаратом АДС – не содержащим коклюшного компонента. Вот такие дети – толком не привитые – и болеют чаще всего тяжелыми формами коклюша. Хотя привитые тоже болеют, но несравнимо легче. Легче настолько, что диагноз "коклюш" устанавливается в десятки раз реже, чем это заболевание встречается на самом деле.

Удивительной особенностью коклюша является полное отсутствие к нему врожденного иммунитета: заболеть этой болезнью может даже новорожденный. Зато после перенесенного заболевания иммунитет вырабатывается стойкий и сохраняется в течение всей жизни.

Микроб, вызывающий коклюш, называется коклюшная палочка. Она быстро (очень быстро) погибает во внешней среде, поэтому единственным источником инфекции является больной человек и только больной человек. Люди – и дети, и взрослые – очень восприимчивы к коклюшу и, при отсутствии иммунитета, вероятность заболеть после контакта с больным достигает 100%. Палочка распространяется и, соответственно, может вызвать заражение здорового, главным образом, при кашле больного. Следует, в то же время, отметить, что "подцепить" коклюш можно лишь при весьма тесном общении с больным – даже при кашле, более чем на 2, максимум на 3 метра палочка не рассеивается. Инкубационный период, в среднем составляет 5-9 дней, но может колебаться от 3-х до 20-ти.

Как мы уже заметили, главным проявлением болезни является своеобразный, ни с чем не сравнимый кашель. Причина его возникновения, в очень и очень упрощенном виде, выглядит следующим образом.

Итак, для начала, заметим, что все функции человеческого организма управляются определенными клетками головного мозга. Т.е. имеется ряд клеток, выполняющих общую функцию, которые образуют, так называемый, управляющий центр – центр дыхания, центр кровообращения, центр терморегуляции и т.д. Не обойден вниманием и кашель – имеется кашлевой центр, который активно функционирует в течение всей жизни, поскольку кашель, и довольно часто, жизненно необходим вполне здоровому человеку.

Следует также знать, что дыхательные пути – трахея, бронхи – покрыты изнутри так называемыми эпителиальными клетками, которые, в свою очередь имеют ворсинки – эдакие выросты, похожие на реснички – недаром *внутреннюю поверхность трахеи и бронхов называют реснитчатым эпителием*. Назначение ворсинок – обеспечить движение слизи (мокроты), а любое их раздражение вызывает появление кашля. Оболочка коклюшной палочки тоже имеет ворсинки, с помощью которых бактерии плотно прикрепляются к ресничкам эпителия – это раз. А два состоит в том, что размножаться возбудитель коклюша

может только в реснитчатом эпителии и больше нигде! Вот и происходит постоянное раздражение эпителия, что, в свою очередь приводит, с, одной стороны, к постоянному раздражению кашлевого центра, и, с другой, – к не менее постоянному выделению клетками дыхательных путей большого количества густой и вязкой слизи. При этом возбуждение клеток кашлевого центра оказывается настолько сильным, что, даже после того, как в организме не остается ни одной коклюшной палочки, кашель все равно продолжается. А, кроме того, предполагают, что коклюшная палочка выделяет токсин, к которому особенно чувствительны именно клетки кашлевого центра. Таким образом, главная причина кашля при коклюше, по крайней мере, после двух-трех недель болезни, находится уже не в бронхах и легких, а, как это ни парадоксально, в голове.

* * *

Начинается коклюш постепенно – появляется сухой, частый кашель, иногда небольшой насморк, температура тела повышается незначительно – максимум 37,5-37,7(, но гораздо чаще она вообще остается нормальной. Заподозрить коклюш на этом этапе болезни (он называется катаральным периодом и длится от трех дней до двух недель) практически невозможно – ну разве что заведомо известно о контакте с больным. Описанные симптомы служат поводом для диагностики всяких разных ОРЗ и бронхитов, а поскольку температуры особой нет, то, разумеется, речь идет про легкие ОРЗ и легкие бронхиты. В подобной ситуации ребенок, нередко, продолжает ходить в школу или детский сад, что весьма печально, ибо коклюш максимально заразен именно в катаральном периоде. Кстати, раз уж речь зашла о заразности, отметим, что больной человек выделяет микробы во внешнюю среду около месяца, но количество коклюшных палочек существенно уменьшается с каждым днем, начиная со второй недели болезни, и становится очень незначительным дней эдак через 20.

К сожалению, катаральным периодом болезнь не ограничивается, кашель становится приступообразным – вот на этом этапе (период спазматического кашля), как правило, и ставится диагноз "коклюш". Коклюшный кашель настолько специфичен, что врачу необходимо лишь услышать его – после этого уже не требуется никаких дополнительных анализов – все и так ясно.

Так что же представляет собой коклюшный кашель? Если честно, то описывать его занятие безнадежное – легче было бы самому покашлять. Но попробуем. *Типичный коклюшный кашель – это приступ*, состоящий из нескольких кашлевых толчков, которые без остановки следуют друг за другом, не давая больному возможности передохнуть. Если Вы попробуете сейчас покашлять, то поймете, что каждый кашлевой толчок – это выдох. А если таких толчков множество, то ведь надо же когда-нибудь совершить вдох. И, действительно, после окончания приступа кашля больной делает глубокий вдох, который очень часто сопровождается специфическим свистящим звуком. Причина возникновения этого звука, а он называется *репризом*, состоит в том, что непосредственно во время кашля происходит спазм голосовой щели (того места в гортани, где находятся голосовые связки).

Во время приступа очень часто отмечается покраснение или даже посинение лица, а после его (приступа) окончания – рвота или просто выделение слизи, которую ребенок выплевывает или глотает.

Подводим итоги. Для коклюшного кашля типичны: приступ + реприз + последующее отхождение слизи или рвота.

С учетом описанного нами кашля, становится понятным, что *тяжесть болезни определяется, прежде всего, частотой и длительностью приступов*. Весьма характерно, что вне приступа кашля состояние ребенка почти не нарушено.

Продолжительность периода спазматического кашля весьма вариабельна и может достигать двух-трех месяцев, даже, несмотря на лечение! Тем не менее, частота приступов нарастает дней 10, после чего положение недели на две стабилизируется и только потом

количество и продолжительность приступов медленно (к сожалению, очень медленно) начинает уменьшаться.

Особенно тяжело протекает коклюш у детей первого года, особенно первых шести месяцев жизни. В этом возрасте после кашля часто бывают остановки дыхания, которые длятся от нескольких секунд до минуты и даже дольше! Неудивительно, что, в связи с нехваткой кислорода у младенцев появляются нарушения со стороны нервной системы и другие осложнения.

В целом – и это особенность коклюша – проявления болезни хоть и очень неприятны, но не особенно страшные. А чего действительно приходится опасаться – так это осложнений, наиболее частым из которых является воспаление легких (пневмония). Кстати, вызывают его вовсе не коклюшные палочки, а другие микробы – стафилококки, стрептококки и т.п.

Убить коклюшную палочку несложно, хотя и не все антибиотики на нее действуют. Так, например, пенициллин не действует вообще. Но, к счастью, бактерия практически не способна вырабатывать устойчивость к антибиотикам. Т.е., если уж какой-либо препарат против микроба эффективен, то он и будет эффективен. Наиболее часто врачи используют эритромицин – после трех-четырех дней его употребления от коклюшной палочки, в подавляющем большинстве случаев, не остается и следа. Но в периоде спазматического кашля никакого эффекта – в виде уменьшения частоты и длительности приступов – заметить не удастся. И мы уже понимаем почему – ведь кашель не из-за микроба, а из-за поражения клеток кашлевого центра. Главная цель приема антибиотиков в этом периоде – сделать больного не заразным. А вот если тот же эритромицин назначается в катаральном периоде – в первые дни болезни, когда еще нет перевозбуждения кашлевого центра – так вот, в этом периоде лекарство вполне может прервать болезнь и не довести человека до приступов.

Но угадать не всегда получается – не пичкать же детей антибиотиками при любом покашливании. А ведь все вышеописанное – это типичный коклюш. Который бывает совсем не часто – спасибо прививкам. Сплошь и рядом встречаются абсолютно нетипичные формы болезни – редкий кашель, без всяких температур, с прекрасным самочувствием. И очень часто болеют папы и мамы, которые, в свою очередь, заражают детей (в 90% случаев при опросе выясняется, что в семье заболевшего ребенка длительно кашлял кто-то из взрослых).

Додуматься до нетипичного коклюша бывает очень и очень трудно, но, в конце концов, нетипичный коклюш – легкий коклюш. Поэтому давайте поговорим о том, как помочь ребенку при настоящем коклюше – будем об этом знать – с легкими формами справимся и по-прежнему.

Итак, что же надо делать и что необходимо знать?

1. Помнить о других людях – о тех, кто был в контакте с Вашим ребенком, и о тех, кто в этом контакте может оказаться – дитя изолировать, сообщить друзьям, что визиты нежелательны.

2. Убить микроб – выбор антибиотика (возможных вариантов десятки), а также доза лекарства – это дело врача. Задача родителей добиться попадания препарата внутрь больного, соблюдать назначенные дозы, кратность и сроки приема.

3. Относится к болезни философски и отдавать себе отчет в том, что коклюш управляем лишь на этапе профилактики. Но, ежели заболели, – время оказывается одним из главных факторов на пути к выздоровлению. Короче говоря, пока свое не откашляет – ни на какие таблетки особо надеяться не стоит.

4. Следует знать, что приступы кашля могут провоцировать: физическая нагрузка, чихание, жевание, глотание, отрицательные эмоции. Выводы из этих знаний вполне логичны:

- не устраивать активных игр с беганьем, прыганьем и скаканием;
- всячески избегать пыли, удалять ребенка из комнаты на время уборки;
- стараться, чтобы предлагаемая ребенку пища не требовала особого жевания и уж, по крайней мере, на время болезни, забыть о жевательных резинках.

5. С учетом предыдущего пункта, кормление ребенка с коклюшем составляет особую

проблему. Для некоторых детей сам процесс поглощения пищи становится настолько страшным, что даже упоминание о еде (например, произнесенная мамой фраза: "пойдем кушать") вызывает приступ кашля. К счастью это бывает редко, но вот кашель после еды и рвота всем, что съел – явление довольно распространенное. Не следует давать сразу много еды – даже если хочет есть много. Чем дольше будет жевать и чем больше съест – тем больше вероятность и приступа и рвоты. Поэтому, лучше кормить чаще, но понемногу. В принципе, кашель с рвотой после него редко бывает 2 раза подряд – т.е. если после приступа рвота была, то следующие 2-3 приступа будут легче.

6. Один из самых наиглавнейших факторов в лечении коклюша – правильный ответ на вопрос "чем дышать?".

Чем суше воздух и чем теплее в комнате, где находится ребенок – тем гуще мокрота, тем больше вероятность и увеличения частоты приступов, и развития осложнений. Но ведь традиционные действия при появлении кашля у ребенка заключаются в том, чтобы поддержать его дома. И неудивительно, что после месяца кашляния взаперти, без прогулок и свежего воздуха, якобы "бронхит" который, на, самом деле, был легким коклюшом, заканчивается воспалением легких.

Поэтому необходимо помнить и понимать, что свежий воздух является обязательным условием правильной помощи ребенку не только при коклюше, но и при других болезнях, сопровождающихся кашлем и при бронхите, и при трахеите, и при аллергических поражениях дыхательных путей, и при воспалении легких. Но, поскольку упомянутые нами "другие болезни" проходят несравнимо быстрее, чем коклюш, то и отрицательные последствия домашнего режима проявляются не так часто.

Таким образом, *если уж диагностирован коклюш, то все родственники больного должны быть мобилизованы для того, чтобы по очереди с ребенком гулять*. В летнее время, конечно же, не целесообразно быть там, где сухо и тепло, необходимо вставать пораньше, пока влажно и прохладно и в обязательном порядке подольше гулять перед сном. Важно только не забывать о том, что во время гуляний следует избегать общения с другими детьми.

Очень хорошо прогуливаться возле водоемов, ежели таковые имеются поблизости. А если не имеются, то вообще не плохо бы было уехать туда, где они есть – в деревню к бабушке, на дачу и т.п.

7. Еще раз обращаю внимание на тот факт, что в современных условиях, когда большинство детей привиты, типичный и тяжелый коклюш встречается не так уж и часто. При длительном, но нетипичном кашле могут помочь дополнительные (лабораторные) методы исследования. В некоторых случаях, в обычном клиническом анализе крови выявляют изменения вполне закономерные для коклюша. Но единственным, стопроцентным доказательством болезни является выделение коклюшной палочки – у ребенка берут из горла мазок или предлагают ему покашлять на специальную чашку с питательной средой, ну а потом, в бактериологической лаборатории, смотрят, что там вырастет. Хотя и здесь не все так гладко, как хотелось бы – уж очень привередливый микроб, эта самая коклюшная палочка. Сплошь и рядом бывают ситуации, когда, судя по кашлю, у ребенка типичнейший коклюш, а микроб вырастить не удастся – никакая самая наилучшая питательная среда не может сравниться с реснитчатым эпителием дыхательных путей. Достаточно пару раз принять антибиотик, достаточно поесть или почистить зубы перед сдачей анализа – и шансов выделить коклюшную палочку практически нет. Я уже не говорю о том, что после третьей недели болезни микроб в принципе практически не выделяется.

Столь подробный рассказ о трудностях, которые сопровождают врачей-лаборантов при попытке обнаружения коклюшной палочки, автор предпринял с одной единственной целью – убедить читателей в том, что если лаборатория дала заключение про отсутствие возбудителя коклюша, то это вовсе не говорит о том, что коклюша у ребенка нет.

Диагностика легких и нетипичных случаев коклюша, даже для врача очень высокой квалификации, всегда затруднительна. Наблюдательность родителей может очень и очень

помочь, а принципиально важные моменты, позволяющие заподозрить коклюш, состоят в следующем:

- Длительный кашель при отсутствии катаральных явлений (насморка, повышения температуры), или катаральные явления за 2-3 дня прошли, а кашель остался.

- Хорошее общее самочувствие – приличный аппетит, ребенок активен; когда не кашляет – так и вовсе кажется вполне здоровым.

- Полное отсутствие какого-либо облегчения от лечения противокашлевыми препаратами.

Любая простуда, любое ОРЗ у ребенка с коклюшом многократно усиливает проявления самого коклюша и многократно увеличивает риск осложнений – все той же пневмонии. Меры профилактики достаточно стандартны – максимально сократить общение с другими людьми, даже если ребенок уже не заразен, не допускать переохлаждений, простудившихся взрослых изолировать.

9. В принципе, никогда нельзя забывать о возможности развития воспаления легких, а мысль о том, что таки началось, должна появиться при:

- повышение температуры тела на второй-третьей неделе болезни, особенно когда температура повысилась, а насморк при этом не появился;

- внезапное учащение кашля и увеличение длительности приступов после того, как в течение нескольких дней становилось лучше или, по крайней мере, не становилось хуже;

- изменение общего самочувствия – слабость, учащенное дыхание – в промежутках между приступами.

Само собой разумеется, что диагноз воспаления легких поставит врач, если его вызвать, но коклюш ведь длится несколько месяцев, и лечится, чаще всего, в домашних условиях. Нередко бывает так, что родителям не очень то и удобно часто беспокоить врача, особенно когда диагноз вполне ясен, и не менее ясно, что для выздоровления нужно время и не малое. Перечисленные выше признаки (а, б, в) помогут родителям преодолеть стеснительность и своевременно обратиться за помощью.

Мы же отметили тот факт, что в подавляющем большинстве случаев коклюш вполне благополучно лечится (или проходит сам по себе) в домашних условиях. Но, иногда, без больницы не обойтись. Так когда же?

- а) – коклюш у детей первого года жизни и особенно (!) первого полугодия – очень высок риск осложнений, да и заболевание в этом возрасте почти всегда протекает весьма тяжело;

- б) – вне зависимости от возраста, когда имеет место развитие осложнений или когда на фоне кашля появляются остановки дыхания.

Вполне логично заметить следующее: никто и никогда не будет держать малыша в больнице до полного выздоровления. Но и врач больницы, и родители ребенка, прежде чем попрощаться друг с другом, должны быть в уверенности относительно того, что болезнь свой пик миновала (нет остановок дыхания, прошли осложнения, в течение нескольких дней количество приступов кашля стало уменьшаться).

Антибиотиками и свежим воздухом лечение коклюша, разумеется, не ограничивается. Хотя из огромного арсенала лекарственных препаратов, помогающих при кашле, нет ни одного, способного существенно облегчить течение болезни. Выбор конкретного лекарства – дело врача, но родители должны знать следующее: даже если, с Вашей точки зрения, назначенное лекарство, например, бромгексин, не помогает вообще, это вовсе не говорит о нецелесообразности его приема. Дело в том, что механизм действия большинства отхаркивающих средств (и упомянутого нами бромгексина в том числе) основан на разжижении мокроты. Кашлять ребенок реже не станет, но вероятность осложнений уменьшится в несколько раз, поскольку именно густая слизь, нарушая проходимость бронхов, и является главной причиной развития воспаления легких (читай п.6).

И последнее о чем хотелось бы рассказать в этой главе.

Впервые столкнувшись с коклюшом в больнице, автор испытал потрясение в связи с тем, как достижения цивилизации способны влиять на "народные" способы лечения. Сейчас объясню.

Представьте себе такую ситуацию. Сережке 8 лет. У него тяжелый коклюш, было приличное воспаление легких, в последнее время стало чуть полегче, хотя кашляет по-прежнему часто и долго – по 15-20 приступов в сутки. И вот появляется его прабабушка (заметьте, не бабушка, а прабабушка) – эдакая древняя беззубая старушка с палочкой и говорит, что мол хватит вам тут в больнице глупостями заниматься, а надо срочно покатавать ребенка на самолете. В дальнейшем, мне неоднократно приходилось слышать от пожилых, именно от пожилых людей, что нет лучшего способа быстро вылечить коклюш, чем воздушные путешествия. И, самое удивительное: действительно многим помогает! Но не всем и не всегда.

Объяснение же состоит в следующем. Как мы уже отметили, главная причина кашля в поздние сроки болезни – очаг возбуждения кашлевого центра в голове. И если нам удастся создать другой очаг, более активный, то возбудимость кашлевого центра снижается. И чем активнее, чем длительнее это новое возбуждение, тем более выражен лечебный эффект. Поэтому любые сильные и положительные эмоциональные нагрузки могут способствовать быстрому выздоровлению. Неудивительно, что самолет помогает! Как помогает и новая кукла, и поездка с папой на рыбалку, и поход всей семьи в зоопарк, и покупка щенка. И вполне понятно, что чем эмоциональней ребенок, тем эффективнее такое лечение. Как, впрочем, понятно и полное отсутствие эффекта от воздушных путешествий у детей первого года жизни. Кстати, Сережке очень даже помогло: папа забрал его на один день из больницы, и они полетели на самолете (местная авиалиния – до какого-то там райцентра и обратно). Через три дня после этого выписали домой. Вот Вам и народная медицина!

3.18. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

«Предосторожность проста, а раскаяние многосложно.»

Гете

Продукты питания и вода, потребляемые человеком, весьма далеки от стерильности. Миллиарды самых разнообразных бактерий ежедневно и ежечасно попадают к нам в организм, и совершенно ничего страшного от этого не происходит – уж слишком много способов нейтрализации микробов выдумала природа. Обладающая бактерицидными свойствами слюна, ядовитый желудочный сок, множество своих, «хороших» бактерий в кишечнике – все это не дает чужакам возможности прижиться и сделать свое черное дело.

Тем не менее, человека, ни разу не болевшего кишечной инфекцией просто не существует. Не существует хотя бы потому, что имеется множество способов нейтрализации всех многочисленных защитных сил – глотать, не пережевывая, чтобы слюна не успела до микробов добраться, переждать, нейтрализовать щелочными напитками кислый желудочный сок, убивать собственных микробов антибиотиками и т.д.

Но **самой наиглавнейшей причиной кишечных инфекций было, есть и будет несоблюдение элементарных гигиенических норм** – неправильное хранение пищевых продуктов, невымытые руки, снующие между обеденным столом и туалетом мухи. В конце концов, какими бы замечательными защитными силами человеческий организм не обладал, всегда найдется количество микробов, нейтрализовать которое просто невозможно.

Возбудителями кишечных инфекций могут быть бактерии (дизентерийная палочка, сальмонелла, стафилококк, палочка брюшного тифа, вибрион холеры) и некоторые вирусы.

Конкретное имя, конкретного возбудителя, конкретной кишечной инфекции интересует, прежде всего, медицинских работников. Объем, направленность и

интенсивность противоэпидемических мероприятий во много определяется именно видом возбудителя.

Одни бактерии распространяется через воду, другие через продукты питания, причем продукты эти не какие угодно, а совершенно определенные. В одном случае – овощи, в другом – яйца, в третьем – молочные продукты и т.д.

Одни бактерии очень(!) заразны (например, возбудитель холеры), другие поменьше.

В одном случае заболевание развивается стремительно и представляет собой реальную угрозу человеческой жизни, в другом симптомы развиваются медленно, а сама болезнь не особенно опасна.

Микробы, возбудители кишечных инфекций, могут, и, как правило, так и происходит, поражать не весь желудочно-кишечный тракт, а определенные его отделы. Воспалительные процессы каждого такого отдела имеют свои медицинские названия: воспаление желудка – ГАСТРИТ, двенадцатиперстной кишки – ДУОДЕНИТ, тонкого кишечника – ЭНТЕРИТ, толстого кишечника – КОЛИТ. Помните, мы уже приводили похожие слова, когда писали о поражении органов дыхания (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит). С желудочно-кишечным трактом ситуация аналогичная, а одновременное поражение нескольких его отделов порождает использование сложных и страшных слов: гастродуоденит, гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит. Становится понятным, что медицинский термин «энтероколит» не является именем болезни, он лишь характеризует поражение определенного участка желудочно-кишечного тракта. Этот самый «определенный участок» врачи выявляют довольно легко – по симптомам болезни и по внешнему виду каловых масс. А вот установить точное имя болезни по симптомам довольно сложно. Хотя многие кишечные инфекции имеют весьма характерные симптомы. По крайней мере, дизентерию, брюшной тиф, холеру часто удается диагностировать без дополнительных анализов.

Тем не менее, как бы очевидны ни были симптомы, окончательный диагноз ставится только после микробиологического обследования (исследуют кал, рвотные массы, воду, которую собирают после промывания желудка, кровь, «подозрительные» продукты питания и напитки). Обнаружили дизентерийную палочку – значит, точно дизентерия. Обнаружили сальмонеллу – значит, точно сальмонеллез и т.д.

Но все не так однозначно. Для того чтобы поставить диагноз следует не просто обнаружить микроб. Необходимо, чтобы обнаружение микроба сопровождалось конкретными симптомами кишечной инфекции – рвотой, поносом и т.д. При самых разнообразных профилактических обследованиях (перед тем, например, как ребенок пойдет в детский сад или школу, перед поездкой в санаторий) сплошь и рядом в кале обнаруживают нечто плохое – опасную кишечную палочку, или сальмонеллу, или палочку дизентерии. Если микроб есть, а проявлений кишечной инфекции нет – такая ситуация свидетельствует о том, что данный человек – «жертва бактериологического обследования» – является здоровым носителем определенной бактерии. Т.е. этот человек имеет к данному возбудителю иммунитет, заболеть он не может, но, и это очевидно, представляет угрозу обществу, поскольку распространяет заразу. И таким человеком медики вплотную займутся пренебрежительно.

* * *

После проникновения в человеческий организм, возбудители кишечных инфекций начинают активно размножаться, что приводит, во-первых, к *нарушениям процесса пищеварения* и, во-вторых, к *воспалению клеток слизистой оболочки кишечника*. Типичным и наиболее характерным следствием двух указанных процессов является основной симптом любой кишечной инфекции – понос. Другие признаки болезни – тошнота, рвота, боли в животе, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, общая слабость – встречаются часто, но обязательными спутниками кишечной инфекции не являются.

Кстати, следует отметить, что на бытовом и на медицинском уровне понятия кишечной инфекции весьма разнятся. Для обычного человека раз есть понос, значит и кишечная инфекция есть, а для врача – главное не симптомы, а путь заражения. С медицинских позиций, любая болезнь, передающаяся через рот (с пищей, водой, немытыми руками – т.н. фекально-оральный путь инфицирования) – является типичной кишечной инфекцией. Наиболее показательный пример – вирусный гепатит А (болезнь Боткина). Заражение вирусом всегда происходит при его попадании в желудочно-кишечный тракт, но поражается печень, а никакого поноса в большинстве случаев нет.

Пути профилактики кишечных инфекций достаточно очевидны и сводятся к соблюдению элементарных гигиенических норм: мытью рук, особенно тщательно после посещения туалета, термической обработки пищи и воды, соблюдению правил хранения пищевых продуктов, изоляции больных и, уж, по крайней мере, обязательному выделению им отдельной посуды.

Всегда следует помнить, что **наиболее страшным и опасным последствием любого поноса является потеря организмом жидкости и солей**. Без пищи человеческий организм более-менее благополучно может просуществовать пару недель, но без адекватного обеспечения водой и солями калия, натрия и кальция счет может пойти на часы. **Запасы воды и солей особенно невелики в организме ребенка и именно для детей кишечные инфекции представляют собой реальную угрозу здоровью и жизни.**

Таким образом, истинная тяжесть кишечной инфекции зачастую определяется не частотой стула, не запахом и цветом испражнений, а именно степенью обезвоживания. Определить тяжесть кишечной инфекции может только врач, но вероятность того, что по поводу каждого поноса люди будут обращаться за медицинской помощью, очень невелика. Поэтому подчеркнем, что *вне зависимости от того, как называется конкретная кишечная инфекция, существуют совершенно определенные **правила поведения больного и его родственников.***

Всегда следует задуматься над тем, что это Вы такое съели. Пол беды, если это Ваш личный кулинарный шедевр, но если это пирожное из близлежащего магазина, то следует проявить сознательность и подумать о тех, кто может пойти по Вашим следам. Узнать телефон районной санитарной станции совсем не трудно.

Кишечная инфекция у любого члена семьи – сигнал тревоги для всех остальных. Больному – отдельная посуда, всем остальным организовать идеальную чистоту, тщательно мыть руки, убрать от греха подальше подозрительные продукты, всю посуду перекипятить, не жалеть дезинфицирующих средств.

И понос и рвота являются способами защиты организма. В упрощенном варианте это выглядит так: в желудочно-кишечный тракт попало что-то не то и организм всеми возможными способами пытается эту гадость удалить. Поэтому в первые часы кишечной инфекции мы вовсе не заинтересованы в том, чтобы понос и рвота прекратились. Наоборот, в обоих направлениях организму следует помогать – пить и рвать (а если не хочется – сознательно вызывать рвоту, промывая тем самым желудок), очистить толстый кишечник с помощью клизмы. Для клизмы используется обычная кипяченая вода, ни в коем случае не теплая (оптимальная температура около 20(С), обязательно следить за тем, чтобы вышла вся введенная жидкость.

Главный принцип помощи – восполнение потерь жидкости и солей. Для этой цели идеально подходят лекарственные средства, представляющие собой заранее приготовленную смесь различных солей, которую перед употреблением разводят кипяченой водой ("оралит", "регидрон", "глюкосолан"). При отсутствии указанных препаратов вполне подойдет компот из сухофруктов, можно чай, лучше зеленый, чем черный. В конце концов, лучше пить то, что есть под рукой (минеральная вода, отвары трав, шиповника и т.д.), чем не пить ничего.

Температура напитков должна, ориентировочно, быть равна температуре тела – при этом всасывание жидкости из желудка в кровь будет максимально быстрым.

При упорно повторяющейся рвоте помните, что *надо пить чаще, но малыми*

порциями , чтобы не растягивался желудок, а использование противорвотных препаратов (типичный представитель – церукал) всегда согласовывать с врачом.

По большому счету, **существует лишь два абсолютно безопасных способа самостоятельного лечения кишечных инфекций – голод и обильное питье.** Любые лекарственные препараты могут привести к самым неожиданным последствиям, ну разве что «смекта» и «активированный уголь» целесообразны и показаны практически всегда.

Интенсивность Ваших волнений должна быть теснейшим образом связана с общим состоянием ребенка, а не с тем, сколько раз он запачкал пеленки (попросился на горшок, сбегал в туалет). Следите за цветом мочи, – если она светлая – дефицита жидкости нет.

Обращение к врачу обязательно при поносе у детей первого года жизни и, вне зависимости от возраста, при отсутствии тенденции к улучшению в течение суток.

Немедленно обращайтесь за медицинской помощью если :

- наиболее волнующим симптомом кишечной инфекции является боль в животе;
- из-за упорной рвоты не можете ребенка поить;
- более 6-ти часов нет мочи;
- сухой язык, запавшие глаза, кожа приобрела сероватый оттенок;
- в кале имеется примесь крови;
- понос прекратился, но при этом усилилась рвота и (или) резко поднялась температура тела и (или) появились боли в животе

При улучшении состояния не торопитесь есть все подряд. Чай с творожком, рисовая и овсяная каши – потерпите сутки двое, здоровее будете.

* * *

Следует отметить: – современная терапия кишечных инфекций вовсе не предусматривает глотание всеми любимых фталазола и левомицетина, – хотя бы потому, что причиной каждого третьего поноса являются вирусы, на которых упомянутые антибактериальные препараты не действуют вообще. Но, даже если это бактерия, отношение к использованию антибактериальных препаратов неоднозначно. Так при дизентерии антибиотики используются практически всегда, а при сальмонеллезе – значительно реже.

В любом случае, лечится можно по-разному. Можно глотать антибиотики, пытаясь уничтожить вредную бактерию, и попутно уничтожать всех своих кишечных палочек, кислomолочных бактерий и многих других очень полезных и очень нужных микробов. А можно поступить по-другому – «запустить» в кишечник полезных микробов, которые сами «выгонят» непрошеного гостя. Таких лекарств, так называемых **эубиотиков** , промышленность всего мира выпускает множество (бифидум– и лактобактерин, линекс, бификол, бактисубтил, примадофилус и т.д.). Неудивительно, что при кишечных инфекциях эубиотики все чаще и чаще приходят на смену антибиотикам. А на смену активированному углю приходят новейшие **энтеросорбенты** , в сотни раз более эффективные.

Существует и еще один способ борьбы с возбудителями кишечных инфекций. Дело в том, что почти у всех бактерий имеются естественные враги – особые вирусы, которые поражают именно бактерий. Такие вирусы называются **бактериофагами** , или просто фагами. Уже разработаны, активно выпускаются и используются препараты, содержащие в своем составе определенные фаги – «сальмонеллезный бактериофаг» – для лечения сальмонеллеза, «дизентерийный бактериофаг» для лечения дизентерии и т.д.

В стационаре основным способом оказания неотложной помощи при кишечных инфекциях является **инфузионная терапия** , – т.е. внутривенное введение жидкости и солей для быстрого возмещения потерь.

При самой опасной кишечной инфекции – холере – инфузионная терапия вообще является наиглавнейшей. Возбудитель холеры вырабатывает экзотоксин (он называется холероген), который находится в просвете кишечника и его, в этой связи, не удастся

нейтрализовать сывороткой. Под действием холерогена клетки слизистой оболочки кишечника как бы сморщиваются и теряют жидкость литрами! Вот и приходится в огромных количествах вводить препараты внутривенно и проводить очень активное лечение до тех пор, пока в организме не появятся антитела к токсину.

Главный вывод из предыдущих абзацев состоит в том, что современный врач владеет множеством высокоэффективных способов лечения кишечных инфекций.

И совершенно неразумно рисковать здоровьем, часами не покидая туалета, или, руководствуясь советами соседей, пить кисель вприкуску с фталазолом.

3.19. СКАРЛАТИНА

*«Валя, Валентина,
Что с тобой теперь?
Белая палата,
Крашенная дверь.
Тоньше паутины
Из-под кожи щек
Глеет скарлатины
Смертный огонек.»*
Э. Багрицкий

Есть такое греческое слово "streptos", что означает крученный, витой, имеющий вид цепочки. И есть такой микроб, **стрептококк** – если разглядывать его под микроскопом, то хорошо видны самые настоящие цепочки, состоящие из неподвижных шариков.

Стрептококки – весьма распространенные микробы, способные вызывать у человека множество самых разнообразных болезней. Скарлатина – одна из них, пожалуй, самая известная, но, к сожалению, далеко не единственная.

С древности известна людям скарлатина и отношение к ней довольно серьезное, что, впрочем, вполне логично и обосновано. Хотя древние врачи (Гиппократ и компания) все время путали скарлатину – то с корью, то с краснухой, то еще с чем-нибудь. Правда, хуже от этого никому не было – это ведь мы сейчас умные – знаем, что корь и краснуха инфекции вирусные, а скарлатина – инфекция бактериальная. Следовательно, корь и краснуха пройдут сами, а при скарлатине очень помогут антибиотики. Но Гиппократ про антибиотики ничего не знал, поэтому имел моральное право путать скарлатину и корь, чем, впрочем, человечество благополучно занималось почти 2 000 лет после Гиппократа. И только в 1675 году врач по фамилии Sidenham подробно описал симптомы скарлатины и назвал ее "scarlet fever" – пурпурная лихорадка. От слова "scarlet" – "пурпурный", "ярко-красный" – и пошло современное название болезни.

О том, что скарлатина болезнь серьезная и смертельно опасная, читатели этой книги, особенно те, кто учился в советской школе, узнали еще в детстве из знаменитого стихотворения Эдуарда Багрицкого «Смерть пионерки». От скарлатины погибла бедная пионерка Валя и именно так, весьма трагично, представлялась судьба заболевшего ребенка до появления антибиотиков – очень коварный, и очень опасный микроб, этот стрептококк.

Следует заметить, что скарлатина – далеко не единственная болезнь, обязанная своим существованием стрептококку. Большинство ангин, ревматизм, гломерулонефрит, рожистое воспаление – все это варианты стрептококковой инфекции.

Но скарлатина болезнь особенная. И да простят меня читатели за попытку объяснить ее суть, поскольку сделать это простыми словами очень сложно. Однако попытаемся. Итак...

Стрептококк – понятие растяжимое. Под этим словом подразумевают десятки, если не сотни, бактерий, с одной стороны, похожих друг на друга, с другой – имеющих

существенные различия в своей структуре. Каждый конкретный вид стрептококка способен вырабатывать совершенно определенные токсины. Переболев одним вариантом стрептококка и выработав к этому варианту иммунитет, человек может не вполне благополучно встретиться уже с другим стрептококком, который, в свою очередь, вырабатывает свои токсины и вызывает потребность опять болеть и опять вырабатывать очередные антитоксические антитела.

В то же время, некоторым стрептококкам (подчеркиваю, далеко не всем, только некоторым) присуща способность вырабатывать определенное ядовитое вещество, которое называется *эритротоксин*.

У эритротоксина имеются две особенности. Во-первых, он вызывает в организме совершенно определенные изменения, и эти изменения проявляются в виде совершенно определенных симптомов, присущих именно действию эритротоксина; во-вторых, выработав иммунитет к эритротоксину одного стрептококка, организм перестает реагировать на эритротоксин любого другого стрептококка, поскольку в крови постоянно циркулируют антитела к эритротоксину.

Теперь уже можно сказать, что же такое скарлатина.

Скарлатина – это особый вариант стрептококковой инфекции с выраженной реакцией организма в ответ на действие эритротоксина. Таким образом, скарлатина может быть один раз в жизни, а вот стрептококковой инфекцией – другими ее формами, разумеется, можно болеть сколько угодно.

Термин «эритротоксин», в дословном переводе с греческого, означает «красный токсин». В этом переводе – суть уже упомянутых нами, «совершенно определенных симптомов».

Но давайте начнем с начала, как же все происходит. Стрептококк попадает в организм человека воздушно-капельным путем, хотя возможно заражение и через продукты питания, и через грязные игрушки, и через одежду. Источником инфекции может быть больной любым вариантом стрептококковой инфекции или здоровый носитель стрептококка. 90% всех, кто заболел – дети до 16 лет, но дети первого года жизни почти не болеют, поскольку имеют врожденный, доставшийся от мамы антитоксический иммунитет.

Инкубационный период от 1 до 12 дней. Очутившись в человеческом организме, стрептококк оседает на слизистых оболочках, главным образом в горле (на миндалинах) и начинает размножаться, выделяя при этом эритротоксин. Болезнь начинается остро – высокая температура + боли в горле. А уже через несколько часов появляется сыпь – это и есть ответная реакция на эритротоксин. Общий цвет кожи – красноватый, и на этом красном фоне можно видеть многочисленные, очень мелкие красные точки (краснее, чем общий фон). Сыпь быстро покрывает все тело, особенно она выражена на боковой поверхности туловища, на сгибательных участках рук и ног. Кожа сухая, если провести рукой, напоминает наждачную бумагу. Особенно характерен вид лица – ярко-красные щеки и бледный, свободный от сыпи треугольник между носом и губами. Язык тоже яркий, малиновый, а на его поверхности резко увеличенные сосочки. Ну а в горле, на миндалинах – самая настоящая ангина – очень все красное и воспаленное, на миндалинах гнойные налеты.

Всеми этими симптомами ребенок обязан эритротоксину стрептококка, который особым образом поражает кожу и слизистые оболочки. Это поражение приводит к массовой гибели клеток самого наружного слоя кожи – эпидермиса, – и кожа начинает шелушиться. Шелушение появляется на лице уже к концу 1-й недели болезни, затем на туловище, кистях и стопах.

Что необходимо знать:

Стрептококк, к счастью, высокочувствителен к антибиотикам, в частности к пенициллину. Уже через 12-24 часа после начала лечения пенициллином в состоянии больного ребенка наблюдается отчетливое улучшение. Непереносимость пенициллина не проблема, поскольку выбор антибиотиков, активно действующих на стрептококк, достаточно велик.

В любом случае, *скарлатина относится к болезням, которые при своевременном лечении антибиотиками почти всегда заканчиваются благополучно, а без лечения – почти всегда заканчиваются тяжелыми осложнениями*. Осложнения скарлатины, – прежде всего, поражение сердца (ревматизм) и поражение почек (гломерулонефрит).

Очень опасно прекращать лечение сразу после улучшения состояния. Антибиотики должны применяться строго определенное время, в противном случае осложнения весьма вероятны.

Своевременное использование активных антибиотиков иногда (очень редко) приводит к тому, что организм не успевает выработать достаточный иммунитет к эритротоксину – очень быстро погибает стрептококк. Следствие этого – возможность повторно заболеть скарлатиной. Эти повторные случаи, тем не менее, протекают довольно легко.

Горло и миндалины – не единственный путь проникновения стрептококка в человеческий организм. Заражение может произойти и через любую рану на коже (ссадина, порез, операция). В таком случае будут иметь место все симптомы скарлатины, кроме ангины. Принципы лечения от этого не меняются.

Легкие, а иногда, и среднетяжелые формы скарлатины благополучно лечатся на дому, без всяких больниц. Ребенка, как правило, полностью изолируют на 10 дней, после чего – если состояние хорошее – вполне можно гулять. Но!!! Для перенесшего скарлатину, серьезную опасность представляет повторный контакт со стрептококком – это может привести к аллергическим заболеваниям и осложнениям. Поэтому жить нормально и гулять можно, но общение с другими людьми, особенно детьми, следует свести до минимума. По крайней мере, *от момента начала заболевания до похода в школу или детский сад должно пройти 3 недели, не меньше*.

3.20. АНГИНА

«– Здравствуйте. Врача вызывали? Алло, здесь есть кто живой? Врач еще нужен? Ой, маленький, ты один? А где мама? На работе... А папа? Уехал в командировку... Два года назад. Открой рот и скажи: "А-а-а..." Господи, какое горло.»

М.М. Жванецкий

Начнем с печальной статистики: около 50% всего нашего населения знакомы с ангиной не теоретически, а на личном опыте, т.е. ангиной лично болели. Предвижу возражения – дескать статистика не печальная, а слишком оптимистичная и лживая, поскольку красное горло которое болит рано или поздно бывает у всех. В ответ на возражения замечу: 99% населения понятия не имеет, что такое ангина, поэтому спорить не будем, а будем разбираться.

Итак, теория. Иммунитет – способность организма распознавать «чужаков» и с ними бороться. «Чужаки» – раковые клетки и возбудители инфекций. В организме имеются группы клеток, выполняющих некие общие и схожие функции, эти клетки носят название *ткани*. Примеры тканей – костная, мышечная, нервная, железистая. Есть клетки ответственные за выработку иммунитета и формирующие т.н. *лимфоидную ткань*. Лимфоидная ткань имеется в кишечнике (и в тонком, и в толстом), в костном мозге, из нее полностью состоит вилочковая железа. Увидеть лимфоидную ткань не сложно. Для этого надо подойти к зеркалу и широко открыть рот. В глубине полости рта за дужками, что ограничивают вход в глотку, находятся полукруглые образования – *миндалины*.

Миндалины состоят из лимфоидной ткани, являются одним из главных органов лимфоидной системы, участвуют в выработке иммунитета и очень часто воспаляются. Почему часто? Да потому, что все вещества, попадающие в наш организм, – и воздух, и пища – контактируют, прежде всего, с миндалинами. Здесь, в полости рта, до пищевода и желудка, до гортани и легких – миндалины – передовой отряд иммунитета. Неудивительно, что отряду этому здорово и часто достаётся.

Воспаление миндалин носит название *тонзиллита* (по-латыни, миндалина – tonsilla). Наиболее распространенная причина тонзиллита – всем известные острые респираторные вирусные инфекции, частыми симптомами которых, помимо повышения температуры, кашля и насморка, являются «красное» горло и боли при глотании.

Количество микроорганизмов, способных вызвать в миндалинах воспалительный процесс, исчисляется десятками. Неудивительно, что тонзиллит является частым симптомом множества инфекционных болезней.

В то же время, имеются 2 микроорганизма – стрептококк и стафилококк, поражающие миндалины особенно часто и особенным образом. Болезнь начинается очень быстро, с высокой температуры, резких болей в горле, на поверхности миндалин появляются гнойнички (налеты). Это и есть ангина. Частота, с которой два указанных микроба ее вызывают, примерно такова: 80% – стрептококк, 10% – стафилококк и 10% – стафилококк + стрептококк.

Еще раз симптомы ангины:

Острое начало, повышение температуры;

Общая интоксикация (слабость, ознобы, потливость, потеря аппетита, головная боль);

Воспаление миндалин – увеличение в размерах, покраснение, налеты, боль в зеве, резко усиливающаяся при глотании.

Увеличение и болезненность лимфоузлов – переднешейных (книзу от уха), возле угла и под нижней челюстью.

Во всех органах и тканях помимо кровеносных сосудов (вен и артерий) имеются сосуды лимфатические, которые собирают особую межтканевую жидкость – лимфу. Ни один участок человеческого тела не может даже приблизительно сравниться с миндалинами по количеству лимфатических сосудов. Неудивительно, что гнойный воспалительный процесс сразу же сопровождается выраженной реакцией тех лимфоузлов, которые собирают лимфу, оттекающую от миндалин.

Само слово «ангина» обязано своим происхождением древнегреческим врачам (ango – душить, сжимать). Древние греки не имели понятия про вирусы и бактерии, под словом «ангина» они понимали все болезни, сопровождающиеся воспалением тканей глотки и сопровождающиеся нарушением глотания и дыхания. Современный врач по-разному лечит вирусные и бактериальные инфекции. Каждое конкретное заболевание, сопровождающееся тонзиллитом, имеет свои специфические способы терапии.

Именно поэтому, *абсолютно не грамотно называть ангиной всякую болезнь, при которой имеет место покраснение горла и боли при глотании*.

АНГИНА – это острая инфекционная (заразная!) болезнь. Именно поражение миндалин определяет при ангине тяжесть заболевания.

Ангина представляет собой некий комплекс симптомов и этот комплекс мы описали выше. И краснота в зеве, и боль, и налеты на поверхности миндалин, и реакция лимфоузлов, т.е. все симптомы типичные для ангины, могут иметь место при **дифтерии**. Эти же симптомы могут иметь место при совсем не редкой вирусной болезни – **инфекционном мононуклеозе**. Но кроме описанных симптомов, при дифтерии поражаются сердце, почки, нервная система; при инфекционном мононуклеозе – все лимфоузлы, печень, селезенка. Ангину лечат антибиотиками, дифтерию – противодифтерийной сывороткой, при инфекционном мононуклеозе ни антибиотики, ни сыворотка не эффективны.

Значение приведенной информации в том, чтобы еще раз подчеркнуть: ангина, это не куча всяких разных болезней, ангина – это конкретное заболевание, имеющее конкретные признаки и вызванное конкретным микробом (как правило, стрептококком).

Очень важно отметить, что ангина болезнь острая. Она не может длиться месяцами, ею нельзя болеть каждый месяц. Ангиной заражаются – от больного ангиной или от носителя стрептококка. Нельзя заболеть ангиной, только промочив ноги. Надо сначала промочить

ноги, а потом найти человека, от которого можно заразиться (разумеется заразится после переохлаждения легче).

Миндалины довольно часто являются источником хронической инфекции (причины – снижение иммунитета, отрицательное воздействие бытовых факторов – пыль, химия и т.п.). Если они (миндалины) постоянно увеличены в размерах, очень часто воспаляются – в такой ситуации врачи говорят о **хроническом тонзиллите**. Любая дополнительная инфекция (легкое ОРЗ, например), любое переохлаждение, любой стресс вызывают обострение воспалительного процесса, которое может сопровождаться всеми симптомами ангины. Но это не ангина – никто никого не заразил, просто свои, постоянно живущие на миндалинах микробы, начали размножаться. Это не ангина, не острое воспаление, а обострение хронического воспаления – болезнь так и называется – **обострение хронического тонзиллита**. Понятно, что подходы к лечению хронического тонзиллита совсем не такие, как при ангине. Да, антибиотики помогут, но главное в другом – укрепить иммунитет, устранить бытовые вредности.

Ангина, как любая острая стрептококковая инфекция, имеет **две важнейшие особенности**:

Ангина очень успешно и довольно быстро лечится при правильном и своевременном назначении антибиотиков.

Ангина, которую не лечат вообще, или которую лечат неправильно, очень часто дает осложнения, поскольку именно стрептококк поражает сердце, суставы и почки

Еще раз обращаю внимание: **почти 100% всех ревматических болезней и гломерулонефритов – следствие «обычной» ангины!**

* * *

Так как же все-таки лечат ангину?

В остром периоде (до нормализации температуры тела) желателен постельный режим – двигательная активность увеличивает вероятность поражения сердца.

Еда по аппетиту, важно чтобы пища не травмировала миндалины – бульоны, пюре и т.п. Характер пищи в принципе очевиден – больного с ангиной трудно заставить есть сухари.

Важнейшее правило – обильное теплое питье – минеральная вода, компот из сухофруктов, 5% раствор глюкозы.

Антибиотики. При ангине никаких экзотических и дорогих препаратов не требуется – обычные пенициллин, ампициллин, эритромицин по прежнему высокоэффективны **в нормальных дозах**. Попутно заметим: самостоятельное население, имеющее склонность к приему любого препарата «по 1 таблетке 3 раза в день после еды», не имеет ни малейшего представления о том, что такое «нормальная доза». Важно, как впрочем и всегда при лечении антибиотиками, не прекращать лечение сразу после того, как станет полегче. При ангине это особенно актуально – курс лечения менее 5-7 дней многократно увеличивает риск осложнений.

Местное лечение – различные полоскания горла – не оказывает влияния на сроки болезни и вероятность осложнений – естественно в той ситуации, когда проводится правильная антибиотикотерапия. Но самочувствие на фоне полосканий заметно улучшается – уменьшаются боли, легче глотать. В домашних условиях вполне можно использовать: отвары шалфея и ромашки, содовые и солевые растворы (1 чайная ложка пищевой соды на стакан воды, 1 чайная ложка обычной поваренной соли на 0,5 л воды). Оптимальная температура растворов для полоскания – 40-50(С, полоскать 4-6 раз в день. Во время полосканий нельзя переусердствовать – *слишком частая и слишком интенсивная вибрация миндалин замедляет восстановительные процессы*. Но после любой еды прополоскать горло следует обязательно.

При высокой температуре и сильных болях симптоматически используют аспирин, анальгин, парацетамол и т.п.

ИТОГИ.

Ангину в обязательном порядке должен лечить врач.

Во-первых, потому, что диагноз ангины не так прост, как может показаться на первый взгляд.

Во-вторых, потому, что лечение не так просто, как может показаться на первый взгляд.

Острый тонзиллит с налетами на миндалинах симптом не только ангины, но и лейкоза, скарлатины, дифтерии, инфекционного мононуклеоза, сифилиса, гонореи (секс бывает разным).

Любое «больное горло» следует показывать врачу, хотя бы потому, что обычная ангина может оказаться дифтерией, а несвоевременное введение сыворотки может обойтись слишком дорого.

С очень большой осторожностью относитесь к весьма распространенным газетным, журнальным и телевизионным рецептам, повествующим о народных способах лечения ангины. Речь, как правило, идет либо о полосканиях, либо о различных способах согревания шеи. Лечение ангины только полосканиями – прямой путь к бесплатному пользованию городским электротранспортом (в том смысле, что станете инвалидом).

Существует преогромное количество лекарственных препаратов для рассасывания в полости рта или для орошения полости рта, содержащих противовоспалительные и антимикробные компоненты (ингалипт, камфомен, фарингосепт, анти-ангин, септолете, себидин и т.д. и т.п.). Все эти лекарства могут помочь при некоторых фарингитах, стоматитах, ларингитах, могут уменьшить боли при ангине. Но быстро и эффективно вылечить ангину только препаратами местного действия – нельзя.

Головная боль не пройдет, если насыпать на макушку порошок анальгина – анальгин надо проглотить. Общая острая инфекционная болезнь – ангина – требует общего, грамотного и неотложного лечения.

3.21. МЕНИНГИТ

«Нет тумана, из которого не было бы выхода. Главное – держаться и идти вперед.»

Р. Роллан

Среди многочисленных человеческих болезней менингит – одна из самых опасных. Можно перенести «на ногах» воспаление легких, можно годами ходить с туберкулезом, можно с помощью «целителей» в течение длительного времени пытаться вылечить от венерических болезней. С менингитом подобные «номера» не проходят – или в больницу, или...

Менингит – болезнь известная. По крайней мере, средний человек, без какого-либо специального медицинского образования, слово «менингит» знает и, хотя особенности самой болезни не очень понятны, менингита боятся все. Врач скорой помощи может сказать: «У Вашего ребенка ангина (грипп, пневмония, энтероколит, гайморит и т.д.). Быстренько собирайтесь в больницу». В ответ он обязательно услышит: «Доктор, а дома полечиться никак нельзя?». Но если будет произнесено слово «менингит», пусть даже не категорично – «У Вас менингит!», а с сомнением – «похоже на менингит» – можно с уверенностью заявить: ни о каком лечении дома нормальный человек даже не заикнется.

Такое отношение к менингиту в целом понятно – с того времени, как появились возможности его (менингит) лечить, не прошло и 50-ти лет. Но, если смертность от большинства детских болезней уменьшилась за это время в 10-20 и более раз, то при менингите – лишь в 2 раза.

Так что же это за болезнь такая, менингит?

Прежде всего, следует отметить, что менингит болезнь инфекционная. Т.е. непосредственной причиной заболевания являются определенные микробы. Большинство

человеческих инфекций позволяет установить четкую взаимосвязь между названием болезни и именем конкретного ее возбудителя. Сифилис – бледная спирохета, скарлатина – стрептококк, сальмонеллез – сальмонелла, туберкулез – палочка Коха, СПИД – вирус иммунодефицита и т.п. В то же время конкретной связи «менингит – возбудитель менингита» нет.

Под самим словом «менингит» подразумевается воспаление оболочек головного мозга, а причиной этого воспаления может быть огромное число микроорганизмов – бактерий, вирусов, грибков. Инфекционисты не без уверенности заявляют, что *при определенных условиях любой микроорганизм может вызвать менингит у человека любого возраста*. Отсюда понятно, что менингиты бывают разными – разными и по скорости развития, и по тяжести состояния, и по частоте возникновения, и, что особенно важно, по способам лечения. ***Объединяет все менингиты одно – реальная угроза жизни и высокая вероятность осложнений.***

Для развития менингита конкретный возбудитель должен попасть в полость черепа и вызвать воспаление оболочек головного мозга. Иногда это происходит при возникновении очагов инфекции в непосредственной близости от оболочек мозга – при гнойном отите, например, или при гайморитах. Нередко, причиной менингита является черепно-мозговая травма. Но чаще всего в полость черепа микробы попадают с током крови. Очевидно, что сам факт попадания микроба в кровь, сама возможность его «заноса» и последующего размножения на мозговых оболочках обусловлены состоянием иммунитета.

Следует заметить, что имеется целый ряд, как правило, врожденных дефектов иммунной системы, предрасполагающий к заболеванию менингитом. Неудивительно, что в некоторых семьях все дети болеют менингитом, – хотя болезнь эта не такая уж и частая, в сравнении, например, с ангиной, коклюшем, ветрянкой или краснухой. Но если роль иммунитета в целом понятна, то до настоящего времени не удается найти убедительного объяснения тому факту, что мальчики болеют менингитом в 2-4 раза чаще, чем девочки.

В зависимости от вида возбудителя менингиты бывают вирусными, бактериальными, грибковыми. Некоторые простейшие (например, амеба и токсоплазма) тоже могут вызвать менингит.

Развитие вирусного менингита может сопровождать течение широко известных инфекций – ветряной оспы, кори, краснухи, эпидемического паротита, поражение мозговых оболочек встречается при гриппе, при инфекциях, вызванных вирусами герпеса. У ослабленных больных, у стариков, у младенцев встречаются менингиты, вызванные грибками (понятно, что в этих ситуациях именно недостаточность иммунитета играет ведущую роль в возникновении болезни).

Особое значение имеют менингиты бактериальные. Любой гнойный очаг в организме – пневмония, инфицированный ожог, ангина, разнообразные абсцессы и т.п. – может стать причиной менингита, при условии, что возбудитель попадет в кровь и с током крови достигнет мозговых оболочек. Понятно, что всем известные возбудители гнойных процессов (стафилококки, стрептококки, синегнойные палочки и т.д.) и будут в этом случае возбудителем менингита. Одним из самых страшных являются менингит туберкулезный, почти забытый, он сейчас встречается все чаще и чаще.

В то же время существует микроорганизм, вызывающий менингиты наиболее часто (60-70% всех бактериальных менингитов). Неудивительно, что он так и называется – *менингококк*. Заражение происходит воздушно-капельным путем, менингококк оседает на слизистых оболочках носоглотки и может вызвать состояние очень сходное с обычной респираторной вирусной инфекцией – небольшой насморк, покраснение горла – менингококковый назофарингит. Я не зря употребил словосочетание «может вызвать» – дело в том, что попадание менингококка в организм довольно редко приводит к возникновению болезни – ведущая роль здесь принадлежит совершенно особым индивидуальным сдвигам в иммунитете. Легко объяснимы, в этой связи, два факта: первый – опасность развития менингита при контактах, например, в детских учреждениях составляет 1/1000 и второй –

частое обнаружение менингококка в носоглотке у совершенно здоровых лиц (от 2 до 5% детей являются здоровыми носителями).

Неспособность организма к тому, чтобы локализовать микроб в носоглотке, сопровождается проникновением менингококка через слизистую оболочку в кровь. С током крови он попадает в мозговые оболочки, глаза, уши, суставы, легкие, надпочечники и в каждом из этих органов может возникнуть очень опасный воспалительный процесс. Очевидно, что поражение мозговых оболочек сопровождается развитием менингококкового менингита.

Иногда, менингококк попадает в кровь быстро и в огромных количествах. Возникает менингококковый сепсис или **менингококкемия** – самая, пожалуй, страшная из всех детских инфекционных болезней. Микроб выделяет токсины, под их воздействием происходит множественная закупорка мелких сосудов, нарушается свертываемость крови, на теле появляются множественные кровоизлияния. Иногда уже через несколько часов после начала болезни происходит кровоизлияние в надпочечники, резко падает артериальное давление и человек погибает.

Существует удивительная по своему драматизму закономерность в возникновении менингококкемии, которая состоит в следующем. Дело в том, что при проникновении микроба в кровь он начинает реагировать с определенными антителами, пытающимися менингококк уничтожить. Доказано, что существует перекрестная активность ряда антител, – т.е. если в большом количестве имеются антитела, например, к стрептококку, пневмококку, стафилококку – то эти антитела способны оказывать тормозящее воздействие на менингококк. Вот и получается, что дети болезненные, имеющие хронические очаги инфекций, перенесшие воспаление легких и множество других болячек, менингококкемией не болеют почти никогда. Страшность менингококкемии как раз и состоит в том, что в течение 10-12 часов может погибнуть абсолютно здоровый и никогда ранее не болевший ребенок!

Вся приведенная выше информация не имеет своей целью запугивание читателей. Менингиты лечатся. Но результаты (продолжительность и тяжесть болезни, вероятность осложнений) теснейшим образом связаны со временем, которое будет потеряно до начала адекватной терапии.

Очевидно, что вышеупомянутые «сроки начала адекватной терапии» зависят от того, когда люди-человеки обратятся за медицинской помощью. Отсюда настоятельная необходимость конкретных знаний, чтобы потом «не было мучительно больно»...

Воспалению мозговых оболочек присущ целый ряд симптомов, но многие из них не являются специфичными, – т.е. их (симптомов) возникновение возможно и при других болезнях, значительно менее опасных. Чаще всего так оно и случается, но **малейшее подозрение на развитие менингита не позволяет рисковать, требует немедленной госпитализации и тщательного врачебного наблюдения.**

Рассмотрим теперь наиболее типичные ситуации, каждая из которых не позволяет исключить развития менингита.

1. Если на фоне любой инфекционной болезни – ОРЗ, ветрянки, кори, свинки, краснухи, «лихорадки» на губах и т.п. – возможно не в начале заболевания (даже чаще именно не в начале) появляется интенсивная головная боль, настолько сильная, что она волнует больше, чем все остальные симптомы, если головная боль сопровождается тошнотой и рвотой.

2. Во всех случаях, когда на фоне повышенной температуры тела имеются боли в спине и шее, усиливающиеся при движении головы.

3. Сонливость, спутанное сознание, тошнота, рвота.

4. Судороги любой интенсивности и любой продолжительности.

5. У детей первого года жизни – лихорадка + монотонный плач + выбухание родничка.

6. Любая (!!!) сыпь на фоне повышенной температуры.

Помимо вышеописанных симптомов совершенно определенным образом меняются

некоторые рефлексy, и это обнаружить может только врач.

Еще раз повторяю: важно помнить и понимать, что такие нередкие симптомы как рвота, тошнота и головная боль в обязательном порядке требуют врачебного осмотра – береженного Бог бережет.

Любая сыпь на фоне повышенной температуры может оказаться менингококкемией. Вы (или Ваши умные соседи) можете пребывать в уверенности, что это краснуха, корь или «диатез». Но врач должен сыпь увидеть и чем быстрее, тем лучше. Если же элементы сыпи имеют вид кровоизлияний, если новые высыпания появляются быстро, если это сопровождается рвотой и высокой температурой – следует использовать любой шанс для того, чтобы больной немедленно оказался в больнице, желательно сразу в инфекционной. Помните, – при менингококкемии счет идет не на часы, а на минуты.

Следует отметить, что врач даже самой высочайшей квалификации может диагностировать менингит с абсолютной уверенностью только в одном случае, – когда симптомы раздражения мозговых оболочек сочетаются с типичной сыпью, которая описана выше. Во всех остальных случаях диагноз можно лишь заподозрить с разной степенью вероятности.

Единственным способом подтверждения или исключения менингита является спинномозговая (поясничная) пункция. Дело в том, что в головном и спинном мозге циркулирует особая спинномозговая жидкость – ликвор. При любом воспалении мозга и (или) его оболочек в ликворе накапливаются воспалительные клетки, вид ликвора (в норме бесцветный и прозрачный) часто меняется – он становится мутным. Исследование ликвора позволяет не только установить диагноз менингита, но и ответить на вопрос о том, какой это менингит – бактериальный (гнойный) или вирусный, что имеет решающее значение в выборе варианта лечения.

К сожалению, на чисто обывательском уровне очень распространено мнение об огромных опасностях, которые таит в себе спинномозговая пункция. На самом деле эти страхи абсолютно не обоснованы – прокол спинномозгового канала проводится между поясничными позвонками на том уровне, где от спинного мозга уже не отходят никакие нервные стволы, поэтому никаких мифических параличей после этой манипуляции не бывает. С юридической точки зрения врач *обязан* провести спинномозговую пункцию при реальном подозрении на менингит. Следует отметить, что пункция имеет не только диагностическую, но и лечебную целесообразность. При любом менингите, как правило, имеет место повышение внутричерепного давления, следствием последнего и является сильнейшая головная боль. Взятие небольшого количества ликвора позволяет снизить давление и существенно облегчает состояние больного. Во время пункции в спинномозговой канал нередко вводят антибиотики. Так, например, при туберкулезном менингите единственный шанс спасти больного – частые (нередко ежедневные) пункции, во время которых в спинномозговой канал вводится особый вариант стрептомицина.

С учетом приведенной выше информации становится понятным, что лечение менингита зависит от вида возбудителя. Главное в терапии бактериальных менингитов – использование антибиотиков. Выбор конкретного лекарства зависит от чувствительности конкретной бактерии и от того, способен ли антибиотик проникать в спинномозговую жидкость. При своевременном использовании антибактериальных препаратов шансы на успех очень велики.

С вирусными менингитами ситуация принципиально иная – противовирусных препаратов практически нет, исключение – ацикловир, но используется он лишь при герпетической инфекции (напомню, что ветряная оспа – один из вариантов герпеса). К счастью вирусные менингиты имеют более благоприятное течение, в сравнении с бактериальными.

Но помощь больному не ограничивается лишь воздействием на возбудителя. Врач имеет возможность нормализовать внутричерепное давление, устранить токсикоз, улучшить работу нервных клеток и сосудов головного мозга, применить мощные

противовоспалительные средства.

Своевременно начатое лечение менингита в течение двух-трех дней приводит к значительному улучшению состояния, а в дальнейшем почти всегда к полному излечению без каких-либо последствий.

Еще раз подчеркиваю: *своевременно начатое лечение ...*

3.22. ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ

«Настанет время, когда наши потомки будут удивляться, что мы не знали таких очевидных вещей.»

Сенека Старший

Словосочетание «воспаление легких» придумано врачами специально для «не врачей». Болезнь, о которой пойдет речь в этой главе, медики именуют *пневмонией*. Автору не раз приходилось слышать примерно такие рассказы: «У нашего Пети 2 раза было воспаление легких и 1 раз пневмония». Т.е. в немедицинской среде нет однозначной уверенности в том, что воспаление легких и пневмония это одно и то же. Пишу об этом сознательно, и не в осуждение, прекрасно понимая, что основы медицинских знаний людям в школах не преподаются.

Воспаление легких – одна из наиболее распространенных человеческих болезней. Для некоторых, особенно в детском возрасте, это просто наказание какое-то, для других – редкость; третьи, таких, к сожалению, не много, сами воспалением легких не болели. Но переболевших родственников и знакомых имеют в достаточном количестве все!

Система дыхания вообще и легкие в частности – весьма уязвимы для инфекционных болезней. При всем разнообразии способов заражения, воздушно-капельный путь передачи встречается наиболее часто. Неудивительно, что передовым отрядом борьбы с множеством вирусов и бактерий являются верхние дыхательные пути. При определенных условиях – слабость иммунитета, высокая активность микроба, нарушения качественного состава вдыхаемого воздуха и т.п. – инфекционный процесс не локализуется лишь в верхних дыхательных путях (носоглотке, гортани, трахее), а распространяется вниз. Иногда процесс заканчивается воспалением слизистой оболочки бронхов – бронхитом, но, довольно часто, этим дело не ограничивается. Происходит воспаление непосредственно легочной ткани – это и есть пневмония.

Описанный путь возникновения пневмонии – наиболее частый, но не единственный. Еще в школе все мы получили ответ на вопрос о том, для чего легкие нужны человеку в принципе. Ответ конкретный и однозначный – чтоб дышать. Отличники даже могут сообщить, что в легких происходит газообмен – в кровь поступает кислород, а из крови удаляется углекислый газ. Все, в общем-то, правильно, но, оказывается, ***помимо дыхания, легкие выполняют множество других, весьма разнообразных функций.***

Легкие регулируют обмен жидкости и солей в организме (например, увлажняют вдыхаемый воздух).

Легкие защищают организм от проникновения огромного количества «нехороших» веществ, в достаточном количестве присутствующих во вдыхаемом воздухе.

Легкие регулируют температуру тела (обогрев воздуха, во-первых, «сброс» лишнего тепла учащением дыхания, во-вторых).

В легких синтезируются и разрушаются некоторые белки и жиры, а, вырабатывая эти вещества, легкие регулируют, например, систему свертывания крови.

При любом воспалительном процесс в организме, при любой операции, при любом переломе костей, при любом ожоге, при любом пищевом отравлении – в кровь выбрасывается или в крови образуется огромное количество вредных веществ – токсинов, тромбов, продуктов распада поврежденных тканей. Все эти частицы легкие улавливают, некоторые из них нейтрализуют (растворяют), другие удаляют посредством кашля.

Упрощенно говоря, легкие – это как бы своеобразная мочалка, через которую постоянно происходит фильтрация крови.

С фильтрами в технике и быту мы все встречаемся постоянно. Меняем фильтры в автомобилях, включаем их на кухне, пьем фильтрованную воду. Фильтры, эпизодически засоряются, их выбрасывают или промывают. С главным нашим биологическим фильтром – с легкими – посложнее. *Промыть трудно, заменить нельзя*.

Неудивительно, что повышение нагрузки на легочный фильтр (упомянутые нами болезни, травмы, операции) не всегда заканчивается благополучно. И чем тяжелее любая болезнь, чем опаснее травма, чем обширнее ожог, чем сложнее операция – тем больше вероятность того, что легочный фильтр не выдержит, определенный участок фильтра «засорится» и в нем начнется воспалительный процесс.

С учетом всего вышеописанного, становится легко объяснимой частота, с которой возникает воспаление легких после травм и операций. Поэтому, если Иван Иванович поломал ногу, а через три дня у него началось воспаление легких, если у девочки Наташи сильный понос, а на второй день пневмония – то это не в больнице простудили (вариант заразили). Это, к сожалению, совсем не редкий и вполне естественный вариант развития событий.

Практически любой микроорганизм может стать причиной развития пневмонии. Какой конкретно – зависит от целого ряда факторов. От возраста больного, от того места, где воспаление легких возникнет – дома или в больнице, если в больнице, то в каком отделении – в хирургии одни микробы, в терапии другие. Огромную роль играет состояния здоровья организма в целом и состояние иммунитета в частности.

В то же время, воспаление легких довольно редко бывает первичным, т.е. жил да был здоровый мальчик Вася, вдруг, раз, и заболел пневмонией. Воспаление легких, как правило, вторично и представляют собой осложнение другого заболевания.

Все эти «другие заболевания» можно с уверенностью разделить на две группы – острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и все остальное. При этом воспаление легких, как осложнение обычной ОРВИ (насморка, фарингита, ларингита, бронхита), встречается намного чаще, чем пневмония при всех других инфекциях, травмах и операциях. Это вовсе не удивительно и объясняется не какой-то особой «страшностью» респираторных вирусных инфекций, а их широчайшей распространенностью – «подцепить» ОРВИ среднему человеку 1-2 раза в год удастся наверняка, а все остальное встречается от случая к случаю.

Исключительно важно подчеркнуть следующее: вне зависимости от тяжести ОРВИ или другой инфекции, вне зависимости от объема и сложности операции (ожога, травмы и т.п.) и конкретный взрослый человек, и конкретные мамы-папы имеют реальные возможности для того, чтобы значительно уменьшить риск возникновения воспаления легких у себя, любимого, и у своих детей. Медики тоже многое могут. Короче говоря, на вопрос «что делать?» ответы есть. Главное это, во-первых, ответы выслушать (вариант – прочитать), во-вторых, понять и, в-третьих, реализовать на практике.

Дальнейшие разъяснения могут показаться читателю чересчур умными. Но очень все-таки хотелось бы добиться понимания! Отсюда настоятельная просьба прочитать, а при непонимании – перечитать! Актуальность знаний исключительно велика: автор видел по меньшей мере 5 тысяч воспалений легких у детей и в 90 % случаев своим заболеванием дети были целиком и полностью обязаны родителям, которые прекрасно знают, *как делать ребенка*, но понятия не имеют о том, *чего надо и чего не надо делать с ребенком!*

Для начала обратим внимание на очень важный физиологический механизм, присущий нормальному функционированию легких. *Слизистая оболочка бронхов постоянно выделяет слизь, которая называется мокротой*. Значение мокроты исключительно велико. В ней содержатся вещества, поддерживающие эластичность легочной ткани. Мокрота обволакивает пылевые частицы, попадающие в легкие. Высокая концентрация в мокроте противомикробных веществ (иммуноглобулинов, лизоцима) – один из главных способов борьбы с возбудителями инфекций, попадающих в дыхательные пути.

Как и любой другой жидкости, мокроте присущи определенные физико-химические характеристики – плотность, вязкость, текучесть и т.п. Совокупность всех этих параметров реализуется в таком понятии, как **реология мокроты**, – т.е. мокрота с нормальной реологией – выполняет описанные выше функции, а с не нормальной реологией, разумеется, не выполняет. Кабы просто не выполняла – так это пол беды! Другая половина беды следующая: *потеря мокротой своих нормальных свойств приводит к тому, что густая слизь нарушает вентиляцию легких (закупориваются, перекрываются бронхи), в плохо вентилируемых участках нарушается кровообращение, оседают микробы, и, как вполне логичное следствие, начинается воспалительный процесс – та самая пневмония.*

Таким образом, основная причина пневмонии – нарушение реологии мокроты, а важность самого понятия «мокрота» становится очевидной. На повестку дня выступает потребность в четком знании факторов, влияющих на свойства мокроты.

Образование мокроты напрямую связано с циркуляцией крови в легочной ткани (т.е. с реологией самой крови: реология крови = реология мокроты). Ведущий фактор, способствующий нарушению реологии крови – повышенная потеря организмом жидкости. Причины: перегрев, потливость, понос, рвота, недостаточное поступление воды, высокая температура тела.

Интенсивность образования и качество мокроты во многом определяются составом вдыхаемого воздуха. Чем воздух суше, чем больше в нем пылевых частиц или химических агентов (факторов бытовой химии, например) – тем хуже.

Образующаяся мокрота все время удаляется, а удаление это происходит двумя путями. Первый путь – общеизвестный – это кашель. Второй же состоит в следующем: внутренняя поверхность бронхов выстлана клетками, которые, в свою очередь, имеют особые выросты – реснички. Реснички все время шевелятся, проталкивая мокроту снизу вверх – к трахее и гортани, а уже там кашель свое дело сделает. Кстати, все факторы, непосредственно влияющие на реологию мокроты, в не меньшей степени влияют и на работу *реснитчатого эпителия* (так на умном медицинском языке именуют внутреннюю поверхность бронхов).

Полученные нами знания о том, что такое мокрота и для чего она нужна позволяют сделать **2 очень важных вывода** :

*Без нормальной мокроты невозможно нормальное выполнение легкими своих функций;
Вышеупомянутая нормальная мокрота должна вовремя удаляться из легких.*

Кашель, – а именно кашель удаляет мокроту, – бывает разным и это каждый испытывал на себе. Кашель может быть сухим, болезненным, но может быть и влажным, когда после эпизода кашля человек испытывает облегчение, поскольку отходит мокрота и становится заметно легче. Такой кашель – влажный, с отхождением мокроты, медики называют продуктивным.

В отношении кашля заметим, что частота пневмоний после оперативных вмешательств, особенно на органах брюшной полости и грудной клетке, во многом объясняется не только нагрузкой на легочный фильтр, но и тем, что человеку очень больно кашлять, мокрота скапливается в легких и пневмония не заставляет себя ждать.

Итак, *важнейшие пути профилактики пневмонии – поддержание адекватной реологии мокроты и кашель* .

Теперь рассмотрим «классическую» ситуацию – типичную ОРВИ. Симптомы – насморк, кашель, повышение температуры тела. Воспалительный процесс в верхних дыхательных путях сопровождается повышенной выработкой мокроты.

Главные наши задачи – не дать мокроте потерять свои нормальные свойства и иметь продуктивный кашель.

Как этого добиться?

Основное правило : чистый прохладный воздух в помещении, где находится больной. Оптимальная температура около 18(С. Любые источники пыли в комнате увеличивают вероятность высыхания слизи, поскольку при обилии ковров и мягкой мебели увлажнить

воздух довольно сложно, а без этих самых пылевых источников вполне достаточно 1-2 раза в день делать влажную уборку. При проведении влажной уборки ни в коем случае *не добавлять в воду хлорамин, хлорную известь и другие дезинфицирующие хлорсодержащие препараты*. Запах хлора вполне способен вызвать поражение дыхательных путей у абсолютно здорового человека (химический ожог).

Исключительно *опасны любые обогреватели*, поскольку высушивают воздух. Еще раз подчеркну: оптимально 18(С, но лучше 15(С, чем 20(С.

Помимо сухого и теплого воздуха, высыханию мокроты способствует высокая температура тела. С высокой температурой бороться можно, но чем активнее ее «сбивать», тем меньше вырабатывается в организме интерферона, нейтрализующего вирусы. Что же делать? Стараться как можно больше пить – помните о связи реологии крови и реологии мокроты. Много пьем, значит «разжижаем» кровь, значит, облегчаем удаление жидкой мокроты.

Если в комнате жарко и душно (живем в общежитии 5 человек в одной комнате) или на улице лето, а больной пить отказывается, (ребенок не хочет, взрослый не понимает) высокая температура тела становится исключительно опасной – однозначно следует использовать жаропонижающие средства.

Теперь о кашле. В принципе, продуктивный кашель вторичен, – т.е. если имеется достаточное количество жидкой (не засохшей) мокроты, то и кашель, разумеется, будет продуктивным. Но это в принципе. Люди очень любят разнообразные лекарства «от кашля» и очень часто активно «помогают» сами себе кашлять перестать. Это, в свою очередь, способствует накоплению мокроты и развитию воспаления легких.

Следует четко понимать, что, ***как кашель бывает разным, так и лекарства от кашля бывают разными***. Многие препараты якобы «от кашля» на самом деле кашель не прекращают, а делают его продуктивным – это очень важно и очень нужно. Составные компоненты таких лекарств воздействуют либо на эпителий бронхов, способствуя образованию мокроты и улучшая работу ресничек эпителия, либо непосредственно на саму мокроту – разжижая ее. Названия этих лекарств хорошо известны. Получают их в основном из растений (типичные представители – мукалтин, бронхikum), а вариантов таблеток, сиропов и микстур – тысячи. Имеется также небольшое количество (не более 10) весьма эффективных химических веществ (не растительного происхождения), обладающих влиянием на мокроту, например, бромгексин, амброксол, ацетилцистеин.

Упомянутые лекарства называют «отхаркивающими средствами» и их использование при ОРВИ заметно уменьшает вероятность воспаления легких, но (!) при обязательном выполнении двух предварительных условий – обильное питье и чистый прохладный воздух (один хороший обогреватель легко победит 1 кг бромгексина).

В то же время, помимо отхаркивающих средств, существует достаточно большая группа препаратов, способствующих исчезновению или ослаблению кашля. Действуют они по-разному, влияют, к примеру, непосредственно на кашлевой центр в головном мозге, уменьшая его активность. Их используют в ситуациях, когда кашель, по большому счету, организму не нужен, он, в силу особенностей самой болезни, не приносит облегчения, а лишь причиняет страдания больному. Какие это болезни? Например, коклюш или хронический бронхит. Какие это препараты? Например, бронхолитин, глауцин, стоптуссин, пакселадин. Используя эти лекарства при ОРВИ и, уменьшая, таким образом, кашлевую активность, очень легко добиться скопления мокроты в легких и самых разнообразных осложнений – прежде всего все той же пневмонии.

Потеря мокротой своих свойств не является единственной причиной пневмонии. Ведь не мокрота сама по себе вызывает воспалительный процесс в легочной ткани. Необходимо еще и присутствие конкретного микроба (стрептококка, пневмококка, стафилококка и т.д.). Эти микробы у большинства людей (неважно, взрослый это или ребенок) мирно обитают в носоглотке, а их размножение сдерживается факторами местного и общего иммунитета. Любая ОРВИ приводит к активизации бактерий, а если этот фактор сочетается с потерей

мокротой своих защитных свойств, то подобная ситуация является вполне достаточной для возникновения осложнений.

Информация о том, что ОРВИ сопровождается активизацией бактерий, приводит к очень неправильным действиям – к назначению антибактериальных препаратов, прежде всего антибиотиков или сульфаниламидов (называется это **профилактическая антибиотикотерапия**). На вирусы эти препараты вообще не действуют, но ведь бактерии-то активизируются! Вот и чешутся руки эти самые бактерии задавить. Но задавить **всех** не получается!

Среди десятка бактерий всегда найдутся такие, на которые проглоченный антибиотик не действует. Они и вызовут воспаление легких, и это будет не просто пневмония, а пневмония вызванная микробом, устойчивым к антибиотикам.

Но главное даже не в этом. ***Бактерии, населяющие носоглотку, образуют некое сообщество, члены которого мирно сосуществуют друг с другом и сдерживают размножение друг друга. Принимая при вирусных инфекциях антибиотики, мы способствуем тому, что одни члены микробного сообщества погибают, а другие, лишившись своих естественных соперников, начинают размножаться. Вот и получается, что профилактическая антибиотикотерапия при ОРВИ в 9 раз увеличивает вероятность возникновения пневмонии!***

Вы уже поняли, как «организовать» собственному ребенку воспаление легких?

Положите его в теплой сухой комнате, поближе к ковру, помойте пол с хлоркой и включите обогреватель. Если скажет, что пить не хочет, – не приставайте. Дайте бронхолитин, чтоб поменьше кашлял и очень хорошо ампициллин! Этот антибиотик на стафилококк не действует, так что есть шанс не просто на пневмонию, а на стафилококковую пневмонию! Да, чуть не забыл! Если увидите сопли – побыстрее закапайте нафтизин – чтоб вирус в носу долго не задерживался, а сразу в легкие попадал.

Полученная информация позволяет нам, во-первых, определиться в главных направлениях профилактики, а, во-вторых, понять, что некоторые действия способствуют развитию пневмонии в большей степени, чем абсолютное бездействие.

В то же время, самые правильные и самые решительные профилактические мероприятия иногда не помогают и воспаление легких все-таки возникает – снижение иммунитета, неудовлетворительные социально-бытовые факторы, особая активность возбудителя инфекции.

Отсюда следует знать некоторые ***признаки, позволяющие заподозрить развитие воспаления легких:***

Кашель стал главным симптомом болезни.

Ухудшение после улучшения или любая «простудная болезнь» длящаяся более 7 дней.

Невозможно глубоко вдохнуть – такая попытка приводит к приступу кашля.

Выраженная бледность кожи на фоне других симптомов ОРВИ (температура, насморк, кашель).

Одышка при невысокой температуре тела.

При высокой температуре совсем не помогает парацетамол (панadol, эфералган, тайленол).

Подчеркну, что знание 6-ти приведенных признаков необходимо не для того, чтобы Вы ставили себе диагноз, а для того, чтобы не тянули с обращением за медицинской помощью.

У врача имеются достаточно совершенные методы выявления пневмонии. Помимо прослушивания и выстукивания, в сомнительных случаях используют клинический анализ крови и рентгенологическое обследование – это почти всегда позволяет расставить все точки над «i».

Выбор места лечения – дом или больница – определяется целым рядом факторов – начиная от возраста пациента и заканчивая квалификацией врача и его желанием бегать к

Вам домой каждый день (притом, что зарплата от этого не изменится). Весьма существенный и наиболее принципиальный момент – реальная тяжесть самой пневмонии. Осложненные формы заболевания, протекающие с дыхательной или сердечной недостаточностью, с обструктивным синдромом (обструкция – это как раз и есть закупорка бронхов густой мокротой), с плевритом – лечатся исключительно в больнице. Неосложненную пневмонию вполне можно лечить дома.

Как лечат пневмонию?

Все, что было важно на этапе профилактики, становится еще более важным при развитии пневмонии.

Без использования фармакологических средств не обойтись, а главным, и это однозначно, становится выбор антибиотика, его дозы и способа попадания в организм. Касательно способа, следует отметить, что введение антибиотика посредством "втыкания" игл в ягодичцы вовсе не является абсолютно обязательным – не менее 80% всех пневмоний благополучно излечиваются при помощи таблеток и сиропов.

Помимо антибиотиков используют препараты, расширяющие бронхи, например, эуфиллин, витамины, ну и, разумеется, комплекс отхаркивающих средств. Как только состояние начинает улучшаться, по крайней мере, сразу же после нормализации температуры тела, активно используют разнообразные физиопроцедуры и массаж. Эти мероприятия заметно ускоряют процесс выздоровления. Иногда необходимо повторное рентгенологическое обследование – дабы убедиться, что все окончательно «рассосалось».

Ни одного конкретного антибиотика я принципиально называть не буду, дабы не возникало у широких народных масс нездорового желания лечить пневмонию самостоятельно. Да и вообще, честно говоря, рассказывать о лечении пневмонии дело не только неблагодарное, но и рискованное.

Главное для нас, как раз не в лечении – пусть об этом доктора думают. Уже сам тот факт, что Вы или Ваш ребенок перенесли воспаление легких, является основанием для серьезных размышлений.

О чем?

О нехватке свежего воздуха, о воскресенье перед телевизором, о пачке сигарет в день, о приданном в виде двух ковров с коими нет никаких сил расстаться, о лечении всем, что попадает под руку, о лени человеческой в конце концов... Обидно только, что размышления эти приходят в головы наших соотечественников либо после серьезной болезни, либо не приходят вообще. Вдвойне обидна перевернутая система ценностей, когда дети систематически расплачиваются за отсутствие у родителей знаний о том «что такое хорошо и что такое плохо?». Крошке сыну просто некуда идти...

3.23. ХЛАМИДИОЗ И ХЛАМИДИИ

«Лучше вытерпеть некоторые страдания, чтобы насладиться большими удовольствиями; полезно воздерживаться от некоторых удовольствий, чтобы не терпеть более тяжких страданий.»

Эпикур

В последнее время слова хламидии и хламидиоз встречаются все чаще и чаще, а словосочетания «лечу хламидиоз» и «диагностика хламидиоза» являются неизменными атрибутами странички объявлений в любой газете.

Тем не менее, распространенность и широкое использование указанных терминов вовсе не говорит о том, что хоть кто-нибудь из заболевших толком понимает, чем он болен, кто такие хламидии, где они были раньше и откуда эта напасть взялась теперь.

Для начала расскажем о том, что из себя хламидии представляют. Итак, это такие микроорганизмы, которые по очень многим своим свойствам похожи на бактерии (например, имеют клеточную оболочку), но по размерам весьма близки к вирусам. Еще одна очень важная особенность хламидий – в организме человека или животного они находятся внутри

клеток – в точности как вирусы. Короче говоря, хламидии – уникальные микробы, это не вирусы, не бактерии – хламидии они хламидии и есть. Их важнейшая особенность – уникальный способ жизни, уникальный цикл развития, не имеющий в природе аналогов – вначале в клетке образуются крупные незрелые образования, не обладающие никакими инфекционными свойствами. Но, по мере своего развития, они уменьшаются приблизительно в 3-4 раза, приобретают инфекционные свойства, разрушают поврежденные клетки и, выходя из них, поражают клетки здоровые – так и возникает конкретная болезнь.

Хламидии – это не один какой-то микроб, род хламидий насчитывает более 30 возбудителей, вызывающих множество самых разнообразных болезней. А болеют этими болезнями люди с незапамятных времен, просто успехи микробиологии позволили, наконец, установить их (болезней) истинную причину. Иллюстрируя древность хламидиозной инфекции, следует заметить, что типичные описания хворей, явно вызванных хламидиями, имеются в древнеегипетских папирусах ((века до нашей эры и доподлинно известно – Гораций и Цицерон страдали хламидиозом.

Какие же болезни вызывают хламидии? Разные. Например, **орнитоз** – болезнь, некоторым образом напоминающая воспаление легких, но причина его – не всем известные стрептококки и стафилококки, а именно особый вид хламидий, обнаруженный у 132 видов птиц – диких и очень диких, домашних и внутриклеточных (которые сидят в клетках), очень часто попугаи, голуби, утки, куры. С инфицированными экскрементами, пухом, пером хламидии попадают в человеческий организм – через рот (если не помыли руки после уборки курятника), или воздушно-пылевым путем. Так болезнь и возникает.

Еще один распространенный носитель хламидий – кошки (котят). Заражение происходит при прямом контакте человека со зверем – посредством укусов и царапин. Вначале, например, просто царапина на руке и все. Затем (через пару недель) увеличиваются подмышечные лимфоузлы, резко повышается температура – это и есть особая хламидиозная болезнь, которая так и называется – « **болезнь кошачьих царапин** ».

И орнитоз и болезнь кошачьих царапин – это *зоонозные* хламидиозы (термин «зоо-», в принципе, понятен – звери во всем виноваты). Но есть хламидиозы антропонозные, т.е. чисто человеческие. Самой известной, самой опасной и самой распространенной болезнью является **трахома** – хроническая болезнь глаз, при которой поражаются конъюнктивы и роговица. Многие читатели, возможно и не слышали такого слова, но трахома очень широко распространена во многих странах Южной Америки, Африки, Азии. Количество больных – не менее 400 миллионов, а в некоторые годы количество ослепших из-за трахомы достигает 20 миллионов человек! Кстати, в СССР трахомы в некоторых районах было много, но как массовая болезнь она была ликвидирована к концу 60-х годов и сейчас встречаются лишь единичные случаи.

Три перечисленные болезни – хоть и встречаются в нашей стране, но массового интереса широкой читательской аудитории не вызывают, потому, что редкие. Хотя, если признаться честно, орнитоз встречается значительно чаще, чем диагностируется. И вот почему. К счастью, хламидии, в отличие от вирусов, чувствительны к действию антибиотиков, но далеко не всех. Так, например, наиболее распространенные антибиотики группы пенициллина (ампициллин, оксациллин) или цефалоспорины (цефазолин, цефалексин) не действуют на хламидии вообще, а тетрациклин и эритромицин действуют и очень неплохо. Заболела птичница тетя Маша воспалением легких, назначили пенициллин – никакого эффекта, назначили тетрациклин – поправилась. Мы то теперь понимаем, что, скорее всего это был орнитоз, но какая тете Маше разница – тетя Маша не ученый, ей не диагноз важен, а конечный результат.

Тем не менее, интерес к хламидиозу стремительно возрастает, и причина тому – особый вариант болезни, получивший название **урогенитальный хламидиоз** .

Урогенитальный хламидиоз – болезнь, передающаяся половым путем, бывает она острой и хронической, а симптомы ее самые разнообразные. Понятно, что если речь идет о поражении (воспалении) органов мочеполовой сферы то симптоматика будет

соответствующей – и боли при мочеиспускании, и выделения, и зуд, и различные воспаления, обнаруживаемые при ультразвуковом исследовании (простатиты у мужчин, аднекситы у женщин и т.д.). Но!!! Симптомов, позволяющих с уверенностью сказать – это хламидиоз не существует. Преогромнейшее количество других микробов – от всем известного гонококка до загадочной уреоплазмы – могут вызывать болезни и симптомы неотличимые от хламидиоза.

Урогенитального хламидиоза стало много, если не сказать очень много. Но его не стало больше, чем было. Его просто научились диагностировать. Хламидию вообще трудно обнаружить и вырастить – она не растет на обычных микробиологических средах, ей для роста подавай исключительно живые клетки. Поэтому доказывать есть хламидия или нет – очень долго и очень дорого. Сейчас появились так называемые *диагностикумы*, способные не выращивать хламидию, а отвечать на два вопроса – есть в организме хламидия или нет, и есть или нет антитела к хламидиям.

Вернемся к вопросу «стало много». В США, например, ежегодно диагноз урогенитального хламидиоза устанавливается 3 млн. раз, а в Англии – 70 000 раз. Сколько таких больных у нас – не знает никто. Диагностикумы весьма дороги, отечественная промышленность их не выпускает, следовательно, диагноз хламидиоза можно установить лишь тому, кто имеет возможность и желание заплатить за диагностикум.

Некоторые **принципиальные моменты**, которые, тем не менее, важно знать.

– Естественного (врожденного) иммунитета к хламидиям не существует. Любой, к кому в организм хламидия попала, имеет довольно высокий риск заболеть. Перенесенное заболевание не обеспечивает иммунитета – короче говоря, болеть можно сколько угодно раз.

– Все, что Вы раньше слышали про способы заразиться венерическими болезнями, имеет самое прямое отношение к хламидиозу. Наиболее похожи – и симптомы, и пути заражения, и последствия при отсутствии правильного лечения – хламидиоз и гонорея.

– Многие ведущие специалисты по венерическим болезням считают – если есть симптомы острого уретрита (частое, болезненное мочеиспускание) и не обнаружен гонококк (возбудитель гонореи) – вероятность хламидиоза 70% и выше.

– Гонококк и хламидия – сплошь и рядом живут вместе, вызывая уретриты и другие болезни мочеполовой сферы, даже заражение очень часто происходит одновременно.

Что делать, чтобы не заболеть урогенитальным хламидиозом: самый надежный способ – исключить половую жизнь, но многими он рассматривается как неприемлемый. Но ограничение количества половых партнеров + презерватив – достаточно надежные пути профилактики.

– Что делать если заболели: обращаться к специалистам, количество препаратов которыми хламидиоз успешно лечится, довольно велико.

– Лечиться одному – бесполезная трата средств. Если у Вас имеется постоянный половой партнер – дружно лечитесь вместе.

– Довольно часто диагностикумы указывают на наличие хламидий, но никаких клинических симптомов при этом нет. Ни в одном из медицинских руководств нет четкого ответа на вопрос: что в этом случае делать? Исследования в области хламидиозной инфекции активнейшим образом продолжаются, а изучение хламидиоза включено в программу приоритетных задач Всемирной Организации Здравоохранения. Скорее всего, если Вы не монах (монашка), лечиться все-таки надо – отсутствие признаков болезни у конкретного человека не дает основание для того, чтобы подвергать риску заражения других.

– Не леченный урогенитальный хламидиоз способен вызывать довольно серьезные осложнения и у мужчин и у женщин, импотенция при этом развивается редко, но бесплодие часто.

– Главное. Хламидиоз не трагедия, а неприятность. От хламидиоза не умирают. Хламидиоз лечится. Но и к своему здоровью, и к рекомендациям врача следует относиться уважительно – и выбор антибиотика, и назначение препаратов, стимулирующих иммунитет, и сроки лечения, и профилактика повторных заражений – все это не так просто, как может

показаться на первый взгляд, но и не настолько сложно, чтобы рвать на себе волосы и печально прощаться как с жизнью вообще, так и с половой жизнью в частности.

3.24. ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА

*«Если твой сосед по парте
Стал источником заразы
Обними его – и в школу
Две недели не пойдешь.»*
Г. Остер

Больница, какой бы замечательной она ни была, в принципе не способствует появлению положительных эмоций у рядового гражданина нашей страны. Что же касается *больницы инфекционной*, то само вышеупомянутое словосочетание нередко вызывает подколенную дрожь. А боятся все – даже те, чья нервная система каким-то чудом уцелела...

В этом нет совершенно ничего удивительного, поскольку прилагательное "инфекционный" эквивалентно, на бытовом уровне, существительному "зараза". Страшные ассоциации проносятся в головах человеческих, при необходимости уложить собственного ребенка в инфекционную больницу или уложиться туда самому: холерные и тифозные бараки; чума, уничтожившая когда-то половину населения Европы; оспа, опустошающая города; врачи-самоубийцы в противогазах и т.д.

Автор, честно говоря, прекрасно понимает страхи населения. Помнится, еще в студенческие годы, довелось впервые попасть на занятия в кожно-венерологическую больницу. Основных ощущений два: во-первых, упорное стремление чесаться и, во-вторых, внутренняя убежденность в том, что любые попытки продолжения рода допустимы только методом почкования. Но, по мере накопления информации, и зуд и стремление к почкованию проходят.

С инфекционной больницей ситуация аналогичная, поскольку подавляющее большинство страхов совершенно не обоснованы и рождены всеобщим непониманием элементарных вещей. Давайте же попытаемся бороться со страхами, посредством настойчивого овладения знаниями.

Прежде всего обратим внимание на главный, и по большому счету, основной страх – опасения чего-нибудь подхватить, ведь именно боязнь заразиться, принципиально отличает инфекционную больницу от всех остальных.

Заметим, что количество летучих инфекций, т.е. таких, которые перемещаются по воздуху быстро и на большие расстояния, очень невелико. Это, во-первых, три знаменитые детские болезни – корь, краснуха и ветряная оспа, а, во-вторых, жутко страшные чума и оспа натуральная. Довожу до сведения особо пугливых соотечественников, что натуральной оспы на земном шаре уже несколько десятилетий не наблюдается, а чума это такая штука, что коли она появится в виде эпидемии, то не будет особой разницы между инфекционной больницей и Вашей квартирой в девятиэтажке.

Теперь про корь, ветрянку и краснуху. В инфекционной больнице эти болезни лечатся довольно редко, поскольку протекают, как правило, легко, не требуют особо сложных способов терапии и вполне благополучно заканчиваются в домашних условиях. Если же больной все-таки попадает в стационар, то его помещают в специальные палаты (в инфекционных больницах палаты называются боксами). Особенность этих палат состоит в том, что каждая из них имеет отдельный выход на улицу и герметично изолирована от больничных коридоров. Таким образом, взрослый или ребенок, очутившийся в коридоре инфекционной больницы, не имеет возможности контактировать с больным, у которого имеет место одна из вышеперечисленных летучих инфекций.

Кстати, отделения инфекционной больницы имеют четкую специализацию, зависящую от способов возможного заражения, а способов таких, по большому счету всего, два – капельный (т.е. через воздух, а поражаются чаще всего горло, бронхи, легкие) и, кишечный

или, так называемый, фекально-оральный (т.е. через рот, поражаются, как правило, желудок и кишечник).

Для заражения капельной инфекцией, а это дифтерия, коклюш, скарлатина, ангины, некоторые менингиты и кое-что еще, необходимо, прежде всего, довольно тесное общение с заболевшим (расстояние 1, максимум 2 метра) и активный обмен мнениями, сопровождающийся обцеловыванием, обкашливанием и обрызгиванием собеседника слюной. Для заражения кишечной инфекцией – страшной холерой, чуть менее страшными, но тоже весьма противными дизентерией, сальмонеллезом, вирусным гепатитом (желтухой) необходимо, чтобы возбудитель болезни попал к Вам в рот. Добиться этого не сложно – можно, опять-таки, нежно поцеловать заболевшего, можно поесть с ним из одной посуды, можно забыть о существовании мыла и необходимости мыть руки.

Еще раз обращаю внимание: мы сейчас говорим не о том, как избежать в принципе инфекционной болезни, а о вполне нормальном человеческом страхе, касательно возможности заражения при госпитализации в инфекционную больницу или при посещении ее. Клятвенно заверяю читателей, что никогда и ни при каких обстоятельствах невозможна ситуация, при которой в одну палату медицинские работники сознательно поместят больных с разными инфекционными болезнями.

Заразиться в инфекционной больнице можно двумя способами:

– Когда не соблюдается элементарная дисциплина и посетителей однозначно не устраивает общение через окошко.

– Когда отсутствуют элементарные санитарно-гигиенические навыки, проявляющиеся в непонимании необходимости мыть руки и есть из отдельной посуды.

По большому счету, само понятие инфекционной больницы весьма условно. Оглянемся по сторонам – оказывается, основная масса больниц сплошь и рядом занимаются лечением именно инфекционных болезней! Абсолютно все воспаления легких, насморки и бронхиты. Тонзиллиты и гаймориты, которые лечат отоларингологи. Энцефалиты от которых спасают невропатологи. Гнойная хирургия. Воспалительные заболевания с которыми борются гинекологи. А в основе возникновения язв и гастритов тоже лежат бактерии. Про туберкулезные и венерологические диспансеры мы вообще и не говорим.

Различие лишь в том, что многочисленные микроорганизмы (вирусы, бактерии, грибы и т.п.) при одних болезнях относительно легко передаются от человека к человеку, а при других заразность значительно меньше.

Первые лечат в инфекционных больницах, вторые – во всех остальных. Но не бояться надо, а знать и понимать, что пути профилактики инфекционных болезней, весьма желательные в быту, становятся абсолютно обязательными при необходимости лечения в инфекционной больнице или при ее посещении.

Кстати, следует заметить, что любой страх, с точки зрения здравого смысла, должен быть реализован в конкретные действия. Уж если так страшна инфекционная больница, то давайте постараемся в нее не попадать – прививки делать, не есть что попало и где попало купленное, вовремя обращаться за медицинской помощью, помнить про безопасный секс, мыть руки, правильно хранить продукты и т.д. и т.п.

Короче говоря, **давайте бояться правильно** – не больницы и врачей, а собственной лени и незнания!

И еще, очень важное.

Некоторые инфекционные болезни встречаются в настоящее время относительно редко и у врачей, не работающих в инфекционной больнице постоянно, совершенно отсутствует опыт их диагностики – взять, к примеру, ту же дифтерию. Нельзя забывать и о том, что основные инфекционные болезни очень динамичны – это вам не сахарный диабет или холецистит, где одна и та же симптоматика может иметь место годами. При инфекциях, особенно у детей, проявления болезни могут меняться по несколько раз в течение суток, требуя соответствующей коррекции лечебных мероприятий. И неудивительно, что

участковый педиатр или терапевт просто не в состоянии проводить должную терапию в домашних условиях – не потому, что не умеет, а потому, что не может физически. Поэтому не пренебрегайте направлением в стационар для консультации или госпитализации, будьте благоразумны.

И еще раз прошу – бойтесь правильно!

3.25. СЫПЬ

«В каждом человеке намешано всего понемножку, а жизнь выдавливает из этой смеси что-нибудь одно на поверхность.»

А. и Б. Стругацкие

Внезапно появляющиеся разнообразные изменения на коже врачи называют сыпью. *Существуют несколько десятков болезней, при которых сыпь бывает всегда, и несколько сотен, при которых она может быть*. Подавляющее большинство этих заболеваний вовсе не страшны, но встречаются и очень (!) опасные, так что с сыпью надо быть осторожным.

Для начала отметим, что ***существует три группы болезней, при которых на коже могут появляться высыпания:***

- Инфекционные болезни.
- Аллергические заболевания.
- Болезни крови и сосудов.

Рассмотрим их поподробнее.

Инфекционные болезни наиболее частая причина сыпи, а убедиться в том, что причина сыпи именно инфекция, как правило, несложно. Ведь, помимо сыпи, обязательно должны быть и другие признаки инфекционной болезни – контакт с инфекционным больным, острое начало, повышение температуры тела, потеря аппетита, озноб, что-то болит (горло, голова, живот), или что-то напухло, или насморк, или кашель, или понос, или...

Появляется сыпь при болезнях, которые вызывают вирусы – корь, краснуха, ветряная оспа – это наиболее частые, но есть множество других со страшными названиями – герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз, инфекционная эритема, внезапная экзантема и т.д. Особенностью всех этих болезней является практически полное отсутствие возможностей принципиально помочь больному, поскольку эффективных способов борьбы с вирусами пока еще не придумали. Но ничего в этом нет особенно печального – человеческий организм в течение одной-двух недель с вирусом справляется и сам

Причиной инфекционных сыпей могут быть бактерии. С ними, с одной стороны, попроще – есть антибактериальные препараты (антибиотики, сульфаниламиды) способные заболевшему помочь. Но, с другой стороны, заболевания сами по себе могут быть весьма серьезными, когда сыпь это так, мелочь, по сравнению со всем остальным.

Самая частая бактериальная инфекция с сыпью – скарлатина, но у всех на слуху множество других болезней, при которых бывает сыпь – брюшной и сыпной тиф, сифилис, менингит, стафилококковая инфекция (список, к сожалению, далеко не полный).

Сыпь, как проявление аллергии – совсем не редкость (мягко говоря). Мысли по поводу аллергической природы болезни вообще и сыпи в частности возникают, как правило, тогда, когда, во-первых, нет признаков инфекции – т.е. не нарушено особо общее состояние, нормальная температура, не пропал аппетит и, во-вторых, есть на что грешить – т.е. имел место контакт с чем-то (кем-то), кто мог являться источником аллергии. Это что-то могло быть съедено (цитрусовые, шоколад, таблетки), это что-то могло быть уколото (лекарство), этим можно было подышать (покрасили, побрызгали, помазали), об это можно было потереться (кошки, собаки, коврики, одежда "хорошо" покрашенная или в чем-то "хорошем" постиранная).

Из перечисленного легко сделать вывод о наличии четырех основных вариантов

аллергии – пищевой, лекарственной, дыхательной (респираторной) и контактной. Возможная причина не всегда бывает очевидной, а ее поиск часто превращает врача, больного и его родственников в истинных последователей Шерлока Холмса.

Сыпь, при болезнях крови и сосудов, возникает по двум основным причинам.

1. Уменьшение количества или нарушение функционирования особых кровяных клеток – тромбоцитов, которые активно участвуют в процессе свертывания крови (часто бывают врожденными).

2. Нарушение проницаемости сосудов. Сыпь при этих болезнях имеет вид крупных или мелких кровоизлияний, ее появление провоцируется травмами или другими болезнями – например, повышением температуры при обычной простуде.

Из перечисленного легко сделать вывод: однозначно выделить причину сыпи не всегда возможно. Например, заболел человек воспалением легких. Укололи пенициллин – появилась сыпь. Т.е. причина болезни – инфекция, а причина сыпи – аллергия.

Ну, а теперь итоги, выводы и еще кое-какая полезная информация.

– Самая страшная сыпь возникает при, так называемой, менингококковой инфекции. Менингококк – микроб, который чаще всего вызывает менингит, но, кроме менингита, он способен вызвать заражение крови, это состояние врачи называют менингококкемией. При менингококкемии от момента появления сыпи до гибели человека может пройти менее суток, но при своевременном лечении шансы на спасение – 80-90%. Именно в этой связи, очень, очень Вас прошу: **любую сыпь обязательно показывайте врачу и чем быстрее, тем лучше**. Если появление сыпи сопровождается рвотой и высокой температурой, а элементы сыпи имеют вид кровоизлияний – используйте все (!) возможности для того, чтобы как можно быстрее доставить заболевшего в инфекционную (или хотя бы в ближайшую) больницу.

– Из трех основных детских вирусных инфекций с сыпью (корь, краснуха, ветрянка), наиболее опасна – корь, но у привитых детей она либо не возникает, либо протекает легко. Не игнорируйте профилактические прививки!

– Любого больного с сыпью необходимо прятать подальше от беременных женщин, пока врач не скажет, что это не краснуха (вирус краснухи очень опасен для плода).

– Если сыпь очень-очень чешется (особенно ночью), то у Вас вполне может быть **чесотка**. Это не вирус и не бактерия, это такой клещ, который ползает в коже, эпизодически выбираясь на поверхность и оставляя элементы парной сыпи (вход и выход). Чесотка совсем не стыдная болезнь, для конкретного человека, но стыдная для общества в целом. Подцепить ее можно и в переполненном трамвае, и на железной дороге, и... Да мало ли где и что сейчас можно подцепить? Вот только запускать ее нельзя. Поэтому, если от зуда не можете заснуть – сбегайте по утрам на прием к дерматологу, авось полегчает.

– Помните, что **причина сыпи, как правило, внутри, а не снаружи**. Никакими синьками, зеленками, йодами и марганцовками больному помочь нельзя. Но уж если очень хочется намазаться самому или разрисовать ребеночка – пожалуйста, только покажите сначала сыпь врачу, а уж потом малярничайте.

3.26. ДИСБАКТЕРИОЗ

«То, что полезно по своей природе и сущности, нельзя отвергать из-за какого-то зла, наличествующего в нем побочно.»

Ибн-Рушд

Рассмотрим, для начала, несколько специальных терминов, без которых в поднятой теме не разобраться. Отметим, что во всех местах человеческого организма, где микробы живут (нос, легкие, горло, кишечник, влагалище), присутствует не одна какая-нибудь бактерия, а определенная, часто очень индивидуальная комбинация микроорганизмов. Так в кишечнике всегда есть и кишечные палочки, и кисломолочные бактерии, и

бифидумбактерии, и еще пара десятков других менее известных (но не менее нужных) микроорганизмов.

Конкретная комбинация бактерий называется «микрофлора». Понятно, что бывает микрофлора носоглотки, микрофлора кишечника, микрофлора влагалища и т.п.

Дисбактериоз – это нарушение состава и свойств микрофлоры.

Из приведенного определения вполне понятно, что возникнуть дисбактериоз может где угодно – опять-таки и в носоглотке, и в кишечнике, и во влагалище. Но, дисбактериоз кишечника реально встречается и, соответственно, диагностируется намного чаще, чем все другие варианты дисбактериоза вместе взятые. Неудивительно, что, часто употребляя слово «дисбактериоз», и врачи, и больные почти всегда подразумевают именно дисбактериоз кишечника.

Распространенность дисбактериоза кишечника действительно очень велика, симптомы этой болезни разнообразны, а актуальность проблемы во многом связана с тем, что функции микрофлоры кишечника даже перечислить непросто. Но некоторые из этих функций все-таки назовем, хотя бы для того, чтобы лишний раз подчеркнуть важность мирного сосуществования человека и бактерий его населяющих.

Итак, микрофлора кишечника:

- участвует в синтезе витаминов – фолиевой и никотиновой кислот, витамина К, витаминов группы В;
- помогает синтезировать аминокислоты и способствует обмену различных других кислот – желчных, жирных, мочевой кислоты;
- обеспечивает нормальный газообмен в кишечнике;
- способствует нормальному делению (обновлению) клеток слизистой оболочки кишечника;
- стимулирует работу лимфоидных клеток кишечника;
- повышает активность кишечных ферментов...

Этот список можно еще долго продолжать, но лучше проиллюстрируем кое-что из перечисленного. Так, например, за умной медицинской фразой «стимулирует работу лимфоидных клеток кишечника» скрываются вполне конкретные проблемы – при дисбактериозе работа лимфоидных клеток нарушается, а именно лимфоидные клетки синтезируют очень важные для защиты от инфекций вещества – в частности иммуноглобулины и лизоцим. А ненормальное обновление клеток слизистой оболочки кишечника приводит к тому, что многие вещества, «обязанные» оставаться в кишечнике, начинают попадать (всасываться) в кровь – различные яды, аллергены. Неудивительно, что многие аллергические заболевания (бронхиальная астма, аллергические дерматиты) часто и очень тесно взаимосвязаны именно с дисбактериозом.

Разнообразие свойств кишечной микрофлоры приводит к разнообразию как симптомов самого дисбактериоза, так и болезней с дисбактериозом связанных. И, уже упомянутые нами, аллергические болезни, и нарушения работы печени, и «песочек» в почках, и боли в суставах, и частые простуды – все это вполне может оказаться дисбактериозом кишечника. Ну а про конкретные «пищеварительные проблемы» и говорить не приходится – нарушения аппетита, метеоризм (повышенное газообразование в кишечнике), запоры-поносы, потеря-прибавка веса, тошнота-рвота, отрыжка-изжога и т.д. и т.п.

Перечисление страшных симптомов и страшных болезней порождает вполне естественные вопросы о причинах возникновения дисбактериоза, о том, как его избежать, о том, как поставить диагноз, о том, как его лечить.

К огромному сожалению, **наиболее частой причиной дисбактериоза является лечение антибактериальными препаратами** (антибиотики, сульфаниламиды и т.д.). Ведь совершенно очевиден тот факт, что практически невозможно «плохие» микробы убить, а «хорошие» при этом оставить в неприкосновенности. Но антибиотики вовсе не единственные лекарственные средства, приводящие к дисбактериозу. По большому счету,

любые препараты и любые способы терапии, подавляющие иммунитет способствуют развитию дисбактериоза (кортикостероидные гормоны, лучевая терапия, использование средств подавляющих рост опухолей и т.п.).

Еще одна причина дисбактериоза – **нарушения питания**. Это и однообразная пища, и различные злоупотребления (жирным, сладким), и тяга населения к экспериментам над собой (голодание, уринотерапия, кефирная диета, яблочные дни, банановые недели).

В отношении того, что дисбактериоз способствует возникновению болезней желудочно-кишечного тракта, существует и обратная связь – гастриты, дуодениты, язвы, панкреатиты, колиты и прочие «-иты» в свою очередь обуславливают возникновение дисбактериоза. Вполне естественно, что любое оперативное вмешательство на органах системы пищеварения тоже приведет к возникновению дисбактериоза.

Наиболее частой причиной возникновения дисбактериоза у детей первого года жизни является необоснованно раннее введение прикорма. Широкие народные массы убеждены в том, что фруктовые соки для месячного малыша очень полезны, овощные супы в четырехмесячном возрасте весьма необходимы, а без мяса полугодовалый ребенок нормально развиваться не будет.

Инфекционные болезни – особенно и, пожалуй, прежде всего, **кишечные инфекции** – тоже вызывают дисбактериоз – эта его причина вряд ли требует объяснений. **Глисты** – еще один «поставщик» дисбактериоза.

От общих рассуждений перейдем к конкретной информации и конкретным рекомендациям.

– Понятие «нормальная микрофлора» – понятие теоретическое. Многочисленными исследованиями было установлено, что в кишечнике человека одних микробов столько, а других столько. И это принято за норму. На самом же деле, нормы для всех разные. Состав микрофлоры меняется в зависимости от возраста человека, времени года, особенностей питания – существуют даже такие понятия, как «возрастной дисбактериоз», «сезонный дисбактериоз».

– Как следствие п.1, – **дисбактериоз не всегда болезнь**. Исследование кала на дисбактериоз выявило определенные нарушения, но никаких конкретных жалоб и конкретных симптомов нет. Нет, ну и хорошо. **Главное – не начинать спасаться потому, что плохие анализы – вполне возможно, что для Вас они вполне хорошие**.

– Учитывая причинные факторы дисбактериоза, следует по возможности избегать необоснованного использования антибиотиков, хотя бы уж самолечением не заниматься. Следует знать, что некоторые антибактериальные средства дисбактериоз не вызывают почти никогда, а другие, напротив, очень часто. Так, например, пенициллин, оксациллин, эритромицин, линкомицин дисбактериоза не вызывают почти никогда, а бисептол, ампициллин, тетрациклин, левомицетин вызывают – нередко одной таблетки бывает вполне достаточно. Этот перечень, разумеется, далеко не полный, вовсе не свидетельство того, что одни антибиотики плохие, а другие хорошие. Просто выбор конкретного антибактериального препарата задача очень и очень непростая, даже для весьма квалифицированного врача. Но сплошь и рядом решающим становится совет соседки или девочки из аптекарского киоска: – «попейте ампициллинчик».

– Если уж антибиотикотерапия необходима, то всегда следует обсудить с врачом тему вероятности развития дисбактериоза и уточнить, что все-таки надобно делать, дабы свести к минимуму возможные неприятности. Лекарственных средств, способных эффективно предотвратить дисбактериоз или своевременно устранить возникший – предостаточно. Главное – наличие материальных возможностей для их приобретения.

– Для того чтобы поставить диагноз «дисбактериоз», как мы уже заметили, одной бумажки из лаборатории недостаточно. Следует, во-первых, иметь конкретные жалобы, а, во-вторых, хотя бы предполагать причину его появления (лечились, оперировались, отравились, объелись, сидели на диете и т.п.).

– В отношении терапии дисбактериоза следует заметить, что дело это не простое,

требующее от врача достаточной квалификации, а от больного – терпения, пунктуальности, и материальных возможностей. В качестве компонентов терапии используется определенная диета и фармакологические средства. Выбор диеты и лекарств обусловлен конкретным вариантом болезни, который уточняется а) причиной; б) жалобами и симптомами; в) анализами. Основной, но далеко не единственный способ лечения – выяснить, каких бактерий не хватает и восполнить недостачу с помощью так называемых *эубиотиков* – лекарственных средств, представляющих собой высушенные и специальным образом обработанные кишечные микробы. Попадая в кишечник, эти микробы оживают и начинают выполнять свою работу. Микрофлора кишечника образует множество полезных веществ и один из вариантов лечения – назначение не самих микробов, а именно концентрата их этих веществ – наиболее известный препарат этого типа – хилак. Применяют также *ферменты* (фестал, мезим, энзистал, панзинорм и т.д.), витамины. Особенностью некоторых вариантов дисбактериоза является не снижение общего количества микроорганизмов, а значительное преобладание какого-нибудь одного микроба, например, стафилококка. В такой ситуации приходится использовать *антибиотики* подавляющие именно стафилококк. Используются также *бактериофаги* (напоминаю, что бактериофаги – это вирусы, поражающие и убивающие бактерий, но не действующие на человеческие клетки).

– Лечение дисбактериоза не представляет особых проблем только тогда, когда, во-первых, устраняется первопричина болезни и, во-вторых, давность заболевания не очень велика (не более полугода). Но, в любом случае, излечить дисбактериоз *быстро* невозможно.

– При всей сложности и длительности, лечение дисбактериоза вполне реально, а возможности медицины велики. Уместно, тем не менее, напомнить, что своевременное лечение позволяет сэкономить здоровье и, что тоже весьма актуально, деньги. Поэтому обращение к специалисту не следует откладывать на потом, когда терпеть уже будет невозможно.

3.27. ОТИТ

«Истинно знать что-либо – значит знать его причины.»

Ф. Бэкон

Объяснить причины возникновения отитов и дать сколько-нибудь существенные, выполнимые и понятные рекомендации совершенно невозможно, без хотя бы краткой информации о том, как наше ухо устроено. Можно, конечно, предположить, что читатели в такой информации не нуждаются, поскольку внимательно в свое время изучали школьный учебник анатомии, физиологии и гигиены. Но, даже зная принципы работы любого устройства вообще, не всегда можно понять, почему это устройство ломается в частности. Это весьма философское заключение мы и положим в основу знакомства с физиологией человеческого уха, дабы понять, почему оно болит и что при этом надо предпринимать.

Отитом называется воспалительный процесс одного из отделов уха.

Приведенное определение позволяет сделать вполне логичный вывод о том, что человеческое ухо и с анатомической, и с физиологической точки зрения, состоит из нескольких отделов, каждому из которых присущи свои специфические функции и свои специфические болезни.

Наружное ухо – это тот единственный отдел уха, который можно увидеть. Именно ушная раковина ассоциируется в нашем восприятии с органом слуха, хотя значение ее для самой возможности слышать – наименьшее (из всех отделов уха). Задача ушной раковины – улавливать звуковые колебания и направлять их в слуховой проход, который заканчивается барабанной перепонкой. За барабанной перепонкой начинается среднее ухо.

Среднее ухо – выполняет функцию звукопроводения. Сразу же за барабанной перепонкой находится барабанная полость – некое весьма ограниченное пространство определенным образом усиливающее и обрабатывающее звуковой сигнал. В барабанной

полости расположены очень маленькие звуковые косточки. Косточки эти имеют весьма оригинальные названия – молоточек, наковальня и стремечко. Ручка молоточка очень прочно соединена с барабанной перепонкой. Последняя колеблется под действием звуковых волн, эти колебания передаются по цепочке косточек, а основание стремечка находится в особом отверстии височной кости, за которым начинается внутреннее ухо.

Внутреннее ухо – сложная система каналов, расположено оно в височной кости и формирует собственно слуховой орган, который называется улиткой. Необычное название объясняется специфической формой каналов, весьма напоминающих улитку. Каналы заполнены особой жидкостью и так называемыми волосковыми клетками. Определенная частота звука вызывает колебания совершенно определенных волосковых клеток, которые, в свою очередь, преобразуют механические колебания в нервный импульс. Импульсы воспринимаются слуховым нервом и переносятся в особые ядра головного мозга.

С учетом того факта, что анатомически и физиологически выделяют три, теперь уже знакомых нам, отдела уха (наружный, средний и внутренний) врачи, в свою очередь, диагностируют три вида отита – опять-таки, наружный отит, средний отит и внутренний отит.

Наружные отиты не имеют особой «ушной» специфики – очевидно, что на коже ушной раковины могут возникнуть такие же воспалительные процессы, как и на любом другом участке кожи – разнообразные прыщи, фурункулы, угри и т.д. Определенную сложность в плане лечения вызывают гнойники (чаще всего фурункулы) расположенные в слуховом проходе – сложность, что легко объяснимо, связана не с какими то особыми способами лечения, а именно с локализацией – до этого самого фурункула просто тяжело добраться.

Внутренние отиты (их еще называют *лабиринтитам* – система каналов – сложный лабиринт) к счастью явление не очень частое, но всегда очень серьезное. Внутренний отит, как правило, не первичное заболевание, а осложнение среднего отита или тяжелой общей инфекционной болезни.

В подавляющем большинстве случаев любые выделения из слухового прохода, боль в одном или обоих ушах и (или) понижение слуха обусловлены средним отитом. Именно средний отит является одним из наиболее частых заболеваний, особенно у детей. В 99% случаев, произнося фразу «У Вашего ребенка отит», врачи подразумевают средний отит. Мы, пожалуй, не будем плыть против течения и, употребляя в дальнейшем термин «отит» будем иметь в виду именно воспаление среднего уха.

Среднее ухо, как мы уже знаем, представлено барабанной полостью, внутри которой находятся звуковые косточки. *Нормальная работа среднего уха возможна лишь тогда, когда давление в барабанной полости равно атмосферному* – только при этом условии имеют место адекватные колебания косточек и барабанной перепонки. Поддержание должного уровня давления достигается благодаря наличию особого канала – *евстахиевой трубы*, соединяющей глотку и барабанную полость. Во время глотания труба открывается, среднее ухо вентилируется и давление в нем выравнивается.

Воспаление в среднем ухе не возникает ни с того ни с сего. Его первопричина – изменение давления в барабанной полости. Отчего это может произойти? Во-первых, при резких изменениях давления на барабанную перепонку – например, при нырянии или при подъеме (спуске) во время авиапутешествий. Во-вторых, и эта причина наиболее частая, – при различных воспалительных заболеваниях в носу и глотке, когда нарушается проходимость евстахиевой трубы.

Короче говоря, если отбросить в сторону всякие редкие причины отитов, станет ясным следующее: *отит почти всегда вовсе не является самостоятельным заболеванием и, опять-таки, почти всегда представляет собой осложнение воспалительных заболеваний носоглотки*, прежде всего – острых респираторных вирусных инфекций.

Каждому взрослому человеку прекрасно известно, что при любых простудных заболеваниях носоглотки имеет место повышенное образование слизи. Многократные шмыганья носом, особенно активные шмыганья (неважно при этом в себя или из себя)

способствуют, попаданию слизи в просвет евстахиевой трубы; кроме этого вирусы и бактерии, вызывающие ОРЗ, сами по себе нередко становятся причиной воспаления ее (евстахиевой трубы) слизистой оболочки. Оба указанных фактора вместе или по отдельности вызывают достаточно длительное нарушение вентиляции барабанной полости и давление в ней становится отрицательным. В этих условиях клетки, выстилающие барабанную полость, начинают выделять воспалительную жидкость. Уже на этом этапе возникают совершенно конкретные симптомы отита – боль в ухе (ушах), нарушение слуха. В дальнейшем (иногда через несколько часов, но чаще через 2-3 суток) бактерии попадают в барабанную полость (все через ту же евстахиеву трубу) и начинают размножаться – отит становится гнойным. Боль нарастает, повышается температура тела, давление в барабанной полости часто возрастает настолько, что происходит разрыв барабанной перепонки и через возникшее отверстие по слуховому проходу начинает выделяться гнойная жидкость.

Приведенная выше теоретическая информация позволяет легко ответить на вопрос: «**почему дети болеют отитом значительно чаще, чем взрослые?**». Основные способствующие факторы следующие:

- Евстахиева труба ребенка значительно уже, чем у взрослого, следовательно, нарушения ее проходимости возникают легче.
- Дети чаще болеют простудными заболеваниями.
- Дети больше плачут и активно при этом шмыгают носами.
- У детей сплошь и рядом имеют место аденоиды, которые способны сдавливать евстахиеву трубу

Основные симптомы отита мы уже назвали – нарушения слуха, боль в ухе и (реже) выделения из уха. А если до этого еще и имела место простуда, то диагноз вообще очевиден. В то же время, у детей грудного возраста отит диагностировать заметно сложнее, поскольку ни на боль, ни на понижение слуха ребенок пожаловаться не может. Но забывать про возможность отита ни в коем случае нельзя, поэтому немотивированное на первый взгляд беспокойство, раздражительность, нарушения сна, плач – должны подтолкнуть родителей к мыслям об отите.

На ушной раковине, впереди от отверстия наружного слухового прохода, имеется выступ, который называется *козелок*. Надавливание на козелок вызывает, при наличии отита, значительное усиление боли, провоцируя у ребенка пронзительный плач. Проверить наличие этого симптома может каждый родитель, а положительная ответная реакция служит поводом для немедленного обращения к врачу.

Профилактика отитов сводится к тому, чтобы не дать густой слизи закупорить евстахиеву трубу – сделать это не так просто, как может показаться на первый взгляд. Важно помнить, что **жидкие выделения из носа не опасны**; но как не дать слизи загустеть? Следует всего-навсего знать **факторы, способствующие высыханию слизи**:

- Дефицит жидкости в организме (следовательно надо побольше пить);
- Высокая температура тела (своевременное использование жаропонижающих средств, разумеется в соответствии с рекомендациями врача);
- Сухой и теплый воздух в помещении (теплая одежда, но температура воздуха не выше 18-20°C, проветривание, частая влажная уборка, удаление из комнаты накопителей пыли).

Еще один важный путь профилактики – **умеренность при сморкании** (кому не знакома картина – мама, в ее руке платок, под платком детский нос и все это сопровождается понуканиями типа: «А ну-ка посильнее»).

Точный диагноз отита может установить только врач при осмотре барабанной перепонки (такой осмотр на медицинском языке называется отоскопия). Отоскопия дает возможность определить вид отита, ответить на вопрос какой он – *катаральный* (есть воспалительная жидкость, но гноя еще нет) или *гнойный*, уточнить, много ли жидкости

скопилось в барабанной полости. Вся эта информация существенным образом влияет как на выбор лекарственных препаратов, так и на продолжительность лечения.

Как лечат отит? Очень часто используются *сосудосуживающие капли в нос* (да, да, именно в нос) позволяющие уменьшить отек слизистой оболочки евстахиевой трубы – препараты эти (нафтизин, галазолин, назол и т.п.), противопоказанные при обычном вирусном насморке, становятся просто обязательными при подозрении на возникновение отита. Местно (в слуховой проход) вводят *растворы антисептиков*. Раньше часто использовали для этой цели раствор борной кислоты, у нас и сейчас используют, хотя на остальной территории земного шара применяют более современные и более активные препараты. Иногда, при сильных болях в ухе, применяют капли вызывающие анестезию, нередко используют противовоспалительные гормоны. Лекарственных средств для закапывания в ухо имеется сейчас превеликое множество – отинум, софрадекс, отипакс, гаразон и еще десятки препаратов.

Особую роль в лечении отита играют *антибактериальные препараты* (антибиотики, сульфаниламиды и т. д.). Их использование имеет ряд особенностей – лекарство должно не только действовать на бактерии, вызвавшие отит, но и хорошо проникать в барабанную полость. Чаще всего подходит для этого амоксициллин, весьма активен бисептол, но можно назвать еще 3-4 десятка препаратов.

Перечисленные способы терапии ни в коем случае нельзя рассматривать как руководство к действию. Следует помнить, что при правильном и своевременном лечении острый средний отит проходит довольно быстро и практически никогда не заканчивается снижением слуха. Опоздание с началом лечения, «народная самодеятельность» (начиная от прикладывания грелок и заканчивая закапыванием в ухо мочи) чреватые тяжелейшими последствиями – в лучшем случае отит становится хроническим, в худшем – возможны тяжелейшие осложнения от полной потери слуха до гнойного менингита.

Не следует очень уж расстраиваться при гноетечении из уха – на месте разрыва барабанной перепонки, при правильном лечении, довольно быстро образуется небольшой рубчик, который в дальнейшем, почти никогда не приводит к ухудшению слуха.

Последовательность действий при первых признаках отита или при подозрении на отит – незамедлительная консультация врача-отоларинголога. Если это невозможно (до врача далеко), можно самостоятельно использовать сосудосуживающие капли в нос, например, нафтизин, в ухо оптимально закапать отинум, который, помимо противовоспалительного действия, способен также растворять ушную серу. Весьма желательно, чтобы ухо было в тепле (сухое тепло – вата, полиэтиленовая пленка, косынка или шапочка), но только не надо прикладывать горячие грелки. Эти мероприятия не дадут потерять время, необходимое для того, чтобы добраться до врача.

3.28. АДЕНОИДЫ

«Без носа человек – черт знает что: птица не птица, гражданин не

гражданин, – просто возьми, да и вышвырни в окошко!»

Н.В. Гоголь

Совсем недавно, рассказывая про ангину, мы объясняли значение таких понятий, как *лимфоидная ткань* и *миндалины*. Без понимания значения этих слов, в свою очередь, невозможно ответить на вопрос: «Что такое аденоиды?». Так что убедительно прошу вернуться на несколько страниц назад и перечитать.

Небные миндалины не единственные лимфоидные образование глотки. Имеется еще одна миндалина, которая называется *глоточной*. Увидеть ее при осмотре полости рта невозможно, но представить, где она находится несложно. Опять-таки, заглянув в рот, мы можем увидеть заднюю стенку глотки, поднимаясь по ней вверх легко достигнуть свода

носоглотки и именно там расположена *глоточная миндалина*.

Глоточная миндалина, и это уже понятно, тоже состоит из лимфоидной ткани. Глоточная миндалина может увеличиваться в размерах, и это состояние носит название «гипертрофия глоточной миндалины».

Увеличение размеров глоточной миндалины называют аденоидными разрастаниями или просто аденоидами. Зная основы терминологии несложно заключить, что воспаление глоточной миндалины врачи именуют *аденоидитом*.

Болезни небных миндалин достаточно очевидны. Воспалительные процессы (ангины, острые и хронические тонзиллиты) – легко обнаруживаются уже при осмотре полости рта. С глоточной миндалиной ситуация иная. Ведь посмотреть на нее не просто – это может сделать лишь врач (отоларинголог) при помощи специального зеркала: маленькое круглое зеркальце на длинной ручке вводится глубоко в полость рта, до задней стенки глотки, и в зеркале можно увидеть глоточную миндалину. Манипуляция эта проста только теоретически, поскольку «засовывание» зеркальца очень часто вызывает «нехорошие» реакции в виде позывов на рвоту и т.п.

В то же время, конкретный диагноз – «аденоиды» – можно поставить и без неприятных осмотров. Симптомы, сопровождающие появление аденоидов, весьма характерны и обусловлены, прежде всего, тем местом, где расположена глоточная миндалина. Именно там, в области свода носоглотки, находятся, во-первых, отверстия (устья) слуховых труб, соединяющих носоглотку с полостью среднего уха и, во-вторых, там заканчиваются носовые ходы.

Увеличение размеров глоточной миндалины, с учетом описанных анатомических особенностей, формирует **два главных симптома**, свидетельствующих о наличии аденоидов – **нарушения носового дыхания и нарушения слуха**.

Несложно предположить, что выраженность этих симптомов будет во многом определяться степенью увеличения глоточной миндалины (отоларингологи различают аденоиды I, II, и III степени).

Главным, наиболее существенным и наиболее опасным следствием аденоидов является постоянное нарушение носового дыхания. Ощутимое препятствие для прохождения воздушной струи приводит к дыханию через рот, а, следовательно, к тому, что нос не может выполнять свои функции, которые, в свою очередь, очень важны. Следствие очевидно – в дыхательные пути попадает не обработанный воздух – не очищенный, не согретый и не увлажненный. А это многократно увеличивает вероятность воспалительных процессов в глотке, в гортани, в трахее, в бронхах, в легких (ангины, ларингиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии).

Постоянно затрудненное носовое дыхание отражается и на работе самого носа – возникают застойные явления, отек слизистой оболочки носовых ходов, непроходящие насморки, нередко возникают гаймориты, изменяется голос – становится гнусавым. Нарушение проходимости слуховых труб, в свою очередь, приводит к ухудшению слуха, к частым отитам.

Дети спят с открытым ртом, храпят, жалуются на головные боли, часто болеют респираторными вирусными инфекциями.

Внешний вид ребенка с аденоидами удручающий – постоянно открытый рот, густые сопли, раздражение под носом, платочки во всех карманах... Врачи даже придумали специальный термин – «аденоидное лицо».

Итак, аденоиды – серьезная неприятность, причем неприятность главным образом детская – своего максимального размера глоточная миндалина достигает в возрасте от 4 до 7 лет. В периоде полового созревания лимфоидная ткань значительно уменьшается в размерах, но, к этому времени, уже можно «заработать» очень большое количество серьезных болячек – и со стороны ушей, и со стороны носа, и со стороны легких. Таким образом, выжидательная тактика, – дескать, потерпим лет до 14, а там глядишь, и рассосется, – однозначно не верна. Действовать необходимо, особенно с учетом того факта, что

исчезновение или уменьшение аденоидов в подростковом возрасте – процесс теоретический, а на практике бывают случаи, когда и в 40 лет приходится лечить аденоиды.

Какие факторы способствуют появлению аденоидов?

– Наследственность, – по крайней мере, если родители страдали аденоидами, ребенок в той или иной степени тоже с этой проблемой столкнется.

– Воспалительные заболевания носа, горла, глотки – и респираторные вирусные инфекции, и корь, и коклюш, и скарлатина, и ангины и т.д.

– Нарушения питания – особенно перекармливание.

– Склонность к аллергическим реакциям, врожденная и приобретенная недостаточность иммунитета.

– Нарушения оптимальных свойств воздуха, которым дышит ребенок – очень тепло, очень сухо, много пыли, примесь вредных веществ (экологическая обстановка, избыток бытовой химии).

Таким образом, *действия родителей, направленные на профилактику аденоидов сводятся к коррекции, а еще лучше, к изначальной организации образа жизни, способствующего нормальному функционированию системы иммунитет* эта – кормление по аппетиту, физические нагрузки, закаливание, ограничение контактов с пылью и бытовой химией.

Но, уж если аденоиды есть, лечить надо – уж слишком опасны и непредсказуемы последствия, если не вмешиваться. В то же время главное – коррекция образа жизни и только потом лечебные мероприятия.

Все **способы лечения** аденоидов делятся на консервативные (их много) и оперативный (он один). Консервативные методы часто помогают, а частота положительных эффектов прямо связана со степенью аденоидов, что, впрочем, вполне очевидно: чем меньше глоточная миндалина, тем легче получить эффект без помощи операции.

Выбор консервативных методов велик. Это и общеукрепляющие средства (витамины, иммуностимуляторы), и промывания носа специальными растворами, и закапывания самых разнообразных средств, обладающих противовоспалительными, антиаллергическими и антимикробными свойствами.

Если консервативные методы не помогают – на повестку дня встает вопрос об операции. *Операция удаления аденоидов носит название « аденотомия »*. Кстати, и это принципиально важно, показания к аденотомии определяются не размерами аденоидных разрастаний, а конкретными симптомами. В конце концов, в силу специфических анатомических особенностей конкретного ребенка, бывает и так, что аденоиды III степени лишь умеренно препятствуют носовому дыханию, а аденоиды I степени приводят к значительному снижению слуха.

Что необходимо знать по поводу аденотомии.

Суть операции – удаление увеличенной глоточной миндалины.

Операция возможна и под местной, и под общей анестезией.

Операция по продолжительности одна из самых коротких – 1-2 минуты, а сам процесс «отрезания» – несколько секунд. Специальный кольцевидный нож (аденотом) вводится в область свода носоглотки, прижимается к нему и в этот момент аденоидная ткань входит в кольцо аденотома. Одно движение руки и аденоиды удалены.

Несложность операции не является свидетельством безопасности операции. Возможны и осложнения в связи с наркозом, и кровотечения, и повреждения неба. Но все это бывает не часто.

Аденотомия не является неотложной операцией. К ней желательно подготовиться, пройти нормальное обследование и т.д. Нежелательна операция во время эпидемий гриппа, после перенесенных острых инфекционных болезней.

Восстановительный период после операции протекает быстро, ну разве что 1-2 дня желательно не очень «скакать» и не есть твердого и горячего.

Обращаю внимание на тот факт, что, *вне зависимости от квалификации хирурга, удалить глоточную миндалину полностью невозможно* – хоть что-то да останется. И всегда имеется вероятность того, что аденоиды появятся (вырастут) вновь.

Повторное появление аденоидов является поводом для серьезных родительских раздумий. И вовсе не о том, что «попался» нехороший врач. А о том, что *все врачи, вместе взятые, не помогут, если ребенка окружают пыль, сухой и теплый воздух, если дитя кормят с уговорами, если телевизор важнее прогулок, если нет физических нагрузок, если... Если маме и папе проще отвести ребенка к отоларингологу, чем расстаться с любимым ковром, организовать закаливание, занятия спортом, достаточное пребывание на свежем воздухе* .

3.29. ДИАТЕЗ

«Я удивлялся тому, какими беспомощными оказываются наш разум, наш рассудок, наше сердце, когда нам нужно произвести малейшую перемену, развязать один какой-нибудь узел, который потом сама жизнь распутывает с непостижимой легкостью.»

М. Пруст

Активное ознакомление широких народных масс с достижениями современной медицинской науки привело к тому, что многие узкоспециальные медицинские термины стали постоянно использоваться в нашей обыденной речи. Словечки типа «инфаркт», «инсульт», «шок», «резекция» у всех на слуху, но факт этот вовсе не свидетельствует о понимании смысла указанных слов. Достойное место в ряду вышеотмеченных терминов занимает такое понятие, как диатез. Слово это известно каждому, кто ребенка имеет, каждому кто посетил детскую поликлинику и каждому, кто переступил порог дома, где находится маленький ребенок. Будущими диатезами беременных женщин пугают, имеющиеся диатезы у детей лечат, но при этом 100% мамочек понятия не имеют, что такое диатез.

Представим себе такую ситуацию: рядовой наш соотечественник захотел ознакомиться с достижениями передовой медицинской науки и полистать наиновейший учебник по педиатрии. Побежал он в книжный магазин и в соответствующем отделе обнаружил две очень толстые и очень красивые книги: «Педиатрия» – учебник национальной медицинской серии США и, опять-таки, «Педиатрия» – руководство, написанное коллективом детской клиники Бостона (все те же США). Но, заглянув в предметный указатель, с удивлением обнаружит любопытный наш товарищ, что ни в одной из указанных книг **НЕТ ВООООЩЕ ТАКОГО СЛОВА «ДИАТЕЗ»!**

Как же так!?! Что же это за хворь такая, известная у нас каждому, но неведомая нашим особо передовым заморским друзьям?

Констатировав такое странное положение вещей и заинтриговав удивленных читателей, попытаемся теперь разобраться с этим самым диатезом.

Итак, заметим для начала, что целый ряд болезней с удивительной частотой встречающихся в детском возрасте (особенно в раннем детском возрасте) практически отсутствуют у взрослых. Ну скажите, много ли Вы видели дядь и тетя, с красными щеками после употребления клубники? Короче говоря, растущий организм имеет целый ряд особенностей и в процессе переваривания пищи, и в частоте инфекционных болезней, и в реакциях на различные факторы цивилизации – особенно когда речь идет о бытовой химии и лекарственных препаратах.

Упомянутых особенностей множество, но главное в другом. Конкретный уровень здоровья (частота и тяжесть болезней, развитие психики, вес, рост, поведение, аппетит и т.п.) определяется по большому счету всего лишь двумя факторами:

– **НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ**, т.е. той генетической базой, что досталась ребенку от его мамы и папы и

– ВЛИЯНИЕМ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ, начиная от образа жизни мамы во время беременности и заканчивая условиями, в которых живет маленький ребенок (экология конкретной местности и жилищные условия, еда и питье, прогулки и водные процедуры, сон и игры, уровень медицинской помощи и т.д.).

Совокупность присущих человеческому организму свойств – упрощенно говоря это внешний вид + нормальное (или ненормальное) функционирование внутренних органов + уровень психики + частота и виды болезней – **обозначается в медицине таким термином, как конституция организма.**

Каждому из нас вообще, и каждому нашему ребенку в частности присущ некий вариант конституции, коих описано немало (астеническая, нормостеническая, невропатическая, шизоидная, гиперстеническая и т.д.). Ориентировочно представив себе, что такое конституция, мы имеем теперь возможность добраться и до диатеза, процитировав его определение по энциклопедическому словарю медицинских терминов:

ДИАТЕЗ (*diathesis*; греч. склонность к чему-либо, предрасположение) – **аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью к некоторым болезням или неадекватным реакциям на обычные раздражители.**

Приведенное определение показывает, что **ДИАТЕЗ не является ни болезнью, ни диагнозом**, а, употребляя это слово, мы лишь констатируем склонность ребенка к некоторым болезням. **Нельзя лечить диатез, нельзя вылечить диатез** – склонности и предрасположения не лечатся! Но **можно установить конкретный диагноз и вылечить конкретное заболевание**.

Учение о диатезах – достижение нашей, отечественной медицинской науки. Заморские врачи не считали его (учение) существенным и отсутствие слова «диатез» в американских учебниках в этой связи вовсе не удивительно.

Как склонности и предрасположения бывают разными, так и диатезы бывают разными. Описано их около десятка, но главными являются три:

Диатез **экссудативно-катаральный** или аллергический – предрасположенность к аллергическим и воспалительным заболеваниям;

Диатез **лимфатико-гипопластический** – склонность к инфекционным и аллергическим болезням, снижение функции вилочковой железы, патология лимфоузлов;

Диатез **нервно-артритический** – предрасположенность к ожирению, сахарному диабету, атеросклерозу, гипертонии, воспалениям суставов, повышенной нервной возбудимости.

Итак, диатез это некая аномалия конституции и, как мы уже заметили, будет ребенок иметь склонность к конкретным болезням или нет, зависит вовсе не от ребенка, а от его окружения – от мамы и папы (от генетики) и от его образа жизни.

Кормящая грудью мама наелась апельсинов и поутру обнаружила на теле ребенка – на щечках, на туловище, на ручках – элементы бледно-розовой сыпи. С точки зрения медицинской науки это называется пищевая аллергия, проявляющаяся аллергическим дерматитом (воспалением кожи аллергической природы).

В описанной ситуации можно действовать двумя путями.

Путь первый – весьма, к сожалению, традиционный для нашей страны. Констатировать, что у ребенка имеет место экссудативно-катаральный (аллергический диатез). Ну что тут поделать! Аномалия конституции, бедняжка, это все наследственность – у папы тоже после апельсинов была сыпь. Закончив всхлипывания, можно продолжать есть апельсины.

Путь второй – поменьше разговаривать про склонности и плохую наследственность, установить конкретный диагноз аллергического дерматита и перестать есть апельсины.

В принципе, при возникновении любой детской болезни родителей всегда волнует ответ на вопрос – почему (из-за чего) это произошло. И абсолютно любой родитель, как, впрочем, любая бабушка и любой дедушка, больше всего на свете боится признать, что в

болезни ребенка есть его вина.

С этой точки зрения само понятие «диатез» в частности, как и учение о диатезах в целом, удивительно соответствуют нашему менталитету и нашим привычкам винить в собственных и детских несчастьях кого угодно, только не самих себя – виноваты будут наследственность, конституция, диатез, сглаз, порча и т.д. Но отсутствие элементарных знаний о том, как вести себя во время беременности, как устроить быт новорожденного, как кормить, поить, купать, гулять, одевать, закаливать – все это остается незамеченным. Да плюс ко всему – неумная страсть лечить и лечиться.

Ребенка не закаляют, постоянный перегрев, с месячного возраста кормят бананами, стирают пеленки порошками с биосистемами, покупают игрушки подешевле из вонючей пластмассы, лечат любой чих антибиотиками. Ребенок не вылезает из простуд, постоянно какие-нибудь прыщи и пятна на коже, за год три бронхита, то понос, то запор. Ах, ох – это все диатез, как ему бедненькому не повезло.

Еще раз подчеркиваю – диатез не болезнь, а склонность к болезням. Если врач сказал, что у Вашего ребенка диатез – уточните, пожалуйста, как называется болезнь, именно болезнь склонность к которой и называется диатезом (простите за многократные повторения). Любая болезнь – имеет свои причины и свои способы лечения. Найдите, вместе с врачом, причины. Тогда и вылечиться можно.

* * *

Итак, будем считать, что с умным словом «диатез» мы успешно разобрались. Осталась малость – разобраться с заболеваниями, про склонность к которым мы уже написали.

Наиболее частой болезнью является **аллергический дерматит**, что, еще раз напомним, переводится с медицинского как «воспаление кожи аллергического характера».

Симптомы аллергического дерматита разнообразны – участки покраснения кожи, сыпь в виде красных точек, пятен и пятнышек, нередко зуд, шелушение и сухость кожи, трещинки, язвы и язвочки.

Аллергический дерматит у детей, особенно у детей первого года жизни, явление настолько частое, что **само понятие «диатез» рассматривается, прежде всего, в качестве синонима всех многочисленных изменений на коже**. Вдумайтесь, в смысл следующих фраз: «красные от диатеза щеки», «из-за диатеза всю ночь не спал – плакал и чесался», «я уже вообще ничего не ем, а у него все равно диатез».

Описанные симптомы соответствуют представлениям о экссудативно-катаральном или аллергическом диатезе, который, вне всякого сомнения, встречается наиболее часто.

Принципиальная **особенность именно этого варианта диатеза состоит в том, что при склонности к аллергическим болезням реально помочь ребенку могут именно родители (родственники), а не медицинские работники.**

Все, что мы видим на коже – не болезнь кожи! Это проявление того, что внутри. *Очень и очень условно* ситуация выглядит следующим образом. Некие, попадающие в организм вещества не усваиваются: не могут быть переварены в кишечнике, или не могут быть нейтрализованы печенью, или не могут быть выведены почками и легкими. Эти вещества, в результате определенных превращений, приобретают свойства антигенов и вызывают выработку антител. Комплексы антиген-антитело провоцируют появление сыпи. Еще один вариант. Беременная женщина контактировала (ела, мазалась, дышала) с некими «вредностями». Употребляла шоколад, например. Белок какао вызвал появление антител у плода. Ребенок ест шоколад, антитела реагируют, появляется сыпь.

Любая аллергическая сыпь – это **следствие**. **Причина** – контакт организма с определенными веществами, которые именно для этого организма являются источниками аллергии – **аллергенами**.

Врач может уменьшить *проявления* аллергии и облегчить неприятные симптомы, – т.е. может оказать влияние на *следствие* ! Но, не допустить *проникновения в организм аллергена* , т.е. воздействовать именно на *причину* болезни – могут только родственники ребенка.

Аллерген имеет возможность попасть в организм ребенка тремя естественными путями:

- Во время еды и питья – **пищевая аллергия** .
- При непосредственном воздействии на кожу – **контактная аллергия** .
- В процессе дыхания – дыхательная или **респираторная аллергия** .

Если причина аллергии очевидна, – накормили апельсинами (пищевой путь), постирали вещи порошком (контактный путь), попользовались освежителем воздуха (респираторный путь), то и действия родителей вполне очевидны. Тут и думать особенно не надо: не кормить апельсинами, не использовать порошок и освежитель, глядишь, аллергия и пройдет.

Совсем другое дело, когда конкретного ответа, конкретного виновного выявить не удается. Что делать в таком случае, с чего начать?

Прежде всего, убедиться, желательно с помощью врача, в том, что мы имеем дело *именно с аллергическим заболеванием* . Затем приступить к конкретным действиям, но помнить: **поскольку имеются три естественных пути проникновения аллергенов, то и усилия желательно предпринимать во всех трех направлениях** .

1. Пищевой путь.

Перечитать главу «Кормление» в 1-й части нашей книги.

Не торопиться с прикормом.

Свести до минимума число экспериментов.

Не уменьшать количество, а полностью исключить продукты, являющиеся высоковероятным источником аллергии (любые цитрусовые как, в прочем, и любые другие экзотические овощи-фрукты, клубнику, шоколад).

Быть проще! Поменьше думать о соседях и подругах, которые Вас осудят за якобы экономию на ребенке. Помнить, что любое очень красивое и очень большое яблоко требует, в свою очередь, очень большого количества удобрений и средств от насекомых-вредителей.

Приобретая любой продукт, задумываться над элементарными вопросами – кто и когда его делал (выращивал), где он хранился, каковы сроки годности и т.п.

При усилении проявлений аллергии вспоминать: что было (что ели) накануне – в течение суток. Записывать, думать, анализировать. Помнить: Вы сами детективы. Давали яблоко? Еще не факт, что дерматит из-за него. А где Вы яблоко купили? А какое оно, яблоко – красное, зеленое, в крапинку, сладкое, кислое, сочное, мягкое, твердое?

2. Контактный путь.

Главное – **одежда** ребенка. Естественные материалы; при покупке задумываться над тем, сколько и почему именно столько стоит, где сделано, чем покрашено. Не надевать без предварительной обработки.

Максимально возможное ограничение синтетических моющих средств. Наибольшая опасность – стиральные порошки с биосистемами. Это правило распространяется не только на вещи самого ребенка, но и на верхнюю одежду родственников, которые носят ребенка на руках. Типичная ситуация: младенец в пеленках, постиранных детским мылом, трется мордашкой о халат матери, который, в свою очередь, постиран стиральным порошком.

Аллергены разрушаются при высокой температуре. Чем более выражены явления аллергического дерматита, тем актуальнее проглаживание вещей ребенка и постельного белья.

Качество воды , в которой ребенок купается, которой моют личико, руки, попу. Решение проблем – кипячение, установка фильтров.

Игрушки . Все требования и ход мыслей такие же, как и в отношении одежды – из чего и где сделано, чем покрашено.

3. Респираторный путь.

Домашняя пыль. Аэрозоли. Средства от насекомых. Сухой корм для аквариумных рыбок. Все, что активно пахнет (не важно, хорошо или плохо). Домашние животные (к сожалению).

Типичная ситуация. В результате длительных раздумий Вы пришли к выводу, что проявления аллергии у ребенка обусловлены общением с собакой (котом, хомяком). Вы отправляете животное к ближайшим родственникам, но проходит месяц, а изменений в лучшую сторону не происходит. Вы понимаете, что ошиблись и возвращаете зверя в лоно семьи. Неправильно! Снижение уровня аллергенов животного происхождения в жилых помещениях начинается примерно через месяц, а значительно уменьшается не раньше, чем через 3-4 месяца (чаще всего – около полугода).

Еще несколько рекомендаций, отвлеченно от путей проникновения аллергенов.

Проявления аллергии теснейшим образом связаны с перегревом, – чем больше ребенок потеет, тем ярче симптомы дерматита. При нехватке жидкости уменьшается выведение аллергенов с мочой.

Запоры у ребенка с аллергическим дерматитом не только усиливают проявления болезни, но и, нередко, являются ее основной причиной (аллергены не успевают вовремя покинуть кишечник, всасываются в кровь и вызывают аллергию). Следить за частотой стула, если проблема существует – не запускать, а решать, желательно с помощью врача.

Легкие – важнейший фильтр человеческого организма, удаляющий множество самых разнообразных «гадостей» и аллергены в том числе. Поддерживать нормальную работу легких: чистый прохладный влажный воздух и побольше гулять.

Использование любых лекарственных препаратов у ребенка со склонностью к аллергии требует особой осторожности. Врач это, разумеется, знает. Но если Вы, по собственной инициативе используете, к примеру, парацетамол при повышении температуры тела, помните: фармакологические средства в форме сиропов содержат разнообразные добавки (красители, ароматизаторы), способные вызвать или усилить аллергию. Свечи, в этом аспекте, безопаснее.

И последнее. Не драматизируйте ситуацию.

Все, что Вы будете делать – это не на всю жизнь. Аллергический дерматит, как правило, явление временное. По мере роста ребенка совершенствуются функции печени и кишечника, иммунная система. Главное – естественный образ жизни, стимуляция иммунитета, «не залечить». Детский организм, при умеренной помощи, почти всегда способен восстановить саморегуляцию. Важно, тем не менее, чтобы вышеупомянутая «умеренная помощь» проявлялась организацией должного образа жизни, а не постоянным лечением наимоднейшими противоаллергическими средствами и походами к «бабкам» и целителям.

3.30. ЗАПОР

«Жизнь может дать только одно облегчение – кишечника.»

Дж. Оруэлл

Начнем с определения, взятого из «Энциклопедического словаря медицинских терминов». Итак, «**ЗАПОР** – замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника». Определившись, попытаемся разобраться по существу проблемы, которая для тысяч людей всех возрастов является весьма актуальной.

Отношение к запорам – их опасность для здоровья и интенсивность способов терапии – во многом определяется возрастом человека. Принципиально важен тот факт, что серьезные

причины – врожденные нарушения строения кишечника или обмена веществ, выявляются, как правило, в раннем детском возрасте. Если человеку больше трех лет и он, по крайней мере, внешне, выглядит здоровым – не дистрофик, нет тяжелого ожирения, соответствует возрасту умственное развитие – вероятность того, что причина запора связана с какими-либо врожденными аномалиями, крайне невелика.

Главный вывод из предыдущего абзаца состоит в том, что к запорам в раннем детском возрасте следует относиться значительно серьезнее, чем на протяжении остальной человеческой жизни, поскольку именно на этом временном отрезке следует убедиться в отсутствии серьезных причин для беспокойства.

По большому счету, у детей первого года жизни только одно заболевание является серьезной и опасной причиной запоров – это болезнь Гиршспрунга. Суть болезни – не развиты нервные клетки на одном из участков кишечника. Причина – нарушение развития эмбриональной ткани, а почему это происходит, никто достоверно не знает. Понятно, что если на определенном участке кишечника не правильно функционируют нервные клетки, то и сам этот участок функционирует неправильно. При болезни Гиршспрунга «неправильность» проявляется в том, что пораженный участок кишки находится в постоянном состоянии сокращения – над ним скапливаются каловые массы и, что вполне естественно, имеет место запор. Лечение болезни Гиршспрунга только оперативное. Смысл операции – удаление неработающего участка кишки, а сложность вмешательства очевидна, особенно с учетом того, что оперировать приходится детей первого года жизни. Но без операции человек обречен.

К счастью, болезнь Гиршспрунга встречается не так уж часто (один случай на 2 – 5 тысяч новорожденных). Поэтому ***99% детских запоров и практически 100% запоров у взрослых не представляют опасности для жизни, хотя и могут реально омрачать эту самую жизнь.***

Всегда следует помнить, что посредством индивидуальной трудовой деятельности, т.е. без помощи врача, установить причину запоров довольно трудно. В конце концов, запор сплошь и рядом является не самостоятельной болезнью, а лишь симптомом другого заболевания – язвенной болезни, геморроя, панкреатита, холецистита, нарушения функции щитовидной железы и т.д. В то же время, и это бывает довольно часто, самое углубленное обследование не позволяет выявить причину запора. Кстати, эта самая *причина гораздо чаще не обнаруживается, чем обнаруживается*. Но, предпринимая лечебные попытки устранить запор, будь то специальная диета, клизмы или слабительные средства – всегда стоит быть уверенным в том, что нет ничего более серьезного. Отсюда вполне логичный вывод: обращение к врачу-специалисту (гастроэнтерологу) всегда окажется не лишним.

Совершенно очевидно, что, если обследование выявило конкретную болезнь, то и главные лечебные усилия должны быть направлены не на спасение от запора, а на лечение конкретной болезни. А вот ежели ничего не выявили, то тут Вам вполне может пригодиться настоящая глава – уж если решили заниматься самолечением, то постарайтесь, по крайней мере, не делать глупости и знать, как говаривал великий пролетарский поэт, «что такое хорошо и что такое плохо».

Запор – это плохо. Не беда, не трагедия. Неприятность. Себе или своему ребенку вполне можно помочь. Но как?

Существует два важнейших условия нормального функционирования кишечника. Обеспечение организма, во-первых, достаточным количеством жидкости и, во-вторых, достаточным уровнем калия. Если человек теряет много жидкости, нарушается работа кишечных соков. Возможно это, например, при высокой температуре тела в связи с какой-либо инфекционной болезнью или в связи с сухостью и высокой температурой окружающего воздуха. Плюс к этому, порожденная боязнью заразиться и отравиться, привычка пить кипяченую воду. Никто не спорит – лучше кипяченая вода, чем вода из водопроводного крана, но нельзя забывать и о том, что в кипяченой воде нет минеральных

солей. Калий для кишечника – как бензин для автомобиля. При нехватке калия сокращения кишечника (так называемая перистальтика) резко ослабевают, и это вполне может быть причиной запора. Больше всего калия – в изюме, кураге, черносливе, инжире. Если уж пьете кипяченую воду – ешьте указанные продукты, а, еще лучше, сварите компот и пейте на здоровье. *Родители должны помнить и понимать: перегрев и кипяченая вода – главные причины запоров у грудных детей.*

Принципы диетотерапии заключаются в следующем. Нежелательны продукты, богатые белком – шоколад, творог, орехи. Желательны – йогурты, однодневный кефир и простокваша. Черный хлеб лучше, чем белый. Яблочный сок лучше, чем целое яблоко. Вообще при запоре вегетарианство – очень хорошо. Кстати, употребление на ночь одного стакана простокваши + 20 штук запаренного чернослива позволяет избавиться от запора в 25% случаев без всяких других лекарств. В любом случае помните: ***не бывает при запорах категорически можно и категорически нельзя. Всегда желательно решать проблему, но не портить при этом себе или своему ребенку жизнь вечными диетами***. Поэтому если очень хочется, то можно.

Из слабительных средств, допустимых к использованию без совета врача, отметим две группы лекарственных препаратов. Во-первых, жидкие масла (касторовое, миндальное, оливковое, вазелиновое) и во-вторых, мягкие слабительные, содержащие сенну (листья сенны, сенадексин, сенаде, глаксена, регулакс). Суть и правила применения этих лекарств состоят в следующем:

- необходимо добиться того, чтобы стул был хотя бы один раз в день и в определенное время. Лучше всего – утром, до завтрака и вообще до всего остального. Короче говоря, с этого лучше начать день – вылезти из постели и сесть на горшок (вариант – посетить туалет);

- перед сном Вы даете ребенку (принимаете сами) 1/2 таблетки, например, сенадексина. Вполне возможно, что этой дозы Вам вполне хватит. Если утром возникли привычные проблемы – увеличьте дозу. Задача – подобрать минимальную дозу, при которой утреннее посещение туалета не будет для Вас испытанием. Сразу же оговоримся: если Вы соблюдаете описанные выше принципы диетотерапии, не перегреваетесь и потребляете достаточное количество калийсодержащих продуктов, а прием на ночь двух таблеток сенадексина в течение трех дней не приводит к устранению запора – все попытки самолечения необходимо немедленно прекратить и, хочется Вам того или не хочется, но отправляться к врачу. В любом случае, не превышайте дозу в две таблетки на ночь;

- подобрав дозу, поддерживайте ее около 10-14 дней. Важно не только добиться регулярного стула, но и сформировать в организме *рефлекс на опорожнение кишечника в строго определенное время*. Затем, не торопясь, начинайте медленно уменьшать дозу (по четвертушке таблетки каждые 3-4 дня) ни в коем случае не прекращая сразу прием. Если при уменьшении дозы возникли проблемы – вернитесь к прежнему количеству препарата.

Не следует забывать о том, что лечение запора, как впрочем, и лечение любого заболевания, должно быть комплексным. Этому не учат в популярных книгах, этому учат в мединституте. Арсенал средств, которые может назначить при запоре врач, далеко выходит за рамки только приема слабительных – это и препараты, уменьшающие тонус кишечника, и ферментные средства, и, эубиотики и многое другое.

Нередко, причиной запора является геморрой и трещины в области ануса, когда готов ходить в туалет хоть три раза на день, но так страшно, что терпишь до последнего. В этой ситуации, помимо специфического лечения, очень хороший эффект оказывают свечи с глицерином и свечи с облепиховым маслом. Кстати свечи с глицерином – один из наиболее доступных и безопасных способов борьбы с запором у детей первого года жизни. По крайней мере, до того, как ставить ребенку клизму, следует использовать эти свечи.

Помимо проблем с самим процессом, упомянутых в п. 6, нередко возникают проблемы с местом, где этот процесс происходит. Сам туалет – его месторасположение, температура, наличие очереди, санитарные условия, запахи и многое другое, – вполне могут быть причиной запора, но не на уровне кишечника, а на уровне головы. Разумеется, мы не всегда

имеем под рукой, точнее под ягодницами, теплый унитаз в изолированной квартире, но мы, по крайней мере, просто обязаны учитывать этот факт до того, как мчаться в аптеку за касторкой.

Суть настоящей главы состоит в следующем.

Запор весьма распространенное патологическое состояние, обусловленное, чаще всего, не серьезными расстройствами в организме, а элементарным непониманием того, что не ходить в туалет по три дня это неправильно и что за частотой стула надобно следить. Запор – болезнь цивилизации, его компоненты – стрессы, отсутствие в рационе грубой пищи, кипяченая вода, непривлекательного вида туалеты. Но, в отличие от многих других болезней, запор, в подавляющем большинстве случаев, неплохо поддается лечению, а средства, используемые для этого вполне безопасны. Так может попробовать?

3.31. АНТИБИОТИКИ

«Любое лекарственное средство, но особенно химиопрепарат (антибиотик), если не показан, то противопоказан.»

В.Г. Бочоришвили

Сам термин «антибиотик» в дословном переводе выглядит весьма зловеще: «анти» – против, «био» – жизнь. Противник жизни, короче говоря. Но, к счастью, речь идет не о жизни вообще, а о жизни микроорганизмов в частности.

В 1928 году был открыт пенициллин. Обратите внимание не придуман, не изобретен, а именно *открыт*. Ведь все дело в том, что антибиотики существовали и существуют в живой природе столько времени, сколько существует сама природа. Определенные микроорганизмы способны вырабатывать вещества, защищающие их от повреждающего действия других микроорганизмов. Вот эти вещества и являются по своей сути антибиотиками.

Его лаборатория была маленькой и темной. Он никогда не закрывал в нее дверь – типичный проходной двор. Его звали Александр Флеминг. Потом он стал нобелевским лауреатом и сэром Александром Флемингом.

Именно склонность Флеминга к «рабочему беспорядку» привела к открытию, которое, вскоре, потрясло мир. Флеминг был бактериологом.

Как изучают бактерий? Берут некую среду, в которой предполагается наличие бактерий (этой средой может быть что угодно – почва, вода, еда, кровь и т.д.), и помещают на особую плоскую чашку с питательными веществами, где предполагаемые бактерии должны размножиться. Бактерии растут и на чашке образуются хорошо видные точки разных размеров – колонии микробов. Колонии наносят на особые стеклышки, красят особыми красителями, затем изучают под микроскопом.

Множество чашек, свое отслуживших, скапливается в лаборатории. Одна из них оказалась зараженной плесенью. Флеминг «всего-навсего» обратил внимание на то, что колонии бактерий (это были стафилококки) вокруг плесени растворились, – т.е. бактерии погибли. Вывод ученого о том, что плесень вырабатывает некое вещество, способное уничтожать микробы, привел к открытию пенициллина.

В случае с открытием пенициллина таким, «производителем» антибиотика оказался особый вид плесени. Осталось «совсем немного» – позаимствовать у плесени лишь ей присущее оружие, научиться это оружие создавать в количествах, адекватных потребностям человечества, и научиться этим оружием пользоваться.

С 1943 года началось промышленное производство пенициллина. И с этого времени антибиотики стали обязательным компонентом современной медицины.

Ведь как, на первый взгляд просто и логично, выглядит использование этих средств. Есть некий микроб, вызывающий болезнь. Есть лекарство, способное уничтожить микроб, вызывающий болезнь. Назначаем лекарство, уничтожаем микроб, исчезает болезнь. Очень все просто и здорово получается.

Но, чем больше назначаем и чем больше уничтожаем, тем большее количество проблем появляется... Ибо антибиотики – оружие очень серьезное. А пользоваться серьезным оружием надобно умеючи.

Отсюда, казалось бы, вполне закономерный и вполне логичный вывод – применять антибиотики может только специалист, должным образом этому делу обученный, короче говоря, врач. На практике, тем не менее, это далеко не так.

Принципиальная возможность бороться с инфекциями людям так понравилась, что человека, ни разу не пытавшегося какого-нибудь микроба «задавить» в себе самостоятельно, встретить почти невозможно. Любой антибиотик в любой аптеке Вам продадут без всякого рецепта. Число любителей лечиться самостоятельно медленно уменьшается в связи с общим снижением платежеспособности населения, но на детей денег не жалеют, а на врачей обижаются, если те ничего серьезного не назначают.

Автор вовсе не ставит своей целью научить читателей пользоваться антибиотиками! Задача видится в том чтобы:

- еще раз подчеркнуть сложность и небезопасность антибиотикотерапии;
- обратить внимание на очевидное: и сам факт назначения, и доза, и сроки использования, и непосредственный выбор антибиотика, – требуют высочайшего профессионализма – определенных и немалых знаний, опыта, интуиции, здравого смысла;
- объяснить значение некоторых особо мудрых медицинских слов, непременно сопровождающих процесс лечения антибиотиками;
- перечислить и настоять на обязательном выполнении правил применения антибиотиков. Правил, актуальных именно для того, кто антибиотиками лечится (знание этих правил тем, кто антибиотиками лечит, подразумевается).

Антибиотики – вовсе не единственные средства, способные уничтожать в организме болезнетворные микроорганизмы.

Принципиальная возможность использования любых антимикробных препаратов основана на том, что в определенной бактериальной клетке есть определенные структуры, которые не имеют аналогов в организме человека. Проще говоря, необходимо найти в микроорганизме нечто такое (белок, фермент), без чего он существовать не может, но это «нечто» должно быть свойственно именно микробу, – т.е. в человеке таких ферментов, или таких белков быть не должно.

Пример: клеточная оболочка некоторых бактерий, по своей анатомии, не имеет ничего общего с любыми клетками любого млекопитающего. Естественно, что вполне возможно (хотя и совсем непросто) создание вещества, разрушающего оболочку бактерии, но не повреждающего при этом клетки человеческого организма. Кстати, именно так, разрушая оболочку бактерии, действуют знаменитые пенициллин, ампициллин, цефопорин.

Еще пример: почти у всех бактерий имеется фермент, который носит сложное название «ДНК-гираза». Без него бактерии теряют способность размножаться и быстро погибают. Созданы препараты, разрушающие ДНК-гиразу и, разумеется, обладающие выраженным антибактериальным действием на очень многие бактерии – заноцин, цифран, норфлоксацин, офлоксацин и т.п.

Но, только что перечисленные препараты, не являются антибиотиками??!

Такое положение вещей не слишком понятно и требует объяснения.

Еще раз подчеркиваю: **антибиотики – это вещества, которые одни микроорганизмы вырабатывают для уничтожения других микроорганизмов** .

Некоторые грибы (пеницилиум, цефалоспориум и т.д.) производят антибиотики, – например, пенициллин, цефалоспорин. Некоторые бактерии (актиномицеты) производят антибиотики, – например, тетрациклин, стрептомицин.

В то же время, любой естественный антибиотик ученые пытаются модернизировать (изменить, улучшить, сделать более активным против микробов и менее опасным для человека). Так, путем изменения структуры пенициллина, получены его синтетические производные – оксациллин, ампициллин; путем изменения тетрациклина – доксициклин, метациклин, и т.д. Таким образом, **антибиотики бывают естественными и синтетическими** .

В то же время, антимикробное средство может не иметь ничего общего с живой природой – оно может быть продуктом исключительно человеческого разума, т.е. быть веществом, которое человек придумал сам. О многих таких препаратах Вы, конечно же, слышали. Это знаменитые сульфаниламиды (стрептоцид, этазол, бисептол), нитрофураны (фуразолидон, фурагин), фторхинолоны (уже названные нами занозин, цифран и т.п.).

Смысл вышеизложенного: **антибактериальные средства и антибиотики – это не одно и то же.**

Есть в медицине такой термин – «химиотерапия». **Химиотерапия – это лечение инфекционных заболеваний лекарственными препаратами** . И все перечисленные нами лекарственные препараты, – и сульфаниламиды, и антибиотики, и фторхинолоны, и нитрофураны, – представляют собой **химиотерапевтические средства** или, что более понятно, антимикробные средства.

Приведенная информация имеет больше теоретическое, чем практическое значение, поскольку **принципы и правила применения любых антимикробных средств одинаковы** . Все, что мы расскажем про антибиотики в равной мере будет распространяться и на любителей бисептола и на поклонников фуразолидона, и на всех остальных любителей побороться с микробами.

Антибиотики бывают разными и это вполне очевидно. Но, применяя в каждом конкретном случае совершенно определенный антибиотик, *врачи* (еще раз повторяю, именно врачи) исходят из совершенно определенных свойств, конкретного препарата. Что же это за свойства?

СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКА.

Каждый антибиотик действует на строго определенные микроорганизмы. Так, например, пенициллин активно действует на, так называемые, «кокки» – стрептококк, менингококк, гонококк, пневмококк, но не действует на кишечную палочку, дизентерийную палочку, сальмонеллу. Антибиотик полимиксин, наоборот, действует на палочки, но не действует на кокки. Левомецетин и ампициллин действуют и на первых и на вторых. То есть спектр действия левомецетина шире, чем спектр действия пенициллина. Отсюда очевидные понятия « **антибиотик широкого спектра действия** » и « **антибиотик узкого спектра действия** ».

Хорошо это или плохо, антибиотик широкого спектра действия? С одной стороны очень хорошо, поскольку *если возбудитель болезни не известен* (ну просто не ясно, кто вызывал конкретный менингит, или конкретное воспаление легких), использование антибиотика широкого спектра с большей вероятностью окажется эффективным. С другой стороны, такой антибиотик будет уничтожать не только возбудителя болезни, но и «мирных» кишечных микробов, что проявится в виде дисбактериоза. Отсюда очевидный вывод – антибиотики узкого спектра (пенициллин, оксациллин, эритромицин), более предпочтительны, чем антибиотики широкого спектра (ампициллин, цефалексин, гентамицин, тетрациклин, левомецетин). Но, лечить именно препаратами узкого спектра врачу сложнее, – легче не угадать, не попасть, не помочь и оказаться, в конце концов, виноватым.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКА.

Одни антибиотики полностью подавляют рост бактерий, – т.е. разрушают их *необратимо*. Такие антибиотики называются *бактерицидными*, они действуют на очень важные клеточные структуры, уничтожая микробов быстро и в огромных количествах. Пенициллин разрушает оболочку бактерии и шансов на существование у последней не остается. Понятно, что пенициллин – бактерицидный антибиотик, как, впрочем, и ампициллин, цефалексин, гентамицин.

Некоторые антибиотики действуют совершенно иначе, – они препятствуют размножению бактерий. Колония микроорганизмов не увеличивается, бактерии, с одной стороны, погибают сами по себе («от старости»), с другой, – активно уничтожаются клетками иммунитета (лейкоцитами) и человек быстро выздоравливает. Такие антибиотики, – они называются *бактериостатическими*, как бы помогают организму самому побороть инфекцию. Примеры – эритромицин, тетрациклин, левомицетин.

Если рано прекратить прием бактериостатического антибиотика – болезнь обязательно вернется. Эффект от бактерицидного препарата наступит быстрее.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБИОТИКА В ОРГАНИЗМЕ.

Каким бы путем не попал антибиотик в организм, он, в конце концов, оказывается в крови и разносится по всему телу. При этом *в определенном органе определенный антибиотик накапливается в совершенно определенном количестве*.

Отит можно лечить и пенициллином и ампициллином, но ампициллин в полости среднего уха накапливается лучше, следовательно, будет более эффективным. Антибиотик линкомицин хорошо проникает в кости и его используют для лечения остеомиелита (гнойного воспаления костей). Проглоченный антибиотик полимиксин вообще не всасывается в кровь и действует только в кишечнике – удобно для лечения кишечных инфекций.

Распределение в организме некоторых современных препаратов вообще уникально. Так, например, антибиотик сумамед особым образом прикрепляется к фагоцитам – иммунным клеткам, которые поглощают и переваривают бактерии. При возникновении в организме очага воспаления фагоциты двигаются именно туда и накапливаются в огромном количестве в воспалительном очаге. А сумамед движется вместе с фагоцитами, – т.е. при наличии пневмонии максимальное количество антибиотика будет именно в легких, а при пиелонефрите – именно в почках.

ПУТИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА В ОРГАНИЗМ.

«Направить» антибиотик в места скопления микробов можно по-разному. Можно намазать мазью с антибиотиком гнойник на коже. Можно проглотить (таблетки, капли, капсулы, сиропы). Можно уколоть – в мышцу, в вену, в спинномозговой канал.

Путь введения антибиотика не имеет принципиального значения – важно лишь, чтобы антибиотик вовремя оказался в нужном месте и в нужном количестве. Это, так сказать, стратегическая цель. Но, вопрос тактический – как этого добиться – не менее важен.

Очевидно, что любые таблетки явно удобнее уколов. Но... Некоторые антибиотики в желудке разрушаются, например, пенициллин. Другие не всасываются, или почти не всасываются из кишечника, например, гентамицин. У больного может быть рвота, он вообще может быть без сознания. Эффект от лекарства проглоченного наступит позже, чем от того же лекарства, введенного внутривенно – понятно, что чем тяжелее болезнь, тем больше оснований для неприятных уколов.

ПУТИ ВЫВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА ИЗ ОРГАНИЗМА.

Одни антибиотики, – например, пенициллин или гентамицин, в неизменном виде выводятся из организма с мочой. Это позволяет, с одной стороны, успешно лечить болезни почек и мочевыводящих путей, но, с другой стороны, при существенном нарушении работы почек, при уменьшении количества мочи, может привести к избыточному накоплению антибиотика в организме (передозировке).

Другие препараты, например, тетрациклин или рифампицин, выводятся не только с мочой, но и с желчью. Опять-таки очевидная эффективность при болезнях печени и желчевыводящих путей, но особая осторожность при печеночной недостаточности.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ.

Лекарств без побочных явлений не существует. Антибиотики – не исключение и это мягко говоря.

Возможны аллергические реакции. Одни препараты вызывают аллергию часто, например пенициллин или цефалексин, другие редко, например, эритромицин или гентамицин.

Определенные антибиотики оказывают повреждающее (токсическое) действие на некоторые органы. Гентамицин – на почки и слуховой нерв, тетрациклин – на печень, полимиксин – на нервную систему, левомицетин – на систему кроветворения и т.д. После приема эритромицина часто возникают тошнота и рвота, большие дозы левомицетина вызывают галлюцинации и снижение остроты зрения, любые антибиотики широкого спектра действия способствуют развитию дисбактериоза...

* * *

А теперь давайте задумаемся!

С одной стороны, очевидно следующее: прием любого антимикробного средства требует обязательного знания всего, что было выше перечисленно. То есть все плюсы и все минусы должны быть хорошо известны, в противном случае – последствия лечения могут быть самыми непредсказуемыми.

Но, с другой стороны, самостоятельно глотая бисептол, или, по совету соседки, засовывая в ребенка таблетку ампициллина, Вы отдавали отчет своим действиям? Вы все это знали?

Конечно же, не знали. Не знали, не задумывались, не подозревали, хотели, как лучше...
Лучше – знать и задумываться...

* * *

Что необходимо знать.

– Любое антимикробное средство должно назначаться только врачом!

– Недопустимо применение антибактериальных препаратов при вирусных инфекциях, якобы с целью профилактики – дабы упредить развитие осложнений. Это никогда не удастся, наоборот – становится только хуже. Во-первых, потому, что всегда найдется микроб, который уцелеет. Во-вторых, потому, что, уничтожая одних бактерий, мы создаем условия для размножения других, увеличивая, а не уменьшая при этом, вероятность все тех же осложнений. Короче говоря, антибиотик должен назначаться тогда, когда бактериальная инфекция уже есть, а не для того, чтобы якобы ее предотвратить. Наиболее правильное отношение к профилактической антибиотикотерапии заложено в лозунге, выдвинутом гениальным философом М.М. Жванецким: "Неприятности надо переживать по мере их поступления!".

Профилактическая антибиотикотерапия – не всегда зло. После многих операций, особенно на органах брюшной полости, она жизненно необходима. Во время эпидемии чумы массовый прием тетрациклина способен защитить от заражения. Важно только не путать такие понятия, как профилактическая антибиотикотерапия вообще и профилактическое использование антибиотиков при вирусных инфекциях в частности.

– Если уж Вы антибиотики даете (принимаете), ни в коем случае не прекращайте лечение сразу же после того, как станет чуточку полегче. Необходимую

продолжительность лечения может определить только врач.

– **Никогда не спрашивайте чего-нибудь посильнее.**

Понятие о силе и слабости антибиотика во многом условно. Для среднего нашего соотечественника сила антибиотика во многом связана с его способностью опустошать карманы и кошельки. Людям очень хочется верить в тот факт, что если антибиотик, например, «тиенам» в 1000 раз дороже, чем пенициллин, то он и в тысячу раз более эффективен. Да не тут то было...

В антибиотикотерапии существует такое понятие, как « **антибиотик выбора** ». Т.е. для каждой инфекции, для каждой конкретной бактерии рекомендуется антибиотик, который следует использовать в первую очередь – он и называется антибиотиком выбора. Если это невозможно, – например аллергия, рекомендуются антибиотики второй очереди и т.д. Ангина – пенициллин, отит – амоксициллин, брюшной тиф – левомицетин, коклюш – эритромицин, чума – тетрациклин и т.д.

Все очень дорогие препараты используются лишь в очень серьезных и, к счастью, не очень частых ситуациях, когда конкретная болезнь вызвана микробом, устойчивым к действию большинства антибиотиков, когда имеет место выраженное снижение иммунитета.

– Назначая любой антибиотик, врач не может предугадать все возможные последствия. Имеются случаи *индивидуальной непереносимости* конкретным человеком конкретного препарата. Если это произошло и, после приема одной таблетки эритромицина, ребенок всю ночь рвал и жаловался на боли в животе, то врач в этом не виноват. Лечить воспаление легких можно сотней различных препаратов. И чем реже антибиотик используется, чем шире спектр его действия и, соответственно, выше цена, тем больше вероятность того, что поможет. Но, тем больше вероятность токсических реакций, дисбактериозов, угнетения иммунитета. Уколы с большей вероятностью и быстрее приведут к выздоровлению. Но больно, но возможны нагноения в том месте, куда укололи. А если аллергия – после таблетки промыли желудок, а после укола – что промывать? **Родственники больного и врач в обязательном порядке должны находить общий язык** . Используя антибиотики, врач всегда имеет возможность перестраховаться – уколы вместо таблеток, 6 раз в сутки вместо 4, цефалексин вместо пенициллина, 10 дней вместо 7... Но золотая середина, соответствие риска неудачи и вероятности быстрого выздоровления во многом определяется поведением больного и его родственников. Кто виноват, если антибиотик не помог? Неужто только врач? Это что ж за организм такой, который даже с помощью сильнейших лекарств не может справиться с инфекцией! Это ж какой образ жизни надо было организовать, чтобы довести иммунитет до крайности... И я вовсе не хочу сказать, что все врачи ангелы, и ошибки, к сожалению, не редкость. Но смещать акценты необходимо, ибо для конкретного больного ничего не дает ответ на вопрос «кто виноват?». Вопрос «что делать?» – всегда актуальнее. Но, сплошь и рядом:

«Надо было уколы назначать!»;

«Вы что, кроме пенициллина другого лекарства не знаете?»;

«Что значит дорого, нам для Машеньки ничего не жалко»;

«А Вы, доктор, *гарантируете* , что это поможет?»;

«Третий раз меняете антибиотик, а все не можете обыкновенную ангину вылечить!».

– У мальчика Саши бронхит. Врач назначил ампициллин, прошло 5 дней и стало значительно лучше. Через 2 месяца очередная болезнь, все симптомы точно такие же, – опять бронхит. Имеется личный опыт: ампициллин при этой болезни помогает. Не будем беспокоить педиатра. Будем глотать проверенный и эффективный ампициллин. Описанная ситуация весьма типична. Но ее последствия непредсказуемы. Дело в том, что любой антибиотик способен соединяться с белками сыворотки крови и при определенных обстоятельствах становится антигеном, – то есть вызывать выработку антител. После приема ампициллина (или любого другого препарата) в крови могут находиться антитела к

ампициллину. В таком случае высока вероятность развития аллергических реакций, иногда очень (!) тяжелых. При этом аллергия возможна не только на ампициллин, но и на любой другой антибиотик, похожий по своей химической структуре (оксациллин, пенициллин, цефалоспорин). **Любое повторное использование антибиотика многократно увеличивает риск аллергических реакций**. Существует и еще один немаловажный аспект. Если одна и та же болезнь повторяется через непродолжительное время, то вполне логично предположить, что при своем повторном возникновении она (болезнь) связана уже с теми микробами, которые «уцелели» после первого курса антибиотикотерапии, а, следовательно, применявшийся антибиотик не будет эффективен.

– Следствие предыдущего пункта. **Врач не может правильно подобрать антибиотик, если он не владеет информацией о том, когда, по поводу чего, какие препараты и в каких дозах получал Ваш ребенок.** Этой информацией родители, должны обязательно владеть! Записывать! Особенно обращать внимание на любые проявления аллергии.

– Не пытайтесь корректировать дозы препарата. **Антибиотики в малых дозах очень опасны, поскольку высока вероятность появления устойчивых бактерий.** И если Вам кажется, что «2 таблетки 4 раза в день» это много, а «1 таблетка 3 раза в день» – в самый раз, то, вполне возможно, что скоро понадобится 1 укол 4 раза в день.

– **Не расставайтесь с врачом до тех пор, пока точно не уясните правила приема конкретного препарата.** Эритромицин, оксациллин, левомицетин – до еды, прием ампициллина и цефалексина – когда угодно, тетрациклин нельзя с молоком... Доксициклин – 1 раз в сутки, бисептол – 2 раза в сутки, тетрациклин – 3 раза в сутки, цефалексин – 4 раза в сутки...

* * *

Еще раз о самом главном.

Миллионы людей обязаны антибиотикам жизнью и здоровьем. Но:

между антибиотиком и человеком в обязательном порядке должно находиться важнейшее промежуточное звено: ВРАЧ, который лечит человека антибиотиком.

3.32. Я УКОЛОВ НЕ БОЮСЬ

«Я прививки не боюсь:

Если надо – уколюсь!

Ну, подумаешь, укол!

Укололи и – пошел...»

С.В. Михалков

Начнем с констатации элементарного – любое лекарственное вещество, дабы определенное лечебное действие оказать, должно, для начала, попасть в человеческий организм. Лекарство можно нанести на кожу, его можно выпить (вариант – съесть), можно поставить клизму или ввести свечу, можно, в конце концов, уколоть. «Уколоть» – это по-нашему, по-человечески. На медицинском языке указанный процесс называется «инъекция». По большому счету, *под инъекцией понимают любое введение в организм жидкости с помощью шприца.*

Инъекции бывают разные, но наиболее часто встречаются три их разновидности – подкожные (п/к), внутримышечные (в/м) и внутривенные (в/в). Воздействие препарата на организм начинается только после того, как он (препарат) попадает в кровь. Под кожей сосудов значительно меньше, чем непосредственно в мышце, поэтому эффект от введения наступит заметно позже, а эффект инъекции – почти мгновенный.

Суть подкожной инъекции – игла и, соответственно, лекарство вводятся под кожу (между кожей и мышцей). Это необходимо в тех случаях, когда немедленный эффект от лекарства не нужен. Так, например, вводится знаменитый инсулин, именно п/к делается

подавляющее большинство прививок. Наиболее удобно делать п\к инъекции в те участки человеческого тела, где кожа легко оттягивается и берется в складку – бедро, боковая поверхность живота, плечо, под лопатку.

Внутримышечные инъекции – самые распространенные. Тысячи жителей нашей страны, говорящие: «укол я и сам (сама) сделать могу», – имеют в виду в\м введения лекарств. Излюбленное место для этих инъекций – ягодицы (попа), хотя возможны варианты (плечо, бедро). В\м вводят большинство антибиотиков, витамины, спазмолитики, жаропонижающие средства. В силу своей простоты и быстроты, именно в\м введения чаще всего используют врачи и фельдшеры скорой помощи – снять боль, «сбить» температуру, понизить давление, успокоить.

Внутривенно – это всегда серьезно. Требуется быстрое лечебное действие, вводятся активные препараты. В\в инъекции, чисто технически довольно сложны, но для квалифицированной медсестры и тысяч наркоманов они не представляют собой чего-то из ряда вон выходящего. В\в введение во временном аспекте может быть коротким (лекарства шприцом медленно вводится в вену – медики говорят «струйно»), но бывают ситуации, когда объем лекарственного средства велик или препарат лучше действует при очень медленном введении в сильно разведенном виде – тогда ставят капельницу – с помощью специальной системы для инфузий (инфузия – это, по-медицински, как раз и есть введение больших объемов жидкости).

Тремя перечисленными видами инъекций выбор не ограничиваются. С диагностической целью некоторые вещества вводят внутрикожно (в/к) – так, например, ставится проба на инфицирование туберкулезом – знаменитая и всем знакомая реакция Манту, так выясняют, а нет ли повышенной чувствительности к антибиотикам, обязательную в/к пробу делают перед введением лечебных сывороток, например, противодифтерийной. Бывают и другие инъекции – в полость сустава при некоторых артритах, в спинномозговой канал при менингитах, непосредственно в нервные стволы при обезболивании (например, в стоматологии).

Как-то уж так повелось, что лечение с помощью уколов общественное мнение однозначно рассматривает как более эффективное, в сравнении с микстурами и таблетками. Кстати, именно с инъекциями часто связана потребность в госпитализации – ну что это за лечение в больнице, если не поставить несколько капельниц – таблетки ведь можно и дома глотать.

В то же время, с любыми уколами связан целый ряд опасностей, осложнений и неприятностей. И иглы, и шприцы, и лекарства, и инъекции делают люди. Люди могут ошибаться. От ошибок никто не застрахован, но кое-какая информация может оказаться совсем не лишней.

– Уколы – неприятно, больно, страшно.

– Лечится уколами всегда дороже, чем таблетками. При этом речь идет не только о непосредственной цене конкретного лекарства, но и о резко увеличивающихся затратах на оплату труда медицинских работников (теоретически, наличие бесплатного государственного здравоохранения делает этот пункт для конкретного человека не актуальным).

– Риск заноса инфекции – если, к примеру, стафилококк может попасть в организм человека как угодно (и через рот, и воздушно-капельным путем, и при инъекциях), то целый ряд болезнетворных микроорганизмов передаются только через кровь, а самые известные среди них – вирусный гепатит В и СПИД. Понятно, что первооснова этих болезней – человеческий фактор – нарушения стерильности при проведении инъекций, недостаточное обследование доноров при производстве препаратов, которые делаются из крови.

– «Технические» осложнения – ввели «не туда» или «не то» (нечаянно, отвлеклись, не получилось, так получилось).

– Местные реакции тканей, от красноты и болезненности в месте инъекции, до

абсцессов, которые потом вскрывают.

– Непосредственные общие реакции на введения – могут быть связаны со специфическим или побочным действием конкретного препарата (например, «горячий укол» хлористого кальция) и часто бывают очень неприятными.

– Аллергические реакции – не редкость и при приеме таблеток, но лекарство, введенное инъекционно, вызывает реакцию более сильную и более быструю, вплоть до самого страшного варианта аллергии – анафилактического шока.

С учетом семи перечисленных пунктов становится понятной наметившаяся во всем мире тенденция к тому, чтобы максимально ограничить количество инъекций. Лучшие фармакологи ведущих фирм видят свою задачу в том, чтобы создать препараты быстро и эффективно действующие при приеме через рот. Полностью отказаться от инъекций вряд ли удастся, особенно при лечении неотложных состояний, но свести к минимуму количество, предельно сузить показания – это задача вполне посильная.

К огромному сожалению, главным фактором, часто не позволяющим отказаться от ненужных уколов, является общественное мнение, образ мышления конкретного рядового нашего соотечественника.

Примеры народной мудрости: «уколы лучше, чем таблетки», «врач который не назначил уколы, лечить не умеет», «приехала скорая – даже ничего не укололи», «наш невропатолог очень невнимательный – пошла к нему на прием, так он даже витамины поколоть не назначил».

Врач, хочет, чтоб его любили, уважали и ценили. Если для любви и уважения следует назначить капельницу – удержаться от соблазна очень тяжело.

Если врач приписал уколы и не помогло – значит не судьба... Если врач назначил таблетки и не помогло – значит надо было уколы назначать. Только так, и не иначе.

Бороться с общественным мнением дело почти безнадежное. У Вас болит голова? Мы Вам назначим магнезию. Поверьте, после 5 уколов боли в области ягодиц будут настолько сильными, что про головную боль Вы забудете автоматически. Вы хотите витаминов? В1 и В6 через день в/м. Ради Бога.

Кому охота доказывать, что современные антибиотики позволяют 80 – 90% воспалений легких вылечить без инъекций; что витамины группы В прекрасно всасываются из кишечника, и колоть их следует только тогда, когда кишечник не работает; что ни в одном современном зарубежном справочнике нет указаний на то, что глюконат кальция следует вводить в/м; что любимый народом «Гемодез» уже давно нигде в мире не производят.

Особенно остро стоит проблема инъекций применительно к детям. Именно уколами детей пугают и именно про уколы начинают говорить с врачом в тех случаях, когда назначенные внутрь лекарства не приносят мгновенного облегчения.

Благодаря детскому «не хочу» появились и появляются современные лекарства с приятным вкусом – в виде суспензий, капель, сиропов, жвачек, «сосательных» конфет – лишь бы согласились, лишь бы не причинять ребенку ненужную боль.

В то же время, успехи современной фармакологии не являются достоянием широких народных масс и, передающуюся от поколения к поколению веру в чудодейственные уколы, очень трудно поколебать. А у замotanного писаниной, запуганного начальством и уставшего от бытовых проблем врача нет ни сил, ни времени, ни желания проводить разъяснительную работу, которая, к тому же, часто оказывается безрезультатной. Поэтому, диагностировав воспаление легких, врач с легким сердцем назначит уколы.

Нельзя не отметить, что вера больного, его убежденность в правильности лечения, его доверие к врачу – важнейшие ступеньки на пути к выздоровлению. И, как это ни парадоксально, но инъекции очень часто вызывают не только боль, но и формируют благоприятный психоэмоциональный фон, способствуя большей эффективности терапии (как тут не позавидовать американцам, у которых на каждого терапевта по психотерапевту).

Итогом же настоящей главы является вывод о том, что любые инъекции лекарственных

препаратов имеют совершенно определенные показания:

- Необходим немедленный лечебный эффект.
- Лекарственное средство не может быть введено через рот, потому, что разрушается в желудочно-кишечном тракте или не всасывается в кровь.
- Лекарство можно выпить, но сделать это нельзя – отсутствие сознания, рвота, или просто уже упомянутое нами детское «не хочу».
- Конкретный лечебный эффект конкретного препарата более выражен или более продолжителен при инъекционном введении.

3.33. СТРАШНЫЙ ДОКТОР

«Они не только стреляют из пушки по воробьям, но и не попадают в воробьев.»

Р. Фишер

Взаимоотношения ребенка и медицины базируются на теоретической подготовке в домашних условиях. Наиболее распространенный учебник на эту тему – знаменитая книга К.И. Чуковского «Доктор Айболит». Гениальный доктор – идеал врача в детском восприятии: дает шоколадки, потчует гоголем-моголем, иногда ставит градусники. Сложные оперативные вмешательства, например, пришивание ножек зайке, выглядят весьма безобидно. Ничего плохого (страшного и болезненного) доктор своим пациентам не делает, что вызывает в отношении Айболита повышенную любовь детского населения и патологическую зависть практических врачей-педиатров.

Реальная жизнь – реальные болезни и реальные больницы – вносят свои коррективы. Милая сказочная теория уступает место практике. Большинство контактов с медициной – боль, страх, неудобства и другие маленькие и большие неприятности.

Вечный вопрос – кто виноват? Почему ребенок и врач с трудом находят взаимопонимание? Почему сплошь и рядом дети испытывают страх и антипатию по отношению к медицинским работникам? Почему доктор Айболит хороший, а наш врач Мария Ивановна плохая?

Ответы на поставленные вопросы имеют своей основой целый ряд объективных и субъективных факторов. Вначале поговорим о факторах объективных, о тех вещах, в отношении которых улучшить существующую ситуацию практически невозможно.

Итак, уже на этапе профилактики болезней (еще раз подчеркну – не лечения, а только профилактики) система наблюдения за ребенком предусматривает взятие клинического анализа крови, осмотры участкового педиатра и врачей-специалистов, а также профилактические прививки. Взять кровь безболезненно невозможно, прививки без уколов – мечта, ну разве что вакцина против полиомиелита приятное исключение. А осмотр отоларинголога, а страшная темная комната в кабинете окулиста, а невропатолог с молотком в руках?

Что уж говорить о болезнях! И без того плохо, а тут еще бесконечные уколы, клизмы, заглядывания в рот, щупанья живота, горькие лекарства и все время рядом со страхом, рядом с болью, рядом с запретами и ограничениями суетятся люди в белых халатах.

Субъективных факторов значительно больше. И разговор о них будет, разумеется, более подробный, ведь имеются вполне реальные возможности воздействия на существующее положение вещей.

Ключ к пониманию: в многократно упомянутой нами системе «врач-ребенок» существует важнейшее промежуточное звено – родители и лица, приближенные к последним (дедушки-бабушки, дяди-тети, братья-сестры).

Совершенно очевидно, что до контакта с медициной осуществляется внутрисемейная подготовка, а после контакта – опять-таки внутрисемейный «разбор полетов». Исходная концепция – вполне логична. Ну какому здравомыслящему родителю придет в голову

сказать ребенку: «сейчас мы пойдем в поликлинику, где тебе сделают больно». Человеку очень важно быть, или, по крайней мере, казаться хорошим, если не в собственных глазах, то уж наверняка в глазах окружающих. Обозначенное общее правило, применительно к собственным детям, повсеместно и неукоснительно выполняется. Плохим может быть кто угодно – противный дядя врач, нехорошая тетя, которая уколола пальчик – но никогда не могут быть плохими мама и папа.

Отсюда **первая проблема** – *прямое противопоставление добра (мамы, папы) и зла (врачей и медсестер)*.

Вторая проблема в том, что, *несмотря на все родительские попытки хорошими быть, быть хорошими не получается*. Хотя бы потому, что обманывать ребенка долго не удастся. Пообещали, что не больно и не страшно, а было и больно и страшно.

Третья проблема – *проблема непосредственного контакта врача и ребенка*. Индивидуальный подход, нахождение общего языка, выявление и учет конкретных особенностей характера – все это требует от врача «всего» трех вещей: желания, умения и времени. На первый взгляд весьма парадоксальным выглядит тот факт, что при избытке умений и желаний, фактор времени оказывается решающим. Но это только на первый взгляд. Попробуйте найти общий язык, когда за дверью кабинета очередь, или когда в перспективе 20 вызовов на дом. Добрый дедушка профессор всегда лучше «просто врача», и не просто лучше, а лучше в три раза. Почему? Да потому, что по отношению к отдельно взятому ребенку у него: 1) больше опыта; 2) больше знаний и 3) больше времени.

Банальная фраза «время – деньги» одинаково актуальна и в банковском деле и в здравоохранении. Сумма, которую зарабатывает врач в единицу времени настолько смехотворна, что даже мысль о необходимости в течение 20 минут уговаривать Петю открыть рот тоже кажется смешной.

Еще одна проблема и опять связанная с материальным благополучием, как здравоохранения, так и народонаселения. *Очень и очень многие болезненные и неприятные методы терапии могут быть абсолютно равноценно заменены приятными, безболезненными, но значительно более дорогими вариантами лечения*. Болезненные уколы антибиотиков в 70-80% случаев оказываются не нужными. Те же препараты можно назначать внутрь в виде сладких микстур. Но стоимость этих препаратов (как правило, импортных) нередко оказывается в 2-3 раза выше, чем лечение уколами. Садистские процедуры, вроде банок и горчичников, распространенные, кстати, исключительно на территории бывшего СССР, по логике должны быть заменены разнообразными физиопроцедурами, квалифицированным лечебным массажем. Мы уже не говорим о стоматологии – уникальной области медицины, в которой доброта или, наоборот, «страшность» врача напрямую зависят от кармана родителей пациента.

Особый разговор – необходимость уложить ребенка в больницу. Вот уж где есть чего бояться! То маму не пускают, то не разрешают есть любимые бананы, то кровь берут каждый день. А уколы? Какое бы место не болело до лечения, но через 2-3 дня попа болит гораздо сильнее. А причина всему – все те же люди в белых халатах.

Где же выход? Есть ли он вообще? Как все-таки добиться того, чтобы врач и ребенок были добрыми друзьями? Позволим себе в этой связи небольшое лирическое отступление, которое касается не столько родителей, детей и врачей, сколько организаторов здравоохранения.

Врач и для ребенка, и для родителей ребенка должен быть своим, близким человеком. С которым общаются не только когда плохо, но и, хотя бы иногда, в те дни, когда хорошо.

В идеале врача ребенку не государство должно назначать (именно так и происходит, когда речь идет об участковом педиатре), а родители должны выбирать. Логично в этой связи, чтобы труд такого врача оплачивался самими родителями, а не государством. Но это все теория: 90% всех детских болезней – болезни инфекционные, а лечение инфекционных болезней в индивидуальном порядке законом запрещено. Поэтому *теоретически* проблемы

индивидуального подхода, врача-друга, взаимосвязи умений, желаний, квалификации и оплаты труда вроде бы не сложно решить, хотя бы для той части населения, которая может оплачивать услуги врача. Но *практически* это невозможно потому, что, пропагандируемый в последнее время институт семейных врачей, на самом деле получается полусемейным, поскольку врач – человек государственный (бюджетный), а значит бедный, ограниченный во времени и думающий о том, чем кормить собственных детей. Еще раз подчеркну: не государственным (частным) семейный врач, при существующих законах, быть не может, потому, что имеет полное право лечить язву желудка у папы, вегето-сосудистую дистонию у мамы, но не имеет никакого права лечить ребенку понос, ветрянку или скарлатину.

Повсхлипывая по поводу несовершенства законов и глобальной бедности, вернемся к реалиям бытия.

Итак, **цели и задачи родителей**, способы реализации.

– Не только касательно медицины, но и в жизни вообще, следует добиваться того, чтобы слово «надо» употреблялось редко, но при его употреблении выполнялось обязательно. *Педагогика заканчивается там, где вопли и крики способны «надо» изменить на «не надо».*

– Очень важно помнить о том, что *антипатия ребенка к медицинским работникам, мягко говоря, не способствует меньшей болезненности медицинских процедур*. Осмотреть полость рта при любой болезни врач просто обязан, и он это сделает вне зависимости от того, захочет Маша открывать рот или нет. В последнем случае будет больно и неприятно.

– **Категорически нельзя врать!** Ни про то, что будет не больно, ни про то, что в больницу не пойдут. Нельзя давать обещаний, которые могут оказаться невыполнимыми, а потом сваливать на докторов собственные педагогические огрехи («завтра я тебя из больницы заберу»; «я не могу тебя забрать, врачиха не отпускает»).

– Ребенка в принципе лучше не запугивать, но одно дело пугать мифическими понятиями (бабой Ягой, дедом Бабаем, сереньким волчком который кусает за бочок и т.п.) и совсем другое – реально существующими явлениями. Со всей определенностью заявляю, что *запугивание врачами, больницами и уколами следует рассматривать как одну из наибольших педагогических глупостей*. За примерами и цитатами далеко ходить не надо: ешь, а то положим в больницу; если не будешь спать, придется делать тебе уколы; сейчас вызовем врача, тогда узнаешь, как маму не слушаться...

– Разъяснительные беседы с детьми всегда должны подчеркивать тот факт, (кстати, вполне очевидный) что данный, пусть даже весьма *противный и неприятный вариант лечения, обусловлен именно болезнью, а не желаниями врача быть в свою очередь противным и неприятным*.

– Даже если Вы не считаете врача добрым хорошим и ласковым, не надо ребенку об этом сообщать. Категорически *недопустимо критиковать и критически обсуждать медицинских работников в присутствии детей*. Нельзя заставить ребенка полюбить врача, если аналогичной любви по отношению к врачу он не наблюдает со стороны других членов семьи.

– Возьмите на себя часть запретов, ограничений и требований – пусть необходимость постельного режима и глотания горькой таблетки, потребность в определенной (но нелюбимой пище) и визите в поликлинику исходят от Вас. Постоянными ссылками на врача, из-за которого все эти неприятности возникли, улучшить ситуацию вряд ли удастся. Но разлюбить родителей невозможно, а сформировать антипатию по отношению к доктору – очень легко.

Помогите врачу быть хорошим!

ПОСЛЕСЛОВИЕ, ПРОСЬБЫ И КООРДИНАТЫ

«Только кончая задуманное сочинение, мы уясняем себе, с чего нам следовало его начать.»

Блез Паскаль

Прошло чуть более трех лет с тех пор, как в 1996 году издательство «Фолио» выпустило мою книгу «Начало жизни Вашего ребенка».

Сотни полученных автором писем – с вопросами, предложениями, пожеланиями – явились главным побудительным мотивом к тому, чтобы продолжить наше общение.

Две главные просьбы читателей, – во-первых, предоставить более подробную информацию о детских болезнях и, во-вторых, не ограничивать тематику книги первым годом жизни ребенка.

Настоящее издание по возможности учло эти пожелания и включило в себя дополненный и переработанный вариант книги «Начало жизни...». Естественно, что дополнения – это, по своей сути, ответы на вопросы авторов писем, а переработка – уточнение и дополнительное «разжевывание» непонятностей.

Автор прекрасно отдает себе отчет в том бесспорном факте, что книга, которую Вы держите в руках, ни к коей мере не является энциклопедией. Необъятность темы, особенно в отношении болезней, создает совершенно очевидные предпосылки для наших последующих встреч. Уж слишком много актуальных белых пятен осталось.

Заранее предвижу упреки читателей, которые не найдут в этой книге ответы на многие актуальные вопросы, да и сам вижу пробелы. Почему про отит и аденоиды написано, а про гайморит не написано? Почему воспаление легких есть, а бронхита нет? Почему есть хламидии, но отсутствуют глисты? А где неотложная помощь, бронхиальная астма, вегето-сосудистая дистония, дискинезия желчевыводящих путей, болезни крови, всякие неврологические проблемы, шумы в сердце? А что делать с двойней или с недоношенным ребенком? А про анализы и другие обследования? Про гемоглобин, лейкоциты, белок в моче, про мазки из горла, про УЗИ и рентгены...

В оправдание замечу следующее. Автор не является профессиональным писателем. Автор всего-навсего практический врач-педиатр. И все что Вы прочитали и, надеюсь, еще прочитаете, пишется в свободное от педиатрии время, которое, по вполне понятным причинам, ограничено. Позволить себе *только писать* невозможно, поскольку незамедлительно теряются представления об актуальности тех или иных проблем.

Наше с Вами общество, наши с Вами руководители, наше с Вами здравоохранение, наш с Вами образ мыслей и наши с Вами семейные взаимоотношения породили некую особую, специфическую науку. В недалеком прошлом она называлась «советская педиатрия», а во что она превратилась сейчас, не знает никто. Эту науку нельзя понять вне практической медицины, именно нашей, отечественной практической медицины, – куда уж там местным министрам-академикам или импортному доктору Споку.

Как объяснить ненашенскому врачу или ненашенскому больному значение фразы: «не могу оплатить услуги бесплатного здравоохранения»?

Как должен поступить врач, если в ответ на слова «не надо есть апельсины», кормящая грудью мамочка отвечает: «а мне очень хочется»?

Как лечить правильно, если пациент не может себе позволить правильное лечение?

Как вообще может лечить правильно, замученный бытом и униженный государством врач, врач, не имеющий средств для приобретения специальной литературы, врач, знакомый с компьютером лишь теоретически, с гнетущим чувством собственной неполноценности воспринимающий всякие разговоры про интернет и базы данных? Я уже не говорю про «съезд врачей-педиатров в Лондоне» – базар в Кржижанополе явление более актуальное!

И, с учетом всего этого, да простят меня читатели за публицистический характер многих абзацев этой книги. Иначе не получается.

* * *

Автор предвидит и нисколько не сомневается в том, что, по прочтении его "труда", у читателей могут возникнуть вопросы, замечания и возражения. И это вполне резонно, поскольку сам процесс воспитания детей относится к области человеческого знания, в которой каждый взрослый человек в той или иной степени считает себя специалистом.

Автор заранее выражает искреннюю признательность всем, кто найдет время и желание для того, чтобы высказать свои соображения, предложения и пожелания.

Автор очень надеется на то, что наше с Вами общение не заканчивается. Нам еще многое необходимо обсудить. Но наиболее актуальные темы, то, о чем следует писать незамедлительно и в первую очередь – давайте выбирать вместе.

До новых встреч и удачи нам всем!

* * *

КООРДИНАТЫ:

Почтовый адрес:

310105 Украина.

г. Харьков –105

Абонентский ящик 8338

Комаровскому Е.О.

E-mail:

komar@kharkov.com

ПРИЛОЖЕНИЕ. ДНЕВНИЧОК

(просто так, на память)

«Позвольте, товарищи, у меня все ходы записаны!»

И. Ильф, Е. Петров.

Этот дневничок рассчитан на особо дисциплинированных читателей, склонных к анализу своих поступков и поступков окружающих. В конце концов, а вдруг Вы захотите сохранить в своей памяти незабываемые моменты, связанные с беременностью, родами и образом жизни Вашего ребенка.

Дневничок может пригодиться в следующих случаях:

- Когда, например, вылетит из памяти номер телефона поликлиники и имя Вашего врача;
- Когда Вы сами станете бабушкой и дедушкой – будете с помощью этих записей доказывать «молодым» правильность Ваших взглядов;
- Когда захотите еще одного ребеночка;
- Когда возникнут затруднения, при ответе на вопрос: – А что Вам назначали, в прошлом году, когда был бронхит?
- Когда... ну просто когда делать будет нечего!

БЕРЕМЕННОСТЬ

Странички заполняются исключительно мамой.

Имя

Фамилия
Отчество
Домашний адрес
Номер домашнего телефона
Возраст
Дополнительная информация
Рост
Вес в начале беременности
Вес в конце беременности
Группа крови
Резус-фактор

Предполагаемая дата зачатия:

Год
Месяц
Дата, день недели
Время суток
Дополнительная информация

Ваша поликлиника

Номер
Адрес
Телефон для вызова врача на дом
Телефон главного врача
Дополнительная информация

Ваш акушер-гинеколог

Фамилия
Имя
Отчество
Номер кабинета
Часы приема:
Понедельник
Вторник
Среда
Четверг
Пятница
Суббота
Какая беременность по счету
Когда Вы стали на учет в поликлинике
Что сказал врач (советы, рекомендации)

Посещения врачей во время беременности

Дата
Что сказали. Советы. Рекомендации. Что делать и когда прийти в следующий раз.

Результаты ультразвуковых исследований (УЗИ)

Дата
Что сказали. Когда прийти в следующий раз.

Течение беременности

Токсикоз, что хотелось и чего не хотелось, как вел себя муж, как вел себя ребенок, чем

Вы занимались (работа, чтение, гуляние, питание, отдых).

Краткие биографические данные о счастливце, которому Вы разрешили стать отцом Вашего ребенка.

Имя

Фамилия

Отчество

Возраст

Группа крови

Резус-фактор

Дополнительная информация (вес, рост, цвет глаз, вредные привычки, профессия, доходы, и т.д. и т.п.)

РОДДОМ

Когда почувствовали, что пора рожать

Когда вызвали «скорую помощь»

Когда она приехала

Когда вас привези в роддом

Дополнительная информация

Номер и адрес

Телефоны

Фамилии, имена, характеристики медицинских работников

Роды

Продолжительность. Как Вам помогли. Что говорили. Ваши ощущения.

Рождение ребенка.

Год

Месяц

Дата, день недели

Время

Знак зодиака

Сразу ли закричал

Вес

Рост

Окружность головы

Окружность груди

Группа крови

Резус-фактор

Что сказал врач (акушерка)

Первая беседа с педиатром

Когда приложили к груди

Когда сделали прививку БЦЖ

Дата выписки из роддома

Процесс выписки (кто и на чем забирал, что говорили и т.д.)

Дополнительная информация.

ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Номер

Адрес

Телефон для вызова врача на дом

Телефон главного врача

Дополнительная информация**Ваш участковый педиатр**

Фамилия

Имя

Отчество

Номер кабинета

Часы приема:

Понедельник

Вторник

Среда

Четверг

Пятница

Суббота

Посещения участкового педиатра и медицинской сестры

*Дата, время. Что сказали. Советы. Рекомендации. Диагнозы.***Осмотры врачей специалистов.**

Хирург-ортопед

Отоларинголог

Невропатолог

Окулист

Дерматолог

Кардиоревматолог

Дата. Что сказали. Советы. Рекомендации. Диагнозы.

Прививки

Дата

От какой болезни и каким препаратом прививали. Когда прийти в следующий раз.

Как перенес ребенок (поведение, аппетит, температура тела и т.д.)

Реакция Манту

Дата Результат

РЕБЕНОК**Вес и рост**

Месяцы, годы Вес Рост

Месяцы 1 – 12

Годы 1-14

Что и когда?

Зажила пупочная ранка

Держит голову лежа на животе

Держит голову в вертикальном положении

Следит за игрушкой

Поворачивается к источнику звука

Тянется к игрушке

Улыбается

Поворачивается на бок

Смеется

Ползает

Сидит с поддержкой
 Сидит без поддержки
 Ходит с поддержкой
 Ходит самостоятельно
 Зубы
 Звуки, первые слова

Витамин Д.

Наименование препарата, дозировка.

Температура в детской комнате

Дата, время, температура □С.

Гуляние

Дата
 Продолжительность
 Погода

Купание

Дата
 Продолжительность
 Температура воды

Кормление

Что, сколько, когда, как

Летний отдых

Когда, где, подробности.

Детский сад.

Номер
 Адрес
 Телефоны
 Ф. И. О. сотрудников.
 Подробности (поведение, настроение, болезни, карантины, прививки, врач детского сада, друзья, подруги, еда, прогулки и т.д.)

Школа.

Номер
 Адрес
 Телефоны
 Ф. И. О. учителей.
 Подробности.

БОЛЕЗНИ

Даты заболевания и обращения за медицинской помощью.
 Диагноз. Назначения. Подробно, что принимал ребенок (наименование препарата, дозы, кратность приема).
 Течение болезни. Выздоровление.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Фраза "не профессор и даже не доцент" вовсе не свидетельствует о негативном

отношении автора к профессорам и доцентам. Хотя определенная часть читателей откажется, по-видимому, получать информацию от человека, не обремененного степенями и званиями. Жаль, конечно. Но вот уже без малого 20 лет я имею самое прямое отношение исключительно к практической медицине, к лечению детей. Санитар, медбрат, врач, заведующий отделением областной больницы. И 10 лет из этих 20-ти отданы отделению реанимации. Чего только не пришлось увидеть за эти годы... Десятки больниц. Сотни врачей. Тысячи детей, тысячи мам, пап, бабушек, дедушек. Тысячи, дающие мне возможность и моральное право писать эту книгу, не будучи ни профессором, ни доцентом.

2. Педиатр – врач, занимающийся оказанием лечебной и профилактической помощи детям. Поскольку книга все-таки имеет отношение к медицине, то без «особо умных» специальных слов обойтись вряд ли удастся.

3. Потери, как Вы понимаете, могут быть самые разные – от потери здоровья до потери времени. Про финансовые затраты мы уже и не говорим.

4. Не высовываться

5. Заметим: непринципиально, кем этот вид создан – Богом или эволюцией.

6. Читателям, возмущенным обещанием автора изъясняться попроще и не употреблять особо "умных" словечек, сообщаю: слово "генотип" входит в учебную программу по биологии обычной средней школы.

7. Исключения, правда, бывают (читай "Новый завет"), но они очень редки.

8. По крайней мере, в обозримом для автора географическом пространстве.

9. К вопросу об оценке врачебного труда. В первом издании книги «Начало жизни Вашего ребенка» автором было отмечено, что на момент написания указанных строк месячный труд специалиста с дипломом о высшем медицинском образовании оплачивался так же, как 1 час работы проститутки. Мне очень хотелось бы исключить предыдущее предложение из второго издания книги, но своей актуальности оно, к сожалению, не утратило.

10. Токсикоз беременных – общее название всевозможных болезненных состояний, возникающих во время беременности, осложняющих течение беременности и прекращающихся после беременности.

11. обратите внимание на интонацию – не категорически "нельзя", а просто, тихо и по-человечески "не надо".

12. Неонатолог – педиатр, специалист по новорожденным.

13. Именно такая минимальная температура должна быть в палате новорожденных роддома в соответствии с инструкциями.

14. Именно так называется находящаяся в роддоме женщина, которая уже родила. Та которая не родила называется роженица. О, великий и могучий русский язык!

15. О женской груди и молоке позже и подробнее в отдельной главе.

16. Кстати, рекомендации врачей в отношении питания родильницы прекрасно иллюстрируют различие во взглядах гинекологов и педиатров. Гинекологи требуют давать шоколад, чтобы мама побыстрее восстановила силы, а педиатры, наоборот, давать шоколад не разрешают, поскольку знают, что ребенку подобное восстановление сил выйдет боком.

17. «Единственная моя ошибка, что подозреваю родителей в способности логично мыслить», – так сказал знаменитый педиатр и педагог Януш Корчак. Как хочется, чтобы читатели этой книги стали исключением...

18. Словарь русского языка. Составитель С.И. Ожегов. Москва, 1953 г.

19. Поясняю: если ребенок действительно серьезно болен, его лечение продолжается в специальных отделениях патологии новорожденных или отделениях для недоношенных детей. В этом случае попасть домой в первые 28 дней после рождения – то есть в периоде новорожденности – не всегда удается, а если удалось, значит, самое страшное, по-видимому, уже позади.

20. Стафилококки вызывают огромное количество болезней – от воспаления легких и поноса до менингита; стрептококки – ангину, скарлатину, ревматизм, рожистое воспаление; дифтерийная палочка – дифтерию; сальмонеллы – тяжелейшие кишечные инфекции.

21. Выводы эти, как правило, делают не авторы книг и учебников, а родители.

22. Потовые железы у новорожденного развиты плохо, то есть он самой Природой приспособлен к потере тепла именно посредством дыхания.

23. Опрелость – воспаление кожи, возникающее, главным образом, в ее складках.

24. Молочница – воспаление слизистой оболочки полости рта, вызванное дрожжеподобными грибами.

25. Воплощать это правило в жизнь необходимо, разумеется, не в 5 лет и не в 10, а с момента рождения.

26. Автору почему-то кажется, что у большинства читателей нет кондиционеров и установок искусственного климата. Открытая форточка – наиболее распространенное техническое устройство для снижения температуры воздуха в помещении. Разговор о сквозняке в этом случае может оказаться вполне уместным.

27. Определение из Толкового словаря.

28. Кстати, прислуга не обязательно должна быть со стороны (работник наемного труда). Нередки случаи, когда в качестве прислуги молодой папа рассматривает собственную жену или тещу, а молодая мама – свекровь.

29. Существует еще один важный критерий, читайте о нем в главе 5 – раздел "Чем и в каких количествах поить".

30. Двухмесячный сын моих приятелей обладал уникальным талантом пускать струю через собственную голову (в положении лежа на спине).

31. По данным зарубежных авторов, от 20 до 30% детей, умирающих в возрасте от 1

недели до 1 года погибают именно от синдрома внезапной смерти младенца.

32. Вполне возможно, что выработанная в раннем детстве привычка к головокружению способствует возникновению вредных пристрастий. Ведь по своей сути, укачивание такая же вредность, как курение или алкоголизм.

33. Вполне возможно, что, по науке, новорожденный – это ребенок от момента рождения до 28 дней. Но что в этой информации для родителей? Да ничего! Ведь уход за малышом в 20 дней и в 40 совершенно одинаков. Другое дело, незажившая пупочная ранка, когда нужны особые предосторожности. И, с точки зрения здравого смысла, новорожденный перестает быть новорожденным после того, как зажил пупок – последнее связующее звено между ребенком и организмом его матери. Понятно, что один младенец перестает быть новорожденным в 7 дней, а другой в 14. Но главное – все они разные. И родители в своих действиях должны ориентироваться не на календарь, а на сигналы, которые подает Природа.

34. Автор логично подразумевает, что воду Вы берете из крана или колодца, а не из лужи, реки или пруда.

35. На самом деле, можно и 20(, просто теплой водой легче отмыть то, чем он себя запачкал.

36. Я уверен, что любой здравомыслящий родитель, зная как поступить в стандартной ситуации, сможет использовать эту информацию применительно к реальным условиям существования его семьи.

37. И здесь, и далее, говоря о балконе, автор подразумевает второй вариант стандартной ситуации – определенное место во дворе при условии, что Вы имеете свой дворик. Очень важно, чтобы ребенка можно было увидеть, не выбегая во двор, и услышать, когда он заплачет.

38. Гормон – вещество, выделяемое в кровь железами внутренней секреции.

39. Подчеркиваю: речь идет не об исключении жирной пищи, а об употреблении ее в меньших количествах. Полностью исключать жиры, например, борясь за свою фигуру, вообще недопустимо, хотя бы потому, что многие витамины растворяются исключительно в жирах.

40. Инстинкт – врожденная способность совершать целесообразные действия.

41. Удивительно, но женская грудь и молочная железа – это одно и то же.

42. Антисептик – вещество, обладающее противомикробной активностью.

43. Признаки нагноения местные – гнойное отделяемое из трещин, постоянная краснота вокруг них. Признаки нагноения в самой железе – постоянная боль, часто пульсирующая, уменьшающаяся при контакте с холодным, отчетливое повышение температуры кожи груди, плюс краснота или синюшность, болезненные участки уплотнения, гнойные выделения из соска.

44. Сонный мужчина – вял и зол. Лучше добрый и активный муж, чем якобы дисциплинированный ребенок.

45. Это обязательно произойдет, если молоко действительно не будет оставаться в груди.

46. Автор совсем ничего плохого не хочет сказать про фокусников, выступающих в цирке. Но морочить людям голову за пределами арены совсем не обязательно.

47. Ночью ребенку редко удастся покричать в одиночку – минут через 20 к нему подключаются бабушки, которые в ярких и образных народных выражениях сообщают родителям про их педагогическую несостоятельность. Недели через две все члены семьи имеют возможность спать (кроме мамы, разумеется, которая выполняет функции детской кровати).

48. Приведенные рекомендации по изготовлению соски актуальны, когда ребенок питается из маминой груди хотя бы эпизодически. Если же речь идет об искусственном вскармливании – бояться нечего, потому что нечего бросать. Но в любом случае из перевернутой бутылочки жидкость не должна бежать струйкой, оптимально – капля в секунду.

49. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ, принятая в 1989 году и адресованная медицинскому персоналу больниц, роддомов, поликлиник, организациям социальной защиты материнства и детства.

50. Справочник по детской диететике/Под ред. И.М. Воронцова, А.В. Мазурина. – Л.: Медицина, 1980. Стр.25.

51. Суть слова «адаптированная» – приспособленная, соответствующая потребностям ребенка.

52. Гиповитаминоз – заболевание, причиной которого является недостаточное поступление в организм какого-либо витамина.

53. Соевая смесь, как мы уже знаем, используется при непереносимости белка коровьего молока. Не часто, но чаще чем хотелось бы, встречается другой вариант непереносимости – непереносимость молочной кислоты (лактатозы). Для подобных ситуаций и созданы низколактозные смеси.

54. Рахит (гиповитаминоз D) проявляется нарушением образования и развития костей, а в некоторых случаях – различными нарушениями со стороны нервной системы и внутренних органов.

55. Говоря о пребывании на солнышке, автор имеет в виду попадание на кожу ультрафиолетовых лучей. Следовательно, если Вы в шубе, а ребенок в закрытой коляске, то лучше выпить витамин Д.

56. Происходит это не мгновенно. Для очистки легких требуется хотя бы 15 минут.

57. Нельзя забывать и о том, что вода хлорируется с целью дезинфекции, а концентрация паров хлора в воздухе ванной комнаты может быть довольно значительной. Взрослых хлором не удивишь, однако, новорожденному это совсем ни к чему.

58. Самый известный народный способ измерения температуры без всяких термометров – опустить в воду локоть. Это действительно позволяет ребенка не ошпарить.

Но вода, которая Вам покажется нормальной (теплой), для ребенка, наверняка, будет не самой лучшей. Поэтому не отвергайте достижения цивилизации и потратитесь на термометр.

59. Например, одолжить на время термометр у соседа-фотолюбителя и сверить показания с термометром, который купили Вы.

60. На самом деле, по мнению некоторых весьма авторитетных физиологов, температура воды может быть значительно ниже. Но я еще в самом начале книги честно признался, что никакого отношения к экстремизму не имею.

61. Выражение не мое, а М. М. Жванецкого.

62. Я могу, конечно, допустить, что существуют люди, получающие удовольствие от ночного общения с ребенком каждые полчаса. Добиться этого легко: включите в комнате обогреватель, наденьте на ребенка 2 шапочки и 2 распашонки, заверните в 2 пеленки, сверху накройте одеялом. Поите кипяченой водой, а с месячного возраста давайте побольше фруктовых соков. Купайте в теплой воде (37°) не более 5 минут. Его регулярные ночные вопли и Ваши, не менее регулярные, ночные бдения гарантированы. Напоминаю, что с медицинских позиций, человек, причиняющий страдания сам себе, называется мазохистом, а причиняющий страдания другим (собственному ребенку, например) – садистом.

63. Для перенесшего инфаркт бабушки нагрузка, может быть, и плохо, но для ребенка – очень хорошо.

64. И в этом вопросе виден убедительный плюс позднего купания – в 23-24 часа. Нормальный отец, каким бы крупным и ответственным работником он ни был, все-таки должен явиться с работы к 23.00.

65. Лишнюю воду мы после купания удалим, а регулярный контакт с водой для ушей не опасен, в том случае, разумеется, если начало контакта и привычка к нему приходится на период новорожденности. Кроме этого, необходимо знать, что в слуховом проходе постоянно вырабатывается ушная сера, роль которой сводится к очистке уха от пыли и грязи. Увлажняя серу, мы предотвращаем излишнее ее накопление и поддерживаем должную чистоту.

66. Простите за нелитературное слово "какать", но выражение "совершать акт дефекации", по-моему, тоже не очень подходит к 4-х месячному ребенку.

67. Обращаю внимание: ежедневная обработка ребенка маслом не является обязательной. Если проблем с кожей нет, то профилактическое смазывание складок 1-2 раза в неделю вполне достаточно.

68. Если забыли как – смотрите в предыдущей главе.

69. Не надо бояться плоскостопия. Ведь на улице ребенок будет ходить в обуви, а босиком – только в доме.

70. Извините, но другого слова (более приличного) мне подобрать не удалось.

71. О простуде читай так же в главе про острые респираторные вирусные инфекции.

72. Необходимое уточнение: употребляя словосочетание «детская комната» автор

имеет в виду место, где ребенок спит. Логичнее, конечно, было бы говорить о «детской спальне», но рядовому нашему соотечественнику трудно представить себе, настолько странную, жизнь, когда у ребенка есть не только своя спальня, но и своя детская комната, где можно играть и учиться. Настоящее уточнение приводится для особо везучих товарищей, успешно решивших проблемы жилой площади.

73. В дальнейшем просто «Система».

74. Знаменитая вакцина против туберкулеза называется БЦЖ.

75. Выражение «не прививка, а проба» весьма принципиально. После проб не бывает общих реакций – не повышается температура, не изменяется самочувствие. Местная реакция, т.е. непосредственно в том месте куда укололи, вполне может быть, собственно для этого проба и делается.

76. Календарь профилактических прививок постоянно пересматривается. Это зависит от эпидемической ситуации, появления новых вакцин, наличия средств у государства. Современный календарь предусматривает, например, прививки против гепатита В, но их почти нигде не делают – нет денег на вакцину. Конкретно сроки прививок Вы всегда можете уточнить у Вашего педиатра, а я эти сроки сознательно приводить не буду.

77. Неудивительно, что частота серьезных реакций на вакцину против коклюша приводит к ограничениям на ее применение. Так ослабленным детям, или детям с болезнями нервной системы, для которых очень опасна высокая температура тела, вводят вакцину АДС – не содержащую коклюшного компонента.

78. Под получением я понимаю ситуацию, когда, из 4 назначенных врачом препаратов, пациенты выбирают 2 по своему личному усмотрению. Ускоренное лечение – это когда, опять-таки, к 4 препаратам, опять-таки по личному усмотрению, приплюсовываются еще 4.

79. В специальной медицинской литературе можно найти десятки самых разнообразных определений понятия «иммунитет». Самое короткое, и, с точки зрения автора, самое удачное звучит так: «Иммунитет – система поддержания генетического гомеостаза». Поясню, что гомеостаз – это постоянство внутренней среды организма.

80. Кстати, все, о чем мы говорили в «Начале жизни Вашего ребенка», как раз и ставило своей целью организацию именно такого образа жизни ребенка, при котором иммунитет развивается естественно – мы не рекомендовали ничего особенного для его (иммунитета) избыточной стимуляции и очень просили не мешать его (иммунитета) нормальному развитию.

81. Теперь понятно, что воспаление легких – это не инфекционная и не только потому, что она не заразна. Нет четкой взаимосвязи – «болезнь-микроб». Ведь воспаление легких может быть вызвано сотнями, если не тысячами самых разнообразных микроорганизмов.

82. Специалисты, конечно, могут придаться и сообщить, что, ту же дизентерию, могут вызвать несколько разных микробов. Это действительно так, но все эти разные микробы – лишь варианты одного микроорганизма – дизентерийной палочки, точно так же как вирус гриппа имеет свои варианты – грипп А, В, С и т.д. В то же время, сам факт наличия вариантов, больше интересен медикам, чем среднестатистическим папам, мамам и их детям.

83. До 1958 года в мире ежегодно диагноз «натуральная оспа» ставился, в среднем, 250 тысяч раз. В 1958 году ВОЗ начала кампанию по полной ликвидации оспы. В 1980 г было объявлено, что планета Земля свободна от натуральной оспы.

84. Выражение «гибнут довольно быстро» весьма условно. Вирус, например, гриппа в воздушной среде может существовать максимум 4 часа. В осевших во время кашля и высохших на постельном белье каплях слизи он живет 10-14 дней, а в комнатной пыли – до 5 недель!

85. Просто сказать, что грипп самая тяжелая из всех ОРВИ нельзя. Бывает и потяжелее и поопаснее. Есть такой, довольно распространенный вирус, который носит весьма сложное название «респираторно-синцитиальный» или РС-вирус. Это микроб поражает слизистую оболочку самых мелких бронхов (бронхиол), вызывая бронхиолит – самый тяжелый вариант ОРВИ, поражающий маленьких детей – как правило первого года жизни.

86. Для того, чтобы Вам было легче воспринять эту информацию, настоятельно советуем перечитать раздел «Температурный режим детской комнаты» в главе «Принципы ухода за ребенком и их воплощение в жизнь».

87. Для любознательных замечу: ни одно фармакологическое средство даже приблизительно не может сравниться с отваром малины по способности активизировать потообразование.

88. В отношении доз заметим следующее. Многие взрослые, испытав на себе отечественный парацетамол, скептически относятся к его эффективности. И это неудивительно, поскольку средний-взрослый знает только одну дозу: «1 таблетка». А наш парацетамол всегда выпускался и сейчас выпускается в таблетках по 200 мг – это примерно, доза ребенка 4-5 лет .

89. На человеческом языке, вытекающая из носа слизь называется "сопли".

90. В случае, когда аптека далеко или бежать туда нет времени, можете сделать некоторое подобие физиологического раствора сами – на 1 литр кипяченной воды добавьте 1 чайную ложку соли, если же быть более точным – 9 грамм.

91. Тем не менее, сосудосуживающие капли обязательно должны быть в доме, поскольку являются средством неотложной помощи при частом осложнении ОРВИ – воспалении среднего уха (отите). Подробности в соответствующей главе.

92. Вирусный круп представляет собой очень серьезную проблему для многих семей. Желаящих получить более подробную информацию, мы адресуем к монографии Е.О. Комаровского "Вирусный круп у детей", выпущенной в 1993 году Харьковским издательством "Фолио".

93. Автор, конечно же не согласен с приведенным эпитафием «вообще». Но, применительно к вирусным инфекциям, о которых пойдет речь ниже, эта цитата вполне справедлива.

94. Околоушная слюнная железа, по-латыни – glandula parotis, а ее воспаление – паротит, отсюда и название болезни.

95. Панкреатит – воспаление поджелудочной железы; менингоэнцефалит – воспаление головного мозга и его оболочек, нефрит – воспаление почек, артрит – воспаление суставов.

96. При вирусном гепатите врачи стараются не назначать противорвотные лекарства, поскольку большинство из них разрушается в печени, что может только ухудшить состояние больного.

97. Про алкоголь сознательно не упоминаю: с одной стороны это вроде как само собой разумеющееся, с другой книга наша вроде как про детей.

98. Экзантема – специальный медицинский термин, общее название сыпей на коже.

99. Паралич – полное отсутствие произвольных движений мышц в связи с тем, что невозможно проведение сигнала по соответствующим нервным стволам.

100. Специалист по профилактике бешенства и лечению вакциной называется рабиолог (бешенство по-латыни – rabies). Кстати, именно рабиологи в полной мере владеют информацией о том, насколько распространено бешенство в районе Вашего проживания, какие животные наиболее опасны и т.д.

101. Про лимфоидную ткань читай также в главах «Ангина» и «Аденоиды».

102. Онкогенный – значит способствующий возникновению онкологических (раковых) заболеваний.

103. Гематолог – специалист по болезням крови.

104. Иммунодепрессанты – особые лекарственные препараты, угнетающие иммунитет и препятствующие процессу отторжения пересаженного органа

105. Мутация – особое свойство, присущее всем живым организмам, суть которого состоит во внезапном изменении генотипа (что такое генотип, смотри во второй главе). Понятно, что мутации бывают полезные и вредные, хотя это с какой стороны смотреть. Со стороны бактерии, внезапно появившаяся способность не реагировать, к примеру, на пенициллин – это очень хорошо, ну а со стороны человека – очень плохо.

106. Ослабленный токсин, используемый для создания иммунитета при проведении профилактических прививок, носит название анатоксина.

107. Помимо дифтерии зева, встречаются и более редкие формы болезни – дифтерия носа, дифтерия глаза, дифтерия половых органов. Редкие формы обычно протекают легче, чем классическая дифтерия зева. Особый случай – дифтерия гортани, но об этом подробнее в тексте.

108. Эта особенность – отсутствие высокой температуры тела – является общей для всех экзотоксических инфекций – и для дифтерии, и для ботулизма, и для столбняка. Но если уж температура тела повысилась до высоких цифр (39 С и выше), то это однозначно свидетельствует о значительной тяжести заболевания).

109. Дифтерийный круп еще называют «истинным крупом», а круп при ОРВИ – «ложным крупом».

110. Интубация – введение в гортань и трахею (через рот, или через нос) специальной гибкой пластиковой трубки, через которую больной будет дышать. Трахеостомия – название операции. "Почти" то же самое, что интубация, только трубка, естественно значительно более короткая, вводится непосредственно в трахею, после того, как будет произведен разрез на шее.

111. Эпителий – общее название особого вида тканей, которые покрывают все поверхности человеческого организма – поверхность тела (эпителий кожи), поверхность внутренних полостей – полость желудка, полость мочевого пузыря и т.п., поверхность всех трубок и трубочек – эпителий сосудов, эпителий желчевыводящих протоков, и, разумеется, эпителий дыхательных путей.

112. Обращаю внимание на тот факт, что эритромицин – препарат, который используется при коклюше наиболее часто – принимается ДО еды, оптимально минут за 30.

113. Кстати, зимний коклюш (т.е. коклюш, который начался зимой) протекает значительно легче, в сравнении с летним, что вполне объяснимо и разницей в количестве пыли и температурой воздуха. Раз уж речь зашла о временах года, заметим, что коклюш относится к болезням, при которых совершенно отсутствует сезонность – т.е. вероятность заболеть в течение года постоянна.

114. Понос (синоним – диарея) – учащенная дефекация, при которой кал имеет жидкую консистенцию (определение из «Энциклопедического словаря медицинский терминов»).

115. Достается действительно здорово – вплоть до полного уничтожения. Полное уничтожение миндалин называется, по народному, «удалить гланды».

116. Легкие покрыты тонкой оболочкой – плеврой. Плеврит – воспаление плевры, он часто сопровождается скоплением жидкости, которую необходимо удалять с помощью прокола.

117. Подробности про аденоиды – в следующей главе.

118. Педиатрия: пер. с англ. доп./гл. Ред. Н.Н. Володин, науч. ред. В.П. Булатов, М.Р. Рокицкий, Э.Г. Улумбеков – М., ГЭОТАР, 1996. – 834 с., ил.
Педиатрия. Под ред. Дж. Грефа. Пер. с англ. – М., Практика, 1997. – 912 с., ил.

119. Н. Hirschsprung, 1830-1916, датский врач, описавший это заболевание.

120. По достоинству оценить значение этой цитаты, Вы, наверняка, сможете лишь после знакомства с содержанием главы. Что же касается ее автора, то профессор В.Г. Бочоришвили – настоящий профессионал и специалист в области лечения антибиотиками, в недалеком прошлом директор клиники, которая занималась лечением сепсиса (заражения крови).

121. По поводу профилактической антибиотикотерапии читайте так же в главе «Воспаление легких».

122. Опять-таки не могу удержаться и еще раз процитирую великого Жванецкого: «...если уволиться и сесть писать, то жить на что, а если работать и писать, то жить когда?»