

*În amintirea soției mele
Herta cu care am plănuit, am
scris și am trăit această carte.*

*Pentru nepoții mei
Sandra-Maria și Matei-Felix*

*Cartea este întocmită pentru a fi utilă
(consultată) nu dintr-o dată, ci în funcție de
vârsta și problemele copilului. Așa se explică
unele repetiții și sublinieri.*

*„Mama și copilul“ este cea mai apreciată
carte românească despre dezvoltarea, îngri-
jirea, alimentația și educația copilului.*

Nota autorului

*Față de edițiile anterioare s-a adăugat capitolul 8. Să se prevină!
Este cel mai bine.*

- *Copilul are nevoie de dragoste. Relația mamă-copil-tată*
- *Examene preventive. Orice copil are nevoie de medic*
- *Vaccinările*
- *Creștere. Dezvoltare. Evaluări*
- *Câteva sublinieri despre alimentație*
- *Profilaxia rahitismului*
- *Prevenirea anemiilor carentiale*
- *Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 și 3 ani*

SUMAR

1. SARCINA ȘI NAȘTEREA

1.1. În așteptarea unui copil	7
1.1.1. Precauții pentru un copil sănătos	7
1.1.2. Alimentația gravidei. Să mănânce pentru doi?	9
1.1.3. Curățenia și îngrijirea corpului	14
1.1.4. Mici probleme de sănătate	16
1.1.5. Igiena psihică	18
1.1.6. Câteva indicații generale	18
1.1.7. Gimnastica gravidei	19
1.2. Îngrijiri în maternitate	20
1.2.1. Atitudinea mamei și a tatălui față de nașterea copilului	20
1.2.2. Ce trebuie să se știe despre nou-născut	23
1.2.2.1. Nou-născutul sănătos	23
1.2.2.2. Prematurul	25
1.2.2.3. Dismaturul	27
1.2.3. Îngrijirile nou-născutului în maternitate	27
1.2.4. Incidențe fiziologice	30
1.2.5. Alimentația	32
1.3. Lăuzia	38
1.3.1. Modificările corpului	39
1.3.2. După revenirea acasă	42
1.3.3. Gimnastica lăuzei	43
1.3.4. Măsuri anticoncepționale după naștere	43

2. NOU-NĂSCUTUL (0-28 ZILE)

2.1. Instalarea copilului în familie	45
2.1.1. Cadrul vieții	45
2.1.1.1. Camera copilului	45
2.1.1.2. Îmbrăcămintea (trusoul, laieta)	48
2.1.1.3. Purtarea în brațe	49
2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie	51
2.2.1. Revenirea în familie	52
2.3. Nou-născutul normal	57
2.3.1. Primul examen medical	57
2.3.2. Dezvoltarea fizică	58
2.3.3. Greutatea	58
2.3.4. Talia	59
2.3.5. Perimetre	59
2.3.6. Pielea	59
2.3.7. Craniul	61
2.3.7.1. Bosa serosanguină	63
2.3.7.2. Cefalhematomul	63
2.3.8. Fața. Ochii	63
2.3.9. Gura	64
2.3.10. Urechile	64
2.3.11. Gâtul	64
2.3.12. Toracelul	65
2.3.13. Abdomenul	65
2.3.14. Organele genitale	65
2.3.15. Membrele	66
2.3.15.1. Luxația congenitală de șold	66
2.3.16. Boli metabolice	68
2.3.17. Evaluarea stării de sănătate	68
2.3.18. Dezvoltarea psihomotorie	71

2.4. Îngrijirea pielii și anexelor (păr, unghii)	77
2.4.1. Obiecte necesare	77
2.4.2. Mijloace de îngrijire. Cosmetice	78
2.4.3. Spălatul	79
2.4.4. Baia generală zilnică	81
2.4.5. Scutecele	85
2.4.6. Alte obiecte din trusoul sugarului	88
2.4.7. Schimbatul scutecelor	89
2.4.8. Pentru îmbrăcat	92
2.4.9. Pentru dormit	93
2.4.10. Întreținerea scutecelor	93
2.5. Alimentația	94
2.5.1. Alimentația maternă (la sân, naturală)	95
2.5.1.1. Tehnica alăptării	97
2.5.1.2. Orarul meselor	99
2.5.1.3. Rația alimentară în prima lună	101
2.5.1.4. Dificultăți de alăptare din partea mamei	102
2.5.1.5. Dificultăți de alăptare din partea sugarului	104
2.5.1.6. Contraindicațiile alimentației la sân	106
2.5.2. Regimul de viață și alimentația mamei	107
2.5.3. Alimentația zisă "artificială" cu lapte de vacă	109
2.5.3.1. Fierberea laptelui	110
2.5.3.2. Obiecte necesare în alimentația artificială	110
2.5.3.3. Considerații generale asupra alimentației artificiale	113

3. SUGARUL (DE LA 1 LUNĂ LA 12 LUNI)

3.1. De la 1 la 2 luni	123
3.2. De la 2 la 3 luni	135
3.3. De la 3 la 4 luni	142
3.4. De la 4 la 5 luni	147
3.5. De la 5 la 6 luni	157
3.6. De la 6 la 7 luni	163
3.7. De la 7 la 8 luni	167
3.8. De la 8 la 9 luni	172
3.9. De la 9 la 10 luni	174
3.10. De la 10 la 11 luni	177
3.11. De la 11 la 12 luni	180
3.12. Gimnastica sugarului	184
3.13. Jocul și jucăriile	187

4. COPILUL DE LA 1 LA 6 ANI

4.1. Copilul mic (1-3 ani)	191
4.1.1. Relațiile dintre părinți și copii	191
4.1.2. Dezvoltarea fizică (creșterea)	191
4.1.3. Dezvoltarea psihomotorie	192
4.1.3.1. Motricitatea generală și fină	194
4.1.3.2. Dezvoltarea psihică	196
4.1.4. Comportamentul	197
4.1.5. Limbajul și sensibilitatea normale între 1 și 3 ani	199

4.1.6. Alimentația	201	7.7.4. Hipertrofia amigdalelor și vegetațiilor adenoide	294
4.1.7. Supraveghere și îngrijiri	204	7.7.5. Vegetațiile adenoide	294
4.1.8. Îngrijirea în creșă	205	7.7.6. Otitete	295
4.1.9. Controlul sfincterelor	205	7.7.7. Laringita acută	295
4.2. Preșcolarul (3-6 ani)	207	7.7.8. Bronșita acută	296
4.2.1. Creșterea greutateții, taliei și perimetrului toracic	207	7.7.9. Pneumonia	297
4.2.2. Dezvoltarea psihică și socială. Limbajul	209	7.7.10. Alergia respiratorie	297
4.2.3. Alimentația	212	7.7.11. Astmul bronșic	298
4.2.4. Probleme de somn	214	7.7.12. Bronșiolita	301
4.2.5. Îngrijiri, deprinderi, performanțe	215	7.8. Boli ale pielii și mucoaselor	302
4.2.6. Sportul	219	7.9. Obezitatea	305
4.2.7. Mici probleme de educație	221	7.10. Convulsiile	308
5. REȚETE CULINARE		7.11. Accidente și intoxicații	310
5.1. Produse industriale pentru alimentația sugarului ..	223	8. SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE	319
5.2. Rețete pentru sugar	224	8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relația mamă- copil-tată	319
5.3. Rețete pentru copilul mai mare	227	8.1.1. Medicul de familie și/sau pediatrul	320
6. ȘCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL		8.2. Examenе preventive	321
6.1. Școlarul mic	237	8.2.1. Examenul nou-născutului în maternitate	321
6.1.1. Părinții față în față cu școlarul mic	240	8.2.2. Examenul clinic în perioada de nou- născut în familie	321
6.2. Adolescentul	242	8.2.3. Examenul clinic la vârsta de o lună	322
6.2.1. Dezvoltarea fizică	244	8.2.4. Examenul clinic la vârsta de 2 luni	322
6.2.2. Dezvoltarea psihosocială	244	8.2.5. Examenul clinic la vârsta de 4 luni	322
6.2.3. Alegerea profesiei	246	8.2.6. Examenul clinic la vârsta de 6 luni	322
6.2.4. Dezvoltarea funcției de cunoaștere (cognitivă)	247	8.2.7. Examenul clinic la vârsta de 9 luni	323
6.2.5. Dezvoltarea morală	247	8.2.8. Examenul clinic la vârsta de un an	323
6.3. Alimentația (școlar mic, adolescent)	248	8.3. Vaccinările	324
6.4. Îngrijiri	252	8.3.1. Vaccinul BCG sau vaccinul contra tuberculozei	324
6.5. Aer, soare, sport	253	8.3.2. Difterie, tuse convulsivă (vaccinul DTP)	325
6.6. Sexualitatea la copil	257	8.3.3. Tetanus	326
7. COPILUL BOLNAV		8.3.4. Poliomiелita (paralizia infantilă)	326
7.1. Îngrijirea copilului bolnav în familie	263	8.3.5. Haemophilus influenzae tip b	326
7.2. Rolul părinților ca ajutoare ale medicului	263	8.3.6. Vaccinul antirujeolos	326
7.3. Elemente de apreciere a stării de boală	264	8.3.7. Vaccinul contra hepatitei B	327
7.4. Informații ce trebuie furnizate medicului	269	8.4. Creștere. Dezvoltare. Evaluări	327
7.4.1. Examenul medical la domiciliu	270	8.4.1. Dezvoltarea somatică (corporală fizică) ..	327
7.4.2. Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu	271	8.4.2. Curbele de creștere	328
7.4.3. Regimul alimentar al copilului bolnav	273	8.5. Câteva sublinieri despre alimentație	333
7.5. Boli contagioase	275	8.5.1. Primele 4 luni: perioada laptelui	333
7.5.1. Rujeola (pojar, cori)	275	8.5.2. Din a 5-a lună: diversificarea	334
7.5.2. Rubeola (pojărelul)	277	8.5.3. Grupe de alimente	334
7.5.3. Varicela (vărsatul de vânt)	277	8.5.4. Reguli de alimentație	336
7.5.4. Scarlatina	278	8.5.5. Repartizarea meselor principale și gustă- rilor	336
7.5.5. Tusea convulsivă (tusea măgărească)	280	8.6. Profilaxia rahitismului	336
7.5.6. Oreionul (parotidita epidemică sau infecția urliană)	281	8.6.1. Medicamente	337
7.5.7. Hepatitele virale	283	8.6.2. Prevenirea anemiei carentiale feriprive ...	338
7.5.8. Tuberculoza	285	8.6.3. Tratamentul profilactic din timpul sarcini, la mamă	338
7.5.9. Gripa	288	8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 și 3 ani	339
7.6. Boala diareică acută	288	9. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	347
7.6.1. Supravegherea unui copil cu diaree	289	10. INDEX	349
7.7. Boli ale aparatului respirator	291		
7.7.1. Răceala	291		
7.7.2. Rinofaringita acută	292		
7.7.3. Anginele acute (amigdalite acute)	293		

1.1. În așteptarea unui copil

1.1.1. Precauții pentru un copil sănătos

Când părinții doresc un copil, ei trebuie să-și plănuiască o sarcină, luând precauțiile pentru asigurarea unei nașteri normale. Sarcina, nașterea și unele complicații modifică total viața de familie. Dacă se hotărăsc să aducă pe lume o nouă vietate, ei sunt datori să ofere cele mai bune șanse pentru o dezvoltare psihică și corporală cât mai bună. În această hotărâre își au locul, pe lângă starea de sănătate a celor doi parteneri, toate problemele de relații familiale în cadrul căsătoriei (legitimitate, armonie, meserie, resurse financiare). Un rol esențial îl are *dorința ambilor părinți de a avea copii*. Copilul nu constituie o soluție de rezolvare a unor situații grele ci, dimpotrivă, eforturi și complicații. Copilul are dreptul necondiționat la dragoste și la asigurarea îngrijirilor din partea ambilor părinți.

Starea de sănătate. Mai întâi, părinții trebuie să-și stabilească în mod precis starea de sănătate. Femeia este bine să aibă sub 35 de ani, iar partenerul său să nu fie prea "înaintat" în vârstă. Peste vârsta de 40 de ani este necesar un "consult (sfat) genetic". Medicul de familie va face un examen clinic general pentru a depista unele "supărări" ale sănătății care pot determina riscuri cu urmări asupra sarcinii și nașterii. Mama va mărturisi medicului dacă are unele tulburări ca, de exemplu, dureri de cap, tulburări de somn, probleme digestive, nervozitate, hemoroizi, varice etc. Neapărat trebuie declarate infecțiile vezicale sau urinare, hiper- sau hipotensiunea arterială, migrena, anemia ori alte dereglări ale sănătății. De asemenea, unele boli cronice pot avea urmări asupra copilului: hepatita B, hepatita C, boala SIDA, diabetul, astmul, hipertensiunea arterială, bolile de inimă, de rinichi sau de tiroidă. În sfârșit, medicul trebuie să știe dacă mama obișnuiește să consume unele medicamente. Operațiile chirurgicale absolut necesare și investigațiile radiologice se vor face numai cu avizul medicului obstetrician. Când mama

nu este sigură dacă a suferit de rubeolă, va fi testată și dacă rezultatul este negativ se va efectua o vaccinare antirubeolică. În primele luni de sarcină marea majoritate a vaccinărilor pot avea urmări nefaste asupra fătului. Să nu se uite un control stomatologic. Medicul obstetrician va trata cu minuțiozitate bolile căilor genitale: infecții sau infestări cu ciuperci (*Trichomonas* etc.).

Folosirea mijloacelor anticoncepționale. Cu 3 luni înainte de sarcină se recomandă să nu se mai folosească metodele anticoncepționale (pilula, steriletul). Nu apar malformații la făt prin folosirea de hormoni care împiedică ovulația sau de sterilet. La unele femei se observă însă o prelungire a ciclului menstrual prin folosirea îndelungată a pilulelor anticoncepționale. Ca urmare, la astfel de gravide, nu se poate face un calcul precis al termenului nașterii. Folosirea steriletului nu are nici o influență asupra metabolismului hormonal, dar, uneori, pot apărea modificări inflamatorii ale uterului. În cazuri rare, folosirea steriletului poate duce la riscul unei sarcini extrauterine (sarcină în afara uterului). De aceea, gravidele respective sunt datoare să se supună unui examen ginecologic temeinic.

Cu ajutorul metodei de control a temperaturii (după renunțarea la pilulă) femeia poate urmări evoluția ciclului menstrual, respectiv când a avut loc împerecherea spermatozoidului cu ovulul. Testele și metodele de computerizare nu sunt la îndemâna oricui.

1. *Modul de viață* are o mare importanță pentru desfășurarea armonioasă a sarcinii și a nașterii unui copil sănătos. Acceptarea examenelor medicale repetate și alimentația corectă sunt de mare importanță. Cântărirea se face periodic; plusul ponderal trebuie redus. Alcoolul și nicotina nu sunt lipsite de pericol. La femeile fumătoare înveterate trebuie realizat un consum redus la cel mult 5 țigări pe zi, dacă nu se poate suprima total așa cum ar fi ideal. Cele care sunt obișnuite cu unele medicamente (de somn, de liniște etc.) trebuie să renunțe la folosirea lor. Nu se vor folosi laxative și purgative.

Mama și copilul

Pentru menținerea frumuseții corporale, gravida se va mișca mult în aer liber. Pentru cele care fac sport, practicarea în continuare se va face numai cu avizul și sub observația medicului obstetrician.

Dacă se vor pune în practică cele enunțate mai sus, mama va oferi copilului un start bun în viață.

2. *Eliminarea riscurilor – sfatul genetic.* Când părinții se hotărăsc să aibă un copil, trebuie să cunoască dacă nu au balastul unei boli ereditare (moștenite). Dacă în familie există handicapuri sufletești sau corporale, malformații, avorturi și nou-născuți morți, părinții sunt datori să se întrebe dacă sunt apti pentru a concepe și crește un copil. Dacă sunt șanse de a naște un copil bolnav, este mai bine să se renunțe!

De asemenea, dacă sarcina a survenit relativ târziu, cu sau fără avorturi spontane, la o vârstă relativ întârziată mai ales a mamei, se poate întâmpla să se nască un copil cu probleme. În astfel de cazuri este absolut necesar un sfat genetic, pentru a înlătura teama și nesiguranța.

Cabinetele de genetică au luat ființă în orașe mari în Institute pentru ocrotirea mamei și copilului, în Clinicile universitare (copii și maternități) și pe alocuri în cadrul unor fundații sau cabinete particulare. Se începe cu consultarea unui obstetrician care pe lângă un examen amănunțit, tratează afecțiunile ocazionale ce ar putea avea urmări asupra produsului de concepție.

Scopul cabinetelor de genetică medicală este de a lămuri pe părinți asupra pericolelor ce le implică bolile de cauză genetică. Pentru unele boli genetice, malformații și anomalii cromozomice sunt la îndemână teoriile lui Mendel; la altele se cunoaște handicapul în funcție de repetarea cazurilor. Multe boli sunt diagnosticate azi înainte de naștere prin unele metode moderne (chorionbiopsia, ultrasunete, amniocenteza, fetoscopia). Unele defecte survin chiar în momentul fecundației, altele în decursul dezvoltării embrionare; altele vor apărea în urma acțiunii nocive ale unor factori din mediul extern (boli, medicamente, substanțe toxice, radiații etc.). În cele mai multe cazuri, teama părinților este nejustificată și consultul genetic îi face să nu mai aibă griji. În cazuri rare, când survine acțiunea unui factor nociv din afară, medicul este obligat să recomande întreruperea sarcinii.

Decizia de a avea un copil, de a menține sau întrerupe sarcina rămâne a părinților. Ei hotărăsc dacă se întrerupe sarcina sau de a o păstra cu riscul de a avea un copil handicapat, cu consecințele

corespunzătoare. În ultima situație se va consulta medicul asupra posibilităților terapeutice de tratament și vindecare. Trebuie știut că progresele medicale actuale nu s-au îmbunătățit prea mult în ce privește tratamentul bolilor genetice.

De obicei, sfatul genetic constă într-o convorbire amănunțită cu medicul de familie, cu obstetricianul sau cu geneticianul. De bază este întocmirea unei anamneze cu schițarea unui arbore genealogic, cu toate informațiile despre sex, vârstă, numărul copiilor, bolile mai frecvente, urgențe medicale, vârsta și cauza deceselor atât în familia bărbatului, cât și a femeii. În alte cazuri sunt necesare examene temeinice ale cuplului, cât și unele teste de laborator. Uneori, pentru a se da un răspuns corect, se impune efectuarea unor examene de laborator. Când toate investigațiile de laborator și examenele medicale sunt normale, este foarte probabil ca produsul de concepție să fie sănătos.

În caz că sarcina s-a constituit cu ajutorul unor metode de diagnostic există posibilitatea (parțială) de a diagnostica un număr de boli moștenite, anomalii cromozomice, malformații sau tulburări metabolice. Consultul genetic nu oferă un diagnostic prenatal pentru garantarea unui copil complet sănătos. Nașterea unui copil este totdeauna un risc pentru o tulburare vizibilă sau ascunsă (așa-numitul risc de bază). Împotriva neprevăzutei vieții nimic nu este sigur. Acțiunea nocivă a unei infecții cu virusuri, încărcătura cu radiații sau consumul unor medicamente în primele săptămâni de sarcină trebuie cunoscute.

În următoarele cazuri se recomandă consultul (sfatul) genetic:

- bărbatul și femeia sunt rude de sânge;
- unul din parteneri suferă de o boală condiționată genetic de o leziune corporală;
- s-a născut un copil cu un handicap;
- în familie se manifestă boli moștenite;
- femeia a avut mai multe avorturi spontane neclarificate sau nașteri de copii morți;
- femeia sau partenerul în momentul fecundării au fost expuși unei influențe nocive ca: medicamente (de exemplu, toate medicamentele citostatice – împotriva cancerului), o doză mare de radiații ori substanțe otrăvitoare;
- când femeia are peste 35 de ani, deoarece la vârsta înaintată a mamei există riscul unei tulburări cromozomice, îndeosebi trisomia (sindromul Down).

3. *Teste de depistare precoce a sarcinii.* Când nu apare sângerarea lunară, orice femeie se întreabă: "sunt sau nu însărcinată?". Uneori menstruația întârzie. Dintre cauzele care determină astfel de dereglări amintim: o călătorie, modificarea climei, solicitările psihice (supărări, emoții, examene), folosirea anticoncepționalelor, unele îmbolnăviri. Fie că dorește un copil, fie că se teme de o sarcină fără voie, femeia respectivă trebuie să primească repede și sigur un răspuns la această întrebare.

Testul se bazează pe principiul că în urină există un hormon care dă o reacție specifică. Acest hormon se numește *chorion-gonadotropina umană* și are o importanță mare în dezvoltarea placentei. Acest test este pozitiv în 90-99%. Un rezultat negativ nu înseamnă neapărat că persoana respectivă nu este însărcinată. De aceea multe firme de medicamente vând preparatul în două doze pentru a putea fi repetat după o săptămână. Un rezultat fals-pozitiv poate fi dat și de alte influențe cum ar fi: prezența albuminei în urină din unele boli renale.

În concluzie, orice femeie trebuie să consulte un obstetrician sau medicul de familie în caz că menstruația întârzie peste 2 săptămâni. Este important ca gravida să noteze data precisă a ultimei menstruații pentru calculul corect al termenului nașterii. Odată cu confirmarea termenului nașterii medicul obstetrician va face un examen medical amănunțit pentru a cunoaște starea generală a sănătății gravidei. Un medic bun va rezerva mult timp pentru o convorbire amănunțită asupra tuturor problemelor.

Medicul trebuie să cunoască bine viața personală, bolile moștenite și operațiile din trecutul și prezentul gravidei. De un interes deosebit sunt evoluțiile sarcinilor anterioare. El va nota data primei zile a ultimei menstruații și informațiile furnizate de mamă despre lungimea ciclului menstrual și va calcula termenul nașterii.

4. *Investigații.* La primul examen și la următoarele consultații de rutină sunt prevăzute următoarele investigații:

- Determinarea grupului sanguin și al factorului Rhesus (Rh) al celor doi parteneri.
- Titrul anticorpilor formați – dacă a avut sau nu rubeolă.
- Hemograma pentru a stabili o eventuală anemie.
- Creșterea greutateii în timpul sarcinii.
- Măsurarea tensiunii arteriale.

- Controlul urinei (sumar de urină), albuminurii (boală de rinichi), unei glicozurii (diabet). În caz de suspiciune de infecție urinară, se va efectua o urocultură.

- Medicul va controla picioarele gravidei pentru a depista edemele (umflarea membrelor inferioare prin acumularea de apă în țesuturi) și varicele.

- Apoi va pipăi abdomenul pentru a urmări dezvoltarea uterului, va asculta bătăile inimii fătului, iar în ultimele săptămâni de sarcină va stabili poziția copilului.

Pe lângă aceste examene de rutină, în ultimul timp se recomandă cel puțin două examene cu ultrasunete (ecografia).

- La sarcinile cu risc crescut se impune o supraveghere și o mai mare atenție, adăugându-se alte metode de examen, cum sunt: cardiocitografia, amniocenteza (puncția pungii amniotice), amnioscopia (examenul lichidului amniotic) și analize hormonale.

Toate acestea se trec în carnetul de sănătate al gravidei. În caz de călătorii sau de schimbare de domiciliu carnetul de sănătate oferă cele mai importante informații despre evoluția sarcinii. În caz de urgență, cu ajutorul carnetului de gravidă, medicul va fi lămurit imediat despre stadiul sarcinii și va putea ajuta cu succes pe copil.

1.1.2. **Alimentația gravidei. Să mănânce pentru doi?**

Dezvoltarea normală a fătului în uter depinde în mare măsură de o comportare corectă a gravidei și, îndeosebi, de alimentație. Viitoarea mamă nu trebuie să-și modifice, în general, modul de viață și nici să mănânce pentru doi. Gravida trebuie să mănânce după cum îi este poftă. Comportamentul alimentar și modul de viață sunt fixate în funcție de nevoile neobișnuite ale corpului. Gravidele pot să aibă unele poftă acute pentru anumite mâncăruri, pentru dulciuri, altele pentru acrituri. Indiferent de aceste poftă, gravida va avea grijă să consume alimente cu multă valoare nutritivă.

Cantitatea de alimente, respectiv nevoile calorice sunt puțin crescute. O femeie sănătoasă, fără a fi gravidă are nevoie zilnic de 2 200 kilocalorii sau 9 200 kilojoule. Această rație nu se modifică în primele

Mama și copilul

4 luni de sarcină. După a 4-a lună este necesar un surplus de 300 kilocalorii (1 250 kilojoule), respectiv nevoile totale cresc la 2 500 kilocalorii (10 450 kilojoule).

Este important ca pe lângă aportul de calorii, să se controleze conținutul în substanțe nutritive. Proteinele, grăsimile, hidrocarbonatele, vitaminele, mineralele și lichidele trebuie să fie în cantitate precisă și în anumite proporții, deoarece în caz contrar ele determină anumite tulburări cu urmări asupra dezvoltării copilului.

Proteinele constituie cea mai importantă substanță de creștere pentru corpul uman și îndeosebi pentru organismul în creștere al copilului. Proteinele constau din așa-numiții aminoacizi, care rezultă în urma digestiei proteinelor animale și vegetale. Anumiți aminoacizi sunt absolut necesari pentru creșterea și sănătatea generală a organismului: o parte din acizi se numesc **esențiali**. Dacă lipsește numai unul din acizii esențiali, apar tulburări în formarea proteinelor corpului. Proteinele de origine animală conțin acești importanți aminoacizi, în timp ce cele din plante nu-l conțin decât parțial.

Cantitatea necesară de proteine la femeie este de 45 g/zi. *În sarcină nevoile cresc după a 4-a lună la 75 g/zi, din care trei pătrimi trebuie să fie de origine animală (carne, lapte și derivate, pește, ouă).* Plantele care conțin proteine sunt leguminoasele (fasole, soia, mazărea, linte), cerealele (ovăzul, porumbul, orezul necorticat), pâinea integrală, cartofii, nucile și drojdia. Alimentele cu proteine vegetale trebuie consumate împreună cu proteine de origine animală.

Practic, necesarul zilnic de proteine se asigură prin consumul a 125-150 g carne, un ou și 500 ml lapte sau produse lactate (iaurt, brânză). Se vor evita brânzeturile grase sau sărate (telemea de oi, brânză de burduf etc.). Se va prefera carnea slabă (găină, pui, curcan, mânzat, oaie, porc), evitându-se carnea grasă și preparatele condimentate din carne. Carnea și ouăle sunt sursele cele mai bogate în proteine și fier, practic egale ca valoare. În caz că gravida nu prezintă alergii la ouă și nu are o creștere a colesterolului, va mânca 4—6 ouă pe săptămână. Lactatele conțin predominant proteine și calciu.

Deși cu valoare biologică mai mică, proteinele de origine vegetală trebuie să fie și ele în alimentația gravidei. În natură proteinele vegetale se găsesc în asociere cu vitaminele, substanțele minerale și fibre vegetale, care sunt de importanță deosebită pentru organismul femeii însărcinate.

Grăsimile sunt, în primul rând, furnizoare de energie. În general, se consumă mai multe grăsimi decât este necesar (cca 130 g), ceea ce duce la îngroșarea țesutului grasos.

Procentul necesar de grăsimi înainte și în timpul sarcinii este egal, respectiv 25-30 procente din totalul alimentelor energetice. Femeia neînsărcinată și gravida în primele patru luni de sarcină au nevoie de cel mult 70 g de grăsimi/zi, iar după a 4-a lună cca 80 g. Alimentele cu grăsimi în cantitate mare sunt: untul, uleiul, slămina, smântâna, frișca.

O mare parte din grăsimi sunt conținute în alte alimente (așa-zisele grăsimi “invizibile”): carnea grasă, unii pești (heringii, crapul, somnul, țiparul), salamul, șunca; unele brânzeturi (telemea de oi sau bivoliță, unele sorturi de cașcaval), smântâna, maioneza, cremele pentru torturi și prăjituri, tocăturile cu grăsimi, cartofii prăjiți, ciocolata, nucile, înghețata. Cea mai mare proporție de grăsimi se găsește în slănină, untură, unt, ulei, costiță afumată.

Se evită, pe lângă excesul de alimente cu conținut mare de grăsimi, și carnea friptă în untură, cartofii prăjiți.

Se preferă carnea slabă (vacă, vițel, găină), peștele slab (știuca, șalaul, păstrăvul), salamurile slabe, brânzeturile degresate (20-30 procente grăsimi în masa încheată), laptele degresat (lapte normalizat cu 18-20% grăsimi), brânza de vaci degresată, iaurtul din lapte degresat, laptele acru (zerul, kefirul). De asemenea, gălbenușul de ou are multă grăsime. Friptura este bine să se pregătească pe grătar, în oala de presiune, în grill.

În același timp grăsimile sunt compuse din “pietre de construcție”. Acestea constau din așa-ziii *acizi grași esențiali* (de exemplu acidul linoleic), de importanță vitală pentru organism. În special sunt foarte prețioase în alimentație grăsimile cu *punct de topire coborât* (ulei), deoarece sunt ușor digerabile și au conținut crescut în vitamine și acizi grași nesaturați. Dintre acestea cel mai bogat este uleiul de floarea-soarelui, urmat de uleiul de porumb, de germeni de cereale, de soia și de dovleac. Pentru gătit, prăjit și salate se va folosi numai uleiul de plante. Grăsimile animale conțin o mare cantitate de acizi grași saturați, neindispensabili și mai greu digerabili de organismul uman. Grăsimile de vacă, oaie și porc sunt mai puțin valoroase pentru alimentație, ele servind pentru organism numai ca sursă de energie.

Hidrocarbonatele (glucidele). În acest grup sunt cuprinse diverse dulciuri, amidonul din tot felul de plante și animale, ca și celuloza care constituie substanța de susținere a plantelor. De asemenea, ele constituie “pietrele de construcție” ca zaharuri simple (monozaharide) în diferite structuri ale organismului. Corpul le folosește numai sub forma cea mai simplă de hidrocarbonate (glucoză, fructoză și galactoză) intrând în compoziția sângelui. Hidrocarbonatele din alimentație se găsesc sub formă de dizaharide, oligozaharide sau/și polizaharide și prin digestie sunt transformate în monozaharide. Celuloza este necesară reglării activității tubului digestiv.

Hidrații de carbon sunt deținătorii cei mai importanți ai energiei necesare activității musculare. 350 g de hidrocarbonate acoperă circa jumătate din nevoile calorice zilnice. În sarcină trebuie consumat cu cca 20 g mai mult. Excesul de hidrocarbonate se transformă în organism în grăsimi și sunt acumulate sub această formă în corpul uman. Consumul crescut de dulciuri favorizează cariile dentare (se știe că gravida este predispusă la carii). Hidrocarbonatele din fructe și zarzavaturi conțin vitamine și săruri minerale. Hidrocarbonatele rafinate (zahărul) nu conțin săruri minerale și vitamine.

Pentru gravidă se recomandă alimente cu substanțe de balast ca pâinea neagră, pâinea Graham, fructe și zarzavaturi. Orezul, pastele făinoase, pâinea albă nu conțin substanțe de balast, vitamine și substanțe minerale și de aceea se consumă nu mai mult de o dată pe zi. La masa de dimineață trebuie să se consume și fructe sau zarzavaturi (tomate, ardei gras etc.). În fiecare zi este bine să se consume alimente neprelucrate, crude, simple sau în amestecuri (salate, garnituri etc.).

Vitaminele sunt substanțe care, în cantități mici sunt absolut necesare pentru menținerea sănătății. Ele reglează transformarea alimentelor și funcționarea organelor. În lipsa lor apar o serie de tulburări și de boli carentiale. Se deosebesc vitamine hidrosolubile (B_1 , B_2 , niacina, B_6 , acidul folic, acidul pantotenic, biotina, B_{12} și vitamina C) și liposolubile – se dizolvă în grăsimi (A, D, E și K).

Supradozarea vitaminelor A și D (hipervitaminoză) duce la tulburări grave. Supradozarea vitaminei A determină pierderea poftei de mâncare, vărsături, descuamări, mărirea ficatului, ca și tumefieri ale ganglionilor și articulațiilor. În timpul sarcinii se bănuie că predispuși la malformații ale copilului.

Supradozarea vitaminei D duce la lipsa de poftă de mâncare, vărsături, tulburări ale stomacului și intestinului, calcifieri în rinichi și vasele de sânge. Este posibil (după unii autori) să determine malformații ale inimii și ale sistemului nervos central.

Surplusul de vitamine hidrosolubile (C, grupul B) se elimină prin urină.

Unele vitamine pot fi produse de organism însuși (vitamina A din caroten, vitamina D cu ajutorul razelor ultraviolete, vitamina K prin activarea bacteriilor intestinale). Alte vitamine, ca vitamina C și complexul B trebuie cuprinse în alimentația zilnică. Conținutul în vitamine al fructelor și zarzavaturilor ține de prospețimea, durata depozitării și modul de pregătire. Cea mai mare parte a vitaminelor sunt parțial degradate prin lumină, oxigen (vitamina A, complexul B; vitaminele C, E și K) și sunt sensibile la căldură (prin fierbere sau coacere se distrug vitaminele B_6 , C și K).

Gravidele trebuie să consume zarzavaturi proaspete sub formă de salate, fructe și sucuri proaspete. Este bine să se folosească congelatorul, care asigură o protecție foarte bună a vitaminelor și substanțelor minerale.

Din luna a 4-a de sarcină nevoia de alimente care conțin vitamine crește. Zilnic sunt necesare $\frac{1}{2}$ litru lapte, un ou, brânză, pâine integrală, zarzavaturi, fructe, carne sau pește, având grijă ca în dieta zilnică să fie prevăzute alimente cu vitamine. În perioadele cu boli gripale este nevoie de un surplus de vitamină C. Pentru viitoarea mamă este foarte necesară prevenirea “răcelilor”. Dacă gravida se hrănește corect și dacă nu are vreo boală carentială, nu este nevoie să se consume preparate medicamentoase de vitamine (în afară de vitamina D, care trebuie administrată sub formă medicamentoasă).

Substanțele minerale și oligoelementele sunt absolut necesare pentru procesele metabolice ale organismului. Nevoile organismului în aceste substanțe sunt în cantități mici și de obicei se găsesc din belșug într-o alimentație normală. În timpul sarcinii nevoile de calciu, fosfor și fier sunt mai mari. Calciul și fosforul sunt necesare îndeosebi organismului copilului pentru formarea sistemului osos și a dinților. Alimente bogate în calciu sunt: telemeaua, cașcavalul, brânza Camembert, laptele, iaurtul, brânza de vaci degresată. Varza, nucile, spanacul, usturoiul, guliile, țelina (rădăcina) și pătrunjelul conțin cantități mici de calciu.

Când gravida nu poate consuma, din diverse motive, lapte sau derivate de lapte (brânză, iaurt), se va administra calciu sub formă de medicamente, pentru că nici un alt aliment nu conține cantitatea de calciu necesară acoperirii nevoilor organismului femeii însărcinate.

Din cauza pierderilor de sânge prin menstruațiile lunare, la majoritatea femeilor nu sunt acoperite nevoile de fier printr-o alimentație obișnuită. În sarcină prin micile pierderi de sânge și prin fierul ce este furnizat de către mamă fătului, de foarte multe ori se ajunge la o anemie. De aceea, mai ales în ultimele luni de sarcină, este necesară o dietă cu alimente bogate în fier: carnea (mai ales ficatul), peștele și gălbenușul de ou. Mulți autori susțin că resorbția fierului este favorizată de consumul concomitent de sucuri cu vitamina C.

De multe ori anemia nu poate fi corectată numai prin consumul de alimente, ci trebuie administrat un produs medicamentos, la recomandarea medicului. De multe ori preparatele de fier înnegresc scaunele și dinții; în ambele situații se continuă tratamentul. Mai dificil este tratamentul când gravida are neplăceri digestive: constipații sau diaree, balonări, dureri.

O atenție deosebită trebuie acordată consumului sării de bucătărie (*clorura de sodiu*). Sodiul și clorul favorizează reținerea apei în țesuturi. Nevoile zilnice de sare se condiționează de reținerea apei în corp, mărirea volumului de sânge, formarea edemelor și creșterea greutateii corporale. Rația zilnică de sare este de 5-7 g la femeia neînsărcinată. Persoanele care obișnuiesc să mănânce mai sărat ajung să aibă mai multă apă în țesuturile corpului și să încarce circulația inimii și vaselor, ducând la instalarea hipertensiunii arteriale. De asemenea, rinichii nu funcționează bine la unele gravide. De aceea se vor evita alimentele prea sărate sau ținute în saramură, ca: salamul, peștele sărat, șunca, telemeaua, brânza topită, prăjiturile cu sare (saleurile etc.), alunele sărate, varza acră, murăturile. Se vor consuma alimente proaspete sau congelate, fructe sau zarzavaturi uscate sau deshidratate și în nici un caz fructe sau rădăcinoase conservate cu sare. O alternativă o constituie extractele de drojdie de bere și dieta cu sare fără sodiu. Atenție mare la etichetele de la apele minerale deoarece unele conțin mult sodiu!

Iodul. În zonele cu gușă endemică este bine să se folosească sare cu iod. Iodul este important în organismul uman pentru construcția tiroidei. Tiroida fătului începe să funcționeze după a treia lună de

sarcină, când cresc nevoile de iod ale viitoarei mame. Alimentația obișnuită acoperă, de regulă, nevoile. Din păcate, în țara noastră sunt zone cu populații ce prezintă mărirea glandei tiroide (gușa = *struma*) și unii nou-născuți se nasc cu gușă. Acestor copii trebuie să li se administreze zilnic sare cu iod (tablete):

Lichidele. Nevoia zilnică de lichide este de circa 1,5 litri; în miezul verii, din cauza transpirației nevoile de lichide sunt mai mari. În unele cazuri (rare) la recomandarea medicului, se reduce consumul de lichide. În general, însă, este nevoie de cantități mai mari de lichide.

Dintre lichide, cel mai util pentru făt este laptele (0,5 l/zi). Dacă gustul laptelui simplu nu-i place gravidei se poate adăuga cacao sau se pot face amestecuri de lapte cu cereale (orez, griș, fulgi de porumb etc.) sau cu fructe (suc sau/și pulpa) proaspete. Sucurile de fructe sunt foarte bune pentru digestie, dar fără multă apă gazoasă și nu cu multe dulciuri. Apele minerale fără dulciuri nu sunt oprite, dacă nu au conținut prea mare în sodiu. Sunt foarte indicate ceaiurile de plante (chimen, anason, mușetel, tei, mentă etc.) îndulcite cu miere sau zahăr în cantități mici.

Problema alimentației cu vegetale. Unele femei sunt adepte convinse ale alimentației cu vegetale. În ultimul timp au apărut articole și chiar cărți care preconizează o alimentație exclusiv vegetală. Fiecare gravidă trebuie să știe că dieta compusă numai din vegetale nu asigură substanțele necesare pentru propriul său corp și mai ales pentru al fătului. Astfel de diete nu asigură rația optimă de proteine cu valoare ridicată, calciu, fier și vitamina B₁₂.

Ceaiul negru ("chinezesc", "rusesc") și *cafeaua* se pot consuma cu moderație. Ceaiul rusesc consumat la mesele principale împiedică preluarea fierului din alimente. Dintre *băuturile alcoolice*, vinul de bună calitate și berea pot fi consumate în cantități mici. Se vor evita băuturile distilate (țuica, vodca, coniacul, whisky-ul etc.).

Fumatul trebuie exclus complet în cursul sarcinii și lăuziei, în interesul copilului. Frecvența nașterilor premature este net crescută la marile fumătoare. Dacă fumatul nu se poate opri complet, se va reduce la minimum numărul de țigări fumate zilnic.

Ce alimente sunt contraindicate? Se vor evita alimentele bogate în grăsimi: slănina, maioneza, carnea grasă, cartofii prăjiți și în glucide: zahărul, mierea, dulceața, gemurile, excesul de macaroane sau orez,

prăjiturile, înghețata, floricelele. Nu se va consuma pește sărat, iar sarea se va reduce în general.

Ce alimente trebuie să fie prezente în fiecare zi în alimentația gravidei:

- circa ½ litru lapte (sau echivalentul său în lapte sau brânzeturi);
- carne sau pește;
- vegetale;
- fructe;
- un ou (dacă gravida nu are colesterolul crescut);
- preparate din cereale integrale.

De asemenea, gravida va primi, la indicația medicului vitamina D și eventual un preparat din polivitamine. În caz de anemie carențială se administrează preparate de fier.

În rezumat, femeia gravidă va primi o alimentație echilibrată, cu un conținut bogat în proteine animale, vitamine și fier. Grăsimile și proteinele nu vor depăși rația normală, iar dintre hidrații de carbon se vor alege cei cu valoare biologică mai mare. Se vor evita excesul de dulciuri, produse de patiserie, ciocolata și bomboanele. Se recomandă regimurile bogate în substanțe zise "de lest", adică acelea care conțin din abundență celuloză (fructe, zarzavaturi crude și pâine integrală), pentru stimularea peristaltismului intestinal.

Alimentarea gravidei poate fi stânjenită în primele luni de sarcină de grețuri, vărsături, gusturi anormale și lipsa poftei de mâncare. Nesatisfacerea "pofteilor" nu prejudiciază fătul și nici nu duce la avort. *Vărsătura matinală (de dimineață)* se combate cel mai eficient prin luarea micului dejun în pat. Pentru a ameliora gustul alimentelor se va recurge la borș, lămâie și la arome culinare. La unele gravide, odată cu evoluția sarcinii, se instalează un apetit crescut, căruia i se asociază cu timpul și o sete puternică. Viitoarea mamă trebuie să se sature, dar nu să mănânce "pentru doi". Foamea și setea pot fi combătute prin ingerarea de salate și fructe proaspete.

Cum pot fi tratate vărsăturile și greața gravidei. Dacă greața și vărsăturile se prelungesc în timp, se renunță la toate prescripțiile dietetice. Gravida va mânca numai ce-i place și ce nu-i "face rău".

Se folosește o gamă întreagă de medicamente: antispastice, alcaline, sedative. Mai recent s-au adăugat antihistaminicele de sinteză și unele tranchilizante, care se vor folosi însă numai la recomandarea și sub supravegherea strictă a medicului.

Cazurile mai grave, unde se impune echilibrarea hidroelectrolitică prin perfuzii intravenoase, se internează în spital. Uneori, la baza acestor simptome stă o tulburare de ordin psihic, care necesită un tratament de specialitate.

• *Tratamentul salivăției excesive (sialoree)*, care însoțește greața și vărsăturile sau unele curiozități ale apetitului, se poate face cu doze mici de atropină. Un alt remediu este oferit de mestecarea de dulciuri consistente sau gumă de mestecat.

• *În caz de subalimentație* carențele ating mai întâi pe mamă și numai în cazuri grave pot afecta fătul, deoarece acesta din urmă este, de fapt, "primul servit".

Anemia, obezitatea, cariile dentare, decalcifierile, oboseala, lipsa apetitului, apărute în timpul sarcinii, sunt, de obicei, manifestări ale unei alimentații defectuoase.

Combaterea constipației. În timpul sarcinii, la multe femei apare o tendință la constipație, care generează o stare de neplăcere temporară. Pentru a o combate se vor consuma de preferință legume fierte sau sub formă de salate și vegetale crude, fructe (prune, pere, pepeni, struguri, portocale, smochine), pâine neagră, lapte bătut, iaurt. De asemenea se recomandă ca gravida să se miște mult. În general salatele de crudități cu ulei și unele fructe (prune, pere) ca și consumul zilnic de orice crudități sunt eficiente.

Este recomandabil ca gravida să-și formeze obiceiul de a încerca să aibă scaun în fiecare dimineață după micul dejun. Dacă indicațiile de mai sus nu sunt eficiente, se va încerca următorul regim:

- *dimineața*, pe nemâncate, gravida va consuma un mic amestec constituit dintr-un ou moale, o lingură de ulei de măsline și două linguri de miere de albine, după care va bea un pahar de ceai cu pâine neagră;
- la *masa de prânz* va consuma și/sau compoturi de prune uscate sau pere și salate de crudități;
- înainte de a merge la culcare va mânca fructe.

În caz că nici una din sugestiile de mai sus nu au fost eficiente, va apela la medicul obstetrician, care va indica un laxativ ușor. Eventual va lua lactoză (2-3 lingurițe pe zi) dizolvată în apă sau lapte.

Nu se va lua fără aviz medical nici un laxativ (sau purgativ), deoarece aceste medicamente nu acționează numai asupra intestinului, ci și asupra uterului, putând provoca la femeile predispușe, un avort sau o naștere prematură. Medicii indică, de obicei, laxative ușoare care conțin lubrifiante vegetale, oleu de parafină sau lactoză.

Constipația, vărsăturile matinale și gusturile anormale dispar, în general, după luna a IV-a de sarcină.

Urina. Examenul urinei se face la indicația medicului. În vederea cruțării rinichilor, mama este datoare:

- să bea în jur de 1 litru de lichide pe zi (lapte + supă + apă + ceaiuri sau sucuri de fructe);
- să se adreseze medicului de îndată ce urina este mai închisă la culoare, este în cantitate mai mică sau miroase urât și/sau dacă micțiunile se însoțesc de senzații neplăcute (usturimi, dureri, dificultate la urinat).

1.1.3. Curățenia și îngrijirea corpului

Curățenia și îngrijirea corpului joacă un rol deosebit. Se recomandă băile generale cu apă caldă (într-o cadă bine curățită și dezinfectată) sau dușurile calde. Pentru prevenirea accidentelor (prin alunecare) se va pune în cadă o rogojină sau un prosop aspru. Dacă în ultimele săptămâni de sarcină gravidei îi este greu să intre și să iasă din cadă, ea se va spăla mai bine cu un burete în afara căzii. Dușurile vor fi frecvente, întrucât în ultima perioadă gravida transpiră mult. Băile reci sau fierbinți sunt interzise, putând declanșa contracții uterine.

În lipsa instalației de baie este obligatorie spălarea zilnică cu ajutorul unui lighean insistând asupra cutelor pielii (sub și în jurul mamelelor, gât, subsuoară, zonele din jurul organelor genitale).

Igiena corporală riguroasă, tăierea unghiilor și schimbarea frecventă a lenjeriei de corp și de pat sunt deosebit de importante, îndeosebi în ultima parte a sarcinii. Pielea gravidei fiind mai sensibilă, săpunul obișnuit va fi înlocuit cu un săpun neiritant (de bună calitate). După baie, pielea se fricționează ușor cu un prosop aspru, ceea ce contribuie la mărirea supleții acesteia și la activarea circulației. Nu se aplică pe piele creme sau unguente, care astupă porii și împiedică eliminarea secrețiilor cutanate. Nu se folosesc deodorante în regiunea axilară, deoarece duc, de asemenea, la înfundarea canalelor sudoripare și pot favoriza formarea de furuncule. Femeile care transpiră mult se pot pudra cu talc sau cu pudră pentru copii,

aplicată pe fața internă a coapselor, în jurul organelor genitale, sub sâni etc.

În ultimele săptămâni de sarcină, gravida va dormi singură în pat.

• **Infecțiile pielii.** Orice plagă cutanată infectată (eroziuni zemuinde, vezicule, pustule) va fi semnalată medicului și tratată cu promptitudine și meticulozitate. În orice caz se va evita cu strictețe contactul cu persoane care prezintă plăgi purulente; toate obiectele folosite de gravidă vor fi strict individuale. Femeia însărcinată nu va îngriji niciodată membrii de familie sau alte persoane care prezintă afecțiuni purulente.

• **Igiena organelor genitale externe.** În timpul sarcinii se produce o creștere a secrețiilor vaginale, care, de obicei, nu are nici o semnificație patologică. Prin abundența lor, însă, aceste secreții provoacă uneori iritații locale. De aceea se va face toaleta externă cu apă caldă și săpun zilnic și după fiecare scaun, folosind un lighean sau o cădiță, care au fost spălate sau dezinfectate în prealabil. Irigațiile vaginale sunt complet interzise în ultimele 6-8 săptămâni ale sarcinii, pentru că pot declanșa contracții uterine. De altfel, nici la începutul sarcinii nu se vor efectua decât la prescripția strictă a medicului. Folosirea closetelor publice se va face cu deosebită grijă pentru a evita infecțiile.

Organele genitale externe nu se curăță decât după ce mâinile au fost bine spălate cu apă caldă și săpun. Se vor folosi numai comprese sterilizate sau bucăți de pânză fină, fierte, spălate bine și călcate cu un fier bine încins. Curățirea organelor genitale se face cu mișcări dinainte înapoi, spre zonele anale, pentru a evita murdărirea sau infectarea regiunii vulvare.

• **Comportamentul sexual** este diferit, ținând seama de modificările organismului, de profilul sufletesc al mamei în devenire, de climatul efectiv din familie, de mediul cultural-educativ în care trăiește. La primipare, mai ales la începutul gestației, libidoul și orgasmul sunt diminuate.

La multe femei, dorința sexuală crește. Sub influența hormonilor sexuali (gonadici), organele sexuale sunt mai vascularizate, vaginul este mai umed (mai bogat în secreții), iar sâni devin mai sensibili (mai dureroși). Femeia care dorește copilul acceptă cu satisfacție starea în care se află, consideră că este demnă să fie dorită, este accesibilă la relații intime naturale și o încântă orice

manifestare afectuoasă. Datorită modificărilor psihice și a formelor pline, majoritatea femeilor gravide devin partenere fascinante; bărbații se simt mai legați din punct de vedere erotic; sunt surprinși de neașteptata lor pasiune. Viața de familie bazată pe iubire va continua și în timpul sarcinii. Reacțiile sexuale sunt diverse. La unele perechi, dorința sexuală scade sau încetează. La începutul sarcinii multe femei sunt obosite, au grețuri. Spre sfârșitul sarcinii, datorită schimbărilor fizice (creștere mare în greutate, deformări ale corpului, fața pătată etc.) unele gravide devin neatractive. La unele femei apar probleme în ceea ce privește rolul de "mamă și iubită", iar la altele (puține) se notează negativisme față de sarcină.

Odată cu creșterea lunilor de sarcină, comportamentul sexual al multor bărbați se schimbă: dorința de a iubi fizic se pierde atât datorită schimbărilor fizice ale femeii, cât și fricii ca actul sexual să nu dăuneze copilului.

Alți bărbați simt că în legătura soț-soție se intervine "al treilea", care trebuie protejat. Dacă femeia acordă o prea mare importanță fătului, la unii bărbați apare un sentiment de gelozie față de noul "rival". Majoritatea bărbaților sunt neajutorați, neștiind cum să se comporte.

Este de datoria femeii să-l facă pe soț să înțeleagă că nu este neglijat și să simtă atât în timpul sarcinii cât și după naștere că îi este de mare ajutor. În ultimele 4-6 săptămâni înainte de naștere este bine să se înceteze relațiile sexuale (orificiul uterin se lărgeste și pot produce germeni; se pot declanșa contracții uterine etc.). La femeile cu antecedente obstetricale și la cele cu tulburări (pierderi de sânge, contracții uterine, dureri de mijloc etc.) se evită orice contact sexual.

Îngrijirea dinților. Gravida trebuie să-și îngrijească dinții în mod deosebit. În timpul sarcinii, dinții sunt predispuși la carii; uneori se constată sângerări ale gingiilor. Se impune o igienă riguroasă a gurii, folosirea pastei de dinți cu fluor și un consult stomatologic. Se evită consumul excesiv de dulciuri; se interzic: consumul excesiv de dulciuri rafinate, de miere și de bomboane "lipicioase" după masa de seară.

Tratamentul stomatologic poate fi efectuat în tot cursul sarcinii. Anestezicele se vor folosi numai cu avizul obstetricianului.

Sânii și mameloanele (vezi pag. 40) se spală în fiecare zi cu apă și un săpun moale și se șterg cu un prosop mai aspru. Această frecție constituie pentru

piele cel mai bun fortifiant și face să se reliefeze mameloanele.

Începând din luna a IV-a de sarcină poate surveni o secreție lichidă din mameloane. În astfel de cazuri se aplică comprese cu tifon în conul sutienului pentru protejarea hainelor. Dacă această secreție se usucă pe mameloane, apar dureri și roșeață; de aceea se vor spăla de mai multe ori pe zi cu apă caldă. Mameloanele îndurate se ung cu cremă cu lanolină și se acoperă cu tifon. Dacă apar fisuri, se spală mameloanele cu apă caldă și se acoperă cu tifon steril.

Gravida va alege un tip de sutien care să ridice sânii și care să evite comprimarea mameloanelor. Nu se poartă sutiene prea strânse pentru că acestea stânjenesc creșterea normală a sânilui în timpul sarcinii. Eventual se secționează vârful unor sutiene mai vechi pentru a evita compresiunea mameloanelor. Cu efecte bune sunt băile de aer ale sânilor: de 1-3 ori pe zi gravida va sta culcată cu sânii descoperiți câte 2-3 ore.

Mameloanele mici, retractate sau ombilicate vor fi masate cu mișcări de rotație și tracțiune, încercând să fie aduse afară (fig. 1.1).

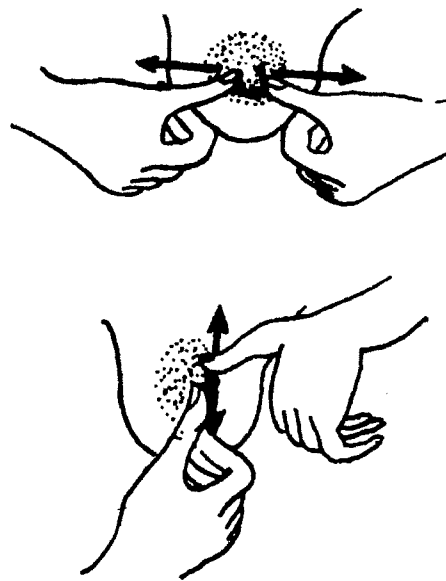


Fig. 1. 1 – Masajul sânilor.

Vergeturile de pe abdomen. Ele se pot reduce la minimum, dacă gravida are grijă să nu crească prea mult în greutate. Unii medici indică aplicații de lanolină sau de cremă în zona vergeturii, însoțite de masaj zilnic de 10-15 minute.

Îmbrăcămintea. Pentru perioada de sarcină din ultimele luni, industria textilă pune la dispoziția gravidelor o gamă întreagă de obiecte de îmbrăcăminte. În alegerea garderobei se va ține seama, în primul rând, de comoditatea îmbrăcămintei, dar nu se va neglija nici aspectul estetic. Se va prefera îmbrăcămintea cu șireturi sau cu cusături ce se pot desface pe măsură ce sarcina progresa. Se va evita îmbrăcămintea strânsă. Se preferă rochia sac, a cărei greutate cade numai pe umeri; de asemenea, fusta-sarafan combinată cu mai multe bluze. Lenjeria de corp va fi lejeră și, pe cât posibil, din bumbac. Nu se vor purta cordoane.

Se va purta *încălțăminte* cu tocuri joase.

• **Sportul și călătoriile** nu dăunează gravidei sănătoase, dacă se apreciază de fiecare dată riscurile ce le implică pentru mamă și copilul nenăscut. O mare parte din sporturi, mai ales cele cu mișcări ritmice, influențează favorabil inima și circulația, schimbările metabolice, previn și/sau înlătură contracțiile uterine și trombozele. În fiecare caz, sporturile și călătoriile vor fi autorizate de către medic. Dacă sarcina evoluează fără complicații, gravida nu va fi oprită să practice sportul cu care este obișnuită, dar în nici un caz cele de performanță. În general, dar mai ales în caz de pericol de naștere prematură, se interzic toate sporturile care pot produce alunecări, căderi, zguduirea corpului: săriturile, călăria, alpinismul, schiul nautic, patinajul, săriturile la trambulină. Se recomandă: plimbările în aer liber, gimnastica și înotul. Sunt permise cu prudență: drumeția, dansurile clasice, mersul pe bicicletă, schi fond, yoga, tenis, popice, iahting. Până în luna a VII-a se poate merge și la saună (reduce din încărcătura vasculară, favorizează o bună sudorație); sauna poate fi permisă cel mult o dată pe săptămână și cu obligația de a sta pe treptele de jos.

În primele 3-4 luni, o călătorie este bine venită pentru corp și psihic, dacă nu este prea obositoare.

Înainte de naștere se mai poate planifica o călătorie de vacanță, în săptămânile dintre luna a V-a și a VII-a. Din luna a VIII-a de sarcină, orice călătorie poate duce la o naștere prematură.

Vacanța va fi numai de relaxare și în locuri unde sunt asigurate condiții de igienă și de civilizație. Sunt riscante vacanțele petrecute la cort, în locuri izolate, cu drumuri neasfaltate, fără legături telefonice. Ascensiunile pe munți și "aventurile" sunt contraindicate. În cazul vizitelor în țări tropicale, pe lângă incomoditățile aduse de căldură și schimbările de

mediu sunt necesare adesea unele vaccinări (febra galbenă) sau tratamente (malaria), care nu sunt inofensive pentru făt.

• **Mijloace de transport.** Cel mai comod mijloc de transport este trenul cu locuri rezervate din timp, de preferat la clasa I. În mod obișnuit se folosește automobilul propriu, chiar în cazul călătoriilor lungi. Nu este bine ca gravida să conducă. După fiecare oră de mers se va face un popas pentru ca gravida să se poată mișca puțin la aer. Gravida nu va folosi centura de siguranță.

Cel mai bun mijloc de circulație este avionul, care nu are efecte nocive asupra fătului. Dar nici cu avionul nu se permit deplasările în ultimele 4 săptămâni de sarcină, vibrațiile avionului de la decolare și aterizare putând declanșa contracții.

În bagaj, mama va lua, printre altele, carnetul de urmărire al gravidei. La locul de vacanță gravida se va interesa de adresa unui cabinet de obstetrică și a maternității celei mai apropiate.

1.1.4. Mici probleme de sănătate

Arsurile de stomac (pirozis) apar, de obicei, în ultimele luni de sarcină și se datoresc creșterii acidității sucului gastric. De obicei, arsurile se însoțesc de eructații (eliminări de aer pe gură, râgâieli) și de gust acru în gură. Accentuarea acestui fenomen trebuie semnalat medicului obstetrician, deoarece poate constitui semnul incipient al unei toxicoze gravidice. Mijlocul cel mai simplu de a combate arsurile constă în a bea mici și repetate cantități de lapte. Dacă această metodă nu dă rezultate, se pot administra prafuri alcaline (se va evita bicarbonatul de sodiu).

Hemoroizii constituie o complicație frecventă în cursul sarcinii. Se formează prin compresiunea produsă de făt asupra venelor din bazin. Se va acorda importanță igienei locale; se recomandă băi calde și tratament cu supozitoare pentru combaterea durerii, unguente anestezice sau comprese reci aplicate local. Se exclude sau se reduce din alimentație: băuturile alcoolice, cafeaua, acriturile, alimentele piperate; de asemenea se combate constipația prin consumul de fructe, salată de crudități (ardei gras, sfeclă, morcovi, țelină etc.), pireuri sau fierturi de ștevie, urzici sau spanac.

Micțiunile frecvente din timpul sarcinii se datoresc fie compresiunii fătului asupra vezicii, fie unei cistite (infecție bacteriană a vezicii). În prima eventualitate nu se face nimic, în cea de a doua se impune efectuarea unei uroculturi și tratament corespunzător.

Varicele membrelor inferioare apar frecvent în timpul sarcinii, fiind determinate de compresiunea exercitată de uterul mărit asupra venelor bazinului. Se vor evita elasticele circulare (jartiere) pe gambe sau coapse, se vor purta ciorapi elastici sau se va aplica o fașă elastică, dimineața înainte de scularea din pat. Gravida va evita să lucreze mult în picioare și, de câteva ori pe zi, va sta în poziție orizontală cu gambe ridicate mai sus (fig. 1.2).

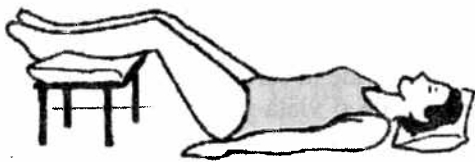


Fig. 1.2 – Exerciții pentru gravida cu varice ale membrelor inferioare.

În timpul nopții va dormi pe un pat cu saltea perfect orizontală, cu pernă mică, iar sub gambe va pune o pătură înfășurată ca un sul.

După naștere, varicele regresează sau dispar în întregime. La sarcinile ulterioare varicele pot reapărea și se pot agrava.

• *Cârceii* de la nivelul mușchilor gambei apar din cauza poziției corpului care modifică solicitarea grupelor musculare ale gambei și, se pare, din cauza unui aport insuficient de calciu. Se poate obține dispariția imediată a cârceilor prin masaj local, ridicarea în vârful picioarelor și flectarea genunchilor sau prin sprijinirea cu putere a degetelor de la picioare de tabla patului sau de un perete. În caz de hipocalcemie se vor lua preparate de calciu și se va consuma mai mult lapte.

• *Edemațierea (umflarea) picioarelor, gleznelor* sau altor regiuni ale corpului în timpul sarcinii se poate produce prin:

Presiunea exercitată asupra venelor iliace. Astfel de umflături apar, de obicei, după mai multe ore de stat în picioare și dispar după repaus la orizontal. Nu au nici o importanță clinică și nu trebuie să o neliniștească pe gravidă.

Gestoze. În aceste cazuri, edemele nu se limitează la membrele inferioare, ci pot cuprinde mâinile, fața, spatele și peretele abdominal. Concomitent se poate constata prezența albuminei în urină și creșterea tensiunii arteriale. Se impune un tratament medical riguros și urgent.

• *Scurgerile vaginale (leucoreea).* O accentuare moderată a secrețiilor vaginale este absolut normală. În cazul în care secreția este abundentă și se însoțește de o eroziune a colului sau de o infecție micotică vaginală și senzație de mâncărime, se impune un tratament energetic. Vaginitele din cursul sarcinii nu se tratează cu spălături vaginale, datorită pericolului introducerii unor germeni infecțioși.

Durerile sacrate (de șale) sunt determinate de modificarea poziției corpului în vederea schimbării centrului de greutate, datorită creșterii în volum a abdomenului. Încălțăminte cu tocuri înalte și îngrijirea sugarului pe un pat sau o masă scundă favorizează apariția durerilor de mijloc. Repausul la orizontală pe o saltea perfect orizontală și dură poate înlătura în parte acest neajuns.

Amețelile și leșinurile se întâlnesc uneori în cursul sarcinii. Dacă apar în sarcina mai avansată și dacă se însoțesc de alte simptome (creșterea tensiunii arteriale, edeme, tulburări de vedere, grețuri și vărsături) pot fi semnele unei gestoze.

Semne de alarmă: dacă apare una din manifestările mai jos notate, se apelează de urgență la medic:

- umflarea feței, mâinilor sau/și picioarelor;
- tulburarea vederii;
- febră;
- sângerări vaginale;
- vărsături persistente;
- dureri de cap permanente (“în cască”, ca un cerc strâns pe cap);
- pierderi de lichide din vagin.

• *Medicamentele și sarcina.* Gravida nu va lua un medicament care nu i-a fost recomandat de către medic. Unele medicamente au efecte vătămătoare asupra embrionului, ducând la apariția de malformații. Gravida trebuie să respecte următoarea regulă: ori de câte ori există vreun dubiu asupra nenocivității unui medicament este preferabil să nu fie luat.

• *Efectul factorilor de mediu.* În zilele noastre ia naștere o disciplină nouă, care studiază efectul factorilor de mediu înconjurător asupra produsului de concepție. Astfel, s-a descoperit că fătul poate fi

influențat de zgomotul din preajma mamei. De exemplu, frecvența bătăilor inimii fătului crește atunci când în jurul gravidei este zgomot, se țipă sau gravida este emoționată.

1.1.5. Igiena psihică

Dorința de a avea copii există la orice femeie sănătoasă și este izvorâtă din natura ancestrală a femeii, din instinctul de conservare a speciei omenești, din motive de ordin personal sau moral.

Femeia se realizează prin căsnicie și devine fericită prin maternitate.

După ce a trecut de perioada de creștere și de maturare sexuală, în viața femeii se impun în mod imperios problemele legate de relațiile sale cu sexul opus și de instinctul de perpetuare a speciei. Prin manifestări periodice (menstruațiile), organismul său îi "reamintește" fără încetare destinul său natural. Faptul că femeia lucrează, iar sfera activității sale este extrem de apropiată de aceea a bărbatului, nu o împiedică să dorească un copil. Există, totuși, etape în timpul cărora femeia, pentru diverse rațiuni, se simte chemată mai mult pentru alte îndatoriri. Refuzarea dorințelor firești (de întemeiere a unei familii, de maternitate), chiar dacă se face în numele unor afirmări pe linie profesională, determină de multe ori conflicte biologice, psihice, morale și chiar sociale.

În timpul sarcinii și alăptării, oricare ar fi pregătirea intelectuală, comportamentul social și întregul ansamblu de idealuri ale femeii, trăirile sufletești legate de maternitate trec pe primul plan. Garanția pentru o evoluție normală a sarcinii și pentru dezvoltarea unui copil sănătos este constituită nu numai de sănătatea biologică a părinților și de condițiile materiale oferite de societate, ci și de comunitatea de idealuri (sociale, morale, profesionale) ale familiei. De o importanță deosebită sunt reacțiile sufletești ale mamei în ceea ce privește dorința, speranțele și teama cu care așteaptă copilul. De fapt, orice gravidă, oricât de echilibrată ar fi, trăiește o perioadă de așteptare cu o mulțime de semne de întrebare, care duc la o anumită stare de neliniște.

Medicul de familie și asistenta de familie sunt obligați să-și concentreze atenția mai ales asupra primiparelor, pe care le vor vizita mai des, insistând atât asupra pregătirilor materiale, cât și asupra stării sufletești cu care așteaptă primul copil; există, pe de o parte, dorința de a avea copil și un simțământ de împlinire, iar pe de altă parte, teama de dureri, teama de implicațiile de ordin material, de plusul de muncă, de incomoditățile legate de venirea copilului, de limitarea propriei libertăți.

În căsătoria precoce, unele femei sunt încă atât de copilăroase și au o nevoie atât de pronunțată de fi iubite și tratate ca un copil, încât nu se simt capabile de a deveni mame. Unele regretă că, odată cu venirea copilului, propria persoană va trebui să treacă pe un plan secundar. De cele mai multe ori, toate aceste atitudini se rezolvă odată cu nașterea copilului. Se întâlnesc și gravide la care dorința de a avea un copil este generată de o viață nesatisfăcută, datorită unei căsnicii nereușite. Asemenea femei doresc copilul ca un fel de compensație, sperând să găsească o mângâiere în singurătatea lor. Copilul ar reprezenta mijlocul prin care s-ar consolida căsnicia. Mai târziu, copilul ar urma să-și însușească și să-și ducă la îndeplinire toate visurile nerealizate ale mamei. Aceste așteptări poartă în ele germele viitoarelor dificultăți în relațiile mamă-copil. Apare adesea deziluzia, deoarece copilul care a fost adus pe lume în vederea atingerii unui anumit scop, nu rezolvă neînțelegerile din căsnicie.

Așteptarea unui copil prin prisma unor calcule reprezintă o atitudine necorespunzătoare din partea mamei.

Un cuplu fără copii alcătuiește numai o încercare eșuată de a avea o familie: așa-numita "familie conjugală" și nu o familie propriu-zisă. Fără copii, grupul familial nu este complet încheiat și nu poate să-și îndeplinească toate funcțiile. Asupra tuturor acestor pericole, a greșelilor pe care mulți le regretăm din păcate prea târziu, trebuie să insiste familia, medicul și asistenta de familie în munca de educație sanitară.

1.1.6. Câteva indicații generale

– Gravidă va evita contactul cu persoane răcite sau bolnave de o boală infecțioasă. Unele infecții care nu produc mamei nimic deosebit, pot fi periculoase pentru

făt, mai ales în primele luni de sarcină (rubeola, unele virusuri gripale, herpesul etc.).

– Nu va frecventa locurile aglomerate (săli de spectacole, localuri etc.).

– Nu va lua nici un medicament fără avizul medicului.

– Nu se va supune la nici o investigație radiologică, fără indicație medicală.

– Va evita jocul și contactul cu animale necunoscute (pisică etc.), care pot transmite unele boli parazitare (toxoplasmoza etc.).

– Va căuta să-și asigure un somn de 8-9 ore în fiecare noapte și cel puțin o oră de repaus în poziție orizontală în timpul zilei.

– Va evita exercițiile dificile și activitățile care solicită eforturi deosebite (ridicarea de obiecte grele, alergarea, urcarea rapidă a scărilor, practicarea sporturilor violente). Nu va sta în picioare timp îndelungat.

– În caz că lucrează în mediu toxic sau în ture de noapte, va fi transferată la o muncă cât mai ușoară.

– Va sta cât mai mult în aer liber, fără a se expune mult la soare.

– Atitudinea cea mai potrivită, în raport cu viitoarea naștere, este să aibă convingerea că aceasta reprezintă un fenomen absolut fiziologic.

– Va intra în concediu legal de natalitate, conform legii sau indicațiilor medicului obstetrician.

– Va consulta periodic medicul obstetrician.

– În ultimele 2 luni va începe pregătirile pentru copilul așteptat.

1.1.7. Gimnastica gravidei

Femeile care au practicat mult sport înainte de sarcină ar putea crede că gimnastica gravidei este inutilă pentru ele. Experiența arată însă că nici la ele actul nașterii nu se petrece mai ușor decât la femeile complet neantrenate, deoarece gimnastica gravidei vizează antrenarea acelor grupe musculare și ligamente care nu sunt incluse în antrenamentele sportive obișnuite.

Reguli de bază pentru gimnastică:

- gravida nu trebuie să obosească prin gimnastică;
- la început fiecare exercițiu se repetă numai de 2-3 ori;

– durata totală pentru o ședință nu va depăși 15 minute (se pot efectua 2 ședințe pe zi);

– exercițiile se vor executa pe un plan dur, cel mai bine pe podeaua acoperită cu un pled;

– în timpul exercițiilor gravida nu va purta sutien, eventual ochelari, pantofi (vezi fig. 1.3 – 1.6).

Fig. 1. 3 – 1. 6 – Gimnastica gravidei.

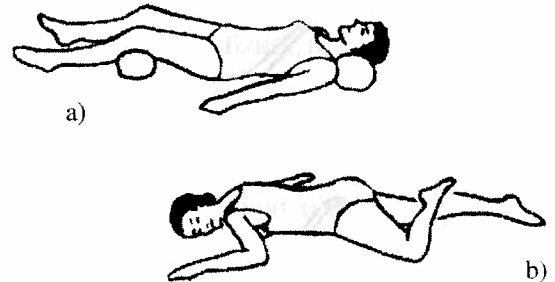


Fig. 1. 3. – Gravida se culcă pe spate, complet relaxată (fig. 1. 3 a). Sub ceafă se așează o pernă mică, astfel încât capul să atingă solul cu regiunea occipitală. Brațele vor fi ușor depărtate de corp, degetele ușor flectate. Umerii se sprijină pe sol. Membrile inferioare ușor depărtate, picioarele lăsate să se depărteze conform greutateii lor. Sub plica genunchilor se așează un puișor de pernă, făcut sul. Respirați lejer și încercați să urmăriți cum, odată cu inspirația, se destinde nu numai musculatura abdominală anterioară și laterală, ci și planșeul bazinului (perineul).

1. 3, b. Aceeași relaxare musculară totală se poate realiza în poziție culcată pe o parte. Și în acest caz, gravida respiră liniștit, profund, urmărind distensia abdominală în inspir și revenirea cu relaxare în expir.

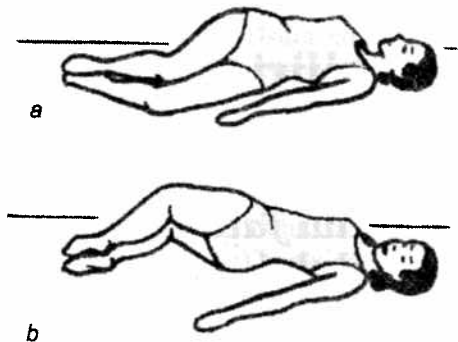


Fig. 1. 4 – Poziția culcat pe spate. Membrile inferioare flectate, brațele lăsate lejer, de-a lungul corpului. Ambii genunchi sunt lăsați să "cadă" într-o parte până ating podeaua. Spatele relaxat urmează cât trebuie această mișcare. Umerii rămân lipiți de sol. În tot timpul respiră liniștit (inspiră pe nas, expiră pe gură). Mișcarea se repetă de câteva ori de fiecare parte (fig. 1.4, a).

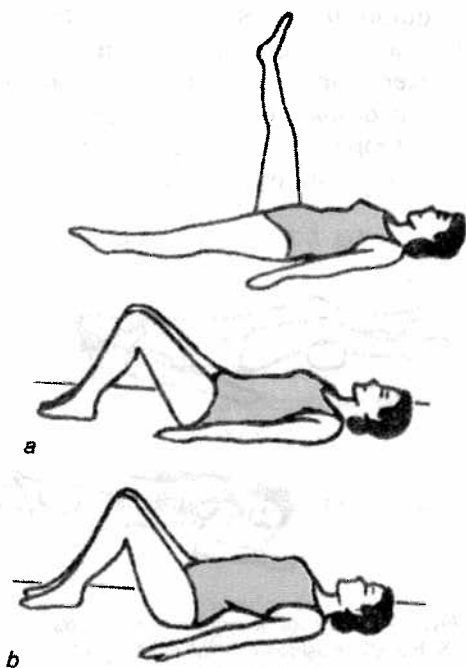


Fig. 1.5 – Poziția culcat pe spate. Membrele inferioare flectate, tălpile aplicate pe sol. Transferați greutatea din regiunea lombară (mijlocul) în regiunea coccisului (noada), apoi în regiunea lombară (fig. 1.5, a).

Poziție culcat pe spate. Membrul inferior drept se ridică întins, în poziție verticală, apoi se coboară încet la sol. Urmează aceeași mișcare cu membrul inferior stâng. Apoi, înainte de a coborî piciorul, se execută mișcări de rotație din gleznă. Se repetă de mai multe ori (fig. 1.5, b).

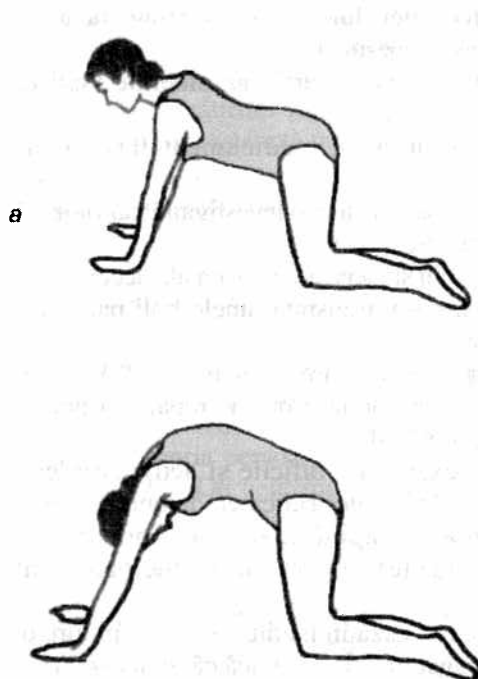


Fig. 1.6 – Poziție în genunchi, cu palmele sprijinite pe sol, brațele întinse. În repaus, capul, ceafa și spatele formează o linie dreaptă. Apoi capul se apleacă, iar spatele se rotunjește (ca pisica) și se revine la poziția de repaus. Se repetă de mai multe ori.

1.2. Îngrijiri în maternitate

1.2.1. Atitudinea mamei și a tatălui față de nașterea copilului

În determinarea sănătății ființei umane sunt două evenimente importante:

- *Primul, concepția*, este procesul prin care ia ființă un nou individ în urma fecundației ovulului de către spermatozoid – dacă cei doi genitori, respectiv tatăl și mama, sunt sănătoși și nu transmit din patrimoniul lor genetic vreo trăsătură ereditară bolnavă; ulterior, în

urma unei îngrijiri corespunzătoare, urmașii lor au toate șansele de a deveni indivizi sănătoși, înzestrați corespunzător în vederea desfășurării normale a întregii lor existențe.

- *Al doilea eveniment hotărâtor este nașterea*. După 9 luni de sarcină, însoțită de atâtea speranțe și îndoieli, urmează nașterea, care, pe cât a fost de așteptată, pe atât vine de repede și de neprevăzut.

În timpul sarcinii și nașterii fătul este într-o totală unitate cu mama sa, care îi asigură toate condițiile și substanțele necesare dezvoltării. Premisa de bază pentru un echilibru psihic al mamei și pentru o

dezvoltare normală a sugarului rezidă în felul cum mama recunoaște înăuntrul ei acest biosistem, unitatea dintre ea și făt. La capitolele despre sarcină s-a vorbit despre igiena psihică a gravidei. Ceea ce s-a spus despre atitudinea psihică a mamei față de copil este valabil nu numai în timpul sarcinii, ci și pentru actul nașterii. În preajma nașterii, la intrarea în maternitate, în cursul "durerilor de facere" (travaliu), mama trebuie să fie pătrunsă de adevărul că nașterea este un proces fiziologic. Chiar în condiții total fiziologice, travaliul reprezintă o solicitare considerabilă a întregului organism. O bună relaxare musculară a mamei nu se realizează într-o stare de încordare psihică. Orice femeie trebuie să pornească de la constatarea că la majoritatea femeilor nașterea se desfășoară normal. Bunicile și străbunicile noastre, femeile din moși-strămoși, au născut copii fără incidente și accidente. Naturaletă, firescul și seninătatea lor au constituit sprijinul covârșitor în trecerea cu bine a acestui eveniment, care împlinește și dă conținut ființei umane de sex feminin. Accidentele din trecut se datorau lipsei de maternități și nepriceperii moașelor empirice. Astăzi, în stadiul în care a ajuns medicina, prin condițiile moderne din maternități și prin organizarea întregii asistențe a mamei și copilului, toate primejdiile de odinioară au dispărut.

Femeia "modernă", ruptă de tradițiile transmise altădată din gură în gură în orice familie de către mame și bunici, iar pe de altă parte complicată prin angajarea în viața trepidantă a secolului al XX-lea este, din punct de vedere psihic și al inițierii, mai nepregătită decât generațiile din trecut. Multe femei au azi o *teamă* în fața actului nașterii. Teama este întreținută de lipsa de informare privind nașterea, de noțiuni greșite culese de la persoane neinițiate (colege de serviciu, rude, moașe mediocre, din filme și romane de senzație care-și condimentează deznodământul cu întâmplări tragice legate de naștere etc.).

Pe lângă frică, se mai întâlnește uneori și *lipsa dorinței de a avea copil*.

La acestea putem adăuga și faptul că unele femei ajung să nască epuizate fizic și psihic, prin viața lipsită de cumpătare trăită până atunci.

Dacă fătul adus pe lume a fost zămislit de parteneri sănătoși, iar îngrijirile au fost corespunzătoare în timpul sarcinii, nu există motive de îngrijorare. Cu un obstetrician priceput și conștiincios, care este informat asupra trecutului mamei și asupra modului cum a

decurs sarcina, chiar dacă apar situații neprevăzute, acesta le rezolvă rapid și eficient. Imediat după naștere, inclusiv în situațiile în care au survenit unele incidente, mama trebuie să aibă încredere în forțele proprii și să fie convinsă că prin devotamentul ei (alimentație la sân, dăruire permanentă, îngrijiri corecte) multe din urmările acestor incidente sau accidente se înlătură cu timpul. Despre evoluția unui copil care a suferit la naștere nu se pot face afirmații categorice decât după o perioadă oarecare de timp, urmărind modul cum evoluează indicii de dezvoltare fizică, psihică și motorie. Sunt nenumărate cazuri în care oameni celebri au prezentat o suferință la naștere. Ca un caz demonstrativ, cităm din opera autobiografică "*Poezie și adevăr*" a marelui scriitor german Goethe: "prin lipsa de dibăcie a moașei, m-am născut aproape mort și numai prin numeroase eforturi de tot felul am izbutit să văd lumina zilei. Împrejurarea aceasta, în care rudele mele au dat dovadă de îngrijorare, a folosit concetățenilor mei, deoarece bunicul dinspre mamă, primarul Johann Wolfgang Textor, a angajat, drept urmare a acestei întâmplări, un mamoș și a pornit la introducerea și înnoirea moșitului, lucru care va fi folositor multor copii născuți după mine"¹. Goethe s-a născut la 28 august 1749. Or, moșitul s-a "înnoit" îndeajuns. În plus, orice mamă ar fi mândră dacă ar naște indiferent cum, un al doilea om de valoarea lui Goethe! De aceea femeia trebuie să fie informată și să posede unele noțiuni despre naștere, care să-i permită să înțeleagă bine și să urmeze prescripțiile medicului și moașei.

Misiunea tatălui

Înainte de naștere. În măsura posibilităților, este bine ca tatăl, deopotrivă de răspunzător de viitoarea naștere, să fie un participant activ la preparative. El are un rol de susținere față de mamă. Această perioadă este tulburătoare pentru femeie. Soțul va trebui, așadar, s-o liniștească, să-i insuflă speranță și optimism. Va fi tot așa de interesat de evoluția fătului; la rândul ei, femeia trebuie să încerce să-l facă să participe la trăirile ei fără ca aceasta să devină o oboseală. Tatăl va fi foarte emoționat și angajat când reușește să "prindă" mișcările fătului. În majoritatea cazurilor el arată o bucurie cu totul legitimă, când fătul "mișcă" prima dată. Când copilul este prea dorit, se întâmplă, însă, ca viitorul tată să fie prea neliniștit și să înconjure pe soția

¹ Din "*Poezie și adevăr*", de Johann Wolfgang Goethe, pag. 7-8. Trad. de Tudor Vianu, Editura pentru literatură, 1967.

sa cu o solitudine excesivă. El se teme de un gest care să fie nefast pentru făt; în loc de a fi stimulant, el poate deveni acuzator și pisălog și atunci soția i se va destăinui din ce în ce mai puțin. Soțul poate avea un rol în treburile casnice ale soției sale, mai ales când aceasta lucrează. În zilele în care o simte mai obosită sau neliniștită, viitorul tată poate propune cu gentilețe: "odihnește-te, am să prepar eu masa". Este bine ca soția să nu refuze acest lucru! Trebuie încetățenită concepția că în prezent participarea bărbatului la gospodărie să devină o obișnuință. Această participare este deosebit de prețioasă în perioada de așteptare a unui copil. Pregătirea camerei se face "în doi" sau, cel puțin, cu avizul tatălui, chiar dacă el găsește că "asta nu-l privește". El ajută la transformările care sunt adesea de făcut într-un apartament. Tatăl trebuie să trăiască așteptările și speranțele viitoarei mame. El are datoria să contribuie la crearea unui climat familial destins. Din păcate, din ce în ce mai mult, prezența unui tată este inconstantă. Nu se poate nega că absența paternă influențează asupra stării psihologice a femeii însărcinate. În multe familii gravida trebuie să suporte singură neliniștile, obligațiile casnice și câteodată criticile. Adesea, gravida nu poate să împărtășească îndoielile, bucuriile și speranțele ce le are în așteptarea copilului. Dacă mediul familial admite pe viitorul copil, izolarea este mai puțin completă. Adesea, însă, tânăra femeie este nevoită să se închisteze în singurătate din cauza dezacordurilor din familie. Câteodată, tatăl este prezent numai fizic, păstrând o atitudine distantă, un indiferentism pentru viitoarea naștere. În astfel de cazuri, soțul este o povară suplimentară pentru femeie.

În timpul când soția este internată în maternitate, rolul soțului este destul de ingrat și de controversat. Un tată în devenire se simte stângaci, uneori ridicol, nu-și găsește rostul și, ceea ce este mai trist, unii nici nu încearcă să aibă vreun rol. Orice tată trebuie să știe că, odată cu venirea primului copil în familie, căsătoria a intrat într-o nouă fază: de-abia acum începe căsătoria adevărată, cu un mare adaos de griji, de preocupări, de cheltuieli. Mica fărâamă de viață va "răsturna" și va "umple" toată casa; se vor schimba toate "tabieturile" de până acum, se va rearanja și completa mobilierul, se va schimba programul nu numai al zilelor și săptămânilor ce urmează, ci al întregii vieți a celor doi parteneri. Prin copii familia capătă conținutul său firesc și cel mai de preț. Prin copii începem și noi să trăim o

nouă copilărie, să creștem cu copiii noștri, să redevenim tineri. S-a vorbit multă vreme că tatăl "ajută" pe mamă în tot ce este în legătură cu copiii. Considerăm că acest rol de ajutor nu este nici suficient și nici echitabil, într-o epocă în care ne lăudăm cu egalitatea sexelor. Rolul tatălui este de colaborare, de înhămare la "jugul" comun al creșterii și formării urmașilor. Fără colaborare și împărțirea eforturilor, femeia, atât de angajată în societatea modernă, nu va putea face față acestei îndatoriri de bază a oricărui cuplu uman.

Vizitele la maternitate

În unele maternități tatăl este autorizat să asiste la naștere. La noi în țară nu s-a încetățenit acest obicei. În mod tradițional, vizitele tatălui și ale celorlalte rude sunt permise în anumite zile și pe intervale scurte. Este indicat ca vizitatorii să fie cât mai puțini, dintre rudele foarte apropiate (dacă este posibil numai tatăl), iar vizitele să se facă în intervale și condiții autorizate de conducerea maternității. Frații și surorile nou-născutului, dacă sunt mici, nu vor fi lăsați să vină la maternitate din cauza agitației lor; școlarii pot fi purtători de boli contagioase. Rudele și prietenii trebuie să se arate discreți. Este bine să se informeze despre starea de sănătate și oboseala a mamei înainte de a se duce la maternitate. Vizitatorii vor evita să vină imediat după prânz pentru ca mama să se odihnească puțin. Ei nu vor sta mult timp, mai ales dacă sunt și alți vizitatori sau dacă mama este internată într-un salon comun. Chiar dacă este singură în cameră, trebuie să ne gândim că vor veni și alte persoane, ceea ce va duce la oboseala lăuzei; adesea, în zilele de vizită mamele au puțină febră.

Cei care sunt "răciți" (cu guturai) se vor abține de la vizite, căci există riscul contaminării mamei și nou-născutului; o scrisoare va face tot atâta plăcere.

Cum se declară copilul la Oficiul stării civile

Noul cetățean trebuie să fie declarat în primele 14 zile după naștere. În caz că nou-născutul a decedat imediat după naștere, declarația nașterii și a decesului se fac concomitent, în maximum 3 zile. Această declarație se face la primăria locului unde s-a produs nașterea pe baza buletinelor de identitate ale ambilor părinți, a certificatului de căsătorie și a certificatului constatator de naștere la maternitatea unde a avut loc nașterea. Această formalitate poate fi îndeplinită de tată. Nou-născutul va purta numele tatălui în cazul unei căsătorii legale; în cazul unei "căsătorii nelegitime", nou-născutul va primi numele tatălui dacă acesta îl

“recunoaște”, iar în caz contrar – pe al mamei. Recunoașterea se poate face fie la maternitate, fie la Primărie.

Domiciliul legal al copilului va fi domiciliul legal și permanent (nu flotant) al mamei.

1.2.2. Ce trebuie să se știe despre nou-născut

1.2.2.1. Nou-născutul sănătos

După ce fătul a fost expulzat din uterul mamei, medicul obstetrician curăță cu ajutorul unei sonde căile respiratorii superioare de mucozități și de resturile de lichid amniotic. În acel moment copilul țipă puternic și respiră aer pentru prima dată. În corpul său căile respiratorii și alveolele, care în uter nu au avut nici o funcție, se desfășoară, începe să circule sângele și cordonul ombilical devine inutil. Declanșarea imediată a respirației în afara uterului, are o influență enormă asupra organismului. Este o fază critică în viața oricărui om și care trebuie să se desfășoare rapid și fără dificultăți.

La examenul clinic rapid din sala de naștere, medicul verifică dacă nou-născutul prezintă vreo malformație vizibilă, testează unele reflexe (supt), ascultă inima și plămâni, verifică organele genitale.

Nou-născutul este cântărit și măsurat. Cei mai mulți nou-născuți, sănătoși și la termen, cântăresc între 2 800 g și 4 000 g (în medie fetele 3 300 g și băieții 3 400 g) și au o lungime de 48-54 cm (fetele în medie 50 cm, iar băieții 51 cm). Dimensiunile sunt în general dependente de constituția mamei. Ele sunt condiționate ereditar și mai puțin de alimentația din cursul sarcinii. Mamele înalte și solide au copiii mai mari, iar cele slabe au copiii mai mici.

Semnele maturației corpului sunt: greutate și lungime normale, un perimetru cranian de circa 35 cm egal sau cu 1-2 cm mai mult decât perimetrul toracic (de cele mai multe ori). Nou-născutul la termen are o bună dezvoltare a țesutului gras de sub piele, o piele roză, cu resturi de secreții brânzoase (*vernix caseosa*), și acoperită pe alocuri cu un perișor fin (*lanugo*). Unghiile degetelor de la mâini și picioare sunt la nivelul sau depășesc vârful. La băieți testiculele sunt mari și se pot pipăi în scrot. La fete labiile (buzele) mari

acoperă pe cele mici. Nou-născutul țipă viguros, dă din picioare și suge bine (vezi “Îngrijirile nou-născutului în sala de naștere” – pag. 28).

TABELUL 1.1

GHID DE EVALUARE A NOU-NĂSCUTULUI (după Nancy Coulter)

Normal	Tulburări minore Variații comune	Tulburări majore Probleme potențiale
Măsurători		
Lungime: 45-55 cm Greutate: 2 500-4 600 g Circumferința capului: 33-37 cm Circumferința toracelui: 30-33 cm	Scade 10% din greutate în 3-4 zile; recuperează în 10 zile	Circumferința capului peste 4 cm față de torace (suspiciune de hidrocefalie) Circumferința capului cu mult sub a toracelui (suspiciune de microcefalie)
Poziție. Mișcări		
“Poziție fetală”; capul este flectat exuberant flectat pe abdomen (“tripla flexie”). Dezvoltare și poziție simetrică a membrilor omoloage	Coapse în abducție rotate extern; picioare și capul în extensie	Hipotonie sau dimpotrivă extensia extremităților
Piele		
Culoare roză Epiderma este moale, fină, netedă, delicată; după 3-4 zile mai uscată, adesea cu descumări Vernix caseosa Lanugo Turgorul este prezent	Icter după 24 ore Acrocianoză Milia Eritem toxic (rush, roșeață difuză) Culoare schimbătoare – arlechin Pete mongoliene Cutis marmorata Nevi telangiectatici (“mușcătură de barză”) Peteșii sau echimoze cauzate de traumatismul nașterii	Icter în primele 24 ore Cianoză centrală, generalizată Vernix caseosa excesiv (indicație de prematuritate) Vernix caseosa absent (sarcină depășită) Turgor cutanat slab Peteșii persistente, generalizate Colecții purulente ce apar după câteva zile (infecții)
Craniu		
Fontanela anterioară la 5 cm; rotundă sau rombică Fontanela posterioară: 0,5-1 cm (triunghiulară) Fontanele: plate, moi	Fontanela a III-a sagitată Capul succedaneum Cefalhematom	Fontanele bombate sau deprimare Suturi lipite

Ochi		
Ochi de regulă sunt închiși Pleoapele frecvent edemațiate Culoarea este gri-albastră sau gri-căprui	Conjunctivită chimică (după medicamente) Hemoragie subconjunctivală Pseudostrabism	Secreție purulentă Cataractă congenitală Pliu mongolian Nu urmărește
Urechi		
Insertie cu marginea superioară la nivelul ochilor Cartilaj palpabil	Lipsa cartilajului ca semne de prematuritate	Insertie joasă (ca semn de anomalie cromosomică și/sau renală)
Nas		
Fose nazale prezente Secreție mucoasă albă, subțire		Narine neperforate Secreție anormală
Gură. Faringe		
Palat intact Salivație minimă	Incluziuni chistice (perle Epstein) Dinți congenitali	Despicătura buzei și/sau palatului Nu trece tubul nasogastric Limbă mare, profuză Salivație în exces
Gât		
Gâtul este scurt și gros Mișcările laterale de ambele părți, anterioare și posterioare sunt posibile		Cute excesive ale pielii Mișcări limitate Hiperextensie
Torace		
Coaste flexibile Apendice xifoid observabil	Mameloane supra-numerare Glande mamare mărite Secreție lactată ("lapte de vrăjitoare") Pectus excavatus (torace în pâlnie)	Tiraj intercostal Expansiune asimetrică Eritem perimamelonar Stern înfundat Mameloane lateralizate
Plămâni		
Murmurul vezicular se aude Numărul de respirații: 40-60/minut Respirația abdominală este prezentă Respirațiile sunt neregulate	Apnee de 6-15 secunde Respirație periodică Raluri la auscultație	Murmurul vezicular este asimetric Apneea depășește 15 secunde Dispnee, tahipnee, geamăt
Inimă		
120-140 bătăi/minut Ritm regulat Vârful este în spațiul IV intercostal stâng, lateral de linia medioclaviculară Zgomotele I și II net auzibil	Sufluri Bătăile inimii: 100-120 pe minut 140-180 bătăi/minut în activitate	Vârful inimii plasat în altă zonă Cardiomegalie Tahicardie Bradycardie
Abdomen		
Cilindric, protruzic (iese în afară) Bontul ombilical la naștere este alb-albăstrui, lucios; după 24 ore galben-brun; uscat; cade în 7-14 zile Ficatul este palpabil 2-3 cm sub marginea coastelor Splina se simte uneori subcostal stâng Rinichii se palpează la 1-2 cm supra și lateral de ombilic Pulsul femural este prezent	Hernie ombilicală Mișcări peristaltice vizibile Distensie vezicală - glob vezical în zona suprapubiană	Distensie Balonare pe flancuri Bont ombilical inflammat, infectat Formațiuni abdominale anormale Distensie abdominală și după micțiune Puls femural absent, inegal
Organe genitale masculine		
Ambel testicule palpabile Orificiul uretral în capul penisului Smegmă prezentă Prepuț aderent la gland; greu de retractat	Testicule palpabile în canalul inghinal Prepuț neretractabil Hidrocel Scrot mic Hernie inghinală Erecție	Testicule nepalpabile Hipospadias Epispadias
Organe genitale feminine		
Labiile mici mai mari decât cele mari Vernix caseosa între labii Labiile și clitorisul sunt edemațiate Meatul urinar este greu vizibil Himen prezent	Pseudomenstruație	Labi fuzionate Impenetrare vaginală
Anus		
Orificiul anal prezent, normal plasat		Anus imperforat

Sistem muscular scheletic		
Coloana vertebrală intactă, fără curburi accentuate, fără deschideri Motricitate normală a membrilor inclusiv ale șoldurilor Plante ("picioare") plate Extremități simetrice Nu ține capul (oblic) posterior Tripla flexie a membrilor	Pliu simian în palmă Tremor ocazional	Spina bifida Polidactilie Sindactilie Luxație de șold 1. Limitarea abducției 2. Se aude un "clic" la abducție (semnul Ortolani) 3. Lungime inegală 4. Pliuri gluteale inegale Hipotonie Paralizii Trémurături, mioclonii
Sistem nervos		
Reflexe prezente: clipit, pupilar, apucare, Babinski, Moro, gât tonic, pășit (mers automat), târare, "ochi de păpușă"	Răspunsuri variabile	Hipotonie Reflexe asimetrice sau absente Extensia (hipertonie) extremităților

1.2.2.2. Prematurul

Când un nou-născut vine pe lume înainte de a 37-a săptămână de sarcină, este de regulă un prematur. Greutatea la naștere este de 2 500 g și/sau mai puțin. Cu cât greutatea la naștere este mai mică, cu atât dificultățile sunt mai mari. Funcțiile sale vitale ca: respirația, digestia, reglarea temperaturii corpului și apărarea împotriva infecțiilor sunt deficitare. Prematurii se împart în diferite grupe:

– *Greutatea la naștere între 1 500 și 2 500 g* sau cu naștere după a 30-a săptămână de sarcină. Datorită marilor progrese survenite în ultimul timp în medicină nou-născutul (*perinatologie* – socotită în intervalul dintre sfârșitul celei de a 28-a săptămâni de sarcină și a 7-a zi de viață), 95% dintre acești nou-născuți supraviețuiesc în prezent, se dezvoltă fără complicații și vor fi normali.

– *Greutate la naștere între 1 000 și 1 500 g* sau naștere din a 27-a până în a 30-a săptămână de sarcină. Supraviețuirea acestor prematuri este între 70 și 90 procente, în timp ce cu 15 ani în urmă numai circa 30

din 100 nou-născuți puteau fi salvați. La 10-15 procente dintre copiii care supraviețuiau apăreau în cursul evoluției tulburări neurologice.

– *Greutate la naștere sub 1 000 g sau mai puțin de 27 săptămâni de sarcină.* Prematurii din această grupă supraviețuiesc, îndeosebi cei cu o greutate de 800 până la 1 000 g, în proporție de 40-50 procente. Șansele pentru acești prematuri depind de gradul de dotare a aparatului medical și de calificarea personalului de la terapia intensivă. Circa 20% din cei care supraviețuiesc rămân cu tulburări de dezvoltare a corpului și psihicului. Cei care se nasc cu greutate sub 750 g prezintă riscul unor leziuni neurologice grave.

*

Gradul nematurației se recunoaște după anumite semne exterioare:

- *Lungimea corpului de 47 cm și mai mică*, cu proporții mici, dar cu un cap neobișnuit de mare (raportul înălțimea craniului față de lungimea corpului 1 la 3, față de 1/8 cât este la adult).

- *Piele zbârcită, roșie.* Țesutul de sub piele nu este dezvoltat sau este foarte subțire; vasele de sânge se văd prin piele; aproape tot corpul este acoperit cu o piele cu un perșor foarte fin (lanugo).

- *Pavilioanele urechilor sunt moi*, ca urmare a neformării cartilajelor; *unghiile* de la degetele mâinilor și picioarelor sunt subțiri și nu ajung la vârfuri; *cutele pielii tălpiilor* sunt slab pronunțate.

- *La fete, micile labii (buzi)* nu sunt acoperite de marile labii.

- *La băieți* sacul scrotal este mic, testiculele nu sunt coborâte și nu pot fi pipăite în scrot, ci în abdomen sau pe canal.

Slăbiciunea și tulburările funcțiilor organice fac ca viața și sănătatea prematurului să fie primejduite. De aceea, până când se ajunge la o oarecare maturație, nou-născutul cu prematuritate de gradul II și III este pus într-un fel de lădiță (incubator), plasată într-o secție de terapie intensivă. Incubatorul este un fel de uter artificial în care cu mijloace medicale se încearcă să se asigure pentru o perioadă lungă condițiile oferite fătului în corpul mamei. El constă dintr-o construcție specială, cu un înveliș de plastic, unde poate fi supravegheat. Instalații speciale asigură o temperatură constantă (la început 36°C, mai târziu se coboară la 32°C), o anumită umiditate (50-60 procente) și un anumit conținut în oxigen în aerul de respirat (21 procente). Pentru a putea

fi mai bine observat, nou-născutul este acoperit numai cu un scutec. Uneori se adaugă o căciuliță tricotată și botoșei pentru a fi mai bine apărat de răcire. Instalația unui incubator este destul de complicată, cu monitorizare ce reasigură și reglează bătăile inimii, mișcările respiratorii, conținutul în oxigen al sângelui, cu sisteme automate de alarmă. Îndeosebi concentrația oxigenului în sânge trebuie controlată sub monitor, deoarece lipsa de oxigen duce la leziuni ale creierului. Pe de altă parte, prea mult oxigen în sânge (hiperoxie) constituie un pericol pentru ochi cu lezarea retinei

are o capacitate mică, iar intestinul nu poate prelucra hrana. Acești prematuri vor fi alimentați prin sondă gastrică. Ei primesc laptele în mici porții printr-o sondă de cauciuc care îl duce de la nas până în stomac. La prematurii cei mai mici este necesară alimentația artificială, care constă în introducerea de substanțe nutritive sub formă de infuzii printr-o venă direct în sânge. Compoziția substanțelor nutritive și a mineralelor importante pentru viață trebuie calculate cu grijă, în funcție de nevoile copilului și pe baza examenelor zilnice ale sângelui. Folosirea acestor

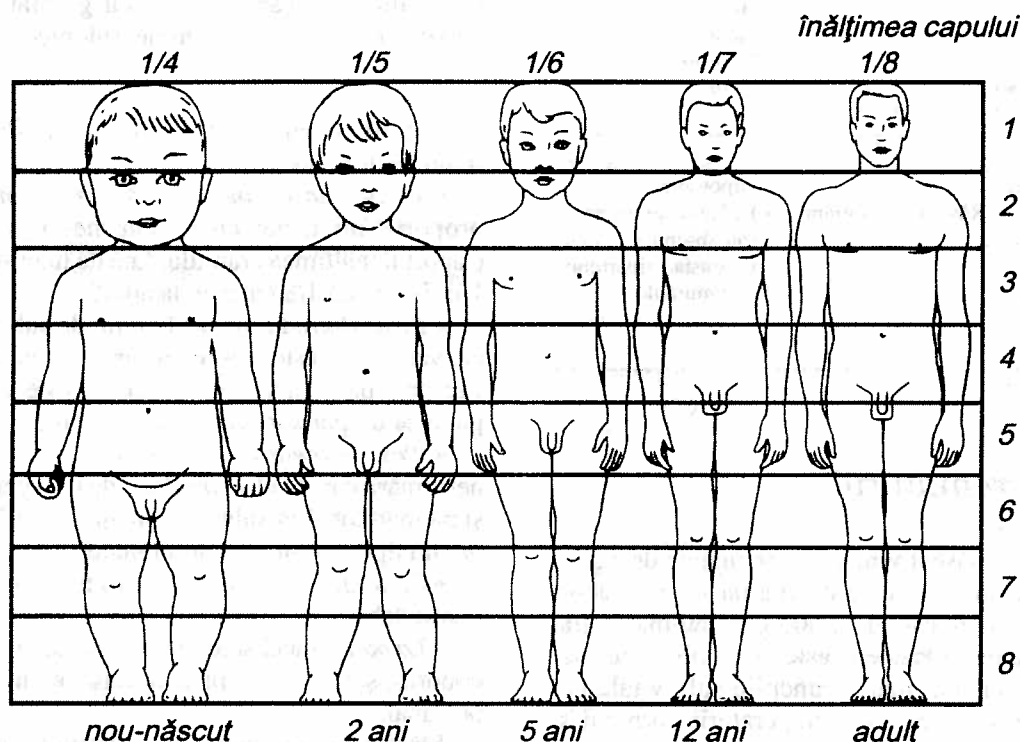


Fig. 1. 7 – Proporțiile corpului în funcție de vârstă. Se observă “ascensiunea” ombilicului și a simfizei, precum și conformația picioarelor la diferite vârste (picioare în “O”, respectiv în “X”) – după P. Grossmann.

(fibroplazie retroletală). În caz de tulburări grave ale respirației (respirație neregulată, stop respirator) fie prin imaturitatea centrului respirator, fie printr-o îmbolnăvire a plămânilor, nevoile de oxigen se vor asigura prin intubație (un tub de cauciuc care se introduce prin nas până la trahee – intubație endotraheală – și care este legat cu mici tuburi de aparatul pentru respirație).

Mulți prematuri nu au încă reflexul de supt și înghițit, nu au putere să bea. Pe de altă parte stomacul

soluții nutritive se va face cu păstrarea riguroasă a măsurilor de igienă. Nici un microb nu trebuie să ajungă în corpul copilului, deoarece se pot produce infecții grave. Prematurii nu sunt încă apti pentru a lupta împotriva îmbolnăvirilor. Bolile infecțioase ca infecțiile plămânilor (pneumonia), inflamația intestinelor (diareea), infecțiile rinichilor (pielonefrita), trecerea microbilor în sânge (septicemie) și inflamația învelișurilor creierului (meningită) pun în pericol mare viața copilului.

Când prematurul a ajuns să nu mai aibă nevoie de sondă gastrică și poate să bea singur din biberon sau chiar să sugă la sân, trebuie să primească cel mai bun aliment și anume laptele mamei sale. Acesta se potrivește cel mai bine nevoilor alimentare ale prematurului.

Cu mijloacele tehnice specializate și cunoștințele moderne despre diagnostic și tratament se pot asigura nevoile corporale ale organismului nematurat.

Pe lângă acestea, este important pentru dezvoltarea prematurului și participarea fizică și psihică a mamei. Mama nu numai că are voie, ci trebuie să viziteze zilnic pe copil. Atunci când prematurul a ajuns la gradul de maturitate încât să renunțe la incubator, mama va participa la îngrijirile ce se impun. Ea poate de acum nu numai să-l vadă, ci să-l îngrijească, să-l alimenteze, să-l mângâie, să-i vorbească, natural, respectând strict prevederile igienice. Dacă și-a putut păstra laptele (prin muls sau extragere cu pompa), îl va pune la sân.

Când prematurul a ajuns să cântărească circa 1 800 g, are o temperatură constantă și poate să respire normal, va fi scos din incubator și plasat în pat (uneori încălzit). Acum mama poate alăpta singură pe sugar, dacă acesta are putere să sugă.

Când prematurul cântărește 2 500 sau 3 000 g, este sănătos și suge bine, poate fi lăsat acasă.

1.2.2.3. Dismaturul (*Small-for-date-babies, Mangelgeburt*)

Unii nou-născuți cântăresc la naștere chiar mai puțin de 2 000 g, deși sunt aduși pe lume la termen (după 40 săptămâni de sarcină). Ei se numesc *dismaturi* sau *hipotrofici* ("*Small-for-date-babies*", "*Mangelgeburt*"). Cauzele dismaturității sunt foarte diferite: o proastă funcție a placentei datorită unei toxemii gravidice, o hipertensiune arterială, infecțiile, tabagismul, alcoolismul, o sarcină la o primipară în vârstă etc. Adesea, nu se poate descoperi nici o cauză. Dismaturii sunt copii fragili și la ei survin adesea hipoglicemii și/sau hipocalcemii (scăderea bruscă a glucozei și calciului în sângele lor). Mortalitatea perinatală este mai mare decât la copiii eutrofici.

Dezvoltarea sistemului nervos central este legată de vârsta gestației și nu de greutatea corporală, așa că

acești nou-născuți au parametri normali ai dezvoltării psihomotorii.

Ei nu necesită îngrijiri intensive, ci numai mai multă dragoste, căldură și hrană (mese mai dese cu alimente corespunzătoare).

*
* *

1.2.3. Îngrijirile nou-născutului în maternitate

Activitatea pediatrului începe în sala de naștere. În unele maternități pediatrul asistă la naștere, mai ales când este vorba de o sarcină cu risc crescut.

În cea mai mare parte a cazurilor (90%) nașterile nu pun probleme de îngrijiri deosebite (reanimare etc.). Orice nou-născut poate să se nască cu unele deficiențe neașteptate (malformații, circulară de cordon, întârzierea primei respirații, bătăi ale inimii sau mișcări respiratorii anormale etc.). La unele sarcini cu risc medicii se așteaptă însă să survină "probleme". La astfel de situații este necesară o echipă specializată, gata să intervină (medicii reanimatori au deja mâinile dezinfectate, iar materialul de reanimare este pregătit). La reanimarea nou-născutului, medicii se vor lupta cu timpul, contra cronometru, cu anoxia (lipsa de oxigen), acidoza, răcirea corpului, infecția și/sau colapsul).

• *Factorii de risc.* Dintre numeroasele situații care necesită prezența pediatrului amintim:

- sarcinile premature și postmature;
- sarcinile gemelare;
- bolile fătului suspectate prin semne clinice sau prin examenul ecografic;
- unele boli ale mamei (diabet etc.);
- dificultăți obstetricale: placenta praevia, hematoma retroplacentar, travaliul prelungit și dificil, expulsia prelungită, circulara sau proccidenta de cordon, aplicarea de forceps etc.

Suferința fătului poate fi depistată în timpul nașterii prin încetinirea ritmului cardiac sau culoarea anormală a lichidului amniotic.

Aspectul nou-născutului

În momentul nașterii, pielea nou-născutului are o colorație roșie intensă și este acoperită, mai mult sau mai puțin, cu un strat gros de grăsime (*vernix caseosa*).

Acest prim aspect înspăimântă pe unele mame. Vederea cordonului ombilical (lung, gros, gelatinos) surprinde. Odată debarasată de stratul de grăsime, pielea nou-născutului este moale și catifelată. La unii nou-născuți (mai ales la cei născuți după termen) pielea este lucioasă sau uscată, zbârcită, descuamată, iar palmele și tălpile au pielea umedă, încrețită, ca mâinile de "spălătoreasă". Primele țipete impresionează; totuși, țipetele din primele secunde constituie primul semn că nou-venitul pe lume este sănătos; ele declanșează prima respirație, plămâni se destind și aerul năvălește înăuntru, furnizând oxigenul indispensabil vieții. Ulterior mama va fi întrebata adeseori de către medicii care vor îngriji copilul despre momentul apariției primului țipăt, deoarece acesta constituie un criteriu major de depistare a unei suferințe la naștere. Primul țipăt întârzie la fătul la care a intervenit un factor vătămător în timpul nașterii sau sarcinii: hemoragii ale creierului, traumatisme, circulară strânsă de cordon, poziție vicioasă a fătului în uter, angajare anormală și expulsie dificilă, obstruarea căilor respiratorii cu lichid amniotic sau secreții din căile genitale ale mamei, unele medicamente (anestezice, narcotice) administrate în timpul nașterii, aplicarea de forceps, imaturitate a centrilor respiratori, malformațiile pulmonare, extracția prin *vacuum*, depășirea termenului de gestație, precum și unele boli ale mamei (toxicoza, unele infecții, diabetul etc.). Dacă prima respirație nu se declanșează, lipsa de oxigenare este urmată de suferința creierului și adesea, de perturbări grave ale funcțiilor vitale ale organismului, dacă nu se iau măsurile necesare în timp util. Aspectul nou-născutului surprinde și prin mărimea capului, care reprezintă un sfert din lungimea corpului, spre deosebire de adult la care reprezintă numai o optime din lungime.

a) *Părul* este, în general, de culoare închisă. Alteori capul este complet chel. Câteodată părul este destul de lung, lucios, stufos, încâlcit. Expresia feței poate să se schimbe. Se remarcă adesea, chiar de la început, o asemănare mai mică sau mai mare cu părinții. Este falsă opinia că toți nou-născuții se aseamănă și că nu există nici o deosebire între ei.

b) *Ochii*. Nou-născutul, trezit din somn, stă cu ochii închiși și prezintă adesea o tumefiere (umflare) a pleoapelor; el evită lumina și de aceea lăuza cu greu poate aprecia culoarea lor. Ochii au o tentă cenușiu închisă, chiar la nou-născuții care vor avea mai târziu ochii albastru-deschis.

c) *Nasul* este mic, turtit, împetrișat de puncte albe-gălbui – glande care secretă grăsime și al căror canal excretor este astupat (*milium*).

d) *Gâtul* este scurt, pieptul bombat, abdomenul ușor scobit (în momentul nașterii, ulterior se destinde).

e) *Brațele și gamba*le sunt scurte și ghemuite, amintind de poziția din uterul mamei.

Adaptarea nou-născutului după naștere

De felul cum decurge nașterea și de capacitatea de adaptare a funcțiilor vitale ale organismului depinde, în mare măsură, starea de sănătate din tot restul vieții. Nașterea supune pe făt la o probă extraordinară. Până acum el era protejat, prin lichidul amniotic și țesuturile materne, de toate traumele mecanice, dezvoltându-se la o temperatură constantă. Aportul substanțelor necesare vieții era asigurat de către placentă. Produsele de metabolism erau îndepărtate din organismul fetal, pe aceeași cale, în organismul mamei și evacuate prin organele excretorii (plămâni, ficat, rinichi) ale acesteia. După naștere, nou-născutul intră într-un mediu nou de viață, impunându-i-se dintr-o dată un șir întreg de sarcini, ce cad în seama unor organe care nu funcționau înainte de venirea sa pe lume (plămâni, piele). La cei mai mulți dintre nou-născuți, adaptarea la noile solicitări se face fără nici o dificultate, lucru ce poate fi definit ca una dintre minunile vieții. Cu toate acestea, se poate afirma că puiul de om este mai vulnerabil și mai neputincios decât puii tuturor celorlalte mamifere; fără îngrijiri cu totul speciale, el nu ar fi în stare să facă față singur condițiilor grele de adaptare la viața extrauterină.

Cu patrimoniul ereditar transmis de părinți, funcțiile diferitelor organe, care sunt în stare de nematurare în momentul nașterii, se vor dezvolta sub acțiunea diferiților factori ai mediului exterior, până la deplina lor înflorire, asigurând omului independența și poziția sa dominantă în natură.

Îngrijiri în sala de naștere

Imediat după expulsie se efectuează dezobstruarea căilor respiratorii superioare, prin aspirarea cu ajutorul unei sonde sterile a mucozităților și lichidului amniotic din gură, faringe și nas. În minutele care urmează se face rapid evaluarea stării nou-născutului (scorul Apgar), apoi secționarea și ligaturarea cordonului ombilical și profilaxia conjunctivitei (oftalmiei) gonococice (vezi pag. 29).

Scorul Apgar (în unele manuale "indicele" sau "cifra") permite o informare rapidă și cuprinzătoare asupra adaptării funcțiilor vitale la condițiile de viață extrauterină.

SCORUL APGAR

Numărul punctelor	0	1	2
Colorația tegumentelor	Albastre sau palide	Trunchiul rozat, extremități albastre	Colorație roz-uniformă
Mișcările respiratorii	Absente	Neregulate, slabe	Regulate, plâns vișuros
Bătăile inimii	Absente	Rare, sub 100 pe minut	Peste 100/minut
Tonusul muscular	Flasc	Tonus moderat, extremitățile se flecează incomplet	Tonus bun, membrele se flecează complet, mișcări active
Reflectivitatea (se cercetează prin reacția nou-născutului la excitanți: reacția la sonda de dezobstruare sau de administrare a oxigenului)	Absentă	Strâmbă fața (grimasă)	Tipăt, tuse sau strănut

S-au propus diferite metode pentru a se aprecia starea sănătății unui nou-născut imediat după naștere. Metoda cea mai răspândită la ora actuală este determinarea scorului Apgar, numit astfel după numele doctoriței Virginia Apgar, care a imaginat acest test în 1953, în SUA. Parametrii de urmărire sunt: culoarea pielii; mișcările respiratorii (funcția respiratorie); bătăile inimii (funcția circulatorie); tonusul muscular; reflectivitatea (răspunsul la anumiți excitanți) (tabelul 1.2). Fiecare din aceste elemente este cotate de la 0 la 2. De exemplu, absența bătăilor inimii este cotate cu 0, în timp ce tahicardia fiziologică de 100/minut este cotate cu 2. Scorul normal este egal cu 10. Cu cât scorul este mai mic, cu atât starea nou-născutului este mai rea.

La nou-născutul normal, înregistrarea scorului Apgar se face la 1 minut cu note de la 0 la 2 pentru fiecare parametru menționat. La nou-născuții cu probleme se face și la 2, 5 și 10 minute. Este util ca mama să cunoască ce "notă" a obținut nou-născutul la naștere.

După naștere, imediat se dă drumul unui cronometru. În același timp este dus repede pe masa de reanimare unde se asigură îngrijirile. Sunt absolut necesare: o sursă de căldură și un material de aspirație steril.

• **Dezobstruarea (permeabilizarea) căilor respiratorii superioare.** Imediat după naștere medicul sau asistenta de obstetrică după ce s-au spălat pe mâini, ascultă inima și (oricare ar fi starea nou-născutului), dezobstruează căile aeriene superioare prin aspirarea secrețiilor din faringe, gură și nările nasului cu ajutorul unor sonde sterile din polietilen.

• **Îngrijirea ochilor.** Wilhelm Crédé (Leipzig) a instaurat în 1834 tehnica cu instilarea de picături de nitrat de argint cu scopul de a evita îmbolnăvirea de conjunctivită neonatală datorită blenoragiei mamei. În timpurile acelea, această boală atingea 12-15% din nou-născuți și 20-70% din copiii orbi. Boala era produsă de gonococ, microb descoperit de Neisser în 1883. Crédé preconiza instilarea unei singure picături de nitrat de argint 2%. Această metodă poate antrena o conjunctivită chimică și, de aceea, se folosește mai des soluția proaspătă de nitrat de argint 1%. În prezent se folosește în multe maternități colire cu tri-antibiotice, care sunt tot așa de eficiente, dar care pun teoretic riscul sensibilizării alergice.

• **Îngrijirile cordonului ombilical.** Cordonul ombilical se compune din vase de sânge și vase limfatice, înglobate într-o substanță gelatinoasă. Cordonul secționat expune nou-născutul la două riscuri: hemoragia și infecția, care impun două gesturi: legarea și asepsia.

Ligatura cordonului se poate efectua în două feluri:

- ligatura cu o ață (nylon sau mătase) cu un nod solid;

- ligatura cu pensa Barr: fie pensă metalică și re folosibilă după sterilizare, fie pensă din material plastic, sterilă, gata de folosit și cu folosință unică.

Cleștele are avantajul simplității de folosire. Totuși, greutatea sa favorizează tracțiunile pe inelul ombilical. Materialul plastic ar constitui după unii medici un mediu de cultură favorabil creșterii microbilor.

Asepsia cordonului ombilical este primordială; alcoolul 70-90% este un bun dezinfectant, dar este

incolor, de aceea se prepară eozină alcoolică 2%. Culoarea roșie, alături de impactul psihologic, permite să ne dăm seama dacă s-a făcut dezinfecția.

Pansamentul ombilical constituie obiectul multor controverse. Se recomandă aplicarea unei simple comprese sterile menținută printr-un adeziv neiritant. Întrucât leucoplastul ce se găsește la noi este iritant, se preferă legarea clasică. Se folosește o compresă sterilă, aplicată pe bontul ombilical. Dacă bontul este zemuind, se curăță în prealabil cu alcool 70° sau cu eozină 2%.

În țările anglo-saxone se abțin de la orice pansament, mulțumindu-se să se aplice un antiseptic la fiecare schimb. Această atitudine are avantajul de a preveni orice macerație și de a favoriza o desicație rapidă. Este necesară însă o igienă riguroasă, cu lenjerie curată și schimbată la timp.

La noi în țară banda ombilicală a intrat în tradiție, fiind socotită de neînlăturat.

• *Îngrijirile pielii.* Așa cum s-a văzut mai sus, la naștere pielea este acoperită cu un strat mai mult sau mai puțin important de *vernix caseosa*, care este un fel de unsoare protectoare bogată în vitamine.

Unii pediatri îl înlătură printr-o spălare rapidă; alții îi găsesc virtuți binefăcătoare, preferând să-l lase să fie resorbit de piele. Ultima soluție, mai logică și mai naturală, pare cea mai bună. Baia precoce prezintă riscul răcirii corpului, iar folosirea săpunului ar fi responsabilă de eritemul toxi-alergic ce apare în primele 24-48 ore.

Evitarea pierderii de căldură are o importanță deosebită la nou-născut. S-a constatat o corelație sigură între scăderea temperaturii rectale în decurs de o oră și mortalitate. Dacă maternitatea nu este dotată cu o masă de reanimare încălzită electric, menținerea temperaturii corporale se realizează cu ajutorul unui radiator plasat în apropierea nou-născutului și prin învelirea acestuia în scutece încălzite în prealabil.

Tot în sala de nașteri nou-născutul este cântărit, se fixează o brățară de identificare (pe care se înscrie același număr ca la mamă), și i se face un examen clinic rapid de către medicul pediatru. Îngrijirile și observația asistentei de copii din secția de nou-născuți trebuie să se bazeze pe o schemă, pentru a nu se trece cu vederea nici un amănunt.

Trecerea nou-născutului în salonul de nou-născuți se face imediat după efectuarea îngrijirilor amintite mai sus. Aici va fi instalat într-un pătuț încălzit în prealabil (scutece încălzite, sticle cu apă caldă). Dacă mai are încă secreții în căile respiratorii superioare, se vor aspira

din nou, așezându-l cu capul în poziție declivă într-un unghi de circa 15°. Se vor verifica din nou sexul, identitatea și greutatea. După termometrizare, va fi înregistrat în registrul secției de nou-născuți.

1.2.4. Incidențe fiziologice

• *Scăderea "fiziologică" sau "inițială" în greutate.* Nou-născutul prezintă o scădere în greutate între prima și a cincea zi de viață, care este în medie de 6% din greutatea inițială, cu limite extreme între 3% și 10%. Proporția scăderii în greutate este în funcție de:

- a) momentul când începe alăptarea;
- b) greutatea inițială a nou-născutului (la cei cu greutate mai mare la naștere, scăderea este mai mare);
- c) instalarea secreției lactate la mamă;
- d) îngrijirile acordate în primele zile (cantitatea de lichid administrat, temperatura mediului înconjurător, respectarea repausului nou-născutului);
- e) starea de sănătate (cei bolnavi pierd mai mult în greutate).

Scăderea fiziologică în greutate este un fenomen natural. Dacă greutatea nu se recuperează până la vârsta de 2 săptămâni, înseamnă că nou-născutul este subalimentat sau bolnav.

• *Icterul fiziologic.* În a 2-a – a 4-a zi de viață poate apărea o îngălbenire a pielii și a mucoaselor (ochi), care se accentuează până în ziua a 4-a – a 5-a și dispare în 1-3 săptămâni. Icterul este mai intens pe față și torace. Când colorația galbenă este pronunțată, nou-născutul este somnolent și suge mai greu. Culoarea icterică este determinată de creșterea bilirubinei din serul sanguin; aceasta este eliberată prin distrugerea globulelor roșii (hemoliză) și nu poate fi prelucrată decât foarte încet de către ficatul nou-născutului, încă insuficient maturat. Icterul fiziologic este un fenomen absolut normal, care se manifestă cu intensitate diferită la majoritatea (85%) nou-născuților.

Când icterul apare din prima zi, este intens și rapid progresiv, este vorba de o boală ce necesită un tratament de urgență. De asemenea, dacă icterul persistă peste 3 săptămâni, va fi chemat medicul, deoarece poate fi vorba de o stare patologică (boli de ficat, de sânge sau foarte rar un icter cu urmări neurologice grave – icterul nuclear).

• **Criza genitală.** Trecerea unor hormoni materni în organismul fetal explică unele mici modificări trecătoare observate la nou-născut. Cea mai frecventă este criza genitală, exteriorizată prin modificări ale glandelor mamare și ale organelor genitale.

a) **Glandele mamare.** La 3-4 zile după naștere, la aproximativ 40% dintre nou-născuții de ambele sexe, glandele mamare se întăresc, atingând uneori 3-4 cm în diametru; la apăsare, se scurge un lichid lăptos asemănător colostrului. Această modificare este lipsită de pericol, dar dacă se stoarce glanda mamară, aceasta se mărește și mai mult, riscă să se infecteze și să devină sediul unui proces purulent. Mamelonele se îngrijesc cu delicatețe, în condiții de sterilitate. Dacă roșeața este vie și din mameloane se scurge un lichid lăptos, se aplică sub cămășuța sugarului tamponane mici de vată sterilă, care se fixează cu o bandă de tifon asemănătoare cu cea folosită la ombilic (nu se fixează cu leucoplast, care irită pielea și favorizează extinderea inflamației). Mărirea de volum a glandelor mamare atinge maximum la sfârșitul primei săptămâni de viață și se poate menține de la câteva zile până la câteva săptămâni sau luni (fig. 1.8).

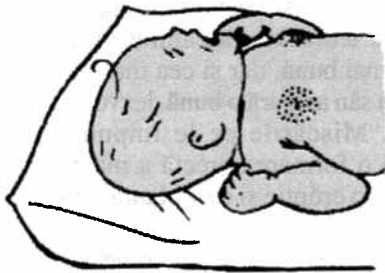


Fig. 1. 8 – Criza hormonală mamelonară.

b) **Sângerări și secreții vaginale.** Același substrat este la baza micilor sângerări vaginale sau a apariției unor simple secreții vaginale formate din mucus, eritrocite și celule epiteliale (“vulvovaginită descuamativă”). Este suficientă o toaletă zilnică a regiunii vulvare, efectuată cu comprese sterile (nu vată din care rămân fire!) înmuiate în apă fiartă și răcită. Este cu totul inutilă aplicarea de unguente cu antibiotice.

c) **Mărirea testiculelor.** La băieți poate apărea o **mărire a testiculelor** și chiar un început de spermatogeneză.

• **Descuamația fiziologică.** Încă din viața intrauterină și continuând cu primele săptămâni de viață, se produce o desprindere de scuame din straturile superficiale (stratul cornos) ale epidermului. Această descuamație poate fi discretă, sub formă de scuame mici, asemănătoare cu tărâța (furfuracee) sau extrem de pronunțată, în fâșii (lambouri, descuamație laterală), mai ales pe trunchi, pe palme și plante (tălpi). Modificările acestea nu necesită nici un tratament special; zonele descuamate reprezintă porți de intrare pentru diferiți germeni și de aceea se vor lua măsuri riguroase de igienă. Dacă descuamația este foarte pronunțată, regiunea interesată se va tampona cu infuzie de mușetel sau cu ulei fierț; nu se vor folosi unguente cu antibiotice (ce predispun la micoze!) și nu se va spăla cu apă caldă și săpun (irită).

• **Eritemul alergic** apare în primele zile de viață, la unii dintre nou-născuți. Este constituit din erupții variate, ca pete roșii (macule), mici elemente proeminente (papule) sau mici bășiici (vezicule). Când veziculele se usucă, se formează cruste. Uneori, erupțiile localizate pe față îmbracă aspectul unor placarde mari, roșii, asociate cu umflarea (edemul) pleoapelor și chiar cu secreții ale conjunctivelor. Starea generală este bună și nu se constată alte tulburări generale (febră, lipsă de poftă de mâncare etc.). Erupțiile cutanate nu necesită nici un tratament special, ele dispărând spontan, în câteva ore sau câteva zile. În cazurile de erupții mai intense și mai persistente, se aplică pulberi inerte (talc).

• **Febra de sete** corespunde în timp cu punctul maxim al scăderii greutatei. Apare îndeosebi în sezonul cald. Excesul de căldură, prin greșeli de îngrijire (sobă sau calorifer supraîncălzit, sticle cu apă caldă, perne electrice) și cantitatea insuficientă de lichide primită de nou-născut (lapte, ceaiuri) constituie un factor favorizant întâlnit adesea în producerea febrei de sete. Se înregistrează creșteri ale temperaturii corporale până la 38°, maxim 39°C și adesea durează 24-48 ore. Sugarul reacționează diferit la această febră: 1) unii sunt agitați și prezintă un plâns răgușit; 2) alții sunt somnolenți și fără vlagă; 3) buzele sunt uscate; 4) sugarii își plimbă limba în gură sau o scot uneori afară, căutând sânul sau biberonul cu ceai; 5) micțiunile se răresc (sub 5 în 24 de ore); 6) în cazurile grave, sugarii devin palizi, cu ochii încercănați, înfundați în orbite și cu miros special al aerului expirat și al gurii, asemănător cu acetona (“mere putrede”). Dacă nou-născutul nu este bolnav

Mama și copilul

(infecții, traumatisme obstetricale), febra se explică prin pierderea de lichide ce are loc după naștere (meconiu, urină, sudație, respirație) și prin greșeli de îngrijire (supraîncălzirea salonului sau incubatorului, aportul insuficient de lichide). Punerea la sân cât mai repede după naștere (la 3-6 ore!), alimentația "la cerere" (inclusiv noaptea) și la nevoie, administrarea corectă de lichide sub formă de soluție de glucoză 5% sau ceai de plante (chimen, anason sau mușețel) cu 5% zahăr previn apariția febrei de sete și determină dispariția ei.

• Scaunele (materile fecale)

De multe ori, primul scaun are loc chiar în momentul expulsiei; următoarele la 1-2 zile după aceea. Scaunele din primele zile poartă numele de meconiu. Sunt dense, se lipesc de scutece, iar culoarea lor variază de la negru (ca gudronul) la maroniu sau verde-măsliniu.

a) *Colonizarea intestinului.* După naștere, în decurs de câteva ore, tractul gastrointestinal se umple cu aer. Pornind de la gură și nas și mergând către anus, se produce colonizarea cu microbi a diferitelor segmente ale tubului digestiv. La sugarii alimentați natural, în flora intestinală domină bacilul bifidus, iar la cei hrăniți artificial, coli. Germenii saprofiti au o mare importanță în digestia alimentelor și în sinteza unor vitamine (vitamina K).

b) *Scaunele de tranziție.* Între a 3-a – a 5-a zi de viață, după eliminarea meconiului, apar așa-zisele scaune de tranziție, rezultate din digestia primelor mese. Aceste scaune sunt în număr de 5-6 în 24 de ore, de culoare verzuie, uneori cu mucus. În cazul unei alimentații exclusiv la sân, se menține în continuare un număr mai mare de scaune, grunjoase, uneori verzi și explozive. Este o mare greșală de a considera drept patologice aceste scaune. Dacă nu se însoțesc de deshidratare, febră, modificări ale stării generale, iar mirosul lor rămâne acid, acrișor (fetid) nu se va lua nici o măsură de tratament.

1.2.5. Alimentația

Natura a prevăzut pentru sugar cea mai bună alimentație: *laptele de mamă*. Nici un alt aliment nu conține substanțe energetice și de construcție ce se potrivesc perfect funcțiilor tractusului gastro-intestinal, metabolismului și rinichilor. Laptele matern constituie

un aliment unic, ușor digerabil și utilizat în întregime de către organism.

Pe lângă substanțele necesare creșterii și întreținerii corpului, vitaminele importante pentru viață și substanțele minerale, laptele de mamă conține substanțe de apărare, care ocrotesc pe copil împotriva bolilor și îi conferă o mare putere de apărare. Copilul alimentat natural este scutit de reacțiile de sensibilitate, care se pot dezvolta. La copiii proveniți din familii cu alergii, laptele de mamă are o importanță deosebită în prevenirea sau, cel puțin întârzierea apariției diferitelor alergii (respiratorii, digestive, cutanate).

Laptele de mamă este totdeauna proaspăt, lipsit de microbi și cu temperatură potrivită. În alimentația naturală mama nu poate greși, cele câteva reguli fiind ușor învățate sau însușite prin instinkt. Cu laptele de mamă nu este posibilă supraalimentația; chiar și mai târziu în cursul vieții, copilul alimentat la sân rar devine supraponderal. Această alimentație constituie forma cea mai ieftină și cea mai economică în ce privește timpul și efortul depus. Fără multe pregătiri și/sau complicații copilul sugă după nevoi. Mai ales în prima săptămână de viață, nou-născutul trebuie să învețe să sugă, să-și reglementeze ritmul meselor și să înceapă să-și prelungească pauza de noapte. Față de alimentația "artificială" unde este nevoie de apă fiartă, lapte praf, biberoane și tetine sterile, alimentația la sân nu este numai cea mai bună, dar și cea mai comodă.

Suptul la sân asigură o bună dezvoltare a maxilarelor și dinților. Mișcările ce le impune suptul la sân favorizează o formare corectă a maxilarului superior și inferior, și o erupție și o implantare fără anomalii ale dinților. Sugarii alimentați la sân își sug degetul mai rar sau mai puțin. După alăptare se întâlnesc mai rar incidente ca: regurgitații, vărsături, sughițuri, colici, neliniște, tulburări de somn.

Prin alăptare sănătatea mamei este favorizată. Secreția hormonului oxitocina asigură o revenire mai rapidă a formei și dimensiunilor uterului matern. Rezervele de grăsime acumulate în timpul sarcinii se vor reduce mai repede asigurând revenirea la greutatea normală. Alăptarea face ca sânii să capete până la urmă forma inițială. La mamele care alăptează, riscul îmbolnăvirii de cancer (de mai târziu) este mai mic decât la celelalte femei.

Alăptarea are importanță nu numai ca hrană. Contactul pielii și legătura strânsă, o comuniune puternică între mamă și copil, cu urmări pentru educație din cursul întregii copilării. Pe lângă potolirea foamei,

ținerea la piept îi aduce contact nemijlocit, căldură și siguranță, copilul capătă încredere în mediul înconjurător, forța sa psihică se dezvoltă și calea vieții de mai târziu va fi influențată pozitiv.

• **Formarea laptelui.** Sânul femeii este constituit din țesut glandular, grăos și de legătură (conjunctiv). Partea grăsoasă și conjunctivă determină mărimea,

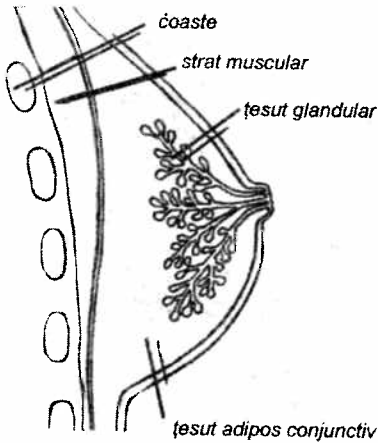


Fig. 1. 9 – Conformația sânelui când femeia nu este gravidă.

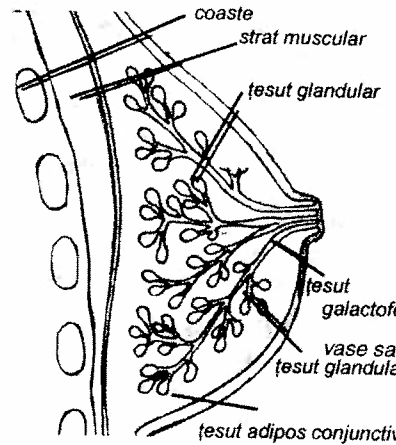


Fig. 1. 10 – În timpul sarcinii țesutul glandular se schimbă.

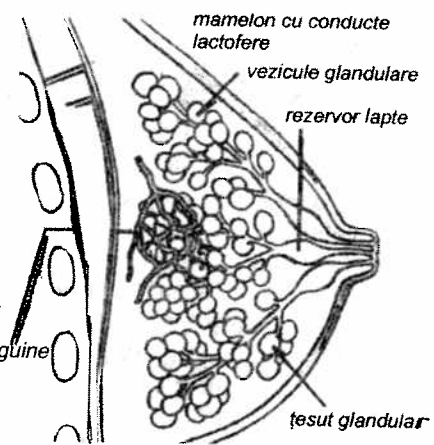


Fig. 1. 11 – În timpul perioadei de alăptare țesutul glandular care produce laptele se dezvoltă și mai mult; canalele laptelui se lărgesc și formează mici bazine care servesc ca rezervoare pentru laptele format.

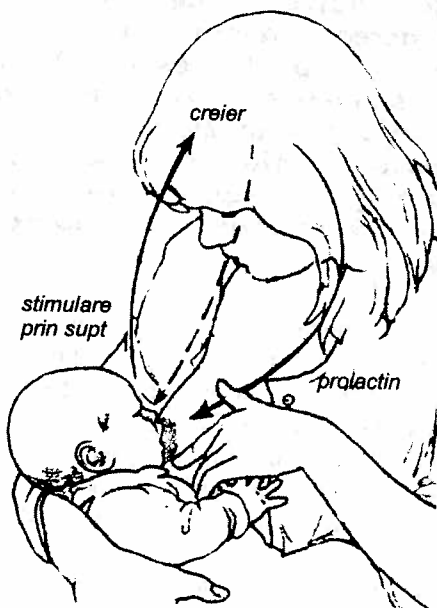


Fig. 1. 12 – Factorii care intervin în mecanismul secreției lactate.

forma și duritatea mamelor. Capacitatea de a face lapte ține de țesutul glandular.

În fiecare sân se găsesc corpi glandulari cu câte 15-20 lobi glandulari, din care pornesc canale prin care se scurge laptele direct în mamelon. În zona mameloanelor fiecare canal se lărgesc într-un fel de lac cu lapte, care servește ca rezervor pentru laptele format.

În fiecare acin glandular se găsesc 10-100 vezicule (alveole) în ale căror celule secretorii, substanțele nutritive din sânge se transformă în lapte. Alveolele sunt înfășurate în fibre musculare foarte fine, care sub influența unui hormon (*oxytocina*) se contractă și împing laptele în canale (reflexul fluxului laptelui).

În timpul sarcinii, sub influența hormonilor placentari, se formează și cresc în volum țesuturile glandulare, grăsoase și conjunctive. Sâni se măresc și devin mai grei prin aportul suplimentar de sânge, venele devin mai evidente. Când începe ultimul trimestru al sarcinii, aceste modificări sunt încheiate. Formarea laptelui depinde de prolactina secretată de hipofiză și care este revărsată în sânge în cantități crescânde. La unele femei în ultimele săptămâni de sarcină dinaintea nașterii se scurge din glandele mamare un lapte deschis la culoare.

Secreția de lapte adevărat survine când se naște copilul și placenta este eliminată. Acum acționează doi hormoni: *prolactina* și *oxytocina*.

• **Colostrul.** În primele zile glandele mamelonare secretă un lichid vâcos, cu tentă gălbuie, fluid, transparent, care are un conținut mai mare în proteine și minerale (calciu, sodiu, potasiu, clor), dar cu conținut scăzut în grăsimi, hidrocarbonate (lactoză) și valoare energetică (kilocalorii). Între a 2-a și a 4-a zi după naștere începe secreția lactată propriu-zisă, încet sau brusc. Revărsarea laptelui dinspre celulele secretorii prin canalele de scurgere se însoțește de întărirea și umflarea sânilor; pielea se roșește uneori și devine caldă. Între a 5-a și a 15-a zi se formează așa-numitul *lapte de tranziție*, cu o tentă galbenă-cremoasă.

Spre vârsta de 2-3 săptămâni apare laptele matur de femeie. El este alb, subțire și devine apos și alburiu ca laptele degresat. Cu toate acestea el conține tot ce trebuie ca sugarul să aibă o creștere normală. Mai mult, el este un aliment viu al cărui conținut în proteine, grăsimi, hidrați de carbon, vitamine și minerale se modifică în perioada alăptării în funcție de nevoile organismului sugarului în creștere.

Producția de lapte începe când copilul este pus la sân. Doi hormoni reglează reflexul de formare și livrare a laptelui. Suptul copilului din mamelon determină impulsuri spre hipofiză care secretă prolactină. Pe calea sângelui, aceasta ajunge și stimulează formarea de lapte de către alveole. Prin supt frecvent și golirea sânilor este provocat reflexul de formare a laptelui. La circa o jumătate de oră după naștere, nou-născutul resimte o mare dorință de a suga și atunci este bine să fie pus pentru prima dată să sugă. De aceea în maternitățile moderne sunt condiții ca mama să fie plasată imediat în aceeași cameră cu sugarul (*sistemul rooming-in*). Dar, cel mai bine este ca nou-născutul să sugă imediat după naștere, de dorit în decursul primelor 6 ore. Cu cât sugarul este pus mai târziu, cu atât reflexul de supt devine mai slab. Scurgerea laptelui este mai rapidă și mai bună cu cât sugarul este pus mai repede la sân. După aceea el doarme mult și se reface după efortul venirii pe lume. În primele zile, el își potolește foamea cu cantități mici de lapte de tranziție. Uneori este nevoie să i se adauge o soluție cu glucoză, care nu împiedică plăcerea de a suga.

Reflexul de scurgere al laptelui (Let-down-Reflex) provocat de suptul nou-născutului pus la sân determină după 1-3 minute instalarea secreției hormonului oxytocină de către hipofiză. Imediat se deschid canalele laptelui (galactofore) în care, între timp, se adunase lapte liber. Alveolele continuă să producă și să se umple

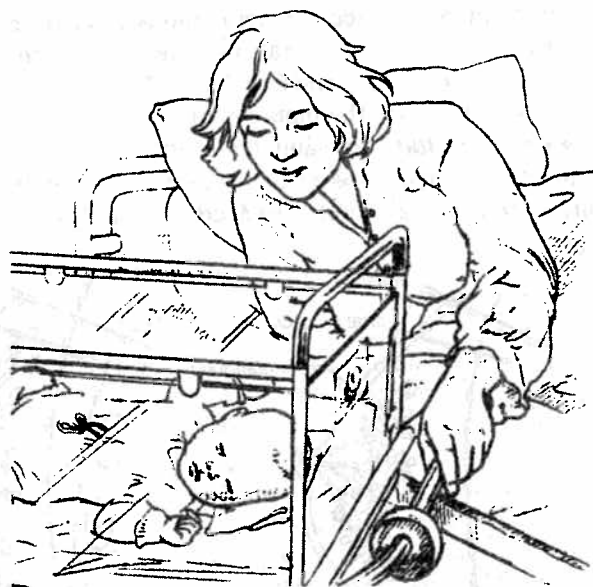


Fig. 1.13 – Rooming-in: mama și nou-născutul rămân împreună în salon.

cu lapte format proaspăt și mai bogat în grăsimi, care trece în canalele galactofore de unde este supt de sugar.

Acest joc complicat al hormonilor este tulburat cu ușurință de stresul, neliniștea, agitația, nesiguranța și lipsa de încredere a mamei. Reflexul de scurgere a laptelui este inhibat, alveolele se contractă și nu mai lasă să se scurgă laptele. Mama are lapte, dar acesta nu ajunge la sugar. În această situație laptele stagnează, ceea ce duce la mastită (inflamația sânilor).

Unele femei au nevoie de o perioadă mai lungă până când se scurge laptele ("furia laptelui" este întârziată). Aceasta este influențată de punerea tardivă sau la intervale mari a sugarului la sân. La alte mame, dimpotrivă, gândurile la copil, privirea și țipetele acestuia, fac să intervină acțiunea oxytocinei. Simpla atingere sau mici tracțiuni ale sânilor fac ca să picure lapte din mameloane. Oxytocina acționează, de asemenea, asupra uterului, care își revine mult mai repede la volumul inițial și mai ales fără contracții dureroase.

• **Îngrijirea sânilor.** În ultimele 4-2 săptămâni dinaintea nașterii începe formarea prelaptelui și deschiderea canalelor prin care se scurge laptele (galactofore). Din când în când gravida va apăsa mamelonul între două degete pentru a elimina câteva picături din laptele preformat. Dacă se formează mici cruste gălbui sau alburii vor fi înlăturate cu blândețe, apucând sânul între degetul mare și arătător, mama va face mișcări domoale de tracțiune și rotație de la bază spre mameloane.

După internarea în maternitate, mama va învăța și va respecta cele mai severe măsuri de igienă, fiindcă în maternitate pot fi microbi producători de infecții grave. De obicei, mameloanele sunt curățate cu apă simplă sau cu substanțe dezinfectante speciale și se acoperă cu comprese sterile. În unele maternități se pune la dispoziția mamei o eșarfă specială cu care se susține și se acoperă parțial sânii.

Atât în maternitate, cât și acasă, mama va avea grijă să spele sânii zilnic, dar numai cu apă limpede; săpunul usucă pielea și înăsprește mameloanele. În primele 2 săptămâni, la sânii mari și grei mama va folosi un sutien vechi la care i se secționează conurile.

După câteva săptămâni sânii nu mai sunt așa umflați, devin mai moi și se micșorează. La unele mame, deși alăptează, sânii revin la mărimea normală. În astfel de situații se va refolosi sutienul. La unele mame din mameloane se scurge laptele, de obicei atunci când se apropie sau chiar numai când se gândește la sugar. În aceste cazuri reflexul de scurgere a laptelui funcționează prea bine; ca apărare se vor pune comprese sterile și pe deasupra un tifon împăturit în mai multe straturi. Dacă mama are senzația de mâncărime și/sau usturime, va înlătura laptele și va apăsa mameloanele cu mâna făcută ghemotoc pentru a reduce scurgerea de lapte. După alăptare nu se acoperă și nici nu se pune sutienul, ci se lasă sânii descoperiți, să se usuce la aer ("băi de aer"). În tot timpul resturile de lapte și de salivă ale sugarului se înlătură și la nevoie se spală mameloanele pentru a preveni infecția pielii.

Durerile. Unele mame, cu sensibilitate mai mare, pot avea dureri, iritații și chiar sângerări ale mameloanelor. Când sugarul este pus la sân și laptele se

scurge, apar dureri vii. Se recomandă ca mama să stoarcă puțin lapte, ceea ce face ca sugarul să apuce mai bine mamelonul și suptul să nu mai fie așa puternic. Pentru a proteja mameloanele, sugarul va fi alăptat mai des, dar va fi lăsat mai puțin (ca durată) să tragă la sân. Sugarul nu va fi prea flămând și nu va stoarce prea brutal mameloanele. Uneori apar *crăpături (ragade)* ale mameloanelor și chiar ale sânilor. Cu expuneri la aer și radiații de soare se obține, de obicei, vindecarea. Mama se va culca cu sânii descoperiți ("goi"), dacă este posibil, cu fereastra deschisă, pe o durată de 15-30 minute de 2-3 ori pe zi. Se poate aplica seara, în strat foarte subțire o cremă moale (vaselină, lanolină pură, eucerină fără apă).

"Rănilor" mameloanelor în general sunt incidente trecătoare, care survin destul de des, în primele zile după naștere. Este bine ca mama să nu aplice orice stil de remedii, ci să apeleze la medic, singurul care are priceperea necesară pentru îngrijirile corespunzătoare, care de cele mai multe ori constă în măsuri simple, fără medicamente și fără întreruperea alăptării.

Stagnarea laptelui și inflamarea sânilor. Prin mici crăpături ale sânilor microbii din secrețiile nasului și faringelui sugarului de pe lenjeria sau de pe mâinile murdare ale mamei pot pătrunde prin intermediul mameloanelor în corpul mamei. Microbii găsesc în lapte o hrană ideală, ducând ușor la infecție. Curățenia personală este prima condiție a alăptării. De asemenea, prin stagnarea laptelui se poate ajunge la infecția sânilor (mastită). Reflexul de scurgere a laptelui este tulburat: scurgerea liberă a laptelui este dereglată, pe sânii apar noduli. Mama va masa sânii înainte de alăptare: se apucă sânii cu mâna, cu degetul mare deasupra și cu celelalte dedesubt. De la bază până la mameloane se întind și se freacă sânii cu degetul mare. Compresiunea și masajul nodulilor se va face cu atenție și cu răbdare pentru că sunt deosebit de dureroși. Aceste manevre duc la înmuierea nodulilor, la combaterea stagnării cu golirea sânilor, având ca rezultat prevenirea inflamației.

• **Tehnica alăptării.** Când mama alăptează culcată în pat, va căuta să se așeze pe o parte, capul mai sus. În cele mai multe cazuri, mamele alăptează stând pe un scaun cu rezemătoare. Picioarele trebuie sprijinite pe un scăunel sau pe o pernă. Capul sugarului se sprijină pe cotul mamei. Cu mâna liberă, mama prinde sânul și-l apasă între degetul arătător și cel mijlociu la marginea areolei mamelonare, iar cu degetul mare comprimă sânul, în timp ce împinge mamelonul și



Fig. 1. 14 - Alăptarea nou-născutului - poziția lăuzei.

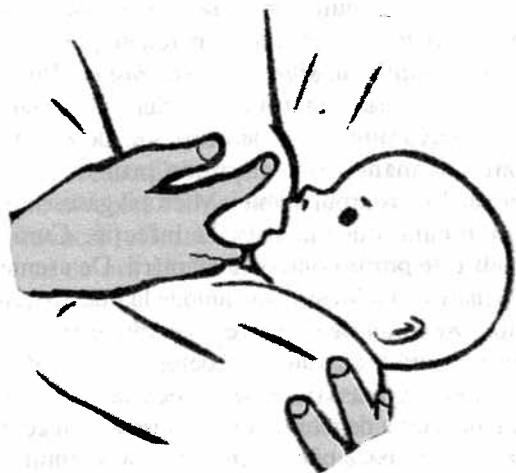


Fig. 1. 15 - Alăptarea nou-născutului: mamelonul este cuprins bine între buzele sugarului; fosele nazale sunt libere; mama cuprinde mamela între arătător și median și apasă cu degetul mare.

areola în gura sugarului. Acesta cuprinde mamelonul și începe să sugă. În continuare, dacă sânii sunt prea voluminoși și/sau încărcăți, mama va continua să comprime sânul pentru a lăsa libere nările sugarului pentru respirație. Dacă nu primește aer, sugarul întrerupe suptul.

Copilul se naște cu reflexul de căutare și de supt, așa că nu trebuie învățat cum să tragă singur din sân. Când sugarul scapă mamelonul și ajunge pe obraz,

mama va îndrepta capul sugarului în poziție corectă și acesta deschide gura și începe să sugă. Unii sugari întrerup suptul sau chiar adorm cu mamelonul în gură. La aceștia se recomandă fie să fie ciupiți de obraz, fie să se excite buzele copilului cu sfârcul sânului, fie să se stoarcă puțin lapte (mirosul și gustul îl stimulează); fie, în sfârșit, să se facă mișcarea de "du-te - vino" cu mamelonul în gura sugarului (mijlocul cel mai eficient).

Unii nou-născuți, de obicei prematuri sau cei care au avut o naștere mai greoaie (dar adesea și unii cu greutatea normală și fără vreo cauză aparentă) adorm la sân, obosesc sau sug prost. La aceștia, pe lângă "remediile" mai sus amintite, se pot încerca: percuții pe fese sau pe spate, mișcări ușoare de rotație ale degetului mare al mamei în palma sugarului sau flectarea și apăsarea picioarelor pe partea de jos a corpului său. Dintre toate aceste mici tehnici, cea mai eficientă ni se pare mișcarea de "du-te - vino" a mamelonului. La cei care obosesc, se poate face o mică întrerupere a suptului cu ridicarea și ținerea nou-născutului în brațe, cu burta lipită de corpul mamei ("piele la piele").

În mod normal, în circa 10-20 minute un sugar sugă cantitatea de lapte care-l satură.

La început sugarul va fi alimentat la ambii sânii, cu schimbarea ordinii cu care se începe. De multe ori, sugarul preferă unul dintre sânii; aceasta se explică prin dimensiunile și forma mamelonului (cele mai mici și/sau turtite sunt evitate).

Durata suptului. În primele zile după naștere mama va alăpta pe sugar numai câte 5 minute la fiecare sân. Nevoile alimentare sunt mici și mameloanele se obișnuiesc încet cu suptul. La început suptul este adesea dureros, mai ales când sugarul apucă și trage vârtos de mamelon.

De îndată ce formarea laptelui s-a instalat, sugarul va fi pus la fiecare sân câte 10-20 minute pentru a goli bine sânii. La începutul suptului laptele este mai subțire și devine mai bogat și mai hrănitor spre sfârșitul alăptării. La al doilea sân, sugarul poate fi deja sătul și atunci nu mai vrea să sugă. Când sânii conțin lapte din abundență, fiind de ajuns, sugarul va fi lăsat să sugă la fiecare supt la un singur sân, deoarece prin excitația suptului, se formează mai mult lapte decât este nevoie. Dacă este prea mult lapte, se va extrage cu pompa sau prin muls o parte din surplusul de lapte, deoarece laptele cald, care stagnează în canalele sânului constituie un mediu ideal pentru microbi.

Când mameloanele s-au călit, sugarul va fi lăsat să hotărască cât să sugă. Fie că stoarce mamelonul, fie că doarme, el ține strâns mamelonul, îl comprimă între maxilare și-l morfoleşte în continuare. Mama îl va îndepărta cu blândețe, pentru a nu răni mameloanele. Sugarii înfometați sug ușor și înghit mult aer; trebuie să se facă pauze pentru a da aerul afară. După alăptare sugarul va fi ridicat în sus cu capul sprijinit de umărul mamei (de preferat) sau va fi așezat pe poala acesteia. Îmbrăcămintea sugarului va fi apărută de laptele regurgitat cu o bucată de tifon, un scutec sau o babetiță. Mama va bătea ușor și va scărpinga spatele sugarului până ce acesta dă afară aerul. În caz că sughite sau are colici, va fi ținut în brațe, cu abdomenul lipit de pieptul (pielea) mamei. Uneori, administrarea câtorva lingurițe de ceai sau suc de lămâie duce la încetarea sughițului.

Dacă are probleme cu mameloane sensibile, mama trebuie să țină sugarul la sân cel mult 10 minute la fiecare sân și apoi să întrerupă suptul. În primele 5-8 minute sugarul trage 75% din prânzul respectiv. Dacă este ținut mult la sân, sugarul nu va suga mai mult lapte; rația la o masă și pe 24 de ore este în funcție de foamea, de corectitudinea ținerii la sân și de nevoia sa de supt.

Intervalele între mese. Sugarul va fi hrănit la "cerere". Nu se pune la sân după un orar fix. Nu se trezește din somn, nu se așteaptă "ora mesei", nu se face pauza de noapte. La început, în primele 2-3 zile, el suga de circa 5 ori în 24 ore, la intervale de 5 ore. Formarea laptelui ține în primul rând de frecvența supturilor. Sâni nu produc prea mult lapte și acesta este ușor de digerat, ceea ce face ca sugarul să flămânzească repede. Apoi în primele săptămâni, intervalele între supturi sunt de circa 2-3 ore. Aceasta înseamnă că mama trebuie să alăpteze de 8-10 ori în 24 ore, respectiv și noaptea. Cu cât sporește producția de lapte, cu atât se măresc intervalele între mese. Sugarul își anunță foamea la circa 3-4 ore. Dacă el trage la una din mese foarte mult lapte, poate să nu mai ceară să sugă 5 ore. Alteori, el poate să fie din nou înfometat după 2 ore. Este, într-adevăr, obositor pentru mamă, dar de obicei această perioadă este scurtă și sugarul ajunge la un anumit ritm, cu pauze de 3-4 ore. Copilul nu va fi lăsat să țipe de foame. Cu timpul numărul de mese ajunge la 7-5 în 24 ore, mai întâi renunțând (de obicei) la masa de la miezul nopții și apoi la cea de la orele 2-3 noaptea.

Cantitatea de lapte. Cantitatea de lapte nu este aceeași la fiecare masă. Nu este utilă cântărirea înainte

și după supturi. Când este sătul, sugarul adoarme și nu se mai mișcă până la masa următoare. Dacă suga destul, sugarul este mulțumit, liniștit și doarme bine. Dacă urinează des, înseamnă că laptele îi este de ajuns. Cantitatea de lapte supt pe zi este variabilă. Dacă sugarul crește bine, progresând cu câte 140-210 g pe săptămână mama nu trebuie să-și facă probleme.

Uneori, mamele mai anxioase se tem că sugarul nu primește lapte suficient. În astfel de situații se va face "proba suptului". Pentru aceasta, sugarul va fi cântărit înfășat, înainte și după fiecare supt și se notează diferența dintre cele două cântăriri în decurs de 24 ore. De subliniat că se pot trage concluzii utile numai dacă proba suptului se face la toate mesele, zi și noapte. Unele mame, fiind puse în situația de verificare a performanței secreției lactate, sunt emoționate, stresate, determinând în ziua respectivă scăderea secreției lactate. Repetarea probei suptului, mai ales când se face incorect nu este demonstrativă și poate duce la nevrozarea mamei.

Personal, nu recomand proba suptului! Neurozează!

Cantitatea de lapte în 24 de ore este, în general, în jur de 140-175 ml/kg corp/24 de ore, divizată la numărul de mese. Se folosesc mai multe formule de calcul. După cea mai simplă, sugarul în primele luni de viață primește 1/5 până la 1/6 din greutatea sa corporală, iar mai târziu 1/7. De exemplu, un sugar de 4 500 g trebuie să sugă de la $4\ 500:6 = 750$ ml la $4500:5 = 900$ ml.

Repetăm, criteriul major pentru aprecierea corectitudinii rației este progresul greutății. Rația zilnică utilă poate varia de la 120-130 ml/kg corp/24 ore la 180 ml/kg corp/24 ore.

Alăptarea gemenilor. Dacă au fost aduși pe lume gemeni, alimentația la sân a ambilor nou-născuți se poate face concomitent. Sâni se adaptează la o producție de lapte mai mare. Mama are nevoie de un ajutor (în maternitate o asistentă, iar în familie soțul sau o bunică) pentru hrănirea și îngrijirea nou-născuților.

Mama, într-o poziție șezândă comodă, pune pe fiecare sugar pe câte o pernă, lateral pe lângă corp în dreapta și în stânga a coapselor sale. Apoi îi ridică mai

sus. Cu fiecare mână cuprinde capetele și le sprijină corpul pe antebrațe. Desigur, mama poate alăpta pe fiecare sugar în parte, aceasta fiind mai comod, dar cerând mai mult timp.

Dacă mama nu are lapte suficient, la fiecare masă alăptează numai un sugar, iar la celălalt i se dă o diluție de lapte praf (formula, lapte adaptat) cu biberonul. Pentru această treabă este nevoie de încă o persoană. La masa următoare se schimbă ordinea, cel de al doilea sugar primind lapte de mamă.

Când gemenii rămân mai mult timp în maternitate (când s-au născut prematuri sau/și cu greutate mică), laptele va fi reglementat prin muls (de dorit cu ajutorul unei pompe electrice). Prin aceasta, producția de lapte crește treptat până când gemenii sunt duși acasă.

Alăptarea după cezariană. Și după cezariană, alimentarea la sân este posibilă, dacă, bineînțeles, starea corpului mamei este bună. După raianestezie (prin înțepătură în măduva spinării) mama poate alăpta pentru prima dată, la scurt timp de la scoaterea fătului.

1.3. Lăuzia

Lăuzia este perioada care începe odată cu expulsia placentei și se întinde până la vindecarea plăgilor produse de naștere și involuția modificărilor genitale și extragenitale, apărute în cursul sarcinii (4 săptămâni). Procesul de involuție are răsunet asupra întregului organism. Se produce sub influența unor factori endocrini, legați de expulsia placentei. Involuția uterină mai depinde și de contracțiile uterului (când sunt dureroase se numesc "răsură").

După naștere lăuzia rămâne, de obicei, în maternitate 4-7 zile. Dacă nașterea a decurs fără incidente, deja după 6-8 ore se poate ridica. În timpul internării în maternitate, lăuzia beneficiază de asistența calificată a obstetricianului și a moașei. După aceea, la domiciliu, marea majoritate nu mai țin legătură strânsă cu cabinetul de obstetrică. Prin forța lucrurilor, ele rămân aproape exclusiv în grija pediatrului și a asistentei de ocrotire, care se ocupă de obicei numai de sugar. Lăuzia "rezolvă" problemele de îngrijire personală după nivelul său de instrucție și în funcție de condițiile materiale și de civilizația în care trăiește.

După o anestezie generală, mama poate lua și ține nou-născutul în brațe în primele ore și dacă nu este prea oboșită și epuizată, va încerca să-l alăpteze. Din cauza medicamentelor folosite pentru anestezie, nou-născutul poate fi somnoros și nu este deloc interesat să sugă. De altminteri, lăuzia simte nevoia să ia copilul în brațe, dar de multe ori mișcările ei sunt stingherite de durerile de la locul operației și din zona unde s-au injectat soluțiile cu seruri și medicamente.

Mama nu trebuie să descurajeze. După 3-4 zile, în majoritatea cazurilor, lăuzia se va strădui să alăpteze copilul, ceea ce va face să se declanșeze scurgerea laptelui. Vezi 2.5. Alimentația nou-născutului în familie – pag. 94-122.

În maternitate, înainte de externare, se administrează două vaccinuri: BCG (împotriva tuberculozei) și antihepatita B. De asemenea, în caz că se optează pentru profilaxia rahitismului cu doze-șoc ("Stosstherapie") se administrează o primă injecție cu 200 000 u.i. de vitamina D (D₂ sau D₃ fiecare având aceeași eficacitate).

Lăuzia ridică numeroase probleme de profilaxie (de îngrijire), de tratament (prezența plăgilor rămase după naștere) și de noua postură a mamei (alăptarea) etc. De aceea este necesară o înțelegere cuprinzătoare privind transformările biologice din această fază a procreației. Pe de altă parte, ca și sarcina, lăuzia comportă o serie de perturbări funcționale sau chiar îmbolnăviri organice. Prevenirea și tratamentul lor sunt de o importanță deosebită pentru revenirea femeii la starea de sănătate dinaintea sarcinii și nașterii. Pentru îndeplinirea rolului de mamă și în primul rând acela de a-și alăpta copilul, este necesară o evoluție normală a perioadei de lăuzie.

Femeile se comportă foarte diferit imediat după naștere. Multe dintre ele sunt încă atât de agitate și de pline de fericirea lor, încât nu realizează epuizarea fizică și nevoia de repaus. Starea de satisfacție face ca unele suferințe proprii să treacă pe plan secundar. Este de datoria asistentei de obstetrică s-o ferească de tot ce o poate deranja (vizite inoportune, spaime generate de starea copilului, lipsa de confort și igienă). Este de

domeniul miraculosului cum natura ține să recompenseze pe femeie pentru durerile pe care le-a suportat; nu numai bucuria că are un copil, dar și uitarea extraordinar de rapidă a creșterii de suferință șterge din amintire tot ce ar putea să o apese.

Modificările hormonale din ziua a 3-a – a 5-a de lăuzie favorizează uneori o stare depresivă, caracterizată prin griji insuficient motivate, legate de copil sau de restul familiei. Așa-numitele “zile cu lacrimi” reprezintă o tulburare sufletească trecătoare. Familia va fi avertizată să menajeze această stare de instabilitate psihică a mamei.

În primele 8-10 zile după naștere, lăuza are nevoie de supraveghere medicală specială și de îngrijire calificată. Ea are nevoie de liniște și relaxare. Pentru cele mai agitate se vor rezerva saloane mici cu anturaj reconfortant. Ideale sunt saloanele în care mama stă cu nou-născutul (*rooming-in*).

1.3.1. Modificările corpului

- *Revenirea uterului la normal*

Uterul începe să-și reia volumul normal chiar din primele ore de după naștere. În prima zi după naștere fundul uterului se palpează la nivelul ombilicului și coboară în fiecare zi cu un lat de deget. În ziua a 10-a de lăuzie se află la nivelul simfizei pubiene sau cu 1-2 laturi de deget deasupra acesteia. Uterul revine la normal după 6 săptămâni. Mucoasa care a înconjurat fătul se elimină puțin câte puțin și se cicatrizează. Sângerările numite “lohii” sunt la început abundente, sub formă de cheaguri de sânge, devin seroase, tot mai reduse și se opresc după circa 2-3 săptămâni. La unele femei persistă încă multă vreme. Mirosul lohiilor trebuie verificat în fiecare zi; el trebuie să fie fad. Un miros fetid constituie un semn de infecție. Prezența și cantitatea de sânge din lohii nu depind de alăptare.

Apar contracții dureroase. Ele pot surveni foarte repede după naștere și se datoresc retracției uterine. Dispar cam după 48 ore. La femeile care alăptează sunt mai puternice și mai dureroase.

- *După episiotomie.* Dacă s-a făcut o episiotomie, mama va simți contracții, jenă sau dureri la nivelul cusăturii. Pe lângă spălături cu apă caldă și săpun, care se fac zilnic în prima săptămână, atunci când mama

urinează, se va tampona cu o compresă sterilă și, eventual, va usca plaga cu un uscător de păr pentru a grăbi cicatrizarea. Firele se “scot” în a 4-a, a 5-a zi. Dacă durerea la locul episiotomiei persistă dincolo de 3 sau 4 luni trebuie neapărat consultat medicul. Este necesară “reluarea” chirurgicală pentru ca femeia să nu mai sufere.

Eforturile scremetelor din timpul nașterii provoacă uneori formarea de hemoroizi dureroși. Medicul va prescrie un tratament local (pomadă antihemoroidală) sau general (antiinflamator). Se poate aplica local o pungă cu gheață. Dacă este constipată, gravida nu va aștepta 1-2 zile pentru a merge la closet. Scremetele nu pot să redeschidă o cicatrice de episiotomie (vezi mai sus tratamentul constipației).

- *După cezariană.* Ca orice intervenție chirurgicală, cezariana poate fi cauza unei mari oboseli. În general se recomandă ca lăuza ce a născut prin cezariană să se ridice din pat chiar din a doua zi pentru a evita orice complicație venoasă, iar din a 2-a – a 3-a zi se va deplasa aproape normal. Dușul nu este permis decât în a 5-a sau a 6-a zi. Firele și agrafele vor fi scoase între a 6-a și a 10-a zi. Tranzitul intestinal și urinar sunt mai lente față de o naștere pe cale joasă. Medicul va prescrie medicamente împotriva durerii pentru contracțiile și durerile de la nivelul cicatricei. Nașterea prin cezariană nu împiedică alăptarea. În rest, corpul lăuzei va reacționa ca și când ar fi avut o naștere normală.

- *Vulva* rămâne câtva timp mai mult sau mai puțin mărită după naștere.

- *Mușchii abdomenului* necesită timp mai îndelungat (peste 6 săptămâni) până își recapătă tonusul. Tonicitatea lor este influențată favorabil de exercițiile fizice.

- *Vezica urinară* are încă un tonus muscular scăzut, ceea ce explică faptul că lăuza percepe mai greu nevoia de a urina (“senzația de micțiune”). Capacitatea vezicii este crescută. La nivelul colului vezical se semnalează un edem care predispune, în asociere cu scăderea tonusului muscular, la tulburări micționale cu retenție de urină. De aceea uneori este nevoie să se sondeze vezica pentru a elimina urina în primele zile după naștere. Înainte de a se ajunge la sondaj, se vor încerca toate mijloacele pentru a ajuta lăuza să urineze spontan. Pe fondul de modificări vezicale din timpul sarcinii (stagnarea urinei) se explică tendința la infecții a căilor urinare. Odată cu revenirea tonusului muscular, funcțiile vezicii se normalizează. Diureza este crescută.

Lăuza urinează mai mult, deoarece se elimină excesul de apă acumulat în țesuturi în timpul sarcinii.

- **Pielea.** În locul vereturilor violacee din timpul sarcinii rămân niște dungi albe, care vor persista în tot cursul vieții. Pigmentația feței și a mameloanelor dispare treptat, în timp ce linia albă abdominală rămâne încă multă vreme pigmentată.

- **Temperatura corpului.** Imediat după naștere poate apărea frison, fără creșterea temperaturii; frisonul se explică prin răcirea corpului și prin hemoragie. În faza de furie a laptelui, temperatura axilară poate fi temporar mai ridicată. În mod normal, temperatura lăuzei este cea obișnuită (36,5-37°C). Temperatura se va măsura de 2 ori pe zi.

- **Sânii** femeii sunt situați pe suprafața mușchiului pectoral. În vârful mamei se găsește mamelonul ("sfârțul"), pigmentat, înconjurat de o suprafață circulară numită areolă, pigmentată viu, de la roz până la brun închis (fig. 1.16).

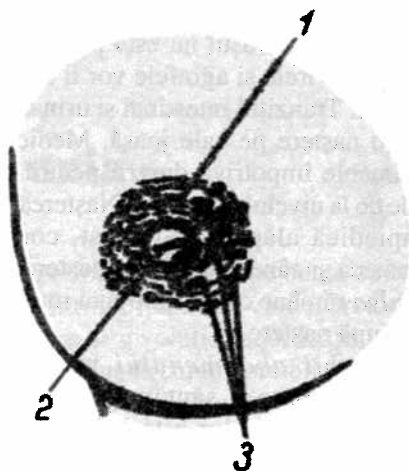


Fig. 1. 16 – Conformația sânelui. 1. areola mamară; 2. mamelon; 3. glanda sebacee.

Glandele areolare (glandele Montgomery) se înfățișează ca niște glande sebacee (de grăsime) modificate; sunt niște mici ridicături, grupate în număr variabil. Forma și mărimea sânelor sunt variabile de la o persoană la alta și depind de repartitia țesutului glandular, grăos și de legătură, precum și de modul de fixare pe torace.

Formarea laptelui este un proces complicat, care se desfășoară sub controlul unor substanțe secretate de hipofiză (fig. 1.12). Facem această precizare pentru

a înlătura simplismul cu care se "imaginează" procesul de formare a laptelui. Adesea lăuza este îndemnată la consumarea unor cantități mari de lapte de vacă, în dorința de a ajuta "suirea laptelui" (vezi pag. 33).

Transformări hormonale. Imediat după naștere, hormonii placentari se găsesc în concentrație mare în sângele lăuzei. În câteva zile, această concentrație scade simțitor și dispare efectul inhibitor asupra hormonilor hipofizari (FSH și LH), care își reiau funcția de stimulare asupra ovarelor, fapt ce se concretizează în secreția de estrogeni și în reluarea procesului de maturare foliculară (ovulație).

Funcția ovariană. Durata absenței menstruației (amenoreea) depinde de lactație, dar în mare măsură și de factori individuali. Chiar la lăuze care nu alăptează, este nevoie de 6 săptămâni până la prima menstruație. De aceea, o nouă concepție (sarcină nouă!) nu poate avea loc decât în jurul acestui termen. La unele femei apare o pierdere de sânge la circa 3 săptămâni după naștere, numită "mica menstruație".

La 80% din mamele care alăptează există o amenoree de lactație, ca urmare a unei inhibiții a funcției gonadotrope a lobului anterior al hipofizei. Amenoreea de lactație este semnul unei hipofuncții ovariene și se însoțește de sterilitate temporară. **Cu toate acestea, alăptarea nu reprezintă o protecție totală împotriva unei noi concepții, așa cum este scris în unele cărți de vulgarizare.**

- **Îngrijiri.** Lenjeria de pat și de corp se schimbă des. Pentru evitarea murdăririi saltelei, se va pune o aleză de cauciuc sau de material plastic sub cearceaf.

Compresele sterilizate se schimbă în funcție de cantitatea pierderilor de sânge. Trebuie să se evite să fie atinsă cu mâna partea care se aplică pe părțile genitale. Chiar la lăuza sănătoasă, sângele și secrețiile care se elimină după naștere conțin microbi, care, dacă ajung pe mameloane, pot produce inflamația glandelor mamare sau/și pot infecta nou-născutul.

- **Alimentația.** Opinia după care lăuza trebuie să mănânce cât mai mult și orice pentru a favoriza o rapidă recuperare a forțelor este eronată. După naștere, ea poate primi lichide după 4 ore, iar după 12 ore se trece la un regim normal. Alimentația va conține lichide din abundență, proteine (lapte, derivate ale laptelui, carne, ouă) și vegetale. Prin consumarea de ½ - ¾ l lapte pe zi, se acoperă plusul de calorii, necesare în lăuzie.

- *Pulsul și temperatura* se controlează de 2 ori pe zi. După revenirea acasă, este bine să se controleze în continuare temperatura timp de 2 săptămâni. Orice ascensiune peste 37,4°C va fi anunțată medicului familiei.

- *Evacuarea urinei* este uneori dificilă în primele zile după naștere. Se ajunge uneori la retenție urinară, cu umplerea și încărcarea excesivă a vezicii (chiar 1 ½ litri).

Pentru a evita aceasta se recomandă exerciții de gimnastică, aplicații de comprese călduțe în regiunea vezicii, closet civilizat, curat și confortabil.

- *Reglarea tranzitului intestinal (scaunele)*. În timpul primelor 2-3 zile, în general, femeia nu are scaun; clisma făcută înainte de naștere a golit intestinul, iar alimentația este constituită în aceste zile predominant din lichide. Intestinul are tendința de inerție, de aceea obstetricianul recomandă, de obicei, în ziua a 2-a după naștere, un laxativ. În a 3-a dimineață, dacă

- *Mobilizarea precoce* reprezintă una din măsurile pentru profilaxia trombozelor. În același timp, coborârea precoce din pat și mișcarea sunt eficiente pentru stimularea diurezei, favorizarea tranzitului intestinal și restabilirea capacității de muncă.

În multe maternități s-a încetățenit sistemul de a mobiliza lăuza la 2-3 ore după naștere (prima dată pentru scurt timp), chiar dacă are sutură a perineului.

- La femeile care au varice *mobilizarea precoce* este importantă. În continuare, în spital și mai ales acasă, se recomandă o poziție corespunzătoare în pat (fig. 1.17).

La picioarele patului, sub saltea, se pune o pătură făcută sul, pentru a ușura revenirea sângelui dinspre gambe și coapse spre inimă. Aceasta nu este însă suficientă pentru a goli îndeajuns venele profunde ale membrelor inferioare și ale bazinului; este bine ca lăuza să se culce de mai multe ori pe zi pe o parte și pe burtă, chiar dacă nașterea a comportat o intervenție operatorie

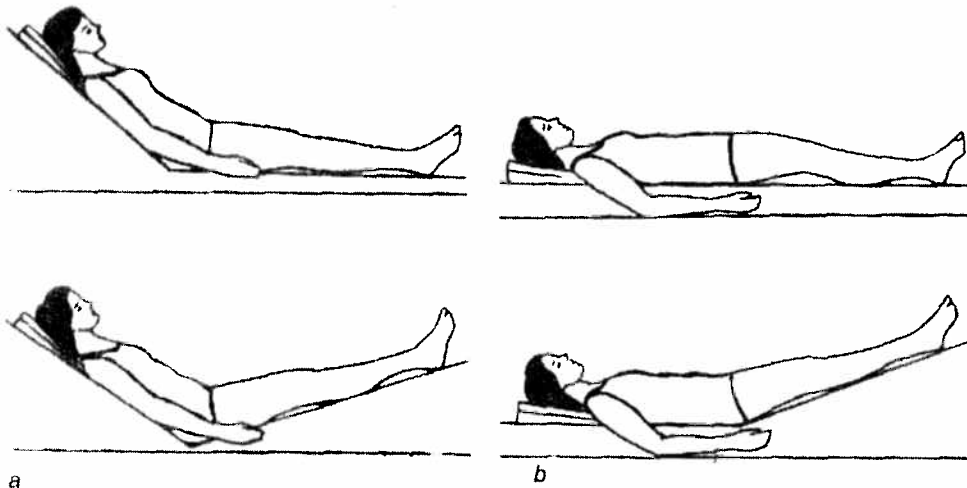


Fig. 1. 17 – Poziția în pat a lăuzei; a) poziție corespunzătoare; b) poziție necorespunzătoare.

acesta nu a avut efect se introduce un supozitor. Dacă lăuza nu are scaun nici cu acesta, se face o clismă.

După revenirea la domiciliu, dacă se menține tendința la constipație, se recomandă un regim care să conțină vegetale din abundență: salate de crudități, fructe, pâine neagră sau Graham, compot de prune, miere de albine. Gimnastica are efecte favorabile. Eventual va lua 1-2 lingurițe de lactoză după mese.

De fiecare dată când femeia urinează sau are scaun, este recomandabil ca regiunea vulvară să fie spălată cu apă călduță, care a fost fiartă în prealabil.

(cezariană, sutură). În unele cazuri particulare, medicul va da alte prescripții.

- *Sânii* lăuzei trebuie îngrijiți cu multă atenție. Sâni, înveliți în două bucăți de pânză, vor fi ținuți în poziție ridicată, fie printr-un sutien mai mare (folosit din luna a șasea de sarcină) la care se secționează conurile, fie printr-o eșarfă, fie printr-un bandaj. Bandajele vor fi bine spălate, călcate și ținute în dulap într-un compartiment special. Murdăria și microbii de pe comprese, sutiene, bandaje sau alte obiecte de lenjerie sunt la originea infecției mameloanelor (mastite).

Toate manipulările obiectelor de mai sus se fac cu mâinile spălate în prealabil.

Înainte de fiecare supt, mama își va spăla cu grijă mâinile. Unghiile vor fi tăiate scurt. Părul lung, ce cade pe umeri, va fi ridicat și strâns cu un batic. Se începe cu ridicarea bandajului și a micilor comprese sterile ce acoperă mameloanele, compresele se îndoaie cu fața dinspre mameloane în interior, bandajul se strânge corect și se pun ambele sub pernă. Compresele sterile se schimbă zilnic, pânza triunghiulară, sutienul și/sau bandajul se schimbă de îndată ce se murdăresc de lapte. De câteva ori pe zi se recomandă "băi de aer" ale sânilor, care vor fi ținute descoperite timp de 20-30 minute de 2-3 ori pe zi. În caz de dureri mari se va anunța medicul obstetrician, care va face recomandările necesare. Nu se vor aplica decât pomezi, pudre sau loțiuni recomandate de medic.

Orice modificare a mameloanelor (sângerări, fisuri, roșeață) sau a sânilor (mastita!) impune anunțarea medicului.

• *Profilaxia infecțiilor.* Lăuza este mai receptivă la infecții. De aceea va fi ferită de orice sursă de infecții (persoane cu guturai, furuncule, răni, înțepături etc.). Mameloanele se vor menaja cu grijă.

Closetele murdare, cada necorespunzătoare, prosoapele comune, lenjeria incorect spălată (fără să fie fiartă și fără să fie călcată!), murdăria de sub unghiile lungi, fructele și zarzavaturile consumate fără să fie bine spălate etc. sunt o parte din cauzele favorizante ale îmbolnăvirilor.

1.3.2. După revenirea acasă

După întoarcerea acasă mama se simte încă obosită. Totul va decurge cu bine dacă lăuza se organizează în așa fel încât să se poată odihni.

Organele nu revin perfect la locul lor decât după circa 4 săptămâni, iar întreg organismul are nevoie de mai multe luni pentru a se termina cu toate solicitările din timpul sarcinii și nașterii.

O veche zicală sună astfel: "O femeie are nevoie de 9 luni pentru a deveni mamă; o mamă are nevoie de alte 9 luni pentru a redeveni femeie; în ambele călătorii trebuie ajutată!".

În primul rând este de datoria soțului și a restului familiei de a ajuta pe mamă.

Mama va face pauze dese în timpul întregii zile și dacă este posibil o siestă după amiază. Nu este bine să se grăbească să rezolve treburile gospodărești, acumulate în timpul internării în maternitate. Să-și programeze mici plimbări. Într-o primă perioadă se va evita masajul abdomenului.

a) *Igiena corporală.* Lăuza poate face duș imediat după naștere, iar îmbăierea în cadă este permisă după 2 săptămâni. Dacă lohiile mai sângerează sau dacă nou-născutul a fost scos prin cezariană, baia generală se face și mai târziu. Baia nu trebuie să fie nici prea caldă și nici prea lungă, mai ales după episiotomie. Oprirea lohiilor se consideră ca semn al închiderii colului uterin, ceea ce permite baia. Având în vedere că s-ar putea să nu aibă încă stabilitatea necesară, când face duș va păși în cadă cu atenție și se vor lua următoarele măsuri: pentru evitarea alunecărilor sau căderilor, lângă cada de baie se va pune un grătar de lemn sau un preș mai gros, iar în cadă o bucată de rogojină sau de postav vechi, gros. Lenjeria de pat și de corp se schimbă des.

b) *Greutatea.* Odată cu nașterea, greutatea scade cu circa 6 kg. Ceea ce rămâne din plusul de greutate înregistrat în timpul sarcinii scade încet. Mama nu va căuta să "scape" prea repede de acest plus ponderal. Cu o alimentație variată echilibrată, fără exces de grăsimi, făinoase și dulciuri, dar cu proteine (lapte, carne) și multe vegetale, în decurs de câteva luni se ajunge la greutatea de dinaintea sarcinii. Mama care alăptează are nevoie de un plus de energie, cu proteine, calciu, fier și vitamine.

c) Nu va face irigații vaginale, chiar în caz de scurgeri, în afară de cazul când sunt în mod special recomandate de medic.

d) După revenirea acasă, va fi examinată încă o dată de medicul obstetrician (la 4-6 săptămâni), care va trebui să constate revenirea la poziție normală a organelor genitale interne și vindecarea totală a rănilor cauzate de naștere.

e) Lăuza poate ieși din casă la o săptămână după externare.

f) Munca în gospodărie se reia treptat, după 2-3 săptămâni.

g) Lăuza nu trebuie să stea tot timpul în pat după externare, dar e bine ca, pe lângă repausul de noapte să-și asigure un repaus la orizontală de mai multe ori pe zi.

h) După 2 luni poate avea, din punct de vedere organic, o nouă sarcină.

Solicitarea mamei prin sarcină, îngrijirea și alăptarea sugarului, constituie motivul pentru care se recomandă

intervale mai mari între sarcini. Se consideră optim intervalul de 2 ani între prima și a doua sarcină.

Transpirațiile abundente se observă la majoritatea lăuzelor. Lenjeria intimă se va schimba des și cu un burete sau un tifon se vor spăla cu apă caldă zonele mai predispuse (regiunea genitală, abdomenul, subsoara, sânii, toate cutele pielii).

Din primele zile după naștere pot fi făcute unele exerciții de gimnastică. Se începe cu exerciții de respirație abdominală, având grijă ca în expirație să se contracte mușchii peretelui abdominal. Apoi dacă lăuza nu are perineotomie, începând din ziua a 5-a poate face și alte exerciții (fig. 1.18).

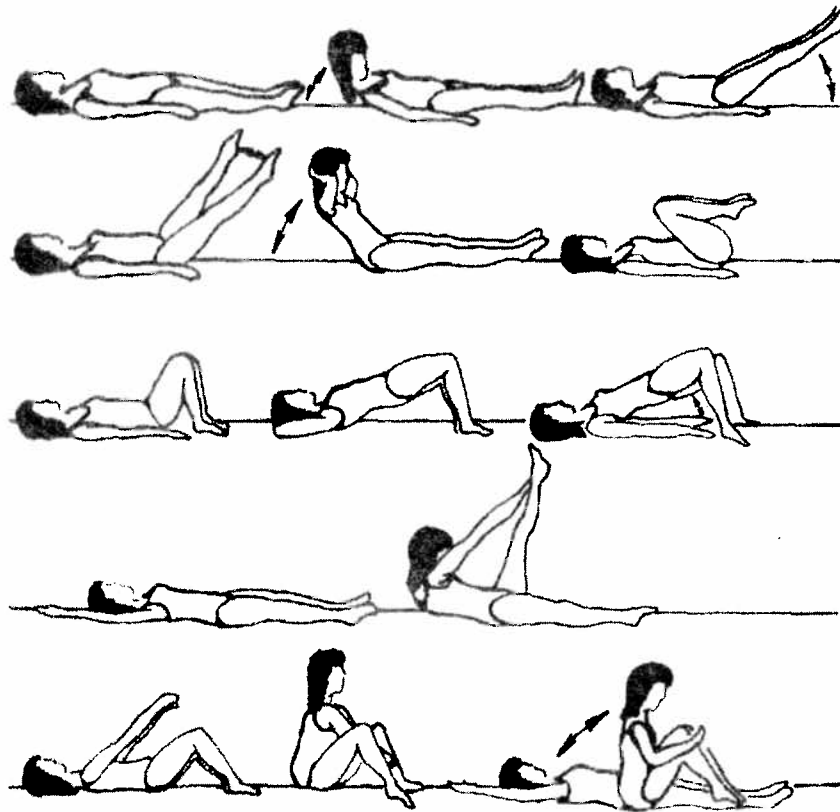


Fig. 1.18 -- Gimnastica lăuzei.

1.3.3. Gimnastica lăuzei

Se face în scopul de a ajuta organismul în procesul de revenire la normal, în urma modificărilor și solicitărilor la care a fost supus în cursul sarcinii și nașterii. Aparatul musculo-ligamentar relaxat și destins trebuie să revină la dimensiunile și poziția normală. Persistența relaxării musculare, abdominală și perineală, poate avea repercusiuni asupra poziției și funcției organelor interne.

1.3.4. Măsuri anticoncepționale după naștere

Dacă mama se simte bine, femeia poate relua repede viața sexuală (la 3-5 săptămâni). Oboseala, micile incidente de după naștere nu sunt propice pentru reluarea relațiilor sexuale prea curând. Cu atât mai mult nu se poate ști sigur când poate reveni capacitatea de concepție. Așa cum s-a amintit mai sus, menstruațiile apar după 6-8 săptămâni la femeile care nu alăptează,

iar la celelalte ceva mai târziu, uneori numai după ce încetează să alăpteze. Alăptarea nu este în nici un caz un mijloc sigur anticoncepțional. Absența menstruațiilor nu înseamnă că femeia nu este fecundabilă. O ovulație poate surveni la 25 de zile după naștere. Pentru a evita o nouă sarcină prea apropiată trebuie, deci, să se ia măsuri anticonceptionale, chiar și înainte de a reapărea menstruația.

Mijloacele anticonceptionale sunt excluse. Imediat după naștere nu se poate recurge la:

- sterilet, care riscă să fie eliminat și care nu poate fi aplicat decât după 2 luni de la naștere;
- metoda urmării temperaturii, inaplicabilă atâta vreme cât nu a avut loc prima ovulație.

Mijloace anticonceptionale recomandate. Alături de prezervativul pentru bărbat, pentru femeie se pot folosi:

– spermicidele sub formă de creme, de ovule sau de bureți ce se pot plasa cu 10 minute înainte de raporturile sexuale; trebuie să se evite orice toaletă intimă timp de două ore înainte și după raporturile sexuale pentru a nu distruge acțiunea spermicidelor;

– pilula progestativă microdozată va putea fi utilizată la 10 zile după naștere dacă mama nu alăptează și dacă nu există nici o contraindicație. Dacă mama alăptează, medicul va putea, de asemenea, să o prescrie, întrucât este compatibilă cu alăptarea. Ea poate declanșa mici sângerări vulvare. În schimb, survine o hipercoagulabilitate a sângelui care persistă cam 3 săptămâni după naștere și de aceea nu se vor recomanda pilulele prea puternic dozate.

2.1. Instalarea copilului în familie

2.1.1. Cadrul vieții

Așa cum s-a mai spus, venirea unui copil într-o casă este un prilej de satisfacții și de fericire. În același timp, trebuie insistat că această sosire implică o mare responsabilitate a părinților. Folosirea locuinței și a modului de viață trebuie regândite pentru a asigura condițiile corespunzătoare desfășurării normale a vieții (dezvoltare fizică și psihomotorie, evitarea accidentelor etc.).

2.1.1.1. Camera copilului

Indiferent de dimensiunile locuinței, prima problemă este fixarea spațiului unde va fi instalat copilul și mama la întoarcerea de la maternitate. Acolo unde există posibilitatea amenajării unui spațiu separat pentru copil (în majoritatea cazurilor mama locuiește cu copilul în aceeași cameră), se va alege camera cea mai luminoasă, însorită, ușor de aerisit. Se indică încăperile cu expunere spre sud și sud-vest, de preferat spre grădină, nu spre stradă. Ideal este ca încăperea copilului să comunice direct cu camera părinților. În familiile în care copilul locuiește în aceeași cameră cu adulții, camera respectivă nu va servi nici de cameră pentru musafiri și nici pentru televizor. Este un sacrificiu pe care părinții trebuie să-l accepte în avantajul copilului. Dacă familia nu are la dispoziție decât camera care servește și de bucatărie, este absolut necesară o aerisire susținută, deoarece supraîncălzirea și aburii predispun la îmbolnăviri.

La început camera separată pentru sugar cu sau fără mamă prezintă avantajul că sugarul este mai liniștit, scutit de contactul prea strâns cu ceilalți membri ai familiei (care-i pot transmite diferite infecții prin sărut, tuse, apropiere prea mare de copil, infecții ale pielii prin contact direct etc.), toate îngrijirile se fac în condiții

de comoditate, lucrurile lui sunt separate și la îndemână, iar aerisirea se face în mod corespunzător. Pe măsura creșterii copilului apar și alte motive ca el și frații săi să aibă camere separate. Se pot forma deprinderile de ordine; pot să-și satisfacă setea de mișcare sau de joc; accidentele pot fi evitate. În timpul școlarizării, copilul poate să-și organizeze studiul în liniște și independență, în stilul său personal.

- **Pardoseala.** Parchetul prezintă riscul alunecării și întreținerea nu este ușoară. Pardoseala cu ciment sau mozaic este rece pentru copilul care se târăște. Mocheta este plăcută, dar se poate îmbiba cu praf, care predispune la alergii; aspiratorul trebuie folosit zilnic. Preșurile și covoarele sunt responsabile de numeroase căderi dacă nu sunt fixate. Învelișurile lavabile din plastic (linoleum), parchetul, scândurile, constituie soluțiile cele mai bune.

- **Pereții.** Culorile pastel sunt mai odihnitoare, față de cele roșii sau verzi, care sunt excitante. Întreținerea trebuie să fie ușoară (hârtii pictate, lucioase, lavabile) pentru că, după vârsta de un an, copilul le mâzgălește.

- **Amenajarea interioară.** Se evită oglinzile și tablourile din cauza accidentelor pe care le provoacă.

În camera copilului sunt necesare următoarele mobile: patul, masa de înfășat, scaunul pe care stă mama când alăptează, un dulap pentru lenjeria și jucăriile copilului și, mai târziu, un scaun înalt pentru alimentarea sugarului mare (fig. 2.1).

- **Prizele electrice** trebuie prevăzute cu dispozitive de siguranță sau acoperite cu leucoplast, care să împiedice pe copil să introducă degetele. Mobilele trebuie să fie stabile și ușor de întreținut. Se evită sursele de praf (covoare, bibelouri, draperii).

- **Perdelele,** de preferat cele opace, din țesături neinflamabile, trebuie să fie solid agățate pentru a nu cădea și a sufoca copilul. Cordoanele de la perdele pot fi cauza morților prin spânzurare la copiii mici. Paturile vor fi plasate mai departe de perdele.

La ferestre, uși și scări se vor fixa grății de securitate.

Colțurile mobilelor vor fi învelite cu adezive, care să atenueze șocurile.

- **Curățenia camerei** trebuie făcută zilnic, cu o cârpă umedă (nu cu mătura!) sau cu aspiratorul. Este interzis să se arunce scutecele murdare pe dușumea sau să se “strângă” într-un colț al camerei, unde să rămână ore întregi. Este de dorit să nu se spele și nici

este mai cald în casă, este mai bine pentru copil. Credem că pentru obiceiurile noastre (teama de “curent” și de “frig” fac parte din folclorul nostru), temperatura ideală este de: 22-24°C pentru nou-născut și sugari în primele luni; în jur de 18-22°C la copilul mai mare. Un termometru de cameră este indispensabil. Mulți copii au mucoasa nazală uscată printr-o încălzire centrală

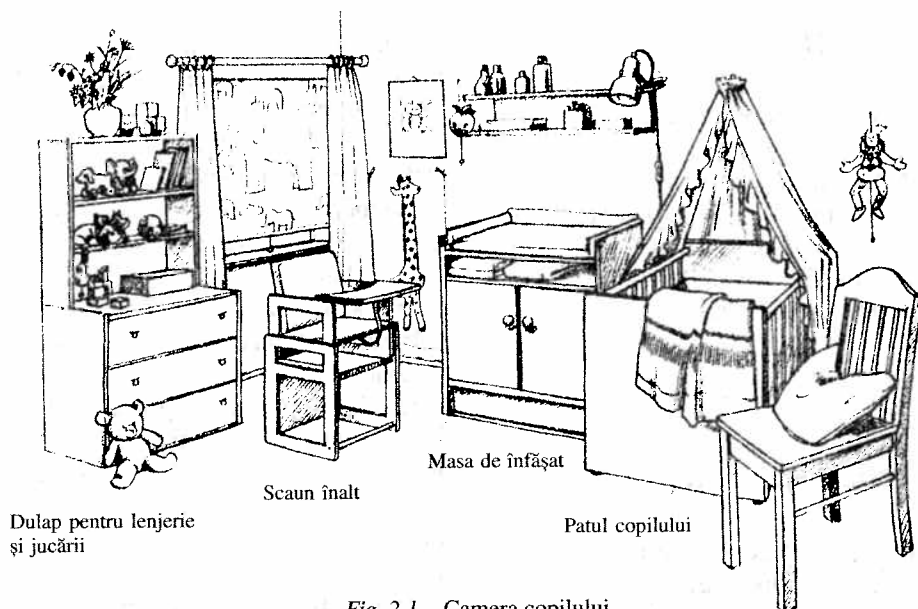


Fig. 2.1 - Camera copilului.

să nu se usuce lenjeria în camera în care locuiește sugarul.

- **Aerisirea.** Aerul poluat, aerul umed, curenții de aer și fumul de țigară exercită o acțiune nefastă asupra sănătății și somnului copilului. În timpul verii se va asigura o ventilație permanentă, printr-o fereastră întredeschisă, copilul fiind ferit de curentul aerului direct. Vara se pun site la ferestre sau se întinde un tifon deasupra patului. În zilele excesiv de călduroase ferestrele se deschid numai dimineața și spre seară; în restul zilei se coboară perdelele sau jaluzelele, pentru ca în cameră să fie răcoare. Iarna, camera se aerisește de mai multe ori pe zi, de dorit în timpul zilei, prin intermediul unei camere vecine. În orice anotimp, aerul și lumina care pătrund prin fereastra deschisă nu pot înlocui efectele favorabile pe care le are în călirea sugarului scoaterea lui afară, în aer liber.

- **Temperatura** locuinței constituie un element important în îngrijirea corectă și păstrarea sănătății nou-născutului și sugarului. Mulți părinți, mai ales cei care trăiesc în apartamente moderne, își închipuie că, dacă

prost utilizată. Temperatura nu trebuie să coboare niciodată sub 16°C; în lipsă de radiatoare electrice, se vor folosi sticle cu apă caldă la 50°C, închise ermetic și puse în pătuț, învelite într-un scutec (pericol de arsuri). În timpul verii este necesară o atenție deosebită în zilele de caniculă, pentru că sugarii fac uneori un sindrom de supraîncălzire (șoc caloric). În timpul iernii, într-o cameră supraîncălzită (peste 25-27°C) sau prin înfășurarea copilului în prea multe scutece sau pături se poate ajunge la aceleași accidente. Agitația, insomnia, ascensiunile febrile sunt determinate frecvent de supraîncălzire. *Boneta este inutilă în timpul cât copilul stă în cameră.* Temperatura ideală trebuie să fie uniformă (în timpul nopții și a somnului de 17-20°C, iar în perioadele de veghe 22-24°C). Se va urmări tot timpul dacă mâinile și picioarele copilului sunt calde și bine colorate. În timpul îmbăierii este suficientă o temperatură de 24°C în cameră. Variațiile mari și bruște ale temperaturii sunt prost resimțite pentru sugar. La copiii obișnuiți să stea în camere prea încălzite, scoaterea la aer și călirea, în general, întâmpină uneori riscul îmbolnăvirii.

- **Sistemul de încălzire** ideal este cel care poate fi reglat și în același timp nu usucă aerul (soba de teracotă, caloriferele cu dispozitiv de reglare, sobele de cărămidă). În apropierea sursei de căldură (pe sobe sau lângă radiatoare) se vor pune recipiente (castroane, farfurii întinse) pline cu apă. Sunt vătămătoare pentru copil: încălzirea cu petrol (lămpi, sobe speciale), încălzirea cu cărbuni (emanații de oxid de carbon) aragaze, sobe de fier (când ajung la roșu permit emanațiile de gaze toxice).

- **Mobilierul.** Mobilele din camera copilului vor fi reduse la strictul necesar și vor fi simple, stabile (să nu poată fi împinse de copil) ușor de deplasat de către adulți, ușor de spălat (din lemn, din metal sau din material plastic).

a) **Coșul.** Fiecare copil trebuie să-și aibă patul lui. Este neigienic și periculos obiceiul ca acesta să doarmă în patul mamei sau cu frații mai mari. În primele luni de viață este mai practic coșul simplu de nuiele, special confecționat pentru copii, bine fixat, cu un echilibru perfect, ușor deplasabil (fig. 2.2).

Se vor evita accesoriile decorative (perdele, volănașe etc.), întrucât favorizează acumularea prafului. Coșul se câptușește cu pânză simplă, care se prinde de

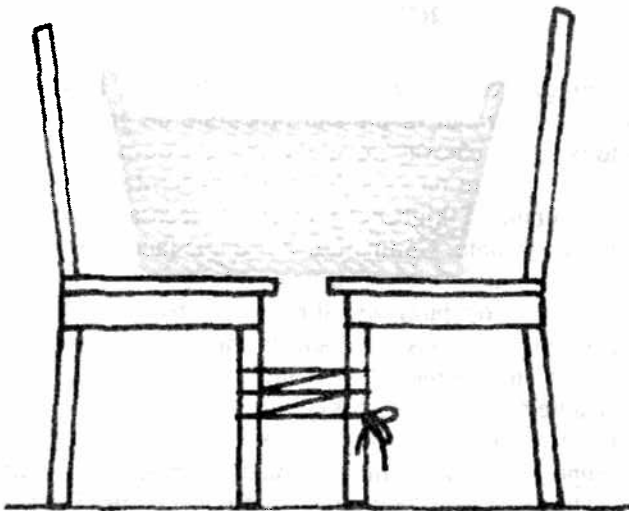


Fig. 2.2 - Coșul de nuiele.

marginile acestuia cu ajutorul unor șireturi, având grijă să se confecționeze 2-3 schimburi. Nu este indicată câptușirea coșului cu mușama sau material plastic, deoarece împiedică ventilația. Pe fundul coșului se așază o salteluță confecționată tot din pânză (umplută

- la orașe - cu iarbă de mare, iar la țară - cu foi de știuleți de porumb). Când coșul este în grădină sau pe balcon, va fi acoperit, la nevoie (pentru a feri copilul de insecte), cu un coviltir de tifon. Coșul de nuiele prezintă avantajul că permite manipularea cu ușurință, este ieftin, ocupă loc puțin și se transportă ușor. În schimb, prezintă inconvenientul că nu poate fi folosit peste vârsta de 4-5 luni.

În ultimul timp au apărut leagăne, coșuri cu tot felul de adaosuri (podoabe etc.) care, pe lângă prețul ridicat, nu prezintă nici un avantaj practic.

b) **Patul.** Când sugarul începe să se rostogolească și/sau să se ridice la șezut, coșul se schimbă cu un pat prevăzut cu pereți laterali suficient de înalți. Recomandăm patul de dimensiuni mai mari (70 × 140 cm) în care copilul poate dormi până la vârsta școlară.

Este bine ca grilajul patului să fie înalt (iar somiera solidă, perfect orizontală) să fie prevăzut cu dispozitive de reglare a fixării somierei și grilajelor în funcție de înălțimea mamei și vârsta copilului. Distanța dintre două gratii să fie sub 7,5 cm pentru ca sugarul să nu-și strecoare capul printre ele. Două dintre aceste gratii este bine să fie detașabile pentru ca mai târziu, când copilul crește, să poată coborî singur din pat, fără pericolul de a cădea. Paturile cu roțile sunt practice, putând fi deplasate ușor. Paturile trebuie să fie robuste (mai ales grilajele și somierele) pentru a rezista la zbunguielile copiilor mai mari. Materialul din care este

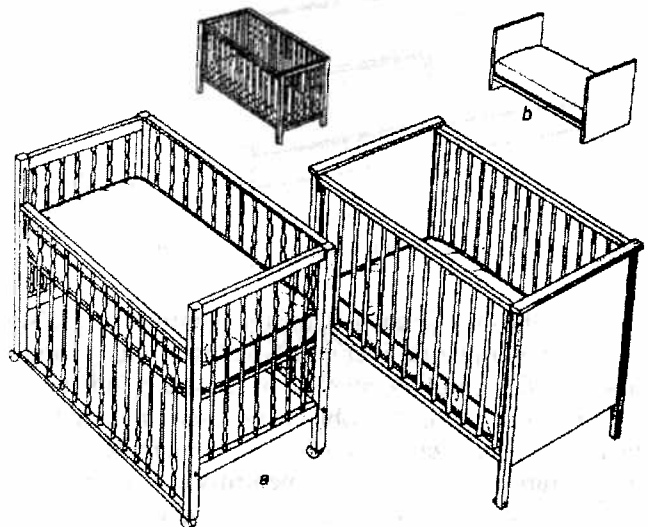


Fig. 2.3 - Patul pentru copii: a) Pat cu bare, grilajul lateral și adâncimea se reglează după talia copilului; b) Pat de sugar transformabil mai târziu în pat de copil.

confeționat va fi lucios, atractiv colorat. Fixarea părților componente (îndeosebi grilajele) se realizează cu șuruburi și/sau balamale care să nu poată fi desfăcute de copil.

Paturile de fier sunt mai rezistente, se curăță mai ușor și mai bine.

Patul se plasează într-un loc luminos lipsit de curenți de aer, mai departe de soba încălzită, niciodată sub perdele, draperii sau tablouri, oglinzi, la care să ajungă copilul.

c) *Masa de înfășat*. Servește la îmbăierea, înfășatul și schimbatul copilului. Este foarte practică dacă este prevăzută cu rafturi sau sertare, în care se păstrează lenjeria și obiectele necesare copilului (fig.2.1). În familie, aceasta se poate improviza, căutându-se soluțiile cele mai economice: o masă, un birou, un dulap rabatabil. Pe masa de înfășat se pune o saltea mică, iar în lipsa acesteia o pătură îndoită de mai multe ori. Cele mai bune sunt mesele de înfășat cu sertare și acoperite cu o tăblie "în covată" (fig. 2.4).

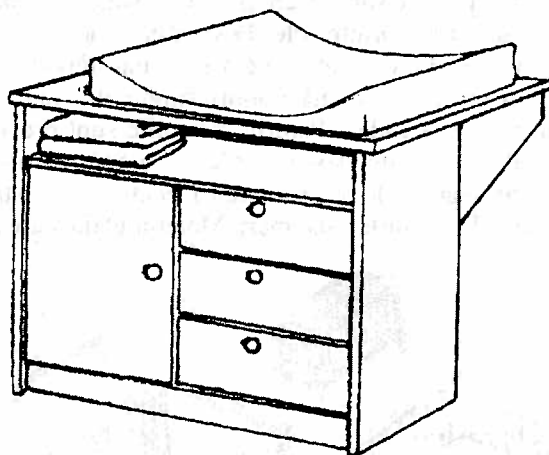


Fig.2.4 - Masă de înfășat cu tăblia în "covată".

Este obositor și chiar dăunător pentru lăuză să se aplece într-o poziție incomodă pentru a îngriji nou-născutul și sugarul. Pe masă se pot păstra la îndemână scutece de schimb, mici obiecte necesare în orice moment; se realizează astfel o economie mare de timp și de eforturi pentru mamă, iar pentru sugar un plus de securitate (nu va fi lăsat gol pentru căutarea unui obiect; dacă este mai mare se poate răsuci și cădea jos). Masa de înfășat se așază în apropierea coșului (patului) copilului, într-un loc ferit de curenți.

d) *Căruciorul* pentru sugari trebuie să îndeplinească următoarele condiții: să fie suficient de încăpător, să aibă arcuri bune; să nu fie prea adânc, pentru a se putea asigura aerisirea; să fie ușor de spălat; să fie cât mai ușor pentru a putea fi deplasat cu ușurință. Coviltirul se ridică numai în caz de ploaie. În rest, căruciorul se ține deschis, pentru a se asigura o bună ventilație. Accesoriile decorative (perdeluțe, funde etc.) sunt inutile și neigienice. Când părinții locuiesc la etajele superioare ale unui bloc se alege un cărucior pliant care poate fi transportat cu liftul. În ultimul timp se vând multe modele. Unele din ele sunt complicate și greoaie. Se vor alege cele mai simple, ușoare, reglabile în funcție de vârsta copilului și de nevoi (locuință la etaj, transport în mașină așezarea sugarului în diferite poziții: culcat, semișezând, șezând etc.).

• *Cântarul* pentru sugari este necesar pentru urmărirea creșterii greutatei în primul an de viață (în primele luni, cântărirea se face săptămânal, iar după 8 luni, în fiecare lună).

2.1.1.2. Îmbrăcăminte (trusoul, laieta)

Pregătirea obiectelor pentru înfășat și acoperit sugarul ar trebui făcute sau procurate de gravidă pe îndelete, cu câteva săptămâni înainte de naștere. În situația în care nu s-au făcut nici un fel de pregătiri, tatăl trebuie să înjghebeze un trusou necesar la ieșirea din maternitate. Cumpărăturile se vor face în funcție de anotimpul în care se naște copilul (vara, iarna). Se aleg obiecte din bumbac și din lână. Pentru nou-născuții cu greutate mică și mijlocie la naștere, se cumpără obiecte cu mărimea de 0-3 luni. La nou-născuții cu greutate mare (peste 3 500 g) se procură de la început obiecte cu mărime de sugar de 3-6 luni. Este bine să se cumpere un număr mic de obiecte pentru că sugarul crește repede: 10 cm în primele trei luni. Pentru familiile înstărite sugerăm următorul trusou:

- un set de chiloți scurți, absorbanți, denumiți și la noi în țară "Pampers" (vezi "Scutecele");
- 6 "bodys", folosit și la noi în țară tot cu denumirea engleză și care constă dintr-o cămașuță cu mânecă scurtă (rar cu mânecă lungă) care face corp comun cu un chilot scurt, acoperă trunchiul și chilotul

absorbant, fiind fixat între coapse cu 2-4 capse sau nasturi;

- 2 bonete de bumbac;
- 2 perechi de botoșei;
- 3-6 cămășuțe;
- o pătură pentru acoperit;
- o căciuliță de lână și o "canadiană" cu glugă în anotimpurile răcoroase;
- pentru dormit: o cămașă cu mânecă lungă și cu deschidere în față sau un sac de dormit din material subțire (vara) sau matlasat (iarna).

De asemenea, se vor procura obiecte pentru baie (vezi pag. 77) și pentru alimentație (vezi pag. 110).

În săptămânile următoare trusoul se va completa cu obiecte necesare plimbării (îmbrăcăminte mai groasă etc.), eșarfe sau saci "port-bebe" (fig. 2.5) și scaune pentru mașină (pentru deținătorii de mașină).

Dacă părinții nu pot să-și cumpere vreun dispozitiv sau scaun pentru mașină, mama va ține sugarul în brațe. La coborâre, mama va ieși pe ușa dinspre bordura străzii și niciodată pe partea dinspre carosabil.

Indiferent de vârstă, copilul nu va fi ținut pe scaunul din față și nici chiar pe genunchii mamei.

2.1.1.3. Purtarea în brațe

Sugarul mic trebuie culcat într-o poziție comodă pe spate sau pe o parte (nu pe burtă!). Când este luat și purtat în brațe, mama trebuie să fie atentă pentru că îi cade capul. El își va ține capul între a 2-a și a 3-a lună și va sta pe șezut de abia la vârsta de 6-8 luni.

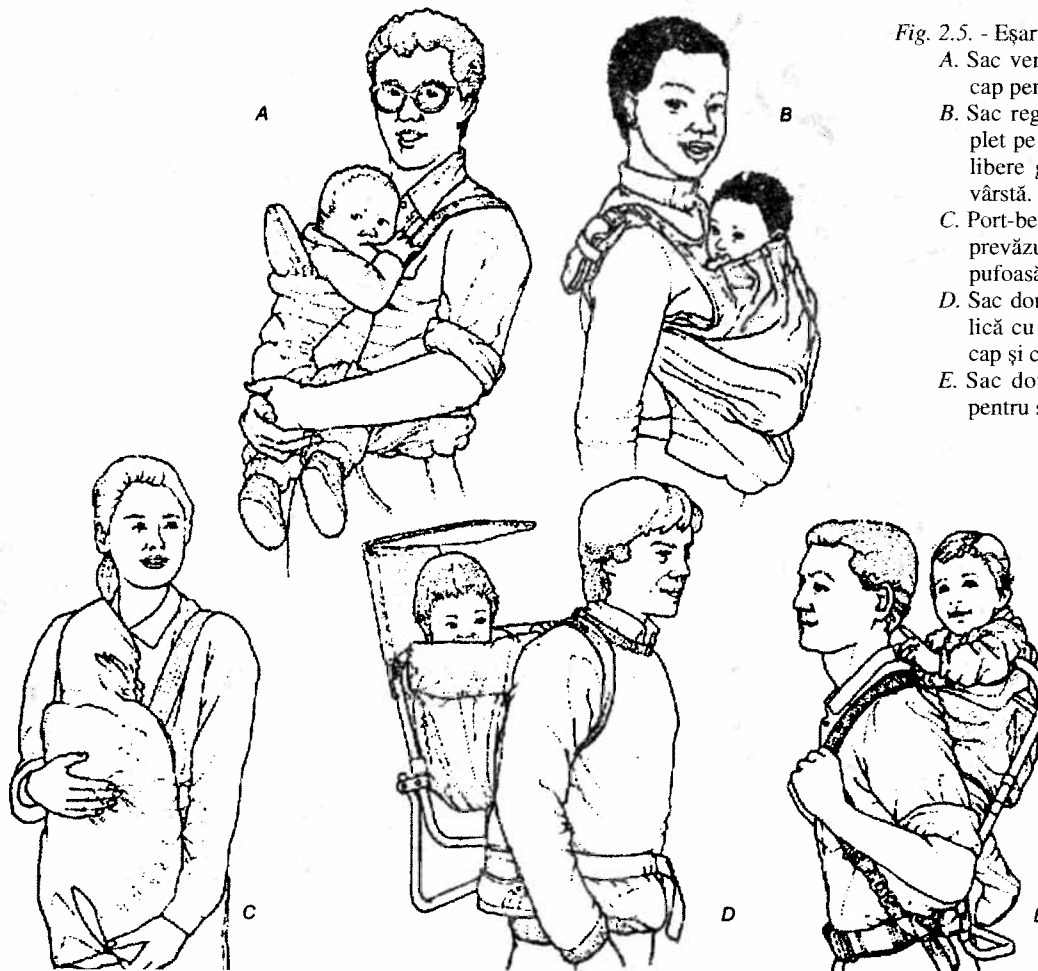
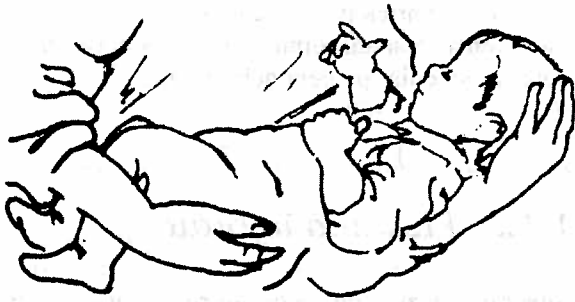


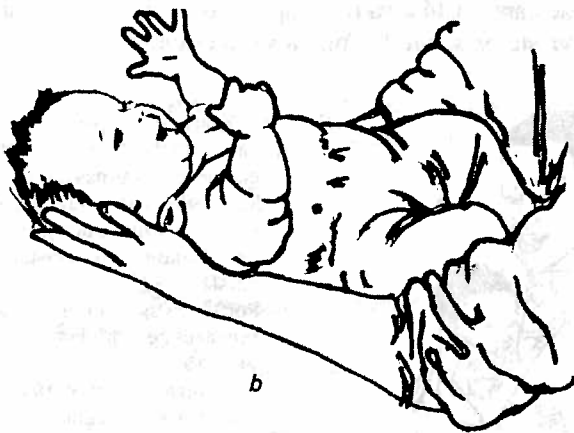
Fig. 2.5. - Eșarfe și/sau port-bebe.

- A. Sac ventral cu sprijin pentru cap pentru nou-născut.
- B. Sac reglabil înfășurând complet pe cei mai mici și lăsând libere gambele la cei mai în vârstă.
- C. Port-bebe ușor și impermeabil prevăzut cu o dublură caldă și pufoasă.
- D. Sac dorsal cu armătură metalică cu sprijin reglabil pentru cap și cu umbrelă.
- E. Sac dorsal cu șezut reglabil pentru sugari mai mari.

În figurile 2.6 - 2.9 sunt schițate câteva variante de ridicare, de luare și de ținut sugarul în brațele mamei.



a



b

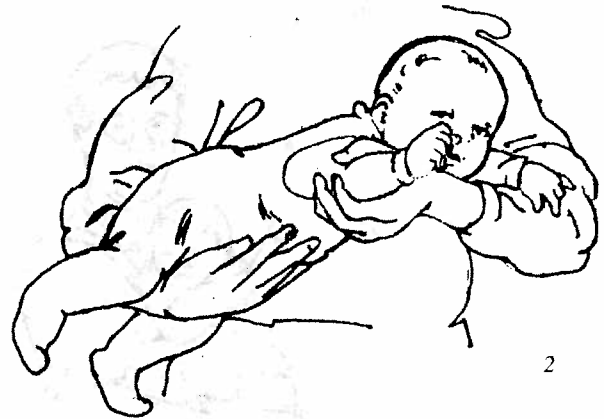


c

Fig.2.6 - Ridicarea și luarea sugarului mic în brațe în 3 variante. Se observă grija pentru a-i sprijini capul (a, b, c).



1



2



3

Fig.2.7. - Purtarea în brațe a sugarului mic în 3 variante (1, 2, 3).

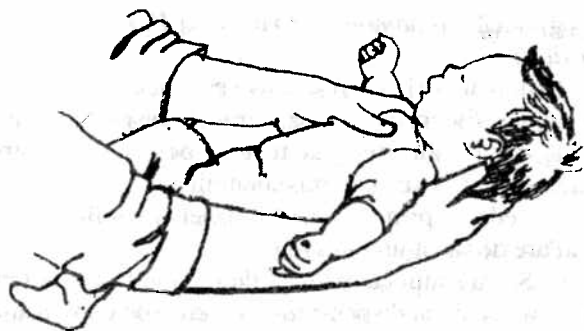


Fig. 2.8. - Întoarcerea sugarului mic. Mama cuprinde cu mâna stângă umărul stâng al sugarului, iar cu dreapta fixată sub ceafa acestuia îl întoarce pe o parte sau pe burtă.



Fig. 2.9 - Purtarea și ținerea în brațe a sugarului mare (3 variante).

2.2. Îngrijirile nou-născutului în familie (data ieșirii din maternitate – a 28-a zi de viață)

Perioada de nou-născut (0-28 zile) constituie etapa de adaptare la viața extrauterină. Este perioada cea mai grea în ceea ce privește îngrijirile care se cer din partea mamei, medicului și asistentei de familie.

Alimentația, îngrijirea pielii și crearea unor condiții corespunzătoare ale mediului extern (îmbrăcăminte, cameră corect încălzită și aerisită, adaptarea vieții de familie la sosirea noului venit, deprinderea mamei să

observe și să îngrijească nou-născutul) sunt de o importanță considerabilă. Mama trebuie să învețe să deosebească limitele normalului privind starea și manifestările nou-născutului. Acest deziderat se impune din primele zile, deoarece în această perioadă au loc o serie de incidente fiziologice (icter, scădere în greutate, erupții cutanate etc.), iar îmbolnăvirile au tendință de generalizare și evoluție rapidă. Pe lângă acestea, de o importanță mare este cunoașterea caracterelor neuromotorii ale nou-născutului. De la o ființă care doarme tot timpul, cu o față inexpressivă, cu pleoape strânse, nou-născutul ajunge (după 3-4 săptămâni) să "vadă", să fixeze și să urmărească cu ochii pe mamă sau un obiect care este mișcat la 30-40 cm de fața lui. Din primele zile se întoarce când simte mirosul sânelui mamei sale sau, uneori, vocea. Puterea de percepție este înaintea posibilităților motorii.

Nou-născutul trebuie să fie urmărit de către asistentă de familie cu ajutorul mamei, care fiind tot timpul cu el este mai în măsură să descopere progresele sau anomalii de dezvoltare ale sugarului. Numai mama are posibilitatea de "a descoperi" la copil când și cum geme, scâncește, țipă, strănută, se întinde, sugă și înghite.

2.2.1. Revenirea în familie

Externarea mamei și nou-născutului la termen sănătos din maternitate, se face între a 3-a și a 7-a zi de la naștere. La plecare, mama se va informa de la medicul pediatru care a îngrijit nou-născutul despre următoarele:

a) *greutatea și lungimea nou-născutului la naștere și la plecarea din maternitate;*

b) *amănunte despre alimentație (orarul; dacă nou-născutul a primit și altceva în afară de laptele de mamă; dacă s-au întâmplat dificultăți de alimentație etc.);*

c) *dacă s-au aplicat tratamente medicale nou-născutului (ce medicamente, ce doze, durată, de ce);*

d) *ce scor Apgar a obținut nou-născutul în momentul nașterii;*

e) *dacă nou-născutul a necesitat manevre de reanimare (administrare de oxigen, internare în secția de reanimare) sau dacă a prezentat vreun semn de alarmă (convulsii etc.);*

f) *dacă a fost vaccinat B.C.G. și cu vaccin împotriva hepatitei B;*

g) *dacă s-a administrat vitamina D₃ (sau D₂) și în ce doză;*

h) *dacă în perioada respectivă au fost infecții (diarei, infecții stafilococice cutanate, infecții respiratorii etc.);*

i) *dacă s-au efectuat testele pentru depistarea fenilcetonuriei și/sau a mixedemului.*

În vederea primirii acasă a soției și copilului, tatăl mai are de făcut următoarele:

– Se va sfătui cu medicul de familie și cu asistenta de ocrotire de la dispensarul teritorial de copii asupra următoarelor probleme: a) pregătirile necesare pentru transportul mamei și nou-născutului acasă (mijloc de transport, obiecte necesare înfășării și învelirii nou-născutului); b) obiecte necesare pentru îngrijirea nou-născutului la domiciliu (coș, scutece etc.); c) fixarea locului unde va fi instalat copilul în locuință; d) modul cum trebuie să se comporte cu mama și cu nou-născutul; e) indicații despre alimentația sugarului și lăuzei.

– Va apela la o rudă apropiată care să o ajute pe lăuză în primele săptămâni după naștere. Practic și psihologic, după experiența noastră, mama soției este persoana cea mai indicată.

– Pașnic, dar hotărât, va lua toate măsurile pentru excluderea oricăror vizite inoportune în primele zile după reîntoarcerea soției și sugarului din maternitate.

– Chiar dacă până acum nu a făcut-o, tatăl este dator ca, de acum înainte, cel puțin în primele luni de viață ale sugarului, să se ocupe de toate problemele de aprovizionare ale familiei și să se integreze în toate treburile de gospodărie interioară.

Primele zile după venirea din maternitate. Dacă totul a decurs normal, mama și nou-născutul sunt externați din maternitate cât mai repede, de obicei începând din a 3-a zi după naștere. Este un mare avantaj când mama și nou-născutul sunt aduși cât mai repede în familie, unde este locul cel mai potrivit pentru adaptarea nou-născutului și pentru noua misiune a mamei. Instalarea secreției lactate, legătura permanentă mamă-copil, uniformitatea mediului înconjurător, îngrijirile făcute de aceeași persoană și evitarea infecțiilor intraspitalicești sunt câteva din avantajele aducerii precoce a mamei și copilului în mediul familial.

Zilele și săptămânile care urmează sunt cele mai grele.

În prezent, în țara noastră, toți copiii se nasc în maternitate. Datorită acestui fapt, primejdiile care

pândeau pe mamă și nou-născut în momentul nașterii, prin lipsa de asistență medicală și de condiții de igienă, au dispărut. Ceea ce face statul pentru asistența nașterii trebuie continuat și în familie în îngrijirea copilului.

În trecut, experiența și superstițiile se transmiteau de la o generație la alta, iar mortalitatea nou-născuților și a mamelor era mare.

În condițiile vieții moderne creșterea unui copil nu mai poate fi lăsată pe seama "instinctului matern". Cei doi parteneri, tatăl și mama, trebuie să fie conștienți că "misiunea de părinți" este cea mai importantă din cadrul existenței fiecăruia dintre noi. Dacă nu a făcut-o până acum, tatăl copilului este dator să anunțe medicul de familie de la care mama va primi îndrumările necesare. Chiar din a doua zi, mama și nou-născutul vor fi vizitați de către medicul de familie sau medicul particular și de asistenta de ocrotire.

Medicul de familie examinează în mod periodic sugarul. Chiar dacă este sănătos, orice copil trebuie urmărit de medic. Nou-născuții sănătoși sunt examinați la domiciliu, sugarii sănătoși vor fi duși la cabinetul medicului de familie. Acesta va urmări greutatea, dezvoltarea motorie și psihică, va fixa alimentația și va elabora un plan de prevenire a îmbolnăvirilor (administrare de vitamine, vaccinări, călire prin aer, soare și exerciții fizice etc.).

Caietul copilului

O mamă tânără are o mulțime de întrebări de pus medicului și asistentei de ocrotire. Aceștia vor da, verbal și în scris (într-un caiet special), indicațiile corespunzătoare; în același caiet mama va nota toate întrebările, pe măsură ce-i vin în minte.

Pe coperta caietului se vor nota: numele și prenumele copilului, evoluția sarcinii, data nașterii și a examinării din maternitate, greutatea și lungimea la naștere, perimetrul cranian, scorul Apgar, maternitatea în care s-a născut, data vaccinării cu B.C.G. și împotriva hepatitei B, precum și administrării primei doze de vitamina D.

Ambii părinți vor nota observațiile lor despre sugar, iar lunar vor face un bilanț al progreselor observate (când a plâns cu lacrimi, primul zâmbet, ziua în care a "ținut" capul, când a stat în șezut, primele silabe și cuvinte pronunțate, erupția primilor dinți etc.), datele la care s-a administrat vitamina D, vaccinările, internările în spital etc.

Recomandările medicului și asistentei de ocrotire se fac în scris. Cel mai bun medic al unui copil este

acela care-l vede tot timpul. Experiența a demonstrat că urmărirea medicală regulată asigură depistarea precoce a devierilor de la dezvoltarea normală a sugarului. În același timp luarea de măsuri la primele semne de îmbolnăvire evită catastrofele ce pot surveni în existența unui sugar. Modificările conținutului alimentației, orarul meselor, modalitățile de îngrijire și de educație se vor stabili împreună cu medicul de familie.

Încrederea în medic. Mama nu trebuie să se jeneze să pună orice întrebare medicului, chiar dacă unele par simple sau ridicole. Cadrele medicale sunt obligate să o ajute pe mamă și să lămurească orice nedumerire. Teama de a nu indispuce pe medic nu trebuie să rețină pe părinți de a solicita asistența medicală, dacă în starea sugarului a apărut ceva neliniștitor. Sănătatea copilului este mai presus de orice.

Rolul asistentei de ocrotire. De la asistenta de ocrotire mama va cere toate sfaturile practice de care are nevoie. Asistenta de ocrotire va îndruma asupra felului cum să "instaleze" pe noul venit, va răspunde la toate nedumeririle mamei, îi va demonstra cum se îngrijește și cum se alimentează sugarul. Observațiile și sfaturile se consemnează în caietul copilului. Va ține legătura cu medicul de familie și va pune în practică recomandările acestuia.

Pe lângă sfaturile medicale propriu-zise, asistenta de ocrotire va învăța pe mamele tinere cum să organizeze munca, cum să folosească bugetul familiei, cum să-și aranjeze casa, pe scurt va deveni chiar un element de civilizare acolo unde este cazul. Asistenta de ocrotire va indica familiei tot ce este necesar, de la "trusoul" sugarului până la alimente ce trebuie procurate pentru mamă și sugar. Toate acestea se vor discuta de la om la om, cu toată sinceritatea, având grijă de a nu jigni.

Gândurile și grijile întregii familii vor fi îndreptate în primul rând către mamă. De luni și luni de zile, organismul mamei a fost adaptat la prezența fătului. În momentul nașterii intervine o schimbare bruscă. Această modificare biologică (hormonală etc.) intensă se produce ca un șoc. Urmarea cea mai pregnantă este apariția așa-numitelor "lacrimi de lăuzie". Este suficient ca nou-născutul să sugă mai puțin, ca soțul să-și exprime cine știe ce îndoieli despre mamă sau nou-născut sau ca mama să constate că nici o fustă nu-i mai vine bine, pentru ca să verse șiroaie de lacrimi. Acum

începe rolul soțului-tată, care trebuie să arate înțelegere pentru aceste manifestări de depresiune.

Gânduri pentru căsnicie. Tânăra femeie rămâne soția bărbatului ei, chiar dacă a devenit și mamă. Deși dominată de instinctul matern, ea este datoră să vegheze, ca și până acum, la drepturile soțului, să manifeste același interes și afecțiune pentru el. O planificare corectă a timpului permite mamei să se ocupe de copil, de soț și de ea însăși. Pentru aceasta este nevoie de puțină încredere în sine; orice mamă se descurcă cu propriul copil. Civilizația a pus la îndemâna mamei numeroase înlesniri: lapte adaptat, îmbrăcăminte gata confecționată pentru sugar, frigider, mașină pentru spălat rufe, preparate alimentare industriale, mixer, presa de fructe etc., cu ajutorul cărora realizează economie de timp.

Primirea nou-născutului de către frați și surori. Pentru un copil sensibil, venirea unui frate sau a unei surori este o sursă de emoție profundă. El este fericit să proclame această naștere la toate persoanele pe care le întâlnește și la micii săi prieteni (la grădiniță sau la școală). Dacă "bebe" este de același sex, copilul mai mare se socotește superior față de acest nou-născut. Un frate mai mic pentru o "soră mare" (sau invers) provoacă puțină teamă față de necunoscutul pe care-l întruchiează. Când frații sunt mai mari, surpriza dublată de puțină anxietate nu mai este atât de profundă, mai ales dacă sunt deja mai mulți copii în casă.

Nașterea poate antrena o mare tulburare la copii foarte sensibili și timizi. Se întâmplă ca în timpul internării mamei în maternitate, copilul (copii) să fie dus în altă familie; dacă este dus la bunici sau alte rude apropiate (unde este de obicei răsfățat), reacțiile vor fi mai puțin importante; dacă plasamentul se va face la străini (prieteni), este posibil ca această îndepărtare să fie interpretată ca o excludere și să-l tulbure pentru mai multă vreme, chiar dacă tatăl său îl aduce seara acasă.

Copiii între 2 și 5 ani dovedesc o multitudine de sentimente complexe și contradictorii (curiozitate și interes, gelozie și neliniște, decepție, chiar ostilitate) care pot fi la originea unor conflicte psihologice. Ei le traduc prin atitudini multiple; mai întâi, ei se apropie mereu de "bebe", pe care-l privesc, îl ating, îl gâdilă, îl ciupesc, din nevoia de a-i provoca reacții. Cel mai "mic" devine centrul de interes al celui "mare" care încearcă să-i atragă atenția arătându-i jucăriile și cărțile sale; el țipă, cântă, ceea ce atrage adesea, din partea adulților, o atitudine violentă, de neînțeles pentru copil. În aceste

zile și în săptămânile care urmează, copiii se pot manifesta variat: a) băieții care până atunci foloseau olița încep din nou "să facă în pantaloni"; b) fetițele (mai ales) cer să-și bea laptele numai cu "biberonul", așa cum i se dă lui "bebe"; în astfel de situații, pentru a nu le priva de lapte și pentru a nu lărgi gama de reacții negative, suntem de părere să se accepte temporar această dorință de circumstanță; c) apare sau se accentuează nevoia de a-și suga degetul; d) în timpul alăptării sugarului, copilul mai mare vrea să stea lipit sau chiar pe unul din genunchii mamei; e) alteori (mai rar, este adevărat) copilul între 2 și 5 ani are atitudini agresive și ostile, ce au loc chiar în prezența părinților; sunt impulsuri imposibil de controlat.

La copiii mai mari (6-12 ani) pot apărea: scăderea randamentului școlar, tendința de izolare sau de a pleca de acasă, căutând societate în afara familiei (alți copii de vârsta lor, bunici etc.). În familiile unde copilul unic la părinți așteaptă un frățior, fetițele, pe lângă o mândrie declarată peste tot, sunt preocupate și grijulii, cu atitudini și gesturi ce imită pe ale mamei. Chiar în astfel de situații, pentru că un copil mic nu are discernământul ca de la un gest de mângâiere sau de îngrijire să nu ajungă la un act de agresiune pentru cel mic, nou-născutul nu va fi lăsat singur în societatea lui (pericol de sufocare, răsturnarea coșului, cădere, administrare de alimente necorespunzătoare, aplicarea de substanțe cosmetice etc.).

Aceste reacții normale pot fi atenuate printr-o atitudine înțelegătoare din partea părinților. Înainte de naștere, se va vorbi copilului cu moderație, despre viitorul "bebe", arătându-i că și el a fost așteptat la fel în urmă cu câțiva ani și ajutându-l la pregătirea camerei sau colțului pentru cel așteptat. Un mic dar, în momentul reîntoarcerii din maternitate, mărește fără îndoială bucuria de a revedea mama cu un pui de om adormit și plângăreț. Este bine, de asemenea, de a-i cere ajutorul (spunându-i că "este mare") antrenându-l la mici servicii care îl fac să crească în ochii lui. A se ocupa de nou-născut este o mare bucurie pe care i-o acordă mama sa: s-o anunțe când plânge, s-o ajute când pregătește biberonul sau când îl înfașă. Mândria și atitudinea lui sunt de-a dreptul înduioșătoare.

Din partea tatălui, ca gesturi de afecțiune față de copilul mai mare, recomandăm: a) să-l mângâie mai mult decât pe cel mic; b) să-și găsească timp pentru joc și plimbare; c) să-l asigure tot timpul că el nu a pierdut nimic din dragostea părinților; d) să-l felicite

pentru o inițiativă mai mult sau mai puțin fericită, dar care izvorăște dintr-o intenție bună; e) să tolereze (și aceasta este mai dificil) chiar regresivitatea în dezvoltarea psihomotorie (care este trecătoare) și în comportamentul general al copilului.

În concluzie, indiferent de vârsta fraților (surorilor) mai mari, familia trebuie să facă totul pentru ca aceștia să nu aibă impresia că sunt trecuți pe un plan secundar și să nu adopte față de cel mic atitudini preferențiale.

Ajutorul bunicilor. Prima lună după nașterea copilului este cea mai încărcată din viața mamei. Pe lângă asistenta de ocrotire și tatăl copilului, este necesar și ajutorul unei a treia persoane. Oboseala și surmenajul din perioada de lăuzie pot avea urmări nefaste pentru sănătatea sugarului și mamei.

Este de dorit să existe o bună înțelegere între cele două bunici ale copilului. Acestea se vor strădui să menajeze pe mama copilului, atât fizic, cât și psihic. În primul rând, bunicile nu trebuie să încerce să dirijeze totul și să o trateze pe mamă ca pe un copil. Mama simte că nou-născutul este în primul rând copilul ei, că-i aparține exclusiv și că este în stare să-l crească singură. Bunicile sunt obligate să-și strunească pornirile de posesiune și de diriguire, oferindu-și numai experiența și o participare activă la treburile casnice, printr-o prezență discretă și agreabilă.

Tinerii părinți, la rândul lor, trebuie să știe că bunicii copilului sunt persoanele care, datorită dragostei pe care o poartă, oferă acestuia o îngrijire de care nu este în stare nici cea mai harnică persoană străină.

În lipsa bunicilor se poate apela la o prietenă a mamei pentru ajutor în gospodărie. În oricare eventualitate ajutorul cel mai eficient este asigurat de tată. La epuizarea concediului mamei, în locul creșei sau al unei persoane străine, este de preferat ca micul copil să fie încredințat bunicilor, chiar acceptând unele compromisuri; ar fi iluzoriu de a se aștepta ca bunicii să respecte toate normele stabilite de părinți. Dar, oricât de greșite ar fi unele concepții ale bunicilor în ceea ce privește îngrijirea copiilor, ei o fac întotdeauna cu dragoste și pasiune. De altfel, mulți bunici, după pensionare, se obișnuiesc greu cu inactivitatea; creșterea nepoților le dă prilejul de a fi iar folositori, existența lor căpătând un conținut nou și un stimul de viață.

Vizitele. În primele zile după întoarcerea în familie, mama și nou-născutul au nevoie de liniște. Vizitele, oricât de bine intenționate, nu sunt bine venite înainte de 4-5 zile. Mama și nou-născutul nu sunt obișnuiți cu

noul program al zilei, deosebit de cel din maternitate. Mama este nouă în rol, adesea suprasolicitată de alăptare, de îngrijirile nou-născutului și de treburile gospodărești. Pe de altă parte, are un psihic labil, este susceptibilă de a fi contrariată de unii nepoți sau de discuții și interpretări neavenite; cea mai mică ironie sau critică o rănește profund. Agitația produsă de "du-te - vino" al vizitatorilor duce la încărcarea atmosferei, cu enervarea mamei, ceea ce face ca nou-născutul să plângă, să sugă mai greu, să regurgiteze și să doarmă mai puțin.

Nou-născutul va fi privit de la distanță; este interzis oricărei persoane (în primele zile, inclusiv tatălui și bunicilor) de a-l lua în brațe, de a-l săruta, de a se "juca" cu el, de a-i "vorbi" din apropiere și chiar de a-l atinge. Mama trebuie să fie fermă pentru a interzice un astfel de comportament, care, pe lângă inconvenientul de a crea stări de agitație, poate duce la transmiterea unor infecții.

Trebuie evitate conversațiile cu vocea prea tare, ceea ce este obositor pentru mamă și poate trezi pe sugar dacă ora alăptării se apropie. Această precauție este și mai necesară în timpul alimentației sugarului. Convorbirile la telefon, mai ales dacă sunt lungi și la ore nepotrivite, pot fi stânjenitoare. De altfel nu este permis mamei să întrerupă alimentația copilului; orice bruscare poate declanșa ulterior dificultăți de alimentație.

Darurile. O naștere este un prilej de a se oferi daruri. Un vechi obicei românesc este ca la nașterea unui nepot, bunicii să ofere bijuterii sau alte obiecte de preț de familie (podoabe, covoare, scoarțe, costume naționale etc.). Mai recent, tatăl copilului oferă mamei bijuterii (o brățară, un colier, un ceas etc.); toate acestea dovedesc afecțiunea ce există între cei doi soți pe de o parte, iar pe de altă parte legăturile trainice între generații, în cadrul unor tradiții ce dau conținut și farmec vieții de familie. Acestea nu trebuie să fie nici obligații, dar nici singurele manifestări de bun venit și de tandrețe.

Vizitatorii pot aduce flori, dar cu condiția ca mirosul lor să nu fie prea puternic. Este bine ca florile să nu fie prea numeroase sau prea mari, pentru a nu deveni supărătoare. O vază cu flori la o familie tânără este binevenită.

De asemenea, obiecte de îmbrăcăminte tricotate cu mâna, jachete, bonete, căciulițe, botoșei, scutece absorbante, prosoape, truse de toaletă (perie, săpunuri, creme, pudră, forfecuță de unghii), biberoane, tetine etc., fac plăcere și sunt foarte utile.

În ultimul timp s-a încetățenit moda "coordonării", care are avantajul că familia primește daruri în funcție de necesități. Așa cum pe alocuri se face o "listă de mariaj" se poate întocmi o "listă de naștere". Această formulă (pentru moment puțin răspândită) are avantajul că evită acumularea unor daruri în mai multe exemplare. Astfel, rudele apropiate se informează reciproc și aduc daruri pentru a completa trusoul necesar copilului: o garnitură cu scutece, pături, cădiță, cântar, presă de fructe, ceas de perete, iar pentru rudele mai înstărite: frigider, cărucior, mixer, mașină de spălat. Am întâlnit situații în care rudele și/sau prietenii se grupează pentru a oferi un obiect mai important.

Somnul

a) *Unde doarme nou-născutul?* Dacă este posibil, este bine ca el să aibă cât mai devreme o cameră în care să doarmă singur sau cel mult cu mama.

În familiile în care nou-născutul locuiește în aceeași cameră cu adulții se va alege pentru coș sau pat un loc ferit de curent, luminos și liniștit.

Nou-născutul nu va fi instalat într-o cameră în care să locuiască numai cu fratele mai mărișor.

Bucătăria, cu atmosfera de umezeală și cu temperatura inconstantă, ca și încăperile cu fum de țigară, sunt dăunătoare pentru sănătatea și somnul sugarului.

Nou-născutul are nevoie de liniște, confort și aer.

Este bine ca familia să se obișnuiască de la început să nu se ocupe fără motiv de sugar. Este suficient dacă mângâierile, îmbrățișările, "convorbirile" se materializează numai prin contactul impus cu prilejul băii zilnice, înfășatului și alimentației. De la început se va vorbi cu el într-un limbaj natural, cu o voce caldă; va fi îngrijit cu calm și, pe cât posibil, de aceeași persoană. Sugarul are nevoie de uniformitate în îngrijire, de liniște absolută, de respectarea programului de somn.

b) *Patul copilului* (vezi pag. 47)

c) *Așezarea nou-născutului și sugarului în pat*

Nou-născutul sănătos va fi culcat pe partea pe care o acceptă; rareori pe spate cu fața în sus; și adeseori capul este sprijinit pe unul din obraji. Nou-născutul la termen este în stare să întoarcă capul, începând de la vârsta de 2-4 săptămâni.

În ultimul timp, se contraindică culcarea nou-născutului și sugarului pe burtă, considerându-se ca fiind una din cauzele morții subite.

Cum se învelește copilul în timpul somnului? Se va folosi o păturică ușoară din lână învelită într-o husă de pânză de culoare deschisă, ușor de spălat.

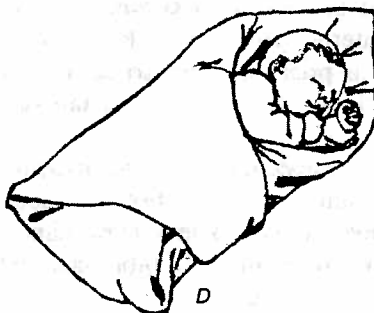
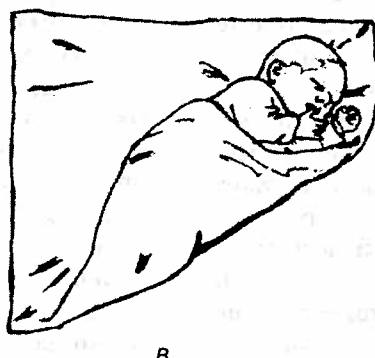
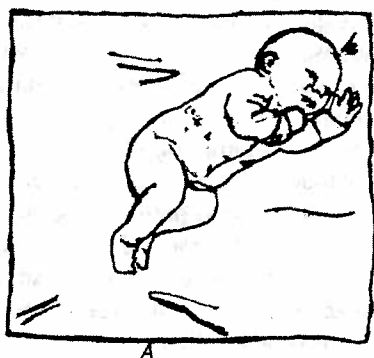


Fig. 2.10 - Învelirea și așezarea nou-născutului în pat.

- A) Sugarul "înfășat" cu "pampers", botoșei și "body" cu mâneca lungă este așezat pe pătură (forma pătrată) în diagonală;
- B) Colțul din dreapta al păturii se îndoaie și se aduce peste corp până sub spatele sugarului;
- C) Apoi se întoarce colțul din dreapta al păturii în așa fel ca picioarele să poată să se miște, să pedaleze;
- D) Pentru somn colțul stâng al păturii se trage spre dreapta și se bagă dedesubt. Astfel i se asigură nou-născutului un culcuș asemănător cu uterul mamei.

Pentru nou-născut și sugarul mic socotim că metoda cea mai bună este cea schițată în fig. 2.10 a, b, c și d. În timpul iernii, peste pătura cu care se învelește după metoda de mai înainte se poate adăuga o plăpumioară matlasată sau cu puf.

Boneta și căciulița nu sunt necesare; numai când este frig (în cameră sau la plimbare) se acoperă capul în funcție de anotimp și de vârsta copilului.

Se recomandă sacul de dormit? Copilul doarme liniștit atât ziua, cât și în timpul nopții. De abia când crește și începe să “pedaleze” (2 luni) el se poate dezveli, și de aceea se poate folosi, mai ales în cursul nopții, un sac de dormit. Acesta va fi încheiat cu nasturi.

Nu se vor folosi nici un fel de șnururi sau șireturi, având în vedere pericolul de strangulare.

Aer și lumină. Ca orice ființă, sugarul are nevoie de aer și lumină, pentru a trăi și a se dezvolta. În plus, acestea stimulează activitatea pielii, circulația sângelui și toate procesele vitale. Organismul încă fragil se deprinde treptat să-și păstreze și să-și autoregleze temperatura. Înainte de a se culca sugarul, se va aerisi încăperea (fie mutându-l în altă cameră, fie prin intermediul unei camere vecine). În funcție de starea de sănătate, de anotimp, de starea vremii (nu va fi scos afară dacă este ger, ceață densă, ploaie, viscol) și de condițiile în care locuiește familia, sugarul va fi scos la aer.

2.3. Nou-născutul normal

2.3.1. Primul examen medical

La venirea din maternitate, cu prilejul primei vizite medicale, părinții au pe buze ca primă întrebare: *este sănătos copilul nostru?* La marea majoritate răspunsul este da. Cum ajunge medicul la concluzia că nou-născutul este într-adevăr normal și sănătos?

Examenul medical al unui nou-născut începe cu o convorbire care are ca subiecte evoluția sarcinii și desfășurarea nașterii actuale; istoria sarcinilor și nașterilor anterioare; starea de sănătate a părinților și eventual a rudelor apropiate; ce s-a întâmplat cu nou-născutul după naștere¹. Este un adevărat interogatoriu, în care părinții trebuie să fie sinceri, exacti în răspunsuri, răbdători și convingși că mulțimea de întrebări ce se pun este în interesul copilului lor.

Înainte de a începe examenul propriu-zis, atât medicul cât și mama se spală pe mâini. Așa cum s-a mai spus, observarea și îngrijirile sugarului se fac într-un mod comod pentru mamă și medic, pe o masă, un birou, un scrin sau o masă de înfășat, mai înaltă și cu o suprafață corespunzătoare pentru așezarea sugarului și a obiectelor necesare pentru îngrijirea lor. În ultimul timp au apărut în comerț o “miniatură” de masă de înfășat, deplasabilă. Constă dintr-o piesă lungă, de 70-80 cm, scobită la mijloc, ca o covată, cu marginile ridicate, matlasată cu un material sintetic, lavabil.

¹ Toate aceste date sunt de obicei consemnate în biletul de externare al mamei și în fișa de legătură a nou-născutului.

Medicul sau asistenta de ocrotire, împreună cu familia, vor alege unde să plaseze masa de înfășat sau “înlocuitorul” ei. Aceasta se acoperă cu o pătură obișnuită, îndoită, deasupra căreia se întinde o bucată de mușama sau de material plastic, iar peste aceasta un cearșaf mare împăturit în două sau în patru, astfel încât să acopere toată suprafața mesei. Pe paturile scunde ale adulților, îngrijirile se fac incomod și obositor pentru mamă. Înainte de a dezbrăca nou-născutul, se închid ferestrele, iar mama și examinatorul își spală și încălzesc mâinile.

Totul se desfășoară fără grabă, metodic, cu calm deplin, cu gesturi sigure, cu manevre simple și corecte. Mama este impresionată cum medicul examinător cercetează toate părțile corpului acestei mici vietăți. Examenul clinic se face după un plan precis, din care să nu scape nimic.

Un bun observator sesizează foarte multe elemente de diagnostic înainte de a fi dezbrăcat nou-născutul. În timpul cât a discutat cu mama, în cadrul unei convorbiri făcute pe îndelete, la care participă toată lumea stând pe scaun, medicul sesizează: starea psihică a mamei; dacă în familie există armonie și înțelegere; topografia locuinței; nivelul de civilizație și igienă al familiei; gradul de educație sanitară și de pregătire pentru rolul de părinți; înzestrarea sugarului, greșelile de plasare a mobilierului în vederea instalării mamei și sugarului etc. Aprecierile medicului și asistentei de ocrotire despre sănătatea nou-născutului, organizarea îngrijirilor (dotare, orar, persoane etc.) vor fi adaptate parti-

cularităților familiei, gradului de instrucție, condițiilor materiale ale locuinței.

Între timp, medicul a fost atent la nou-născut care urmează să fie examinat (dacă doarme, dacă este agitat; fața, poziția în care stă în pat; manifestări anormale). Ordinea examenului nou-născutului nu este aceeași ca la adult; nou-născutul este lăsat cât mai mult nemișcat; se face totul pentru ca el să nu țipe; manevrele mai brutale (ascultația regiunii spatelui, unele manevre în cadrul investigațiilor neurologice și examenul gurii) se fac la urmă.

Este normal copilul? Aceasta este întrebarea pe care a pus-o mama încă din maternitate. Indiferent de asigurările date de obstetrician și de pediatrul din maternitate, familia rămâne multă vreme cu această întrebare obsesivă exprimată față de orice medic ce examinează copilul în cadrul familiei.

Acum, în familie, medicul, asistenta de ocrotire și părinții (îndeosebi mama) au condiții optime pentru a observa și cunoaște noul venit. În paginile care urmează se va da o serie de noțiuni (unele mai complicate, este adevărat) ce pot fi utilizate pentru cunoașterea generală a sugarului și pentru depistarea unor manifestări anormale.

Este nevoie ca, în această epocă de progres, adulții să fie înarmați cu cunoștințe temeinice, aprofundate, privind atribuțiile lor de părinți. Creșterea unui copil nu mai constituie o problemă de instinct, de tradiție sau de meșteșugărisim îngust. Când orice tânăr are atâtea cunoștințe din toate domeniile, când instruirea de bază în țara noastră durează 12 ani de școlarizare, credem că se poate pretinde că părinții să dețină un bagaj de noțiuni de un nivel mai înalt, absolut necesar celei mai firești misiuni a unei existențe umane: creșterea și educația urmașilor.

2.3.2. Dezvoltarea fizică¹

2.3.3. Greutatea

La naștere greutatea medie a unui nou-născut este de 3 000-3 500 g.

Așa cum s-a arătat anterior, majoritatea nou-născuților scad în greutate, în primele zile după naștere, cu circa 5-10% din greutatea inițială. Recuperarea

¹ Vezi Tabelul 1.1, pag 23.

acestei pierderi se face în primele 7-15 zile de viață. Aceasta înseamnă că, în mod obișnuit, în prima lună creșterea este de 500-550 g, adică la o lună sugarul cântărește 3 600-4 000 g. Bineînțeles că progresul ponderal depinde atât de greutatea de la naștere, cât și de scăderea fiziologică în greutate.

Din motive didactice, în manuale se scrie că nou-născuții cresc cu 750 g în prima lună. În practica de toate zilele acest salt ponderal este rareori întâlnit: de aceea, mamele și asistentele de ocrotire nu se vor alarma dacă sporul ponderal al sugarului nu atinge 750 g în prima lună de viață.

a) *Creșterea zilnică este neregulată.* Creșterea de 30 g/zi reprezintă numai o medie calculată din totalul greutatea din mai multe zile. Greutatea nou-născutului variază mult de la o zi la alta. Micile neregularități se compensează de la sine.

b) *Cât de des se cântărește?* Nou-născutul nu trebuie cântărit zilnic. Este suficient un singur control pe săptămână, făcut totdeauna la aceeași oră și cu același cântar. Oscilațiile în greutate pot declanșa probleme nejustificate în familiile anxioase.

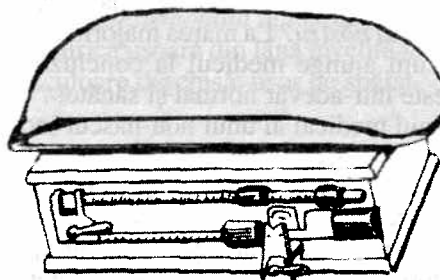


Fig. 2.11 - Cântar pentru sugari.

Dacă este vorba de un nou-născut prematur, subponderal sau bolnav, sunt necesare cântăriri mai frecvente.

Dacă există cântar în casă este bine ca prima cântărire să se facă în ziua sosirii de la maternitate, pentru că există uneori diferențe importante între cântare.

Cifrele constatate la fiecare cântărire se notează în caietul întocmit de mamă după indicațiile medicului sau ale asistentei de ocrotire.

2.3.4. Talia (lungimea)

Talia (lungimea) medie este de 50 cm, cu extreme între 46 și 54 cm. În instituții se măsoară cu pediometrul, iar în familie se poate măsura cu o panglică metrică prin întinderea sugarului culcat pe spate pe un plan dur, perfect orizontal și fixându-i limitele între cap și tălpi cu două cărți copertate. Cifrele obținute sunt mai puțin precise din cauză că extensia membrelor inferioare nu se poate face perfect, tonusul mușchilor membrelor inferioare fiind crescut.



Fig. 2.12 - Măsurarea lungimii sugarului cu podiometrul și la nevoie cu o panglică metrică.

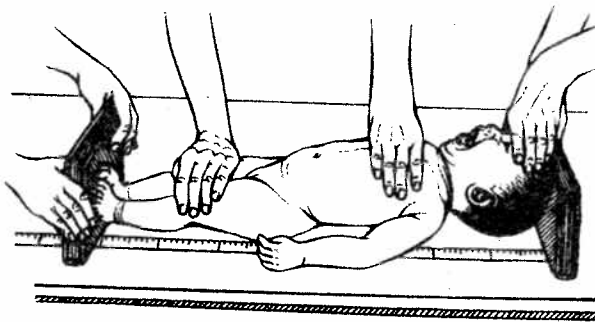


Fig. 2.13 - Măsurarea lungimii sugarului în familie (cu două cărți și cu o panglică metrică).

Distanța vertex (creștetul capului) - coccis este mai precisă decât lungimea vertex-călcâi; în medie este de 34 cm (egală cu perimetrul cranian).



Fig. 2.14 - Măsurarea distanței dintre creștetul capului și coccis.

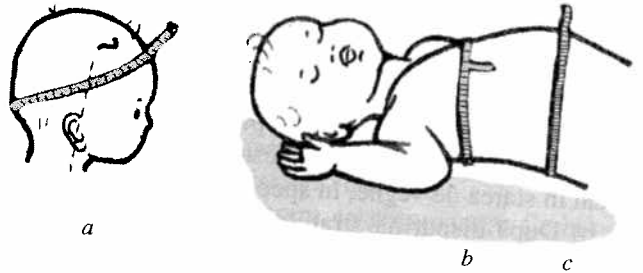


Fig. 2.15 - Măsurarea perimetrelor: a) cranian; b) toracic (nivelul mameloanelor); c) abdominal (peste ombilic).

2.3.5. Perimetre

a) *Perimetrul cranian* se măsoară la nivelul cel mai mare al circumferinței capului; în medie este de 34 cm, cu extreme între 32 și 36 cm.

b) *Perimetrul toracic* este egal sau mai mic cu 2-3 cm decât perimetrul cranian (în medie 32 cm).

2.3.6. Pielea

Pielea este catifelată și elastică. Când se pipăie sau se apucă între degete pielea împreună cu țesutul grăsos de sub piele, avem o senzație plăcută de țesut în stare de tensiune, elastic, ce revine repede la starea inițială. Este ceea ce medicii numesc "turgor".

a) *La nou-născuții prematuri*, la sugarii cu diaree gravă, la distrofici *turgorul* este mult diminuat sau

dispare cu totul; pielea este moale, flască, dacă se apucă o cută ("plică") de piele, mai ales de pe abdomen, aceasta "persistă" câteva secunde (dispare lent) în caz de deshidratare.

La nou-născuții din sarcină depășită, la cei care au suferit în perioada intrauterină, turgorul este de asemenea diminuat, iar pielea poate fi zbârcită, încrețită. Conținutul excesiv în apă, mergând până la apariția de edeme, poate sugera în mod greșit, la prematur, un turgor bun, dar suprafața cutanată este lucioasă, țesutul de sub piele este moale, la apăsare rămâne urma degetului. Pielea nou-născutului reacționează foarte ușor la excitanții externi. Dacă se excită cu degetele examinătorului o zonă oarecare a pielii pot apărea pete mari roșii pe o parte a corpului mai mult decât pe cealaltă. Această reacție cutanată exagerată se datorește probabil unor deficiențe ale reglării circulației sanguine; dispare în câteva luni. În timpul somnului, nou-născutul este de obicei mai palid decât în starea de veghe, în special în jurul gurii.

b) După dispariția stratului umed-grăsos (*vernix caseosa*) pielea suferă un proces de desicație (uscarea) și, ca urmare, se descuamează în lamele mai mari sau mai mici (uneori ca țărățele). În general, culoarea roz sau roșie (eritodermia nou-născutului) dispare după primele zile de viață. La prematuri poate fi mai pronunțată și se menține mai multă vreme.

Uneori, după revenirea din maternitate, fie în urma contagiunii de la alți copii, fie prin folosirea de lenjerie murdară, fie pentru că nu se face corect toaleta pielii, apar infecții ale pielii sub formă de pustule, mici abcese sau chiar furuncule, care necesită îngrijiri corecte și tratament medical prompt.

c) *Culoarea gălbuie a tegumentelor* din primele zile de viață este expresia icterului fiziologic (vezi capitolul anterior).

d) *Culoarea albăstruie (cianoza) a feței și uneori și a extremităților* (mâinilor și picioarelor), accentuată după țipete, pune unele probleme în ceea ce privește sănătatea copilului, așa că trebuie înștiințat de îndată medicul.

La cei la care nașterea a fost dificilă (prelungită, manevre obstetricale speciale, aplicarea de forceps) se pot constata leziuni superficiale ale pielii (roșeață, vinețea, necroză de presiune) pe cap, față, alte zone ale corpului (pe fese în caz de prezență pelviană), dar acestea trec în câteva zile.

e) *Petele roșii* sub formă de "fragă roșie de pădure", de diferite dimensiuni, una sau multiple, se întâlnesc relativ frecvent; mai târziu pot fi tratate cu succes de dermatolog. Poartă numele de *hemangiome*.

f) *Pe frunte, pleoape superioare, ceafă*, mai rar pe nas, se observă uneori pete roșii neproeminente date de aglomerări și dilatări de vase capilare sanguine. Aceste zone roșii ("pete vasculare", *naevus flammens*, "ciupitura berzei") se accentuează când nou-născutul țipă. *De regulă dispar în primul an de viață*. Numai în mod excepțional cele care sunt la nivelul rădăcinii nasului sau pe frunte se șterg aparent, dar rămân toată viața, devenind abia vizibile în timpul emoțiilor sau eforturilor, când se congestionează.

g) *Descuamări* (vezi capitolul 1, pag. 31).

h) *Sudamina* sau "roșeața de căldură" apare mai ales dimineața și dispare după-amiaza, sub forma unor mici ridicături roșii cu vârful albicios; se datorește acumulării de transpirație. Poate duce la inflamația pielii cu roșeață difuză, mai ales pe la cutele pielii. Este bine să nu fie tratată. Aplicația de creme agravează acumularea de sudoare în canalele sudoripare și fenomenul se accentuează. Singurul tratament este evitarea căldurii în exces și, cel mult, pudraj cu talc simplu. Părinții trebuie să se obișnuiască cu aceste erupții. Sugarul este mai puțin afectat decât părinții.

i) *Eritemul fesier ("opăreala" sau iritația)* este pe departe "incidentul" cel mai frecvent și mai supărător în primele săptămâni de viață; vom face și aici mici sublinieri.

Când revine de la maternitate, mama este mirată că nou-născutul are o "iritație la funduleț". Aceasta *nu înseamnă că nu a fost îngrijit cum trebuie*, ci numai că pielea lui are nevoie de o atenție deosebită. Roșeața este limitată câteodată la regiunea anală, dar se poate întinde la regiunea genitală și la partea superioară a coapselor. Această roșeață este produsă de cele mai multe ori de cauze locale:

– *Scaune acide și dese*. Medicul pediatru va indica, poate, o pomadă izolantă care să protejeze pielea sugarului. S-ar putea să recomande și un medicament care să fie dat pe gură pentru a corecta tendința la scaune acide, semilichide.

– Folosirea, rău suportată, de chiloți de cauciuc sau din plastic, utilizarea de detergenți prea energici la spălarea scutecelor și/sau "limpezirea" insuficientă după spălare și fierbere (trebuie "trecute" prin mai multe "ape limpezi").

Dacă eritemul persistă sau se agravează trebuie consultat medicul, care va stabili dacă nu este vorba de o infecție intestinală sau cutanată (cu microbi sau ciuperci microscopice). S-ar putea să fie vorba de o reacție specială a pielii care cere îngrijiri prelungite (alergie etc.).

Pentru evitarea unor greșeli ce se fac frecvent, insistăm cu următoarele sfaturi:

- cel mai bun remediu pentru tratamentul eritemului fesier este să se lase descoperite, în contact cu aerul, regiunea feselor, organelor genitale și coapselor de mai multe ori pe zi, având grijă ca temperatura camerei să fie în jur de 22°C;

- să nu se înțarce sugarul și să nu se adauge alt lapte pe motiv că nu este bun laptele de mamă;

- să nu se folosească medicamente pentru tratamentul local și general decât la sfatul medicului;

- pentru prevenirea eritemului fesier se recomandă schimbarea la timp a scutecelor murdare, folosirea de scutece de bună calitate, evitarea folosirii plasticului, să se fiarbă și să se limpezească bine lenjeria sugarului.

De subliniat că introducerea scutecelor absorbante (chiloșilor tip Pampers) au dus la scăderea eritemului (opăreala de scutece) fesier și inghinal.

j) *Crustele ("cojile") de pe pielea capului.* Pe pielea capului și (rar) pe sprâncene se formează adesea cruste (coji). Ele nu au nimic grav, nu sunt produse de o lipsă de curățenie. În limbaj medical poartă denumirea de "seboreea capului" sau "cruste seboreice". Este manifestarea cea mai frecventă și - pare-se - cea mai ușoară a așa-numitei dermatite seboreice. Aceasta este o stare particulară a pielii ce se manifestă îndeosebi în primele săptămâni de viață și constă în secreția excesivă de substanțe grase, producerea de scuame și înroșirea pielii.

Crustele seboreice se localizează mai ales în regiunea parietalelor și a fontanelei mari. Depozitele pot fi atât de masive, încât să ducă la formarea unui strat compact, gros, grăsos, aderent, uneori urât mirositor. Prin desprinderea brutală a cojiilor iese la iveală pielea roșie iritată, câteodată chiar zemuindă. Astfel de coji (în strat subțire, cu fragmente mici) se pot forma și pe sprâncene sau în șanțurile din spatele pavilioanelor urechilor.

Când cojile sunt subțiri sau fragmentate se pot înlătura după baie cu o perie de păr, mânăuită blând și delicat. Când stratul crustos este compact și recidivant se aplică cu 4-6 ore înainte de baie o vaselină simplă

sau unguent salicilic 0,5-1% și se spală încetșor și meticulos cu mâna de 3-4 ori pe săptămână cu apă săpunată sau șampon pentru copii. Reamintim că regiunea fontanelei nu este fragilă și poate fi spălată ca și restul pielii capului. În cazurile de seboree recidivantă pe sprâncene și după urechi, rezultate bune se obțin în multe cazuri cu produsul "Locacorten" sau "Nidoflor".

k) *Panarițiul.* Este vorba de mici colecții de puroi de pe lângă unghii. Aceste leziuni trebuie semnalate medicului, pentru că pot fi punctul de plecare al unei infecții mai serioase. Până la venirea medicului nu se storc și în general nu se face nimic, cel mult se pun comprese sterile îmbibate în soluție de Rivanol 1‰.

l) *Muguetul (stomatita albicantă, "mărgăritărelul").* Este vorba de pete alburii mai mult sau mai puțin confluențe, localizate pe mucoasa gurii, care devine roșie. Câteodată se însoțesc de dificultăți la supt și de agitație. Prin ele însele nu sunt periculoase, sunt date însă de o ciupercă microscopică (*Oidium albicans*) care se poate propaga la distanță (intestin).

Ca mijloc de prevenire se recomandă: fierberea biberoanelor și tetinelor, spălarea sânilor mamei de mai multe ori pe zi, fierberea lenjeriei. Dacă au apărut deja forme de muguet, pe lângă măsurile de mai sus, la recomandarea medicului de familie se picură o suspensie de glicerină cu stamicină (Nystatin) în gură (nu se badijonează și nu se pune glicerină boraxată). Mamelonele mamei și/sau tetinele se umezesc în suspensia de Nystatin.

m) *Petele albe pe gingii.* Câteodată se observă pe marginea gingiilor nou-născutului puncte mici albe, ca la un început de erupție dentară, dar care nu agață vârful degetului când pipăim gingia. Sunt mici chisturi care dispar singure cu timpul. Nu trebuie să le confundăm cu cele două mici pete albe dinapoia maxilarului inferior, în dreapta și în stânga, care reprezintă amprenta sub mucoasa faringiană a unor mici ieșituri osoase normale ("pete pterigoidiene").

2.3.7. Craniul

Capul pare mare în raport cu restul corpului. În momentul nașterii se pot produce încălecări ale suturilor datorită modelajului oaselor craniului. Din contră, după cezariană, capul este rotund și simetric.

Oasele craniului nou-născutului nu sunt complet sudate, ci sunt despărțite prin niște șanțuri, care se simt la palpare, în special la prematuri și la hidrocefali. Aceste șanțuri poartă numele de *suturi*. La locul de întâlnire al oaselor craniului nou-născutului rămâne câte o mică zonă fără substanță osoasă, la nivelul căreia creierul este acoperit de învelișurile sale și apoi direct de piele. Aceste spații sunt numite *fontanele*. Prin palparea craniului se pot simți două fontanele (fig.2.16).

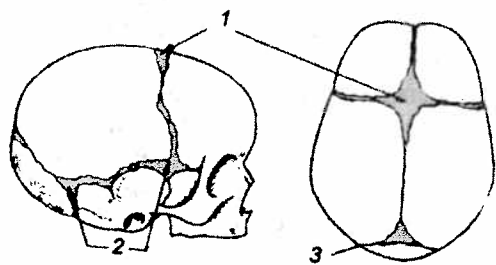


Fig. 2.16 - Craniul nou-născutului: 1. fontanela anterioară; 2. fontanela laterală; 3. fontanela posterioară.

a) La locul de întâlnire al osului frontal cu cele două parietale: *fontanela mare* sau *anterioară*, numită popular *moalele capului*. Fontanela anterioară are în general formă rombică, cu diametre variate de 1,5 până la 3-4 cm (în cele două sensuri). Pornind de la fontanela anterioară, înapoi se poate urmări sutura sagitală, iar spre frunte sutura metopică; ambele nu sunt închise la naștere. Din cele două unghiuri laterale ale fontanelei anterioare se simte sutura coronară. Dacă fontanela anterioară este minusculă (cât pulpa unui deget) sau foarte largă (4-5 cm) în ambele sensuri, ea se socotește tot normală. Fontanela mare se închide mai târziu, de obicei între 6 luni și 24 luni. Capătă dimensiuni și mai mari în *hidrocefalie* și în unele *tulburări de osificare*. Dacă fontanela mare este sub tensiune (când sugarul este în repaus) și bombează, se bănuie o creștere a presiunii intracraniene (hidrocefalie, meningită etc.).

Dacă fontanela anterioară se închide timpuriu (3 luni) și dacă dimensiunile craniului sunt normale, nu sunt motive de îngrijorare și nu este indicată suprimarea profilaxiei rahitismului cu vitamina D. Se vor urmări în dinamică, dimensiunile craniului.

Fontanela anterioară deprimată și asociată cu diminuarea turgorului constituie un semn de *sarcină depășită* (supramaturare) sau de *distrofie intrauterină*. La sugar, deprimarea fontanelei asociată cu diminuarea

turgorului se întâlnește în situații cu pierderi mari de lichide: *diaree*, *vărsături*, *șoc caloric*.

Când nou-născutul țipă, fontanela bombează puțin (fenomen normal).

b) La locul de întâlnire al oaselor parietale cu osul occipital se poate simți *fontanela posterioară*, *fontanela mică* sau *triunghiulară*. Se închide foarte repede. Este mai mică. Adesea aceste oase au marginile așa de apropiate, că între ele nu lasă nici un spațiu.

• **Fontanelele** neliniștesc adesea pe mamele tinere, când medicul aplică pulpa degetelor sale. De fapt este vorba de o parte neosificată a craniului. Această membrană are soliditatea unei pânze de cort. De asemenea, momentul închiderii fontanelei anterioare este uneori un motiv de neliniște. Adevărul este că momentul închiderii fontanelei este foarte variabil. Craniul crește nu numai în funcție de fontanele, ci și de suturile craniene.

• **Oasele.** După ce medicul notează dimensiunile și starea de tensiune a fontanelor, apreciază consistența și elasticitatea oaselor craniului. În mod normal, oasele craniului prezintă spre margini (uneori și în zona boltită), o consistență mai elastică. Consistența prea moale sau lipsa de consolidare la nivelul suturilor se întâlnește excepțional de rar.

• **Deformarea craniului** este mai accentuată la nou-născuții cu greutate mare. De obicei, craniul este mai mult sau mai puțin alungit; deformarea într-o zonă anumită este în funcție de "prezentația" craniului la naștere. Aceste deformări dispar într-o perioadă destul de scurtă și nu necesită tratament. În cursul nașterii, considerată ca normală, pot surveni numeroase mici incidente mecanice la nivelul craniului; acestea au ca efect diferite deformări sau leziuni traumatice, care în majoritatea lor sunt banale.

• **Modelarea craniului.** Nou-născutul extras prin cezariană, înaintea oricărui început de travaliu, se naște cu un cap rotund, foarte simetric. Cei care se nasc în prezentație cefalică ("cu capul înainte") au totdeauna la naștere un oarecare grad de modelaj al craniului ("craniu configurat"). Oasele craniului sunt destul de maleabile, iar suturile și fontanelele suficient de suple pentru a permite încălecări importante, simetrice sau nu. Încălecarea cea mai banală este cea a unui parietal pe celălalt, la nivelul suturii sagitale sau a parietalelor pe frontal sau occipital. Aceste încălecări sunt frecvente, durează adesea de la câteva ore la câteva zile, după care craniul își reia rapid forma și suprafața

reală. Când deformările sunt foarte accentuate și se asociază cu o istorie obstetricală încărcată necesită o observație neurologică din partea medicului.

- **Deformația** cea mai obișnuită a craniului în prezența cefalică este o alungire a bolții craniului ("dolicocefalie") foarte accentuată, cu un craniu "în căpățână de zahăr". Din contră, în cursul prezentației pelviene, creștetul capului ("vertexul") este turtit, iar protuberanța occipitală (ieșitura osoasă a oaselor occipitale) este proeminentă. Se pare că această deformare se datorește mai mult poziției în uter și nu modelajului nașterii. Când capul nou-născutului a fost flectat multă vreme pe un umăr se constată poziția asimetrică a maxilarului (sau chiar a nasului). În mod obișnuit, această deformare este fără importanță și dispare în câteva săptămâni sau luni. Rareori, o presiune puternică și prelungită a capului pe umăr antrenează o paralizie facială.

2.3.7.1. Bosa serosanguină

Este o umflătură a pielii capului. Este produsă prin edem (infiltrație cu un lichid seros a pielii capului și a țesutului de sub piele), congestie vasculară (aflux de sânge) și uneori însoțită de echimoze (pată neagră-vântată la început, apoi galbenă) și de peteșii (mici pete hemoragice). Bosa serosanguină își are sediul la nivelul "prezentației", adică în regiunea care a suferit cea mai mare presiune în cursul nașterii. Dacă umflătura este moderată și făcută din edem simplu dispare în 24-48 de ore. Dacă este ca o contuzie (hemoragică) se resoarbe mai încet, în câteva zile. Când este foarte mare se poate însoți cu hemoragie sub piele importantă, întinzându-se spre gât (în caz de bosă occipitală).

2.3.7.2. Cefalhematomul

Datorită compresiunii exercitate în cursul trecerii prin canalul pelvigenital sau/și al manevrelor obstetricale, se poate produce o ruptură a vaselor sanguine subperiostale ale oaselor craniului, ducând la constituirea unui *cefalhematom*. Umflătura este situată,

de regulă, la nivelul oaselor parietale, mai rar la occipital. Diagnosticul se face cu oarecare întârziere, deoarece, pe de o parte, revărsatul sanguin subperiostal crește în cursul primelor 24 de ore, iar pe de altă parte, percepția acestei colecții lichidiene poate fi jenată în primele ore de bosa serosanguină, care o însoțește frecvent. Zona fluctuantă este foarte bine limitată, cu o margine bine conturată la periferia sa, care reprezintă zona de dezlipire a periostului. Astfel, prin definiție, cefalhematomul nu poate încăleca o sutură craniană, contrar bosesi sanguine. Constatarea unui astfel de cefalhematom ne obligă (medic, asistenta de ocrotire și părinți) să supraveghem dimensiunea și consistența tumefacției mai ales în primele săptămâni de viață. Umflătura este fluctuantă, dar cu o consistență mai puțin fermă decât bosa serosanguină. Uneori se găsesc, concomitent, două și chiar trei cefalhematoame. Rareori, cefalhematomul este însoțit de fisuri osoase. Evoluția este prelungită, de mai multe săptămâni (6-12), până la resorbția completă a colecției de sânge. În general nu necesită tratament, ci se așteaptă să se resoarbă spontan. Tratamentul chirurgical preconizat de unii nu este lipsit de riscuri (infecție etc.).

Amintim aici câteva modificări patologice de formă a capului, cu semnificație serioasă:

- **Microcefalia** (*craniul mic*). Perimetrul cranian este mai mic decât în mod normal. Este o anomalie gravă.

- **Hidrocefalia** (excesul de lichid din craniu) se caracterizează prin mărirea vizibilă a regiunii frontoparietale, circumferința craniului mult crescută, fontanele mari, suturi larg deschise și accentuarea desenului venos epicranian. Se întâlnește în malformații ale creierului, după infecții intrauterine sau fără o cauză decelabilă. Este o malformație gravă.

2.3.8. Fața. Ochii

Fața este rotundă.

- **Ochii** sunt de culoare cenușie sau căprui și nu se acomodează. Sensibilitatea la lumină este prezentă chiar din primele zile de viață. Nou-născutul poate fixa și urmări un obiect colorat sau o lentilă de ochelari "plimbate" la o distanță de 20-30 cm prin fața ochilor. La lumină vie, pleoapele se închid. Reflexul fotomotor

este prezent: pupilele se retractă la proiectarea unor raze de lumină.

Hemoragiile subconjunctivale neliniștesc pe mamă. Aceste pete de sânge, roșii, vizibile pe albul ochilor sunt frecvente și *fără gravitate*. Ele regresează spontan *fără tratament*.

Conjunctivita (înroșirea mucoasei conjunctive, scurgerea unor secreții purulente, de culoare gălbuie, cu lipirea pleoapelor) este mai des întâlnită. Medicul recomandă ștergerea cu comprese sterile înmuiate în apă fiartă și răcită (nu mușetel care conține impurități) și procurarea de soluții cu antibiotice. În prealabil se recoltează secreția oculară pentru decelarea germenilor microbieni și testarea la antibiotic.

Persistența anormală a unei secreții conjunctivale obligă pe medic să cerceteze dacă nu este vorba de o *imperforare a canalului lacrimal, ceea ce determină o oprire a scurgerii lacrimilor și secundar inflamația conjunctivelor*. În general, cu tratament local susținut în decurs de câteva săptămâni (rar luni) se ajunge la permeabilizarea canalului lacrimal. Rar se impune o mică intervenție chirurgicală (destul de laborioasă) care are ca scop desfundarea canalelor lacrimale. De cele mai multe ori imperforarea canalului lacrimal este la un singur ochi.

Strabismul (se uită "cruciș") este frecvent și nu trebuie să neliniștească pe părinți. Dispare după vârsta de 6-9 luni. Globii oculari nu urmează rotația capului (ochi de păpușă). Pediatrul caută în mod sistematic unele boli ale văzului (microftalmie, glaucom congenital etc.).

Bărbia este înapoi (retrognatism). Tremură la cei mai mici stimuli (plâns, aer rece).

Pe marginea gingiilor se văd câteodată niște ridicături mici perlate (*chisturi epidermoide* sau *perlele Epstein*). Sunt normale.

2.3.9. Gura

Dinții. Exceptional de rar se pot descoperi unul sau doi dinți incisivi mediani inferiori. Iulius Cezar, Hannibal, Ludovic al XIV-lea, Mazarin, Napoleon, Richelieu, Richard al III-lea s-ar fi născut cu dinți. Sunt dinți de lapte normali care cad în perioada neonatală sau persistă până la vârsta căderii normale. Este inutil să fie scoși. Împiedică adeseori alimentația la sân.

Paralizia facială survine după o naștere dificilă și traumatică (forceps). Fața este asimetrică. Este sesizabilă când sugarul țipă: pleopa se închide, gura este "strâmbă", o jumătate de frunte nu se încrețește. În general dispare în câteva săptămâni.

• **Limba mare** sugerează boli moștenite, ca: trisomia 21 (mongolismul), hipotiroidismul.

• **Frâul limbii** este un fel de bandă de țesut situat sub limbă. Variaza mult de la un copil la altul. Este greșită părerea că frâul scurt al limbii întârzie apariția limbajului activ. În trecut se practica relativ frecvent secționarea frâului limbii. Chiar dacă se mai indică de vreun medic, secționarea se va face de către un otorinolaringolog, deoarece este un gest chirurgical care poate declanșa o sângerare prin rănirea arterei linguale sau leziuni ale canalelor Wharton. Personal, nu am indicat vreodată secționarea frâului limbii.

• Dacă există, medicul poate descoperi o *fisură* a bolții palatine (fantă care străbate "cerul gurii").

2.3.10. Urechile

Se controlează mărimea, implantația, forma, simetria, pliurile, cartilajele pavilioanelor. Se impune depistarea *surdității*, în caz de antecedente familiale de surditate, de boli ale embrionului și fătului, de anoxie (lipsă de oxigenare a creierului), de icter intens. La un zgomot puternic și brusc nou-născutul închide ochii (reflexul cohleopalpebral). În caz de îndoială, testul se repetă timp de mai multe zile. Diagnosticul de surditate trebuie pus cât mai timpuriu, în jur de 2-4 luni, pentru a se începe o educație specializată.

2.3.11. Gâtul

Gâtul pare scurt. La palparea mușchilor sternomastoidieni se poate constata un hematom (o îngroșare de mărimea unei măslini), care se simte în grosimea mușchiului sternocleidomastoidian. Acest hematom este descoperit între a 8-a și a 15-a zi de viață. Se mărește progresiv până la 2 luni și apoi se micșorează și dispare spre 7 luni. Medicul va instrui pe mamă

asupra manevrelor ce se fac de mai multe ori pe zi pentru a evita formarea *torticolisului* (capul este înclinat pe o parte, iar bărbia este întoarsă spre partea opusă). De cele mai multe ori, anomalia regresează spontan, fără vreo manevră.

- **Palparea claviculei** permite să se depisteze o eventuală fractură survenită în cursul unei nașteri acrobatică. Este relativ frecventă. Se vindecă fără a necesita vreun tratament.

- Rareori apare surpriza de a se palpa o **gușă**, mai ales dacă mama a absorbit iod.

- Se caută **fistule** sau **chisturi** congenitale ale gâtului, laterale sau mediane.

2.3.12. Toracele

Clasic, toracele se examinează după ce s-a terminat cu capul și gâtul. În practică se începe cu frecvența respiratorie (în jur de 30-40 pe minut) și numărarea bătăilor inimii (120-140 pe minut). Inima se ascultă cu atenție pentru a depista un eventual suflu, care evocă o boală moștenită a inimii.

Așa cum s-a arătat la pag. 31, fig. 1. 8, foarte des se constată o umflare a mameloanelor la ambele sexe. Nu se storc. Dispare spontan în câteva săptămâni.

Câteodată se pot observa *mameloane supranumerare*. Nu necesită vreun tratament.

Radiografia toracelui poate pune în evidență un *timus mare*.

Circumferința toracelui se măsoară la nivelul mameloanelor.

2.3.13. Abdomenul

Abdomenul este suplu. Circumferința, măsurată la nivelul ombilicului, este mai mică sau egală cu a toracelui. *Ficatul* se palpează la marginea coastelor, de multe ori însă le depășește cu 1-2 cm. Câteodată se simte polul inferior al splinei.

- **Ombilicul.** Restul cordonului ombilical cade spre ziua a 7-a - a 10-a (vezi capitolul 1). În continuare cicatricea se retractă și se invaginează. Pielea rămâne

deseori închisă la culoare timp de câteva zile. Câteodată, după căderea cordonului rămâne un mugure care se arde cu un creion de nitrat de argint. Locul de joncțiune a cordonului ombilical cu abdomenul trebuie examinat cu atenție de către medic și asistenta de ocrotire pentru a verifica dacă o porțiune a intestinului nu apare la baza cordonului (*omfalocel*).

Hernia ombilicală este destul de frecventă. În general dispare în câteva luni, rar persistă până la 4-5 ani. *Diverse metode de corectare (monedă metalică fixată cu o bandă de leucoplast etc.) sunt inutile.* Acest gen de hernie nu se strangulează niciodată. Vindecarea spontană se face odată cu dezvoltarea musculaturii abdominale. Dacă părinții solicită intervenția chirurgicală (din grabă, din teamă sau din motive estetice), aceasta se poate practica.

2.3.14. Organele genitale

- Organele genitale externe la băieți. Dimensiunile penisului și ale pielii scrotale variază mult. Prepuțul aderă la gland. Un *hidrocel* este responsabil de o pungă voluminoasă. Hidrocelul regresează fără tratament în marea majoritate a cazurilor. Puncția este interzisă.

Ectopia testiculară sau criptorhidia. Termenul desemnează faptul că unul sau ambele testicule au sediul permanent în afara pungii scrotale. Coborârea testiculului nu se poate realiza decât pentru un moment sau deloc. Circa 1% dintre băieți sunt purtători ai acestei anomalii, din care în 70-80% din cazuri este unilaterală. Dacă nu este reductibilă va trebui operată spre 3-4 ani, deoarece la vârsta adolescenței sau la cea adultă se poate canceriza.

- **Herniile inghinale.** Sub acest termen se înțelege ieșirea unui organ intraabdominal (intestin etc.) sub piele printre fasciculele musculare, care constituie mușchii abdominali. La copil, acest interstițiu este, în general congenital. La nou-născut, herniile inghinale cu dimensiuni mici sunt greu de diagnosticat. Tratamentul este chirurgical și se efectuează în jurul vârstei de un an.

- Se va controla poziția orificiului prin care se scurge urina, starea prepuțului (pielea care acoperă glandul).

La băieți necircumciși, prepuțul penisului este în majoritatea cazurilor fixat pe gland și nu se lasă tras înapoi. La noi în țară mulți medici recomandă decalotarea precoce și dacă nu se reușește apelează la chirurg pentru circumcizie. În Franța se evită decalotarea prepuțului până la 4 luni. După aceea se încearcă să se retragă prepuțul înapoi cu scopul de a spăla prepuțul cu apă. În Anglia nu se face nimic în primii 2-3 ani de viață. În Statele Unite și Germania, se insistă asupra necesității circumciziei. La evrei și arabi, circumcizia este obligatorie (face parte din practicile religioase).

La naștere, fimoză este fiziologică. Dacă jetul urinar se proiectează la distanță și este continuu nu este necesară vreo tentativă de eliberare a prepuțului. Numai atunci când există suspiciunea de infecție urinară sau micțiunile sunt însoțite de durere, agitație sau jet urinar discontinuu, se impune consult chirurgical și eventual circumcizie.

De subliniat că circumcizia trebuie făcută de un chirurg de copii, cu experiență, în condiții civilizate, deoarece am asistat la infecții și sângerări după intervenția chirurgicală. Unii sugari circumciși de persoane incompetente rămân cu o oarecare invaliditate (prepuțiu zdrențuit, cicatrice vicioase).

După al treilea an de viață, după ce s-a ajuns treptat la decalotare totală, penisul va fi spălat de 1-2 ori pe săptămână, cu prepuțul retras. Pielea de sub penis și scrot necesită o curățire atentă. După aceea, zona respectivă va fi bine uscată și eventual cremuită, deoarece în aceste zone se produc ușor răni.

Decalotarea prea timpurie poate declanșa sângerarea mucoasei, urletele sugarului, plânsetele mamei și, uneori, infecții. Nu suntem de acord cu tentative viguroase de decapsulare având în vedere datele anatomice și observația că decalotarea se face ușor, fără efort și fără dureri, între 1 și 4 ani, fără risc de infecție cu condiția unei igiene corecte. Din contră, acest gest este însoțit de riscul de parafimoză, dacă părinții nu mai reușesc să acopere glandul.

Organele genitale la fetițe. Buzele (labiile) mici sunt voluminoase și clitorisul ieșit în afară. Labiile mari sunt puțin dezvoltate și nu acoperă vulva. Datorită transmiterii hormonilor materni apare criza genitală care constă într-o secreție vaginală alburie sau sângerândă asociată cu umflarea mameloanelor din care rareori se scurge un lichid lăptos ("lapte de vrăjitoare").

2.3.15. Membrele

În continuare, medicul examinează membrele. *De subliniat atât mâinile cât și picioarele sunt reci.* Mamele nu au motive să se neliniștească, fiind vorba de un fenomen normal. Mâinile sunt durdulii, grăsuțe și cu pumnii închiși. Degetele par scurte, cu unghii moi, lucioase, lungi, depășind vârful degetelor. Cu aceste unghii, dacă nu sunt tăiate, nou-născutul se poate zgâria.

La membrele inferioare, destul de des, se poate constata că picioarele sunt "înțoarse înăuntru" (*metatarsus varus*). Această poziție este *reductibilă*. Se datorește unei hipotonii (tonus scăzut) ligamentare care favorizează menținerea piciorului în poziția fetală. Prin mișcare, picioarele ajung pe axul gambei. Mama va fricționa ușor marginea externă a picioarelor cu o perie cu peri uzați pentru a stimula mușchii laterali și a redresa activ poziția picioarelor. În lipsa periei în același scop se masează marginea externă a picioarelor și gambelor însoțite de mișcări de flexie și rotație a gleznelor. Aceste manevre pot fi făcute de mai multe ori pe zi, evitându-se mai târziu folosirea încălțămintei ortopedice. Câteodată este nevoie să se plaseze o bandă de leucoplast pe piele cu scopul de a menține picioarele timp de câteva ore în poziție corectă.

Perna grăsoasă a picioarelor dă impresia falsă că picioarele sunt plate.

"Picioarele plate" constituie un lucru normal la sugar.

Pentru prevenirea piciorului plat și stimularea mișcărilor picioarelor și gleznelor este bine ca mama să "gâdile" (nu masaj apăsător) tălpile sugarului.

2.3.15.1. Luxația congenitală de șold

Anomalia cea mai de temut este o *luxație congenitală de șold*, care poate fi unilaterală (de o singură parte) sau bilaterală.

Șoldul este "luxabil" datorită întârzierii dezvoltării capului femural, laxității articulare și oblicității bolții cotiloidului. Anomalia este mai frecventă la fetițe. Este important să fie descoperită cât mai precoce. Cu toate că sunt câteva semne clinice prețioase (manevra

Ortolani), această deformare poate scăpa chiar unor medici experimentați. Semnele clinice pot lipsi la naștere, apărând oricând în primele 6 luni de viață. Uneori, numai urmărirea în timp și radiografia șoldului precizează diagnosticul. Dacă mama observă diferențe în modul cum sugarul își mișcă membrele inferioare în articulația șoldului, asimetrii ale cutelor (pliurilor) coapsei, asimetrii de poziție și de flexie ale coapselor, dificultăți când încearcă să roteze sau să îndepărteze membrul inferior, va consulta medicul pediatru și un ortoped de copii. La 4 luni semnele clinice sunt mai bine conturate. O acțiune de prevenire și de corectare a defectelor ușoare ("displazii fruste") se obține prin utilizarea corectă și permanentă a scutecelor de tip "Pampers" sau, în lipsa acestora, prin înfășare cu un scutec lat între picioare, astfel încât coapsele să fie în abducție (depărtate).

Descoperirea unui șold luxabil impune un tratament imediat. Acesta constă în îndepărtarea (abducție forțată) a coapselor la 90°, tot timpul ("24 de ore din 24 de ore"), timp de mai multe luni, dacă este posibil prin mijloace ușoare și bine suportate:

– o pernă specială fixată de un chilot prevăzut cu bretele (fig. 2.17);



Fig. 2.17 - Sistem special de imobilizat în displazia de șold ușoară.

– o atelă cu inele care cuprinde strâns coapsele și le reunește printr-o tijă de lungime variabilă;

– diverse alte dispozitive sau "aparate" care asigură pozițiile corespunzătoare;

– în cazurile mai grave sau în care părinții nu respectă tehnicile mai sus-amintite, se aplică aparate gipsate ce se schimbă periodic în poziții care să corecteze deformarea în mod definitiv. Normalizarea deformărilor înnăscute ale șoldului este cu atât mai rapidă, cu cât depistarea și tratamentul survin mai

precoce. Această aparatură trebuie păstrată cel puțin 3-6 luni, mai întâi ziua cât și noaptea, apoi numai noaptea. Trebuie să se facă o radiografie - atât înainte cât și după începutul mersului - pentru a verifica poziția bună a capului femural în scobitura articulară. Când diagnosticul este făcut mai târziu (6-10 luni), luxația necesită un tratament lung și complex: 6-10 săptămâni de imobilizare completă, șoldul fiind în extensie continuă, apoi 4-6 luni de imobilizare în aparat gipsat și, uneori, o corecție chirurgicală. Mai târziu, tratamentul devine mult mai delicat, iar rezultatele rămân nesigure.

Am insistat asupra acestei anomalii, deoarece am întâlnit părinți care sunt nedumeriți și greu de convins că diagnosticul luxației congenitale de șold implică dificultăți de diagnostic clinic, radiografii repetate și mai ales colaborarea lor pentru a pune în practică un tratament așa de lung și de chinuitor pentru copil.

• **Malformațiile degetelor de la mâini sau de la picioare** capătă din ce în ce mai mult interes din punct de vedere genetic: *polidactilie* (mai multe degete), *sindactilie* (lipirea degetelor), *anomalii ale dermatoglifelor* (amprente palmare) intră uneori în descrierea multor aberații cromosomice. Radiografiile pot preciza diferite anomalii ale falangelor sau oaselor mici de la mână sau picior. Micile anomalii (degete inegale ca lungime, grosime, mobilitate) nu au semnificații deosebite genetic și nu necesită vreun tratament.

Paralizia plexului brahial este legată de o alungire a acestui plex nervos, survenită în cursul unei nașteri dificile. Diagnosticul este evident chiar de la naștere: mișcările brațelor sunt asimetrice; în timp ce brațul sănătos se mișcă, cel bolnav rămâne imobil, de-a lungul corpului, întins și rotat spre interior; mâna este în pronație, iar degetul mare este acoperit de celelalte. Se vor începe, cât mai curând, exerciții de recuperare.

Piciorul strâmb varus equin este o malformație gravă care constă, pe lângă strâmbarea piciorului, în rotirea spre spate, cu tonus crescut al tuturor mușchilor și cu retracția tendonului lui Ahile. Copilul se sprijină pe degete și pe marginea externă a piciorului.

Această deformare se datorește, în 90% din cazuri, unei poziții proaste a fătului în uter. Piciorul a fost prins între fesele fătului și peretele uterin într-o poziție anormală de extensie și s-a dezvoltat prost. Câteodată trebuie presupusă și o origine genetică.

Tratamentul trebuie să fie precoce: el este complex și prelungit cu exerciții de recuperare, ortopedic și adesea chirurgical.

2.3.16. Boli metabolice

Detectarea bolilor metabolice ține aproape în exclusivitate de resortul medicului, care la examenele clinice încearcă să depisteze orice manifestare anormală (discretă sau care apare cu timpul). Amintim despre această problemă și într-o carte adresată părinților din două motive:

a) din cauza numărului mare al acestor boli, care de câțiva ani capătă un loc tot mai important în bolile nou-născutului;

b) există posibilitatea (pentru unele dintre ele) de a se preveni urmările nefaste printr-un regim dietetic corespunzător, instituit cât mai curând posibil (chiar din primele zile de viață) și care trebuie urmat ani și ani de zile.

Dăm ca exemple: a) *fenilcetonuria* care este o boală metabolică decelabilă, grație efectuării testului Guthrie tuturor nou-născuților la vârsta de 4-5 zile. Copiii se nasc normali, dar ulterior urmează o deteriorare progresivă, dominată de întârziere mintală gravă. Tratatamentul constă în instituirea unei alimentații sărace în fenilalanină; b) *mixedemul congenital*, depistat prin teste de laborator specifice, după ce diagnosticul este sugerat clinic (limbă mare, icter prelungit etc.).

Părinții sunt datori să relateze medicului toate antecedentele deosebite din familie (decese neexplicate de nou-născuți, avorturi spontane, rude cu boli moștenite etc.). După naștere mama va relata medicului orice manifestare anormală ce apare la nou-născut, de la cele nervoase (cele mai grave și mai frecvente) până la cele digestive (în general mai ușor de corectat, cu colaborarea unor părinți conștienți și perseverenți).

Sistemul nervos. Diferite manifestări ale nou-născutului

Examenul neurologic se face cu răbdare, fără grabă, cu blândete. Acest examen permite să se aprecieze eventuale tulburări. Testele se realizează corect dacă sugarul este treaz. Dacă plânge sau este somnolent, constatările nu au nici o valoare.

Urmărirea dezvoltării nervoase și psihice constituie partea cea mai importantă și mai spectaculoasă a urmăririi medicale a ființei umane din momentul nașterii și până la adolescență.

Descoperirea timpurie a anumitor anomalii ca și dezvoltarea psihomotorie sunt făcute și de către părinți, care, îngrijind și supraveghind în permanență copilul, surprind toate manifestările acestuia.

Copilul este bine dezvoltat mintal? Această întrebare vine în mintea oricărui părinte din momentul nașterii și persistă luni și ani de-a rândul. Starea de sănătate și de perfecțiune a înfățișării fizice aduce liniștea părinților: o minte deosebită la un copil umple de mândrie întreaga familie și constituie premisa că urmașul lor va cuceri un loc râvnit în societate.

2.3.17. Evaluarea stării de sănătate

1) *Vârsta gestațională* va fi calculată în săptămâni, începând din prima zi a ultimei menstruații, care uneori este greu să fie stabilită cu certitudine. După vârsta gestației, pediatrul va orienta depistarea și tratamentul dificultăților proprii fiecărui grup de nou-născuți: *la termen, înainte de termen (prematuur), după termen (post-matur), hipotrofic (prea mic), hipertrofic (prea mare).*

2) *Depistarea anomaliilor cerebrale* va fi făcută cu atenție la toți nou-născuții, indiferent de greutate, cu un scor Apgar normal sau scăzut (vezi pag. 29). Este evident și demonstrat că stările de suferință cerebrală gravă continuă de cele mai multe ori o suferință fetală acută. Trebuie știut, de asemenea, că unii nou-născuți care au suferit la naștere în cursul dilatației și expulsiei (se nasc vineți, nu țipă imediat după naștere etc.) pot să nu prezinte nici un fel de suferință nervoasă la examenele efectuate în perioada de nou-născut. La acești copii, de obicei, și în continuare evoluția va fi favorabilă; ei vor fi urmăriți, totuși, cu o vigilență crescută, în decursul primelor luni de viață de către medic, asistenta de ocrotire și părinți.

Primul examen clinic se va face imediat după naștere și comportă îndeosebi o apreciere neurologică. *Este de subliniat că medicamentele primite de mamă în timpul nașterii pot modifica mult răspunsurile la stimuli ale nou-născutului în primele ore.* Examenul va fi repetat în zilele următoare, mai ales atunci când s-au constatat unele tulburări. Examenul succesiv vor permite să se distingă dacă semnele de suferință sunt fixe sau, din contră, se schimbă. În caz de suferință veche, simptomele variază puțin în cursul primelor 10 zile. Din contră, în caz de suferință acută (legată de naștere), se observă adesea o agravare și apoi o recuperare dinamică evolutivă. Durata totală a

anomaliilor neonatale au deci o valoare de diagnostic și prognostic. Tulburările legate de administrarea unor medicamente mamei în timpul nașterii dispar de obicei repede. *Verdictul definitiv îl dă medicul pediatru, în consult cu neuropsihiatru și eventual cu psihologul, în jurul vârstei de 10-12 luni.*

Studiul dezvoltării nervoase la nou-născut nu poate fi desprins de ceilalți parametri de fixare a stării de sănătate. Se iau în seamă:

3) *Date privind trecutul copilului: a) anomalii de gestație; b) anomalii ale travaliului; c) starea nou-născutului la naștere; d) termenul la care trebuia să se nască (exprimat în săptămâni); e) vârsta copilului în momentul în care este examinat sau când mama observă ceva.*

4) *Interpretarea unor manifestări fizice și/sau psihice.*

Icterul. Majoritatea nou-născuților la termen prezintă icter între a 3-a și a 10-zi de viață (icter fiziologic). Un icter apărut precoce, intens și prelungit, poate lăsa complicații neurologice grave (*icter nuclear*) (vezi capitolul anterior).

Cianoza (învinețirea) poate trăda o suferință *cardiacă* (boli congenitale ale inimii), *respiratorie* (infecție, malformații), *cerebrală* sau *metabolică* (scăderea calciului sau glucozei). În mod normal nu trebuie să apară la un nou-născut la termen. La unii nou-născuți apare după efort (supt, țipăt) o discretă învinețire în jurul gurii. Când este accentuată, localizată la față, buze, la nivelul extremităților, sau generalizată și permanentă, cianoza este determinată de obicei de o boală gravă. Cianoza care apare în crize și în repaus poate fi expresia unei suferințe nervoase.

În mediul rural, la nou-născuții alimentați artificial cu lapte praf, când la prepararea laptelui și ceaiului se folosește "apa de fântână", apare intoxicația prin nitriți, manifestată clinic prin albăstrirea pielii.

Suptul și înghițitul trebuie să fie prezente imediat după naștere și să se desfășoare normal. La un nou-născut la termen reflexele de supt și de înghițit pot prezenta unele tulburări. Dacă sunt trecătoare, aceste tulburări nu au nici o importanță. Ele trebuie semnalate medicului, singurul în măsură să le interpreteze corect și să ia, eventual, anumite măsuri.

Somnul. În primele zile, nou-născutul pare că doarme tot timpul. El nu are încă ritmul somn-veghe bine precizat. Nașterea dificilă poate avea o influență nefastă asupra somnului. Către a 7-a - a 10-a zi, somnul

nou-născutului devine mai puțin adânc și apar perioade de veghe. Perioadele de somn durează 2-2½-3 ore, mult mai rar 3½-4 ore (de obicei între primul și al doilea supt în cursul zilei și în a doua parte a nopții). Mama va nota perioadele de veghe, pentru a prevedea, în funcție de acest ritm, la ce oră trebuie să fie pregătită pentru alăptare.

Cu fiecare săptămână de viață, "orele" de somn din timpul zilei devin mai bine delimitate, cu toate că somnul este mai ușor. Ele sunt întrerupte de faze de veghe mai lungi, care se alungesc puțin câte puțin. Respectând aceste perioade, dând totdeauna mesele în fazele de veghe, mama contribuie la organizarea somnului sugarului. *Este de o importanță esențială respectarea ritmului propriu al fiecărui sugar. Orarul meselor, baia, celelalte îngrijiri nu se fixează în mod arbitrar de către mamă sau medic, ci după nevoile ce convin structuri biologice și temperamentului sugarului.*

Tulburările de somn. În proporție de 95% nou-născuții la termen (socotiți normali) nu au tulburări de somn, circa 5% dintre ei prezintă totuși o stare de somnolență mai accentuată, dar nu profundă. În timpul cât prezintă icter fiziologic toți nou-născuții sunt mai somnolenți. Cei care dorm mult, ore întregi, sărind peste una din mese, nu trebuie să facă mari griji mamei. Dimpotrivă, dificultatea de a adormi și somnul foarte agitat din primele zile pot constitui motive de îngrijorare.

Ritmul somn-veghe ține și de starea psihică a mamei. Dacă mama este calmă și odihnită, nou-născutul are șansa de a fi liniștit; dacă mama este în tensiune și anxioasă, nou-născutul va fi nervos și agitat. Nașterea grea sau ușoară poate avea, de asemenea, o influență pasageră asupra stării nou-născutului.

Consumul de cafea și/sau ceai "rusesc" de către mamă, rigiditatea orarului meselor, subalimentația, excesul de impresii (vizite, viața complicată de familie, suprasolicitarea fizică și/sau psihică, dizarmonii în relațiile de familie, sănătatea psihică a mamei care alăptează) determină tulburări de somn la nou-născut. Agitația din familie are influențe nefaste asupra somnului și comportamentului nou-născutului.

Tulburările de somn, singure, neasociate cu alte manifestări nervoase, nu prezintă o semnificație patologică.

Plânsul. Este un semn important prin care sugarul își manifestă foamea, setea, lipsa de confort (frig, cald,

prea strâns înfășat, cute sau noduri de la scutece, emisiune de urină sau scaun, zgomote în cameră, aer viciat, stare de agitație sau de nervozitate în familie, poziție incomodă în pat etc.), o suferință sau o îmbolnăvire ("colici abdominale", durere din cauza opărelui, respirație nazală dificilă datorită unui guturai etc.).

Obiceiul de a lua în brațe sau de a alimenta un sugar care plânge nu trebuie cultivat. Un sugar "are voie" să plângă circa 2 ore pe zi.

Plânsul este mijlocul prin care sugarul semnaleză mamei o necesitate sau o suferință. Mama este datoare să observe, să urmărească orarul și durata plânsului, să-l asocieze cu alte manifestări, să găsească soluții pentru a-l liniști. Ori de câte ori sugarul plânge trebuie căutat de la început dacă este înfometat, ud, dacă-i este frig sau dacă îl chinuie o cută de la scutece. După ce s-a îndepărtat motivul suferinței va fi liniștit încă puțin și va fi culcat din nou în patul lui. Unii plâng pentru că vor mai multă atenție și vor să fie mai mult în brațe. Cei care tac după luarea în brațe nu sunt flămânzi. Dacă va fi purtat în continuare în brațe, el va deveni răsfățat și va învăța, curând, să folosească plânsul pentru a obține să fie ținut în brațe și legănat. *Cei care plâng și după luarea în brațe și după încercarea de a-i alimenta au alte motive mai serioase de a plânge.*

Credința că plânsul fortifică plămânii este falsă. Ea își are probabil originea în faptul că primele respirații profunde, care însoțesc țipătul imediat după naștere, duc la distensia plămânului cu aer. După aceea, însă, plânsul nu mai contribuie la dezvoltarea plămânilor.

Țipătul. Nou-născutul sănătos are un țipăt viguros, de tonalitate mijlocie, bine suportat, pentru că nu antrenează nici tulburarea ritmului respirator și nici fenomene vasomotorii (cianoză, paloare etc.). Medicul urmărește vigoarea și calitatea țipătului, care furnizează date despre: puterea generală a nou-născutului, corzile vocale și căile respiratorii superioare. Când este provocat (de o înțepătură, când este îngrijit de o persoană neîndemânică sau nervoasă, când este înfometat), nou-născutul țipă și își mișcă mâinile și picioarele; astfel, medicul își poate da seama de integritatea mișcărilor. Țipătul determină o contracție a mușchilor feței, evidențiind eventualele asimetrii, paralizii, defecte innăscute. Când țipă tare și prelungit,

culoarea nou-născutului virează de la roz-deschis spre roșu (culoarea sfeclei roșii). De obicei se calmează prin satisfacerea unor nevoi (supt, luat în brațe) sau înlăturarea unor disconforturi (prea strâns sau prea gros înfășat; poziție incomodă; este neschimbat etc.). Unii nou-născuți normali au un țipăt ascuțit (nu strident, nici grav) la care este greu să găsești cauza. După partida de plâns respectivă, nou-născutul adoarme sau are o vioiciune normală, nu prezintă febră, diaree sau alte tulburări.

Țipătul de suferință cerebrală este ritmat, durabil, asociat cu absența vioiciunii, strident sau slab (de abia auzit) și nu poate fi potolit prin declanșarea reflexului de supt sau prin luarea în brațe a nou-născutului sau sugarului.

Geamătul nu se întâlnește la nou-născutul sănătos. Când apare, chiar de scurtă durată și intermitent, dovedește o suferință de origine nervoasă centrală sau periferică (boli de inimă, plămâni etc.).

Iritabilitatea generală a nou-născutului se manifestă prin tremurături izolate (ce însoțesc o mișcare spontană, dar pot surveni și în repaus); dacă tremurăturile se transformă ulterior în valuri de contracturi musculare din ce în ce mai ritmate, succesive, în timp ce vioiciunea se stinge, ne putem aștepta la o *criză de convulsii*. Din contră, un nou-născut la termen, cu o naștere mai dificilă sau un hipotrofic (nou-născut cu greutate mai mică) poate prezenta trepidatii ale membrilor inferioare, dar își păstrează vioiciunea și o bună reactivitate, fără alte tulburări neurologice. Se supraveghează câteva zile, fenomenul fiind foarte probabil datorat unei tulburări metabolice trecătoare (hipocalcemie sau hipoglicemie). Se recomandă mese mai dese, soluție de glucoză, calciu.

Sindromul iritativ al nou-născutului are o semnificație patologică minoră, fără urmări, dacă îndeplinește două condiții: este izolat și nu progresează în intensitate, durată, în modul cum se manifestă.

Tresăririle izolate provocate sau spontane nu au nici o semnificație patologică.

Tremurăturile bărbiei se întâlnesc relativ frecvent la nou-născuți și la sugari în primele 2-3 luni, ceea ce alarmează pe multe mame. De multe ori apar când sugarul este dezbrăcat sau în timpul băii. Ca manifestări izolate, chiar dacă se repetă, reprezintă un fenomen normal.

Căscatul. Între reacțiile suspecte, căscatul trebuie urmărit aparte. El poate fi numai de origine digestivă,

dar, prin frecvența sa anormală, poate fi un semn evocator de suferință cerebrală. În afară de orice îmbolnăvire, la mării prematuri, căscatul este prelungit și frecvent; el dispăre odată cu desăvârșirea maturației, spre vârsta de 36-37 săptămâni fetale. La acest grup de copii, căscatul poate fi declanșat la cea mai mică excitație în jurul gurii.

La nou-născuții la termen, normali, căscatul se întâlnește rar, cel mult de 1-3 ori în decurs de 10-15 minute (aer viciat etc.).

Strănutul. Când un nou-născut sau un sugar în primele două luni este mai desfășat și vine în contact cu aerul proaspăt, strănută și/sau urinează. Strănutul nu are nici o semnificație patologică în astfel de situații și deci mamele nu trebuie să se alarmeze considerând că sugarul "a răcit".

Sughitul. Mulți copii sughită în primele săptămâni de viață. Aceasta nu trebuie să constituie un motiv de îngrijorare. Pentru combaterea sughitului, sugarul va fi luat în brațe și ținut cu abdomenul lui lipit de corpul mamei ("piele la piele"). Compresiunea și căldura locală fac să se schimbe poziția bulei de aer care declanșează excitația nervului frenic, răspunzător de reflexul de sughit. Eventual sugarul va fi frecat sau bătut ușor pe spate. În cazuri mai rebele se poate administra puțin ceai cald, de exemplu ceai de anason, îndulcit cu o linguriță de zahăr și cu câteva picături de suc de lămâie. Dacă s-a udat va fi schimbat în scutece uscate și va fi culcat. Se verifică orificiile de la tetină și se corectează tehnica alimentației.

2.3.18. Dezvoltarea psihomotorie

Părinții sunt datori să-și cunoască sugarul! La venirea pe lume, nou-născutul este o ființă cu totul dependentă. Capacitățile corpului și minții sale se dezvoltă lent și după o ordine bine stabilită. Această dezvoltare este determinată de patrimoniul moștenit de copil și de influențele care se exercită asupra lui din afară. *Trăsăturile moștenite sunt cele mai importante. Ele determină dezvoltarea sugarului chiar de la început.* Anterior am descris cum arată și cum evoluează corpul, pielea și unele organe ale nou-născutului. În continuare, în paginile care urmează, vom arăta cum se urmăresc funcțiile sistemului nervos.

Sufletul nou-născutului este greu de înțeles. Când este vorba de dezvoltarea neuromotorie a nou-născutului, unii susțin că este vorba de o ființă care nu are decât reflexe. *Nu este posibil să se afirme dacă un nou-născut este sau va deveni inteligent.* Toate mișcările sunt automate și par necoordonate; cel puțin în primele zile de viață sunt mișcări reflexe, adică mișcări care au ca scop conservarea vieții (de exemplu, mișcările de supt). Ele sunt fapte în care conștiința nu ia parte deloc. Imediat după naștere, nou-născutul nu manifestă vreun interes pentru ceva. În primele zile principala sa ocupație este să doarmă și să sugă. După câteva zile, el întoarce deja capul spre lumină, pe care la început o evită, reacționează la vocea mamei. Urmărind nou-născutul, mama va nota în cursul primelor săptămâni, multe mici semne care dovedesc că are loc o "trezire": își mișcă ușor din când în când brațele și gambel, se întinde puțin, încrețește fruntea, emite mici zgomote sau bombăneli, deschide gura, schițează suptul. Încetul cu încetul el devine mai îndemânic în a apuca sânul sau tetina. Să nu se uite că tonusul mușchilor gâtului este încă slab; capul trebuie susținut bine, iar în timpul suptului trebuie sprijinit pe cotul mamei.

Poziția corpului și a membrelor

a) *Culcat pe spate ("decubit dorsal"), nou-născutul la termen are o poziție tipică cu cele patru membre îndoite ("flectate") și simetrice.*

Capul este de obicei întors într-o parte, rezemat de planul patului cu obrazul drept. Corpul urmează întoarcerii capului ("în bloc").

Brațele sunt așezate lângă corp, în stare de flexie (puțin îndoite din articulația cotului).

Degetele mâinilor sunt parțial strânse, în poziție de pronație (cu palma în jos, ușor deschisă), degetul mare fiind adus spre palmă.

Membrele inferioare sunt flectate ("strânse") și rotite extern din articulația șoldului. Ele sunt îndoite: coapsele pe abdomen, gambel pe coapse (prin flexia genunchilor), picioarele în flexie dorsală, degetele în flexie plantară ("evadruplă flexie"). Atitudinea de flexie a membrelor, asemănătoare parțial cu poziția din uter, se datorește tonusului crescut al mușchilor flexori ai membrelor (fig. 2.18).

Unele mame sunt impresionate de rezistența pe care o întâmpină când încearcă să întindă (să defleceze) antebrațul sau gamba; oricare din aceste segmente, coborât și întins de mamă revine prompt la prima poziție (flectată). Frecvent se observă o reacție "în



Fig. 2.18 - Culcat pe spate: capul este întors pe o parte; membrele sunt flectate, brațele sunt așezate lângă corp, degetele sunt parțial strânse.

masă”, nediferențiată, ca o “tresărire” bruscă și generală, ce duce la întinderea trunchiului și membrelor; este o modificare a modelului în flexie prin cedarea temporară a tonicității fiziologice crescute, la un stimul oarecare, așa cum se întâmplă prin reacția Moro (fig. 2.19).

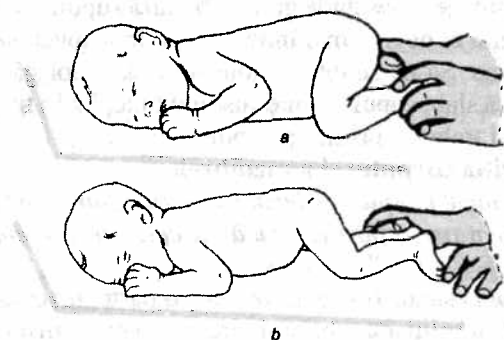


Fig. 2.19 - Poziția în decubit ventral (culcat pe burtă): domină flexia membrelor; nou-născutul poate schița mișcări de târâre; capul este sprijinit pe o parte.

b) *Culcat pe burtă* (“decubitus ventral”). Și în această situație domină poziția în flexie. Soldurile sunt ridicate lăsând între planul patului și unghiul format de torace și coapse un spațiu înalt de 3-4 cm. Genunchii sunt situați sub trunchi sau lângă acesta. Din a 2-a - a 3-a săptămână, nou-născutul reușește să-și așeze capul pe o parte și îl poate ridica pentru scurt timp pentru a-l culca pe cealaltă. Din când în când încearcă să facă mișcări de târâre și sprijinul se face cu ajutorul degetelor mari de la picioare; aceste mișcări se produc sau sunt mai active când sunt atinse tălpile picioarelor nou-născutului. Genunchii sunt îndoiți pe coapse, picioarele pe gambe (“în flexie dorsală”).

c) *Tracțiunea din poziția culcat pe spate*. Apucând nou-născutul de mâini și trăgându-l ușor în sus și

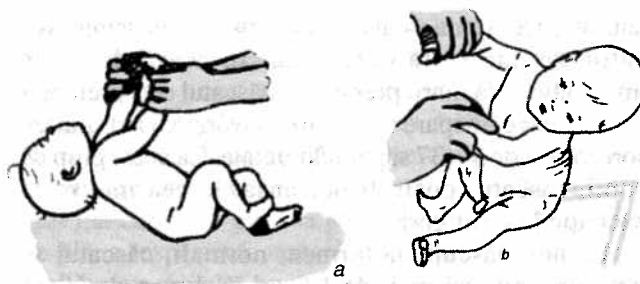


Fig. 2.20 - Dacă nou-născutul este tras de brațe în sus, din poziția culcat pe spate, capul cade înapoi sau lateral (mușchii sunt hipotoni).

înainte, brațele se mențin în flexie (îndoite), iar capul atârână pe spate (fig. 2. 20).

d) *Simetria*. Poziția și mișcările nou-născutului sunt aproape simetrice. La unii se observă o slabă mișcare a capului spre “partea preferată”. Simetria atitudinii între membrul drept și cel stâng este aproape permanentă, fie că este vorba de cele superioare, cât mai ales de cele inferioare.

În caz că se observă o asimetrie dintre două membre omoloage (respectiv dreptul cu stângul) aceasta poate avea o semnificație patologică.

Reflexele prezente la naștere. Termenul de reflex provine din cuvântul latin *reflexus* (de la *reflectare* - a răsfrânge, a întoarce). Reflexele (actele reflexe) sunt procese de bază ale activității nervoase, prin intermediul cărora excitațiile senzitive (senzoriale) determină un răspuns efector, motor sau secretor.

Copilul se naște cu anumite reflexe primitive (arhaice), reacții automate la modificările de mediu. Aceste reflexe dispar către vârsta de câteva luni, pe măsură ce locul lor este luat de mișcările voluntare. Unele din aceste reflexe sunt de protecție, fiind necesare supraviețuirii, altele reflectă comportarea care ar putea fi asemuită cu stadiile timpurii din evoluția omului. Dacă o pisică cade de la înălțime, ea aterizează pe cele patru picioare, datorită reflexelor primitive de “redresare”. Nou-născutul este dotat cu reflexe ce fac ca majoritatea mișcărilor lui să fie automate.

Există o tendință generală ca aceste reflexe primitive să dispară către vârsta de 3 luni, care este vârsta când sugarul începe să facă mișcări voluntare. El atinge această etapă când începe să dorească și să poată să “facă ceva” singur. În jurul vârstei de 3 luni există o acalmie în activitatea motorie a sugarului deoarece mișcările automate se sting, iar mișcările voluntare de abia încep să apară.

Cercetarea reflexelor se face atât la maternitate cât și acasă în primele săptămâni de viață. Mama aude mereu pe medici "are reflexe normale" sau "Moro este prezent". Ea însăși observă că dacă izbește coșul (patul), nou-născutul tresare; când se trage brusc scutecul de sub nou-născut, când acesta este desfășat, el întinde brusc brațele și uneori desface degetele; acestea nu sunt decât schițe de reflexe normale.

S-au descris zeci de reflexe. Se vor expune numai câteva:

Reacția Moro (după numele pediatrului german care l-a descris în anul 1917) se produce dacă nou-născutul este treaz. Dacă medicul izbește violent masa pe care este culcat nou-născutul, dacă trage brusc de scutecele pe care e culcat sau trage mâna cu care îi susținea capul, se declanșează reflexul Moro (fig. 2. 21).

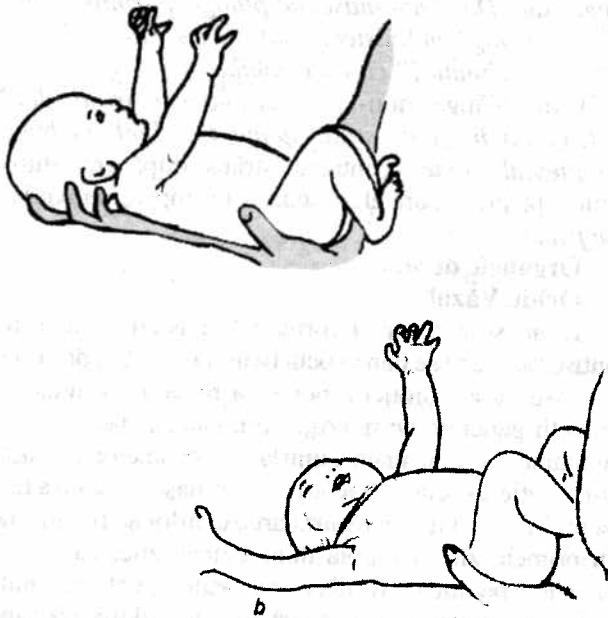


Fig. 2.21 - Reacția (reflexul) Moro.

Nou-născutul își întinde tot corpul, depărtează brațele de torace, le întinde, deschide degetele, uneori țipă, întinde membrele inferioare! În timpul al II-lea se produce revenirea în poziția de repaus cu brațele flectate și cu pumnii strânși. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă reflexul Moro este prezent, complet, simetric. De altminteri nu se trag concluzii decât după ce se cercetează mai multe reflexe.

Reflexul de agățare, de apucare a degetelor. Dacă medicul (sau mama) trece degetul prin palma nou-născutului, degetele acestuia se închid brusc și cu atâta forță, încât nou-născutul poate fi ridicat uneori deasupra planului patului sau mesei pe care este examinat (fig. 2. 22).

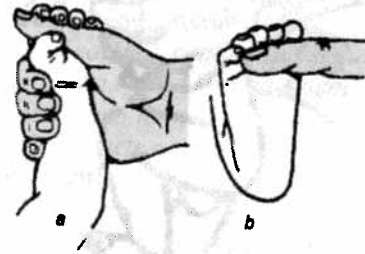


Fig. 2.22 - Reflexul de apucare (agățare) palmar și plantar.

Dacă se trece degetul pe sub talpa piciorului nou-născutului, se simte cum degetele picioarelor se flectează.

Reflexul punctelor cardinale se numește astfel, deoarece modul său de cercetare constă în mai multe stimulări (atingeri) succesive, aplicate în jurul gurii, în locuri situate conform punctelor cardinale; la colțurile buzelor (drept și stâng), apoi la părțile din mijloc deasupra și dedesubtul buzelor. Răspunsul este cu atât mai rapid cu cât nou-născutul este la interval mai mare față de ultima alăptare. Limba și buzele se mișcă spre punctul atins, antrenând uneori și capul în această mișcare. Esența răspunsului rezidă în faptul că aceste mișcări ale corpului se fac în același sens ca și stimulul, declanșând astfel mișcări de flexie, extensie și rotație ale gâtului. Când reflexul punctelor cardinale este perfect, nou-născutul sugere și înghite corect.

Mersul automat. Nou-născutul este ținut de trunchi, sub brațe, vertical, astfel încât picioarele să atingă un suport solid. La contactul plantei (talpa) cu suprafața mesei de examinare, membrul respectiv se flectează, iar celălalt se întinde. Când acesta din urmă atinge planul mesei, se flectează, iar primul se întinde. Din această succesiune de îndoire și întindere a membrilor inferioare, cu trunchiul ușor aplecat înainte, rezultă o deplasare care sugerează mersul denumit "mersul automat" (fig. 2.23).

Dacă este ținut în continuare de axile și dus la marginea unei mese, el are un reflex de urcare.

Răspunsul la durerea vie. La nou-născutul mai puțin viov, cu reactivitate redusă, este indispensabil să se măsoare atingerea eventuală a sensibilității, al cărei



Fig. 2.23 - Mersul automat.

prag poate fi foarte ridicat sau foarte coborât. Pentru aceasta se ciupește prelungit (1-3 secunde) talpa piciorului. În mod obișnuit nou-născutul răspunde prin retragere aproape imediată a piciorului excitat, urmată de flexiuni ("îndoiri") succesive ale gambei și ale coapsei (tripla contracție); apoi apare țipătul (viguros și prelungit, proporțional cu intensitatea durerii) și mișcarea globală cu agitație care se instalează imediat, pentru a se stinge progresiv, odată cu țipătul, în 3-5 secunde. Această mișcare poate fi oprită, ca și țipătul, prin mângâieri ușoare și ritmice ale frunții sau ale toracelui anterior.

Dacă un stimul dureros viu nu declanșează decât retragerea imediată a piciorului cu triplă contracție, fără țipăt și fără mișcare globală, este vorba de un caz patologic.

Limbaajul. Nou-născutul poate emite puține sunete involuntare, laringiene sau guturale, mai ales noaptea. Țipă înaintea meselor, dar se liniștește de îndată ce a fost hrănit.

Țipătul viguros este un semn de sănătate!

Contactul social. Nou-născutul are un facies (expresie a feței) aproape imobil (fără mimică), peste care trece intermitent un "zâmbet" fără motiv vizibil.

Uneori pare că-și privește mama sau pe examinator. Se sperie ușor la zgomote. Activitatea motorie și mișcările "în masă" sunt diminuate când atenția este deviată. Nou-născutul poate fi calmat prin ridicare în brațe, mângâiere, la auzirea unei voci cunoscute, la căldura contactului corporal și la alăptare. Când este liniștit, închide și deschide ritmic gura.

Comportamentul emoțional. După 7-10 zile de viață, dacă nou-născutul este în stare de veghe și este liniștit, poate fi examinat în bune condiții de către medic. Nou-născutul pare atent, cu ochii deschiși; din când în când apare un "zâmbet". Unii dintre ei se întrec parcă pe ei înșiși când se "caută" de către medic reflexele arhaice (vezi mai sus!).

Nervozismul părinților, situațiile conflictuale din familie și mai ales starea de tensiune a mamei au un rol important în comportamentul nou-născutului și sugarului. Dacă nou-născutul plânge, părinții trebuie să-și înfrângă neliniștea. Toate îngrijirile se fac cu calm, "vorbindu-i" cu voce caldă.

Când plânge, nou-născutul poate fi liniștit dacă este luat în brațe și "strâns la piept", "lipit" cu burta de pieptul mamei (contactul strâns, după unii autori "piele pe piele", are efect sedativ prompt) și mângâiat pe frunte.

Organele de simț

Ochii. Văzul

Ochii sunt complet formați la naștere. Picăturile antiseptice care se pun în ochi (soluție de nitrat de argint 1% sau cu antibiotice), pentru a preveni eventualele infecții generate de microbii din canalul pelvigenital al mamei, produc uneori umflarea pleoapelor. Această inflamație, asociată cu tendința nou-născuților de a ține ochii închiși, face ca examinarea ochilor să fie dificilă în primele zile. De abia după câteva zile, când este ridicat în poziție verticală, nou-născutul poate deschide ochii. La nevoie se îndepărtează cele două pleoape printr-o mișcare blândă, încercând astfel să se inspecteze globii oculari. În timpul suptului, la majoritatea nou-născuților ochii sunt închiși. Sclerele (albul ochilor) pot fi roșii, datorită unei hemoragii subconjunctivale din timpul travaliului; hemoragiile trec după câteva săptămâni, fără să aibă vreo semnificație patologică și fără să lase urme. Dacă din ochi se scurge puroi, pleoapele sunt lipite și tumefiate, iar conjunctivele sunt inflamate, înseamnă că s-a adăugat o infecție (conjunctivită), care trebuie tratată cu grijă. Inflamația unilaterală este determinată de

obicei de o imperforație a canalelor lacrimale și necesită adesea consultul medicului oftalmolog.

Văzul. Ochii reprezintă cel mai important instrument senzorial al sugarului. Cu ochii el cuprinde de la început lumea înconjurătoare, înainte de a o "apuca și pipăi" cu mâinile sale. El vede, dar nu percepe (nu știe ce vede). Privirea și viziunea unui obiect sunt prezente la majoritatea nou-născuților.

Simțul văzului este însă inegal dezvoltat la nou-născuți, chiar de aceeași vârstă și durată de gestație, cei născuți la termen având un simț vizual mai dezvoltat.

Așa cum s-a menționat mai sus, în primele zile de viață nou-născutul întoarce capul sau clipește când se proiectează brusc o sursă de lumină asupra ochilor săi. El poate ține ochii deschiși, dar nu "vede" încă; nou-născutul este "*psihic orb*" (H. Willi). Mișcările ochilor și pleoapelor nu sunt coordonate, un ochi poate fi deschis în timp ce celălalt este închis; un ochi poate privi la dreapta, pe când celălalt este întors spre stânga. La majoritatea nou-născuților acest strabism (se uită "cruciș") este intermitent, trecător și fără importanță. Se datorește unei lipse de acomodare și de coordonare a musculaturii globilor oculari. Dispare în primele 6-9 luni de viață. *Un strabism este patologic numai dacă este la ambii ochi, convergent (spre nas) accentuat și durabil.* Cercetarea privirii și vederii se face cu ajutorul unui obiect strălucitor (ochelarii examinatorului) sau colorat roșu-viu ori galben. De abia după vârsta de 1 lună (uneori la 1-3 luni) sugarii au o privire mai netă, devin capabili de a intra în contact cu mama prin privire sau pot să fixeze și să urmărească mai mult un obiect strălucitor situat lateral, mișcat la distanță de circa 15-25 cm. În absența unui obiect luminos, privirea nou-născutului este vagă. Mișcările simultane, comandate de activitatea musculaturii globilor oculari reprezintă o mare încercare pentru orice nou-născut.

Apariția lacrimilor. Nou-născutul țipă și plânge fără lacrimi. *În medie, lacrimile apar în jur de 3 săptămâni.* La foarte puțini nou-născuți se observă lacrimi înainte de această vârstă. De subliniat că iritația conjunctivală datorită colirului instilat la naștere sau în primele zile poate declanșa o secreție apoasă, precoce, asemănătoare cu lacrimile, dar care este trecătoare. De asemenea, perforația canalelor lacrimale poate determina înroșirea și "lăcrimarea ochilor". Medicul va consemna ziua în care apar lacrimile, moment ce este apreciat ca un progres în dezvoltarea și achizițiile nervoase ale copilului.

În concluzie: Primele schimburi afective între mamă și nou-născut sunt vizuale. Toți părinții au resimțit emoția extraordinară de a fi priviți, sorbiți cu ochii de nou-născut. În același timp, mama fixează și ea ochii copilului sau cele două priviri se atrag reciproc și amândouă sunt pline de emoții și de întrebări. Aceste activități de relație și de atracție reciprocă au fost descrise de Ajuriaguerra în 1969. *Înainte de 6 săptămâni copilul privește conturul capului, ochii, nasul și gura adultului. După 6 săptămâni, când mama vorbește, sugarul privește cu intensitate numai ochii și nu gura de unde vin sunetele și obiectele care se mișcă.*

Urechile. Auzul

Examenul urechilor permite să se aprecieze dimensiunile, forma, implantarea joasă, morfologia cutelor pavilioanelor, situația conductului auditiv extern. Acest examen a luat, în ultimii ani, o importanță din ce în ce mai mare în cercetarea clinică a unei anomalii genetice.

Fătul aude sunetele și zgomotele începând din a 6-a lună de viață intrauterină. El percepe senzațiile de echilibru înainte de senzațiile auditive care nu sunt transmise de la început decât pe calea conductelor osoase.

În uterul mamei, fătul aude zgomotele mediului exterior și pe cele ale lumii interioare. Zgomotele exterioare sunt reprezentate mai ales de vocea mamei și a tatălui. Zgomotele interioare sunt reprezentate de bătăile inimii sale și ale mamei, de chiorăitul intestinelor mamei, suflul rapid regulat al trecerii sângelui în aorta abdominală a mamei.

După naștere, majoritatea nou-născuților normali reacționează la zgomotele grave. Între a 3-a zi și a 30-a zi, nou-născutul recunoaște vocea mamei sale. Recunoașterea vocii mamei nu este pusă în evidență decât dacă mama vorbește copilului său în mod obișnuit. Cadența și intonația joacă un rol important în recunoașterea vocii. Percepția auditivă a sugarului ține de modul cum i se "adrează" mama (ton, cadență, uniformitate, muzicalitate, frecvență etc.) și de acuitatea auditivă a fiecărui copil. Dacă mama îi vorbește fără nici o intonație, cu o cadență accelerată ca și când ar citi un text incoerent și neinteresant, sugarul nu va fi "interesat" de vocea mamei.

În ceea ce privește identificarea vocii mamei față de vocea unei femei străine părerile sunt foarte diferite: după Decasper și Fifer (1980) la vârsta de 3 zile, după Jacques Mehler la sfârșitul primei luni, în timp ce după White de abia spre 4 sau 5 luni.

Pe lângă voce, o parte importantă o are expresia feței. "Fața impasibilă" face ca vocea mamei să nu mai fie "interesantă" pentru copil. Dacă o mamă continuă să vorbească, dar încetează orice joc al mimicii, cu fața înțepenită, copilul este dezorientat. Timp de câteva secunde, amplifică răspunsurile interactive, apoi văzând că nu se mai întâmplă nimic, se oprește, nu se mai mișcă, nu mai fixează fața mamei, devine amorf.

Este bine ca mama, care îngrijește copilul, să-i vorbească tot timpul, să-i cânte dacă are voce. Ea este prima care va observa când sugarul aude; se liniștește când o aude vorbind sau cântând, o fixează și o urmărește, preferând-o față de persoane străine.

Simțul olfactiv (mirosul)

Nasul este, în general, mic, prezentând rareori, pe suprafața sa, pete alb-gălbui (*milium albicans*).

Încă din anul 1877, marele naturalist englez Charles Darwin a observat că nou-născutul percepea mirosul sânului mamei sale până la 30 cm. La rândul său, mama recunoaște foarte timpuriu mirosul copilului său. Cu ochii legați, ea recunoaște mirosul cămășuțelor purtate de copilul său.

Mirosul este prezent la naștere. Mulți nou-născuți întorc capul spre sânul mamei, înainte de a-l fi atins, după mirosul laptelui și/sau corpului. Dacă sunt despărțiți pentru câteva zile de mamă, unii o recunosc numai după ce sunt luați în brațe și îi simt mirosul și formele corpului. La Leagănul de copii și în creșe, unii sugari primesc să sugă numai de la mama lor. Este cunoscut faptul că, dacă o mamă schimbă apa de colonie cu care era obișnuit sugarul, acesta refuză sânul și chiar nu mai acceptă să stea în brațele ei.

Richard Porter (Tennessee - SUA) a arătat experimental cum copiii de 5-6 ani recunosc încă mirosul mamelor lor, în majoritatea cazurilor se constată că și mamele respective recunosc mirosul copiilor lor. Același cercetător susține că membrii unei familii degajează un "miros de bază identic", un "miros de familie".

Amintirile olfactive impregnează viața afectivă în mod inconștient, dar tenace.

În prezent se socotește că sugarul folosește mirosul pentru a stabili noțiunea de "aproape", iar auzul pentru a deosebi "departe".

Gustul

Organul gustului (mugurii gustativi localizați pe limbă) se constituie foarte timpuriu în cursul vieții intrauterine. Chiar de la această vârstă, fătul preferă gustul dulce. Cu cât lichidul amniotic este mai dulce, cu atât fătul înghite din el mai mult. Dacă mama este diabetică, nou-născutul riscă de a fi mare prin excesul de aport sanguin de zahăr.

Gustul este relativ bine dezvoltat la nou-născut. El deosebește substanțele cu gust plăcut (dulce) de cele cu gust neplăcut (amar, acru, sărat); ultimele declanșează o salivatie abundentă și grimase, în timp ce alimentele cu gust plăcut declanșează reflexul de supt și înghițit. Dacă mama consumă alimente care modifică gustul și/sau mirosul laptelui mamei (piper, ardei, ceapă, usturoi etc.), sugarul refuză să sugă.

Simțul tactil (pipăitul)

Pielea este organul senzorial cel mai întins și sugarul are nevoie să fie luat și ținut în brațe, legănat și mângâiat.

Simțul tactil apare foarte devreme în viața fetală; alături de alte funcții senzoriale ca vederea și auzul, simțul tactil este foarte important dar greu de demonstrat. El este asociat cu comunicarea prin auz și vedere. În perioada de nou-născut și de sugar mai mare se socotește că simțul pipăitului constituie o formă de limbaj. Contactul cu pielea și căldura corpului mamei sunt stimulări foarte puternice. Adesea, mângâiatul și luatul în brațe sunt suficiente pentru a opri țipetele sugarului. De altfel, acesta este în permanență îngrijit pentru că nu poate face nimic el însuși: este luat în brațe, schimbat, desfășat, spălat, șters; i se curăță urechile, ochii, nasul, gura; este îmbrăcat; i se dă să mănânce, se alină, se reculecă etc. *Unul din mijloacele cele mai eficiente de combatere a colicilor abdominale la sugar este ca în timpul alimentației să fie în contact nemijlocit cu corpul mamei sale - "piele la piele".*

Contactul strâns, căldura corpului și compresiunea locală exercitate asupra corpului copilului ("piele la piele") previn și/sau calmează colicile, regurgitațiile și chiar vărsăturile sugarului.

Sugarul simte blândețea, bruschetea și/sau stângăcia gesturilor. Îngrijirile corpului (ținut în brațe, înfășat și desfășat, baie etc.) făcute agreabil și adaptat a fost numit "dialog tonic" de Ajuriaguerra. Unele tulburări ale comportamentului copilului, survenite mai târziu, s-ar

explica prin lipsa de contacte cutanate între mamă și sugar. Îngrijirile nou-născutului acordate fără suflet, impersonale și unele brutale sau cu stângăcie au consecințe negative asupra comportamentului acestuia: colici, dificultăți la supt, regurgitări, tulburări de somn, episoade de agitație sau de plâns etc.

Luatul și ținutul în brațe, condamnate decenii în sir, trebuie reconsiderate. Pe lângă alimentație și îngrijiri corporale corecte, sugarul are nevoie de dragoste, pe care o primește prin luat în brațe, blândețe, mângâieri și răbdare, "convorbiri" în timpul oricărei manevre de îngrijire, contact social și afectiv permanente.

Manifestări anormale

Motricitatea generală

a) *Decubitus dorsal (culcat pe spate)*. Dacă nou-născutul stă într-o poziție de flexie prea accentuată sau de extensie, inert "înțepenit" (corpul întins, fără vreo îndoire a membrilor inferioare sau superioare) înseamnă că este vorba de o poziție anormală.

b) *Decubitus ventral (culcat pe burtă)*. În această poziție, sugarul nu poate deplasa deloc capul, care rămâne "cu bărbia căzută pe piept". Capul nu poate fi întors într-o parte, sugarul nu poate respira liber (pericol de înăbușire).

Reflexe și reacții. Toate reflexele și reacțiile sunt fie exagerate, fie absente, fie asimetrice, chiar dacă sunt respectate condițiile optime de examinare.

Motricitatea fină și adaptarea. Spre sfârșitul primei luni de viață, în cazul unor urmări după suferințe din timpul sarcinii sau nașterii, sugarul respectiv creează impresia că nu vede sau că este surd, deoarece excitațiile nu sunt prelucrate la nivel central.

Limbajul și contactul social. Nou-născutul este prea liniștit sau exagerat de agitat. Unii țipă continuu, alții nu plâng deloc; prima alternativă creează îngrijorare în familie și determină prezentarea la medic. La această vârstă se poate trece cu vederea că sugarul are un contact limitat cu lumea înconjurătoare.

Sugarii "întârziati" psihic nu reacționează la vocile și fețele umane.

Orice mamă care-și iubește copilul are un "simț" special pentru această "dificultate" de contact. Nu este exclus ca această dificultate să aibă la bază un deficit senzorial (de vedere sau de auz). De asemenea se poate constata că sugarul anormal nu reacționează adecvat la încercările de a fi calmat prin mângâieri, luat în brațe, căldură, schimbat la alimentație.

2.4. Îngrijirea pielii și anexelor (păr, unghii)

Pielea sugarului este cel mai important organ de simț pentru pipăit, căldură și frig, durere și liniștire. Senzațiile cele mai numeroase și mai prompte, de plăcere sau de neplăcere, sunt simțite mai ales prin piele. Pielea sugarului este mai subțire și mai fină decât a adultului. De aceea el pierde mult mai repede căldura și lichidele (prin transpirație) din cauza suprafeței relativ mari a corpului și a subțiririi țesuturilor pielii.

Pielea sugarului este suprasolicitată de eliminarea de urină și materii fecale, alimente regurgitate, mediu înconjurător poluat, aer cald și uscat și îmbrăcăminte adesea nepermeabilă la aer. De aceea, îngrijirile ce se acordă pielii sunt de mare importanță. Manevrelor de îngrijire trebuie să fie deosebit de blânde, iar îmbrăcăminte (scutece etc.) și mijloacele de îngrijire (săpun, creme etc.) trebuie alese cu mult discernământ.

2.4.1. Obiecte necesare

a) *Cădița (albia, băița, vana)* din material plastic este cea mai avantajoasă: este ieftină, ușor deplasabilă, rezistentă și se poate curăța ușor. La noi se găsesc cădițe din material plastic, cu o capacitate de 32 litri. Cădița se așează într-o poziție stabilă și comodă pentru mamă. Sugerăm să se confecționeze o planșetă de lemn (cum sunt cele de desen sau cele pentru gospodărie) de dimensiuni ceva mai mari decât lățimea căzii din camera de baie. Cădița se mai poate așeza pe două scaune sau pe o măsuță mai joasă.

În ultimul timp au apărut cădițe montate pe un picior pliant, cădițe în hamac de susținere etc.

În mediul rural se mai folosește pe alocuri albia de lemn, care are dezavantajul că nu se poate dezinfec

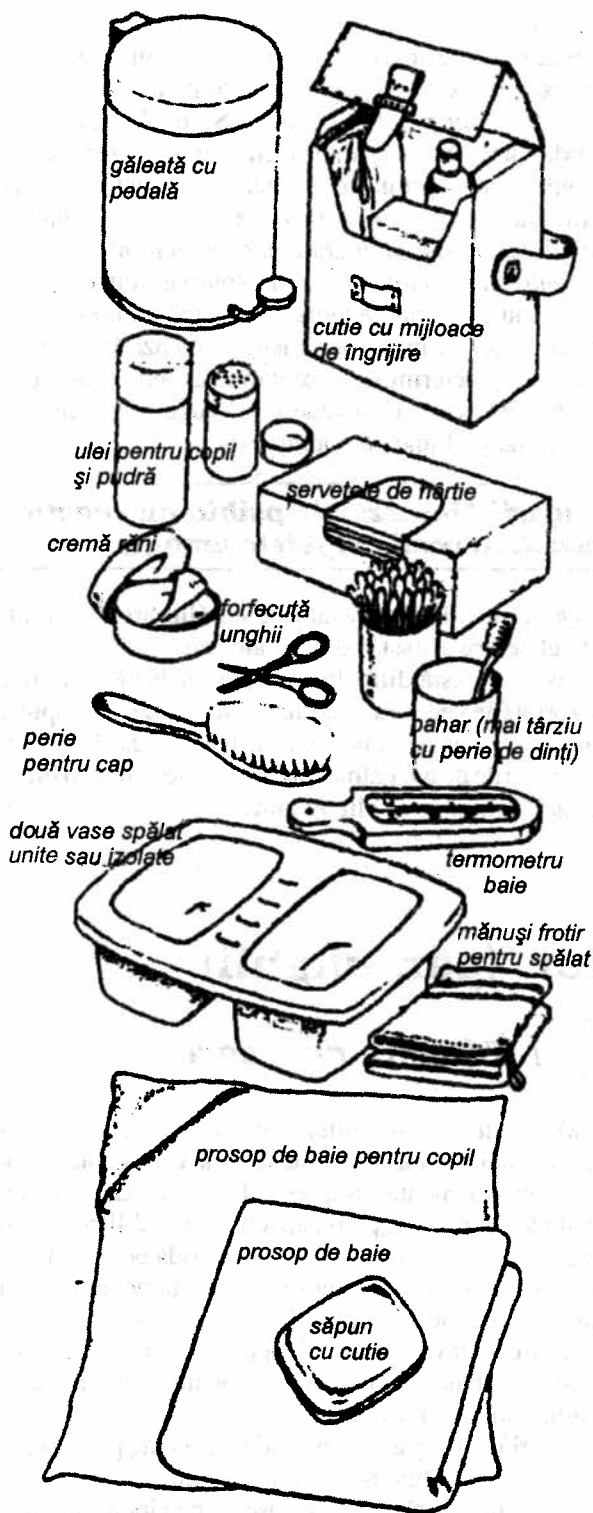


Fig. 2.24 - Obiecte pentru îngrijire.

și dacă este uzată prezintă riscul rănirii prin așchiile care se desprind.

b) *Termometrul de baie*
 c) *Un vas mic din material plastic*, cu apă caldă curată pentru spălat față.

d) *Un prosop mic* dintr-un material moale pentru față.

e) Fie o mănușă plușată, fie o cârpă din pânză moale (confectionată din rufărie veche). Dacă se folosește un burete, acesta trebuie spălat, stors și limpezit de mai multe ori deoarece se îmbibă cu spumă de săpun, cu murdărie sau/și microbi.

f) *Un prosop mare de baie* cu un colț însemnat; cu acest colț se "usucă" regiunea superioară a corpului. Prosopul se întinde pe o masă de înfășat, pe o masă obișnuită sau, în lipsa acestora, pe patul sugarului sau al adulților.

g) *Lenjeria pentru sugar* (scutece, "body", "Pampers", jachetică, botoșei, scufiță), plasată la îndemână, iar iarna pe un calorifer cald sau lângă sobă. Scutecele se așază în ordinea folosirii.

h) *Comprese sterile* (un pachetel) și bețișoare cu vată puse într-o cutie de plastic.

i) *O forfecuță pentru unghii*.

j) *Un pieptene și o perie pentru cap* (cu peri fini și moi).

k) *Un vas de metal în care se pun tampoanele întrebuințate*. Dacă sugarul suferă de o infecție a pielii, tampoanele se ard ulterior. Vasul se spală cu detergenți și eventual se dezinfectează.

i) *O găleată cu pedală* pentru rufăria murdară a sugarului.

m) *Un căzanel* pentru fierberea lenjeriei.

n) *O pară mică de cauciuc sau o pipetă specială* pentru aspirarea secrețiilor din nas.

2.4.2. Mijloace de îngrijire. Cosmetice

În ultimul timp au apărut o mulțime de produse comerciale, însoțite de o reclamă excesivă. Amintim câteva dintre ele cu precizarea că nu toate sunt necesare. Mai mult, unele dintre acestea, fabricate de firme improvizate, pot produce efecte nedorite (iritații, roșeață, agitație).

- **Săpunul pentru copii** (Baby Seife, Baby Soap, Baby savon). Este un săpun bogat în grăsimi, pur și bine rafinat. Nu conține aditivi și rezistă mult timp. Are o reacție acidă. Se folosește, cu măsură, de dorit numai la săpunirea organelor genitale, ale zonei din jurul anusului, la subsori și la cutele pielii. Este absolut necesar pentru baie. Nu este recomandată săpunirea excesivă, generalizată.

Săpunul “de casă” și săpunul de rufe fiind alcaline atacă stratul protector acid al pielii. Săpunurile de toaletă pentru adulți conțin aditive și unele au reacții alcaline, ceea ce le contraindică la sugari.

- **Săpunul lichid pentru copii** se apreciază că ar fi inofensiv și mai eficient la curățirea pielii sensibile la sugarii predispuși la roșeață, cojițe, crăpături. Nu usucă pielea, nu-i modifică aciditatea și menține pielea moale și catifelată. Se folosește la indicația medicului.

- **Loțiunea pentru sugari** este o suspensie fără substanțe alcaline, recomandată tot pentru curățire. Nu modifică stratul de protecție al pielii, având un pH acid asemănător cu cel al pielii sugarului.

- **Adaosurile spumante pentru baie** asigură o curățire eficientă la nivelul porilor pielii. Majoritatea conțin și substanțe alcaline. Apa caldă de baie degresează deja pielea așa că nu este necesară la sugari, vârstă la care spuma este percepută ca neplăcută. Aceste adaosuri conțin de obicei uleiuri de plante (aloes etc.) și de aceea sunt indicate la sugarii mari și la copiii cu pielea uscată. Baia devine mai plăcută.

Pentru pielea cu răni, cu pete, seboree (cruste) și cu sensibilitate mare pe vremuri se recomandau tărâțele care nu sunt iritante. În prezent nu se mai folosesc.

- **Cremele medicinale sau unguentele pentru copii** (de obicei pe bază de talc și oxid de zinc, vaselină și lanolină, la care firmele producătoare adaugă diferite ingrediente) au ca scop să protejeze pielea împotriva acțiunii iritante a urinii și fecalelor. Se vor aplica în strat uniform și foarte subțire pentru a fi ușor de îndepărtat. Crema sau ingredientul se folosește la recomandarea medicului. Produsele românești au aceleași efecte.

- **Mixturile** sunt suspensii pe bază de talc, oxid de zinc, glicerină și apă în anumite proporții cu sau fără adaosuri. Ultimele se adaugă în funcție de forma clinică a reacțiilor cutanate. Sunt indicate îndeosebi în erupțiile cu leziuni umede.

- **Uleiul pentru copii** este un ulei vegetal, bine purificat, care protejează pielea delicată a sugarului de

efectele nocive ale urinii, materiilor fecale, transpirației și ale resturilor alimentare. Uleiul înmoaie crustele, absoarbe secrețiile și favorizează cicatrizarea rănilor. Unele uleiuri conțin vitamine și substanțe protectoare. *Uleiul de floarea-soarelui fiert se folosește cu aceleași efecte favorabile. În plus costă mult mai puțin!*

De obicei se folosește la curățirea zonelor din jurul anusului și organelor genitale. Se poate aplica și pe restul corpului, la cutele pielii (gât, subsoară, coapse).

- **Șervețelele impregnate cu ulei** sunt ambalate în cutii speciale. Se folosesc pentru curățirea gurii și mâinilor copilului în timpul plimbărilor, călătoriilor și în orice împrejurare când copilul și familia sunt în afara locuinței. Constituie un obiect de lux; un șervețel sau o bucată de tifon înmuiat sau nu în apă este tot așa de bun.

- **Cremele, unele loțiuni, “laptele pentru piele”** se folosesc pentru protecția corpului și a feței în caz de intemperii (căldură prea mare, frig, vânt) mai ales la sugarii care prezintă unele reacții ale pielii când sunt scoși afară (roșeață, uscure etc.).

- **Pudra** se folosește cu scopul de a absorbi umezeala și transpirația, de a răcori și a vindeca unele leziuni ale pielii (roșeață, pete, crăpături). În locul uleiului și loțiunilor se poate folosi, la cutele pielii, pudra de talc. Se va evita excesul de pudră, deoarece aspirarea norului de pudră de către sugar este periculoasă (sufocare, criză de apnee etc.). Puneți puțină pudră într-o mână și cu degetele de la cealaltă mână răspândiți-o uniform în strat subțire pe la toate cutele. Nu lăsați în nici un caz cutia cu pudră la îndemână sugarului mai mare și a copilului mic. De obicei cutia de pudră are un capac de siguranță, dar acesta s-ar putea, totuși, deschide la un moment dat.

Șamponul pentru copii Baby Shampoo se preferă în locul săpunului obișnuit la spălarea capului (pH acid, spuma nu irită conjunctivele, previne parțial formarea de cruste).

2.4.3. Spălatul (baia parțială din primele zile)

Dacă bontul ombilical nu s-a detașat sau dacă sugarul este bolnav și are febră mare, atunci va fi numai spălat parțial.

Pentru aceasta sunt necesare: două vase de plastic cu apă caldă, unul pentru partea de sus a corpului și celălalt pentru părțile de jos (apa trebuie să aibă temperatura de 36,5-37°); vată; o mănușă sau o cârpă pentru spălat; un prosop; scutece curate; săpun sau loțiune; ace de siguranță; o găleată pentru scutecele folosite.

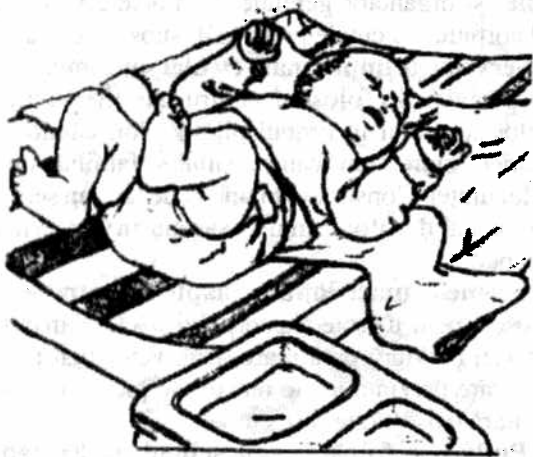


Fig. 2.25 - Pentru a îmbăia sugarul se vor pregăti toate obiectele. Mai întâi se pune prosopul ceva mai sus sub capul și sub trunchiul sugarului.

Pe față și corp nou-născutul este spălat numai cu apă; pentru fese se folosește și săpunul sau loțiunea specială pentru sugari. Vasele se așază în apropierea mesei de înfășat pe care se află un prosop care să aibă un desen ("semn") în partea de sus, ce se folosește pentru față. Sugarul este întins cu fața în sus.

Temperatura camerei în care este spălat nou-născutul trebuie să fie în jur de 24°C. Lucrurile folosite se pun în altă parte, iar scutecele într-o găleată. Nu se aruncă pe podea!

Înainte de "spălarea" propriu-zisă se curăță popoul murdar de materii fecale cu un scutec sau cu o cârpă, ambele curate.

Se începe cu *ochii* sugarului. Cu vată sau cu o compresă umedă se șterge fiecare ochi cu mișcări dinspre unghiul extern spre nasul sugarului. Se schimbă vata la fiecare ochi.

Se șterge *pavilionul și înapoia urechilor* cu vată hidrofila. Nu încercați să curățați interiorul urechilor.

Urmează *fața*; peste față treceți cu un tampon de vată pentru a ridica saliva și, eventual, resturile de lapte care, dacă se usucă, irită pielea. Înlăturați scutecul și



Fig. 2.26 - Cu mâna stângă mama ridică în sus picioarele sugarului, iar cu cealaltă îi șterge popoul cu scutecul murdar.

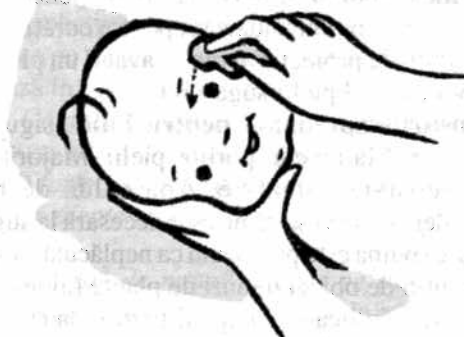


Fig. 2.27 - Se începe spălatul ochilor. Cu câte o compresă sterilă înmuiată în apă limpede (nu în infuzie de mușețel care conține impurități) se șterge fiecare ochi dinspre unghiul extern spre unghiul intern.

continuați cu gâtul, pieptul, brațele și mâinile. Unor sugari nu le plac aceste manevre, strâng pumnii, uneori plâng. Mâinile trebuie desfăcute, degetele întinse pentru a curăți palmele. Înainte de a spăla jumătatea inferioară a corpului, se va șterge (de fapt "se usucă" prin tamponare) pielea spălată.

Cu apa din al doilea lighean se spală burta, membrele inferioare, picioarele și spatele, sugarul fiind culcat pe o parte. La sfârșit se spală organele genitale și șezutul. Urmează uscarea temeinică (ștergerea prin tamponare cu un prosop moale) a întregii piei. Ulterior se ung cu ulei fierț sau cu cremă în special zonele cu cute ale pielii. Înainte de a începe ungerea cu ulei puneți un scutec pentru a nu murdări prosopul. Nu uitați să vă ștergeți mâinile înainte de a atinge banda adezivă

a "Pampers"-ului. Dacă încăperea este insuficient încălzită, după uscarea jumătății superioare a corpului sugarul va fi învelit repede cu un prosop și, imediat după aceea, va fi înfășat.

2.4.4. Baia generală zilnică

Prin spălarea zilnică a întregului corp se asigură pe lângă igiena pielii (înlăturarea murdăriei, prevenirea infecțiilor și călirea generală), obișnuirea copilului cu un anumit program, iar mai târziu cu simțul ordinii, cu formarea deprinderii pentru curățenie și civilizație.

Unii pediatri propun ca baia generală să se facă de 2-3 ori pe săptămână, motivând că spălarea zilnică ar duce la uscarea pielii (Statele Unite, Franța).

Nu suntem de acord cu asemenea opinie. Baia generală rămâne unul din mijloacele de igienă corporală, de călire, de educație și de civilizație. Marele medic german Adalbert Czerny afirma că "*ființa umană trebuie să facă baie zilnic din ziua când cade bontul ombilical și până la 96 de ani*".

Numai în condiții necorespunzătoare (frig în casă, călătorii, anumite boli etc.) se poate face numai baie parțială, iar copilul mai mare va fi deprins să-și spele zilnic fața, gâtul, pieptul (până la "brâu"), mâinile și picioarele.

Pregătiri

Temperatura camerei. Este important ca sugarul să nu simtă frigul, camera în care se face baie trebuie să fie bine încălzită. Pentru nou-născut, temperatura convenabilă este în jur de 24°C; ulterior, la sugarul mai mare și la copil, temperatura camerei poate să fie de 22°C. Este recomandat un termometru de cameră. Ușile și ferestrele se închid, inclusiv vara, pentru a se evita curenții de aer.

Temperatura apei din baie se controlează cu un termometru de baie și se situează la 36,5-37°C. Temperatura apei se poate aprecia introducând cotul în apă, dar nu cu mâna, care este obișnuită cu temperaturi mai joase. Cu toate că la noi în țară multe mame susțin că apa pentru îmbăiere trebuie să fie mai caldă (peste 37°C), unii copii preferă temperaturi mai joase. Așa s-ar explica motivul pentru care copilul, la introducerea în apa de 37,5-38° își retrage speriat picioarele. Pielea lui subțire percepe căldura mai intens.

Apa prea fierbinte sau prea rece strică plăcerea copilului.

- **Cada se umple numai până la jumătate.** Unii copii se sperie când apa le ajunge până la gât. Când mama nu este prea îndemânică, sugarul este spălat mai greu într-o cadă plină. Dacă nu puteți amesteca apa cu ajutorul robinetelor (de apă rece și de apă caldă) turnați în cadă mai întâi apă rece și apoi apă caldă pentru a evita riscul opăririi.

- **Cosmeticele** sunt puse la îndemână pe masa de înfășat, cu capacele deschise.

- **Scutecele, chiloții absorbantți (Pampers), body sau cămășutele, boneta, șosetele,** se așază ordonat pentru a fi folosite rapid. Prosopul va fi întins cu însemnul corespunzător la locul adecvat, ceva mai sus, sub capul și trunchiul sugarului.

- **La sugarii hrăniți artificial,** biberonul va fi pregătit înaintea băii și pus la încălzit. Atenție la sugarii mai mari, mândăcioși, care când văd biberonul nu mai sunt dispuși să facă baie și tot "ceremonialul" îmbăierii se transformă în supliciu. Sugarul țipă, mama transpiră și ceilalți membri ai familiei se enervează. La astfel de sugari și de copii mici, baia se programează într-un moment al zilei când respectivul este mai puțin înfometat. Dacă nici așa nu se rezolvă problema se va da copilului să mănânce înainte de baie, spălându-l însă cu mișcări blânde și în mai puțină apă.

- **Protejați-vă împotriva stropirii cu apă** printr-un șorț impermeabil și puneți-vă pe un umăr un prosop de baie care vă va acoperi când copilul este scos din apă.

- **Reduceți la minimum** intervalul de timp cât copilul este ud. Cei mai mici resimt frigul foarte repede. Dacă este răcoare în cameră se începe cu îmbrăcarea cămășutei, respectiv cu "body".

- **O măsură de mare prudență** este de a nu lăsa copilul singur în cădiță (pericol de înec) sau pe masa de înfășat (pericol de cădere).

- **Orarul băii.** Este bine ca baia de curățenie să se facă la aceeași oră. Unele mame aleg pentru baie perioada dinaintea celui de-al doilea supt, respectiv între 9 și 10 dimineața. Baia efectuată dimineața tulbură însă, la sugarul mai mare, scoaterea la plimbare. Credem că intervalul cel mai potrivit pentru baia zilnică ar fi seara înainte de ultima masă (18,30-20). Nu este recomandabilă o oră mai târzie deoarece se amână atât somnul sugarului cât și al părinților. Baia de seară se preferă și pentru a oferi posibilitatea ca mama să fie

Mama și copilul

ajutată de tată. Stabilirea momentului îmbăierii sugarului trebuie să țină seama de următoarele:

- nu imediat după masă, pentru că poate vărsa;
- să nu fie nici prea flămând, deoarece devine mai agitat prin manevrele de spălare și înfășat;
- se alege un moment când este în stare de veghe sau se trezește ușor;
- în timpul verii, în zilele foarte călduroase, baia se poate face la prânz, având și rol de răcorire.

Tehnica băii

La început se spală fața, respectiv ochii, gura, nasul, urechile. Părul se spală la urmă (pag. 84).

Pentru față se folosește apă caldă, dintr-un vas pregătit în acest scop, și o mânășă (alta decât pentru restul corpului) sau o bucată de pânză moale (de preferință o bucată de tifon steril) sau vată. Nu se folosește săpunul. Nici pentru față nu se recomandă folosirea buretelui.

• **Se începe cu ochii.** Se folosește un tampon de vată sau o compresă sterilă, înmuiată în apă caldă. Ochiul se șterge cu mișcări ce merg dinspre unghiul extern spre nas, fața sugarului fiind întoarsă spre ochiul ce se spală. Se folosesc tampoane separate pentru fiecare ochi, pentru a evita trecerea unei eventuale infecții de la un ochi la celălalt. Dacă există secreții oculare purulente se fac spălături cu apă fiartă și răcită sau cu ser fiziologic (nu cu mușetel, care poate conține impurități) înainte de baia generală, pentru a evita contaminarea pielii din jur (vezi fig. 2. 27).

Dacă unul din ochii sugarului lăcrimează tot timpul s-ar putea ca motivul să fie obstrucția (imperforarea) canalului lacrimal.

• **Gura.** Părerile sunt împărțite în ceea ce privește îngrijirile gurii. Este bine ca la fiecare toaletă să se cerceteze dacă pe mucoasa gurii există *muguet* (produs de o ciupercă - *Candida albicans*) manifestat prin depozite alburii. Nu suntem de acord cu medicii care preconizează spălarea sistematică a gurii cu comprese îmbibate în soluție de bicarbonat de sodiu; astfel de spălături, efectuate de mâini neexperimentate, riscă să provoace eroziuni bucale, puncte de plecare pentru infecții.

• **Nasul** nu necesită o curățire specială. Prin strănut sugarul îndepărtează particulele de praf din nas. Numai în caz de secreții (apoase sau vâscoase) sau de cruste, se pun picături de ser fiziologic în nas (înmoaie și spală mucozitățile) și, la nevoie se aspiră cu o pară de cauciuc mică.

• **Urechile.** Partea externă a urechilor este curățită cu o cârpă umedă, stoarsă și răsucită (rulată). Nu folosiți la curățirea urechilor bețișoare cu vată deoarece la o mișcare bruscă a copilului se poate răni. Nu este bine să se umble la conductul auditiv extern; bețișoarele cu vată înfundă cerumenul în interiorul conductului auditiv. Spatele urechii este un loc foarte fragil unde umezeala și sudoarea produc crăpături. Cutele trebuie să fie bine uscate. Ungerea cu vaselină simplă sau o pomadă cu cortizon și stamicină (Nidoflor) sunt adesea utile.

În nici un caz nu se vor folosi chibrituri, scobitori, ace de păr sau alte obiecte ascuțite înfășurate în vată.

Unii medici propun mamei tinere, fără experiență, să săpunească trunchiul și capul cu mâna sau cu o mânășă moale în afara căzii, pe masa de înfășat. Dacă mama este precaută și ține bine sugarul, săpunirea se poate face direct în apă.

*

În mod obișnuit săpunirea se face cu copilul băgat în apă.

Luați sugarul din pat, dezbrăcați-l. Dacă este murdărit cu materii fecale, mai întâi îl ștergeți cu vată înmuiată în ulei și apoi cu colțul unui scutec (fig. 2.26). De amintit că atunci când este dezbrăcat, la excitația aerului sugarul urinează spontan. De aceea se va pune pentru câteva secunde un scutec mic între picioare pentru a absorbi urina.

Sugarul este apoi introdus în baie, cuprinzând cu mâna stângă subsuoara stângă a sugarului (patru degete ajung în subsuoară, iar degetul mare înconjoară umărul). Ceafa și capul se sprijină pe antebraț. Cu mâna dreaptă îi sprijiniți fundulețul sau îi cuprindeți cu policele (degetul mare) și mediusul voastre picioarele fie în dreptul gleznelor, fie al gambelor. După ce introduceți încet sugarul în apă lăsați libere picioarele, în timp ce sprijină în continuare capul și trunchiul pe antebrațul stâng. Mâna dreaptă rămâne liberă pentru a spăla sugarul. Umerii trebuie să fie acoperiți de apă ca să nu-i fie frig. Dacă s-a lucrat cu blândețe și îndemânare, în momentul în care este introdus în apă (cu temperatura corespunzătoare), sugarul se bucură și începe să dea din picioare.

După ce picioarele și trunchiul au ajuns în apă, mâna dreaptă a mamei este liberă pentru spălat. Săpunirea gâtului nu se face direct cu bucata de săpun, ci fie cu mâna neînvelită, fie cu o mânășă, fie cu o bucată de

pânză, care se îmbibă în prealabil cu spumă de săpun. Cu mișcări fine, circulare, se întinde un strat subțire de săpun pe tot corpul, de la cap până la picioare, organele genitale rămânând la urmă. Aveți grijă să nu intre săpun în ochi sau apă în urechi. Se clătesc imediat regiunile săpunite. Întoarceți sugarul pe burtă, ținându-l de subsuoară sau de braț, pieptul și bărbia lui sprijinindu-se de cotul vostru. Aveți grijă ca fața să nu se scufunde în apă. În timp ce apucați cu mâna dreaptă subsuoara stângă a sugarului, mâna stângă va rămâne liberă pentru a săpuni și limpezi pielea copilului. Copilul poate fi ținut și invers, adică apucând subsuoara stângă a sugarului cu mâna dreaptă. Acum apucați copilul cu amândouă mâinile, îl învârtiți puțin prin apă și apoi, cu același mod de apucare, îl țineți pe spate. Când se simte în această poziție, sugarul începe să dea din picioare. Eventual, spatele sugarului se poate spăla ținându-l și pe o parte.

Sugarii mai mari încep să se joace cu apa.

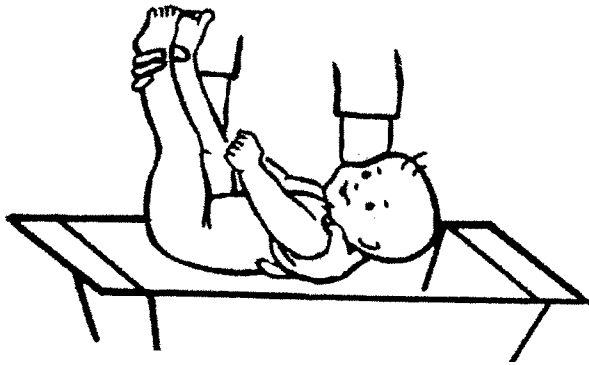


Fig. 2.28 - Sugarul se introduce în baie. Mama îl apucă cu mâna stângă de subsoara stângă sprijinindu-i pe antebraț ceafa, iar cu mâna dreaptă îl ține de glezne.

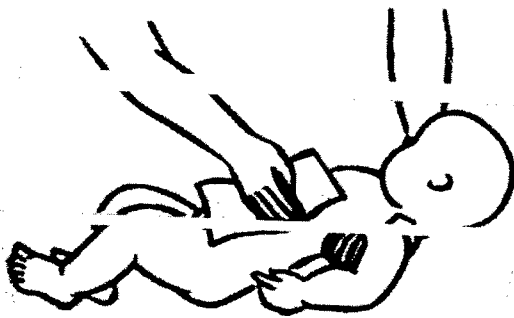


Fig. 2.29 - Spălarea feței anterioare a corpului.

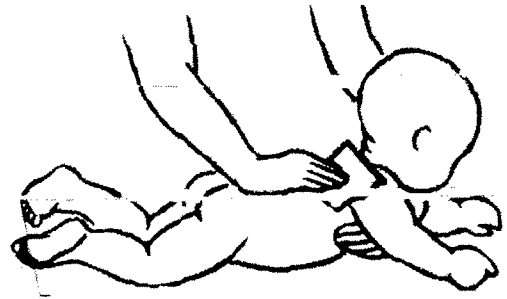


Fig. 2.30 - Apoi fie se spală întorcându-l cu fața în jos, fie pe o parte.

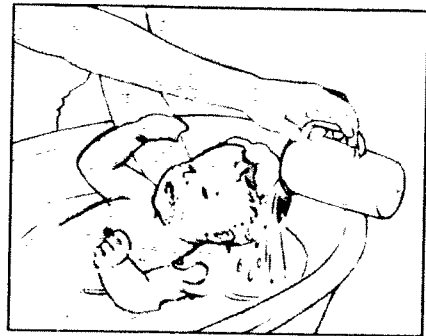


Fig. 2.31 - Și părul necesită o îngrijire specială. Spălarea capului se face cel mai bine cu o cânuță cu apă caldă.

Dacă atât mama cât și tatăl sunt sănătoși și nu suferă de vreo boală de piele (infecții microbiene sau infestări cu ciuperci microscopice), după vârsta de un an copilul poate fi băgat în cadă împreună cu unul dintre părinți. Unii copii sunt temători, dar cei mai mulți, văzându-se alături de unul dintre părinți, capătă curaj, se simt bine în apă și fac baie cu voioșie. Nu trebuie însă forțată nota cu dușuri reci, cu tentative de a învăța copilul să înoate sau de a-l scufunda în apă. Unele avangardisme de a pune pe sugar să înoate sau de a-i aplica cine știe ce experiment pot duce la refuzul copilului de a mai face baie (țipă, se zbate etc.).

Scoaterea copilului din apă nu este simplă, pentru că nu aveți decât două mâini. Cu mâna stângă țineți brațul stâng al copilului. Luați prosopul și băgați unul din colțuri sub bărbia dumneavoastră. Apoi prindeți un colț al prosopului între cotul și șoldul stâng. Prindeți copilul de subsuori, îl scoateți din apă cu spatele către dumneavoastră și-l înfășurați în prosopul pregătit. Colțul prosopului de sub bărbia mamei acoperă capul copilului. Ajuns pe masa de înfășat, copilul va fi "șters"

prin tamponare (uscat) cu atenție, insistând la nivelul cutelor (în jurul organelor genitale, subsuori, cutele gâtului, spațiul popliteu - sub genunchi -, spațiile dintre degetele mâinilor și picioarelor). Întrucât nou-născuții și sugarii țin membrele superioare și inferioare îndoite (flectate puternic), aceste pliuri sunt greu de șters. Tentativele de extensie se fac lent până când membrele se destind.



Fig. 2.32 - "Ștergerea" sugarului după baie se face cu prosopul mare plușat, pus la început sub capul și trunchiul copilului. Nu se "șterge", ci se svântă prin tamponament.

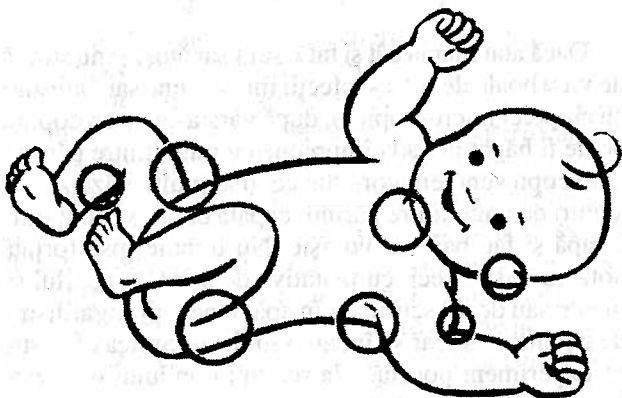


Fig. 2.33 - Cercurile indică zonele predispușe la formarea de intertrigo (leziuni roșii, zemuinde ale cutelor pielii).

Dacă baia și înfășatul se fac în camere diferite, în timpul transferului, sugarul ud se înfășoară într-un prosop gros (frotee) și apoi, dacă este răcoare în cameră va fi îmbrăcat cu o cămășuță și după aceea se face toaleta zonelor din jurul anusului și organelor genitale.

Durata. Toată îmbăierea trebuie să se termine în 3-5 minute la nou-născut și la sugarul mic. Mai târziu, după vârsta de 6 luni, când poate sta pe șezut, copilul poate fi ținut în apă circa 10 minute. El poate să se bălăcească, jocul cu apa constituind un prilej de mare bucurie.

Ce înseamnă dacă sugarul plânge în apă? La început unii sugari nu primesc baia cu plăcere: plâng, se zbat, se contractă. La aceștia, durata îmbăierii se va scurta. Chiar dacă plânge, sugarul tot trebuie scăldat. S-ar putea ca sugarul să fi fost incomodat de vreo greșeală: stângăcia și teama mamei începătoare; în grabă, nervozitatea sau disputele celor ce participă la baie; temperatura necorespunzătoare a apei.

Cel care face baie sugarului trebuie să dovedească îndemănare, calm, sistematizare, blândețe. Dacă totul decurge perfect, orice sugar agreează cu timpul baia.

*

Îmbrăcatul.

După ce l-ați înfășat (fie după metoda clasică, fie cu mijloace moderne - Pampers), îl îmbrăcați cu "body" sau cu cămășuță și jachețică.

La sugarul bolnav la care nu este permis să se facă baie generală este necesar să se curețe cu atenție pielea capului, cu o compresă umedă, pentru a se îndepărta transpirația și murdăria din păr; se va insista mai ales la șanțurile din spatele urechilor și la cutele gâtului. La urmă se șterge excesul de umezeală (prin tamponare) și se piaptănă sau se perie capul.

Când sugarul este îmbăiat și cu toaleta feței, ochilor, urechilor, nasului și unghiilor făcută se trece la ultima etapă a igienei corporale zilnice: *îngrijirea părului*. Oricât de mic și de rar este părul sugarului, el se *perie zilnic* cu o perie de cap (cel mai bine cu o perie cu coadă, cu peri fini și moi) care se poate spăla ușor. Periajul se face cu mișcări blânde în direcția liniei (orientării) părului până când acesta devine neted și lucios. Periajul favorizează vascularizația pielii.

Unghiile.

La nou-născutul trecut de termen unghiile depășesc vârful degetelor. Dacă unghiile sunt prea mari, sugarul se poate zgâria, îndeosebi pe față. Unghiile nu trebuie să depășească vârful degetelor de la mâini și de la picioare. În unele sate există superstiția că tăierea unghiilor ar dăuna sugarului.

Tăierea unghiilor constituie o operație delicată din cauza fineții pielii și a dimensiunilor mici ale unghiilor.

Cu toate acestea, *tăierea unghiilor se face în fiecare săptămână*. Operația respectivă nu se face după baie când sugarul este agitat și-și mișcă mâinile și picioarele, ci mai târziu, după masă sau chiar în somn, când este obosit și destins. Se folosesc foarfeca cu vârful rotund, o pilă nemetalică sau altă forfecuță din trusa de manechiură a mamei. Unghiile nu se taie prea scurt pentru a evita formarea de unghii "încarnate" și ciupirea pielii.

Tăierea unghiilor se face rotund la mâini și drept la picioare (pentru a evita încarnarea). Capul se întoarce spre partea opusă mâinii la care se taie unghiile pentru ca fragmentele mici de unghii să nu sară în gura, ochii sau nasul sugarului.

La sugarii nervoși, care se zgârie pe față, se pot confecționa niște mănuși fără degete din pânză moale.

*

Organele genitale

La fete, toaleta genitală va fi făcută cu grijă până la cele mai mici cute. Se folosește o compresă sau vată înmuiată fără săpun și se spală cu mișcări dinainte înapoi pentru a nu aduce impurități anale spre vulvă.



Fig. 2.34 - Dacă este răcoare în cameră se îmbracă sugarul cu o cămășuță și după aceea se face toaleta regiunii din jurul anusului și organelor genitale.

La băieți, organele genitale nu necesită îngrijiri speciale. Tentațiile de decalotare sunt inutile (vezi fimoză la dezvoltarea fizică).

- **Îngrijirea șezutului** este importantă, dar obiceiul de a proteja zona respectivă cu straturi groase de cremă este greșit, fiind mai mult chiar decât util. La următoarea schimbare a scutecele, crema trebuie din nou îndepărtată, mama freacă și irită pielea. În plus,

crema în exces reduce capacitatea de absorbție a scutecului. Efectul scontat al scutecele moderne de a menține șezutul uscat se pierde; umezeala rămâne pe piele. De fapt, o piele robustă și sănătoasă a șezutului nu necesită cremă, cel mult puțină pudră (talc) pentru a absorbi umezeală. Unii sugari au o piele sensibilă și reacționează rapid prin roșeață difuză, însoțită uneori de crăpături și/sau secreție zemuindă. În astfel de cazuri este bine să se aplice în strat subțire o cremă proteatoare pe piele. Nu se împrăștie însă pudră pe deasupra; s-ar putea forma cocoloașe care să irite pielea. Se recomandă să se facă băi de aer (se lasă sugarul cu fundul și organele genitale descoperite de 2-3 ori pe zi) cu durata de 15-30 minute.

Înfășatul

Prin înfășat se înțelege curățirea feselor și înlocuirea scutecele murdare cu altele curate și uscate. Înfășatul unui sugar nu este numai o problemă de igienă, ci și un prilej de mângâiere, de cunoaștere și de stimulare a dezvoltării sale fizice și psihice. Scutecele se folosesc zi și noapte, până ce copilul se deprinde cu curățenia, în general în cursul celui de al treilea an de viață. În primele luni, mama are uneori impresia că nu poate să facă față "la toate". Nu trebuie să dispare! Pe măsură ce copilul crește, evacuarea intestinului și vezicii se regularizează, intervalul dintre scaune și micțiuni se prelungește și, bineînțeles, numărul schimbării scutecele va descrește. Spre 2½ ani, marea majoritate a copiilor folosesc olița sau chiar WC-ul.

2.4.5. Scutecele

În prezent se folosesc tot felul de scutece de toate mărimile. În funcție de bugetul, tradiția și de modul de înfășat, mama va opta între scutecele de folosință unică și scutecele din țesături, care se spală.

Scutecele de folosință unică se aruncă după fiecare utilizare. Chiar dacă sunt mai scumpe, aceste scutece aduc o mulțime de înlesniri pentru mamă, nefiind nevoie de înmuiat, spălat, uscat, călcat. De asemenea, scutecele de unică folosință se ajustează mult mai bine copilului pentru că ele nu cer nici îndoiri savante, nici ace de siguranță, nici cine știe ce îndemânare din partea mamei. Chiar dacă optați pentru scutece lavabile din țesături este bine să vă asigurați și de o provizie de scutece cu unică folosință. Ele constituie o rezervă

Mama și copilul

absolut necesară. Există mai multe modele de scutece de unică folosință: cele prevăzute cu elastic la picioare, împotriva scurgerilor, scutece superabsorbante și care lasă pielea să respire, în același timp, scutece prevăzute cu balsam pentru îngrijirea pielii copilului sau scutece de prindere cu "arici" care pot fi închise și deschise de mai multe ori.

Scutecele "clasice" din țesături

În mediul rural, prin tradiție și posibilități se folosesc scutece "clasice", din țesături din bumbac sau din finet. Ele sunt de forme și dimensiuni variate. Necesită multe eforturi pentru a le întreține: colectat în găleți, clătit, săpunire sau înmuiere în detergenți, spălare în mai multe ape, uscare, călcat. Trebuind să fie spălate după fiecare folosire este necesar un număr mare de scutece. Alegeți pe cele de bună calitate deoarece sunt mai rezistente.

Scutecele pătrate din țesut-buret (8-12 bucăți) sunt groase și absorbante. Se pot îndoi ("chiti") în diferite moduri și dimensiuni după talia copilului. Alegeți pe cele tivite pentru că nu se destramă. Pentru nou-născut sunt prea voluminoase.

Scutecele "mari" din bumbac sau finet (18-24 bucăți) au dimensiuni de 60/60 cm sau 80/80 cm. Sunt ușoare, moi și tolerate bine de pielea delicată a sugarilor. Sunt utile chiar și în condițiile folosirii de scutece de unică folosință, la învelirea sau acoperirea sugarului.

Scutecele de protecție sau batiste din celuloză se pun pe scutecul care este în contact cu pielea sugarului. Cele mai bune sunt din voal, care filtrează urina și rămân uscate pe piele, ceea ce micșorează riscul de a se dezvolta roșeața (dermatita de scutece) datorată umidității și frecăturilor. Ele împiedică, de asemenea, materiile fecale să se răspândească și să murdărească scutecul. În momentul schimbării, scutecul de protecție se aruncă.

Chiloții impermeabili (6 perechi), de forme diferite, se poartă pe deasupra scutecelelor țesute pentru a împiedica pătrata îmbrăcăminte și a rufăriei de pat.

Scutece absorbante de unică folosință

Istoria scutecelelor de unică folosință. Primul scutec de unică folosință a fost inventat de către Vic Mills de la marea companie Procter & Gamble, înființată în 1837 în Cincinnati. Acest scutec a primit numele de

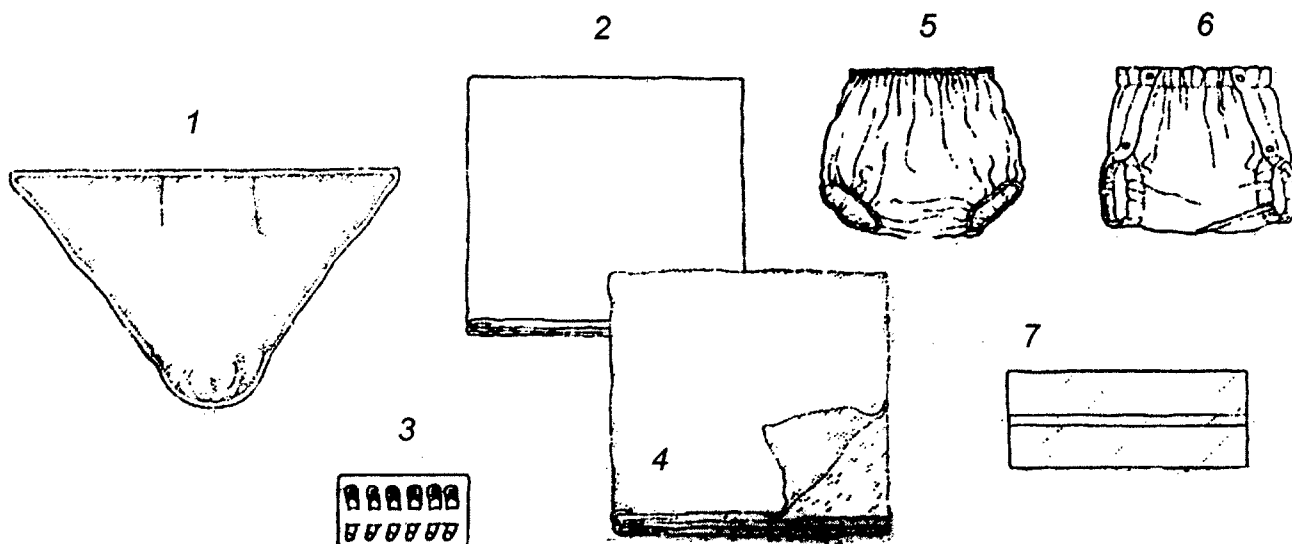


Fig. 2.35 - Necesari minimi de scutece: 1. Scutec triunghiular; 2. Scutec din finet (muselină); 3. Ace de siguranță; 4. Scutece pătrate din țesut-buret; 5. Chilot impermeabil; 6. Chilot dublat; 7. Scutec de protecție sau "batiste" din celuloză.

Scutecele triunghiulare (18-24 bucăți). Granularea țesăturii-burete a acestor scutece este deosebit de fină și de moale. Întărite la mijloc (trei straturi) au o bună putere absorbantă. Se plasează sub fundul și între coapsele sugarului.

Pampers, în limba engleză "to pamper" însemnând a alina, a mângâia, a răsfăța. Deși testele de piață au început încă din 1957, succesul a venit abia în 1961 când *Pampers* a fost introdus pentru prima oară în Statele Unite ale Americii devenind primul scutec de

Nou-născutul (0-28 zile)

unică folosință răspândit pe scară largă. Era vorba de un scutec de hârtie care conținea în principal celuloză ca material absorbant. Proprietățile absorbante erau similare cu cele ale scutecelor de pânză, avantajul cel mai important constituindu-l confortul atât pentru sugar cât și pentru mame. În anii '80 *Pampers* se vindea deja în 75 de țări, iar începând din anul 1995 a început să se folosească și în țara noastră.

Între timp și alte companii au început să producă cu succes scutece de unică folosință. Pentru a veni în întâmpinarea consumatorilor, noi îmbunătățiri au fost aduse scutecelor de unică folosință. Un progres uriaș l-a constituit introducerea în anii '80 a polimerilor superabsorbanti în amestec cu celuloza care aveau capacitatea de a absorbi mult mai mult lichid decât aceeași cantitate de celuloză și puteau reține lichidul chiar și sub presiune. Primele scutece care au introdus un astfel de polimer au fost *Pampers*. Aceste scutece nu permiteau scurgerile și păstrau pielea sugarului mai uscată decât scutecele simple cu celuloză sau cele de pânză, deoarece urina era reținută în interiorul scutecului chiar și atunci când sugarul stătea în șezut. De asemenea, Procter & Gamble a patentat o celuloză tratată special, ce a crescut semnificativ viteza de absorbție a urinei în cazul scutecelor *Pampers*.

Ultima inovație majoră în materie de scutece de unică folosință o reprezintă introducerea scutecelor *Pampers Extra Dry*, care lasă pielea să respire. Acest nou tip de scutec de unică folosință a fost lansat pe piața românească în 2001. Stratul exterior al scutecelor *Pampers* are milioane de micropori, care lasă aerul să circule, astfel încât pielea copilului este în permanență aerisită. Scutecele *Extra Dry* sunt, de asemenea, prevăzute și cu benzi cu balsam (pe bază de petrolatum și Aloe Vera). Datorită mișcării și căldurii corpului, balsamul este transferat pe pielea copilului sub forma unui strat protector uniform, formând o barieră împotriva umezelii. Balsamul este non-ocluziv (nu împiedică pielea "să respire"). Cu noul *Pampers* s-au constatat reduceri semnificative ale iritațiilor și eritemelor pielii la nivelul feselor și al organelor genitale. De asemenea, s-a observat o îmbunătățire semnificativă a catifelării pielii prin reducerea considerabilă a asperității.

De-a lungul timpului scutecele de unică folosință au devenit tot mai subțiri, mai ușoare și mai eficiente. Un scutec cântărește astăzi aproximativ

50 g, iar polimerul superabsorbant poate reține o cantitate de lichid de câteva ori mai mare decât propria-i masă.

Schimbarea la timp a scutecului și îngrijirea pielii vor duce la reducerea riscului apariției dermatitei de scutec. Astăzi folosirea scutecelor cu material superabsorbant este considerată cea mai eficientă modalitate de prevenire a dermatitei de scutec.

Scutecele *Pampers EXTRA-DRY* dețin o serie de caracteristici unice (fig. 2.36).

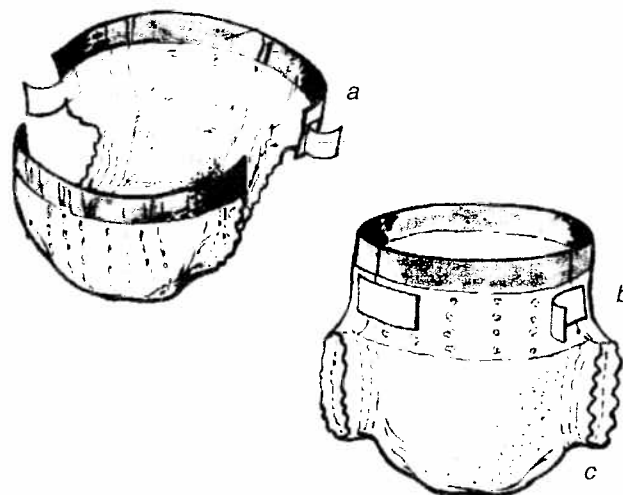


Fig. 2.36 - a - banda moale pentru talie; b - banda adezivă de închidere; c - pliurile din jurul picioarelor; 6 - straturi interioare.

Pampers, cu o putere mare de absorbție, protejează pielea sugarului împotriva umezelii reținând o cantitate de 16 ori mai mare decât greutatea scutecului.

Stratul superior are suprafața extrem de fină. El îndepărtează de pe pielea sugarului urina care este absorbită în stratul imediat următor.

Scutecul "*Pampers*" posedă astfel un sistem de absorbție și retenție format din două straturi.

Stratul de absorbție care posedă o structură specială permițând absorbția urinei pe toată suprafața scutecului și transmiterea stratului de retenție. Acest compus dintr-un amestec superabsorbant (poliacrilat reticulat netoxic care absoarbe urina și o aduce la o valoare aproape neutră a pH-ului) și celuloză.

Stratul exterior constă dintr-un material polietilenic moale, impermeabil, rezistent la apă, păstrând urina în interiorul scutecului (fig. 2.37).

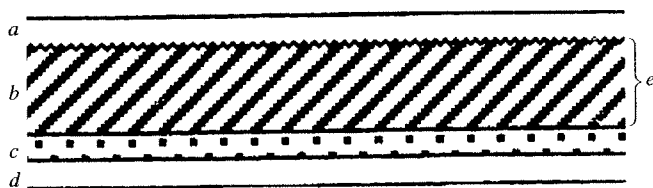


Fig. 2.37 - a - stratul superior; b - strat de absorbție; c - strat de retenție; d - strat exterior; e - sistem dublu.

Datorită caracteristicilor amintite mai sus și schițate în figurile 2.36 și 2.37, scutecele de unică folosință tip "Pampers" îndeplinesc unele deziderate ca:

a) previn unele din bolile pielii din zonele organelor genitale și feselor în primul rând a "dermatitei" de scutece; b) reduc frecvența infecțiilor căilor urinare (mai ales la fetițe); c) previn și corectază formele ușoare de displazie congenitală de sold; d) se găsesc în mărimi diferite care se ajustează perfect corpului sugarului; e) economisesc timpul mamei alocat schimbării și înfășatului sugarului și copilului mic.

Ca dezavantaje putem aminti: costul de cumpărare mai ridicat comparativ cu scutecele de pânză.

Scutecele de unică folosință **EXTRA-DRY** sunt accesibile în mărimi care variază în funcție de greutatea sugarului și copilului mic:

- Mini - pentru greutate de 3-6 kg;
- Midi - pentru greutate de 4-9 kg;
- Maxi - pentru greutate de 7-18 kg;
- Maxi Plus - pentru greutate 9-20 kg;
- Junior - pentru greutate de 12-25 kg.

Pe ambalaj este imprimat modul de folosire și în limba română.

2.4.6. Alte obiecte din trusoul sugarului

Pe lângă scutecele amintite mai sus sugerăm ca trusoul copilului să fie completat cu:

• **6 cămășuțe cu mâneci** din material moale și subțire (indian, finet, pânză albă din bumbac). Se preferă cele din bumbac. Pentru sugarul mare și copilul mic se aleg materiale colorate.

• **Cămășuțele cu mâneci scurte, tricourile și bluzele cu mâneci scurte** se folosesc vara. Sunt necesare 4-6 bucăți.

• **Pieptărașele** (în număr egal cu cămășuțele). Cămășuțele se încheie în față sau pe unul din umeri, iar pieptărașele în spate, în așa fel ca pieptul și spatele să fie acoperite.

Bodys (din limba engleză "corp") constă dintr-o combinație de cămașă (de cele mai multe ori cu mânecă scurtă) cu chiloți scurți, care se încheie fie între coapse (sugarul mic), fie în față (copilul mai mare) cu capse sau cu nasturi îmbrăcați în pânză. Sunt foarte practici. În timpul verii, sugarul poate fi "îmbrăcat" numai cu "Pampers" și cu bodys fără mâneci sau cel mult cu mâneci scurte. Sunt necesare șase bucăți.

• **Trei perechi de salopetă-pantaloni** ("Ștrampi" de la Strampelhosen). Trebuie să se potrivească la forma și dimensiunile corpului. Dacă sunt prea mari nu țin de cald, iar în cazul că sunt mici stânjenesc libertatea de mișcare și confortul sugarului.

Când sunt confecționate din material frotir (ca prosopul plușat) sunt prea călduroase. În anotimpurile calde se folosesc numai salopete din țesături cu bumbac mercerizat (mai subțire) sau pantalonași scurți.

• **Ace de siguranță.** Aceste ace se folosesc la scutecele din țesături. Au un dispozitiv care împiedică orice deschidere accidentală. Se procură o duzină.

• **Chiloții intermediari**, frotir, au forme diferite. Se pun pe deasupra scutecelor din țesături pentru a împiedica murdărirea îmbrăcămintei și a lenjeriei.

Practice în *lunile de iarnă* sunt: *un sac sau un costumăș pentru cărucior sau o salopetă. La cei mai mari se poate folosi o canadiană îmblănită și cu glugă.*

• O **bonetă** din bumbac sau diftină. Boneta din garnitura pentru plimbare nu trebuie să fie nici prea mare și nici groasă. În timpul iernii, pentru a-l apăra de aerul rece, se adaugă încă o bonetă de bumbac sau o căciuliță de lână. În zilele călduroase de vară copilul nu va purta bonetă, ci o pălărieuță de soare. În casă nu este necesară boneta.

• O **perche de mănuși fără deget** sunt necesare numai toamna și iarna.

• **Botoșei.**

VITAMINA D₃ (COLECALCIFEROL)

PREVENIREA ȘI TRATAMENTUL RAHITISMULUI



- **Vigantol® Oel**
 - **Vigantoletten® 500**
 - **Vigantoletten® 1000**
 - **Fluor-Vigantoletten® 500**
 - **Fluor-Vigantoletten® 1000**
- ✓ **Profilaxia și tratamentul rahitismului**
 - ✓ **Tratamentul de susținere al osteoporozei**
 - ✓ **Osteomalacie**
 - ✓ **Spasmofilie**
 - ✓ **În formarea oaselor**
 - ✓ **Osteopatii metabolice**
 - ✓ **Profilaxia cariilor dentare la copii**

CHIMIMPORTEXPOR-PLURIMEX S.R.L.
Reprezentanța MERCK HSEE

pentru produse farmaceutice, agent, importator unic

Depozit medicamente: Str. Dinu Vintilă, nr. 7, Sector 2, București • TEL.: 211 85 68 • 210 76 87 • FAX: 210 74 21

PAMPERS EXTRA DRY

*Ce să faci pentru a avea ...
... un bebeluș cu pielea sănătoasă,
încă din prima zi?*



PAMPERS. Pentru o piele ideal de uscată și catifelată!

Încă din prima zi după naștere, nou-născutul comunică cu mediul înconjurător. Aproape toate mesajele pe care le primește de la această lume nouă și neexplorată, le va primi prin piele, deoarece simțul tactil este primul simț care se dezvoltă. Astfel copilul simte când mămica îl strânge în brațe, când îl mângâie ușor și îl ocrotește. De aceea îngrijirea pielii nou-născutului este foarte importantă:

1. Cum aș putea să protejiez mai bine pielea copilului meu?

Având grijă ca ea să rămână uscată și sănătoasă. Pielea unui nou-născut este atât de delicată încât este important ca ea să rămână cât mai uscată, asigurându-i în același timp și o protecție suplimentară.



2. De ce este important ca pielea copilului să rămână întotdeauna uscată?

Pentru că o piele uscată reprezintă primul pas către o piele sănătoasă. Pentru că amoniacul din urină dă senzație de usturime copilului, care va plânge și va fi nefericit.

3. Ce scutec păstrează pielea copilului uscată?

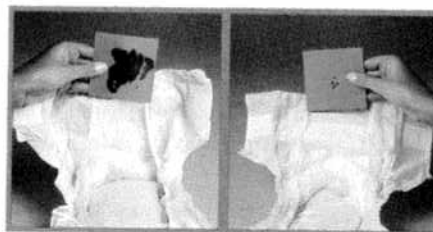
a) Un scutec bun trebuie să aibă un strat de protecție care absoarbe umezeala, prevenind intrarea acesteia în contact cu pielea copilului. De asemenea, un scutec bun trebuie să aibă și un strat de retenție care menține lichidul la distanță, chiar dacă greutatea copilului presează scutecul.

b) Un scutec de calitate mai slabă (care nu absoarbe foarte bine) acționează ca o compresă cu urină pe pielea bebelușului. Acest lucru face ca pielea să se poată irita și nici să nu respire. Evitarea contactului prelungit al pielii cu umezeala are ca rezultat o piele mai puțin fragilă și mai puțin expusă la iritații și la dermatita de scutec.

c) Noul scutec **Pampers Extra Dry** absoarbe urina aproape de 2 ori mai repede decât alt scutec. Apoi o izolează în interiorul **Ultra** al scutecului, departe de pielea bebelușului. Noile **Pampers Extra Dry** folosesc cea mai nouă tehnologie pentru protejarea pielii nou-născutului, păstrând-o uimitor de uscată.

Scutecele din gama **Pampers** sunt super-absorbante, astfel încât rețin rapid și eficient urina de pe pielea bebelușului și o izolează definitiv în miezul din interior, chiar și atunci când greutatea copilului presează scutecul.

d) Mai mult, scutecele **Pampers** lasă pielea să respire și sunt dotate cu un strat subțire de balsam aloe care ajută la protejarea și îngrijirea pielii bebelușului.



Scutec obișnuit Pampers
Cu **Pampers** pielea copilului este mai uscată.



Recomandat de Societatea Română de Pediatrie



PAMPERS. Pentru o piele ideal de uscată și catifelată!

Oriunde există un copil

Unregistrată produsă de ARTSANA cu sediul la Como, în Italia. Fondată în 1946, compania multinațională exportă produse speciale în peste 150 de țări din lume: Italia, Spania, Portugalia, Germania, Franța, Belgia, Anglia, Egipt, Hong-Kong.

Produsele CHICCO sunt fabricate în mașini în Italia, cu unele și alte mașini moderne ale fabricii de producție existente în lume.

Surele și femele CHICCO sunt produse special create și testate de către laboratorul intern, "Centro Studi Diposa" în strânsă colaborare de acord din domeniul medical, specialiști în ortodons.

CHICCO a fost de fapt un adevărat pionier în introducerea pe piață a modelului de biberon complet, cel care include și țesut adesea, creând primul set de hranire complet în istoria puericulturii din Italia.

În 1959, ARTSANA a fost compania care a introdus pe piață primul biberon transparent din material plastic, încălzit, care poate fi sterilizat atât la rece cât și la cald.

Astăzi, CHICCO cuprinde o gamă variată de articole necesare îngrijirii copilului și anume: produse parfumate, cosmetice, jucării, accesorii de puericultură, îmbrăcăminte, încălziminte.

După 53 de ani de când a fost lansată marca CHICCO, toată lumea este de acord că mai multe generații de copii au crescut într-un mod mai sănătos și mai igienic datorită spiritului de inovație al companiei ARTSANA.

Importator unic și distribuitor:
Paralela 45 Turism S.R.L.
Tel.: 410 78 51, 411 22 45
Fax: 411 92 09
Magazin de prezentare:
Str. Episcopiei nr. 5
(lângă Ateneul Român)
secto. 1 București
Tel.: 312 35 17 / 315 89 72



2.4.7. Schimbatul scutecelor

Emisia materiilor fecale (scaunelor) trebuie urmărită cu atenție de către părinți. Digestia bună este însoțită de emisia de scaune omogene, regulate, constituind unul din criteriile de bază în urmărirea stării de sănătate a sugarului.

Scaunele sugarului alimentat la sân se deosebesc de cele ale celui alimentat cu biberonul. La sugarul alimentat natural mama nu trebuie să-și facă probleme în ceea ce privește numărul, consistența și chiar culoarea scaunelor. În mod obișnuit, în primele săptămâni și chiar luni de viață, la fiecare schimbare, mama găsește pe scutece o pastă galben-aurie sau verzuie, cu miros acrișor, cu consistență foarte variată de la grunjoasă până la o pastă consistentă, compactă. Pe de altă parte, nu rareori se întâmplă ca un sugar să nu aibă în decursul unei întregi zile nici un scaun. Înseamnă că laptele de mamă este digerat și folosit la maximum, fără reziduuri.

Sugarul hrănit cu biberonul ("artificial") "murdărește" scutecul de 2-3 ori pe zi; scaunele sunt mai închise la culoare, galben-fumuriu până la clar-cenușiu, ca o pastă, bine formate. Aspectul și culoarea sunt în funcție de felul alimentației. Sugarii care sunt hrăniți cu preparate adaptate (cele europene au prefixul pre-), Morinaga (Japonia), Similac (SUA) etc. au materii fecale asemănătoare cu cele emise de sugarii alimentați la sân. În momentul în care se introduc și alte alimente pe lângă lapte, scaunele se colorează în funcție de fructele sau zarzavaturile introduse (morcovi - în cărămiziu, spanac - în verde închis, banane - mai închis etc.).

Când și cum se schimbă scutecele? Sugarul va fi schimbat la fiecare masă, de cinci până la șase ori pe zi, la intervale de 3-4 ore. La fiecare alăptare mama va controla dacă scutecele sunt murdare sau umede. În caz că este "curat", cu scutece curate și uscate, iar pielea nu este iritată, nu se schimbă scutecele. De aceea, numărul schimbărilor variază după sugari și nu este același în fiecare zi. În orice caz, scutecele trebuie schimbate în fiecare zi, de cel puțin trei ori: când sugarul se trezește dimineața, după baie și când este pus în pat. Dacă este ud sau murdar, însă, va fi schimbat des. Este cea mai bună măsură de a preveni opăreala. La sugarii înfășați cu scutece "superabsorbante" (Pampers), schimbarea se poate face mai rar, nu după fiecare micțiune. La sugarii care regurgitează, se mișcă

sau adorm după supt, se preferă schimbarea înainte de a fi alimentați. Uneori sugarul înfășat plânge, se zbate și schimbarea scutecelor devine dificilă. La această categorie și la cei care au scaun în timpul alăptării, schimbarea scutecelor se face după masă. În general, înfășatul postprandial (după supt) nu provoacă vărsături dacă sugarul nu este brutalizat. Sugarul trebuie înfășat în stare de veghe.

Între mese și în timpul nopții sugarul trebuie ținut în scutece curate, mai ales când are o piele sensibilă (blonzii mai ales), dacă are o rană în zona șezutului și/sau organelor genitale și dacă se simte un miros suspect.

La schimbarea scutecelor, controlați dacă pielea are nevoie de o curățire și de îngrijiri speciale. Dacă scutecele sunt numai umede și pielea copilului este sănătoasă, roză, îl lăsați câteva minute gol, la aer, pentru ca umezeala să se usuce. Înainte de a-l înfășa cu scutece curate puteți să-i pudrați popoul. Dacă sugarul este predispus la răni (roșeață, crăpături etc.), spălați-l cu apă caldă, deoarece la sugarii sensibili, urina poate să irite pielea.

Dacă fundul este deja roșu, aplicați în strat subțire o cremă calmantă. La schimbarea ulterioară curățați fundul sugarului cu o vată înmuiată în ulei obișnuit (de floarea-soarelui) sau cu un șervețel de celuloză de resturile de cremă și lăsați sugarul să dea din picioare ("să pedaleze") o perioadă mai lungă fără scutece sau chiloși ("băi de aer"). Nu mai trebuie să dați din nou cu ulei și nici să aplicați la sfârșit o cremă.

Dacă sugarul s-a murdărit rău cu materii fecale, spălați zona respectivă cu apă și săpun și nu cu ulei. Îndepărtați la început murdăria cu un colț de scutec sau cu un șervețel de celuloză, apoi puneți fundul copilului într-un vas cu apă caldă și spălați-l cu mâna sau cu o cârpă de spălat curată.

Înfășatul corect. În prezent se folosesc, spre deosebire de trecut, metodele care asigură o poziție naturală și o mișcare liberă a picioarelor. În timpul înfășatului mama poate descoperi unele anomalii ale soldurilor. Un scutec bun trebuie să aibă putere de absorbție a umezelii și să asigure o aerisire a pielii. Căldura și umezeala favorizează dezvoltarea microbilor, care duc la răni ale pielii.

Astăzi aveți posibilitatea de a alege orice fel de scutece pentru oricare metodă de înfășat. Mama va folosi metoda care i se pare mai ușoară. Pe parcurs se va putea schimba metoda de înfășat pentru a re-

zolja situațiile ce apar (roșeață, crăpături, nevoia de mișcare etc.).

Alăturat sunt schițate două metode de înfășat.

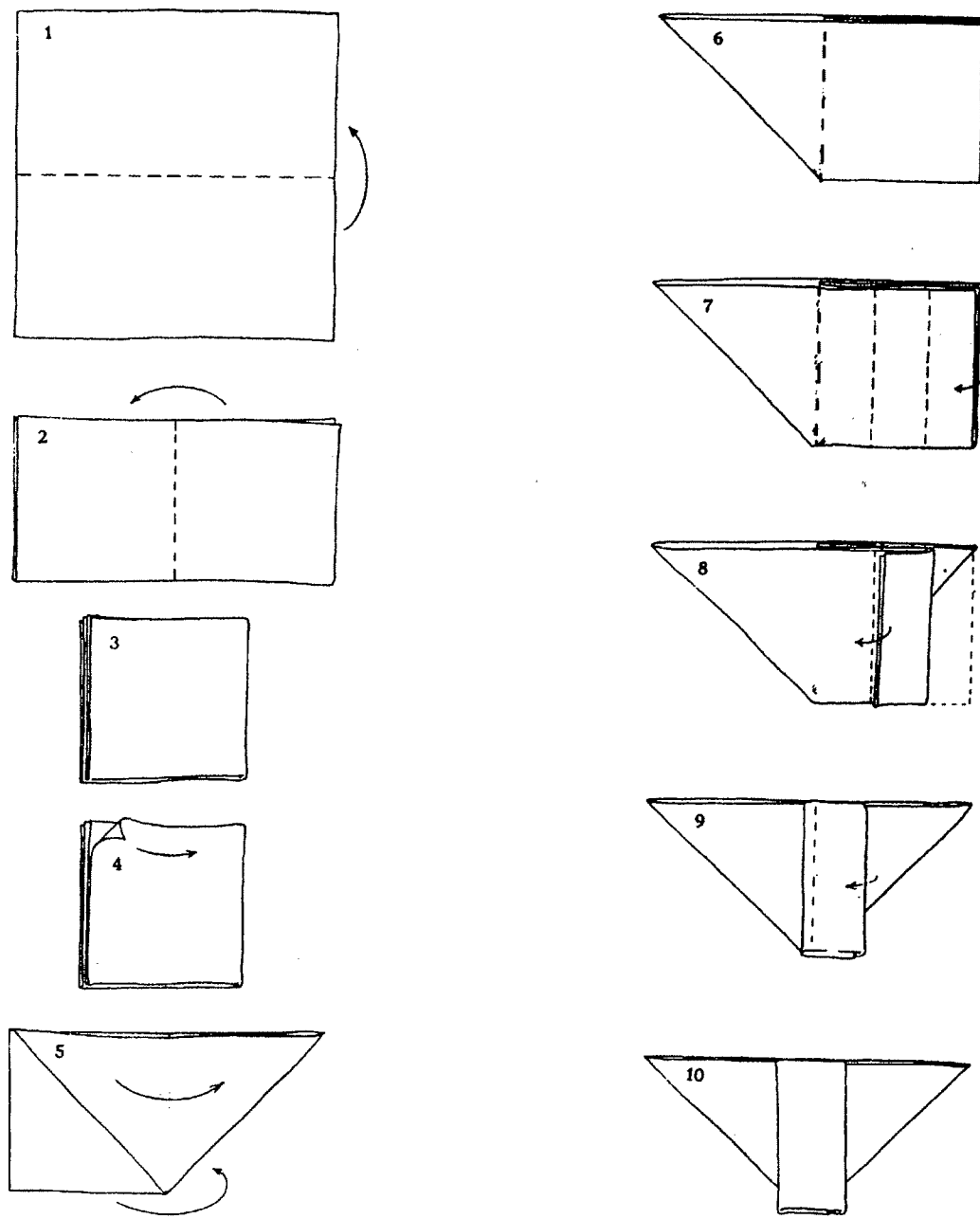


Fig. 2.38 - Îndoirea (plierea) scutecului cu "triplă grosime". 1 - Îndoii scutecul pătrat în două aducând jumătatea de jos peste cea de sus; 2 - Dreptunghiul cu 2 foi se îndoiaie spre stânga; 3 - Rezultă un pătrat cu 4 straturi; 4 - Marginile libere ale acestui pătrat sunt la stânga; 5 - Trageți colțul de sus din stânga al primei foi și o duceți la dreapta; 6 - Rezultă un scutec cu 4 foi în dreapta - sus și 2 foi la stânga cu colțul în triunghiuri; 7 - De la dreapta spre centru suprapuneți două foi pe jumătatea bazei; 8 - Redublați acest plan; 9 - Adăugați un scutec de protecție și pregătiți un ac de siguranță; 10 - Rezultă un triunghi cu vârful în jos și cu o întăritură la mijloc. Se fixează cu ace de siguranță.

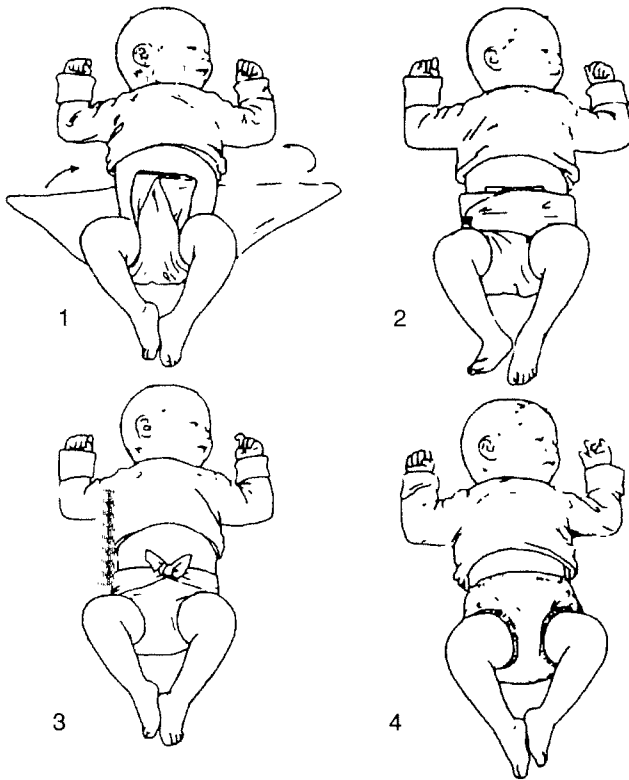


Fig. 2.39 - Înfășatul cu scutece țesute. 1 - Strecurați încet marginea de sus a scutecului triunghiular îndoit (fig.2.38) până la centura sugarului. Urcăți colțul de jos printre coapsele copilului lui, pe burtă și în timp ce-l fixați cu mâna îndoiți părțile laterale una peste alta; 2 - Colțurile de sus ale scutecului se vor fixa cu o bandă de lipit, fie cu un ac de siguranță special (la copilul mai mare cu 2 ace). Dacă se fixează cu ace puneți degetele voastre între scutec și piele; 3 - Pentru apărarea împotriva umezirii se pune o folie subțire din plastic care se fixează cu o fundă; 4 - În locul foliei din plastic se pot folosi chiloți impermeabili.

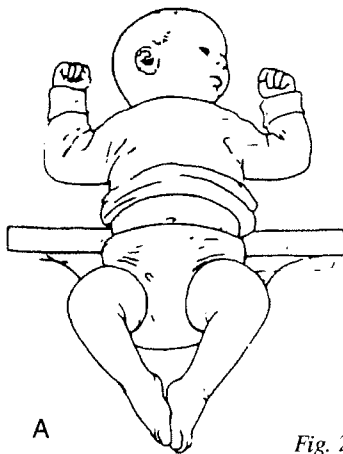


Fig. 2.40

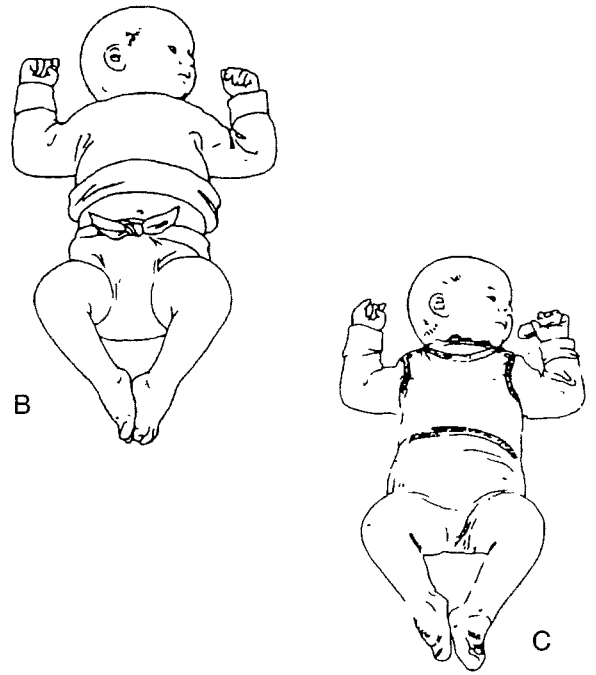


Fig. 2.40 - Înfășatul nou-născutului (n.n.). A - La n.n. partea de sus a scutecului se va fixa înapoi, sub spate; B - Marginile de sus ale foliei se trag în față peste burtă și se face fundă; C - Cu o salopetă pe deasupra este bine îmbrăcat.

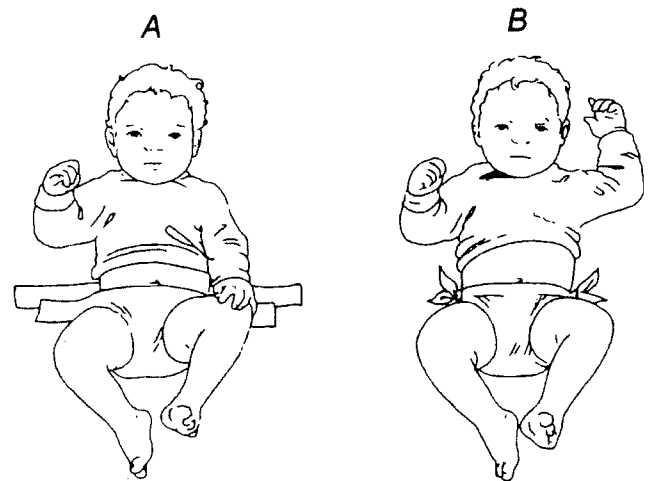


Fig. 2.41 - Înfășatul sugarului mare. A. Folia se trage mai sus până deasupra buricului; B. Colțurile foliei se fixează lateral, legate cu câte o fundă. În loc de folie se poate folosi, cu mai mult folos, chilotul absorbant (Pampers) sau un scutec-pantalon cu material absorbant (celuloză etc.) la mijloc, iar în loc de cămașă va fi îmbrăcat cu "body" (combinație de cămășuță și chiloți, încheiată cu capse).

2.4.8. Pentru îmbrăcat

Foarte influențată de modă, îmbrăcămintea are ca scop esențial să evite răcirea. Trebuie să fie practică, potrivită cu condițiile climaterice și să asigure mișcarea liberă a articulațiilor. Obiectele de îmbrăcăminte pentru sugar și copilul mic trebuie să fie ușor de îmbrăcat și dezbrăcat. Necazurile mamei vor fi evitate dacă se folosesc obiectele cu spatele mai lat și cu mâneci largi. În alegerea lucrurilor de îmbrăcăminte se vor respecta câteva reguli:

- nu se folosesc cămășuțele și pieptărașele al căror gât este împodobit cu panglici sau șnururi, care pot strangula copilul;
- se evită lâna cu fire lungi de angora deoarece copilul poate inhala părul;
- îmbrăcămintea din lână pură este iritantă pentru pielea copilului;
- se va verifica dacă obiectele de îmbrăcăminte nu sunt inflamabile;

- se vor folosi țesături de origine vegetală (bumbac, in), animală (lână), artificială (fibre de lemn - celuloză, mătase artificială, fibre artificiale), sintetice (tergal, crylor, nylon etc.). Textilele sintetice sunt practice, se spală fără a se fierbe și nu se calcă. Din păcate, adesea ele sunt prost tolerate de pielea fragilă a sugarilor.

Cămășuțele, pieptărașele, bonetele, pantalonii și batistele se confecționează din țesături de bumbac. Este important să se consulte eticheta care precizează condițiile de spălare și de întreținere.

Se evită îmbrăcămintea care se bagă pe cap pentru că nu este practică. Cămășuțele cu mânecă se bagă unele în altele, apoi se bagă trei degete în mâneca dreaptă și se apucă cu ele mâna copilului. Se procedează în același fel cu mâneca stângă. În acest mod se evită să se răsucescă degetele sugarului.

Reamintim că temperatura și climatul influențează modul de îmbrăcat al copilului:

- pe timp cald, sugarul va fi îmbrăcat cu "body" sau cu o cămașă de bumbac cu mânecă scurtă și cu un chilot de bumbac absorbant (Pampers);

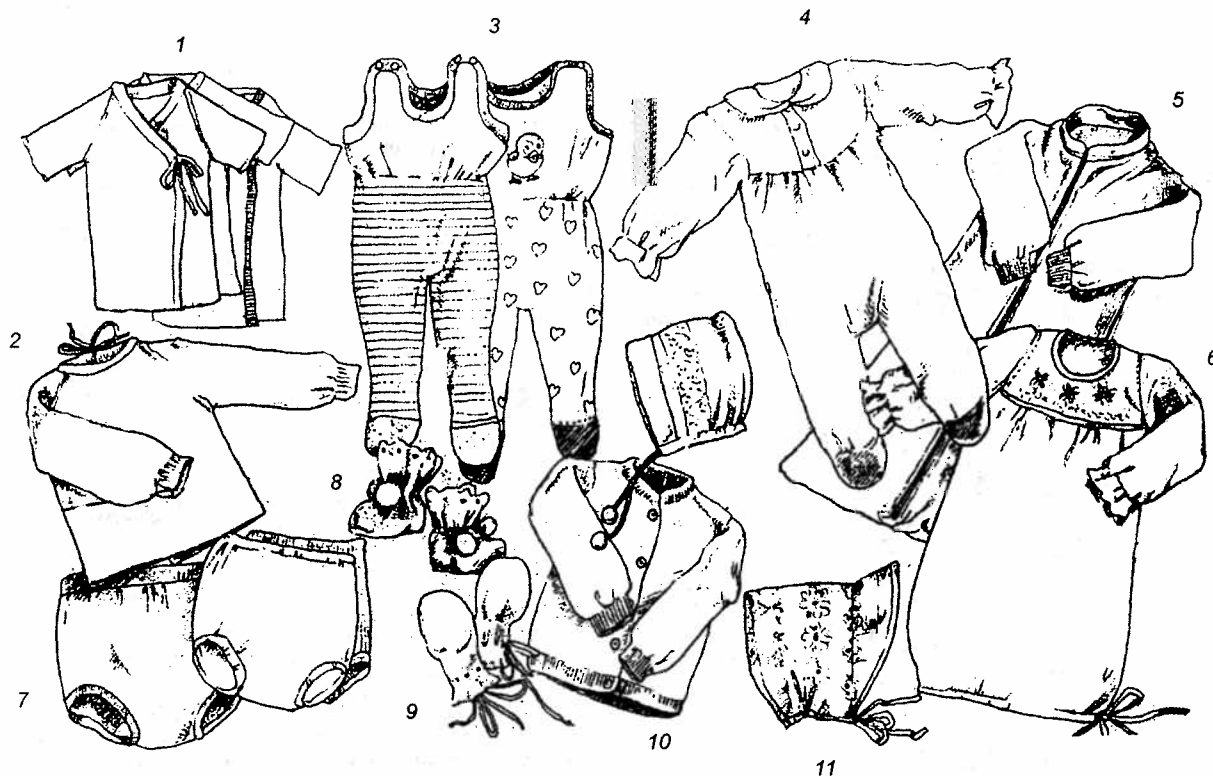


Fig. 2.42 - Obiecte pentru îmbrăcat. 1 - Cămășuțe; 2 - Jacheta; 3 - Salopeta-pantalon; 4 - Costumaș; 5 - Sac de dormit; 6 - Cămașă de noapte cu cordelușe; 7 - Chiloți sau pantalonași din frotir; 8 - Botoșei de lână; 9 - Mănuși fără deget; 10 - Garnitură pentru plimbare cu căciuliță; 11 - Căciuliță (bonetă) de bumbac.

– *pe timp rece* va fi îmbrăcat cu “body” sau cu o cămașă de bumbac fin încheiată la spate, peste care se pune o jachetă (cămășuță cu sau fără mânecă) din finet, un scutec-chilot (de preferat Pampers), un chilot lung cu picior (ciorap-pantaloni) din lână sau cu salopetă;

– *pe timp intermediar* se suprimă jacheta din finet. Ciorapul-pantaloni din lână va fi înlocuit cu o îmbrăcăminte identică dintr-un amestec de lână cu bumbac sau din doc subțire.

2.4.9. Pentru dormit

• **Somiera** trebuie să fie perfect orizontală și solid construită.

• **Salteaua** trebuie să fie relativ solidă, dar nu prea tare pentru a asigura o creștere și o formă normală a coloanei vertebrale a copilului. Trebuie să fie perfect orizontală și să se adapteze perfect la contururile patului pentru a se evita crearea unui interstițiu periculos. Poate fi umplută cu Seegras (iarbă de mare), fire de cocos, păr de animale. Saltelele din nylon prezintă avantajul de a putea fi spălate cu o soluție dezinfectantă. Saltelele învelite în întregime cu plastic măresc transpirația copilului și predispun la alergii ale pielii.

• **Cearșafurile** pentru patul copilului se confecționează din bumbac, frotir sau jersey. Sunt practice cearșafurile-plic, care nu fac cute și nu se cocolesesc; acestea se folosesc mai ales după ce copilul se deplasează de-a bușilea sau în patru labe. *La început este nevoie de trei bucăți*, de mărimea saltelei. Peste cearșaf se pune un material impermeabil. Sunt recomandabile țesăturile din molton de diferite mărimi. Sunt necesare două pături, una pentru coșuleț sau pat și una pentru cărucior.

• **Perna** nu este indicată la sugar și copilul mic.

Pentru copilul care se naște în timpul verii se folosește o pătură din bumbac sau din lână subțire. La început sunt suficiente trei bucăți. O plăpumioară - se alege cu multă grijă, din material moale și ușor, tot lavabil, de mărime potrivită (80 x 80 cm la început), de culoare albă, cu imprimeuri vii colorate și, dacă este posibil, să fie prevăzută cu șireturi sau panglicuțe cu care se fixează la marginea patului.

• **Doi saci de dormit pentru noapte.** Copilul are nevoie de mișcare: dă din picioare, se întoarce, își

schimbă poziția, iar cu vârsta începe să se deplaseze prin tot patul. Sacul permite libertatea mișcărilor și acoperirea corpului. În funcție de temperatura din cameră se pot confecționa din finet, bumbac tricotat, molton sau prosop-frotir. Pentru vară se folosesc numai saci confecționați din materiale subțiri. Se va acorda o atenție deosebită în ce privește dimensiunile care să nu fie nici prea strâmte, dar nici prea mari.

• **Sacul de dormit matlasat** este indicat când copilul doarme afară sau este plimbat în anotimpul friguros. Se folosește la sugarul mare și copilul mic, care se mișcă mai mult. Repetăm, se folosește numai când copilul este expus frigului (camere răcoroase, anotimp rece). Atenție la folosirea așa-ziselor “pături de siguranță” sau de dormit care se leagă de marginile patului. Sugarul și copilul mic se mișcă fără să aibă o perfecționare a motricității. Copilul mic mai ales trebuie să fie îmbrăcat corect. Trebuie să i se asigure libertatea de mișcare și să nu fie forțat să stea întins în pat. S-a întâmplat ca folosirea incorectă și nesupravegheată a copilului introdus în sacul de dormit să-i permită să se încurce în șnururi sau panglici și să se sufocă.

În primele luni de viață sugarul poartă aceeași îmbrăcăminte atât ziua cât și noaptea.

2.4.10. Întreținerea scutecelor

Scutecel trebuie spălate foarte bine pentru a elimina orice urmă de amoniac și a distruge microbii din scaune, surse de iritații și de infecții ale pielii. În prezent se vând produse bactericide care ușurează mult munca mamei. Mai întâi scutecel se clătesc într-o baie sterilizantă pe o durată de timp precizată în modul de întrebuințare. Scutecel îmbibate cu urină se clătesc cu apă rece, se zvântă și apoi se scufundă într-unul din recipiente. Scutecel murdare se curăță de materii fecale, care se aruncă, se clătesc și se scufundă într-un alt lighean (altul decât pentru scutecel cu urină) sau în mașina de spălat de unde se scot după ce se scurg în timpul prevăzut.

Pentru spălat se folosesc de preferință *fulgi de săpun pur*. Se evită detergenții de proastă calitate, care ar irita pielea. Dacă se folosește un produs care să înmoaie țesăturile care au devenit aspre, scutecel (și lenjeria în general) se vor clăti bine, deoarece aceste substanțe,

indiferent ce spun fabricanții, pot provoca înroșirea pielii. Fierberea se recomandă numai dacă sugarul are o infecție a pielii sau scutecele sunt pătate și/sau au devenit cenușii. Dacă se folosesc bactericide, rufele se spală și se clătesc cu apă caldă. Scutecele colorate nu se înmoaie în baie bactericidă, deoarece s-ar decolora.

Celelalte rufe (cămășuțe, pieptărașe, bonete, cearșafuri, salopete etc.) se spală normal.

Planificare. Cum s-a spus mai sus este bine să se asigure o bună aprovizionare cu scutece și celelalte obiecte de înfășat sau îmbrăcat. Se procură două recipiente din material plastic. Se alege ligheane sau găleți solide, cu capac și mânere și suficient de adânci pentru a conține, pe lângă apă, cel puțin șase scutece. Se evită obiectele de dimensiuni mari și/sau grele, greu de transportat. Dacă nu se găsesc articolele dorite, se va recurge la găleți obișnuite.

Întreținerea chiloșilor impermeabili. Când sunt uzi sau pătați se spală cu apă caldă, adăugând în apă puțin din lichidul folosit pentru veselă. Plasticul devine inutilizabil dacă se folosește o apă prea caldă sau prea rece. Se pun apoi între două rufe uscate. Pentru a le face suple se trec printr-un storcător împreună cu prosoape din țesut spongios (burete).

Cum se înlătură scutecele de unică folosință. Se aruncă schimbul complet, inclusiv ambalajul de plastic. În caz de portscutece sau scutec-chilot se aruncă numai pernița. Scutecele de unică folosință nu se aruncă niciodată în closete pentru că sifonul le-ar opri și WC-ul s-ar înfunda. De aceea, după ce se curăță de materii fecale, se zvântă și se închid într-un sac-pubelă. Sacul se leagă bine.

Câteva sfaturi:

- Mirosurile dezagreabile se înlătură atârând cu o panglică un bloc deodorant la fiecare vas în care se înmoaie rufele.

2.5. Alimentația

În ultimele decenii s-au înregistrat progrese mari în dietetica infantilă.

S-au dobândit noțiuni noi asupra fiziologiei nutriției și s-au realizat progrese extraordinare în industria

- Pulberea bactericidă sau de detergent se pune în lighean înainte de a turna apa, altfel aceasta se va dispersa și va fi inhalată de mamă.

- Scutecele de unică folosință provenite de la sugari cu diaree sau cu infecții cutanate se ard.

- **Uscarea lenjeriei.** Rufăria bine stoarsă este întinsă la uscat, de preferință la aer și soare, pe sârme montate special pentru acest scop, care se șterg înainte de a se așeza rufele. În casele în care nu se poate beneficia de un spațiu cu expunere la aer se vor usca după posibilități, dar niciodată în camera copilului. Uscarea în aer liber înmoaie rufele, în timp ce radiatorul le înăsprește.

- **Călcatul. Presatul.** Înainte de a trece la călcat se verifică lenjeria și se repară obiectele care sunt rupte. Călcatul asigură sterilizarea rufăriei și îi dă un aspect plăcut. În colectivități, această operație poate fi înlocuită prin presare. Lenjeria presată este mai moale decât cea călcată cu fierul, în schimb călcatul prezintă avantajul că sterilizează. Îngrijirea lenjeriei trebuie făcută întotdeauna cu minuțiozitate. Nici o infirmieră de spital sau de colectivitate de copii sănătoși și nici o mamă, la domiciliu, nu trebuie să devină superficială în această problemă, deoarece orice neglijență poate să aibă urmări grave pentru sugari (diaree de origine infecțioasă, piodermite, hepatită epidemică etc.).

- **Obiectele de lână** se spală separat, cu apă caldă și săpun, clătindu-se tot cu apă caldă; nu trebuie frecate și nici stoarse. După cel de-al doilea clătire țesătura de lână se pune într-o cârpă de bumbac și se stoarce ușor strângând totul în formă de sul. Apoi se întind la aer, însă nu direct la soare sau lângă sobă.

- **Mușamalele.** La fiecare schimbat se șterg cu un scutec umed curat și apoi uscat. La două zile mușamaua se schimbă, se spală bine cu apă și săpun sau cu detergenți și se uscă.

alimentară (îndeosebi în ceea ce privește produsele dietetice pentru diferite vârste).

De asemenea, au survenit schimbări mari în modul cum se abordează problema alimentației. În primele

decenii ale secolului al XX-lea, medicii pediatri impuneau orare rigide sugarilor și mamelor. În același timp se crease o întreagă alchimie în privința modului de pregătire a diferitelor preparate din lapte. Acestea au fost înlocuite cu o concepție mult mai realistă și mai firească pornind de la cunoașterea nevoilor nutriționale ale sugarului. Rigiditatea concepțiilor pediatriilor din trecut trebuie înțeleasă în funcție de nivelul cunoștințelor medicale și de contextul social al epocii, în care mamele și medicii erau îngroziți de numărul mare de sugari care mureau, adesea fulgerător, în urma diareilor acute. La timpul respectiv se punea prea puțin preț pe cauza infecțioasă a diareilor. Tulburările de creștere și diareile erau atribuite alimentației defectuoase și foarte puțin subalimentației și infecției, care sunt în realitate cauzele principale.

Introducerea preparatelor moderne ("lăpturi adaptate", "formule") industriale de lapte și folosirea frigiderului (și a celorlalte mijloace de refrigerare și conservare a produselor lactate) au redus în mare măsură riscurile infecțiilor digestive.

Concomitent s-a înregistrat pe plan mondial un fenomen îngrijorător, marcat prin scăderea vertiginosă a numărului de mame care alăptau, mai ales în mediul urban. Acest fenomen a fost favorizat de larga accesibilitate la preparatele industriale de lapte destinate să înlocuiască laptele matern. Prin intermediul unor acțiuni largi de educație sanitară pentru promovarea alimentației naturale se observă astăzi atât în străinătate cât și la noi în țară sporirea numărului de mame care alăptează și creșterea duratei de alăptare.

*Felul alimentației și morbiditatea*¹ la sugar. Cu decenii în urmă, statistica mortalității² servea drept argument important în sprijinul superiorității alimentației naturale față de orice alt mod de alimentație. Din această statistică rezultă că la sugarii alimentați artificial, mortalitatea era de 5-7 ori mai mare decât la sugarii alimentați natural. Această constatare era valabilă atât la noi în țară, cât și în străinătate.

Astfel, în anul 1874, la München, mortalitatea sugarilor alimentați la sân era de 15%, în timp ce a sugarilor hrăniți artificial era de 75%. La Berlin, în 1887, au murit prin afecțiuni digestive în lunile de vară de 20 de ori mai mulți sugari hrăniți artificial decât cei hrăniți la sân.

¹ Din lat. *morbidus* = bolnăvicios; proporția de îmbolnăviri.

² Din lat. *mortalitas* = mortalitate; proporția de decese.

Pe baza marilor progrese ale igienei laptelui, dar și ca urmare a lărgirii și consolidării cunoștințelor noastre în domeniul alimentației, măsurile de protecție pentru sugar au putut fi atât de bine puse la punct, încât în multe regiuni mortalitatea sugarilor alimentați artificial abia dacă mai depășește pe aceea a sugarilor alimentați natural. De aceea, în momentul de față se folosește un criteriu mult mai fin, și anume statistica morbidității sugarului. Toate studiile statistice arată că sugarii alimentați artificial se îmbolnăvesc mult mai frecvent în primele 4-5 luni de viață. Din 8 sugari internați în spital, numai unul dintre ei este alimentat la sân (Harnack).

2.5.1. Alimentația maternă (la sân, naturală)

În afară de unele cazuri bine motivate, este bine să se respecte legile naturii. Se știe că la orice animal, dezvoltarea optimă este asigurată cu laptele propriei specii.

Laptele și dragostea de mamă nu se înlocuiesc!

Și la om, laptele matern garantează o bună dezvoltare a sugarului. Așa cum s-a văzut anterior (pag. 32) este singura hrană care este adaptată nevoilor nou-născutului și sugarului. Este laptele care se digeră cel mai ușor, cu o solicitare minimă din partea organismului sugarului. În același timp este singurul lapte crud care poate fi băut fără pericol, pentru că ajunge direct, curat și steril, din sânul mamei la sugar. Hrănit exclusiv la sân, sugarul nu va suferi de infecții intestinale de origine alimentară. Consumat crud, laptele păstrează intact conținutul în vitamine și săruri minerale. *Laptele uman conține o serie de substanțe protectoare (anticorpi, enzime) împotriva unor boli.*

Alimentația la sân prezintă și un alt avantaj mai puțin cunoscut: *permite o adaptare mai ușoară la cantitatea de lapte necesară fiecărui copil.* Acesta poate suge cât simte nevoia. Se pare că din această cauză sugarii hrăniți la sân își sug degetul mai puțin decât cei alimentați artificial. S-ar părea că aici intervine și surplusul de afecțiune și intimitate care se stabilește între mamă și sugar prin actul alăptării.

Involuția uterină este mult mai rapidă. Alăptarea conferă, se pare, mamei o *protecție împotriva*

cancerului de sân și are acțiune contraceptivă (menstruația survine mai târziu), *permițând spațiarea nașterilor* la un interval de 2 ani, optim pentru produsul de concepție.

Din punct de vedere practic, mama care alăptează *economisește multe ore de lucru, griji și cheltuieli*. Într-adevăr, ea nu sterilizează biberoane, nu calculează diluții, concentrații și adaosuri. Ea nu prepară și nu fierbe nimic, nu are grijă să-și procure lapte praf sau să controleze temperatura înainte de a-l da copilului. *Alăptarea constituie, așadar, o mare economie de timp, de energie și de bani*.

Cea mai neinițiată mamă învață în câteva minute puținele reguli ale alăptării, pe când pentru însușirea tehnicii alimentației artificiale, pe lângă îndemănare, este necesară o întreagă "știință", mereu modificată de progresele actuale ale medicinei.

Pe plan psihoemoțional, alăptarea creează o *legătură trainică cu copilul*. Mama care hrănește copilul la sânul său simte în străfundul ființei sale că-i dă ceva ce nu-i poate oferi nici o altă persoană și acesta este un simțământ unic pentru femeie. În noianul de griji, de incertitudini, de dureri, de speranțe și de trăiri atât de intense și de împărțite, alăptarea devine pentru o mamă echilibrată o adevărată plăcere, conferindu-i sentimentul și satisfacția deplină de a fi mamă.

Emoțiile și grijile legate de fiecare supt, de-a lungul multor luni, vor pretinde, firește, un mare sacrificiu din partea mamei; ea va fi obligată să renunțe la distracții și la o mare parte din libertatea de mișcare în afara familiei. Temerile de ordin estetic nu trebuie să fie niciodată un motiv de a renunța la alăptare. Volumul țesutului glandular se va micșora din nou după ce se termină alăptarea.

Cea mai frecventă explicație a mamelor care nu alăptează: insuficiența secreției lactate. Apoi vin următoarele motive: contraindicațiile medicale, refuzul nou-născutului de a suga (mamelon ombilicat, turtit, retractat etc.), crăpături sau abcese ale sânilor, impresia de inutilitate de la perfecționarea lăpturilor moderne, probleme de estetică a sânilor.

J.B.Jeliffe, specialist american în alimentația copilului, afirmă că insuccesul alăptării la sân se datorește mai ales lipsei de convingere, anxietății și numeroaselor ocupații ale femeilor moderne, toate cauzele care se interferează cu elementul psihosomatic al evacuării și reflexului de ejecție a laptelui. Se ajunge atunci la cercul vicios al unei suiri insuficiente a

laptelui, al unui sugar furios, înfometat și o mamă traumatizată și speriată că nu are destul lapte.

*
* *
*

Dintre alte cauze depistate în diverse anchete și din observațiile practicienilor se citează:

– Nou-născutul nu este pus să sugă imediat ce a fost născut.

– "Laptele meu nu convine copilului!". Această explicație este adesea regăsită în caz de vărsături alimentare provocate în realitate de alte cauze (stenoza pilorului, greșeli în tehnica alăptării etc.).

– "Laptele meu este apăsător și nehrănitor". Această impresie pe care o resimt numeroase mame se datorește comparației pe care o fac cu culoarea și vâscozitatea laptelui de vacă (mai multă cazeină etc.).

– "Laptele meu este prea tare".

– Tulburările de instalare a lactației normale provocate de greșeli grosolane (introducerea biberonului, cântăriri frecvente și anxioase, orarii fixe).

– Sfaturi stupide.

– Dificultăți din partea copilului.

Una din cauze o constituie lipsa de informare a femeilor atât în timpul sarcinii, cât și în cursul internării în maternitate.

Folosirea biberonului în primele săptămâni, când nou-născutul nu are putere și nu "știe" să sugă, iar secreția lactată nu este complet instalată, duce aproape în toate cazurile la înțărarea precoce (nou-născutul nu este pus regulat la sân; nu mai "vrea să tragă din sân"; o parte din lapte rămâne neevacuat, secreția de lapte scade).

La ieșirea din maternitate, emoțiile și eforturile fizice pe care le implică revenirea acasă, pot determina adesea o *scădere temporară a secreției lactate*. Medicul sau/și asistenta de familie sunt datori să viziteze frecvent lăuza, să-i organizeze programul, să o sfătuiască în toate problemele. Limitarea eforturilor fizice, păstrarea repausului la pat, evitarea supărărilor și a exceselor de impresii, alimentația corectă și, mai ales, *angajarea întregii familii în ajutorarea mamei* sunt mijloacele cu care se poate corecta această scădere a secreției de lapte. De asemenea este foarte important să nu se treacă nejustificat la completări cu alte preparate de lapte și nici la folosirea biberonului pentru a se da completările de lapte sau de ceai. În astfel de situații, mama se va mărgini doar să dea nou-

născutului câteva lingurițe de ceai îndulcit cu zahăr (1/2 linguriță la 100 ml), între mese, la nevoie, pentru a evita apariția "febrei de sete".

Sugarul va fi pus des la sân, după un *orar elastic*, în perioadele când este treaz. Dacă acesta nu are putere sau "nu știe" să sugă, se vor goli sânii prin muls corect, imediat după fiecare supt. Dacă sugarul este liniștit, buzele și mucoasa gurii nu se usucă, dacă temperatura sugarului este sub 37,6°C (rectal), dacă urinează mai mult de 5 ori în 24 de ore, iar temperatura din cameră nu depășește 22-24°, nu este necesar adaosul de lichide.

Regula generală este de a oferi un singur sân la o masă, pentru a fi complet golit. După opinia noastră, în primele zile și chiar mai târziu, dacă secreția de lapte nu este suficientă, *sugarul va fi pus la ambii sânii*, alternând ordinea cu care se alăptează de la o masă la alta.

2.5.1.1. Tehnica alăptării

Mama și nou-născutul trebuie să învețe, fiecare în felul lui, "tehnica" corectă a alăptării. Orice nou-născut normal execută, după câteva zile de viață, mișcările normale de supt. În continuare, mama este datoare să-l "învețe să mănânce", înțelegând prin aceasta:

- să prindă mamelonul și areola;
- să-și găsească singur poziția corectă a capului, gurii și nasului;
- să nu înghită aer;
- să nu adoarmă la sân;
- să "termine repede" cu fiecare masă și
- să fie culcat imediat după aceea.

Ușor de spus, dar greu de pus în practică de multe ori! Unii nou-născuți par să se fi născut cu foame și cu "lecția învățată", în timp ce alții au nevoie de câteva zile sau săptămâni până reușesc să sugă corect. Fiecare copil are de pe acum particularitățile sale și mama recunoaște unele manifestări ale "personalității".

Ceea ce este sigur și trebuie întipărit în mintea oricărei mame (și a întregii familii, care este datoare s-o ajute pe mamă în acest scop) este că, între alți mulți factori care influențează instalarea, creșterea și menținerea secreției lactate, cei mai importanți sunt:

- alimentația la cerere, inclusiv noaptea;
- instalarea mamei și nou-născutului în același salon și punerea cât mai timpurie la sân (2-4 ore după naștere); sistemul se numește "rooming-in";

- dorința și voința de a alăpta;
- punerea regulată a sugarului la sân;
- starea sufletească și echilibrul nervos al mamei;
- armonia vieții de familie;
- vigoarea și "priceperea" nou-născutului la supt;
- conștiințiozitatea, pregătirea profesională și energia asistentei de familie;
- starea de sănătate a mamei și nou-născutului;
- unele medicamente administrate mamei și nou-născutului.

Pentru ca tehnica alăptării să se efectueze corect socotim că trebuie să insistăm asupra câtorva puncte, valabile de altminteri atât la maternitate, cât și la domiciliu:

a) Ca orice lucru nou, tehnica alăptării trebuie "învățată" bine de către mamă.

b) Un nou-născut la termen, cu greutate normală, dar care nu sugă și nu înghite când este pus la sân, zile în șir și la toate supturile, este un copil care poate pune probleme în viitor și care probabil a suferit în timpul sarcinii și/sau nașterii.

c) În timpul cât alăptează, lăuza trebuie să fie calmă, să nu i se facă observații. Acasă va alăpta singură în cameră, fără "asistență" și "consilieri", care o sustrag, o necăjesc și îl tulbură pe sugar. Conversațiile în timpul alăptării sunt interzise.

d) Înainte de a pune nou-născutul la sân, mama se va spăla cu grijă pe mâini; din timp în timp își va curăța unghiile, în prealabil tăiate scurt. Părul lung ce cade pe umeri va fi ridicat și strâns cu un batic. Se înlătură sutienul cu care sunt susținuți sânii, apoi se îndepărtează compresele sterile de pe mameloane. Cu alte comprese sterilizate sau cu o batistă curată, înmuiate în apă caldă, se spală mameloanele, areola și pielea din jur.

Nu se ung sânii cu substanțe grase și nu se aplică substanțe dezinfectante, care s-au dovedit inutile și uneori vătămătoare. Soluția de acid boric, recomandată atâta vreme, s-a dovedit pe de o parte iritantă pentru piele, ducând la formarea de crăpături (fisuri mamelonare), iar pe de altă parte, toxică pentru sugar.

e) Mirosul parfumurilor și deodorantelor folosite de unele mame face pe unii sugari să refuze sânul.

f) Pregătirea mamei pentru alăptare se face înainte de trezirea sugarului. Dacă este nevoie să aștepte până ce mama este gata de alăptat, el va deveni nervos, nu va prinde bine mamelonul, va înghiți mult aer, va sugă cu întreruperi, fără vigoare sau chiar va adormi la sân. Unii sugari nu vor să sugă dacă sunt treziți din somn;

probabil nu au senzația de foame și nu și-au satisfăcut nevoia de somn. Este unul din motivele care a dus la "alimentația la cerere", singura pe care noi o recomandăm la sugarul sănătos, la domiciliu.

g) Pentru supt se va alege poziția cea mai confortabilă atât pentru mamă, cât și pentru sugar. În primele zile, lăuza va alăpta stând în pat, cu o pernă sau o pătură făcută sub cap, în așa fel ca partea de sus a trunchiului să fie puțin ridicată. Mama va sta culcată pe o parte, iar nou-născutul va fi așezat cu fața spre mamă, pe unghiul format între brațul și antebrațul de partea sânelui din care alăptează (fig. 2.43).



Fig. 2.43 - Alăptarea în poziție culcată.

Cu cealaltă mână mama va ține sânul, introducând mamelonul în gura nou-născutului.

Mai târziu, când mama s-a restabilit, alăptarea se face în poziție șezând, pe un scaun comod, cu spătar (nu pe marginea patului), sprijinind picioarele pe un scăunel. Sugarul va fi ținut puțin întors pe o parte, cu capul în unghiul format de braț și antebraț. Capul sugarului nu trebuie lăsat prea mult pe spate, întrucât această poziție îl împiedică la supt (fig. 2.44).

h) Mama va introduce în gura nou-născutului mamelonul și areola (dacă aceasta este îngustă, el cuprinde chiar și o parte din pielea de dincolo de areolă); numai așa presiunea exercitată de mișcările de supt ale sugarului face să vină laptele prin canalele de scurgere a laptelui (canale galactofore). Dacă presiunea buzelor și gingiilor se exercită numai pe mamelon, pe lângă faptul că este în mare parte ineficientă ("nu vine lapte"), se pot produce eroziuni sau crăpături la nivelul



Fig. 2.44 - Alăptarea în poziție șezând pe un scaun cu spătar, sprijinind picioarele pe un scăunel.

mamelonului, care determină durere locală, scăderea secreției lactate și chiar infecții.

Mama va prinde sânul la marginea areolei strângându-l între degetul arătător și cel mijlociu, pentru ca nasul sugarului să rămână liber pentru respirație (fig.2.45). În același timp, compresiunea exercitată cu policele (degetul mare) ceva mai sus pe sân ajută la evacuarea laptelui din canalele galactofore.

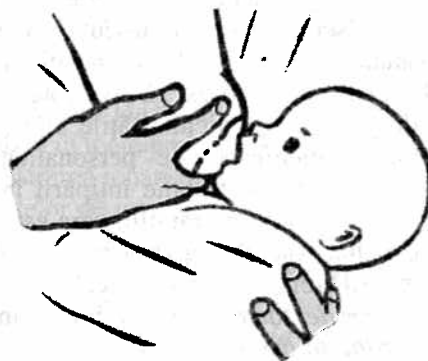


Fig. 2.45 - Mama oferă sugarului sânul cuprins între degetul arătător și mijlociu, având grijă să nu împiedice respirația nazală.

i) În timpul alăptării nu se va îndepărta niciodată sugarul de la sân, pentru ca mama să facă față altor solicitări (să răspundă la telefon, să deschidă o ușă etc.). *Smulgerea brutală a sânului din gură poate duce ulterior la refuzul alăptării.*

Dacă nou-născutul adoarme în timpul suptului, înainte de a fi luat cantitatea necesară (după părerea mamei), mama va mișca ușor mamelonul în gura sugarului sau îl va retrage puțin. Dacă nu se trezește este bine ca sugarul să fie culcat.

j) Ce se face dacă nou-născutul nu golește sânul pentru că se satură prea repede? Dacă este un sugar viguros, care sugă la 3-4 ore și se satură, mama va mulge restul de lapte cu mâna. Dacă sânul nu este golit complet la fiecare supt, secreția de lapte scade.

k) Când sugarul este prea debil pentru a goli sânul, restul de lapte se mulge cu mâna sau cu pompa într-un vas curat, smălțuit. Apoi se încălzește la temperatura corpului și se dă cu lingurița, cu biberonul sau chiar cu pipeta.

l) Dacă mama crede că pentru a avea lapte la masa următoare este bine să-i dea un biberon sugarului, ea se înșeală. Cu timpul, lipsind stimulentele fiziologice (golirea regulată a glandelor mamare), secreția lactată se va micșora.

m) Pentru sugar este important ca la alăptare să fie: în stare de veghe, flămând, uscat (schimbat), înfășat corect și comod (nu prea strâns, nu prea gros, dar nici prea ușor), să aibă o poziție corectă la sân.

n) După a 10-a - a 15-a zi de viață, prelungirea suptului peste 15 minute (cel mult 20 de minute) obosește pe mamă și duce la rănirea mamelonului. Sugarul își formează deprinderea de a adormi ori de câte ori este pus la sân; după ce trage câteva minute din sân adoarme; la încercarea de a-l pune în pat se trezește, începe să țipe, iar dacă este pus la sân trage de câteva ori și adoarme din nou. Se creează un cerc vicios care duce la micșorarea secreției laptelui, la subalimentarea sugarului și la dereglarea programului supturilor.

În primele 5-10 minute sugarul sugă cantitatea cea mai mare de lapte și golește sânul în 10, cel mult 15 minute. După aceea, el sugă numai pentru a-și satisface nevoia de "a sugă" și plăcerea de a fi ținut în brațe (și nu pentru a primi mai mult lapte).

o) Orice rest de lapte se va extrage manual ("se mulge") sau cu o pompă specială după fiecare supt.

p) Nu se va impune un orar rigid al meselor (nu se trezește din somn, nu se așteaptă ora mesei).

r) Între mese nu se va da nou-născutului să bea mult ceai (nu se va îndulci excesiv!) și nici nu va fi ținut în brațe.

s) În timpul alăptării mama simte sete, uscăciune a gurii și o "sfârșeală". *De aceea se recomandă ca înainte, în timpul și după alăptare, mama să consume lichide, având pregătit dinainte paharul cu lapte, ceai de plante, compot sau apă.*

Eructarea (râgâitul). După supt, nou-născutul va fi ținut pentru eructare (evacuarea aerului din stomac) și calmarea colicilor în poziție verticală, în brațe, cu burta lipită de trupul mamei, de dorit, dezgolit (mama va alăpta cu o rochie ce se încheie în față). Compresiunea și căldura locală a pielii mamei alină durerile abdomenului și favorizează evacuarea gazelor din stomacul copilului. După ce este ținut circa 3-5 minute în brațe de către mamă, sugarul va fi culcat pe dreapta. Poziția pe burtă este contraindicată în prezent, fiind presupusă ca o cauză a morții subite a sugarului. Unii sugari eructează ușor, alții numai după câteva minute. Eructăția poate fi ușurată dacă sugarul este înclinat puțin pe dreapta.

În cursul primelor 2-3 săptămâni este indicat ca nou-născutul să eructeze la fiecare masă, uneori chiar de două ori (o dată în timpul suptului și a doua oară după supt). Mai târziu depinde de sugar dacă mai este sau nu nevoie de eructație. Dacă sugarul nu eructează, aerul înghițit în timpul suptului poate produce distensia stomacului, provocând sughițuri, regurgitații, vărsături sau colici.

2.5.1.2. Orarul meselor

Variază în funcție de necesitățile specifice ale fiecărui nou-născut. Or, se știe că există limite mari de variații ale apetitului nou-născutului. Durata de evacuare a stomacului variază între 1 și 4 ore. Pofta de mâncare și rația la fiecare masă diferă mult în primele 4-6 săptămâni. De aceea, schema de alimentație va fi bazată pe reglarea proprie, de către sugar, a ritmului meselor.

La noi în țară, ca și în alte țări, există în momentul de față contradicții între susținătorii orarului rigid și cei ai libertății totale în ceea ce privește numărul și intervalul dintre mese.

La noi, în cursul ultimilor 50 de ani, s-a respectat, în general, orarul strict de alăptare, cu 7 mese în 24 de ore (6; 9; 12; 15; 18; 21; 24 și o pauză de noapte de 6 ore) sau cu 6 mese (6; 9,30; 13; 16,30; 20; 23,30 și o pauză de noapte de 6½ ore). În ultimii ani unii pediatri susțin să se administreze numai 5 supturi în 24 de ore (la intervale de 3½-4 ore și o pauză de noapte de 8 ore).

Rigiditatea orarului era altădată o dogmă. Iată ce spunea pediaterul german Degwitz în jurul anilor 1940: "Mamele nu trebuie să devină sclavele sugarului. Sugarul trebuie să învețe să se stăpânească. Cu ajutorul unui program rigid de îngrijire și alimentație, el este ajutat pe această linie. Rolul sugarului este pur pasiv. El nu mănâncă, ci este alimentat; el nu doarme, ci este culcat". Este bun acest sfat? Nu cumva în această alimentație rigidă se găsesc rădăcinile inapetenței și reacțiile de negativism ale multor copii? Cu un astfel de program fix și nefiresc nu intrăm în conflict cu bunul simț și observațiile multor mame?

În învățământul medical de toate gradele și în practica pediatrică de toate zilele mulți au aplicat această concepție, încercând să insufle mamelor teama de orare libere, găbind motivări psihologice¹. Printre altele se susținea că supturile la ore neregulate conduc, în mod sigur, la formarea de copii răsfățați. S-a mers până acolo încât s-a susținut că în afara orelor de supt, sugarul să nu fie luat în seamă, chiar dacă plânge tot timpul. Majoritatea sugarilor s-au acomodat foarte bine la aceste ore stricte. Au existat și vor exista însă rebeli la orice reglementare: sugari al căror stomac nu poate să conțină o rație care să ajungă pentru patru ore, sugari care adorm în timpul suptului, sugari nervoși sau care suferă de dureri ("colici") intestinale.

Până la instaurarea unei concepții liberale în privința regimului alimentar, nici un medic sau asistentă de ocrotire nu ar fi avut îndrăzneala să susțină să se dea sugarului să bea, nici să sfătuiască pe mamă să-l ia în brațe pentru câteva minute în afara orelor de supt cu toate țipetele acestuia. Situația era dramatică pentru mama conștiincioasă, disciplinată, care - ascultând de sfaturile medicale - se chinuia, forțându-se să-și învingă dorința de a-l liniști pe sugar. Noroc că multe din ele lăsându-se conduse de instinctul matern și observând

¹ De subliniat că marele nostru maestru prof. dr. A. D. Rusescu, contrar opiniei generale, conducându-se după lunga sa experiență, a fost tot timpul adeptul unui orar elastic în alimentația naturală, meținând în primele săptămâni și suptul de noapte.

caracteristicile propriului copil, încălcau acest program fără nici o autorizare. În deceniul al 5-lea al acestui secol, în Statele Unite, această concepție rigidă a început să fie tratat părăsită.

Iată ce scrie medicul american Benjamin Spock în celebra sa carte "The common sense book of baby and child": "primele încercări au fost făcute de medicul Preston Mc Lendon în colaborare cu psiholoaga Frances P. Simsarian, ea însăși proaspătă mamă. Ei au vrut să știe ce fel de orar ar adopta Simsarian-junior, dacă ar fi hrănit la sân de fiecare dată când îi este foame. În primele zile nou-născutul s-a culcat la ore destul de neregulate. În momentul "suirii" laptelui (în a doua jumătate a primei săptămâni) s-a trezit și mai des, de aproximativ 10 ori pe zi. La două săptămâni, el nu mai pretindea decât 6-7 supturi pe zi, la intervale neregulate. Spre vârsta de 10 săptămâni a ajuns singur să ia un prânz la aproximativ 4 ore". Această metodă a luat numele de "regim liber" (sau "la cerere"). De atunci, din 1942, ea a fost din ce în ce mai larg adoptată, spre marea ușurare a părinților și copiilor.

Cum se stabilește un orar de alimentație. La sosirea din maternitate, cei mai mulți dintre nou-născuți își anunță foamea din 3 în 3 ore și numai foarte puțini la 4 ore, de obicei de 6-7 ori în 24 de ore. La început se va încerca alimentația după orarul din maternitate, fixat de medicul secției de nou-născuți (deci după programul cu care este obișnuit). După experiența noastră, însă, majoritatea vor dori 6-8 mese în primele 4-6 săptămâni de viață. Cei mai mici, cu stomac ce se evacuează mai repede, doresc să mănânce la circa 3 ore. O mare parte se trezesc la miezul nopții și la ora 2 noaptea. Sunt puțini nou-născuți care nu mai doresc încă o masă după miezul nopții. După noi, cea mai bună atitudine ar fi de a nu trezi nou-născutul la ora 24, ci de a aștepta să se vadă dacă el solicită această masă. În loc să se folosească ceaiul (biberon, încălzire etc.), mai comod și mai util este să se pună nou-născutul la sân. Cu timpul, sugarul va suge tot mai rar la această oră și, spre vârsta de 3-4 săptămâni, ajunge singur să nu se mai trezească noaptea, ci dimineata. Unii nou-născuți renunță mai întâi la masa de la ora 23-24 și mai târziu la cea de la ora 2.

Nou-născutul sănătos își instalează rapid un interval de 3-4 ore între mese ziua, cu o pauză de noapte mai prelungită. În timpul zilei, pauza cea mai lungă este între prima și a doua masă (mama are lapte din abundență). Unele mame se plâng uneori că după masa

de dimineață sugarul doarme dus și nu se mai scoală deloc. Credem că atitudinea cea mai bună este ca, de la început, nou-născutul să fie lăsat să doarmă cât vrea între prima și a doua masă. Zicala “copilul crește și cu somn” conține o realitate certă.

Invers, dacă sugarul se trezește mai devreme, între aceste două mese, timp de mai multe zile, chiar dacă i se asigură condiții perfecte de liniște, înseamnă că rația de lapte este suficientă numai pentru intervalul respectiv; dacă intervalul este de 3 ore, se va continua cu acest ritm mai multă vreme, dacă este sub 2½ ore trebuie consultat medicul de copii.

Ritmul de 4 ore, impus obligatoriu după o opinie care și-a făcut adepti în ultimul timp la noi, nu poate fi util la sugarul care este flămând din 3 în 3 ore. În primele luni sugarul înregistrează foamea ca pe o senzație dezagreabilă, la care el reacționează automat prin plâns; dar el tace de îndată ce și-a potolit foamea. *Aceste reacții nu au nimic comun cu răsfățul sau cu încăpățânarea.* După ce sugarul crește va avea mai rar senzația de foame.

Avantajul programului fix de alăptare constă în faptul că oferă mamei un indicator practic pentru orele de alimentație. În plus, ea poate constata mai ușor dacă sugarul plânge de foame sau din alte motive. Acest program o ajută pe mamă la împărțirea timpului, așa că ea își poate planifica alte treburi sau se poate odihni în timp ce sugarul doarme. O împărțire ordonată, dar cu mici variații, a orarului corespunde necesităților sugarului. Mama trebuie să aibă în vedere atât comportarea sugarului, cât și programul ei zilnic de activitate. Sugestia noastră este de a avea ca obiectiv să ajungeti să hrăniți sugarul aproximativ la orele 6-10-14-18-22. La mulți sugari acest orar se stabilește către vârsta de 6 săptămâni, iar la alții după 3-4 luni.

Pentru nou-născuții care nu dorm fără întrerupere 8 ore în timpul nopții se recomandă ca, până la instalarea completă a secreției de lapte și mai ales până când curba greutateii începe să crească ritmic, să se mai dea 1-2 supturi intermediare (la orele 24, ori la 2 sau 3 noaptea). După circa 3 luni, dacă sugarul crește bine (peste 800 g pe lună), în timpul nopții se poate da ceai de anason sau de chimen îndulcit cu glucoză (un pachetel de 5 g la 100 ml ceai) sau zahăr (o linguriță rasă la 200 ml). Ceaiul prea dulce îl face pe sugar să-l prefere în detrimentul laptelui de mamă care nu este deloc dulce; de aceea la sugarii care primesc mult ceai, îndulcirea să se facă cu 5 g la 200 ml.

¹ Cifre valabile după ce a “încetat” scăderea fiziologică.

2.5.1.3. Rația alimentară în prima lună

– La sfârșitul primei săptămâni de viață nou-născutul suge în medie 200-400 ml/zi;

– la sfârșitul celei de a doua săptămâni suge aproximativ 400-550 ml/zi;

– la sfârșitul săptămânii a treia suge 450-600 ml/zi;

– la sfârșitul celei de a patra săptămâni suge 500-650 ml/zi.

Cum se determină dacă mama are lapte suficient. Nou-născuții și sugarii sătui sunt liniștiți și dorm 3-4 ore supă supt. *Un alt semn, și mai sigur, este creșterea constantă în greutate cu aproximativ 170-210 g pe săptămână.¹ Controlul greutateii se va face săptămânal.* Faptul că unii nou-născuți sau sugari sunt mai puțin somnoroși și stau mai mult treji nu înseamnă că nu le ajunge laptele.

Concluzia că nu are lapte suficient nu trebuie trasă numai de către mamă, în funcție de reacțiile sugarului după mese (plâns, agitație, caută sânul, își suge degetele, se liniștește dacă este luat în brațe și este pus la sân etc.). Agitația, colicile, numărul scaunelor, diferențele cantitative ale rației de lapte de la o zi la alta, stagnările în greutate în unele zile nu au nici o semnificație dacă nou-născutul arată bine, iar curba greutateii este global ascendentă.

Atât cântărirea zilnică a sugarului, cât și/sau proba suptului după fiecare masă pot duce la scăderea secreției lactate creând o stare de îngrijorare a mamei. Ca reacție imediată se va completa alimentația cu biberonul, ceea ce duce, în perioada de nou-născut, la înțărirea precoce. Dacă este vorba de un nou-născut după vârsta de 21 de zile sau de un sugar care suge viguros și golește ambii săni, dar nu adoarme după aceea sau se trezește după o oră, este flămând și nu crește în greutate, înseamnă că laptele mamei nu este suficient.

**Cântărirea zilnică și/sau proba suptului
nevrozează pe unele mame.**

Înainte de a ajunge la concluzia că mama are lapte puțin trebuie excluse unele posibilități ca: a) erorile în tehnica alimentației; b) oboseala fizică și suprasolicitementul psihic (emoții, supărări) a mamei; c) factori

care țin de nou-născut și care împiedică creșterea lui: boli etc.; d) interpretarea rigidă a cifrelor de creștere în greutate.

Cum se administrează completarea. Dacă sugarul stagnează în greutate și în săptămâna a 3-a de viață sau dacă progresul ponderal săptămânal (după 3 săptămâni de viață) este sub 150 g, suntem nevoiți să introducem un preparat de lapte. Medicul va hotărî preparatul cu care se va completa alimentația. Este de dorit ca, pe cât posibil, să nu se folosească lapte de vacă, ci un preparat de lapte praf, de dorit un produs industrial de lapte "de început" sau "de start" [lapte adaptat ("formula") sau parțial adaptat].

Ce cantitate se adaugă? Medicul pediatru este singurul care va fixa cantitățile. Completarea se va face numai la 1-2 mese din mijlocul zilei (la supturile III și/sau IV), când mama este obosită și secreția lactată scade. În prima zi, la mesele respective se adaugă câte 30 ml după ce a fost ținut 15 minute la sân; în zilele următoare cantitatea se crește tot cu câte 30 ml; în caz că sugarul nu se satură cu simple completări, se vor înlocui 1-2 mese de sân cu un preparat de lapte. Odihna ce se asigură prin înlocuirea acestor supturi face o secreție suficientă pentru celelalte mese (din cursul dimineții și serii). Se continuă în zilele următoare cu aceeași cantitate și se face bilanțul curbei ponderale după 7-10 zile.

2.5.1.4. Dificultăți de alăptare din partea mamei

În unele cazuri, alăptarea se izbește, din păcate, de o serie de dificultăți din partea mamei.

Instalarea secreției lactate, așa-numita "suire" sau "furia laptelui", poate provoca o tumefiere (umflare) dureroasă și dură a celor doi sâni. Cantitatea de lapte produsă de glandele mamare este încă destul de redusă. Această stare poate dura mai multe zile la primipare. Sâni întăriți încărcăți cu lapte vor fi susținuți cu un bandaj suspensor. O compresă caldă cu alcool diluat (1/3 alcool de 70° și 2/3 apă), aplicată pe sâni cu o oră înainte de supt, aduce câteodată o oarecare ușurare. Această suire a laptelui constituie un semn sigur că va exista lapte din abundență. Măsurile recomandate pentru calmarea durerii și a senzației de apăsare a sânilui se vor aplica cu prudență și pentru scurt timp.

La nevoie mama poate lua la recomandarea medicului un calmant ușor, pentru a dormi în timpul nopții.

De cele mai multe ori, nou-născutul începe să tragă viguros din sâni și să-i golească, ceea ce duce la scăderea tensiunii lor, la dispariția durerilor și la creșterea secreției lactate. Dacă sâni rămân mici și moi și dacă laptele este în cantitate mică, mama va încerca să stimuleze lactația prin corectarea propriei alimentații (mese mai dese, cu alimente gustoase și consistente și mai ales printr-un consum mai mare de lichide sau fructe) și punerea nou-născutului să sugă ori de câte ori cere, la ambii sâni. *Fiecare picătură de lapte matern este de mare preț pentru sugar, iar perseverența în alăptare poate duce la succes chiar după 10-15 zile.*

Adesea la primipare laptele nu curge decât încet și greu, chiar dacă nou-născutul sugă bine. Mai sus am recomandat aplicarea de comprese; expunerea sânilor la lampa de raze ultraviolete timp de două minute, de mai multe ori pe zi, dă de asemenea, uneori, rezultate bune. Dacă nou-născutul sugă slab și sânul nu este golit se va evacua laptele manual sau cu pompa, după fiecare supt. Mama are datoria să se menajeze în mod deosebit atât fizic, cât și psihic. La femeile pe care sarcina le-a epuizat și care sunt slăbite ca urmare a travaliului, secreția lactată normală se poate instala complet de abia după 1-2 săptămâni.

O scădere temporară a secreției de lapte poate fi observată la revenirea mamei din maternitate.

– În caz de *mameloe mici*, mai ales dacă este vorba de un sugar neputincios sau capricios, se poate ajunge la eșec total. Sugarul caută să apuce mamelonul, dar nu reușește nici să-l găsească și nici să-l prindă, se enervează, începe să plângă și să întoarcă capul. În astfel de situații, la unele prânzuri, până când nou-născutul devine mai viguros, se vor mulge sâni (cu mâna sau cu pompa).

Mama va învăța corect tehnica golirii sânilui: manual sau cu pompa. Datorită mișcărilor de masaj, dar mai ales aspirației puternice exercitată de pompă, mamelonul poate deveni apt pentru alăptare.

De multe ori, mameloanele sunt inegale în ce privește volumul, consistența și forma, așa se explică faptul că mulți sugari sug mai bine dintr-unul din sâni. Nou-născutul va fi pus la sân imediat ce se trezește, înainte de a avea timp să se enerveze; dacă începe să plângă încă de la prima tentativă, mama îl va ține în brațe și va aștepta să se calmeze, înainte de a-l pune din nou la sân, apoi va stoarce cu mâna câteva picături

de lapte pentru a umezi mamelonul și areola, va comprima areola între degetul mare și arătător, pentru a ușura introducerea mamelonului în gura sugarului (Vezi și "Mameloane ombilicate").

Crăpăturile sunt frecvente, survenind în 20% din cazuri. Supturile devin dureroase și provoacă scăderea secreției lactate, insomnie și neliniște. Ele servesc de poartă de intrare pentru stafilococi, responsabili de mastite sau abcese ale sânilor. Se pare că sunt favorizate de supturile prea lungi, suptul aplicat exclusiv pe mamelon, o poziție incorectă a sugarului, frecarea de către îmbrăcăminte, înfololirea, folosirea prea frecventă a apei și săpunului. O tehnică bună le poate evita. Gura sugarului trebuie să fie la înălțimea mamelonului. Supturile, mai ales în primele zile, nu trebuie să dureze mai mult de 10-20 de minute. Sugarul nu trebuie să "morfolească" vârful sânelui.

Mama trebuie să evite folosirea de dezinfectante puternice, deodorante și substanțe care usucă (alcoolul, glicerina și apa de colonie) ca și talcul, săpunul. Este indispensabil să se usuce bine mameloanele după fiecare supt, la nevoie cu un uscător de păr ("foenul") suflant, cu scopul de a evita orice umiditate reziduală ce favorizează macerația. De asemenea este bine să se evite compresele dublate cu plastic care păstrează umiditatea pe mameloane.

De îndată ce se constată o crăpătură este mai bine să se suprimă supturile la sânul dureros și să se stoarcă laptele la intervale regulate (cu mâna sau cu pompa) și să se dea sugarului. Dacă sugarul continuă să sugă, durerea va fi atât de vie, încât va determina pe mamă să înceteze alăptarea. Întreruperea temporară a alăptării nu este obligatorie, dar în general este adesea preferată de mame. Din experiența noastră reiese că unele mame nu au dureri atât de vii și continuă să alăpteze chiar dacă mameloanele sunt crăpate. Se pare că durerile dispar în câteva minute când se declanșează reflexul de ejecție a laptelui. Se începe cu sânul nedureros sau mai puțin dureros și, eventual, se începe alăptarea printr-o extracție manuală până la obținerea reflexului de ejecție și atunci sugarul este pus la sân. De asemenea se va încerca să se schimbe pozițiile de alăptare cu scopul de a repartiza într-un mod mai echilibrat presiunea de supt pe diferite părți ale mamelonului.

Unii medici recomandă pomezi cu estrogeni, hidrocortizon și/sau antibiotice, dar nu sunt întotdeauna eficiente.

Multe mame aplică gheață pe mameloanele dureroase, înainte de fiecare supt; acest procedeu alină instantaneu durerea. *Este de ajuns să se sfărâme bucăți de gheață care - puse într-o mânășă de toaletă sau într-o pungă de plastic - să fie aplicate pe zona dureroasă.*

Expunerea la aer liber sau la raze ultraviolete contribuie la vindecarea mameloanelor dureroase. Expunerea directă (și nu printr-un geam) posedă excelente capacități cicatrizante.

Astuparea și/sau umflarea mamară cu limfangită este cu totul diferită. Sânul se umple repede, se umflă, devine dureros. Pielea este roșie, caldă, iar în general apare febră. Tratamentul constă în golirea în totalitate a glandei mamare cu ajutorul unei pompe electrice.

Este necesar un medicament împotriva febrei (Paracetamol) și dacă febra persistă peste 24-48 de ore medicul va prescrie antibiotice. Cataplasmele cu apă rece sau pungile cu gheață se folosesc ca tratament local.

În stadiul de abces febra este foarte ridicată și se însoțește de frisoane și de transpirații. Sânul trebuie golit pentru a se evita astuparea. Antibioticele și antitermicele sunt indispensabile.

În România și Franța există obiceiul de a mulge laptele și de a-l arunca; sugarul este hrănit câteva zile cu un preparat de lapte adaptat. În SUA și Germania s-a demonstrat că dacă se continuă alăptarea, în cazul în care mama primește antibiotice, nu se întâmplă nimic rău sugarului. Mai mult, dacă se continuă alăptarea, se obține o vindecare mai rapidă a infecției; un sân golit se vindecă mai repede și cel mai bun mod de a goli sânul este alăptatul. Antibioticele folosite nu trebuie să provoace sugarului vreun efect secundar.

Nodulii. Mamele constată câteodată "noduli" dureroși în sân. Este vorba de obstrucția unui canal lactifer, care se datorește frecvent unei goliri neregulate a unuia sau mai multor canale sau unui sutien prea strâns. Simpla înmuiere (scufundare) a sânelui în apă caldă prin aplecarea deasupra unui vas mare timp de 10 minute, de trei ori pe zi, și punerea frecventă și pentru mai multă vreme a sugarului la sân sunt suficiente pentru a rezolva astfel de incidente.

Mameloanele ombilicate. Este vorba de mameloane turtite sau scobite, anomalie destul de frecventă și care duce adesea la întârzierea precoce a sugarului. Dacă mama nu este speriată de această mică anomalie și dacă sugarul este viguros se poate ajunge repede la o alăptare

normală. Un sugar înfometat, treaz și sănătos, pus la sân, poate apuca areola între buze, chiar dacă mamelonul este turtit sau invaginat. Simplul fapt de a suga formează vârful sânilor pentru a face să iasă în afară mamelonul. Remediile prezentate de unele firme (tetine intermediare etc.) sunt rodul imaginației celor ce le concep și de cele mai multe ori sunt ineficace și nu au ca rezultat palpabil decât oboseala sugarului. În cazul în care numai unul dintre mameloane este plat sau scobit, la fiecare supt se va începe cu mamelonul mai puțin tentant (mic, turtit sau scobit).

Soluția ca mama să se mulgă la fiecare supt este chinuitoare pentru mamă (efort fizic, durere locală, consumare psihică etc.) și, personal, nu o recomandăm.

Durerea și/sau umflarea sânilui. De obicei sâni se întăresc când lobulii glandulari care conțin lapte se umplu prea mult. Aceasta nu o deranjează întotdeauna pe mamă, dar poate determina întărirea și turtirea areolei în așa fel încât sugarul să nu mai reușească să cuprindă mamelonul în gură, pentru a-l comprima cu eficacitate. Se stoarce sânul la nivelul zonei pigmentate pentru ca mamelonul să devină mai suplu și să fie cuprins între buzele sugarului fără dificultate. Astfel de tulburări (umflarea, întărirea sânilui, durerea, uneori roșeața) apar de obicei spre sfârșitul primei săptămâni. Alteori însă, împăstarea nu se limitează numai la areolă, ci cuprinde întregul sân, care devine umflat, tare, mai cald și începe să se înroșească. După golirea sa rămân încă noduli de dimensiuni variate. Dacă nu se iau măsuri împotriva stagnării laptelui și persistenței nodulilor se ajunge la inflamații redutabile (mastite). În astfel de situații este mai bine ca, în loc de stoarcerea sânilor, să se folosească o pompă cu care să se evacueze laptele rămas după suptul copilului.

În rezumat, după suptul copilului, *pentru a nu se ajunge la fisuri și inflamații se indică următoarele: expunerea la aer de mai multe ori pe zi, timp de 10-15 minute, folosirea unui sutien larg cu conurile secționare sau înlocuirea cu un suspensor sub formă de eșarfă care se trece peste umărul opus, folosirea de lenjerie de bumbac și de rochii subțiri cu deschizătură în față, curățirea mameloanelor de resturile de lapte, schimbarea frecventă a compreselor ce se pun pe mameloane, ungerea cu lanolină, evitarea săpunurilor tari, a alcoolului pur, expunerea 1-3 minute la raze ultraviolete; se recomandă de asemenea, alăptarea mai frecventă (la 2-3 ore) deoarece înfometarea sugarului îl va face să sugă mai viguros, iar prin aceasta lezarea mamelonului se poate accentua.*

False dificultăți. Unele mame dau o interpretare greșită unor fenomene fiziologice.

a) Așa-zisa calitate necorespunzătoare a laptelui (vezi mai sus la cauzele întârzierii precoce).

b) Alteori, consistența moale, numărul mai mare sau culoarea verde a scaunelor nou-născutului alimentat natural constituie motivul care determină aprecierea că laptele matern "nu priște" copilului. Aceasta o face pe mamă (din păcate adesea cu aviz medical) să mai adauge ceva preparate adaptate, lapte de vacă, apă de orez în alimentație, ceai, și adesea se ajunge la întârziere. Trebuie să se știe că sugarul hrănit la sân poate avea scaune foarte variate în ceea ce privește numărul (de la 0 la 7-8 pe zi), culoarea (verzi, galben-aurii, alburii) și consistența (grunjoase, semilichide, "tari").

Criteriul major al aprecierii valorii alimentației naturale (la sân) este creșterea corespunzătoare în greutate. Un sugar întârziat din cauza scaunelor moi va face cu siguranță, mai târziu, tulburări digestive importante.

c) **Hipergalactia** ("am prea mult lapte") impresionează și neliniștește pe multe femei. Ea nu constituie însă un motiv de îngrijorare. Se lasă sugarul să sugă până când se satură și apoi se golește sânul (cu pompa sau prin muls). Dacă sugarul suga prea mult și apar regurgitații frecvente, vărsături sau diaree se va extrage o parte din lapte înainte de a pune sugarul la sân sau se va reduce durata suptului. Dacă laptele se scurge spontan se vor ține mameloanele învelite în vată sterilă, care se schimbă des. Sâni se vor spăla cu apă rece, pentru a înlătura resturile de lapte care irită și macerează mameloanele și predispun la infecții. Se va purta lenjerie ușoară. De mai multe ori pe zi se vor face "băi de aer" (mama va sta cu sâni descoperiți).

2.5.1.5. Dificultăți de alăptare din partea sugarului

Nou-născuții prea slabi sau prematurii nu pot să sugă, adorm după câteva înghițituri și lasă sânul din gură. În acest caz este necesar mulsul sau utilizarea unei pompe.

Sugarii "leneși" la supt au suferit adesea la naștere (scorul Apgar sub 8); de obicei, ei sunt foarte somno-

lenți. În timpul icterului fiziologic o mare parte dintre nou-născuți sunt mai somnolenți și se alimentează mai greu. De obicei, acești nou-născuți trag de câteva ori din sân, apoi se opresc și adorm. Alimentația lor necesită îndemănare și răbdare.

Nou-născuții la care nașterea a fost prelungită, cei care s-au născut în stare de asfixie (vineți) sau nu au țipat după naștere (ca semn că au suferit) refuză să sugă în primele zile, chiar dacă au o greutate normală. Dacă lezarea creierului nu a fost prea gravă, ei încep să sugă în decurs de câteva zile. După dispariția manifestărilor patologice, acești nou-născuți vor fi puși regulat la sân, mulgându-se apoi laptele rămas. Dacă în creier s-au produs dereglări mari, manifestate în primele zile prin convulsii (înțepenirea totală sau tresăriri ale mușchilor) și/sau cianoză (învinețire în jurul gurii sau a feței, a mâinilor și a picioarelor), nou-născutul va fi pus la repaus total, evitându-se orice efort și făcându-se minimum de manevrări. Se va încerca alimentația cu lapte muls, chiar cu pipeta, cu lingurița și apoi cu biberonul. La nevoie se recurge la alimentația prin gavaj (laptele este introdus cu seringă printr-o sondă în stomac).

Refuzul de a suga. Dacă nou-născutul a supt câteva zile mai mult sau mai puțin bine, iar după aceea refuză dintr-o dată sânul, înseamnă că a intervenit ceva deosebit: *îmbolnăvire sau o greșeală din partea mamei.* Adesea este vorba de o obstrucție nazală printr-un guturai sau de o infecție a mucoasei bucale (*muguet* sau "*mărgăritărel*"). De aceea, la venirea din maternitate nou-născutul va fi protejat de variațiile prea mari de temperatură (camere supraîncălzite, care se deschid direct în afară; diferențe prea mari între temperatura de noapte și cea din timpul zilei etc.); vor fi feriți de contactul cu persoane cu guturai și în general de orice contact direct cu persoanele adulte (nu se vor săruta sugarii!). La nou-născuții care au contractat un guturai se picură în nas cu o pipetă ser fiziologic; în caz de secreții, acestea se aspiră cu o pară mică de cauciuc. Curățirea cu vată sau comprese irită mucoasa nazală și poate determina infectarea ei.

Dintre greșelile mamei care pot duce la dificultăți de supt din partea nou-născutului amintim: *rigiditatea orarului, forțarea nou-născutului să sugă trezindu-l din somn, bruscarela acestuia în timpul suptului, proba suptului, nervozitatea și nepriceperea mamei, administrarea în exces de ceai între mese.*

Cauzele cele mai frecvente ale întârzierii precoce la nou-născutul sănătos sunt: lipsa de dorință și de voință de a alăpta din partea mamei; greșeli de tehnică a alăptării; utilizarea biberonului.

Biberonul este dușmanul nr. 1 al alăptării pentru nou-născuții care din primele zile sunt hrăniți când la sân, când la biberon. Sugarul, ca orice ființă umană, are tendință la comoditate; or *efortul depus pentru a trage din biberon este de șapte ori mai mic decât cel depus pentru supt!* Cu timpul, când este pus la sân, nou-născutul țipă sau pur și simplu refuză să sugă. Mamei nu-i rămâne decât soluția de a-și mulge laptele și de a-l da nou-născutului cu biberonul. Ca atare, nu se va folosi biberonul concomitent cu alimentația la sân, decât pentru un motiv major. Orificiul tetinei nu va fi prea mare!

Regurgitațiile și vărsăturile. Prin *regurgitație* se înțelege *eliminarea pe gură de aer și de cantități mici de lapte nemodificat*, la scurt timp după supt. Vărsăturile se deosebesc de regurgitații prin faptul că laptele este adesea modificat (închegat sub formă de grunji mici) și proiectat la distanță, sunt mai abundente și survin de cele mai multe ori la un interval mai mare după masă (cu excepția celor din stenoza hipertrofică de pilor sau din malformațiile esofagului). Regurgitațiile sunt fără nici o semnificație patologică.

Vărsăturile pot fi manifestarea unei boli, dar și dovada unei greșeli în tehnica de alăptare: supra-alimentația, manevrele brutale de îngrijire după ce nou-născutul este alăptat, graba sau nervozitatea mamei în timpul suptului, starea de tensiune nervoasă în familie. Alteori, vărsăturile survin la nou-născuții care sug repede, mult și înghit mult aer (*aerofagie*).

Dacă vărsăturile nu se însoțesc de alte tulburări generale, sunt rare, neregulate, în cantități mici și nu se însoțesc de scădere în greutate se continuă alăptarea. Se va urmări și se va corecta tehnica alăptării.

La apariția bruscă a unor vărsături mai numeroase se suspendă o masă de lapte și se înlocuiește cu ceai, pentru a pune în repaus tubul digestiv. Poțiunile antivomitice și sedative se vor administra numai la indicația medicului.

Să nu se uite că vărsăturile pot fi primul semn al unei îmbolnăviri acute grave: dispepsie gravă, insolatie, șoc caloric (prin supraîncălzire a camerei), intoxicație, meningită etc., sau a unei malformații congenitale (stenoza hipertrofică a pilorului etc.).

Falsa diaree. Așa cum am amintit, mulți sugari alimentați la sân prezintă în primele săptămâni, scaune dese, moi sau lichide, verzi, câteodată explozive. Aceste scaune apar de obicei la fiecare masă. Secundar, pielea din jurul anusului și organelor genitale devine roșie, iritată, predispusă la infecții. Dacă sugarul crește și are o stare generală bună nu se va lua nici o măsură dietetică sau de tratament medicamentos. Se va cerceta dacă nu este vorba de o supraalimentație prin supturi prea prelungite sau prea dese. Se va păstra o igienă riguroasă a pielii. Aplicațiile locale de pudre sau creme se vor face cu discernământ la indicația medicului. *Unguentele cu antibiotice au indicații rare.*

Alimentația naturală este primejduită în caz de tulburări digestive (diaree-boală), când prin dietele de tranziție (ceai, apă de orez, supă de morcovi) și realimentare cu unele preparate de lapte (Humana H, Milupa HN 25 etc.). Nu se întrerupe alăptarea. În astfel de situații, se va evacua regulat laptele din sân (prin muls), pentru a menține secreția lactată și se va continua alimentația la sân. Din păcate, dietele instituite uneori pentru diaree ușoară sau chiar false diaree sunt la originea multor înțărări precoce.

Boala hemolitică a nou-născutului. Dacă nou-născutul prezintă o formă de boală hemolitică prin incompatibilitate Rh sau grup sanguin, el poate fi alăptat de către mama sa, deoarece anticorpii care se găsesc - în cantitate mică - în lapte sunt distruși de sucurile digestive. Contraindicarea alăptării este eronată.

Unele malformații ale gurii (gura de lup și buza de iepure) sau *encefalopatii grave* fac imposibilă alăptarea. Mama este obligată să-și extragă laptele și să-l dea nou-născutului cu pipeta, cu sonda, cu lingurița sau - mai târziu - cu biberonul.

Unii nou-născuți adorm când sunt puși la sân. Foamea îi trezește însă în momentul în care sunt așezați în pat (mai puțin cald și mai puțin moale decât în brațele

mamei). Alții, mai înfometăți, mai vioi, mai viguroși vor reacționa cu vehemență dacă nu găsesc lapte suficient; ei țipă, se zbat, își sucesc capul în toate părțile, încearcă din nou sânul, se enervează și reîncep să urle. Dacă sugarul se enervează încercați să-l puneți după câteva minute la celălalt sân, unde laptele poate că vine mai ușor; dacă adoarme, mama va mișca încet mamelonul în gura nou-născutului cu tracțiuni de "du-te-vino", sau va bate ușor cu un deget obrazul sau nasul acestuia.

În nici un caz nou-născutul nu va fi menținut la sân mai mult de 20-30 de minute. Menținerea prelungită a sugarului la sân îl face să-și formeze un reflex de somn la sân și ori de câte ori va fi pus să sugă va adormi imediat.

Să nu uitați că este bine ca orice sugar să ajungă, de la început sau cu timpul, să sugă la intervale de 3-4 ore. Nu veți reuși niciodată acest lucru dacă-l veți ține în brațe mai mult de o jumătate de oră la fiecare masă. Acestea nu vor fi ore de supt, ci vor deveni ore de somn pentru sugar. Pus în pat, el simte imediat, se trezește, plânge, îi înduioșează pe toți și trece altcineva la rând să-l țină în brațe. Partida este pierdută și pentru sugar (care se va subnutri) și pentru familie (care își va distruge tot programul, devenind sclava acestui mic tiran); cu timpul, toată familia (adulți și copil) va ajunge la o stare de nervozitate greu de depășit.

Este mai bine ca un astfel de sugar să fie lăsat să plângă (până la 1-2 ore pe zi), fiind pus la sân numai când este liniștit. Un sugar enervat și obosit de plâns nu va suga niciodată cum trebuie.

2.5.1.6. Contraindicațiile alimentației la sân

Dintre acestea amintim unele boli grave ale mamei: tuberculoza, infestarea cu SIDA, insuficiența cardiacă, ciroza, insuficiențele renale, anemiile grave, cancerelor, encefalopatiile, psihozele grave etc.

În încheiere insistăm cu afirmația că orice nou-născut își are felul său propriu de a primi și folosi sânul, că mama și nou-născutul trebuie să "învețe" ca acest act de importanță deosebită să se desfășoare convenabil pentru amândoi. Mama este datoare să observe reacțiile sugarului și să știe că de echilibrul

ei suflă depinde nu numai secreția lactată, ci și ușurința cu care vine laptele când nou-născutul este pus la sân. La unele mame, laptele curge din mameloane între supturi, iar atunci când nou-născutul este pus la piept, acesta plânge cu disperare și trage fără să se golească sânul, deși mama are lapte suficient. Pe de altă parte, după câteva săptămâni, unele mame observă că este suficient ca sugarul să plângă de foame, pentru ca laptele să se scurgă singur din sân. Grijile și nervozitatea micșorează secreția lactată.

Alăptarea decurge normal, dacă mama este psihic echilibrată, răbdătoare și dacă toată familia este conștientă că mama-lauză are absolută nevoie de o atmosferă senină de familie și de ajutor efectiv pentru evitarea suprasolicitării fizice și psihice.

2.5.2. Regimul de viață și alimentația mamei

Alimentația mamei care alăptează. Sfaturile ce se dau mamei care alăptează sunt adesea un amestec pitoresc de fapte, de născociri, de obiceiuri, de fantezii destul de derutante.

Nu se impune un regim alimentar special al mamei. Este nevoie numai de o rație alimentară echilibrată, cu o cantitate de lichide ceva mai mare, de cel puțin 1,5 litri. Rația alimentară ideală este de 2 500 calorii (cu 500 de calorii mai mult decât în perioada sarcinii):

- un aport protidic constituit din 60-80 g (10-15% din bilanțul energetic), care să cuprindă îndeosebi lapte și derivate, carne sau pește, ouă;

- un aport lipidic de 60-80 g (30-35% din nevoile energetice) sub formă de ulei vegetal (floarea-soarelui), unt sau margarină;

- un aport glucidic de 340 g (50-55% din nevoile energetice) sub formă de zarzavaturi, fructe, făinoase, dulciuri.

Trebuie insistat asupra câtorva recomandări:

- în timpul alăptării, mama va consuma lichide (lapte, ceai, compot, apă etc.), necesare combaterii setei, uscăciunii mucoasei bucale și senzației de oboseală;

- un aport de lichide de cel puțin 1,5 litri/zi;
- un aport lactat de 750 ml pe zi, sub formă de lapte sau derivate; brânzeturi, lapte sau iaurt;

- femeia care alăptează poate să mănânce ce vrea!

Singurele restricții sunt: *excesul de alcool* (sunt interzise toate băuturile rafinate, vinul în cantitate mare; un pahar mic de vin natural sau de bere sunt binevenite); *cafeaua și ceaiul "chinezesc"* (agită sugarul) și *tutunul*. Toate acestea "trecute" în laptele de mamă, în proporții diferite, sunt vătămătoare pentru sugar.

De asemenea, un număr însemnat de medicamente sunt contraindicate în caz de alăptare.

Unii (nu toți !) sugari refuză să sugă dacă mama consumă alimente iuți (ardei, piper) sau cu miros înțepător (ceapă, usturoi, unele condimente sau salate).

În unele cărți sunt diverse interdicții, dintre care cităm: ciocolata (agită, scaune mai moi?), unele alimente care dau un gust pronunțat laptelui: conopida, pătrunjelul, prazul. Din experiența noastră sunt puțini sugari care se manifestă (refuzul de a suga, diaree etc.) după astfel de alimente. În schimb, cafeaua și ceaiul agită, alcoolul îi face somnolenți, tutunul are efecte de durată! Mai degrabă, modul de a suga și scaunele sugarului sunt influențate când mama prezintă o colită sau intoleranță la anumite alimente.

De asemenea, în unele cazuri, leguminoasele (fasolea, linte, mazărea uscată), varza, murăturile pot provoca unele tulburări ca: agitație, colici, scaune mai numeroase.

Interzicerea vegetalelor (fructe, zarzavaturi) constituie o greșală.

La mamele care au prezentat o anemie feriprivă în timpul sarcinii se va recomanda un regim alimentar cu carne de două ori pe zi (ficatul conține mult fier), pește, ouă. Eventual medicul va recomanda un medicament cu fier. La cele cu lipsă de calciu și/sau magneziu, pe lângă lactate (de trei ori pe zi) se va recomanda un medicament cu calciu și magneziu.

Alimentația mamei care nu alăptează este obișnuită. La cele care au crescut în timpul sarcinii cu peste 12 kg este bine să se reducă aportul de alimente bogate în grăsimi (untul, șunca, slănină, uleiul, margarina), făinoasele, dulciurile, ciocolata, băuturile alcoolice, cartofii prăjiți, sarea.

*Igiena de viață*¹ trebuie să fie simplă: mers pe jos, somn 8-10 ore cu o siestă după-amiază. Relațiile

¹ Vezi și capitolul "Lehuzia"

Mama și copilul

sexuale sunt, bineînțeles, posibile după cca 45 de zile după naștere, dar cu măsuri anticoncepționale. Este sigur că alăptarea joacă un rol statistic în distanțarea nașterilor, dar la nivel individual este prudent să nu se acorde prea multă încredere cifrelor, sfătuindu-se orice mamă că sarcina poate surveni și în cazul în care alăptează.

Vitamine. Mulți medici recomandă mamei care alăptează vitamine sub formă de tablete, drajeuri sau picături. Dacă alimentația este echilibrată, așa cum s-a recomandat mai sus, aportul de vitamine pe această cale este suficient, în afară de vitamina D, care trebuie luată de mamă, la recomandarea medicului (în doze zilnice de circa 1 000 u.i. sau doze mari pe o durată de câteva săptămâni).

Ce medicamente se elimină prin lapte. Mama nu va lua nici un medicament din proprie inițiativă, ci va consulta medicul pediatru care îngrijește sugarul.

Constipația mamei va fi combătută cu fructe, vegetale (crude sau gătit) și cu pâine neagră. Dintre alimentele care combat constipația amintim: mierea de albine, oul moale, prunele, perele, pâinea neagră, salatele de crudități, vegetalele în general. Purgativele, chiar în cantitate mică, trec în lapte, determinând scaune moi la sugar, colici sau refuzul sânelui (laptele capătă gustul purgativului). Gimnastica are un efect favorabil. Adăosul de pulbere de lactoză (se procură de la farmacie) în lapte are efecte favorabile.

Factorii psihologici sunt foarte importanți: necazurile, starea de tensiune din familie pot determina oprirea secreției lactate. Mamele sunt foarte îngrijorate când sugarul plânge, este somnolent, strănută sau regurgitează; sunt dispuse să dea crezare afirmației că laptele este insuficient cantitativ sau calitativ. Unele mame nu pot alăpta sugarul cu altcineva de față. Am mai scris acest lucru și-l repetăm.

Îmbrăcămintea mamei. Cu ocazia tuturor manevrelor de îngrijire a sugarului este bine ca mama să poarte un halat curat de culoare deschisă, care să nu fie îmbrăcat când face alte treburi gospodărești. Va purta cămăși de bumbac și rochiile care se încheie în față. Nu sunt recomandate fustele, cordoanele, rochiile, sutienele strânse.

Lenjeria va fi curată, schimbată zilnic. Nu se poartă lenjerie din fire sintetice.

Dacă este răcită, mama poate hrăni și îngriji sugarul? Când mama are guturai, este răgușită sau simte o jenă în gât se anunță începutul unei "răceli". În

acest caz, ea va purta o mască la gură și la nas ori de câte ori se apropie de sugar, deoarece la această vârstă este foarte receptiv la orice boală. Maska se confecționează dintr-o bucată de pânză sau de tifon, care se pune în două și se coase ca un buzunar, în interiorul căruia se introduce o bucată de material plastic. La cele patru colțuri se coase câte un șiret cu care masca se leagă în jurul capului.

Igiena corporală. Mama va face duș zilnic. În timpul dușului va folosi săpunuri neiritante; va insista îndeosebi la plicile (cutele pielii): sub sâni, axile, regiunile inghinale, cutele de la gât (în general, zonele ce transpiră mult).

Lăuza nu este încă restabilită așa că în timpul îmbăierii sunt utile câteva măsuri de prevedere:

- pentru a evita căderile prin alunecare, lângă cadă se plasează un covoraș sau un grătar de lemn, iar în cadă se pune o bucată dintr-un covoraș vechi sau de stofă;

- îmbăierea se va face cu duș, nu în cadă;
- apa de la duș nu va fi nici fierbinte și nici prea rece;
- cada se spală bine cu apă și săpun înainte de folosire; dacă în familie sunt persoane cu infecții cutanate este necesară și dezinfectia cu cloramină 1%;
- prosoapele și cearșafurile de baie vor fi strict individuale;

- după baie se va folosi un prosop mai aspru (în, frotrir etc.) cu care se va "usca" orice urmă de umezeală; dacă mama are obișnuința, va face un masaj;

- după baie se folosește lenjerie curată.

Sânul (mamelonul, cutele de sub sâni) va fi spălat cu atenție deosebită. Dacă există tendința la inflamații, mama va sta cu sânul descoperit, la aer, de 2-3 ori pe zi câte 1/2 de oră.

Înainte de fiecare manevră de îngrijire a sugarului, mama se va spăla bine pe mâini; unghiile se taie la două zile și se spală o dată pe zi cu perișta de unghii.

Nu se folosesc deodorante (obstruează porii pielii) și nici parfumuri cu miros țipător.

Trebuie acordată o grijă deosebită **igienii dinților** (spălarea zilnică, tratarea cariilor; dacă este posibil, administrarea de preparate cu calciu și fluor).

Va fi evitată oboseala. Munca fizică excesivă, lipsa de odihnă de noapte, viața complicată de familie (vizite etc.), îngrijirea copiilor mai mari, lipsa de colaborare a soțului la problemele de gospodărie și de îngrijire a sugarului etc. sunt câțiva din factorii care duc la epuizarea fizică a mamei, cu consecințe serioase asupra sănătății sale.

Odată cu reluarea activității de toate zilele (gospodărie, obligații sociale), secreția lactată poate să scadă. Este necesară mai multă odihnă. Se va face tot posibilul ca să intre în obișnuință un somn după masa de prânz și nu se vor executa munci grele în gospodărie (spălatul rufelor pentru toată familia, curățenia generală, spoitul pereților, ridicarea de greutate etc.). Asemenea treburi se amână sau, cel puțin, se fac într-un ritm lent, chiar dacă mama are impresia că și-a redobândit puterea necesară.

În orice familie se va improviza o "masă de înfășat". Într-un colț al camerei sugarului se va plasa o masă obișnuită de înălțime convenabilă pe care se va pune o pătură ce se acoperă cu un plastic și un cearșaf sau un scutec mare. Pe această masă se vor face toate manevrele de îngrijire ale sugarului; mama nu trebuie obligată să se aplece sau să se ocupe de sugar în poziție incomodă. Pentru ușurarea muncii, pe colțurile mesei (situat la perete) se pun obiectele de uz curent: scutece, cămășuțe, unguente etc. De asemenea, planul orizontal și dur al mesei permite o îngrijire mult mai eficientă, cu condiții optime pentru poziția corpului și mișcările sugarului. Mama va fi mai puțin solicitată, se evită durerile de "șale", oasele bazinului și organele abdominale vor veni mai repede la poziția dinaintea sarcinii.

Sugarul poate fi lăsat singur? Sugarul nu trebuie lăsat *niciodată* singur în casă. În momentul în care medicul îi permite mamei să facă plimbări, se va apela la o rudă sau altă persoană de încredere, cu simțul răspunderii. După o plimbare sau o vizită la o familie de prieteni, mama se va simți mai în putere și se va ocupa cu un elan crescut de copil și de restul familiei.

2.5.3. Alimentația zisă "artificială" cu lapte de vacă (preparate industriale de lapte praf)

Cel mai bun aliment pentru puiul de om este laptele de mamă. Este un adevăr recunoscut de toată lumea. Există însă multe situații în care alimentația la sân nu este posibilă și atunci este nevoie ca de la început să se treacă la alimentația cu preparate de lapte. Progresele

extraordinare survenite în elaborarea unor produse industriale de lactate pentru copii cât și a mijloacelor puse la dispoziție de civilizație (refrigerare, conservare, ambalare etc.) au făcut ca riscurile ce le implica pe vremuri alimentația artificială a sugarului să scadă mult.

Produsele de lapte denumite "formule pentru sugari", respectiv "adaptate și parțial adaptate" se apropie mult de laptele uman. Totuși, nu se vor putea înlocui substanțele de apărare (anticorpi, hormoni) conținute în laptele uman. În stadiul actual al cunoștințelor și progreselor industriei pentru produse lactate, în condițiile unei familii înstărite și instruite, nou-născuții sănătoși alimentați artificial se dezvoltă, cel puțin aparent, tot la fel ca sugarii hrăniți la sân. Sugarii hrăniți cu produse de lapte praf nu vor fi mai puțin inteligenți, mai puțin precoce sau mai greu de crescut și educat. Ei sunt numai privați de o anumită securitate biologică dată de natură. Pe de altă parte, în familiile nefavorizate (economic, educativ etc.) riscurile sunt mai mari pentru sugarul hrănit artificial.

Se pare că nou-născutul la termen nu are nevoie absolută de anticorpii, de hormonii și de celulele vii conținute de laptele de mamă, deoarece el are stocată o anumită cantitate încă din timpul sarcinii. La prematuri și dismaturi rezervele în acești constituenți sunt mai mici.

Trebuie reamintit că în sănătatea sugarului intervin și alți factori (copil dorit, ereditate, igienă, educație, civilizație, mediu rural sau urban, tradiție etc.) care trebuie luați în seamă atunci când este vorba de alegerea laptelui. Alimentația artificială cu lapte de vacă modificat sau preparate industriale este încununată de succes, când se aplică bine recomandările în ceea ce privește concentrațiile laptelui și se respectă riguros o igienă corectă în păstrarea, prepararea și administrarea laptelui. *Absolut necesar ar fi ca orice familie cu copil mic să aibă frigider, iar ideal ar fi să se folosească produse adaptate sau parțial adaptate.*

Laptele de vacă este expus la murdărie sau la infectare înainte de a ajunge la sugar. Uneori, chiar într-un lapte foarte proaspăt, se găsesc impurități vizibile cu ochiul liber. Un astfel de lapte trebuie trecut printr-o strecurătoare cu sită fină, pusă într-o pâlnie sterilă. Oricât de corect ar fi fost recoltat și manipulat, laptele conține un mare număr de microbi. Acești microbi ajung în lapte încă din timpul mulsului și se înmulțesc extrem de repede în orele care urmează. Este vorba, îndeosebi, de germenii fermentației lactice care,

atunci când sunt numeroși fac să se acrească laptele. Aceasta se întâmplă în special în timpul verii. Cu cât temperatura la care se păstrează laptele este mai ridicată și cu cât se întârzie consumul, cu atât mai mare va fi numărul de germeni pe care îi va conține. De aceea, este foarte important ca laptele să se fiarbă imediat după ce a fost muls, să se păstreze la frigider și să se consume cât mai repede.

Alături de acești germeni (care nu sunt periculoși prin ei înșiși), în lapte poate să se găsească și o altă categorie de germeni, aceia care provoacă bolile. Cei mai frecvenți sunt microbii care provoacă diaree (grupul Salmonella, bacili coli și bacilii dizenterici).

Laptele de vacă nu va fi dat niciodată nefiert sugarului.

Un lapte bun pentru copii trebuie să provină de la vaci sănătoase și curate. Este necesar ca persoana care mulge vaca să fie sănătoasă, să nu prezinte infecții ale pielii. Înainte de muls, mâinile se spală până la coate cu apă caldă și săpun, după care se șterg cu un prosop curat. De asemenea, se îmbracă un halat curat. Ugerul vacii se spală cu apă și săpun, se limpezește și se șterge cu o pânză curată, pentru a evita scurgerea lichidului de spălătură în lapte. Pentru recoltat se folosesc numai vase din metal inoxidabil sau emailate, cu capac. În gospodăriile individuale țărănești se pot folosi oalele de pământ smălțuite. Vasele se păstrează în dulapuri închise, ferite de praf; înainte de folosire se opăresc. După întrebuințare se clătesc imediat cu un jet de apă rece, apoi se spală cu apă caldă și sodă sau detergenți, se clătesc și se pun la uscat cu gura în jos, în dulapuri, pe suporturi speciale, curate.

Imediat după ce este muls, laptele se răcește brusc (se pune vasul într-o căldare cu apă rece sau direct în frigider). Este de preferat laptele amestecat (provenit de la mai multe vaci), deoarece compoziția sa este mai constantă. Laptele va fi ridicat seara și dimineața (imediat după muls) și va fi folosit în mod obligatoriu în decurs de 12-24 ore (laptele muls dimineața se folosește la mesele din timpul zilei, iar cel de seara la mesele de după ora 19).

În țara noastră laptele de vacă poate fi obținut sub diferite forme: direct de la producător sau de la magazine, unde se vinde lapte pasteurizat, ambalat în recipiente de plastic, de carton sau de sticlă.

2.5.3.1. Fierberea laptelui

Fie că este pasteurizat, fie că este proaspăt, laptele se fierbe imediat după ce a fost procurat. Fierberea se face în vase de oțel sau emailate¹. Se va folosi totdeauna aceeași cratiță, având grijă a o clăti cu apă rece înainte de a pune laptele la fiert, pentru ca acesta să nu se lipească de fundul cratiței. În timp ce fierbe, laptele se amestecă cu o lingură pentru ca să nu se formeze pojghiță la suprafață (laptele se "umflă"). Laptele trebuie fiert 10 minute. Se răcește apoi brusc. Fierberea omoară microbii patogeni (produeători de boli) și microbii fermentației lactice. Păstrarea laptelui în condițiile cele mai bune se face, firește, într-un frigider care funcționează bine; în lipsă, o pivniță rece este suficientă.

Laptele poate fi utilizat cel mult 24 ore de la fierbere; după depășirea acestui termen, el nu mai poate fi dat sugarului.

2.5.3.2. Obiecte necesare în alimentația artificială

Pentru alimentația artificială a sugarului îngrijit în familie sunt necesare:

– *Biberoane.* Se cumpără de la început 8-10 biberoane. Se procură mai multe, deoarece se sparg destul de repede în timpul manipulării și fierberii. Zilnic se utilizează 6-8 biberoane: 5-6 pentru lapte, 1 pentru ceai, 1 pentru sucul de fructe, 1 pentru lichidul de diluție (vezi și punctul următor).

– *Tetine.* Este nevoie de 10-12 tetine. Vezi pagina următoare.

– *1 vas emailat* sau din oțel special (Zepter etc.), cu capacitatea de 3-4 l, în care se fierb și se păstrează biberoanele și un altul de 1-2 litri pentru sterilizarea și păstrarea tetinelor și suzetelor;

– *2-3 vase emailate mai mici* pentru păstrarea linguriței, pregătirea diluției laptelui etc.;

– *2 perii pentru spălarea biberoanelor;*

– *1 pâlnie* pentru turnarea laptelui în biberoane;

– *1 sită deasă;*

– *o cratiță cu pereți dubli pentru fierberea laptelui;*

¹ Se pot folosi vase de aluminiu sau de oțel cu perete dublu și cu un dispozitiv care semnalizează începutul fierberii.

- 1-3 lingurițe (una cu coada lungă pentru folosirea la amestec, iar altele mai mici pentru măsurarea zahărului și siropului);
- 1 răzătoare de sticlă;
- 1 cutie cu bucăți de tifon sterile, cu care se acoperă vasele și obiectele sterile;
- 1 măsură de 5 g;
- 1 frigider (de mare importanță!);
- 1 cuțit pentru a nivela zahărul și praful de lapte din linguriță;
- 1 recipient gradat pentru măsurat anumite alimente;
- 1 termos necesar pentru călătorii sau plimbări mai lungi;
- 1 mixer;
- 2 cutii din plastic cu capac, suficient de mari pentru a cuprinde comod jumătate din inventarul pentru "bucătăria" copilului;
- 1 tel pentru amestecul pireului, untului sau uleiului;
- 1 pensă mare sau 1 "clește" cu care se scot tetinele și biberonele din vasul în care se păstrează sterilizate (fierte).

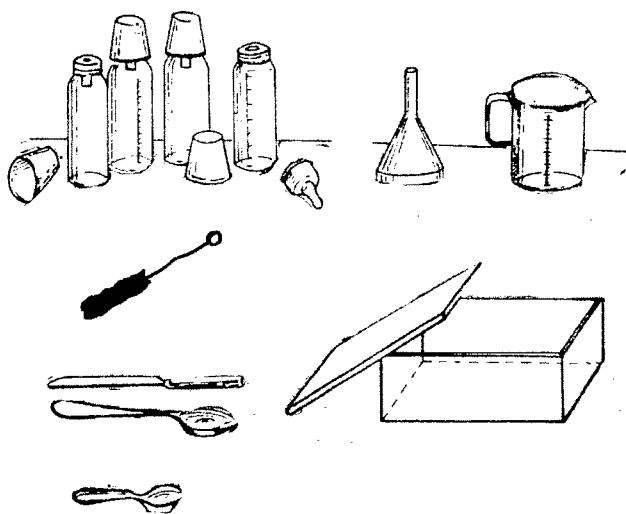


Fig. 2.46 - Câteva obiecte necesare pentru alimentația sugarului: biberone, tetine, capace pentru biberone, cuțit, linguriță, pâlnie, perie pentru sticlă, recipient gradat, cutie din plastic cu capac.

Biberonul este o sticlă de formă cilindrică, cu capacitate de 250 ml, fabricat din sticlă transparentă, care rezistă la fierbere. Biberonele din sticlă de Jena

sunt mai rezistente la schimbările bruște de temperatură, dar sunt mai scumpe. În ultimul timp au apărut noi tipuri de biberone, din materiale speciale, cu gât mai larg și cu un dispozitiv special de înșurubare pentru fixarea unui capac sau a tetinei. Pe peretele exterior al biberonului sunt gradate cîte linii care indică diviziunile de 10 ml, iar din 50 în 50 ml sunt gravate și cifrele corespunzătoare.



Fig. 2.47 - Biberonele cu gâtul larg și cu ghivent sunt mai practice.

Îngrijirea și mînuirea corectă a biberonului și tetinei constituie condiții de bază pentru păstrarea igienei alimentației și evitarea îmbolnăvirii sugarului de diaree. După fiecare masă, biberonul se clătește de mai multe ori cu apă rece, pentru a se înlătura toate resturile de lapte lipite pe pereții lui. Dacă biberonele nu se clătesc imediat, resturile de lapte se îndepărtează foarte greu. Nu este permis să se lase biberonul plin cu apă, pentru a fi clătit ulterior, întrucît eventualele bacterii aflate în apă se înmulțesc repede. Mai târziu, când va avea timp, mama va spăla biberonul cu apă caldă și săpun sau detergenți, cu ajutorul unei perii speciale, insistînd în special în regiunea de sub gât și la șanțul circular care separă fundul de pereții laterali, unde pot rămîne grunji de lapte. Apoi se va clăti de mai multe ori cu apă fierbinte și îl va pune cu gura în jos la uscat, pe un prosop curat sau pe un portsticlă (rastel) special.



Fig. 2.48 - Spălarea biberonului.

Tetinele. În ultimul timp au apărut tot felul de modele.

Tetinele sunt confecționate din cauciuc, din material plastic sau silicon. Tetinele din silicon sunt mai scumpe dar rezistă mai bine la sterilizare¹. Sunt necesare în permanență 10-12 tetine, deoarece se degradează destul de ușor (prin spălare, fierbere sau chiar de la perforare). Se folosesc modele care se pot întoarce, ca un deget de mână pentru a fi curățate. Se aleg mărimile care se aplică perfect la gâtul biberonului, respectiv; cele mai largi riscă să se detașeze ușor, să permită scurgerea laptelui sau pătrunderea aerului în biberon. Cele mai bune sunt cele care se fixează pe biberon prin înșurubare.

¹ Sub numele generic de silicon, se înțelege un grup de substanțe analoge cu corpii organici în care siliciul înlocuiește carbonul.

Tetinele noi de cauciuc se freacă cu sare și se fierb învelite în tifon, pentru ca să le dispară mirosul. După folosire, tetina se spală imediat sub jet de apă mai întâi rece și apoi - dacă este posibil - caldă. Se întoarce ca un deget de mână și se freacă cu o perie până se înlătură și ultimele resturi de aliment. Se clătește bine, se scutură pentru a se scurge toată apa, se zvântă, se așează pe un platou de sticlă și se acoperă cu un capac sterilizat sub formă de con pentru a se feri de praf.

Sterilizarea se face prin fierbere sau prin metode chimice. În familie sterilizarea se face prin fierbere. Aceasta trebuie să dureze circa 25 minute, din care 5 minute în clocot pentru a distruge microbii cei mai periculoși. Puține mame au răbdarea de a prelungi atât de mult fierberea și cea mai mare parte se mulțumesc să se oprească la primul clocot. De altminteri, cu timpul, tetinele devin moi, lipicioase, iar pe pereții biberoanelor se formează depozite de calcar. Pentru a evita formarea acestor straturi alburii pe pereții de sticlă ai biberoanelor se pun câteva picături de oțet în apă. Pentru creșterea durabilității, tetinele se pun la fiert într-o bucată de pânză sau se opăresc fie într-o strecurătoare, fie într-un vas cu un dispozitiv perforat (dublul fund, cel de sus situat la jumătatea vasului) și acoperit cu un capac. Apa clocotită emană vapori fierbinți care sterilizează tetinele puse pe dispozitivul perforat situat la treimea inferioară a vasului. Dacă se procură tetine fără găuri, perforarea se va face de către mamă cu ajutorul unui ac de cusut, care se fixează pe un dop de plută; acul se înroșește la o flacără și apoi se înțeapă în conul tetinei.

Dimensiunile orificiilor sunt potrivite atunci când, răsturnând cu gura în jos biberonul umplut, cu tetina fixată, laptele se scurge câteva secunde în jet continuu, foarte subțire și apoi curge picătură cu picătură. Dacă laptele continuă să curgă în jet continuu înseamnă că orificiul este prea larg; dacă după prima perforare orificiul este strâmt și laptele nu se scurge în mod mulțumitor, se înroșește din nou acul și se lărgiște orificiul cu prudență. Nu se folosește niciodată un ac prea gros. Sugarii prea mici, fără putere, sunt stânjeniți la supt când se folosesc tetine cu un singur orificiu; la aceste tetine se va face un orificiu suplimentar sau se vor folosi tetine cu mai multe orificii ("în triunghi", de preferat sau "în cruce"). Dacă orificiul rezultat este prea larg, nu se aruncă tetina respectivă, ci va fi folosită mai târziu când sugarul va primi alimente mai consistente (supă mixată, lapte cu adaosuri etc.). Dacă orificiul este prea larg, laptele se scurge cu viteză, iar sugarul,

neputând înghiți repede, poate să se sufocă prin "falsă cale" (laptele pătrunde în trahee).

Recent au apărut tetine gata perforate cu una, două, trei sau chiar patru orificii dispuse variat în "triunghi", "în cruce" sau "în linie dreaptă". Tetinele cu trei găuri, dispuse în "triunghi" par cele mai practice și se potrivesc la majoritatea sugarilor. Altele au dispozitive care reglează dimensiunile și ritmul picăturilor (cu 2 sau 3 trepte: I, II și III).

Celelalte ustensile necesare în alimentația artificială se spală, după utilizare, în jet de apă și se opăresc înainte de folosire. O dată în 24 de ore se spală cu soluție de săpun sau cu detergenți speciali limpezindu-se bine după aceea cu apă caldă. Vesela copilului se depozitează în dulapul de veselă, într-un loc anume destinat, la îndemână, pentru ca mama să nu piardă vremea căutându-o; nu se va amesteca cu vesela restului familiei.

Obiecte de măsurat și cântărit. Pentru pregătirea diferitelor preparate dietetice este necesară măsurarea și, uneori, cântărirea alimentelor. În lipsa unor vase de măsurat lichidele, se va folosi un biberon.

Măsurarea cu lingura sau cu o cană nu este niciodată precisă; se va adopta, la nevoie, numai ca o soluție de compromis. Pentru orientarea aproximativă se pot folosi, la nevoie, următoarele unități de măsură:

1 linguriță de ceai = aproximativ 5 ml

1 lingură mare (supă) = aproximativ 15 ml

1 pahar vin = aproximativ 90-80 ml

1 lingură mijlocie = aproximativ 10 ml

1 ceașcă de cafea = aproximativ 100 ml

1 farfurie de supă = aproximativ 200 ml

În medie, 1 lingură mare (de supă) rasă conține:

10 g făină de grâu - 10 g mălai

10 g fulgi ovăz - 10 g pesmeți pisati

10 g griș - 15 g făină de orez

10 g boabe de orez - 20 g zahăr

Produsele de lapte pentru sugari sunt însoțite de o linguriță-măsură cu care se prepară diluția de lapte.

2.5.3.3. Considerații generale asupra alimentației artificiale

Eforturile pediatrilor dintotdeauna au tins să realizeze prin alimentația artificială creșterea și dezvoltarea sugarului la fel de bună ca și cu laptele de

mamă. Preparatele industriale sunt de bună calitate, au compoziție constantă și pot fi procurate în cantități mari.

Nemodificat, laptele de vacă prezintă mari deosebiri față de laptele uman. Cantitativ are trei dezavantaje mari: proteinele (cazeina) și sărurile minerale sunt în cantitate prea mare (de 3,5 ori), iar hidrocarbonatele (lactoza) în cantitate prea mică. De asemenea, sunt mari deosebiri în ce privește structura, proprietățile și calitățile biologice ale unor principii nutritive de bază (proteine, grăsimi), precum și în proporția dintre diferite minerale.

Folosirea laptelui de vacă sau de capră (nemodificat) sau a unor produse industriale de lapte integral ar duce la suprasolicitarea organismului (digestie, metabolism, excreție) nou-născutului și sugarului mic, cu riscul unor tulburări grave. Având în vedere aceste deosebiri și neajunsuri, pediatrii au preconizat de-a lungul timpului diferite modificări pentru realizarea unor preparate în care laptele de vacă să se apropie de laptele uman. Amintim câteva din modificările ce s-au impus pentru a transforma laptele de vacă în vederea adaptării la posibilitățile și nevoile nou-născutului și sugarului mic.

Diluția este prima tentativă de corectare a laptelui de vacă, sau de capră la nevoile sugarului mic. Prin adaosul de apă (1/2, 2/3, 3/4) scade cantitatea de proteine și de săruri minerale, ceea ce ușurează sarcinile de digestie, asimilație și excreție ale organismului nou-născutului atunci când este alimentat cu lapte de vacă, dar se reduc procentual hidrocarbonatele (lactoza) și grăsimile.

Zahararea. Prin diluare se reduc și mai mult hidrocarbonatele (48 g/l în laptele de vacă față de 68 g/l în laptele uman), ceea ce duce la obținerea unui preparat dezechilibrat, cu o cantitate prea mică de hidrocarbonate (care sunt sursa de energie cea mai importantă și cea mai ușor de utilizat de către organism). De aceea s-a impus corectarea acestui neajuns prin adaos de zahăr sau glucoză ("primul hidrocarbonat") și de amidonuri (orez, zeamil etc., denumite convențional "cel de al doilea hidrocarbonat"). Pentru această suplimentare în hidrocarbonate a laptelui de vacă, în dietetica tradițională clasică s-a impus și a rămas *zahararea*. Într-adevăr zahărul s-a dovedit ca fiind cel mai bine tolerat dintre hidrocarbonate, ușor de mânuit și mai ales cel mai ieftin. Dextrin-maltoza este mai bine tolerată decât zahărul, dar nu este încă folosită la nivel casnic, ci mai mult ca adaos la

produsele industriale. Trebuie amintit însă că hidrocarbonatele din lapte sunt reprezentate de lactoză.

Adaosul celui de al doilea hidrocarbonat s-a făcut pentru ca unele componente ale laptelui de vacă să fie mai ușor de digerat. Acest adaos s-a făcut prin orez (combate tendința la diaree), porumb, cele mai potrivite pentru nevoile nutritive ale sugarului, fiind lipsite de gluten. Orezul este constipant, iar porumbul este ușor laxativ. În preparatele adaptate¹ s-a renunțat la adaosul de zahăr și amidonuri, singurul hidrocarbonat admis fiind lactoza. Pentru a fi folosit fără riscuri, la nou-născut și sugar, laptele de vacă se diluează și se zaharează după sfatul medicului.

Acidifierea (acid lactic, acid citric etc.) avea ca scop modificarea cazeinei și emulsionarea lipidelor. Preparatele acidifiante se folosesc mai puțin. În ultimul timp au apărut unele produse adaptate sau parțial adaptate (mai ales), acidifiante.

Degresarea s-a folosit, socotindu-se că grăsimile din laptele de vacă sunt vătămătoare. Într-adevăr, grăsimile din lapte de vacă sunt deosebite față de cele din laptele uman. În prezent, preparatele adaptate sau parțial adaptate din laptele de vacă se înlocuiesc parțial cu grăsimi vegetale (floarea-soarelui), care se aseamănă în ceea ce privește compoziția chimică și digestibilitatea cu cele din laptele uman.

Superioritatea "formulelor" pentru sugari (preparate adaptate și parțial adaptate) față de alte produse industriale și mai ales față de laptele de vacă proaspăt este netă. S-a dovedit că folosirea laptelui de vacă procurat fie de la producători, fie din comerț, implică mult mai multe riscuri decât celelalte preparate industriale de lapte. Prin diferitele procedee industriale, pe lângă sterilitatea garantată și compoziție constantă, laptele praf capătă o serie de însușiri care îi conferă o superioritate netă față de laptele de vacă. Dintre preparatele de lapte praf sunt de preferat cele adaptate și/sau parțial adaptate (Aptamil¹, Milumil 1, Nutrilon, Nan, Beba 1, Similac, Aponti etc.). Acestea sunt mai puțin consistente (mai "apătoase") și de aceea unele mame cred că sugarul nu se satură.

Adaptarea individuală. Ca linie generală de conduită, pe lângă criteriile clasice, de vârstă și greutate, trebuie să se țină seama de:

- *apetitul și preferințele sugarului;*
- *posibilitățile de aprovizionare ale familiei (venit, sezon, mediu rural sau urban etc.);*

¹ Numite în literatura anglo-saxonă "formule".

- *gradul de instrucție al părinților;*
- *gradul de civilizație și igienă (spațiu locativ, curățenia în casă, frigider, obiecte de preparare a alimentelor pentru sugar, obiceiuri culinare).*

Nu există un regim standard valabil pentru toți copiii de aceeași vârstă sau cu aceeași greutate. Nici chiar apetitul sau greutatea nu sunt criterii absolut obligatorii. Aceasta nu înseamnă că normele de dietetică a sugarului, rezultate dintr-o experiență îndelungată și din cercetări științifice să fie substituie cu fantezia. Dimpotrivă, rația medie alimentară fixată de medicul sugarului constituie singura cale de urmat!

Alimentația se fixează în funcție de reacțiile individuale, de starea de sănătate a sugarului și de standardul de viață al familiei.

Dialog între mamă și cadrele medicale. Mama trebuie să-și însușească o tehnică în pregătirea și administrarea alimentelor sugarilor, cu respectarea riguroasă a regulilor de igienă. Este absolut necesar un dialog permanent în care medicul să aibă timp să "asculte pe copil" prin reacțiile descrise de mamă. Medicul de familie ajutat de asistenta de familie trebuie să discute îndelung cu mama și s-o facă să priceapă, pe înțelesul ei, cum trebuie să procedeze. Pe lângă însușirea tehnicii alimentației, mama este datoare să știe să-și observe copilul și să nu aplice totul orbește, ci în funcție de nevoile personale ale acestuia.

În mediul rural se va încerca instituirea și prelungirea alimentației la sân. În lipsa acesteia, ideal ar fi ca în primele luni să se asigure un produs adaptat. Dacă nu este posibil nici această ultimă soluție, se va apela (forțat) la laptele de vacă în diluții progresive cu adaos de zahăr (întâiul hidrocarbonat) și apa de orez (al II-lea).

Alegerea preparatelor de lapte pentru nou-născut

A. Folosirea produselor denumite "formula" la nou-născutul la termen și la sugar

Multă vreme alimentația sugarului s-a sprijinit pe intuiții, tradiții și observații empirice. Cercetările științifice bazate pe studiul fiziologiei copilului, al diverselor alimente folosibile la sugar și copilul mic, precum și progresele tehnice ale industriei alimentare au dus la schimbări dramatice în alimentația copilului și mai ales a sugarului. S-a ajuns astfel la producerea

FORMULE (PRODUSE) DE LAPTE DIN GRUPUL "INFANT FORMULA" (FORMULE PENTRU SUGARI) FOLOSITE ÎN ALIMENTAȚIA SUGARULUI (0-1 AN) ÎN ȚARA NOASTRĂ, LA CARE NU ESTE POSIBILĂ ALIMENTAȚIA LA SÂN¹

Luna II-a	A. Lăpturi de început ("start") folosite în primele 4 luni de viață: a) <i>Formule adaptate (europene)</i> : Pre-Aptamil (Milupa), Pre-Humana (Humana) b) <i>Formule parțial-adaptate europene</i> : Aptamil I, Milumil 1 (Milupa), Humana I, Humana baby fit (Humana), Nan, Beba (Nestlé), Nutrilon premium c) <i>Infant formula (denumirea americană)</i> : Similac (SUA), NUTRICARE special (Israel), Morinaga (Japonia), Bebelac (Nutricia)
Lunile II, III și IV	La fel
De la 5 la 12 luni	B. Lăpturi de continuare (Follow-up - Formula, Folgen-Milch, deuxième age): a) <i>Formule parțial -adaptate de continuare</i> : Milumil 2, Aptamil 2, (Milupa), Humana 2, Humana baby pt2 (Humana), Nan, Beba (Nestlé), Nutrilon plus b) <i>INFANT FORMULA (simple sau cu adaosuri) - denumire SUA</i> : Similac, Nutricare Special, Morinaga, Remedial, Bebelac
Între 8 și 12 luni	a) La fel ca între 5 și 12 luni b) Milumil 2 și apoi Milumil 3 c) Lapte praf "clasic" sau lapte de vacă d) Lăpturi cu adaos de cereale

unor lăpturi care sunt mai apropiate calitativ de laptele uman. Cercetările și experiențele diferitelor instituții naționale și internaționale au fost analizate și apoi comunicate de către foruri, congrese și conferințe internaționale sub formă de recomandări. În tabelele 2.1. și 2.2 sunt sintetizate denumirile și recomandările acestor produse.

Aceste "formule" pentru nou-născuți și sugari se caracterizează prin următoarele modificări:

- reducerea proteinelor (îndeosebi a caseinei) și completarea lor cu proteine din zer (lactalbumine și lactoglobuline);

- înlocuirea parțială a grăsimilor din laptele de vacă (compuse din acizi grași saturați și polinesaturați) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea-soarelui etc.) care conțin - ca și laptele uman - acizi grași nesaturați și polinesaturați;

- reducerea sărurilor minerale;

- adaosul de lactoză (în formulele adaptate) sau de lactoză și alte hidrocarbonate (glucoză, dextrin-maltoză, din diverse făinuri de cereale sau de fructe și zarzavaturi) la formulele parțial-adaptate și la cele hipoalergice/hipoantigenice și de continuare (Follow-up formula).

TABELUL 2.1

TIPURI DE INFANT FORMULA

INFANT FORMULA (formule pentru sugari)	Această denumire este fixată de "the Scientific Committee for Food of the Commission of the European Communities (1991-1993)" și de "the ESPAGN Committee in Nutrition (1990-1993)" (formule pentru sugari). Se recomandă în primul an de viață și includ în Europa produsele denumite: - "adapted formula" (formule sau produse adaptate) - "partially adapted formula" (formule sau produse parțial adaptate) - "antigen-reduced (hypoallergenic/hypointigenic) formula" (formule hipoalergice/hipoantigenice).
FOLLOW-UP FORMULA (formule de continuare)	- pentru sugari și copii în vârstă de 5 luni - 3 ani ("ESPAGN", 1990) Ulterior s-a hotărât ca aceste produse să fie folosite numai la sugari în vârstă de 5-12 luni (European Communities Commission - Directives of 14 May, 1991). Practic aceste produse se folosesc până la vârsta de un an.

NOTĂ. În mediul rural unde prin tradiție și din motive economice se folosește laptele de vacă, se poate folosi:

- nou-născut*: lapte de vacă 1/2 cu 5% zahăr (jumătate lapte + jumătate apă + 1 linguriță de zahăr rasă la fiecare sută de grame fierse împreună)
- între 1 lună și 4 luni*: 2/3 lapte + 1/3 apă + 5% zahăr fierse împreună, la care ideal ar fi să se adauge la urmă după fierbere 1/4-1/2 linguriță de ulei de floarea-soarelui bine rafinat;
- între 5 și 7-8 luni*: lapte de vacă 3/4 + 1/4 apă (unii recomandă lapte de vacă nemodificat) + 5% zahăr + 5 g ulei;
- între 9 și 12 luni*: lapte de vacă integral + 5% zahăr +/- 2-4% cereale instant.

• Tabelele 2.1 și 2.2 se adresează medicilor și asistentelor de familie.

Repetăm că numai în situațiile în care nu este posibilă alimentația la sân, se va trece la alimentația "artificială" cu lapte de vacă sau cu produse industriale de lapte de vacă ("formule" pentru sugari etc.).

¹ Vezi și tabelele 3.1, pag. 125, 3.2, pag. 126 și 3.3, pag 127.

Dintre produsele de lapte praf, în caz că familia are un standard de viață corespunzător ("formulele" de lapte sunt scumpe), se vor alege fără nici o ezitare formulele adaptate sau parțial-adaptate. În familie se va continua cu produsul folosit în maternitate, dacă acesta se găsește tot timpul în comerț.

1. *Formule pentru sugari adaptate și parțial adaptate* (de început și de continuare).

Ideal ar fi să se înceapă cu un produs (formulă) adaptat "de început". În Europa (Germania, Franța, Elveția, Austria) aceste produse sunt notate cu prefixul *Pre* (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Pre-Humana etc.). La noi în țară aceste preparate s-au găsit periodic, pe durate scurte.

În practica obișnuită se folosesc formulele parțial-adaptate "de durată" (Germania, Elveția, Austria) sau "de prima vârstă" (Franța) și care în Occident sunt notate în general cu cifra 1 (Milumil 1, Nutrilon premium, Beba 1, Humana 1, Humana baby fit etc.). Dintre aceste produse, la noi în țară se comercializează și se găsesc în permanență Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Humana baby fit. Aceleași firme pun la dispoziție pentru sugarul peste 4-5 luni preparate notate cu cifra 2 (Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Humana baby fit, Aptamil 2, Nan, Beba etc.).

Respectând normele americane, pe piața românească pentru alimentația sugarului se găsesc următoarele produse: Bebelac (Nutricia), Similac, Nutricare (Israel), Morinaga (Japonia), care sunt recomandate ca formule generale pentru primele 12 luni de viață.

În general, produsele respective sunt fabricate cu un conținut care trebuie să se încadreze în recomandările fixate de forurile internaționale (ESPAGN etc.). Cu aproximație, concentrațiile diferitelor componente ale laptelui sunt următoarele (procente la 100 ml): 1,7-1,9 proteine, 3,3-3,6 g grăsimi, 8,2-8,6 hidrați de carbon și în jur de 70 kilocalorii (300 kilojoule).

2. *Formule (produse hipoalergenice/hipoantigenice)*

Preparatele respective nu sunt decât lăpturi de prevenire în cadrul unui risc alergic crescut și nu produse terapeutice. Ele pot fi folosite ca supliment la alăptarea maternă. Sunt formule hidrolizate. În funcție de gradul de hidroliză a formulei sunt disponibile două tipuri, formulele complet hidrolizate și preparatele zise "hipoantigenice" sau "hipoalergenice". Formulele complet hidrolizate constituie baza tratamentului intoleranțelor la proteinele laptelui de vacă dar și a unor

forme clinice de enteropatie sau de malabsorbție cronică. Formele complet hidrolizate pot fi încadrate în "lăpturi terapeutice" (Alfare, Nutrilon, Pepti-Junior).

3. *Formule terapeutice*. Aceste lăpturi sunt însoțite în Europa, în general, de litera H (de la cuvântul german *heilen* = a vindeca, a tămădui). În acest grup s-ar încadra produsele Milupa HN25 (Heilnahrung) și Humana H. Se folosesc în caz de diaree, intoleranță la unele componente ale laptelui (lactoza) sau alte dizaharide și polizaharide precum și unele malabsorbții.

• *Lăpturile fără lactoză* se folosesc în unele cazuri de intoleranță la lactoză sau de galactozemie.

În acest grup sunt cuprinse, printre altele, *lăpturile pe bază de soia* care au ca indicație vegetarismul și unele boli metabolice. Folosirea laptelui de soia în cazuri de intoleranță la proteinele laptelui de vacă nu mai este reținută ca în trecut, căci este vorba adesea de o alergie dublă la laptele de vacă și la soia. În realitate, 25-30% din copiii alergici la proteinele laptelui de vacă sunt sensibili și la soia (Nutrilon-Soja - Olanda); All 10, (Nestlé), Nutricare-soja - Israel; ISOMil - SUA).

4. *"Formule" pentru nou-născuți prematuri și/sau greutate mică la naștere*. La prematuri capacitatea gastrică este limitată și de aceea trebuie să se dea *mese mici și dese*. Pe măsură ce tolerează bine laptele, se crește mai departe până se ajunge la rația completă (1/7-1/6 din greutatea corporală).

Prematurul hipotrofic (cu greutate mică) are nevoi crescute de hrană față de nou-născutul la termen, eutrofic.

Se începe cu 5% soluție de glucoză sau de dextrin maltoză ("soluții izotone"). Când tolerează i se dă lapte de mamă sau un produs de lapte pentru prematuri. Eventual se poate da un aliment hidrolizat (de exemplu, Alfare).

Laptele de mamă nu acoperă nevoile nutritive ale prematurului în ceea ce privește calorile, proteinele și substanțele minerale și de aceea se va da și un produs de lapte special pentru prematuri. Aceste produse în Europa sunt notate cu 0 sau litera F (Aletemil 0, Beba 0, Huma OF, Lactana F (litera F provine de la termenul german *Fruhgeborenen* = prematur). Aceste produse conțin la 100 ml lapte în jur de 2 g proteine, 3,4-3,8 grăsimi, 8 g hidrați de carbon, 0,3-0,4 substanțe minerale și 70 kilocalorii (293 kilojoule).

Numărul de mese corect ar fi următorul: sub 1 000 g - 12 mese; 1 000-1 500 g: 10-12 mese; 1 500-2 000 g: 8 mese, iar între 2 000-2 500 g: 8-6 mese.

B. Produse industriale de lapte praf "clasice"

1. *Laptele praf integral* (26-28% grăsime) se obține din laptele praf integral, nediluat (34-36% grăsime). Reconstituirea se face prin "diluarea" (resuspendarea) a 130 g de pulbere la 1 000 ml apă, respectiv 2½ măsuri a 5 g la 100 ml apă. Nediluat se poate folosi după vârsta de 7-8 luni. Pentru a-i corecta conținutul mic în hidrocarbonate (laptele de vacă conține 48 g% hidrocarbonate, față de 68-70% cât conține laptele uman) se adaugă zahăr 5% (1 linguriță rasă la 100 ml) și 2-3% făină de orez sau dextrin maltoză.

La nou-născutul la termen, acest lapte va fi dat diluat corespunzând laptelui de vacă îndoit cu apă (jumătate lapte și jumătate apă) în primele 3 săptămâni, respectiv 6-7 g pulbere de lapte la 100 ml, practic revenind 1½ măsură lapte praf la 100 ml apă. După vârsta de 3 săptămâni se crește concentrația (două părți lapte și o parte apă), la care se adaugă 5 g zahăr. Pentru a se "corecta" cât de cât compoziția cu totul diferită a laptelui de vacă față de laptele uman ar trebui ca resuspendarea pulberii de lapte să se facă în apa de orez, îndulcit cu zahăr și îmbogățit cu ulei de floarea-soarelui.

2. *Laptele praf ecremat* (degresat) sau semi-ecremat se produce industrial din laptele de vacă degresat (desmântânit, ecremat). La noi în țară se comercializează un produs denumit "lapte praf normalizat", care conține 18-20% grăsime (în loc de 26-28% grăsime). Cu 130 g (2,6 măsuri de 5 g rase) resuspendate în apă sau în apa de orez rezultă un preparat cu o concentrație aproximativă de 2/3 lapte + 1/3 apă.

Lăpturile industriale ecremate au fost folosite în hrănirea multor generații de sugari sub vârsta de 5 luni. Sunt folosite încă în familiile care nu pot cumpăra produse adaptate sau parțial adaptate (mult mai scumpe). Laptele praf semiecremat este mai ieftin, se prepară ușor, greșelile de reconstituire sunt rare și toleranța este bună. Totuși compoziția este dezechilibrată. Prin degresare se scad prea mult grăsimile, iar proteinele și sărurile minerale rămân ridicate. Adaosul de zahăr, de făină de orez sau de dextrin-maltoză și de ulei de floarea-soarelui corectează numai parțial diferențele față de laptele uman. În schimb, adaosul de zahăr, de cereale și de ulei duce la mărirea valorii calorice care determină o creștere a greutateii prin acumularea de țesut grasos.

Laptele praf cu adaosul de zahăr se fierbe!

C. Laptele de vacă

În mediul rural procurarea de produse industriale de lapte (adaptat sau chiar lapte praf obișnuit) în multe familii este greu de folosit. Cu toate riscurile medicul de familie este nevoit să folosească laptele de vacă, procurat direct de la producător. Pentru corectarea parțială a laptelui de vacă se recomandă, în prima lună de viață:

- 1/2 lapte de vacă + 1/2 apă simplă (sau după 3 săptămâni apă de orez);
- 5 g zahăr (o linguriță rasă);
- 1-3 g ulei de floarea-soarelui.

Laptele de vacă diluat (500 ml lapte + 500 ml apă sau 500 ml apă de orez) la care se adaugă 10 lingurițe de zahăr (rase) se fierb împreună, iar uleiul se adaugă la sfârșit. Fie porționat în biberoane, fie în oală de fierbere se răcește brusc și se păstrează la frigider. Este nevoie de lapte de vacă recoltat și manipulat în condiții de curățenie perfectă, de corectitudine în prepararea diluțiilor, de mâini și vase bine spălate și de frigider!

Folosirea biberonului

Se vor respecta dozajele și o curățenie riguroasă. Înainte de a începe, mama își spală mâinile cu apă și săpun, apoi le șterge cu un prosop curat. Se ia biberonul din cratița în care a fost sterilizat și se golește apa fără a-i atinge interiorul. Lichidul de diluție este în mod obișnuit apa care se fierbe în prealabil. În biberon se pune mai întâi apa (încălzită la 40-50° Celsius) până la gradația corespunzătoare pentru masa respectivă. Se folosește lingurița-măsură oferită de fabricant și se adaugă cantitatea prevăzută pe cutie "la modul de preparare".

Nu este permis să se îndese măsura, ci numai să fie rasă, adică să se treacă lama unui cuțit pe deasupra pentru a elimina prea-plinul. Adaosul de pudră de lapte în biberonul cu apă face să se urce nivelul de lapte deasupra gradației dorite.

Unele mame au tendința de a forța doza, ceea ce provoacă unele tulburări ("febra de sete", "regurgitații", vărsături, colici). În 1973, un medic englez, J.C.L. Shaw, a arătat cum cantitatea de lapte-pudră poate să varieze de la simplu la dublu pentru aceeași măsură când ea este preparată de persoane diferite. Într-o măsură de 3 g de pudră de lapte îndesând se poate crește

produsul la 5 g. Lăpturile prea concentrate fac să apară riscul de obezitate, dar mai ales o încărcare excesivă în sodiu, responsabilă de suprasolicitarea funcției rinichilor și de enterocolita necrozantă. În aceeași ordine de idei, laptele nu trebuie măsurat cu lingurița de cafea, căci mărimile sunt foarte variate. Cutia de lapte este apoi închisă ermetic și biberonul va fi agitat pentru a nu se forma cocoloașe. Unele produse ("formule") necesită câteodată scuturători viguroase pentru a fi bine dizolvate.

Încălzirea biberonului. Dacă alimentația s-a pregătit pentru mai multe mese, biberonul va fi încălzit până la temperatura de 50° înainte de administrare. După ce se agită bine, pentru omogenizarea conținutului, biberonul se poate încălzi.

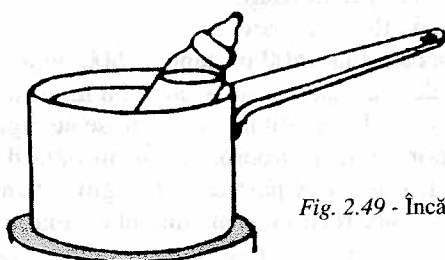


Fig. 2.49 - Încălzirea biberonului.

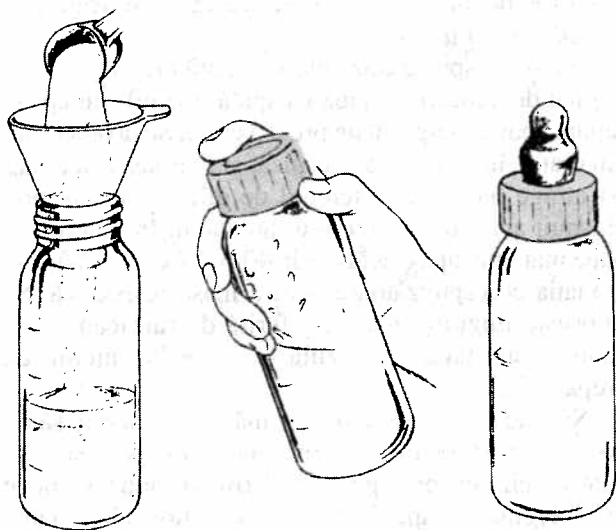


Fig. 2.50 - Încălzirea biberoanelor.

În mod obișnuit, laptele pentru sugar trebuie încălzit la temperatura de 40° cel mult 50°. Pentru aceasta biberonul gata pregătit fie se va încălzi pe soba sau caloriferul bine încălzit, fie se va scufunda într-o oală

cu apă caldă sau într-un încălzitor electric cu termostat sau se scurge apă caldă de la un robinet (49°C) și apoi se testează temperatura vărsând câteva picături din conținutul biberonului pe fața internă a antebrațului mamei (fig.2.51). În caz de deplasări cu mașina sau plimbări se folosesc biberoane-termos sau termosuri simple. La nevoie, în lipsă de termos biberonul pregătit cu lapte se înfășoară cu ziare în mai multe straturi, hârtia fiind un bun izolant termic.

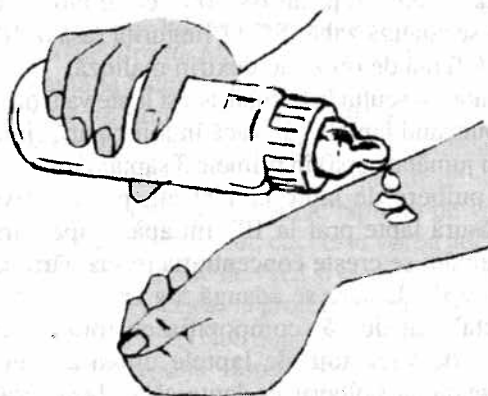


Fig. 2.51 - Testarea temperaturii laptelui.

Este interzis mamei să ia tetina în gură pentru a verifica temperatura conținutului biberonului!

Nu se va încerca încălzirea biberonului la flacăra aragazului (pericol de accident) și nici introducerea lui într-o oală cu apă clocotită; se sparge biberonul!

În ultimul timp mulți medici susțin că laptele poate fi oferit la temperatura înconjurătoare. De fapt, în multe familii (mai ales de la țară) laptele nu este încălzit și se pregătește cu apă la temperatura camerei. Unii pediatri au încercat să dea laptele scos direct de la frigider nou-născuților la termen și la prematuri și au comparat somnul, modul de a bea, luarea în greutate, plânsul, regurgitațiile, materiile fecale.

În momentul alimentației, sugarul trebuie să fie în stare de veghe, liniștit, iar mama să se instaleze comod, de dorit fără martori și cât mai calmă. Nu se forțează sugarul să consume toată rația. Nu se întrerupe alimentația pentru alte preocupări.

În timpul întregii durate a suptului, biberonul trebuie să fie astfel înclinat pentru ca gâtul biberonului și tetinei să fie pline cu lichid, fără aer. Prezența bulelor care

urcă la suprafață în biberon constituie proba că tetina este corect găurită și că laptele se scurge bine. Din timp în timp se retrage încetitor tetina din gura sugarului pentru a evita ca suptul să nu creeze un gol ce l-ar împiedica să aspire laptele. Înainte de a-l introduce din nou în gură, se verifică permeabilitatea tetinei, ale cărei orificii se astupă cu ușurință. Poziția mai mult sau mai puțin strânsă a inelului care fixează și menține tetina permite să se regleze debitul scurgerii laptelui în funcție de energia suptului și de mărimea orificiului (sau orificiilor) tetinei. *Un supt durează în mod obișnuit 10 până la 20 minute.* După supt, sugarul va fi ținut în poziție verticală sau culcat pe burtă pe genunchi sau, și mai bine, ținut în brațe în poziție verticală lipit de corpul mamei, cât mai puțin înfășat sau chiar gol "piele la piele". Căldura și compresiunea locală realizate prin contactul cu corpul mamei favorizează eliminarea gazelor din stomac, normalizează peristaltismul, calmează colicile.

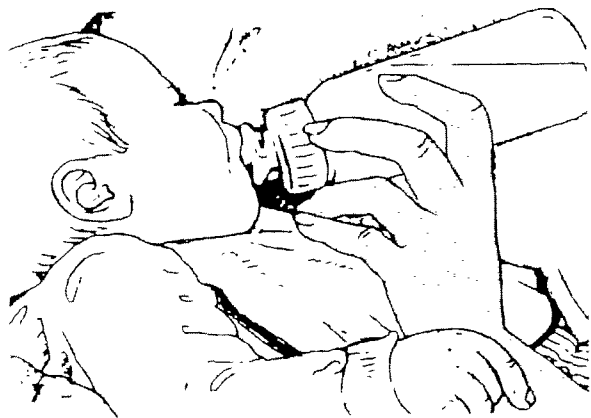


Fig. 2.52 - Biberonul trebuie ținut în așa fel ca tetina să fie plină.

Niciodată nu trebuie să se instaleze un sugar ca să tragă singur din biberon. Pe de o parte el poate scăpa tetina și să nu poată s-o repună în gura sa, ceea ce este frustrant, dar mai ales, debitul laptelui se poate accelera și ajunge pe o cale falsă (pe trahee) cu riscul de a-l sufoca.

După ce elimină "aerul", sugarul va fi culcat în pat pe partea dreaptă. Poziția de "culcat pe burtă" a fost contraindicată în ultimul timp, fiind bănuită că ar sta la originea unor cazuri de moarte subită. În această poziție laptele trece mai ușor prin pilor din stomac în duoden și dacă sugarul regurgitează, lichidul se va

scurge în afară, eliminând riscul de inhalare și de falsă cale. Unii sugari care elimină greu aerul preferă să fie puși mai întâi pe partea stângă pentru a ușura trecerea gazelor din stomac spre intestin; după eliminarea gazelor și acești sugari vor fi întorși pe partea dreaptă.

Fiecare sugar este diferit și părinții își vor da seama foarte repede ce convine mai bine copilului. Laptele rămas în biberon se aruncă și se curăță materialul folosit.

Cantitatea (rația) de lapte. Lăpturile pentru sugari (după germani - adaptate; după francezi - prima vârstă; după americani - formula), ca și în alimentația naturală, permit o mare suplețe în ce privește orarul și numărul meselor. Rațiile sunt *deci teoretice* și nu reprezintă decât media. De la un sugar la altul și de la o zi la cealaltă pentru același sugar, rațiile consumate sunt variabile. Tot ce se spune în rândurile următoare constituie o orientare generală, fiecare sugar având dreptul, dacă nu datorită, de a-și manifesta personalitatea cu care s-a născut.

Rația teoretică. Cantitatea de lichide ca și numărul de mese variază în limite foarte largi. Nou-născutul își stabilește treptat intervalul, numărul de mese și rația de lapte. Mai înainte se fixa ca rație-standard 150 ml/kg și pe zi, pentru acoperirea nevoilor medii. În primele zile nou-născuții se satură cu circa 160-200 ml în 24 ore (H.Ewerbeck și E.Schmidt). Unii sugari - este adevărat, mai puțini - se satură și cresc în greutate cu rații mult mai mici (de circa 100-120 ml/kg corp/zi).

Rația teoretică în primele zile de viață se face după formula Finkelstein: (numărul de zile de viață - 1) x 70 g. De exemplu (8 zile-1) x 70 = 490 ml, divizat la numărul de mese pe 24 ore.

Între a 10-a zi și a 28-a zi de viață 1/6 din greutatea corpului sau cât vrea nou-născutul.

În general, produsele europene se prepară cu o măsură de 30 ml apă (multiplul lui 30), iar cele americane cu o măsură la 50 sau 60 ml la 100 ml.

Așa cum am amintit mai sus, fiecare sugar are ritmul său, intervalele dintre mese pot fi inegale și cantitățile luate la fiecare biberon variabile. Trezirea spontană este cel mai bun indicator al orarului. Ideal este să se aștepte cel puțin 3 ore între două supturi. Nu trebuie niciodată să se forțeze un sugar să termine laptele dintr-un biberon. Dacă el nu dorește, se poate ajunge la inapetență rebelă.

Fortărea sugarului să mănânce constituie cauza cea mai frecventă a inapetenței!

Dacă sugarul este trezit dintr-un somn adânc ca să mănânce, el este nervos, morocănos și va suge prost.

Biberonul se dă la ore fixe sau la cerere? Pe această problemă s-a discutat multă vreme. La noi în țară, decenii în șir s-a susținut în toate formele de învățământ medical și s-a încercat punerea în practică a orarului fix. Partizanii disciplinei fixe se opun adepților libertății totale. *Personal sunt adeptul alimentației (la sân sau cu preparate adaptate sau parțial adaptate) la cerere.* Majoritatea sugarilor nu se supun orariilor fixe. Se va ține seama mai întâi de ce convine sugarului și în al doilea rând al mamei. Până la urmă se ajunge la un compromis între nevoile sugarului și dorințele mamei. Dacă ne referim la comportamentul spontan al mamiferelor și al femeii în unele societăți (la sate, la noi în țară sugarul este alimentat "la cerere"), alimentația liberă este cea mai fiziologică. Copilul ia "la cerere" cantitatea de lapte pe care o vrea și în momentele pe care le dorește. Dacă însă se ia în seamă activitatea femeii moderne în lumea noastră civilizată, alimentația la cerere generează adesea mari dificultăți. Această practică împiedică pe mamă să aibă un repaus al ei sau de a-și programa folosirea timpului. Unele mame care o încearcă se extenuază repede. În trecut, milioane de sugari au fost alimentați la ore fixe și nu s-au observat tulburări psihice sau corporale.

O mamă care este convinsă (trebuie să se știe că acest simțământ este mai mult intelectual decât instinctiv) că este preferabil să asculte de copilul său și să-i dea biberonul când el îl cere, nimeni nu o împiedică. Dacă ea nu resimte nici o oboseală, nici o frustrare, nici o jenă în viața zilnică (sau dacă ea acceptă în numele a ceea ce ea crede că este interesul superior al copilului), ea face o alegere bună (L. Rossant). De altfel, cu timpul, sugarul ajunge să-și reglementeze un orar fix. Din contră, mama care-și dă seama că alimentând un sugar "la cerere" nu mai poate să se ocupe în același timp de ceilalți copii, de soț, de gospodărie, de prieteni, de ceea ce are poftă să facă, este în interesul său de a planifica ore aproape fixe (fără a fi însă draconice!). O deviere de o jumătate de oră în plus sau în minus este cel mai firesc.

Numărul de mese în prima săptămână este de 6-8 mese în 24 de ore, iar după aceea în cursul următoarelor

6-8 săptămâni de 5-7 mese, eventual un biberon în timpul nopții. În trecut nu se recomanda un biberon de noapte. Înainte de 3 luni majoritatea sugarilor mai cer să mănânce și în timpul nopții. Ar fi crud și absurd să se lase un sugar să plângă de foame în timpul nopții. El nu poate fi calmat cu ceai pentru că el plânge de foame și nu de sete. Suprimarea biberonului de noapte nu ține nici de medic și nici de părinți, ci de nevoile copilului. De multe ori, sugarul renunță mai întâi la suptul de la orele 23-24 și mai târziu la cel de la ora 2. Prima masă se dă în momentul în care se trezește nou-născutul și apoi i se va da să mănânce atunci când dă semne că-i este foame. În general, sugarii mănâncă din 3 în 3 ore, cu variații de orar de un sfert de oră. Între masa întâi și a doua intervalul este adesea mai mare. În general, sunt de subliniat și în alimentația artificială:

- nu se trezește sugarul din somn;
- nu se așteaptă ora mesei;
- nu se face pauză între mese;
- nu se forțează sugarul să consume o anumită rație;
- nu se întrerupe administrarea laptelui pentru alte obligații gospodărești (telefon etc.);
- nu se alimentează sugarul cu martori și mai ales cu consilieri;
- nu se schimbă preparatul de lapte cu un altul decât la sfatul medicului. Dacă este nevoie de schimbare, aceasta se va face treptat, cu cantități mici, testând reacțiile sugarului (modul cum îl primește, diaree, vărsături etc.);
- ceaiul este necesar numai în situații speciale. Atunci când se administrează se va îndulci cu 5 g (o linguriță rasă) la 200 ml și nu cu 5 g la 100 ml cum se făcea înainte, pentru că produsele adaptate nu sunt îndulcite și sugarul va prefera ceaiul îndulcit excesiv;
- biberonul de noapte va fi pregătit de seara, păstrat în frigider la temperatură în jur de 4° C și doar se încălzește înainte de administrare;
- tentativele de a "scăpa" de biberonul de noapte, întârziindu-l pe cel de seară sau preparându-l cu o concentrare mai mare nu sunt urmate de succesul dorit;
- produsele de lapte - pulbere granulat, în primele zile se prepară cu 2 măsuri la 90 ml apă și nu cu 3 măsuri, pentru că unii nou-născuți primesc mai greu un lapte mai vâscos;
- creșterea greutateii la nou-născuți se înregistrează după 2 săptămâni de viață, așa că progresul ponderal "ca la carte" (de 170-210 g pe săptămână) se înregistrează în săptămânile viitoare;

– urmărirea progresului ponderal se face săptămânal și nu zilnic și în nici un caz mai rar de 1 lună;

– produsele de lapte adaptat sau parțial adaptat nu se fierb, spre deosebire de laptele de vacă (inclusiv cel pasteurizat) sau celelalte produse de lapte pulbere;

– să nu se uite că biberoanele și tetinele se spală cu apă rece imediat după folosire.

Concluzii

Alimentația artificială reprezintă o formă eficientă de hrănire a nou-născutului și sugarului, dacă se respectă regulile de igienă, dacă produsul lactat este bine ales, de bună calitate și riguros preparat. Un sugar alimentat corect cu un preparat de lapte de vacă, se dezvoltă foarte bine (fizic și neuromotor) este mulțumit. În familiile mai puțin evoluat (educație, civilizație), sugarii se îmbolnăvesc mai des. Spre deosebire de trecut, mortalitatea nu mai este ridicată.

Produsele industriale de lapte (“formulele”, lăpturi adaptate, parțial adaptate, de continuare), beneficiile civilizației moderne (frigider etc.) și modificarea concepțiilor pediatriilor au dus la o etapă în care sănătatea sugarilor este mai puțin periclitată, iar munca mamelor mult ușurată.

Vitaminele, mineralele și apa

Vitaminele (cu excepția vitaminei D), sărurile minerale și apa sunt suficiente în laptele uman și în produsele adaptate și parțial adaptate (“formulele” după terminologia americană) sunt suficiente. La nou-născut, flora microbiană intestinală nefiind suficient dezvoltată, se injectează intramuscular vitamina K imediat după naștere pentru a preveni hemoragiile.

Suplimentările de vitamine funcționează în funcție de vârsta sugarului și de tipul de alimentație (tipul de formulă, dacă se folosește laptele de vacă fiert, produse de lapte-pulbere “clasic” etc.). Insistăm asupra faptului că “formulele” americane au adaosuri de vitamine (inclusiv vitamina D!) și săruri minerale (fier). Produsele europene, în marea lor majoritate, nu au suplimente suficiente de vitamina D, de fier și fluor, care trebuie administrate separat.

Laptele de mamă conține toate mineralele și vitaminele (în afară de D) așa că la aceștia nu este nevoie de introducerea precoce de sucuri sau pulpă de fructe.

Vitamina D (cholecalciferol sau vitamina D) se găsește în natură numai în câteva alimente și în cantități

foarte mici: ficat, gălbenuș de ou, unt, smântână și “untura de pește”. O altă sursă de vitamina D se obține prin expunerea pielii la radiațiile ultraviolete din lumina soarelui. În piele se găsește un derivat de colesterol (7-dehidrocolesterol). Nevoile de vitamină D sunt mai mari la prematuri și la gemeni. La sugarul normal acestea sunt între 400 și 1 000 unități internaționale de vitamină D pe zi. Dozele sunt fixate de medic.

La noi în țară se preferă de unii medici administrările sub formă de terapie de șoc (Stosstherapie), care are unele avantaje:

– profilaxia se poate planifica și controla de către medic și asistenta de ocrotire;

– se evită apariția de rahitism la copiii cu mame nedisciplinate și la cei care prezintă unele boli (diarei rebele, sindroame de malabsorbție etc.).

Administrarea zilnică este metoda care se potrivește funcțiilor organismului copilului, care poate fi individualizată și care nu se însoțește de efectele secundare produse de supradozare și de injectarea unor doze de șoc. Administrarea zilnică nu se poate aplica decât dacă mama este foarte conștiincioasă și disciplinată pentru a respecta doza prescrisă. Dacă într-o zi, din diferite motive, mama nu a dat vitamina D, nu va dubla doza, ci numai doza pe o zi. Dacă aportul de vitamină D se întrerupe 1 zi, nu se întâmplă nimic rău, dar rărirea frecventă și nerespectarea dozelor prescrise, contrar prescripțiilor medicale, reprezintă un risc. Dacă în maternitate s-a administrat doza-șoc sub formă injectabilă (200 000 unități internaționale) nu se mai administrează deloc vitamina D în cursul primei luni de viață.

Schema profilaxiei rahitismului cu vitamina D recomandată la noi de Ministerul Sănătății sub formă de injecții este următoarea în primul an de viață: câte o injecție de vitamină D₂ sau D₃ de 200 000 unități internaționale la naștere, 2, 4, 6, 9 și 12 luni, flancate de 10 zile (5 înainte și 5 după injecție) de administrarea de calciu (fiole sau tablete) pe gură.

În fixarea dozelor zilnice se va ține seama de recomandările forurilor științifice internaționale și naționale, de organismul sugarului, de eventuale semne de rahitism ce survin și de cele scrise în prospectele fixate de firma producătoare.

În ultimii ani la noi în țară s-au folosit: preparatul românesc - vitamina D₂: 2 picături pe zi; *Vigantol* (Merck): 1-2 picături pe zi (500- 1 000 u.i.); *Sterogyl*

(Franța): 3 picături pe zi (1 200 u.i.); VI - DE - 3 Wander (Elveția): 1 picătură 400 u.i.; VI-Daylin (SUA): 400 u.i. Ultimul preparat este o polivitamină, care indiferent de preparatul comercial conținutul în vitamina D fiind de 400 u.i. pe zi. Produsul Vigantol se găsește și sub forma de tablete de 500 u.i. sau de 1000 u.i. cu sau fără fluor (F-Vigantolekten).

Disfuncțiile digestive, hepatice sau renale pot reduce activarea vitaminei D și poate determina apariția semnelor osoase de rahitism.

Copiii bruneți sunt mai susceptibili la rahitism, deoarece pigmentul melanic inhibă parțial formarea vitaminei D în piele.

Intoxicarea sau dozele excesive de vitamina D poate determina unele efecte adverse ca:

- *Tulburări gastrointestinale* (inapetență, vărsături, scăderea greutății, constipație sau diaree).
- *Poliurie* (urinează des), *polidipsie* (sete), *deshidratare*.
- *Modificări de comportament* tulburări de somn, indispoziție, oboseală.
- *Calcificări în țesuturi* ca: rinichi, plămâni, vasele sanguine, inima. Survin excepțional de rar.

Vitamina C. În perioada de nou-născut nu este necesar adaosul de vitamina C. La sugarii alimentați natural nu este nevoie de introducerea de sucuri de fructe în primele luni de viață și nu cum se făcea până acum (la 6-8 săptămâni). Unii autori recomandă totuși chiar din primele luni și suplimente de vitamină C și A.

Fierul (ca adaos) nu este necesar în prima lună, ci mai târziu.

Fluorul. Conținutul în fluor al tuturor tipurilor de lapte este scăzut și trebuie adus din apă (acolo unde are o concentrație corespunzătoare) sau suplimentar. Administrarea de fluor sub formă de picături sau tablete trebuie să înceapă imediat după naștere (a 7-a până la

a 14-a zi de viață) și să continue până când mineralizarea și maturizarea dentară este completă (la pubertate). Nivelul suplimentării este ajustat în funcție de vârsta copilului și de concentrația fluorului în apa de băut. Calciul poate inhiba absorbția fluorului, așa că mama nu va administra fluorul în lapte. La noi în țară s-a folosit produsul Zymafluor sub formă de mici tablete (0-2 ani: 0,25 mg; 2-4 ani: 0,50 mg; 4-6 ani: 0,75 mg; peste 6 ani: 1 mg).

Apa. Cantitatea necesară sugarului pe kgcorp este mai mare decât cea utilizată de adult. Apa folosită în metabolismul organismului copilului este mai mare, deoarece apa corporală reprezintă 3/4, în contrast cu 2/3 la adult. Suprafața corporală (mai mare) și imaturitatea funcției renale fac ca apa să nu fie reținută în mod adecvat. Rația medie de apă este de 150-175 ml/kg corp.

Necesarul de apă al sugarului este satisfăcut, în general, prin alimentația naturală și artificială, dacă se face cu preparate adaptate. În anumite situații cum ar fi camera prea încălzită, în zilele prea calde de vară, pierderi mari de lichide (vărsături, diaree), este nevoie să se dea apă (ceai de chimen sau/și anason). Când se bea lapte cu prea multe proteine (laptele de vacă integral sau prea puțin diluat), sugarul este însetat (urinează rar, buzele sunt uscate, limba este lipicioasă, fontanela se deprimă) și este nevoie să se dea și apă fiartă și răcită sau ceai de plante îndulcit cu glucoză sau cu zahăr. Setea apare la nou-născuții și sugarii hrăniți cu lapte adaptat când mama pregătește biberonul cu lapte în concentrație mai mare decât cea indicată pe cutie. Un sugar însetat se comportă adesea ca unul înfometat. Dacă i se dă lapte în loc de apă, atunci dezechilibrul se accentuează și apare toată constelația de manifestări mai mult amintite mai sus.

Dacă nou-născutul și sugarul este alimentat natural sau cu "formule" de lapte nu este nevoie să se "completeze" cu ceai.

3.1. De la 1 la 2 luni

Sugarul își stabilește treptat un ritm propriu al funcțiilor vitale. Mama îl observă în permanență și-l ajută în acest sens. El a "propus" un orar, cu care se încadrează în viața de familie, ușurând astfel munca mamei: numai parțial însă, deoarece el continuă să o solicite încă foarte mult. Aceasta nu trebuie să-și facă planuri prea mari: vizitele la rude și la prieteni nu pot fi reluate; îngrijirile sugarului o blochează aproape toată ziua. Dacă are un ajutor în gospodărie este bine ca muncile casnice să fie lăsate pe seama acelei persoane, iar mama să se ocupe de sugar. Subliniem această recomandare pentru că știm din experiență că multe mame au tendința de a munci prea mult în această perioadă, uneori treburile casnice trecând pe primul plan. Este necesar ca preocuparea mamei să fie concentrată asupra sugarului, care are nevoie de uniformitate, adică să fie îngrijit de aceeași persoană, de preferat de către mamă. Numai așa se vor obișnui și se vor cunoaște reciproc. Sugarul se va familiariza în primul rând cu mama, o va deosebi în curând de alte persoane; îngrijit numai de ea, se va obișnui cu modul ei de a-l alimenta, de a-l schimba, de a-l ține în brațe; iar cu timpul, cu imaginea figurii, cu mirosul corpului, cu tonalitatea vocii, cu mângâierile ei. Numai mama (sau, la nevoie, persoana care-l îngrijește multă vreme și corect) îi dă sentimentul de siguranță, de încredere. Sugarul va fi liniștit, va mânca bine, își va fixa un anumit program, iar în perioadele de veghe va începe să-și îmbogățească "repertoriul" manifestărilor motorii și psihice.

La rândul ei, mama – care a avut atâtea perioade de îndoieli în primele săptămâni – va începe să fie antrenată și stimulată de progresele sugarului.

Creșterea în greutate și în lungime este cea mai accelerată în lunile a II-a și a III-a de viață. Psihomotor la circa 6-8 săptămâni sugarul își ține capul. Cu fiecare săptămână el este tot mai vioi, personalitatea începe să se dezvolte, somnul devine mai organizat, urmărește vocea, fața și mișcările mamei.

La 6-8 săptămâni, sugarul *zâmbește* pentru prima dată; este prima manifestare umană, independentă de nevoile lui fiziologice.

Organizarea zilei. Orarul zilnic trebuie să se reglementeze. Se va ține seama atât de dorințele sugarului, cât și de programul întregii familii.

Dacă sugarul primește prima masă între 5,30-6 dimineața este bine ca mama și sugarul să se culce din nou. Dacă, dimpotrivă, prima masă este primită la ora 7, aceasta coincide cu începutul activității în casă.

Plimbările se fac în funcție de anotimp: vara între prima și a doua masă, iar după amiaza – spre seară. Iarna prima ieșire va fi după ora 10 sau chiar 11 (masa a II-a), iar după-amiaza – în jurul orei 15.

Baia se va face mai devreme, în jurul orei 20, înainte de penultima masă; în nici un caz după orele 22.

Alimentația*Alimentația naturală*

A. Orarul meselor. Nu există o regulă strictă în ce privește numărul și importanța meselor; reafirmăm că fiecare sugar își are ritmul și nevoile sale alimentare. Rolul mamei și al asistentei este de a le dezvălui și de a adapta regimul. La 4-6 săptămâni, cei mai mulți sugari s-au obișnuit cu orarul de 6 mese (chiar 5 mese). Dacă sugarul este alăptat, el își crește treptat cantitatea de supt (pe masă), sugând mai mult și mai viguros. Sugarul înțărcat necesită, de asemenea, treptat, cantități mai mari de lapte. Mulți sugari nu au încă un orar regulat al meselor. De multe ori este vina mamei. Nu este obligatoriu ca intervalele dintre mese să fie perfect egale, dar ar trebui să apară o schemă și o oarecare regularitate în ceea ce privește orele de supt, cel puțin după 5-6 săptămâni.

a) *Alimentația în timpul nopții.* Multe mame întrebă când trebuie să doarmă un sugar neîntrerupt noaptea, fără a mai cere o masă. Nu se poate spune cu certitudine dacă acest lucru se poate obține până la sfârșitul celei de a doua luni. La 6-8 săptămâni cei mai mulți sugari nu se mai trezesc noaptea. O parte dintre ei renunță

mai întâi la masa de la ora 23-24 și numai după aceea la masa de la ora 2.

b) *Cum se poate desființa masa de noapte.* Cei mai mulți sugari renunță de la sine la masa de noapte. Mama se va îngriji ca ultima masă de seară să fie substanțială. Dacă este hrănit la sân și se va da să sugă din ambii săni. Dacă mama are impresia că la această masă sugarul ar putea mânca mai mult, va consulta medicul, care va stabili dacă este utilă o completare.

c) *Ce înseamnă dacă un sugar sugă la o masă numai câteva minute și apoi plânge din nou după 2-3 ore.* S-ar putea să fi înghițit mult aer (simțindu-se sătul pentru moment) sau să nu se fi săturat de supt. Dacă sugarul a golit un sân și continuă să tragă din primul sân cu vigoare va fi pus și la celălalt. La masa următoare, sânii vor fi oferiți în ordine inversă. În cazul în care, pe lângă aceste manifestări, la cântărirea săptămânală se constată că sugarul nu crește sau chiar scade în greutate, se anunță medicul de familie pentru a se cunoaște precis cantitatea de lapte supt în 24 de ore. Completarea se va face după consultul cu medicul.

B. *Sugarul adoarme la sân.* În unele cazuri sugarul s-a obișnuit să fie ținut în brațe. Senzația de confort și plăcerea pe care o oferă contactul și căldura corpului mamei îl fac să prefere să fie ținut și să adoarmă în brațele mamei. La tentativele de alăptare trage de câteva ori din sân și apoi adoarme. Dacă este retras de la sânul mamei se "trezește" și începe să plângă. Pus din nou la sân trage din mamelon de câteva ori și începe să picotească. Comportamentul respectiv este consecința ținerii în brațe a sugarului în mod nemotivat, repetat și prelungit. Fără a-l forța, va fi repus mereu la sân, încercând prin mici manevre (mişcări de "du-te - vino" ale mamelonului, "ciupituri" fine de obraz etc.) să-l faceți să sugă continuu, fără a mai adormi.

C. *Cum poate fi împiedicat sugarul să înghită prea mult aer?* Când începe să sugă mai încet, mama îl va retrage de la sân, îl va lăsa să eructeze și apoi îl va alăpta în continuare. Se poate întrerupe suptul de 2-3 ori pentru eructații, dacă sugarul nu protestează și dacă după aceea continuă să sugă. De multe ori este nevoie de mai multe întreruperi, ținând sugarul în brațe, cu burta lipită de corpul mamei, "piele la piele". Căldura și compresiunea locală reduc eructațiile și calmează durerile.

D. *Sânii se golesc la fiecare supt.* Până la normalizarea secreției lactate este bine ca sânii să fie goliți de câteva ori pe zi. În felul acesta, glanda mamară va fi stimulată pentru o bună secreție. Când, contrar așteptărilor, sânul nu este golit la un supt, restul de lapte trebuie să fie muls fie cu mâna, fie cu pompa.

E. *Ce se face dacă mama lipsește de acasă?* În luna a doua, dacă mama lipsește o dată de acasă se poate da, în locul suptului respectiv, fie ceai, fie o masă de lapte de mamă, muls în condiții de curățenie perfectă, păstrat la frigider și fiert înainte de a fi dat sugarului, fie un preparat de lapte parțial adaptat (Milupa 1, Similac, Humana 1, Nan, Beba etc.).

F. *Variația apetitului.* Cantitatea luată la fiecare masă este variabilă. La primele două supturi sugarul este mai înfometat. Variabilitatea apetitului nu numai că este normală, ci constituie și o dovadă că sugarul are ritmul său personal de alimentare.

G. *Rațiile prescrise de pediatru sau menționate în această carte servesc numai ca reper; mama nu va încerca să le impună sugarului său.* Dacă un sugar este însă înfometat, după ce a primit rația prescrisă, nu este nici o rațiune de a-i refuza completarea pe care o cere: dacă, dimpotrivă, el nu vrea toată cantitatea propusă, este inutil de a-l contrazice.

Mama care-și alăptează sugarul este de acum inițiată. În cazul în care nu are lapte suficient, ea își dă seama care din supturi este deficitar, fără să fie nevoie să cântărească sugarul înainte și după fiecare masă. De obicei, mama are mai puțin lapte la supturile III și IV, din miezul zilei, când, datorită solicitărilor din cursul dimineții o ajunge oboseala sau se pierde cu firea. La aceste mese din mijlocul zilei poate fi necesar să facă completări cu cantități mici, crescute progresiv cu un lapte adaptat sau parțial adaptat, iar la sate cu lapte de vacă diluat (vezi 115-118 și 127). Sugarul a prins gustul sânului, are putere să sugă, așa încât el nu se mai înțarcă, chiar dacă primește 1-2 completări cu biberonul. La rândul ei, mama este datoare să-i dea să sugă, chiar dacă laptele supt nu reprezintă decât o treime din rație. Pe lângă valoarea biologică, laptele de mamă are și o importanță psihologică. Nu se renunță la alăptare decât la sfatul medicului și după indicațiile lui asupra modului cum se procedează practic.

Sugarul trebuie să mănânce cu poftă, cu plăcere. Alăptarea, și mai târziu orele de masă, sunt momente când sugarul simte și începe să savureze contactul cu mama și grija ce i-o acordă. Din experiența că la

PRODUSE INDUSTRIALE DE LAPTE PENTRU SUGARI
(1 LUNĂ – 12 LUNI)¹

Luna a II-a	<i>Lăpturi parțial-adaptate de început:</i> Aptamil 1, Milumil 1, Humana 1, Nutrilon Premium, Adapta 1, Humana baby-fit, Nan, Beba <i>Formule:</i> Bebelac, Similac (cu sau fără fier), Nutricare special, Morinaga
Lunile a III-a și a IV-a	La fel
Luna a V-a	<i>Lăpturi parțial adaptate – de continuare:</i> Aptamil 2, Milumil 2, Humana 2, Nutrilon plus, Humana baby-fit, Beba, Nan <i>Formule:</i> Similac cu fier, Nutricare special, Morinaga, Bebelac
Luna a VI-a	La fel ca în luna a V-a. În plus se pot introduce "Brei"-uri Produsele denumite "Brei", constituite din lapte cu adaosuri din pulbere de cereale, de fructe sau/și zarzavaturi se introduc în general la ultima masă, celelalte mese de lapte rămânând cu lăpturi simple (Milumil 2, Similac etc.). Unele din ele (cele cu mere sau banane) se pot introduce din luna a IV-a, pe care sugarii le primesc și sunt foarte bine tolerate. La masa a III-a se introduce piureul, la început numai la zarzavat (morcovi și cartofi) și apoi cu carne sau gălbenuș de ou, iar la masa a II-a mere rase sau banane.
Din luna a VII-a	– o masă de lapte parțial-adaptat de continuare (Aptamil 2, Nutrilon plus, Milupa 2, Beba, Nan etc.) sau o formulă simplă sau cu adaosuri (Similac gain), – la ora 10 gustare: fructe (banane, mere, piersici) cu sau fără cereale instant, – sau lapte de vacă integral; <i>la prânz</i> – piure de zarzavat cu ulei sau unt cu carne sau gălbenuș de ou, – apă, compot sau suc de fructe <i>gustarea de după amiază:</i> Milubrei Yoghurt – fructe, iaurt cu cereale instant sau fructe strivite cu brânză de vaci compot, ceaiuri <i>seara</i> fie ca dimineața, fie un "Brei" de lapte cu cereale
Din luna a XII-a	<i>dimineața:</i> lăpturi parțial adaptate de continuare (Milumil 3 etc.) sau formule cu adaosuri (Similac gain) sau lapte de vacă integral <i>gustarea de la ora 10:</i> fructe, compot, biscuiți

¹ Vezi și tabelele 2.1 și 2.2 (pag. 115).

fiecare alăptare îi sunt satisfăcute câteva dorințe, el învață să aibă încredere în mama sa. Agitația sau starea de tensiune a mamei sau a restului familiei nu permit să se nască acest sentiment de siguranță și de încredere.

H. Alimentația sugarului trebuie să se desfășoare în condiții optime. Mama va aștepta ca sugarul să fie bine trezit din somn pentru a-l hrăni. Din a doua lună el începe să-și manifeste dorința de a mânca: întoarce capul la dreapta și la stânga ca și când caută ceva, își mișcă și întinde buzele, schițează mișcările de supt și numai după aceea începe să țipe. Așteptând ca sugarul să ceară singur să mănânce se previn tulburările de apetit.

Dacă i se dă să mănânce pe jumătate adormit, el are să sugă, dar într-un mod automat și "pasiv", fără a avea impresia de foame, fără plăcere, fără întreaga stimulare pe care i-o dă acest moment privilegiat petrecut lângă mama sa. Se riscă astfel să se împiedice trezirea progresivă a apetitului, care nu vine decât după multiple experiențe de mese plăcute și de foame satisfăcută.

Mama se va strădui ca în timpul alăptatului să fie destinsă, detașată de alte griji. Se va retrage într-un loc liniștit, astfel încât sugarul să se simtă în siguranță și să asocieze hrănirea și prezența mamei cu un moment fericit.

Familia se va strădui să creeze condiții materiale și psihice favorabile unui echilibru sufletesc corespunzător mamei. În a doua lună, sugarul suge cu tot mai multă vigoare și mai repede. După alimentație, când este ținut în brațe, lipit de pieptul mamei și cu capul pe umerii acesteia pentru a eructa, va fi mângâiat pe frunte și i se va vorbi cu tandrețe. Odată cu eructația, ținerea la piept, căldura corpului mamei și vocea blândă îl liniștesc repede și adoarme în câteva minute. Încetîșor este culcat pe o parte. Nu este necesar adaosul de sucuri de fructe.

Alimentația artificială

Alimentul cel mai potrivit în luna a doua de viață este un preparat din laptele adaptat (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Similac, Morinaga etc.) sau din grupul denumit "lapte de început", "lapte de durată", care poate fi și parțial adaptat (Aptamil 1, Milumil 1, Nutrilon Premium, Humana 1, Beba, Nan) sau formule (Similac, Nutricare special etc.). Pentru modul de preparare, fixarea concentrației și a cantităților pe mese, mama se va ghida după indicațiile de pe etichetă și recomandările medicului (tabelul 3. 1).

prânz: piure de zarzavat (variate) ± cereale + carne sau gălbenuş de ou
 apă, compot, suc de fructe sau ceaiuri
 gustare: orice produs "Brei" variat (iaurt, fructe cu cereale) și/sau brânză de vaci, prăjitură de casă, creme
 seara: un produs de lapte plus cereale date cu biberonul, cu ceașca sau cu lingurița

<i>Milubrei "Junior Musli"</i> (Cereale cu lapte, grâu și ovăz)	după 8 luni	masa de dimineață și seară	sugari și copii mici
--	-------------	----------------------------	----------------------

* Nu conțin gluten

TABELUL 3.2. bis

În tabelul 3.2 se prezintă produsele de lapte cu cereale, furnizate de firmele "Milupa" și "Nutricia".

TABELUL 3.2
 PRODUSE DE LAPTE CU CEREALE, GĂSIBILE LA FARMACII RECOMANDATE DE FIRMELE "MILUPA" ȘI „NUTRICIA” PENTRU SUGARI ȘI COPII MICI

Produs	Vârsta	Număr mese	Observații
<i>Milubrei Banane*</i> (Cereale cu lapte, orez, banane, fără zahăr)	4 luni	la masa de seară	Sugari cu scaune mai moi
<i>Cereale cu lapte, orez și banane (Bebelac Nutricia)*</i>	4 luni	la masa de seară	sugari cu scaune mai moi
<i>Miluvit "Mit"</i> Cereale cu lapte, orez și porumb	4 luni	la masa de seară	sugari cu tendință la constipație
Milubrei cu măr și morcovi, orez, morcovi fără zahăr	4 luni	masa de seară	sugari cu scaune moi
Cereale cu lapte, orez și caise (Bebelac, Nutricia)	4 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Cereale cu lapte - 4 cereale (Bebelac "Nutricia")</i>	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Cereale cu lapte, grâu și mere (Bebelac, "Nutricia")</i>	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Cereale cu lapte, grâu și fructe (Bebelac, "Nutricia")</i>	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Milubrei Fruchte</i> (Cereale cu lapte, orez, grâu și fructe)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Milubrei Butterkeks</i> (Cereale cu lapte, grâu, orez, biscuiți)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
<i>Milubrei Vollkorn</i> (Șapte cereale cu lapte)	6 luni	masa de seară	sugari cu scaune normale
Cereale cu lapte, orez și zmeură* (Bebelac, "Nutricia")	8 luni	masa de seară sau ora 18	sugari cu scaune normale
<i>Milubrei Yoghurt-Fruchte</i> (Cereale cu iaurt, fructe, grâu și fulgi de orez)	8 luni	masa de la ora 18	sugari cu scaune normale

PRODUSE DE CEREALE FĂRĂ LAPTE (MILUPA, NUTRICIA) PENTRU SUGARI ȘI COPII MICI

Produs	Vârsta	Număr mese	Observații
Milupa - griș	6 luni	1	
Milupa - 7 cereale	6 luni	1	
Milupa - 7 cereale cu pesmet	6 luni	1	
Bebelac orez	4 luni	1	sugari și copii mici cu scaune mai moi
Bebelac porumb	4 luni	1	sugari și copii mici cu tendință la constipație
Bebelac orez și mere	4 luni	1	sugari și copii mici cu scaune mai moi
Bebelac grâu și banane	6 luni	1	

În tabelul 3.3 sunt prezentate produsele de cereale instant furnizate de firma "Nestlé" și care se folosesc ca adaos la produsele de lapte de vacă sau praf "clasic" și la îmbogățirea piureurilor de zarzavat sau de fructe. Produsele de cereale (simple sau cu fructe) se folosesc începând de la vârsta de 3 luni, iar cele de grâu (cu miere sau fructe) după vârsta de 6 luni.

A. Rația medie zilnică. În săptămâna a 5-a – a 8-a, rația de lapte pentru 24 de ore este de 150-175 ml/kg/zi, respectiv 650-800 ml, deci 130-160 ml/masă, dacă se dau 5 mese și 110-140 ml/masă, dacă se dau 6 mese. Cifrele sunt pur orientative. Fiecare sugar își individualizează "rația"; criteriul major este modul cum progresează în greutate: unii cresc cu o rație zilnică de 60-70 ml/kg/zi, iar la alții nu este suficientă nici rația de 160-180 ml/kg/zi. Există o regulă simplă preconizată de medicul rus Șcarin. Cantitatea de lapte se calculează în modul următor, în primele luni de viață:
 a) la 8 săptămâni se dau copilului 800 ml lapte/24 ore;
 b) pentru fiecare săptămână în minus se scad câte 50 ml lapte din cantitatea pentru 24 ore; c) pentru

PRODUSE DE CEREALE INSTANT, FURNIZATE DE FIRMA "NESTLÉ"

Produsul		Cereale fără lapte						Cereale cu lapte	
		Orez		Orez 3 fructe		Grâu miere		Grâu 3 fructe	
		100 g	Porție	100 g	Porție	100 g	Porție	100 g	Porție
Energie	Kcal/KJ	372/1550	160/670	366/1530	200/820	396/1650	200/860	411/1720	210/860
Grăsimi	g	0,7	4,95	0,7	6,10	4,0	6,92	9,0	4,50
Proteine	g	7,3	5,8	6,5	6,9	8,3	7,4	1,4	0,70
Hidro-carbonați	g	84,1	23,2	83,4	28,6	81,6	28,2	15,5	0,78
Fibră dietetică	g	1,9	0,38	3,2	0,80	2,5	0,63	67,1	33,6
Minerale (Ash)	g	2,0	1,35	2,2	1,72	0,6	1,32	2,7	1,35
Sodiu	mg	10	66	10	81	10	81	3,2	1,60
Potasiu	mg	550	305	680	410	120	270	150	75
Calciu	mg	340	222	300	265	130	222	760	380
Fosfor	mg	290	178	250	210	90	170	470	235
Umiditate		4,0		4,0		3,0		380	190
Vitamina A	mg RE	360	130	360	160	360	160	2,5	
Vitamina D	IU	380	78	380	97	380	97	310	160
Vitamina E	IU	5,0	1,2	5,0	1,5	5,0	1,5	200	100
Vitamina C	mg	65	14	65	18	65	18	3,035	1,6
Vitamina B ₁	mg	0,95	0,24	0,95	0,30	0,95	0,30	0,80	18
Vitamina B ₂	mg							0,30	0,15
Niacină	mg	8,0	1,7	8,0	2,1	8,0	2,1	4,0	2,0
Vitamina B ₆	mg							0,30	0,15
Acid folic	mg	19	9,0	19	11	19	11	22	11
Acid pantotenic	mg							1,5	0,75
Vitamina B ₁₂	mg							0,75	0,38
Biotină	mg	37	10	37	12	37	12	25	13
Fier	mg	15	3,0	15	3,7	15	3,7	7,5	3,8

fiecare lună în plus se adaugă 50 ml lapte, având grijă să nu se depășească 1 000 ml pe zi.

B. Lichidul de diluție. Pentru toate "produsele de început" (lapte adaptat sau parțial adaptat) se folosește ca lichid de diluție numai apa fiartă și adusă la "călduț" (40-50°C), sau la temperatura camerei (la sugarul mai mare). Nu se îndulcesc. Nu este nevoie de adaos de cereale. Aceste produse comerciale conțin hidrocarbonatele necesare (lactoză la produsele adaptate; lactoză și alte făinuri la produsele parțial-adaptate) în cantități suficiente. Adaosul de zahăr, miere sau unele făinoase ar duce la un exces de hidrocarbonate, determinând creșteri în greutate pe seama țesutului grăos, cu plus de greutate. În cazuri rare, la sugarii cu tendință la diaree, diluția se poate face cu decoct ("apă" de orez).

În mediul rural, dacă familia nu poate să procure un produs de lapte modern, se va folosi laptele de vacă de bună calitate (vacă sănătoasă, recoltat în vase curate, fiert imediat și păstrat în frigider), nediluat și nedegresat (teoretic laptele de vacă integral conține 34-40% grăsime). Prepararea se face în luna a doua și a treia cu 70 ml lapte + 30 ml apă, o linguriță rasă de zahăr și eventual 2,5% făină de orez de dorit "instant" și 1,5% (1/4 de linguriță de ulei de floarea-soarelui). Ultimele două ingrediente (făina de orez și uleiul) se vor folosi când există înțelegere, colaborare și posibilități din partea familiei). Se pot folosi cereale "instant", fără gluten (orez, porumb) Nestlé, Remedia etc.

Comparată cu laptele de mamă și cu produsele comerciale moderne, această soluție nu corespunde tuturor nevoilor biologice și funcțiilor digestive ale

sugarului, dar, în general, se obține o alimentație fără incidente și cu creșterea normală în greutate a sugarului, dacă laptele este de bună calitate și dacă este pregătit și păstrat în condiții perfecte de igienă. Frigidul este absolut necesar.

C. Se poate lăsa sugarul singur să "tragă" din biberon? Acest lucru nu este permis. Nu este voie să se sprijine biberonul pe o pernă sau pe un pled împăturit. Într-o asemenea eventualitate, sugarul nu are posibilitatea să facă nici o pauză în supt, nimeni nu-i scoate tetina din gură (se poate îneca și asfixia); urmarea este că înghite prea repede (cu mult aer), are colici, țipă între mese, nu doarme liniștit. În plus, sugarul este frustrat de sentimentul de protecție. În primele luni de viață, mesele reprezintă principalele ocazii când sugarul poate fi apropiat de mamă.

D. Poziția biberonului în timpul mesei. Biberonul se ține înclinat, în așa fel încât gâtul biberonului și tetina să fie tot timpul pline cu lapte. Cea mai mare parte a sugarilor trag din biberon fără oprire, până în momentul când și-au potolit foamea. Unii înghit o cantitate mare de aer în timpul cât sug. Bula de aer care se formează astfel în stomac le dă o falsă sațietate sau le provoacă colici. Ei se opresc atunci din supt, cu toate că nu au băut decât jumătate din rația lor normală. Ca remediu se recomandă ca sugarul să fie ridicat, să fie pus cu abdomenul lipit de toracele mamei, sprijinit de umărul ei și să fie bătut ușor pe spate. Mama va pune o cârpă pe umeri, pentru a-și proteja îmbrăcămintea în cazul în care sugarul regurgitează. Dacă sugarul continuă să țipe, mama îl va culca cu fața în jos, "pe burtă", pentru câteva minute, apoi îl va ridica în sus și-l va sprijini pe umerii săi. Toate aceste manevre nu sunt necesare decât dacă sugarul înghite aer (are colici, regurgitează sau varsă, este agitat după masă). Între mese sugarul va fi culcat pe o parte, de preferat pe partea dreaptă. Poziția de "culcat pe burtă" se contraindică în ultimul timp din cauza pericolului de "moarte subită".

Vitaminele

Vitamina D. În caz că sugarul a primit în maternitate prima doză de vitamina D injectabilă, între 6 săptămâni și 2 luni se va administra a doua doză, sub formă de injecție. Se vor administra 200 000 u.i. pentru a evita supradozarea. Nu este necesară asocierea de preparate de calciu, exceptând prematurii și cei cu manifestări anterioare de spasmofilie.

Dacă se face profilaxia rahitismului cu vitamina D zilnic sub formă de picături, acestea se administrează

într-o linguriță cu lapte sau ceai. Gustul neplăcut al vitaminei D se pierde în mare măsură. Nu se recomandă adăugarea soluției uleioase în biberon, deoarece aderă la pereții interni ai biberonului.

Vitamina D se dă în tot cursul anului, inclusiv vara, fără întrerupere!

Organismul uman sintetizează vitamina D sub influența razelor ultraviolete solare, dar nu se poate ști cu exactitate cantitatea produsă în acest fel. Nu trebuie să ne bizuim nici în lunile de vară pe lumina solară ca unică sursă de vitamina D. De altfel, în multe orașe, fracțiunea de radiații ultraviolete este scăzută din cauza poluării atmosferei.

În cazul hrănirii sugarului cu produse ale firmelor europene (Milupa 1, Nutrilon, Aptamil, Humana 1, Beba, Nan etc.) se continuă profilaxia rahitismului cu vitamina D în doze obișnuite, zilnic, deoarece adaosurile de vitamină D din aceste produse acoperă numai parțial nevoile de vitamină D. Preparatele americane (Similac sau similare – Nutricare special, Morinaga) cu adaos de vitamina D în general de 400 u.i. pe zi. Medicul pediatru calculează doza de vitamina D primită din produsul de lapte și completează doza necesară. Doza zilnică de vitamina D va fi individualizată de medicul sugarului. La noi în țară se pare că sunt eficiente doze ceva mai mari față de străinătate (400 u.i. în țările anglo-saxone, 500-1 000 u.i. în Germania, 800-1200 u.i. în Franța). La noi în țară s-au folosit în ultimul timp Vigantol (2 picături pe zi – 1 000 u.i. sau tablete de 500 u.i. sau 1 000 u.i.), Sterogyl (3 picături pe zi – 1 200 u.i.), Vi-De-3 "Wander" (1-2 picături pe zi – 800 u.i.).

Nu este necesar să se adauge alte vitamine în alimentația sugarului în luna a doua.

Spre deosebire de trecut nu se mai recomandă adaosul de sucuri de fructe atât la sugarul alimentat artificial, mai ales numai la sugarul alimentat numai la sân la care nu este necesar adaosul de sucuri de fructe decât după luna a IV-a sau chiar a V-a.

Creșterea și dezvoltarea

Greutatea. În luna a II-a sugarul crește cu circa 800-900 g/lună, respectiv 25-30 g/zi sau 175-210 g pe săptămână. Mama nu trebuie să se mire dacă sugarul ia mai mult sau mai puțin decât scrie în cărți (750 g/lună). Este bine să se întocmească un grafic, pe

care să se traseze o curbă normală ("ideală") de creștere pe tot anul; alături de aceasta în fiecare lună se va trasa curba ponderală reală a sugarului. Curba ponderală constituie indicele esențial al creșterii sugarului. Dacă această curbă este ascendentă, înseamnă că totul merge bine. Dacă rămâne orizontală va fi consultat medicul. Dacă traseul curbei sugarului este sub curba teoretică ("ideală") nu este un motiv de îngrijorare; esențial este ca ea să rămână aproape paralelă cu prima. Fiecare sugar își are ritmul său de creștere; unii demarează mai devreme, alții mai târziu.

Lungimea sugarului se mărește cu 3 cm în această lună de viață (luna I: 4 cm, iar în lunile a II-a și a III-a cu câte 3 cm).

Dezvoltarea psihomotorie

Sugarul începe să aibă mai mult control asupra mușchilor săi, mișcările vor deveni mai coordonate ("coordonare motorie"). Progresele se fac totdeauna de la mușchii capului spre cei ai extremităților.

• *Motricitatea generală.* a) *Culcat pe spate*, sugarul are încă tendința de a sta îndoit, cu membrele superioare și, mai ales, cu cele inferioare în flexie. Cu fiecare săptămână începe să stea tot mai mult întins, cu brațele dezdoite, îndepărtate de trunchi și membrele inferioare mai întinse, cu unghiul format din articulația genunchiului (de către coapsă și gambă) tot mai larg. Pedalează când cu un picior, când cu altul, rareori concomitent cu amândouă. La începutul lunii a doua stă culcat pe spate într-o poziție asimetrică: brațul și gamba de o parte întinse, iar cele de partea cealaltă flectate. Capul are tendința să stea înclinat de partea membrelor întinse. Numai spre sfârșitul lunii a doua și începutul celei de a treia sugarul culcat pe spate stă într-o poziție simetrică și începe să pedaleze ("să dea din picioare") concomitent cu ambele picioare (fig. 3.1).



Fig. 3.1 – Culcat pe spate, membrele inferioare sunt flectate "tripla flexie"; începe să pedaleze.

b) *Așezat pe burtă*, sugarul nu mai stă îndoit, ci stă cu toracele întins, cu capul ridicat nu prea sus, nereușind să depășească un unghi de 45°. Umerii sunt încă trași înapoi. Brațele sunt întinse, nu însă în mod stabil, sprijinul se face pe antebrate.

Se menține flexiunea șoldului și această tendință fiziologică la flexiune face ca șezutul (regiunea fesieră) să fie într-o poziție ușor ridicată (la 3-4 laturi de deget). Picioarele sunt îndepărtate și înclinate în afară față de șold; din când în când pedalează alternativ. Gleznele și tălpile sunt întinse (fig. 3.2).

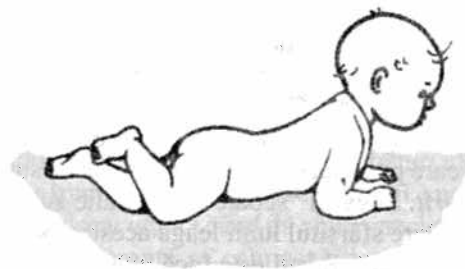


Fig. 3.2 – În luna a 2-a, așezat pe burtă, sugarul ridică capul până la 60°-90°; se sprijină stabil pe antebrate, iar picioarele sunt îndepărtate și înclinate în afară.

c) *Mușchii brațelor și mâinilor.* Începe să se întindă și să ridice brațele de-a lungul capului. Până la începutul celei de a doua luni, sugarul stă aproape tot timpul cu pumnii strâns închiși. Dacă un adult introduce un deget în mâna sugarului, el strânge și mai tare pumnul. Foarte încet, în tot cursul lunii a doua, degetele sugarului se desfăc și, spre începutul celei de a treia luni, degetele sunt adesea desfăcute.

d) *Susținut de axile* (subsuoară) sugarul ține capul și pășeste "automat", sprijinit adesea pe vârful picioarelor sau pe toată talpa, cu mișcări de amplitudine mare, sacadat ("ca un cosmonaut").

e) *Poziția în pat.* Modul de dezvoltare a tonusului muscular arată că este mai bine ca sugarul să fie culcat pe o parte.

• *Fața* sugarului începe să devină mai expresivă; el reacționează diferit în funcție de cum i se vorbește. El capătă treptat controlul asupra mușchilor feței, a celor motori ai globilor oculari (cei care participă la mișcarea globilor oculari) și ai cefei.

• *Ochii.* Datorită controlului nervos redus asupra mușchilor feței și ochilor, privirea sugarului de o lună nu "prinde" un obiect decât dacă el este situat pe linia medie vizuală și la oarecare distanță (la 20-30 cm).

Puțin câte puțin însă, sugarul va fi capabil să urmărească cu privirea, astfel încât spre vârsta de 3 luni el va putea urmări obiectele situate în tot câmpul vizual. Acest progres este important, permițând sugarului să-și îmbogățească experiența și, în primul rând, să-și cunoască mama. Sugarul mic privește mai “atent” o figură umană decât un obiect colorat.

Dacă i se trece un obiect roșu-strălucitor prin fața ochilor la o distanță de circa 20 cm, sugarul îl va urmări doar pentru câteva secunde. Dacă se repetă experiența pe o durată mai lungă de timp, sugarul “se plictisește” sau începe să “se uite cruciș”. De altminteri strabismul este trecător la această vârstă.

Dacă sugarul este dus cu căruciorul în grădina el este încântat de jocul luminii și de mișcările ramurilor.

• *Limbaajul. A. Gânguritul.* În momentele de mulțumire și de veselie sugarul emite câteva zgomote din gât, care puțin câte puțin se organizează sub formă de *gângurit*. Sugarul “scoate” mai multe sunete (a, e, o, u, ee). Spre sfârșitul lunii leagă aceste vocale cu un “h” (ha, he, ehe). Râsul este încă gutural și însoțit de mișcările mușchilor mimicii.

B. *Țipetele.* A țipa este încă modul său de comunicare. El simte global (cu tot corpul) și se exprimă încă global: dacă se simte bine, el este destins, gângurește, surăde, dacă are o oarecare indispoziție se agită, țipă.

În timp ce în prima lună mama nu poate distinge deloc ce vrea sugarul să-i comunice prin țipătul său, acum ea începe să perceapă nuanțele cele mai fine, învață să-și înțeleagă sugarul.

a) *Țipătul de foame* este imperativ, se însoțește de mișcări de supt ale buzelor, de rotații ale capului în căutarea sânelui sau biberonului. Survine, în general, la un sfert sau o jumătate de oră înainte de ora prevăzută pentru masă. El se liniștește puțin, apoi reîncepe mai intens, pentru a nu înceta decât dacă mama îl alăptează.

b) *Țipătul de indispoziție* este aproape continuu și are un ton diferit, mai penibil poate; se însoțește de agitație și nu se calmează decât dacă mama descoperă cauza neplăcerii: sugarul este înfășat prea strâns, este ud, îi este prea cald sau îl jenează o lumină prea puternică, a fost obișnuit să fie ținut în brațe.

c) *Țipetele declanșate de colici* sunt acute, se însoțesc de mișcări de îndoire ale gambelor, de agitație, de emisie de gaze. Dacă scaunele sunt normale, dacă nu se adaugă vărsături și dacă sugarul are un aspect normal, nu sunt motive de neliniște; aceste crize sunt frecvente în lunile 2 și 3 (dispar treptat după 3-4 luni).

Pentru calmarea colicilor recomandăm, în ordinea eficienței, următoarele mici artificii de tehnică:

1) Sugarul va fi alimentat (la sân sau cu biberonul) ceva mai încet.

2) În timpul alimentației mama va fi calmă, destinsă.

3) După ce este alimentat, sugarul va fi ținut 2-5 minute în poziție verticală, sprijinit cu capul pe umărul mamei, mângâiat pe frunte și cu abdomenul strâns lipit la pieptul mamei, dacă este posibil “piele pe piele”. Căldura și compresiunea locală calmează colicile. Apoi va fi culcat în patul lui pe o parte.

4) După ce va fi culcat pe o parte și mama va apăsa încetșor cu mâna dreaptă pe abdomenul sugarului, începând din partea dreaptă și de jos a abdomenului și înaintând sub forma unui arc în sus, spre stânga și în jos (spre ficat sub coaste, unghiul superior stâng din zona splinei – în jos pe flancul stâng al abdomenului) în direcția acelor de ceasornic. În acest fel bulele de aer se îndepărtează, spasmele intestinale cedează, conținutul intestinal își schimbă poziția și poate progresa spre segmentele terminale ale colonului.

5) În sfârșit se poate încerca manevra care este trecută în toate cărțile noastre: aplicarea pe abdomen a unei comprese înmuiate în apă caldă (nu fierbinte) și stropită cu puțin spirt (alcoolul în cantitate mare poate fi aspirat de sugar sau absorbit prin piele, ducând la intoxicație!).

6) Se va interoga mama asupra regimului alimentar și asupra tranzitului intestinal propriu. Ingestia anumitor alimente (cafea, ceai “rusesc”, băuturi alcoolice, varză, fasole uscată etc.) sau consumul unor medicamente (cofeină, miofilin, purgative etc.), diareea, “crizele” de colită sau de ficat și nervozismul mamei declanșează adesea colici abdominale la sugarul alăptat.

7) Când colicile sau crizele de plâns (fără motiv precizat) se repetă se va folosi la nevoie metoda “tradițională” atât de mult discutată: i se va da suzeta. Rămâne unul din remediile cele mai eficiente! Nu uitați să fierbeți suzeta în fiecare zi și să o spălați când cade jos!

8) Dacă nu se reușește cu nici una din aceste metode, se apelează la medic care va stabili dacă nu este vorba de o manifestare a vreunei boli mai serioase. În cazul în care nu este vorba de țipete declanșate de o boală, unii medici recomandă o poțiune calmantă.

d) *Țipetele care anunță somnul* sunt mai monotone și survin după o perioadă de veghe în timpul căreia sugarul a fost tulburat de persoanele din jur (îngrijiri,

mângâieri excesive, vizite ale prietenilor familiei). Sugarul va fi dus într-un loc liniștit și va fi culcat; se va calma imediat. La nevoie vor fi slăbite scutecele cu care sugarul este prea strâns înfășat. Eventual, dacă este pus în cărucior, va fi plimbat puțin (chiar numai prin apartament).

e) *Țipetele care exprimă numai bucuria* de a face zgomot și de a arăta o oarecare putere: mama învață să le recunoască pentru că, de obicei, survin seara. Sugarul pare satisfăcut și totuși țipetele sale au tendința să revină în fiecare zi la aceeași oră. Mama nu trebuie să se sperie; dimpotrivă, aceste țipete sunt un semn de forță și de dorință de comunicare. De îndată ce este luat în brațe el se liniștește, îi place să simtă căldura corpului mamei, mirosul corpului ei, îmbrățișarea. Dacă mama se plimbă încetșor cu el prin cameră și dacă îi vorbește cu o voce blândă, îi mângâie fruntea, sugarul se liniștește, adoarme.

f) *Țipătul ca semnal de alarmă* survine fără o cauză aparentă; micile manevre paliative amintite mai sus rămân fără rezultat. Dacă țipătul este acut și persistent, iar aspectul sugarului este modificat față de zilele precedente, se va chema medicul.

Astfel, în cea de a doua lună, știind să-l privească, să-l asculte, mama are să ajungă să învețe un lucru esențial: cum îl poate înțelege pe sugarul care nu are încă limbaj vorbit pentru a-și exprima dorințele, indispozițiile, suferințele.

La început orice mamă are ezitări, neliniști, dar curând va fi mândră să știe să interpreteze "apelurile" sugarului.

• *Afectivitatea.* Comportamentul sugarului în primele șase săptămâni de viață nu reflectă decât două stări principale: a) *plăcerea* (mai degrabă liniștea), b) *nemulțumirea*. Sugarul are numai senzații simple, cum este senzația de "postură" (poziție); nu-i place să fie deranjat (când doarme, când este treaz, când mănâncă). Este esențial ca mama să-l îngrijească cu îndemânare și calm. Somnul adânc sau aspectul său de bună stare când este trezit sunt oglindirea unei stări de echilibru satisfăcător. Cauzele de nemulțumire, de inconfort sunt numeroase, senzația de indispoziție pe care o antrenează se traduce prin țipete.

• *Percepția.* Se pare că la această vârstă pragul percepției este foarte ridicat. Excitațiile luminoase, auditive, gustative sau de miros trebuie să fie foarte violente pentru a fi percepute în mod penibil. Dimpotrivă, senzațiile cutanate, labirintice și interoceptive

sunt foarte dezvoltate, mult mai mult decât la copilul mai mare; de aici nou-născutul și sugarii din primele luni au principalele neplăceri.

a) *Sensibilitatea pielii* este demonstrată prin țipetele și agitația sugarului care este murdar; materiile fecale și urina macerează, irită pielea. El reacționează violent în contact cu un obiect rece sau fierbinte. Din contră, țipetele sale sunt adesea calmate prin mângâieri care îl bucură și-l satisfac ca pe un mic animal; mângâierea frunții, contactul moale și cald al pielii unei alte persoane îi face o mare plăcere și pare chiar indispensabil pentru el.

b) *Senzațiile interoceptive* (cu punct de plecare în interiorul corpului) neplăcute sunt numai cele digestive. Gazele din stomac, înghițite în timpul suptului, declanșează câteodată senzații extrem de penibile, antrenând frământări, însoțite de strâmbături ale feței, de țipete ce împiedică continuarea suptului, sugarul nu se calmează decât atunci când dă afară gazele; durerile și inapetența aparentă se calmează de la o zi la alta prin corectarea tehnicii de alimentație.

c) *Foamea și setea* sunt sursele cele mai importante de neplăcere ale sugarului mic; satisfacția pe care o are când sugere merită o atenție deosebită. Din prima zi de viață a nou-născutului sănătos, suptul este singurul gest perfect coordonat și perfect adaptat; în timp ce toate celelalte mișcări sunt anarhice și incapabile de a atinge un scop precis, gura, chiar de la naștere, este sediul unui reflex dirijat, bine organizat, atingând cu precizie scopul său și permițându-i să se alimenteze. Comportamentul sugarului în timpul suptului este cu totul particular: este calm, fericit, privește numai la mama sa, fix și cu intensitate, "o soarbe din ochi", este intim legat de ea.

Toate aceste senzații sunt percepute de sugar încă global (este cuprins de ele în întregime, cu tot corpul). El este total satisfăcut sau total nemulțumit. Este foarte important ca mama să-i urmărească bine nevoile și ritmul său de viață. Va nota pe un caiet orele la care sugarul mănâncă, stă în stare de veghe etc. și-i va fixa programul zilnic (mese, schimbat, baie, plimbare) în funcție de caracteristicile și nevoile individuale. Puțin câte puțin sugarul o cunoaște pe mama sa: chiar de la sfârșitul celei de a doua luni vocea mamei produce reacții pe care celelalte voci nu le provoacă.

Zâmbetul. La jumătatea lunii a doua, sugarul răspunde la îngrijirile și mângâierile mamei cu primul său zâmbet. La început sunt numai schițe de zâmbet,

grimase ce apar aproape spontan și corespund – probabil – unor senzații plăcute. Dar în mod limpede, de abia în a șasea săptămână va apărea un surâs adresat mamei, ca răspuns la vocea sa. *Se va nota această dată, care reprezintă un parametru de urmărire a maturării psihice a sugarului și în același timp o dată fericită în viața de familie.*

Supraveghere și îngrijiri

Somnul. În cursul celei de a doua luni de viață, somnul și veghea se modifică. Somnul ocupă încă 17-18 ore din 24 de ore. Este mai adânc, dar și mai variabil. În timpul nopții, fazele de somn au tendința de a se suda: sugarul doarme cinci-șase ore fără întrerupere și renunță la masa de la ora 24 uneori la ambele, decalat, în decurs de 2-3 săptămâni.

Educația somnului. La această vârstă trebuie făcut mai mult pentru educația somnului. Dacă nu există spațiu pentru o cameră separată pentru sugar, mama va găsi locul cel mai liniștit și mai ferit de curenți din casă. Vocile obișnuite nu-l deranjează pe sugar. Lumina de la ora prânzului se va reduce (perdele), pentru ca somnul să fie mai adânc. În timpul nopții se va stinge lumina în camera unde doarme sugarul. Nici un copil nu se naște cu teama de întuneric și nu trebuie făcut nimic (nici acum, nici mai târziu) ce i-ar putea crea această teamă. În primele luni sugarul adoarme repede. Mai târziu stă câțva timp treaz, “vorbește” singur și privește în jur.

Starea de veghe devine mai netă, sugarul este mai activ, privirea mai vie. Chiar de la începutul lunii a doua, mama descoperă două sau trei perioade de veghe mai nete: una dimineața, una după-amiază și una seara. Mama va exploata orele de veghe pentru baie, plimbare și, bineînțeles, pentru alimentare; toate, dar mai ales masa și baia trebuie programate când sugarul este treaz. În perioadele de veghe, mama îi va vorbi și (dacă are voce și bună dispoziție) îi va cânta.

Din luna a doua, sugarul începe să se integreze în viața de familie, în ritmul său propriu, în perioadele de tăcere și de animație din jurul său (R. Debré, Alice Doumiec-Girard).

Temperatura camerei. În camera sugarului se va menține temperatura în care se simte bine toată familia. Normal, în cărțile străine, se recomandă 18-20°C, iar noaptea și mai puțin (16-18°C). În România majoritatea familiilor tind să-și țină locuința la temperaturi mai ridicate (22-24°C). Atâta timp cât nu este excesiv de

frig sau de cald, sugarul se va adapta la temperatura care pare mai plăcută adulților. Trebuie știut însă că sugarii dorm mai bine și se călesc mai ușor atunci când sunt ținuti în camere nu excesiv de încălzite.

Scaunele. Sugarul alimentat natural are un număr de scaune care variază între 1 și 5-6 pe zi. La sugarul alimentat la sân constipația adevărată este rară; de aceea nu se întreprinde nimic dacă scaunele sunt mai reduse ca număr. De altfel, după introducerea sucurilor de fructe scaunele devin, în general, mai numeroase și mai moi. La sugarul alimentat artificial, scaunele sunt mai rare (1-3 pe zi), dar mai voluminoase.

Micțiunile sunt încă destul de numeroase, în jur de 10 în 24 de ore. Sugarul nu va fi schimbat de câte ori urinează, ci numai înainte de masă. Fac excepție sugarii care nu “se suferă” să stea uzi (se agită, nu dorm, plâng) sau cei care sunt predispuși la eritem fesier (în general cei blonzi, cu pielea foarte fină). Cei la care se folosesc chiloți absorbantți (“Pampers”) nu mai prezintă agitație sau eritem fesier.

Când sugarul este prea gros îmbrăcat, camera este prea încălzită și în lunile de vară micțiunile sunt mai rare și cu urini în cantitate mică. Dacă numărul de micțiuni scade sub 5 în 24 de ore, se va da sugarului să bea mai mult.

• **Îmbrăcămintea.** a) **Pantalonașii.** Unii sugari încep să dea din picioare, încât scutecele “nu mai stau” pe ei. Pentru a preveni “desfășarea” și pentru a avea libertate de mișcare pot fi îmbrăcați în pantalonași cu botoșei (salopetă). Se lasă de o parte scutecul mare și scutecul mic dreptunghiular. Se preferă două scutece din tifon. Pantalonașul va fi bine fixat (încheiat pe umeri), astfel încât să nu se deplaseze la mișcări.

b) Cel mai comod înfășat este, după opinia noastră, cel care constă din: *body* (o combinație de chiloți scurți cu cămășuță cu mânecă scurtă fixată cu capse între coapsele sugarului), *pampers* și o *jachețică sau salopetă*.

c) **Scutecele** din celuloză sunt foarte practice, deoarece se economisește rufăria și nu sunt iritante. Trebuie să fie confecționate însă dintr-un material absorbant. Se folosesc o singură dată.

d) **Chiloții** din cauciuc sau din material plastic sunt impermeabili, împiedicând respirația pielii. Produc adesea roșeața pielii și iritație; la unii sugari chiloții din material plastic produc boli alergice ale pielii. Se pot folosi numai în situații speciale (excursii mici etc.).

În caz de eritem fesier sunt strict contraindicați. Chiloții absorbanți, denumiți "Pampers", au adus o imensă îmbunătățire a îngrijirii corporale a sugarului. Se vor procura însă chiloți "Pampers" adaptați la dimensiunile corpului și de bună calitate, de preferat tip (vezi capitolul anterior).

e) *Îmbrăcarea sugarului pentru plimbare.* Dacă sugarul este scos la plimbare sau este ținut afară (balcon, grădină), când timpul este rece se îmbracă cu o jachetă de lână și o căciuliță. Se învelește cu o pătură sau cu o plapumă. În zilele calde, însorite, se folosește îmbrăcăminte din bumbac. Vara, corpul trebuie protejat de acțiunea directă a razelor solare.

Încălzimintea la această vârstă se reduce la botoșei.

Suptul degetului. În luna a 2-a sugarul începe să-și sugă degetul. Din luna a 3-a și mai ales din luna a 4-a, când este în stare să-și controleze mâinile, suptul degetului este mai frecvent, putând deveni o problemă. Dacă sugarul își sugă degetul numai înainte de masă, înseamnă că este flămând; dacă însă îl sugă numai după masă s-ar putea să nu se fi săturat sau să-și fi format deprinderea aceasta de pe acum pentru a adormi. *Între deget și suzetă se preferă suzeta!*

Ombilicul mai ridică probleme și în luna a 2-a la unii sugari. Ombilicul poate fi proeminent. Este vorba de așa-numitul *ombilic cutanat*. Nu are nici o legătură cu modul cum a fost legat ombilicul la naștere. La palparea nu se simte nici o lipsă de substanță în peretele abdominal (ceea ce se întâmplă de regulă în caz de hernie).

Nu se ia nici o măsură: nu sunt motive de îngrijorare!

În caz de hernie ombilicală, peretele abdominal este proeminent. Hernia se datorește unei laxități tranzitorii a țesutului dintre mușchii peretelui abdominal (pe linia mediană). Cu vârsta, mușchii se fortifică și aproape toate aceste hernii dispar în decurs de câteva luni. Unii medici recomandă însă aplicarea unui pansament cu leucoplast. În ultimul timp se recomandă tot mai puțin acest lucru, deoarece leucoplastul nu ajută la rezolvarea herniei ci – dimpotrivă – singurul efect cert este iritația locală a pielii de care aderă leucoplastul.

Numai în foarte rare cazuri este necesară intervenția chirurgicală (la cele care persistă după vârsta de 3 ani).

Turtirea capului nu este un semn patologic la această vârstă. Dacă sugarul stă culcat mai mult pe spate, regiunea occipitală se turtește puțin. Dimpotrivă, regiunea occipitală este mai proeminentă când sugarul

doarme pe o parte. Deformarea se datorește faptului că la sugar oasele sunt mai moi; deformarea este tranzitorie. Dacă nu este prea accentuată, capul revine la forma normală după vârsta de 9 luni.

Recomandările de a schimba poziția capului sugarului când pe o parte, când pe alta, eșuează de regulă, deoarece sugarul (ca și adultul de altfel) preferă să doarmă pe o anumită parte. Tentativa de a-i fixa capul între perne este periculoasă, putând duce la sufocarea sugarului.

Mai multe succese se obțin dacă în perioadele de veghe se schimbă fie poziția sugarului, fie poziția patului, pentru a-l stimula să întoarcă privirea spre partea de cameră care prezintă interes (membrii familiei care vorbesc și se mișcă; un obiect strălucitor etc.).

Se va urmări ca salteaua să fie fermă și să aibă o suprafață perfect orizontală, fără neregularități sau înclinații, care-l fac pe sugar să alunece mereu în aceeași parte.

Se va urmări de asemenea evitarea deformării pavilioanelor urechilor.

Numai după luna a III-a – a IV-a, turtirea craniului asociată cu înmuierea zonei parietooccipitale poate constitui un semn precoce de rahitism. Se va consulta pediatrul!

Curățenia corporală. Baia se face zilnic, iar spălarea capului poate fi făcută și numai de 2-3 ori pe săptămână. În cazul în care nu este posibilă baia generală zilnic, se va face totuși "baie parțială".

Revenim cu indicația de a nu se curăța zilnic orificiile nazale și ale conductului urechii. Este suficient dacă nasul se curăță pe deasupra când se spală fața cu mânușa. La spălarea (curățirea) urechilor, se insistă mai mult la cuta de după urechi; ștergerea cu prosopul va fi foarte minuțioasă, atât la pavilioanele urechii, cât și la zonele din jurul lor. Umezeala de la orice cută a pielii duce la iritații, roșeață și chiar la infecții secundare, cu eroziuni și zemuiuri ("intertrigo retroauricular", de exemplu).

Este o greșală de a se umbla zilnic în nasul sugarilor cu tampoane de vată sau cu comprese. Cu atât mai mult este o mare greșală de a se folosi chibrituri sau alte obiecte dure, înfășurate în vată, pentru a curăța nasul și urechile.

Dacă sugarul are guturai, i se ușurează respirația punând de mai multe ori pe zi picături de ser fiziologic în nas, după care se aspiră mucozitățile înmuiate de acest "ser" cu ajutorul unei pompițe sau a unei pere mici de cauciuc cu extremitatea efilată (foarte subțire). Serul fiziologic cu adaos de efedrină folosit prea des poate produce agitația sugarului.

Supraîncălzirea camerei în care este ținut sugarul duce la uscarea mucoasei nazale, cu dificultăți în respirația nazală, neliniște, tulburări de somn.

Nu se șterge gura sugarului, deoarece se pot produce leziuni ale mucoasei bucale, ce constituie porți de intrare pentru microbi.

Jocul. În luna a II-a mama își programează zilnic o scurtă perioadă de "joc", în care sugarul să poată simți și savura atenția, căldura și afecțiunea mamei. Dacă este posibil este bine să asiste și chiar să participe tatăl, care este dator să învețe să se poarte cu sugarul. Încă de acum începe înfiriparea "comunității" MAMĂ-COPIL-TATĂ. În timpul acestui joc, sugarul va fi îmbrăcat mai ușor, pentru a avea posibilitatea să se miște în voie. Sugarul se bucură de vocea mamei, de zgomotul unei jucării; dacă i se trec prin fața ochilor lentilele unor ochelari sau un obiect strălucitor întoarce privirea spre el, iar dacă obiectul este mișcat, încearcă să-l urmărească câteva momente.

Scoaterea afară la aer și soare. Dacă vremea este favorabilă, nou-născutul poate fi scos la aer de la vârsta de 2 săptămâni. Dacă din cauza condițiilor meteorologice nu s-a putut face nici o plimbare pe afară în primele săptămâni de viață, acest lucru trebuie făcut neapărat imediat ce sugarul a împlinit o lună. Pe lângă o alimentație și o îngrijire corectă, sugarul are nevoie de aer și soare suficient pentru ca să se dezvolte bine. Scoaterea pe balcon sau în grădină cer mai puțin timp din partea mamei. Dacă este posibil, sugarul trebuie scos la aer 1-3 ore în fiecare zi. Chiar și mamei îi prinde bine o astfel de pauză pentru destindere și mișcare. În caz că vremea este urâtă sau în zilele prea friguroase de iarnă se poate apropia patul de fereastra deschisă, timp de 1-2 ore; îmbrăcămintea va fi la fel ca pentru plimbare.

Plimbarea sugarului nu înseamnă însă scoaterea "în lume". Mama va avea grijă să nu se apropie străini de căruciorul sugarului. Pentru sugar cel mai bine este să fie așezat într-un loc liniștit, ferit de vânt, pe un

balcon sau într-o grădină. Dacă este scos la plimbare se vor evita străzile aglomerate, zgomotoase, praful, aerul poluat de mașini, mijloacele de transport în comun.

Vizita medicală. Chiar dacă un sugar este sănătos și crește bine, el trebuie văzut periodic de medicul de familie, în fiecare lună. Medicul poate controla astfel stadiul lui de dezvoltare, depistează la timp unele boli, fixează alimentația. De la medicul de familie mama se informează asupra amănuntelor privind alimentația, îngrijirile, creșterea sugarului. Este bine ca mama să-și noteze din timp problemele care o preocupă și să le clarifice cu medicul sau cu asistenta de ocrotire în cursul vizitelor la domiciliu sau la cabinetul medical. Neglijențele din primele luni de viață ale sugarului pot avea ca urmare tratamente medicale ulterioare prelungite.

Reluarea activității profesionale de către mamă

În prezent, legislația prevede un concediu plătit timp de 2 ani pentru îngrijirea copilului. Totuși sunt mame care din diferite motive încep să lucreze cu mult înainte de epuizarea concediului prevăzut de lege.

Persoana care îngrijește copilul în lipsa mamei care-și reia serviciul va fi aleasă cu mult discernământ. Rudele sunt cele mai bune înlocuitoare, cu condiția ca, în absența mamei, copilul să fie îngrijit conform indicațiilor părinților, medicului și asistentei de ocrotire.

Se poate apela eventual la o vecină, care are de asemenea un sugar. Dacă lucrează în schimburi, cele două vecine vor îngriji alternativ pe cei doi sugari. Mamele care lucrează în schimburi pot lăsa copiii acasă în grija taților, dacă programul de lucru al acestora o permite.

Persoana care se ocupă de îngrijirea sugarului trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie o persoană de încredere;
- să fie cinstită;
- să aibă experiență în îngrijirea copilului;
- să iubească copilul și să se poarte frumos cu el;
- să aibă Buletin de identitate cu viza "la zi" la Circa de poliție de care aparține (adresa va fi notată bine de părinți);
- să fie sănătoasă: se va face în prealabil microradiografia pulmonară, reacția Bordet-Wassermann (pentru depistarea sifilisului), examen

genital în vederea depistării unei boli venerice, se va verifica să nu aibă vreo boală de piele (infecțioasă sau micotică), să nu sufere de vreo afecțiune nervoasă sau psihică;

- să nu aibă tulburări de comportament;
- să aibă istețimea necesară pentru a se descurca în situații neprevăzute.

3.2. De la 2 la 3 luni

În următoarele patru săptămâni începe un stadiu de dezvoltare ce ar putea fi numit "săptămânile de aur" ale vârstei de sugar.

În luna a treia sugarul ia aspectul caracteristic: capul devine mai rotund, buzele roze, privirea vie; se schimbă treptat culoarea părului și a ochilor.

Sugarul și-a fixat un program de alimentație și de somn. Nu mai doarme atât de mult și în perioadele de veghe plânge mai puțin. Cu multă curiozitate și nevoie de cunoaștere cercetează tot ce-l înconjoară. Se bucură de societatea mamei și îi comunică prin semne că se simte bine. Urmărește fețele, vocile și mișcările umane. Sugarii "înapoiți" nu sunt interesați de oamenii din jur.

Unii își descoperă mâinile, le privesc și se joacă cu ele minute în șir (majoritatea capătă această capacitate spre sfârșitul lunii a IV-a). Pedalează mult, dacă picioarele sunt descoperite sau dacă poartă pantalonăși.

Încep să se schițeze primele semne ale personalității.

Din luna a treia îngrijirea sugarului permite mamei destul de multă libertate. Ea va folosi acest timp liber pentru a se juca cu el; jocul este un adevărat eveniment pentru sugar. Dragostea și atenția care i se acordă acum vor fi răsplătite din plin.

Alimentația

Orarul și numărul meselor. Unii sugari mai primesc 6 mese pe zi; totuși, dacă el trebuie trezit pentru a i se da ultima masă, mama poate să încerce să-l treacă la 5 mese în 24 de ore, măbind intervalele dintre mese la 3½ - 4 ore. Indiferent de felul alimentației (naturală, mixtă, artificială), sugarii - în marea lor majoritate - ajung să se mulțumească cu 5 mese în 24 de ore; numai o parte dintre sugari mai au încă nevoie de 6 mese pe zi la 3 luni; foarte puțini mai sug de 7 ori în 24 de ore.

Ce informații se dau femeii care rămâne singură în casă cu sugarul: denumirea, adresa și numărul de telefon ale instituțiilor unde lucrează cei doi părinți; numele, adresa și numărul de telefon al persoanelor la care eventual părinții merg în vizită; folosirea trusei medicale în caz de urgență; numărul de telefon al medicului de familie și adresa spitalului de copii.

Rația alimentară este mai mare, dar cu variații importante de la un sugar la altul. Unii se mulțumesc și cresc cu 650-700 ml în 24 de ore, respectiv 110-120 ml în medie la fiecare masă, iar alții țipă și după ce primesc 850-1 000 ml în 24 de ore (6 mese x 150 ml sau 180 ml x 5 mese în 24 de ore). Medicul va adapta rațiile, care nu se vor impune după reguli teoretice, ci se vor individualiza la apetitul și nevoile nutritive ale fiecărui sugar.

La sugarii alimentați cu produse adaptate (Similac, Morinaga, Remedia, Nutricare special etc.) sau parțial-adaptate (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1, Humana 1, Beba, Nan etc.) se va folosi concentrația recomandată pe cutie. Nu sunt necesare adaosuri de făinoase (cereale-instant, griș etc.), lăpturile respective având o cantitate suficientă de hidrocarbonate. (Vezi tabelul 2.1, pag. 125).

La sugarii hrăniți cu lapte de vacă nemodificat, nedegresat (34-40% grăsimi) se va menține concentrația de 2/3 (2 părți lapte și 1 parte apă), totul îndulcit cu 5% zahăr. La cei cu tendință la diaree diluția se va face cu decoct ("apă") de orez 3%. La sugarii care nu cresc și care au o toleranță digestivă bună se va crește concentrația la 3/4 (3 părți lapte și o parte apă), îndulcit cu o linguriță rasă de zahăr, fierte împreună. Teoretic este necesar ca să se adauge și ulei de floarea-soarelui (1/4 linguriță).

În cazul *alimentației naturale*, unii sugari sunt nemulțumiți la sfârșitul unor mese. Mama va face totul pentru a ameliora secreția lactată: se va odihni și va dormi îndeajuns, va bea lichide suficiente, nu se va enerva, va lăsa sugarul să golească bine sânul etc. Obsesia că nu are lapte suficient sau că-i pierde laptele are un efect negativ asupra secreției lactate. Nu suntem de părere să se practice "proba suptului", care duce la

nevrozarea mamei și la concluzii eronate. Dacă la cântărirea de la sfârșitul săptămânii creșterea este sub 150 g, iar sugarul continuă să plângă după unele mese și cere să mănânce mai des, se poate introduce un preparat de lapte din produse adaptate sau parțial-adaptate, după recomandările medicului, la masa a III-a sau a IV-a, începând cu cantități mici (30 ml), crescute progresiv până la înlocuirea unei mese întregi. Înlocuirea unei mese asigură mamei un repaus fizic și posibilitatea ca secreția lactată să fie suficientă la celelalte mese.

În timpul când se înlocuiește o masă la sân cu un preparat de lapte nu se mai fac alte modificări în alimentație și se urmăresc cu atenție mai mare scaunele (număr, consistență, miros).

Introducerea sucurilor de fructe sau de zarzavaturi. În țara noastră se obișnuiește să se introducă sucurile și/sau pulpa de fructe sau de zarzavaturi foarte devreme. Cercetări recente au dus la concluzia că sugarul nu este dezvoltat fiziologic (masticatie, înghițire, digestie) și nu are nevoie de ele decât mult mai târziu (vezi pag. 144, 148).

Sucurile pot fi preparate casnic sau gata preparate și manufacturate în sticle mici (Bebelac).

Menstruația și alăptarea. La o parte din mamele care alăptează, foliculii ovarieni nu se maturează, menstruația nu revine decât după înțârcarea copilului. La multe altele însă, ovarele își reiau activitatea mai devreme. În timpul menstruației mamei, unii sugari sunt mai agitați, sug mai prost și pot avea scaune grunjoase. Se pare că prin lapte se elimină unele substanțe (menotoxine), care ar fi cauza tulburărilor mai sus-amintite. Dovada ar constitui-o observația că frunzele de mușcată se ofilesc repede când se pun într-un pahar cu lapte de mamă din timpul menstruației, spre deosebire de laptele obișnuit, în care ele își mențin prospețimea și culoarea. Nu se întrerupe alăptarea!

Dacă a *survenit o nouă sarcină* în perioadă de alăptare, medicul va decide momentul înțârcării, dar nu mai târziu de luna a V-a de sarcină, când organismul matern nu poate face față la ambii "paraziți".

Vitamine. Sugarul primește din lapte cantitățile necesare de vitamina A, precum și vitamine din grupul B.

Vitamina D nu se găsește în cantități suficiente în nici un aliment, în afară de ficatul de morun. Cantitățile mici din gălbenușul de ou, lapte, unt etc. nu acoperă nevoile copilului. Multă vreme medicii de copii au afirmat că, dacă sugarul este ținut mult la soare nu mai este nevoie să i se administreze un preparat cu vitamina D. Nu se știe sigur cât trebuie expus la soare un sugar pentru a-i acoperi necesitățile de vitamină D. Nimeni nu se poate baza numai pe soare, atunci când atmosfera este plină de praf, fum sau ceață. De aceea, în primul an de viață trebuie să se administreze vitamina D în doză suficientă tot timpul anului, sub forma indicată de medic. În caz contrar vor apărea semne de rahitism, care se instalează din luna a IV-a de viață, în perioadele de creștere maximă. Formele grave de rahitism apar îndeosebi la prematuri, gemeni și la sugarii care s-au născut cu greutate mică și apoi au crescut rapid. (Vezi pag. 128).

Creșterea și dezvoltarea

Creșterea

• *Creșterea în greutate este de 25-30 g pe zi, respectiv 750-900 g pe lună. Dacă s-a născut cu 3 200 g, la începutul lunii a 3-a cântărește 4 700 g, iar la începutul celei de a 4-a luni 5 300-5 750 g, înseamnă că sugarul a crescut normal.*

Lungimea. Dacă s-a născut cu 50-52 cm, la sfârșitul lunii a 3-a va avea cu 10 cm mai mult!

Dezvoltarea motorie și psihică

• *Motricitatea.* a) *Așezat pe spate* ("decubit dorsal"). Sugarul poate sta culcat pe spate în poziție simetrică; uneori încearcă să se întoarcă spre ambele părți; de aceea, de la această vârstă apare pericolul de cădere de pe masa de înfășat.

Capul poate fi ținut pe linia mediană, dar frecvent îl întoarce și-l ține într-o parte sau alta, partea trunchiului de latura respectivă părând mai scurtă și sugerând o poziție asimetrică.

Mâinile pot fi aduse, spre sfârșitul lunii a 3-a, pe linia mediană pentru a fi privite. "Descoperă" mâinile și își petrece mult timp privindu-le și observându-le în mișcare. Mâinile sunt primele părți ale corpului pe care sugarul le descoperă că-i aparțin. Treptat, în cursul lunii a treia, degetele se deschid și se întind; spre trei luni palma este aproape complet desfăcută, cu degetele numai ușor îndoite. Dacă i se pune în mână o jucărie (ușoară, viu colorată, sunătoare) o apucă și o ține strâns

câteva minute. Câteodată “cuprinde” obiectul cu ochii și încearcă să-l ducă la gură. Este un început al coordonării mișcării între simțul tactil (pipăit) și văz.

Membrele inferioare se găsesc în rotație externă, îndoite și ușor îndepărtate. În stare de veghe pedalează (“dă din picioare”) tot timpul (fig. 3.3).

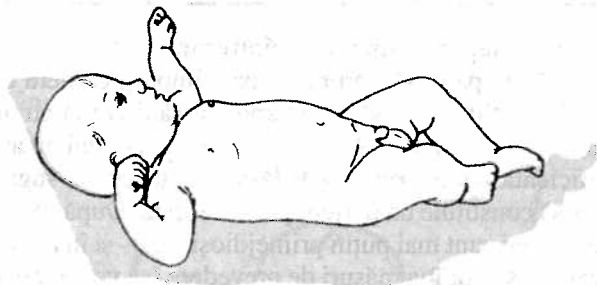


Fig. 3.3 – Sugar în luna a 3-a.

b) *Culcat pe burtă* (“decubit ventral”). Sugarul stă în poziție simetrică, sprijinit pe antebrățe situate în față. Poate să țină capul ridicat timp de un minut până la un unghi de 60-90°. Sprijinul pe antebrățe este încă instabil. Capul poate fi mișcat și culcat când pe o parte, când pe alta. Sugarul execută uneori mișcări de târare, fără a reuși să se deplaseze.

c) *Tracțiunea din poziția culcat pe spate*. Dacă sugarul este apucat de mâini reușește să-și ridice capul, dar acesta în timpul ridicării mai pendulează într-o parte sau în alta. După ce însă a fost bine ridicat, capul nu mai cade înainte sau înapoi.

În timpul tracțiunii, membrele inferioare sunt și ele duse în față, dar persistă îndoirea în articulația genunchilor (fig. 3.4).



Fig. 3.4 – În tracțiunea din culcat pe spate, sugarul ridică și ține capul.

d) *Ridicarea în picioare cu susținerea de subsuoară (axile)*. Dacă mama susține pe sugar de subsuoară, acesta se sprijină pe picioare pentru scurt timp. Membrele inferioare par contractate cu genunchii în extensie (întinși) și cu flexie (îndoire) în articulația șoldului. Trunchiul este în extensie; capul este bine controlat și se poziționează în spațiu.

Motricitatea fină și apucarea. Sugarul își privește mâinile și le ridică, cu brațele ușor flectate deasupra capului. Nu mai introduce toată mâna în gură, ci un singur deget.

Apucarea. Sugarul poate apuca degetul mamei sau un obiect care i se oferă, chiar dacă mișcarea este încă necoordonată. Apucarea este încă palmară (prindere “simiană”, de maimuță) și mai mult cu degetele mici (“cubito-palmară”). Jucăria este ținută strâns și mușcată, apoi cade neintenționat. Nu poate să-i dea drumul voluntar.

• *Limbajul și contactul social*. a) *Limbajul*. Sugarul râde zgomotos dacă i se vorbește. Întoarce capul spre persoana care-i vorbește și gângurește spontan. Începe să emită mici zgomote (sunete) care seamănă cu f, v, s sau th englezesc.

b) *Contactul social*. Privește fix pe mamă și zâmbește când i se vorbește. Urmărește cu privirea persoanele și fixează figurile care se apropie de el.

Sugarul de 2-3 luni comunică totdeauna cu mama sa în mod global: destins, calm, surâzător dacă este fericit; din contra este agitat, plângăreț, dacă are o indispoziție oarecare. Este dependent de reacțiile celor din jur (anxietatea mamei, agitația din jur) și reacționează corespunzător. Dacă plânge, se liniștește prin luarea în brațe, mângâiere, căldură corporală și vorbire. Plânsul are nuanțe variate.

Urmărește vocile, fețele și mișcările umane.

• *Auzul și localizarea zgomotelor*. Sugarul se oprește din mișcare și, uneori, se întoarce spre sursa de zgomote. La cercetarea auzului se recomandă ca zgomotele să aibă calități diferite (clopoțel, voce înceată, fâșâit de hârtie, muzică etc.). Dacă zgomotul este puternic, sugarul țipă “nemulțumit”.

• *Vederea și mișcările globilor oculari*. Face progrese în folosirea ochilor. Vede obiecte la distanța de 30-40 cm și le urmărește cu ochii și prin mișcarea capului. Mișcările globilor oculari sunt coordonate; din când în când se mai uită “cruciș”. Sugarul cunoaște și “cuprinde” lumea din jur mai întâi cu ochii.

Mama și copilul

Afectivitatea. Începe să răspundă mai prompt la prezența, la vorbele, la stimulările mamei, care-l pot face să surâdă. Sugarul devine foarte sensibil la vocea mamei, care-l încântă, îl face să zâmbească, să radieze de bucurie. În tot lungul vieții, vocea mamei va rămâne unică. Mama știe acum să-i înțeleagă privirea, a învățat cum să-l liniștească. Sugarul este calmat de prezența mamei sau dacă este luat în brațe cu capul sprijinit pe umerii mamei.

Supraveghere și îngrijiri

Scaunele. Se menține, în general, numărul zilnic de scaune din cursul lunii precedente. În funcție de alimentație, aspectul și consistența lor diferă; uneori sunt mai grunjoase.

Se consideră că *sugarul este constipat* atunci când materiile fecale sunt tari, uscate și sunt eliminate cu greutate; numărul scaunelor este mai puțin important. Dacă un sugar nu are colici și dacă emisiunea de materii fecale se face fără dificultăți, nu se consideră constipație, chiar dacă are 2-3 scaune pe săptămână. În condițiile unei alimentații corecte, constipația este rară și de obicei se rezolvă cu o mică modificare a alimentației.

În cazuri rare constipația poate fi semnul unei boli congenitale denumite megadolicocolon, întâlnită îndeosebi la băieți. Se tratează chirurgical.

Multe mame folosesc din proprie inițiativă supozitoare cu glicerină. Dacă se abuzează de supozitoare, sugarul se obișnuiește, devine dependent de ele și ajunge să nu mai aibă scaune spontane. Nu se va folosi termometrul (sau coada de mușcată!) pentru a provoca scaunul sugarului. Adaosul de 1-2 vârfuri de lactoză dizolvată în ceai este soluția bună.

Când se schimbă sugarul? Spre sfârșitul lunii a treia mulți sugari nu "se mai suferă" murdari și nici chiar uzi. Dacă devin agitați, plâng sau nu adorm vor fi schimbați mai des; acest lucru este mai ușor de realizat, deoarece sugarul este mai simplu înfășat, iar micțiunile sunt mai rare. Dacă nu plânge, sugarul nu va fi schimbat după fiecare micțiune. Folosirea de chiloți absorbantți ("Pampers") previne astfel de neplăceri.

Somn-veghe. Dacă până acum foarte multe mame nu concepeau să doarmă decât cu sugarul în cameră, *de la împlinirea vârstei de 3 luni este bine ca sugarul să doarmă singur, în cameră separată.* Încăperea în care doarme trebuie să fie bine aerisită, lipsită de curent și liniștită. Asta nu înseamnă că trebuie să se meargă în

vârful picioarelor și să se vorbească în șoaptă. Sugarul se va deprinde să doarmă bine cu toate zgomotele obișnuite dintr-o casă.

Niciodată sugarul nu trebuie să doarmă cu mama într-un pat!

Dacă sugarul doarme neîntrerupt toată noaptea și dacă are patul său propriu poate împărți camera cu 1-2 frați. Nu este însă recomandabil să doarmă cu un alt copil mic (până la 4 ani). Un copil de 2-3 ani nu are suficientă minte pentru a fi lăsat singur cu un sugar, fără să constituie un pericol pentru acesta. După vârsta de 5-6 ani sunt mai puțin primejdioși, dar – și în aceste cazuri – se vor lua măsuri de prevedere (se va interzice copiilor mari să coboare peretele mobil al patului; nu se vor lăsa medicamentele la îndemâna lor etc.).

În plus, orele de somn ale sugarului și copiilor mari nu coincid. În astfel de cazuri este mai bine ca sugarul să doarmă în altă cameră; numai după vârsta de 2-3 ani, un copil nu deranjează pe frații mari.

a) **Patul.** Dacă s-a folosit până acum un coș pentru dormit, după luna a 3-a, acesta va fi schimbat cu un pat.

b) **Fereastra.** În camera în care doarme sugarul, fereastra se deschide în funcție de anotimp. În lunile calde, ferestrele se pot ține deschise toată ziua, cu condiția să nu se formeze curent. Vara, fereastra poate fi lăsată întredeschisă și în timpul nopții. Iarna, acest lucru nu este indicat; este suficient să se aerisească bine camera înainte de a culca sugarul. Se poate menține însă o fereastră deschisă în camera învecinată, având aceeași grijă de a nu se produce curent.

c) **Perioada de somn din timpul nopții** continuă să se prelungească și să fie mult mai bine delimitată de perioadele de veghe. Somnul de noapte se prelungește fie prin renunțarea de către sugar la ambele mese de noapte (la orele 23-24 și 2-3), fie prin întârzierea orei de trezire dimineața (6-7,30) la sugarii care mănâncă seara mai târziu. Unii sugari se trezesc încă foarte devreme; împotriva acestui lucru nu se va face însă nimic. Din fericire, ei vor dormi mai mult pe măsură ce vor crește. Mama va verifica dacă sugarul mănâncă suficient seara și dacă se satură. De asemenea poate încerca să-i deplaseze ultima masă cu o oră mai târziu. E posibil să nu se realizeze mare lucru, dar merită încercarea.

d) *Utilizarea de calmante se face numai la prescripția medicului.* Înainte de a se administra calmantele, se va cerceta cu grijă pentru a se depista și înlătura cauzele care au dus la tulburări de somn. Dacă medicul ajunge să recomande un calmant sau un somnifer, înseamnă că el are motive întemeiate și mama este datoare să aplice conștiincios tratamentul.

e) *Poziție în somn.* Se va urmări sugarul și va fi culcat și pe viitor în poziția ce pare că îi place mai mult. Pe lângă poziția culcat pe o parte este tipică și poziția în decubit dorsal (cu fața în sus), cu mânuțele ridicate pe lângă cap (fig. 3.5).

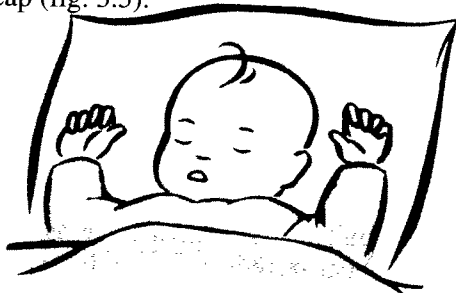


Fig. 3.5 – Poziția în somn a sugarului.

f) *Ținerea capului într-o singură parte.* Sugarul își formează deprinderea să privească mereu într-o parte, atunci când este culcat în aceeași poziție și să urmărească ceea ce se petrece în jurul lui. Uneori își menține aceeași poziție și când este ținut în brațe sau când este culcat diferit, chiar după mai multe săptămâni. Mama va schimba des poziția sugarului, culcându-l cu capul când la o extremitate, când la cealaltă a patului, astfel încât el să privească în direcții diferite atunci când urmărește ce se întâmplă în jurul lui.

Foarte rar sugarul are unul din mușchii gâtului prea scurt și, ca urmare, are dificultăți în a-și întoarce capul într-o anumită parte. Acest defect poartă numele de *torticolis* și apare, de obicei, la sugarii născuți în prezentație pelviană. Se rezolvă treptat mai târziu. În formele obișnuite, gimnastica medicală este eficientă.

Părul. În regiunea occipitală și/sau regiunile parietale se formează zone de alopecie (chelie), respectiv părul fin cu care se naște cade când sugarul își freacă mai mult capul pe saltea. În zonele cu “chelie” va crește un păr nou, adesea cu o culoare mai închisă. Unii sugari pierd tot părul fin cu care s-au născut; creșterea altui păr are loc în câteva săptămâni (mai rar), în câteva luni sau până la un an. Pierderea acestui păr este normală; nu se poate face nimic pentru evitarea acestui fenomen sau pentru grăbirea creșterii părului.

Strabismul. Mulți sugari au un strabism (se uită “cruciș”) intermitent. Mușchii care coordonează mișcările globilor oculari lucrează încă deficitar la această vârstă. Nu înseamnă că sugarul va rămâne cu privirea “crucișă”. Se vor aștepta câteva luni înainte de a întreprinde ceva (după 9 luni). La această vârstă se recomandă exerciții zilnice pe perioade foarte scurte, “plimbând” prin fața ochilor sugarului la o distanță de 20-30 cm un obiect viu colorat sau o lentilă de ochelari.

Boli infecțioase. Independent de vârstă, dacă vine în contact cu un bolnav, sugarul se poate îmbolnăvi de următoarele boli infecțioase: varicelă (vărsat de vânt), paralizie infantilă, difterie, tuse convulsivă, tuberculoză, infecții stafilococice, streptococice și diverse “răceli”. În primele 2-3 luni de viață sugarul este de obicei imun față de unele boli (se naște cu capacitate de apărare împotriva infecției, moștenită de la mamă), de exemplu față de rujeolă (pojar).

*Vaccinări*¹. Din luna a III-a încep vaccinările obligatorii în perioada de sugar: trivaccinul (*DTP*) împotriva difteriei (*Di-*), tetanosului (*Te-*) și tusei convulsive, care se mai numește și pertussis (*Per*), precum și *vaccinarea antipoliomielitică* (împotriva paraliziei infantile), care constau din trei administrări la interval de o lună. În ultimul timp la noi în țară se face și *vaccinarea împotriva hepatitei B*. Mama este obligată să meargă la dispensar, atunci când este convocată pentru vaccinare, deoarece vaccinul se face în zile precise, în campanii dinainte planificate. Dacă se pierde o anumită vaccinare, sugarul este periclitat, iar vaccinarea și rapelurile respective sunt perturbate. Medicul de dispensar (de familie) este singurul care decide amânarea vaccinării, în funcție de sănătatea sugarului. În caz că familia este plecată în altă localitate (sau sector) în perioada de vaccinare se poate adresa dispensarului teritorial respectiv, pentru administrarea vaccinului.

Vaccinarea *DTP* poate fi urmată de reacții locale (înroșire și umflare la locul injecției, care este dureros) și generale (agitație, febră bruscă). Se aplică local comprese reci și se administrează antitermice (paracetamol) și sedative (fenobarbital). Simptomele dispar în maximum 24 de ore.

După vaccinarea antipoliomielitică se remarcă uneori scăderea poftei de mâncare și modificarea scaunelor (mai puțin legate), fenomene ce pot dura chiar

¹ Vezi pag. 139.

și două săptămâni. Va fi consultat medicul în privința modificării alimentației.

De subliniat că timp de o lună de la administrarea vaccinului antipoliomielitic trebuie evitate tratamentele sub formă de injecții. În această perioadă profilaxia rahitismului se poate continua cu preparate de vitamina D pe cale bucală.

Prevenirea accidentelor. Sugarul este prea mic pentru a produce singur un accident. Dacă are loc vreun accident, acesta se întâmplă numai din vina adulților. Ca măsură de prevedere se recomandă următoarele:

- Nu se toarnă apă fierbinte în cădiță!
- Temperatura apei din cadă se măsoară numai cu termometrul (*nu cu cotul!*).

- Nu se lasă sugarul singur pe masa de înfășat!
- Nu se lasă sugarul singur în cadă!
- Sugarul va fi așezat întotdeauna perpendicular pe lungimea mesei de înfășat și nu de-a lungul ei! (dacă se întoarce de pe o parte pe alta sau se rostogolește, riscurile de a cădea sunt mai mici).

- La fiecare culcare a sugarului în pat se controlează dacă pereții laterali ai patului sunt bine fixați!

- Nu se lasă sugarul singur în casă cu frații de vârstă mică (2-6 ani)!

- De la vârsta de 3 luni nu se lasă sugarul singur în patul mare al părinților (cade jos, se sufocă cu perna sau plapuma)!

- Nu țineți sugarul lângă dv. în pat, puteți adormi și la o rășucire involuntară îl sufocați!

- Nu se expune patul copilului lângă ușa sobei de teracotă sau lângă o sobă de fier încălzită (pericol de incendiu).

- Nu se pun pe același raft medicamentele de "uz extern" cu cele de "uz intern" pentru a nu le confunda!

- Nu se pun sticle calde direct pe pielea sugarului!

- Nu se pun reșouri în apropierea patului sugarului!

- Nu se aplică comprese cu alcool sau cu țuică!

- Nu se ține sugarul "la soare" sau afară cu capul descoperit în zilele prea călduroase.

- Nu se încălzește camera prea mult (peste 24°C).

Jucăriile. Interesul pentru joc s-a trezit, deoarece sugarul a început să apuce diferite obiecte cu mâinile. Un clopoțel sau o jucărie sunătoare îi fac multă plăcere, chiar dacă îi cad din mână. Îl bucură obiectele colorate (roșu-deschis, galben, bleu) și care fac zgomot. Deasupra patului se poate agăța un trapez cu jucării suspendate.

Suptul degetului. Am arătat anterior că o parte din sugari încep să-și sugă degetul. În general această deprindere se manifestă între 2 și 3 luni, când sugarul suge mai viguros, prânzurile sale sunt mai scurte și deci suptul mai scurt, iar perioadele de veghe se prelungesc în detrimentul somnului din primele săptămâni de viață. Mai mult de jumătate din sugari își sug degetele sau numai degetul mare.

Nu există însă o unanimitate de vederi asupra motivelor care îl fac pe copil să-și sugă degetul. Adesea, mamele și chiar medicii consideră că un copil care-și suge degetul a căpătat o obișnuință proastă, astfel încât întreaga familie ajunge să caute modalitățile prin care să-l împiedice să țină degetul în gură.

În primul an de viață, suptul degetului trebuie considerat ca ceva normal.

După Benjamin Spock, motivul principal care îl face pe sugar să-și sugă degetul este faptul că alimentarea la sân sau la biberon nu au satisfăcut suficient nevoia sa de supt. Un alt american, David Levy, a constatat că sugarii hrăniți din trei în trei ore sugeau relativ mai rar degetul decât cei hrăniți din patru în patru ore; sugarii care-și goleau biberonul în 10 minute (ceea ce se întâmplă când orificiile tetinei sunt foarte largi) își sugeau degetul mai mult decât cei care sugeau timp de 20 de minute.

Alți autori (Hofmeier, Schneider și Müller) presupun că factorii care-i fac pe copiii să-și sugă degetul ar fi: un fond de sensibilitate aparte; lipsa de afecțiune și de duioșie din partea părinților; relații necorespunzătoare în viața de familie.

După P. Mozziconacci și A. Doumic-Girard, sugarul își suge degetul pentru că încearcă să regăsească plăcerea totală pe care o are când este absorbit de sugerea la sân și este ghemuit în brațele mamei. A suge este cel mai bun calmant.

În sfârșit, alți autori cred că sugarul își suge degetul când este treaz, "din lipsă de ocupație".

Ceea ce este sigur, însă, este că toate "rețetele" împotriva suptului degetului (substanțe cu gust neplăcut, mănășa, ținerea mai mult la sân, luatul în brațe, scoaterea degetului din gură de fiecare dată etc.) au efect trecător.

În primele luni sugarul caută cu orice preț să-și satisfacă instinctul de sugere, fie în timpul meselor, fie prin "completare" cu suptul degetului. Nevoia de supt

este maximă în primele 6 luni. După această vârstă, ea diminuează progresiv, dispărând complet, cel mai adesea între 8 și 18 luni.

Dacă sugarul își suge degetul numai înainte de masă înseamnă că-i este foame. Dacă o face regulat, imediat după fiecare masă sau chiar între mese, mama va căuta să-i satisfacă instinctul de sugere printr-un orar al meselor mai puțin rigid și, eventual, printr-o frecvență mai mare a meselor. Cea mai mare parte a sugarilor care își sug degetul încep s-o facă înainte de 3 luni. Dacă încep mai târziu înseamnă că a intervenit o carență de îngrijire, copilul exprimându-și prin aceasta niște relații "conflictuale" cu părinții săi.

Pentru a evita orice confuzie trebuie știut că aproape toți copiii își sug degetul sau chiar tot pumnul în perioadele de erupție dentară.

Dacă ar fi să tragem câteva concluzii în ceea ce privește suptul degetului (o preocupare permanentă pentru aproape toate mamele), acestea ar fi următoarele:

- Sugarii alimentați la sân își sug mai rar și mai puțin degetul, iar dintre aceștia, rari sunt cei care continuă acest obicei după vârsta de doi ani.

- Rigiditatea orarelor, intervalele prea mari între mese, durata prea scurtă a meselor și carențele de îngrijire sunt factorii favorizanți ai suptului degetului.

Dacă acest obicei se păstrează și *după 12-18 luni* există pericolul deformărilor palatine ("boltă ogivală"). De asemenea, dinții pot căpăta poziții vicioase; cei superiori se deplasează în față; cei inferiori se deplasează spre spate.

Majoritatea medicilor stomatologi admit că înclinarea defectuoasă a dinților de lapte nu are nici o urmare asupra dentiției definitive, când copilul încetează să-și sugă degetul înaintea erupției celei de a doua dentiții.

- Există un factor de teren, individual, favorizat de unele greșeli de îngrijire și mai ales carențe de afecțiune, care determină prelungirea perioadei de supt a degetului.

- După vârsta de un an suptul degetului este *fără importanță, dacă este practicat numai înainte de a adormi*. Dimpotrivă, consultând un medic și eventual un psiholog, trebuie căutate toate mijloacele de a-l împiedica pe copil să-și sugă degetul în orice moment al zilei, din plictiseală, nervozitate, diferite "încurcături". Se întâmplă ca unii copii să-și introducă atât de profund degetul în gură, încât își provoacă vărsături. Unii rămân cu obiceiul de a-și sugă degetul

la culcare și când ajung la vârstă școlară. Adesea, degetul mare devine sediul unor crăpături adânci, eczeme, îngroșări sau excrescențe ale pielii, cu aspect verucos.

În încercările de a împiedica suptul degetului nu se va folosi forța (legarea brațelor, imobilizarea coatelor, aplicarea de manșete din carton, înmuierea degetului într-o soluție amară sau iute, cearta etc.), deoarece se va ajunge la efecte și mai rele. Cu vorba bună și verificându-și propriile atitudini, părinții vor convinge pe copil să renunțe la acest obicei.

- O soluție de compromis, dar mai eficientă și mai lipsită de riscuri este aceea de a se da suzetă sugarilor care încep să-și sugă degetul cu "lăcomie". Este mai ușor să se mențină curată o suzetă decât un deget, pericolul deformărilor bolții palatine și a dinților este mai mic, iar dezobișnuirea de suzetă se face mai ușor. Dintre două rele se va alege cel mai mic!

Suzeta. Este o tetină fără orificiu, atașată la un disc sau inel de plastic. Sugarul poate suge viguros tetina, fără riscul de a o înghiți, deoarece inelul o reține între buzele sale.

În secolul trecut se dădea o suzetă copiilor care sufereau de colici. În prima jumătate a secolului al XX-lea, când s-a început o campanie susținută pentru o igienă riguroasă, suzeta a fost considerată drept murdară și neigienică. În plus, s-au adus ca argumente împotriva folosirii ei, efectele negative pe care le-ar avea asupra erupției dentare, conformației maxilarelor, secrețiilor digestive și comportamentului general al copilului. Mulți medici, ca și multe asistente de ocrotire și de pediatrie din țara noastră, continuă încă să se opună cu îndârjire la folosirea suzetei.

În ultimii ani, totuși, mulți medici înfruntă opinia de mai sus și apreciază că suzeta este un mijloc excelent de "consolare". În lumea părinților din toate straturile sociale și din toate țările, suzeta și-a păstrat totdeauna o largă întrebuințare. Unii și-o procură încă înainte de venirea nou-născutului din maternitate.

Se vor alege suzete cu inele sau discuri mari, pentru a nu risca să alunece în gura copilului. Nu se va perfora suzeta, deoarece înghițirea aerului poate duce la balonarea stomacului. Suzeta va fi păstrată cât mai curată. Se va spăla cu apă caldă de mai multe ori pe zi și se va fierbe o dată pe zi. După ce cade jos, trebuie fiartă. Când nu este folosită se păstrează ca și tetinele, într-o căniță curată, acoperită. Nu se înmoaie în miere sau sirop.

Aproximativ jumătate din copii nu au nevoie de suzetă, nu au colici, nu au crize de agitație, nu-și sug degetul. Nu se va da copilului suzeta în scopuri "preventive". Se permite folosirea suzetei la copiii nervoși, agitați, cu colici, precum și la cei care, după fiecare masă, își bagă degetul mare în gură și-l sug cu lăcomie timp de ore întregi. Sugarul care a avut timpul să se obișnuiască să-și sugă degetul, refuză adesea suzeta. De aceea, în astfel de situații, suzeta se va folosi cât mai de timpuriu.

Mama va avea însă ca obiectiv ca folosirea suzetei să fie redusă la minimum, încercând cât de precoce și revenind mereu pentru a-l face pe sugar să piardă obișnuința suzetei. În caz contrar, el ajunge cu ușurință să fie un răsfățat, nesuportând să stea nici un singur

minut fără suzetă; țipă de fiecare dată când o pierde din gură, iar mama este obligată să se scoale de mai multe ori și să-i dea suzeta, pentru a-l calma pe "micul tiran". Pentru a evita astfel de situații, suzeta va fi retrasă din gură imediat ce sugarul se calmează sau de îndată ce adoarme. Între 6 și 8 luni, sugarul arată tot mai puțin interes pentru suzetă. Se va proceda gradat, omițându-se să i se dea mai întâi după o singură masă, apoi după a doua, când el pare mai satisfăcut. Spre vârsta de un an, majoritatea copiilor renunță la suzetă. Unii, însă, mai ales fetițele, ajung să adoarmă cu suzeta până la anii de școală. În această situație se va proceda cu tact, evitându-se mijloacele brutale, cearta, ironia, batjocura. Acționând prea iute sau cu asprime, copilul poate fi traumatizat pentru multă vreme.

3.3. De la 3 la 4 luni

În dezvoltarea sugarului se semnalează momente de oprire și de reluare. Tentativele unor părinți de a "încadra" neapărat pe copilul lor în scheme "standard" în ce privește greutatea, maturitatea neuropsihică, alimentația etc. sunt greșite.

Orice sugar are modul său de dezvoltare (lent sau rapid). Nu comparați copilul dumneavoastră cu un altul de aceeași vârstă! Orice ființă umană este un unicat!

Alimentația

În cursul acestor luni în alimentație nu se produc schimbări semnificative dacă sugarul este alimentat exclusiv la sân.

În prezent școlile pediatrice din Occident au ajuns la concluzia că la sugarii alimentați natural nu este nevoie de sucuri, supă sau pireuri înainte de luna a 6-a. Nici la sugarii alimentați artificial nu se mai recomandă introducerea sucurilor decât în sau după luna a IV-a, iar supa (pireul) de zarzavat cu carne se introduce de-abia spre sfârșitul lunii a V-a și mijlocul lunii a VI-a (vezi tabelul 3.1). La noi în țară o parte din medici, asistente de ocrotire și părinți susțin și introduc sucurile de fructe mult mai devreme (6-8 săptămâni). În cursul

lunii a IV-a, dacă nu s-a făcut până acum se va introduce, în funcție de sezon și/sau regiune, suc de zarzavaturi (morcovi) sau fructe (mere, piersici, fructe de pădure etc.) în cantități crescânde de 4-12-18 lingurițe înainte de masa a II-a sau a IV-a. Sucurile de morcovi sau de mere sunt bine tolerate, se pot procura în toate lunile anului.

Trecerea la 5 mese, la sugarii care mănâncă încă de 6 ori pe zi, se poate face spontan; sugarul nu se mai trezește la ultima masă. La alții, îndeosebi la cei alimentați artificial, este de ajuns să se rărească mesele de la 3 ore la 3 ½ - 4 ore. (Vezi pag. 144.)

Alimentația naturală. Multe mame întrebă cum se procedează pentru a adapta secreția lactată cerinței mereu crescânde a sugarului. Atâta timp cât sugarul este mulțumit, mama nu va face nimic. Același regim alimentar al mamei și aceeași tehnică alimentară fac posibilă adaptarea secreției lactate. Nu trebuie făcut nimic atât timp cât sugarul este mulțumit și crește bine.

Rația alimentară în 24 de ore rămâne aceeași în ceea ce privește nevoia de lichide (circa 150 ml/kg corp).

Când poate fi înțărcat sugarul? Nu există un termen fix pentru înțărcare. Numai dacă există motive serioase se poate trece la întreruperea alimentației naturale. În trecut sugarul era alăptat cel puțin un an. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și pediatrii de mare

prestigiu recomandă menținerea alăptării cât mai mult (și peste un an!), constituind un mijloc sigur pentru o dezvoltare normală și pentru evitarea îmbolnăvirilor la sugarii din familii mai puțin favorizate social și economic. Altădată alăptarea era o necesitate, deoarece necunoașterea unei alimentații corecte făcea periculoasă înțarcarea timpurie.

Cunoștințele actuale privind proprietatea diverselor produse dietetice au redus motivele de îngrijorare.

Criteriile pentru trecerea mai tardivă la înțarcare sunt: dacă sugarul se declară mulțumit cu sânul și dacă crește; dacă mama are timp să alăpteze la toate mesele. Acordarea de concediu plătit timp de doi ani pentru creșterea copilului favorizează, printre altele, prelungirea duratei alimentației naturale.

Este de dorit ca orice mamă să alăpteze cel puțin 3-4 luni, iar dacă este posibil chiar 6-9 luni. La sugarul care crește bine se poate păstra alăptarea la unele mese până și chiar după vârsta de un an.

Se recomandă ca renunțarea la alăptare să se facă treptat în decurs de 1-3 săptămâni. Mama se resimte mai puțin, iar sugarul se obișnuiește mai ușor cu biberonul; accidentele digestive posibile ale sugarului (vărsături, lipsă de poftă de mâncare, neliniște, diaree) sunt reduse printr-un astfel de procedeu.

Obișnuirea sugarului cu biberonul. Înlocuirea sânului se face în primele 4 luni de viață cu produse de lapte "de început": Adaptat (Pre-Aptamil, Pre-Beba, Pre-Humana), cu o "formulă" de lapte (Similac, Morinaga, Remedea, Nutricare special etc.) sau de durată (Milupa 1, Nutrilon premium, Aptamil 1, Humana baby fit, Nan, Beba, Milumil 1 etc.).

În prima zi se introduc la una din mese, înainte de supt, 30 ml din unul din preparatele de mai sus, în zilele următoare se crește cantitatea înlocuită tot cu câte 30-60 ml, până se înlocuiește complet suptul de la ora respectivă. Dacă sugarul a primit și tolerat laptele din biberon la o masă de lapte, în zilele următoare se înlocuiește în fiecare zi câte o masă sau cu cantități mici la fiecare masă. Dacă apar tulburări digestive (diaree, vărsături, inapetență), renunțarea la sân se face mai lent sau se amână.

Se constată că în a 2-a – a 3-a săptămână sugarul nici nu mai dorește sânul, deoarece mama are din ce în

ce mai puțin lapte. Alți sugari renunță însă mai greu la sân și sug viguros chiar când găsesc mai puțin lapte, refuzând biberonul.

Înțarcarea treptată duce la dispariția secreției lactate fără tulburări pentru mamă. Dacă aceasta simte o tensiune în sân și puțină durere poate să pună sugarul să tragă puțin din sân, fără a-l goli complet sau își stoarce sânul puțin cu mâna. Concomitent se pun comprese reci pe sân de mai multe ori pe zi.

Dacă se sistează brusc și total alăptarea se procedează în modul următor:

- mama va pune comprese reci pe sâni, va lua într-o seară un purgativ salin, va reduce consumul de lichide, va lua câte 3-6 tablete de antipirină pe zi, timp de câteva zile și își va strânge pieptul cu un bandaj compresiv;
- medicul poate indica un tratament hormonal;
- dacă sâni se înroșesc se aplică de câteva ori pe zi, în mod intermitent, comprese reci;
- se va întrerupe punerea la sân; dacă este posibil, sugarul va fi complet izolat de mamă.

Alimentația artificială. Este bine să nu se schimbe produsul de lapte cu care s-a început. Nu se crește concentrația, măsurile vor fi rase cu cuțitul, nu se tasează. Se prepară după recomandările imprimare pe cutie. În această lună sugarul suge cu putere, uneori cu lăcomie; în biberon apar bășici de spumă. Nu se întrerupe alimentația pentru că spuma se formează din nou. În luna a IV-a persistă adesea colicile (manifestate prin plânsete, agitație, supturi cu întreruperi), incidente care nu necesită schimbarea laptelui, ci numai o corectare a tehnicii de alimentare (gâtul biberonului să fie plin cu aer, temperatura laptelui constantă la toate mesele, calm, îndemânare etc.).

Alimentația cu lapte de vacă diluat și îmbogățit cu zahăr și de dorit cu făină de cereale, fără gluten și cu ulei de floarea-soarelui se poate face din luna a IV-a, fără incidente majore. Este mult mai puțin costisitoare, dar sunt obligatorii o curățenie perfectă și o corectitudine riguroasă în pregătirea diluțiilor și a folosirii adaosurilor.

În comerț se găsesc diferite feluri de lapte. Se va folosi numai lapte pasteurizat integral (3,5 g la 100 ml lapte). Dacă, la nevoie, se va folosi lapte degresat (1,8%), laptele nu mai trebuie diluat. Laptele procurat direct de la țărani este integral (3,5% grăsimi); trebuie fiert imediat, răcit brusc și păstrat la frigider.

Fiecare biberon se va pregăti, pe cât posibil, de fiecare dată înainte de folosire. Unele mame preferă să

pregătească dintr-o dată pentru 2-4 mese, ceea ce constituie un risc dacă laptele respectiv nu se păstrează în frigider. Subliniem din nou că pregătirea laptelui pentru sugar trebuie să se facă cu deosebită atenție: mâinile se spală bine cu săpun, biberoane fără microbi și vase foarte curate folosite numai pentru alimentația sugarului. Sunt necesare o cratiță pentru fierberea laptelui (de dorit cratița specială, cu dublu perete de oțel sau smălțuită), o cratiță mai mică, un tel, o măsură, o linguriță cu coadă lungă și 6 biberoane și accesorii (dulap, frigider, masă, aragaz etc.). În dulap se va fixa un spațiu special pentru toate vasele copilului, iar masa pe care se pregătește biberonul va fi spălată de mai multe ori pe zi. Dacă nu se respectă curățenia și nu se pregătește laptele corect se ajunge la diaree.

Se prepară astfel: 2 părți lapte integral (3,5% grăsimi), o parte apă, 4 g% (o linguriță rasă) zahăr și eventual 2,5% făină de cereale fără gluten (orez, porumb) și 1,5 g% ulei (floarea-soarelui, porumb). Laptele, zahărul și făina se fierb împreună. În general, în prezent, nu se mai recomandă până la vârsta de 6 luni decât făinurile fără gluten – orez, porumb și/sau tapioca, Nestlé etc.

Cum se pregătește. Într-o cratiță se pune puțină apă caldută, făină de cereale (orez sau porumb), se amestecă bine cu o linguriță și se pune la foc mic până se resuspendă totul, fără cocoloașe. Peste acest amestec se adaugă apă (1/3), lapte (2/3) și zahărul (câte o linguriță la fiecare sută de grame). Nu se recomandă mierea de albine care poate produce scaune moi, predispune la carii și uneori este purtătoare de microbi. Totul se pune la un foc moale și în timp ce fierbe se amestecă bine cu un tel sau cu o lingură. După aceea se lasă să se răcească și se adaugă uleiul, care va fi amestecat bine timp de o jumătate de minut. Subliniem încă o dată: adaosul de zahăr nu se pune direct în apă fierbinte, focul să fie moale, iar în timpul fierberii să se amestece bine cu un tel sau, în lipsă, cu o lingură. Uleiul se pune la sfârșit. La început, până mama capătă îndemânare, se poate prepara câțva timp și fără ulei sau făină.

Acest amestec gata preparat se împarte în atâtea porții câte mese primește sugarul în 24 de ore și se pun în tot atâtea biberoane curate, pregătite din timp. Biberoanele se pun într-un vas cu apă și cu cuburi de gheață, care se păstrează în frigider.

Dacă sugarul nu este obișnuit cu gustul dulce (laptele de mamă și preparatele adaptate nu conțin

zahăr, ci numai lactoză) se renunță la zahăr sau se poate adăuga în loc de zahăr lactoză ("zahărul laptelui") sau dextrin-maltoză. Aceasta face ca grăsimile din laptele de vacă (fiind grăsimi saturate și polinesaturate, diferite de cele din laptele de mamă și din produsele adaptate) să fie mai bine tolerate și digerate. De subliniat că lactoza produce fermentații în intestinul sugarului, care au ca efect scaune moi și mai numeroase. De aceea se folosește cu prudență, rar și mai ales la sugarii cu constipație.

Hrana sugarului, în speță laptele preparat, nu trebuie ținută mai mult timp în cameră, pentru că microbii se înmulțesc. De asemenea, laptele rămas în biberon nu se mai păstrează pentru a fi dat sugarului la masa următoare, ci va fi aruncat sau va fi consumat imediat de un alt membru al familiei.

Diversificarea alimentației. Prin diversificare se înțelege introducerea în hrana sugarului, pe lângă lapte (matern sau alt lapte), a altor nutrimente (fructe, zarzavaturi, carne etc.). Cu vârsta, sugarul are nevoie și de alte substanțe, în special vitamine, săruri minerale și substanțe de balast ("fibre" sau celuloză). Ultimele au rolul, printre altele, de a regla funcțiile tubului digestiv și de a stimula treptat sugarul să mestece. În primele luni de viață organismul sugarului este capabil să se hrănească numai cu lapte. Sistemul său digestiv nu este încă pregătit pentru sarcina de a primi și folosi alte alimente. Este sigur că de abia în a doua jumătate a primului an de viață funcțiile aparatului digestiv și metabolismului sunt maturizate pentru digestia și transformările metabolice ale altor alimente. Diversificarea prea timpurie se însoțește la mulți sugari de reacții alergice, de încetinirea creșterii în greutate și de tulburări digestive. Pe de altă parte, adaosul unor cereale se însoțește de o creștere supraponderală. De subliniat că în primele luni de viață sugarul nu trebuie să fie alimentat cu cereale cu gluten (numai orezul și porumbul nu conțin gluten), deoarece predispon sau chiar se însoțesc de reacții alergice. Cerealele determină creșterea sugarului prin îngroșarea țesutului grăsos (nu prin creșterea mușchilor și a vaselor!), tulburări de somn și chiar o oarecare lentoare în dezvoltarea motricității.

Așadar, numai la sugarii alimentați "artificial" se poate introduce, imediat după împlinirea vârstei de 3 luni, sucul de fructe. Așa cum am arătat mai înainte se preferă sucul de morcovi sau de mere. În jgheabul răzătoare în care se colectează sucul de mere, treptat se lasă și pulpa de mere ajungându-se la "mere rase" și

apoi la pulpa de banane. Se administrează înainte de masa a II-a sau/și a IV-a. Sucul se va prepara din fructe sau zarzavaturi proaspete.

Este bine ca sucurile să nu se îndulcească cu zahăr sau miere deoarece scad resorbția și utilizarea vitaminelor. La nevoie se diluează cu apă fiartă și răcită. Dacă sugarul primește greu suc respectiv se va împărți în porții mai mici și se va da înaintea meselor. Se administrează fie cu lingurița, fie cu biberonul. Nu se va forța sugarul să primească un anumit suc.

Pentru evitarea infecțiilor și a intoxicației cu substanțe insectofungicide (se știe că plantele se tratează cu substanțe chimice, de obicei din grupul parationului, pentru distrugerea insectelor), fructele se spală în mai multe ape și se opăresc. Opărirea se poate efectua punând fructele, în strat subțire, într-o strecurătoare care se scufundă, pentru câteva secunde, într-o cratiță cu apă fierbinte. Răzătoarea de sticlă, presa electrică, tifonul, vasele în care se colectează suc de fructe vor fi într-o stare de perfectă curățenie. Înainte de preparare, mama se va spăla pe mâini cu apă și săpun.

• *Incidentele legate de administrarea sucurilor de fructe.* După administrarea de sucuri de fructe mulți sugari fac un eritem fesier mai mult sau mai puțin persistent (mai ales după portocale). Sucul de căpșuni produce urticarie la unii copii. Sucurile de cireșe, prune, pere, struguri sunt mai laxative. La noi în țară, în lunile de vară se dau și alte sucuri – de căpșuni, vișine, zmeură, piersici, caise, coacăze, tomate; în tot cursul anului se poate încerca suc de lămâie și de portocale (ultimul poate provoca alergii cutanate, scaune moi, eriteme). Autorii americani contraindică suc de portocale, fiind alergogen. Din cele observate la noi în țară, suc de portocale se însoțește rar de reacții alergice; efectele secundare survenite după folosirea sucului de portocale sunt eritemul fesier și/sau înmulțirea scaunelor.

• *Criteriile de alegere a sucurilor de fructe la sugari* sunt: a) toleranța digestivă (diaree, colici, eritem fesier intens); b) gustul (dacă-l primește cu plăcere); c) anotimpul; d) starea economică și regiunea unde domiciliază familia; e) educația sanitară a mamei (o mamă certată cu legile curățeniei va determina odată cu administrarea sucurilor de fructe și îmbolnăvirea sugarului); f) durata cât se găsește pe piață un fruct (la noi sunt de preferat morcovii, citricele, merele,

tomatele, deoarece *sugarii nu au nevoie de diversitate*, ci de uniformitate în alimentație); g) tendința la diaree sau la constipație: la cei constipați se preferă suc de portocale, chiar de struguri sau pere; la cei cu tendință la diaree: merele, morcovii, afinele; h) conținutul în vitamine. La cei anemici sunt foarte indicate suc și pulpa de piersici, care au o cantitate mai mare de fier. La sugarul care primește greu suc de fructe se diluează cu apă caldă și se dă în porții mai mici.

Morcovii, merele și bananele prezintă avantajul că se pot da treptat și cu pulpa (mere sau morcovi rase sau mixate) și se găsesc în toate anotimpurile. La introducerea supei sau pireului de morcovi se reduce sau chiar se suprimă suc de morcovi pentru a nu se produce carotinemie (îngălbenirea pielii). Treptat sucurile se înlocuiesc cu pulpa de fructe (mere, banane).

Insistăm asupra faptului că în prezent se socotește că introducerea altor alimente este necesară mult mai târziu. La sugarul alimentat natural, laptele de mamă acoperă toate nevoile până la 6 luni.

Creșterea și dezvoltarea psihomotorie

• *Creșterea.* Cântărirea se va face tot săptămânal. Creșterea începe să încetinească media săptămânală; este de 140-175 g, respectiv 600-750 g pe lună. Să nu se uite niciodată că progresele greutateii sunt foarte diferite de la un sugar la celălalt. Creșterea în lungime este de 2, rar 3 cm.

• *Dezvoltarea motorie* continuă să progreseze de la cap spre extremități. Pe lângă faptul că-și ține capul, sugarul îl și întoarce de la dreapta la stânga. El se ține singur, când este purtat în brațe.

La sfârșitul lunii a patra poate sta în șezut – ușor sprijinit de un umăr – pentru o durată scurtă de timp, dar cu o curbură a spatelui, ca o cocoșă, care impresionează pe unele mame.

a) *Culcat pe spate.* Sugarul poate sta pe spate în poziție simetrică, bine destins. Participă la manevra de ridicare. Se apucă cu destulă siguranță de mâinile adultului și participă la ridicarea pe șezut, ținând capul aproape vertical.

Ține capul pe linia mediană, dar se întoarce preferențial spre una din părți; sugarul își poate schimba poziția cu ușurință.

b) *Mâinile* sunt aduse pe linia mediană și sunt urmărite cu privirea, în mod coordonat. Degetele de la mâini sunt deschise.

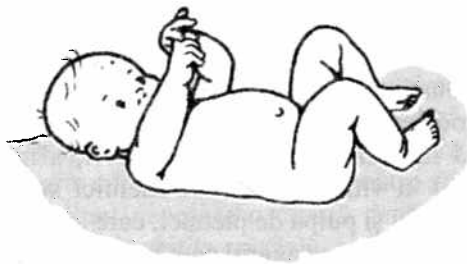


Fig. 3.6 – Culcat pe spate, sugarul trecut de 3 luni se joacă cu mâinile (“le-a descoperit”).

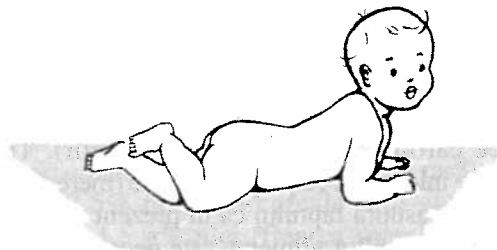


Fig. 3.7 – Așezat pe burtă, se sprijină pe antebrățe situate în față și poate privi lateral.

c) *Membrele inferioare* sunt în rotație externă, înclinate în afară; pedalează alternant; genunchii sunt încă în flexie, dar din când în când îi ține și întinși. Picioarele sunt îndoite din articulația gleznei, care are o bună mobilitate.

d) *Așezat pe burtă*. De acum sugarul se sprijină cu siguranță pe antebrățe, fixate în față, înalță capul fără efort și privește înainte sau lateral.

Întinderea trunchiului și șoldului este mai avansată. Schițează mișcări de târare. Membrile inferioare se mișcă mult, pedalând.

e) *Așezat pe spate*. Dacă este apucat și tras în sus de mâini, sugarul participă la această mișcare și controlează bine capul; în același timp ridică și întinde membrele inferioare, cu genunchii ușor îndoiți.

• *Apucarea*. Mișcările de apucare sunt încă necoordonate. Sugarul poate apuca un obiect, îl ține strâns și îl mișcă odată cu mâna. Îi dă drumul întâmplător, neintenționat. Observă, însă, cu atenție ce se întâmplă cu mâna lui și cu obiectul și încearcă să repete “figura” cu ajutorul mamei.

Sugarul își introduce degetele în gură și le sugă.

Se joacă cu mâinile și încearcă să ducă totul la gură, care devin organ de cunoaștere.

• *Auzul și localizarea zgomotelor*. Sugarul devine atent la zgomote. Începe să deosebească diferite calități

de sunete și-și manifestă preferința pentru unele din ele (cântece, muzică), vocea mamei.

• *Vederea și mișcarea globilor oculari*. Sugarul poate fixa bine cu privirea obiecte și le urmărește dincolo de linia mediană mișcând și capul. *Mișcările globilor oculari* sunt coordonate; se mai uită intermitent cruciș. Dacă mama plimbă un obiect lucios (ochelari) la o distanță de 20-30 cm sugarul îl urmărește cu privirea în toate direcțiile: la dreapta, la stânga, în sus și în jos. Examinarea se face cu sugarul culcat pe spate. Cu buzele și cu limba el cercetează alcătuirea obiectelor.

Limbajul. Gânguritul devine din ce în ce mai expresiv și mai variat, după sentimentele pe care le exprimă. Sugarul se joacă cu sunetele. Câteodată se disting schișări ale vocalelor “e”, “a” sau care seamănă cu “u”, “f”, “s” ori englezescul “th”, dar de cele mai multe ori, acest progres apare mai târziu. Sugarul zâmbește când i se vorbește, gângurește, chiuie spontan. Se bucură de propriu-i “ciripit”, îl repetă. Se întoarce spre sursa de zgomote, devine liniștit și atent. Încearcă să obțină ce vrea prin plâns. Modularea vocii este bine diferențiată.

Contactul social. Personalitatea sugarului se dezvoltă. Recunoaște bine pe mamă. Dacă i se vorbește și este mângâiat, sugarul își exprimă bucuria mai mult decât prin zâmbet. Scoate sunete care seamănă cu râsul. Participă cu vioiciune la tot ce se mișcă și se întâmplă în jur. Reacționează negativ când este lăsat singur. Privește, urmărește și fixează pe examinador (medic, mamă). Observă cu atenție fețele celor care-l privesc. Se manifestă mai rapid și mai “dirijat” la prezența mamei, observând-o și gângurind de multe ori. Urmărind cum îi pregătește masa, își va manifesta bucuria sau nerăbdarea, deoarece știe din “experiență” ce înseamnă aceste pregătiri. Dacă este luat de mâini sau de picioare, aceasta constituie un stimul important, făcându-l pe sugar conștient de corpul său și de el însuși. Poate fi liniștit prin vorbit, mângâieri, mai ales prin luat în brațe (contactul cu pielea mamei, căldura și compresiunea corpului, mângâieri pe frunte). Râde prietenos și nu face deosebire între persoanele străine și rude. Râde zgomotos când este gădilat.

Supraveghere și îngrijiri

Prezența tatălui trebuie să se facă simțită în mod treptat în viața sugarului. Respectând somnul și liniștea sugarului, tatăl va sta mai mult lângă sugar, va învăța

să-l țină în brațe, va încerca să-l cunoască; plimbarea de seară cu căruciorul este bine să fie făcută de tată. Participă la baia zilnică.

Ce se face dacă sugarul se dezvoltă mai încet decât normal. Dacă părinții își fac probleme de acest fel se va consulta medicul. Nu trebuie să se uite că fiecare sugar se dezvoltă diferit. La scurt timp după naștere, sugarul devine o mică personalitate, diferită de toți ceilalți sugari. Și toată viața va fi astfel. După cum am mai spus, copilul "normal" sau "mediu" (șablon) nu există în realitate. Abaterile de la mediu sunt, de fapt, regula și nu excepția. Unii sugari se dezvoltă mai rapid și alții mai încet. Prematurii și sugarii bolnăvicioși se dezvoltă mai încet. De asemenea, dezvoltarea este în funcție de factorul ereditar, precum și de modul cum știe familia să se ocupe de copil. Părinții nu trebuie să devină nerăbdători dacă sugarul nu a realizat una sau alta din treptele de dezvoltare expuse. I se va lăsa timpul necesar pentru evoluție. Fiecare copil are propriile sale "performanțe" și "schema sa personală" de dezvoltare. Familia are datoria să-l stimuleze cu dragoste și răbdare, fără a tinde să obțină cu forța ce consideră a fi normal. Cu numeroase încercări, unele eșecuri și mici succese se ajunge să se înregistreze trepte noi de dezvoltare. Medicul pediatru care a urmărit sugarul de la naștere este cel mai în măsură să se pronunțe în aceste probleme.

Somnul de noapte este acum mai adânc și fără întreruperi. În timpul zilei sugarul are încă patru perioade de somn: două dimineața și două după-amiaza. Perioadele de veghe sunt mai lungi și mai active.

3.4. De la 4 la 5 luni

Una din cele mai mari bucurii trăită de părinți este urmărirea dezvoltării sugarului, care are loc continuu.

Unele modificări în dezvoltarea nervoasă a sugarului nici nu ar fi sesizate de părinți, dacă nu li s-ar atrage atenția. Pentru un adult, progresele sugarului par atât de simple, încât le consideră de la sine înțelese. Pentru sugar este însă o adevărată performanță dacă reușește, după săptămâni de încercare, să întindă mâna și să apuce o jucărie.

Înfășatul sugarului mare. După vârsta de 3-4 luni, când sugarul începe să pedaleze, se schimbă tehnica de înfășat. Pe de o parte, nu mai este necesar ca sugarul să fie îmbrăcat prea gros, deoarece corpul lui, perfecționându-și treptat capacitatea de termoreglare, nu mai este amenințat atât de mult de răcire; pe de altă parte, scutecele încep să-l incomodeze: sugarul are nevoie de libertate în mișcări.

Pentru sugarii din mediul urban cea mai convenabilă formulă în acest moment este menținerea chioloților impermeabili ("Pampers") și îmbrăcarea cu pantalonași special confecționați sau salopetă. În ultimul timp, așa cum am mai spus, s-a pus la dispoziția mamelor un chilot ce face corp cu o cămășuță cu mânecă scurtă vândută sub denumirea englezească *BODYS*. Peste aceasta se adaugă obiecte de îmbrăcăminte în funcție de anotimp, temperatură sau prilej (stat în casă, plimbare etc.). Se vor alege cele din țesături de bumbac, cu mărimi corespunzătoare, ușor de îmbrăcat, durabile și adaptate la sezon.

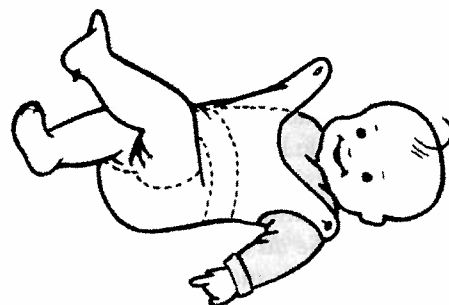


Fig. 3.8 A. – Deasupra scutecului absorbant ("Pampers") și peste cămășă, sugarul poate fi îmbrăcat cu o salopetă.

Fiecare copil își are propriul său ritm de maturare, performanțe sau "rămăneri în urmă", caracteristice temperamentului și structurii lui. Fiecare ființă umană este o individualitate aparte, ce nu se poate pune în tiparul unei scheme de dezvoltare normală.

Alimentația

La sugarii alimentați natural se continuă cu același număr de mese, fără diversificare. La cei hrăniți artificial se pot produce produse de continuare (Milu-

mil 2, Nutrilon plus etc.) sau în formulele folosite anterior (Similac, Nan etc.).

a) *Numărul meselor.* La sugarii sănătoși care se dezvoltă bine se mențin cinci mese pe zi, la cei grași (păstoși cu tendință la obezitate) se va evita introducerea de făinoase, menținându-se numai laptele și adaosul de fructe sub formă de pireuri (mere rase, banane). Unii medici recomandă să se introducă o masă de zarzavaturi. Mulți sugari renunță spontan la una din mese, spre nedumerirea și chiar neliniștea unor mame. Tentativele rigide de a menține orarul de 5 mese, trezind sugarul noaptea sau dându-i să tragă din biberon în somn sunt greșite.

La sugarii debili, foștii prematuri, distrofici și convalescenți se pot da 6 sau chiar 7 mese pe zi. De asemenea, la "mâncăcioșii" sănătoși, dacă doresc, se mențin tot 6 mese în 24 de ore.

b) *Rația* va fi de 150-180 ml la fiecare masă, dacă sugarul primește 5 mese în 24 de ore și de circa 200 ml dacă primește numai 4 mese.

c) *Diversificarea alimentației.* La sugarul alimentat artificial la această vârstă, de la sucurile de fructe se poate trece la pulpa de fructe (mere, banane).

Mărul ras se diluează la început cu sucii care se scurge în jgheabul de la marginea răzătoare de sticlă; nu se îndulcește cu sirop de zahăr.

La început, noul aliment se dă ca adaos la masa de lapte de la ora 10. *Se dă înaintea mesei propriu-zise*, folosind o linguriță de material plastic sau de metal inoxidabil cu vârful rotund. După ce un sugar a învățat să înghițită este important ca alimentul oferit să fie primit cu plăcere. De aceea, pentru început, pireul de *măr crud ras* sau *măr copt* este cel mai potrivit. Se începe cu o linguriță și se crește în câteva zile la 8-20 de lingurițe (40-100 g). Se vor folosi numai mere de bună calitate (de preferat mere Jonathan, Golden sau deliciosul de Voinești) bine coapte, care au celuloză mai puțină și aciditate redusă. *Bananele* sunt tot atât de bune ca și merele. Se pot folosi banane bine coapte (cu coaja galbenă); pulpa de banane se sfărâmă și se bate cu o linguriță până se formează o pastă omogenă, fină, care se diluează la început cu ceai de plante neîndulcit (chimen, anason etc.), cu apă fiartă și răcită sau cu suc de portocale pentru a ușura mestecatul și înghițitul. Adaosul de fructe se fixează în funcție de: a) ora la care sugarul este flămând; b) timpul pe care mama îl are la dispoziție pentru a se ocupa de pregătirea acestei mese. Din practică, ora cea mai

potrivită este ora 10 dimineața (a doua masă) și mai puțin orele 16-17. Dacă sugarul este maturat pentru a înghiți alimente mai consistente și dacă este flămând îl primește mai bine.

Ce fructe noi se pot da sugarului și sub ce formă? În funcție de sezon și de toleranța digestivă a sugarului se pot da: mere, banane, piersici, caise, zmeură, afine, coacăze, fragi. Dintre zarzavaturi, la noi în țară se folosesc morcovii și roșiile. O presă de fructe sau un mixer simplifică mult munca mamei; altfel, fructele se taie și se pasează printr-o sită sau prin mixer, în afară de mere care se rad.

Dacă se începe cu un fruct nou se oferă la început o cantitate mică (o linguriță). Se crește treptat cantitatea și se dă același fruct timp de 4-5 zile. După ce se stabilește toleranța față de noul fruct, acesta poate fi dat alternativ cu altele pentru care s-a stabilit anterior toleranța. De obicei însă, majoritatea sugarilor nu agreează variațiile de fructe și de mediu. Preferă uniformitatea! La mulți sugari, toate fructele, în afară de mere și de banane, determină apariția de scaune mai moi.

Se pot folosi conserve de fructe? Pireurile de fructe special preparate pentru sugari sunt foarte comode de folosit, dar sunt mai scumpe. Se pot da fără nici o teamă. Pe cutiile conservelor respective este obligatorie precizarea: "pentru sugari" și vârsta de la care se pot da fără riscuri. La vârsta de 3-4 luni se pot da "pireurile" de morcovi, mere sau banane.

Fructe care nu se dau la sugar. Nu sunt recomandate prunele, pepenii și cireșele, deoarece pot declanșa dureri abdominale și/sau diaree. Cu prudență se pot da perele, strugurii (diaree) și căpșunile (urticarie).

În rezumat: *masa de dimineață* și *cea de seară* rămân în continuare de lapte praf de durată parțial adaptat sau, la nevoie, laptele de vacă diluat și cu adaosuri.¹

La masa a doua se va trece la pulpa de fructe – mere rase sau banane. Această masă va fi mai puțin consistentă fără adaosuri (de biscuiți sau de brânză de vaci, așa cum fac multe mame) pentru ca sugarul să primească mai bine masa de prânz. La mesele de după-amiază se continuă cu laptele, în timp ce la masa a III-a ("prânz") se începe introducerea de supă.

Introducerea supei (pireului) de zarzavat cu carne, pe lângă lapte, poate fi începută la sfârșitul lunii a 5-a și nu mai devreme la sugarii alimentați artificial și care cresc bine în greutate. Sugarul a dobândit capacitatea

¹ La una din mesele de lapte, se poate trece la lapte cu cereale ("Brei"), fie cu un produs din comerț de lapte cu cereale și/sau fructe, fie se adaugă cereale la lapte la început de consistență fluidă și apoi mai vâscos, de *brei*, de consistența ciulmalei.

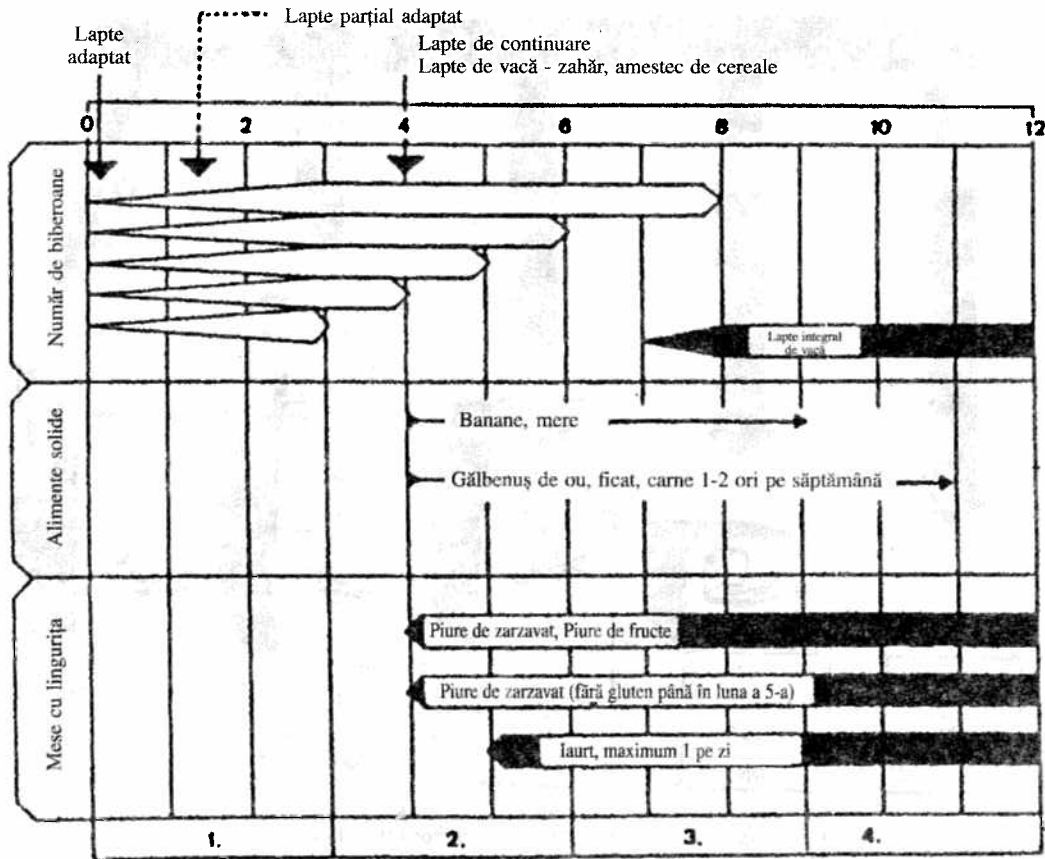


Fig. 3.8 B – Plan de alimentație pentru copilul înțărcat în primul an de viață. După recomandările Comisiei de alimentație a Societății elvețiene de Pediatrie (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie.)

de a le înghiți și digera. Zarzaturile aduc vitamine, săruri minerale și celuloză (“fibre”). Prin consistența lor sunt mai “sățioase”. În plus, sugarul se obișnuiește să mănânce cu lingurița. *La sugarul alimentat natural diversificarea nu e necesară decât după vârsta de 5-6 luni.* Până atunci va primi doar suc sau pulpă de fructe. De asemenea, la sugarii care au o creștere în greutate necorespunzătoare nu se introduce “supă” pentru că are o valoare calorică mai mică decât orice produs lactat.

Introducerea unei mese cu alimente solide reprezintă pentru mamă și sugar o schimbare substanțială. Alimentul nou se dă încet și cu răbdare. Sugarul va fi ajutat să se obișnuiască cu gustul și consistența noului aliment. El învață numai treptat să ducă alimentul de la vârful către baza limbii. La început este foarte neîndemânic (îl proiectează afară cu limba, pe care o folosește ca pentru supt) și devine nerăbdător.

Mama se poate aștepta ca, la început, sugarul să scoată aproape totul din gură, până se obișnuiește cu noul mod de a mânca. Dacă se încearcă cu răbdare și se repetă mereu acest lucru, sugarul va reuși în curând să rețină ceva din noul aliment. Dacă după câteva tentative nu se obține nici un progres, se renunță și se reîncepe după 2-3 săptămâni. Mama nu trebuie să-și piardă curajul!

Insistăm, consistența *primului aliment* se adaptează vârstei, gradului de maturație a sugarului, capacității lui de a transporta spre baza limbii și a înghiți alimente solide. Se începe cu o consistență foarte mică, apoi alimentul respectiv se îngroașă treptat. Nu se începe ca pe vremuri când se da supă “strecurată”, ci se dă dintr-odată supă de legume mixată sau trecută prin sită (la început numai morcov, apoi și cartof), a cărei consistență va crește treptat ajungând la aceea de piure.

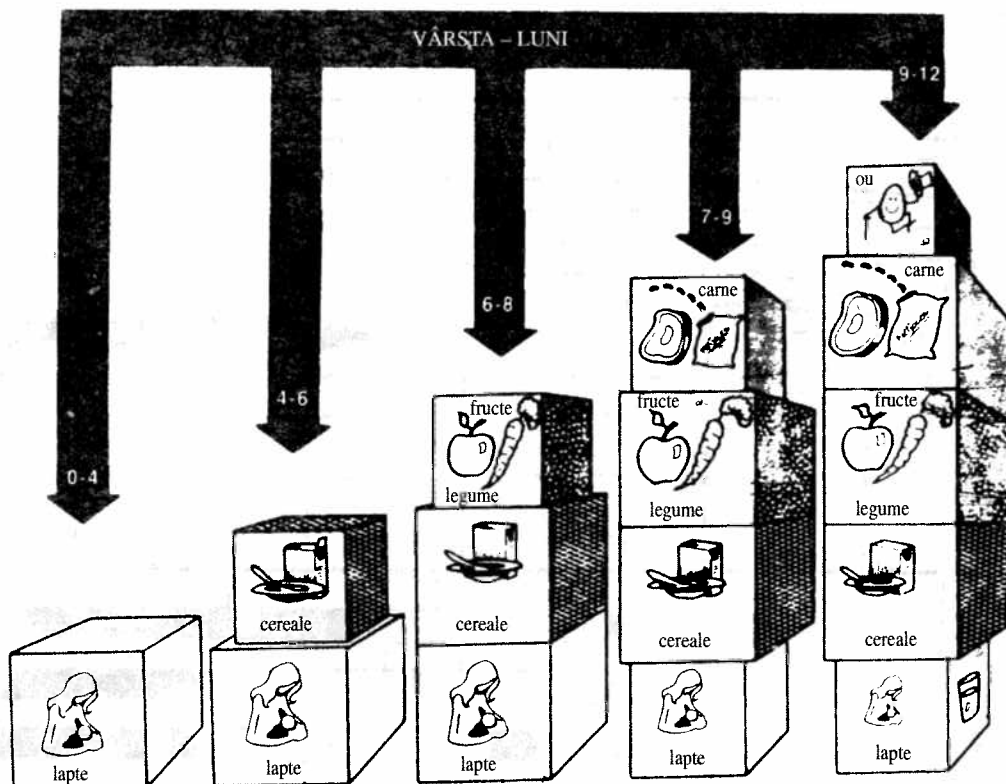


Fig. 3.8 C – Introducerea alimentelor solide la sugar.
 După Framkelts D., Jones E.: Manual of Pediatric Nutrition. Boston, Little, Brown and Co., 1985.¹

Trecerea se va face treptat, ținându-se seama de gusturile și modul cum acceptă fiecare sugar modificările alimentației. Familia este poate mirată de faptul că acordăm atâta importanță gusturilor și reacțiilor individuale ale sugarului. Nu întâmplător, ci pentru că astfel se împlinește o sarcină educativă importantă: se respectă individualitatea fiecărui copil. Mama trebuie să aibă răbdarea și îndemânarea necesare atunci când aduce ceva nou în alimentația sugarului și în viața lui în general. Rigiditatea dogmatică și forțarea sugarului au dus la cele mai multe anorexii (lipsă de poftă de mâncare) psihice la vârsta de sugar și la tulburări de comportament la copilul mai mare. Deci, dacă sugarul refuză un anumit pireu de zarzavaturi sau fructe el nu va fi forțat. Se va avea în vedere că anumite preferințe sau repulsii sunt posibile în cadrul unui comportament

¹ Din figurile 3.8 B și 3.8 C se desprind următoarele: în Europa (Germania, Elveția etc.) diversificarea se face cu introducerea în ordine de fructe, piure de zarzavat, carne, gălbenuș de ou și iaurt sau brânză de vaci, în timp ce în SUA ordinea introducerii de alimente noi este: cereale, legume, fructe, carne și ou.

alimentar și acest lucru va fi respectat. Dacă se dă sugarului șansa de a-și descoperi acum unele preferințe alimentare, se va constata, când va fi mai mare, că alimentația lui îi este specifică lui și acest lucru este valabil și în alte domenii de educație.

La sugarii care au tendință la constipație sau la obezitate, supă de zarzavat se va introduce mai timpuriu. Supă se prepară pornind de la fiertura de legume. La început se fierb numai morcovii (foarte bine tolerați de orice sugar, deoarece conțin pectine - care combat diareea - și multe săruri minerale și vitamine) și foarte puțină albitură (pătrunjel sau țelină). La cei cu tendință la constipație se introduc de la început și cartofii.

Se aleg 4-5 morcovi de bună calitate de mărime mijlocie, 2-3 cartofi, 1 rădăcină de pătrunjel, se spală și se curăță bine; se adaugă nu prea multă apă și se fierbe până ce zarzavatul se sfărâmă ușor. Dacă apa scade prea mult, se completează mereu, pentru a nu fierbe în sec. Se trec printr-o sită deasă sau se mixează numai morcovii și ceva mai târziu cartofii. Se resuspendă morcovii și cartofii în apa de fierbere. La

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

Început se adaugă numai 10 lingurițe de morcovi pasaiți (50 g). Până la 4½-5½ luni se recomandă să predominie morcovii; după aceea, dacă sugarul tolerează și mănâncă mai bine, "pireul" poate fi predominant de cartofi sau numai de cartofi pe care, de obicei, sugarii îi primesc cu plăcere mai mare decât pe alte zarzavaturi. În tradiția românească, în "pireu" se pun și albituri (rădăcinoase de pătrunjel, țelină sau păstârnac); unii sugari nu agreează însă zarzavaturile cu anumite arome.

Ulterior, dacă sugarul a ajuns să mănânce și alte zarzavaturi, acestea se pot pasa amestecate în supă (cartofi, morcovi, dovlecei, ceapă, boabe de mazăre verde, tomate, gulii, albitură, foi verzi). Sugarul nu va fi forțat să primească un amestec care conține un zarzavat care nu-i place. Suntem de părere ca la început supă să se prepare cu mai multe zarzavaturi, dar să se treacă prin sită numai cartofi și/sau morcovi. Obiectivul permanent în prepararea și administrarea acestei mese este să se treacă cât de curând de la *supă* la *pireu*, singurul care acoperă nevoile nutritive ale sugarului mai mare.

La sugarii care preferă să mănânce numai din biberon, consistența supei va fi pregătită în așa fel ca să treacă prin orificiile tetinei. La cei care primesc "supă" cu lingurița (de preferat!) se va da de la început sub formă de pireu. Este important ca zarzavatul să fie trecut prin sită sau mixat. De la început această supă poate fi îmbogățită cu 1-2 măsuri rase din laptele praf cu care este alimentat sugarul. În loc de pireu de zarzavat la sugarii cu creștere ponderală subnormală se poate începe cu lapte cu cereale: vezi fig. 3.8 C pag. 150. Acest adaos face ca sugarul să primească mai ușor supă și în același timp să crească valoarea calorică a mesei respective.

După ce în decurs de 1-2 săptămâni primește supă (pireul) de zarzavat (morcovi și cartofi) se poate renunța la îmbogățirea cu lapte praf instant (adaptat sau parțial adaptat) și se trece la adaosul de ulei de floarea-soarelui (1/2 linguriță). În decurs de șapte zile se va introduce carnea de pasăre sau de vită tânără (mânzat). Carnea se fierbe și se mixează. La început sunt suficiente 2-3 lingurițe care se introduc de 4 ori pe săptămână, din două în două zile. Carnea procurată (proaspătă, de bună calitate) se tranșează în porții mici, se învelește fiecare în pungi mici de plastic și se păstrează în congelator. La început carnea se fierbe separat. Nu este necesar să se introducă de la început supă de carne ("bulionul"), ci supă de zarzavat la care se adaugă carnea fiartă și mixată.

În săptămâna a treia, în celelalte trei zile ale săptămânii se introduce tot carne sau gălbenușul de ou. Se folosesc numai ouă proaspete, fierte bine și se ia numai gălbenușul. În prima zi se va adăuga un sfert, în a doua și în a treia zi un gălbenuș întreg.

În rezumat:

Prima săptămână:

- 100 ml apă de fierbere
- 50-100 g pulpă de morcovi (3/4); cartofi (1/4)
- eventual se îmbogățește cu 1-2 măsuri de lapte instant sau cu 1/2 linguriță de ulei sau cu făină de cereale fără gluten.

Nu se sarează

Săptămâna a II-a:

100-150 ml:

- 1/2 apă de fierbere
- 1/2 morcovi trecuți prin sită; eventual și cartofi
- eventual 1-2 măsuri rase de lapte instant (adaptat sau parțial adaptat) sau de cereale fără gluten.
- de 4 ori pe săptămână câte 2-3 lingurițe de carne mixată sau fin tocată de pasăre sau mânzat

Săptămâna a III-a:

150-180 ml:

- 1/2 - 1/3 apă de fierbere
- 1/2 - 2/3 zarzavat pasat (morcovi și/sau cartofi)
- 1-2 măsuri de lapte adaptat sau parțial adaptat, sau ulei, sau cereale fără gluten (orez).
- 4-7 ori pe săptămână carne sau 4 ori carne și 1-3 ori gălbenuș de ou (la început 1/4, apoi 1/2 și la sfârșit 1 gălbenuș întreg).

De dorit cât mai repede să se ajungă la consistența pireului și să se dea cu lingurița.

• *Cumpărarea alimentelor.* Este bine să se facă, pe cât posibil, cumpărături dese și să nu se păstreze prea multă vreme. Se evită fructele și zarzavaturile ofilite, zbârcite, pătate, alterate. Se spală bine, mai ales cele care nu se cojesc (pe lângă murdărie, microbi există și pericolul infestării cu substanțe insectofungicide, care sunt toxice!).

• *Alimentele se păstrează* în ambalaje curate și închise în frigider sau congelator. Durata păstrării se fixează conform indicațiilor din prospectul congelatorului. Alimentele nu se păstrează peste termenul recomandat de fabricant. Pentru iarnă cel mai bun procedeu de conservare a alimentelor îl constituie congelatorul. Nu se pun alimente fierte alături de cele crude. Carnea crudă și peștele se pun pe o farfurie pentru ca zeama să nu se scurgă pe raftul inferior.

Produsele supracongelate trebuie să fie complet dezghețate înainte de preparare și în nici un caz nu se recongelează.

• **Fierberea (coacerea) și reîncălzirea alimentelor.** Singura regulă simplă în ce privește alimentația sugarilor și copiilor mici constă în fierberea alimentelor, îndeosebi laptele de vacă, carnea și ouăle. Pe cât posibil se evită reîncălzirea resturilor. Insistăm asupra obligației ca alimentele decongelate să fie încălzite o singură dată; resturile se aruncă. Alimentele preparate înainte de folosire nu se lasă să se răcească înainte de a le pune în frigider, deoarece în felul acesta se lasă timp bacteriilor să se înmulțească; alimentele pregătite se acoperă și se introduc de-a dreptul în frigider sau congelator.

Câteva sfaturi (unele se repetă!)

• **Igiena în bucătărie.** Spălați-vă mâinile cu săpun și cu apă caldă înainte de a atinge alimentele. Vegheați ca întreaga familie să-și spele, de asemenea, mâinile (nu în chiuvetă sau în lighean!). Când ieșiți de la closet și după ce ați schimbat sugarul, ca și atunci când v-ați jucat cu câinele sau cu pisica, spălarea mâinilor este obligatorie.

Bucătăria se păstrează perfect curată, mai ales masa de lucru, capacele de lemn pentru tăiat (carne, zarzavat) și obiectele ce servesc la prepararea alimentelor. Farfuriile se șterg cu o cârpă curată sau se lasă să se usuce pe un suport pentru scurs, după ce se limpezesc bine cu apă caldă. Buretele se spală și se stoarce în mod regulat. Găleata ("pubela") se ține curată, închisă și se golește des. Vasele trebuie să fie de bună calitate: din oțel sau emailate.

Alimentele care nu se păstrează în frigider (biscuiți, pâine, zahăr etc.) vor fi tot timpul acoperite.

Preparare. Dacă nu aveți mixer se va trece zarzavatul prin sită, iar carnea se va toca de două ori prin mașina de tocat sau se va tăia cât mai fin.

În primele luni toate alimentele trebuie să fie lichide sau sub formă de pastă chiar foarte fină. Numai după vârsta de 7-10 luni unii sugari acceptă pireul de zarzavaturi sau pasta de fructe în fragmente ceva mai mari, sfărâmate cu furculița. În general, se prepară cantitatea pentru o singură zi. Dacă preparați o cantitate mai mare se poate păstra porția pentru a doua zi într-o crăticioară care se pune imediat în congelatorul frigiderului. Crăticioara se dezgheată și se încălzește numai înainte de folosire.

Supă (pireul) se subțiază cu apa în care s-au fiert zarzavaturile. Pentru ca sugarul să primească supă, ea se poate "drege" la început, adăugând puțin lapte de mamă sau 1-2 măsuri din pudra laptelui adaptat sau parțial adaptat. Apoi se dă sugarului respectiv. Pulberea de lapte fiind "instant" se dizolvă imediat în amestecul din apa de fierbere și zarzavatul pasat. În loc de zahăr sau miere se poate folosi cel mult dextroză sau suc natural de fructe.

La sugarii care primesc deja pireuri și le doresc ceva mai îngroșate, se poate adăuga puțină făină de cereale instant. Până la 6-7 luni se recomandă cerealele fără gluten (orez, porumb, tapioca).

• Înainte de folosire, zarzavaturile și fructele se spală bine cu apă limpede pentru a înlătura murdăria și resturile de substanțe insectofungicide care se folosesc în prezent în agricultură și în pomicultură. Sunt toxice! La cartofi se înlătură "colții" și punctele negre. Se aleg morcovi mai tineri. Înainte de fierbere se taie în felii subțiri.

• Carnea se fierbe și se reduce la un pireu fin. Se preferă carnea "albă" (de găină), ficatul de găină, mai târziu carnea "roșie" de vită și de preferat cea de vită tânără (mânzat). În loc de carne se poate da pește. Carnea se poate da zilnic dacă nu aveți siguranța prospețimii oului.

Carnea se poate procura în cantități mai mari, se tranșează în porții mici care se învelesc în pungi mici de plastic și se păstrează în congelator. Odată dezghețată trebuie folosită.

La început nu este folosită supă de carne (bulionul), ci numai carnea, care după ce este mixată se amestecă bine în zarzavatul pasat.

• Se folosesc pe cât posibil legume proaspete sau, pe timp de iarnă, păstrate corect (cartofii, morcovii) sau congelate (dovleceii, fasolea verde, mazărea, conopida, spanacul).

• Mixajul sau trecerea prin sită (pasajul) se fac în ultimele minute, înainte de folosire.

• **Consistența** supei se fixează în funcție de vârsta și de preferințele sugarului. La început, la 4-5 luni, se dă fluidă, la 6-7 luni se prepară ca o cremă, iar spre 8-9 luni ca o pastă. La început, unii sugari o primesc numai din biberon (tetina va avea orificii mai largi), alții chiar de la început cu lingurița, ceea ce este de preferat.

• Insistăm asupra faptului de a nu se adăuga sare. Rinichii sugarului nu suportă excesul de sare.

- Nici *zahărul* nu este necesar. Predispoze la obezitate, obișnuiește pe copil cu dulciurile, care au efecte nefaste asupra apetitului, dentiției și creșterii. Autorii americani interzic complet mierea în perioada de sugar (predispoze la cariile dentare, este purtătoare de infecții).

- Se preferă uleiul de floarea-soarelui sau de porumb. Unii sugari acceptă mai bine untul.

- *Zarzavaturile* nu se țin multă vreme în apă, înainte de fierbere, deoarece se pierd o parte din vitamine și din minerale.

- După fierbere alimentele se răcesc brusc (se pun în frigider sau în congelator) pentru a împiedica înmulțirea microbilor.

- "*Supă*" sau "*pireurile*" sunt valoroase prin aportul de fibre (celuloză), minerale și vitamine, iar adaosurile de carne sau gălbenuș de ou asigură aportul de fier (combate anemia), precum și a unor proteine și grăsimi foarte valoroase. Din acest grup cel mai prețios este *ficatul*. Trebuie însă să fie proaspăt!

- *Alimentația cu pireuri gata preparate* (borcane mici). În ultimii ani au apărut și la noi pireuri de fructe sau zarzavaturi, preparate industrial și manufacturate în mici borcane. Mama este scutită de efortul de a le pregăti personal, însă prezintă dezavantajul că sunt foarte scumpe. În general sunt utile în timpul călătoriilor. Atunci când vă hotărâți să folosiți astfel de borcănase trebuie să vă conformați următoarelor indicații:

- verificați data expirării;
- verificați capacul borcanului: dacă este bine închis, dacă bombează și dacă nu a pătruns aer în borcan;
- studiați compoziția indicată pe etichetă. Componentele sunt notate în ordinea cantității descrescânde. Nu cumpărați produse în care apa figurează în capul listei;
- nu cumpărați produse care conțin un adaos de zahăr, miere, sare, amidon sau glutamat;
- atenție la cutiile cu preparate "carne și legume". Unele conțin substanțe care le îngroașă. Când cumpărați carne și legume în borcănase separate, le amestecați înainte de folosire;
- nu încălziți un borcănăș de sticlă, pentru că ar putea să se spargă;
- borcanul început nu se păstrează mai mult de două zile la frigider; după acest interval se aruncă;

- nu luați cu lingurița direct din borcănăș pentru a alimenta sugarul, dacă nu sunteți sigură că va fi consumat la o singură masă; restul ar putea să fermenteze sub influența salivei adusă prin linguriță.

Băuturile

De îndată ce sugarul primește alimente solide i se dă și apă (fiartă și răcită). Se încearcă și se începe cu circa 25-50 ml (5-10 lingurițe) după masa respectivă. În locul apei se poate da suc de fructe diluat. De altfel, odată cu vârsta, sugarul se mișcă din ce în ce mai mult, ceea ce duce la pierderea de apă prin transpirație și ca urmare la sete. Vara nevoia de lichide este și mai mare. Nu este bine să se dea copiilor sirop diluat sau ceaiuri îndulcite; acestea, scad pofta de mâncare și predispun la cariile dentare. Evitați sucurile de fructe concentrate, băuturile pe bază de coca și cele care conțin zahăr rafinat, miere sau zaharină. Apa simplă și sucul de fructe presat înainte de folosire sunt cele mai bune!

În rezumat:

Dimineața: 180 ml lapte ("de durată", "pentru vârsta a II-a"): Milumil 2, Nutrilon plus, Humana 2, Beba, Guigoz 2, Nativa 2, Nan etc. sau adaptat (Similac etc.); în mediul rural lapte de vacă diluat (2/3 lapte + apă și apoi 3/4 lapte + 1/4 apă);

Ora 10: nimic sau fructe (suc, pulpă);

Prânz: 120-180 g legume trecute prin sită sau mixate (morcovi, cartofi etc.) cu 10-30 g carne (găină sau mânzat), un sfert de linguriță de ulei. La sfârșit suc de fructe diluat. La sugarii care nu cresc în greutate sau/și primesc greu "supă" numai din zarzavat se pot adăuga 1-2 măsuri rase de pudră din laptele folosit pentru copil sau și mai bine cu cereale instant; se îmbogățește cu 1/2-1 linguriță de ulei de floarea-soarelui. Masa de la prânz, de legume se poate da și mai rar, de câteva ori pe săptămână.

Gustare: încă un biberon de lapte; eventual completat cu fructe cu sau fără cereale fără gluten (orez, porumb);

Seara: ca dimineața sau lapte cu cereale (Brei).

- Dacă sugarul este hrănit încă la sân se vor menține 5 mese; la una din ele se vor da fructe, după care i se poate oferi sânul. Nu este necesară încă "supă". La cei hrăniți artificial, repetăm, introducerea supei este facultativă și numai la sugarii care au crescut bine și care sunt maturați să mestece și să înghită alimente mai consistente! La cei cu greutate mică, în loc de supă se va da lapte cu făină de cereale și/sau fructe.

Creșterea și dezvoltarea psihomotorie

Greutatea. Creșterea va fi mai mică în luna a cincea: 600-700 g pe lună, în medie 20 g/zi sau 140 g pe săptămână. La 5 luni sugarul normal și-a dublat greutatea de la naștere. Excepție fac sugarii cu greutate mică la naștere; ei își dublează greutatea mai devreme decât cei cu greutate mai mare. Dimpotrivă, cei născuți cu greutate mare (peste 3 500 g) și-o dublează mai târziu.

Lungimea. Sugarul a crescut cu 13-15 cm de la naștere [(4 + 3 + 3 + 2 sau 3) + 2]. În ultima lună a crescut cu 2 cm. De acum înainte va crește și mai puțin: circa 1 cm pe lună.

Nu se fac considerații asupra înălțimii definitive a unei ființe umane după modul cum crește în primul an de viață. Așa cum am afirmat și în alte părți ale acestei cărți "saltul" definitiv al înălțimii survine la pubertate între 11 și 16 ani.

• **Motricitatea generală.** a) *Așezat pe spate (decubit dorsal).* Spre sfârșitul lunii a V-a, o mare parte din sugari se pot întoarce de pe o parte pe alta. Unii reușesc să se întoarcă și de pe spate pe burtă. Circa 25% dintre ei nu reușesc această performanță, deși sunt normali în ceea ce privește alte capacități neuromotorii.

Își apucă picioarele și le duce la gură. Stând culcat, sugarul își pipăie propriul corp cu mâinile, acum deschise. Uneori își întinde la maximum coloana vertebrală, se sprijină pe cap și pe tălpi, în timp ce ridică șezutul, dând impresia că face "puntea". Alteori ridică capul și în același timp întinde restul corpului (fig. 3.9).

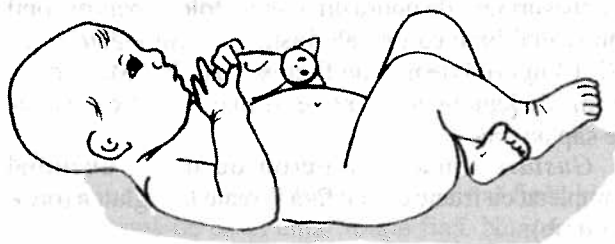


Fig. 3.9 - După 4 luni, sugarul, culcat pe spate, ridică singur capul de pe planul patului.

Dacă i se întinde un obiect îl apucă, încă cu stângăcie, cu toate degetele, dar îl ține bine strâns; îl scutură, îl izbește de gratiile patului, îl "cuprinde" cu ochii și apoi îl duce la gură. Îi dă drumul singur. Îi

place să agațe păturica și s-o tragă până la gură pentru a o suge.



Fig. 3.10 - Ridicat de mâini în poziție șezândă, controlează bine mișcările capului.

Trunchiul este în poziție simetrică față de cap. Membrile inferioare sunt în rotație externă și ușor îndepărtate. De cele mai multe ori pedalează succesiv când cu un picior, când cu celălalt, dar adesea întinde și îndoiaie simultan ambele membre inferioare, genunchii pot fi bine întinși, iar picioarele sunt mobile în articulația gleznelor.

Toate mișcările devin mai coordonate și mai variate.

b) *Așezat pe burtă,* sugarul se redresează cu ușurință sprijinindu-se pe antebrațe. Stă în poziție simetrică, cu capul ridicat până la 90°. Se pivotează pe un singur braț, greutatea fiind transferată de partea brațului pe care se sprijină, și astfel își eliberează celălalt braț pe care îl întinde înainte. Schițează târârea, dar nu reușește să-și deplaseze întreg corpul. Ridică mâinile și picioarele simultan ca într-o mișcare de înot.

Bazinul este aplicat pe planul patului.

c) *Ridicarea de brațe din poziția culcat pe spate.* Sugarul se agață strâns cu toate degetele de câte un deget de la mâinile adultului și se ridică din poziția culcat pe spate în cea de așezat cu controlul perfect al capului (fig. 3.10). În caz că sugarul nu participă la această mișcare (nu se agață de degetul adultului, nu are puterea de a se ține de acest deget sau/și nu încearcă să-și ridice capul și toracele) va fi sesizat medicul. După ce este ridicat în șezut și susținut în această poziție, sugarul își ține bine capul, îl duce în față și-l rotează lateral. În timp ce este ridicat, membrele inferioare se întind. Brațele sunt flectate în articulațiile cotului.

d) *Poziția în șezut.* Începe stabilitatea trunchiului. Spatele nu este drept, dar poate fi adus pentru scurt timp în extensie. Ținut de umeri, sugarul încearcă să stea pe șezut: își poziționează bine capul în spațiu, dar nu reușește să-și țină trunchiul, se apleacă în față, întinde brațele înaintea pentru a se sprijini, dar fără preluarea integrală a greutății. Articulațiile șoldului se flectează, membrele inferioare se rotează și se înclină spre părțile laterale, genunchii sunt flectați, iar gleznelor sunt mobile.

e) *Ridicarea în picioare, susținut de subsuoară (axile).* Sugarul își împinge picioarele spre planul patului și preia greutatea corpului. Nu reușește încă să se sprijine pe picioare; își flectează articulația șoldului, îndoiește și întinde genunchii, se sprijină discret și pentru scurt timp pe vârful picioarelor, are tendința de a se "balansa" sau de a face "hopa-Mitică".

f) *Reacții de poziție.* În orice poziție, capul se poziționează bine. Sugarii foarte bine dezvoltați neuromotor, reacționează bine la orice poziție a capului față de trunchi și a corpului față de cap (fig. 3. 11 a și b). Această reacție este cunoscută de pediatri sub numele de reacția Landau.



Fig. 3.11, A – Reacție de poziție.

Precizăm că această reacție nu se constată la toți sugarii în luna a V-a, dar în lunile următoare va fi urmărit modul cum se produce.

• *Motricitatea fină și apucarea.* Dacă sugarul este într-o poziție stabilă poate apuca cu ambele mâini prin prindere palmară cu toată palma (prindere "simiană").

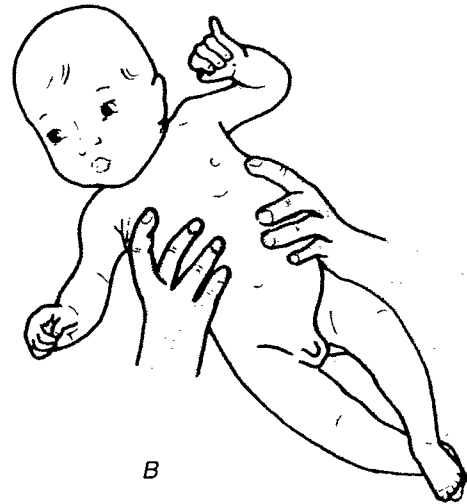


Fig. 3.11, B – Reacție de poziție.

Ridicat în șezut și sprijinit de un adult urmărește cu interes obiectele care sunt lăsate să cadă lateral de corp. Întinde mâna spre o jucărie; după ce o apucă, se opune când mama încearcă să i-o ia; jucăria este apucată cu mâna deschisă, cu toate degetele; acest mod de a apuca îl face să-i dea drumul fără vreun scop și fără s-o mai poată recupera.

• *Gura devine un organ de cunoaștere.* Sugarul simte nevoia de a duce toate obiectele la gură. Este o modalitate de a le cunoaște. Buzele și limba sunt organe bune de "pipăit". Mama va oferi numai obiecte pe care sugarul le poate băga în gură fără pericol. Sunt indicate: inele de plastic, jucării din cauciuc. Se vor pune la îndemâna sugarului numai obiecte cu dimensiuni și forme care să nu permită înghițirea sau alt accident. Se vor spăla ori de câte ori cad jos și nu se va permite celorlalți frați să se joace cu ele (pericol de infecție). Dacă nu i se dau jucării, sugarul va morfoli, foarte probabil, cămășuța, păturica, marginea patului etc.

• *Limbajul.* Sunetele emise sunt tot guturale, realizate fără a folosi mult limba sau buzele. Sugarul gângurește și "vocalizează". Când este în stare de veghe "vorbește" mult "pe limba lui", leagă sunetele, "fredonează", se oprește și reîncepe mereu. Din când în când pronunță clar un "a" sau un "e" bine conturate, tace pentru câteva secunde sau minute și le repetă ca și când ar vrea să se asculte. Vorbește singur, începe să emită silabe (da, de, gu) și le unește progresiv în lanțuri de silabe ritmice. Când mama imită aceste sunete, satisfacția sugarului crește și, parcă încurajat, angajează

un fel de "conversație". De îndată ce s-a instalat această schiță de dialog, sugarul râde cu hohote, se răsucesc, întinde brațele și reia vocalizele, îndemnând parcă și pe mama lui să le repete. Se oprește din plâns când aude muzică.

• *Contactul social.* În loc de reacții globale (tresăriri, teamă, țipete), sentimentele se nuanțează, mijloacele lui de manifestare se îmbogățesc: bucurie, mânie, plictiseală. Din ce în ce mai mult "îi place societatea", simte nevoia să fie cineva lângă el ori de câte ori este treaz; dacă i se vorbește este fericit.

Începe să se contureze din ce în ce mai mult personalitatea sugarului ("vesel", "leneș", "activ", "sensibil", "visător"). Nu se pot trage concluzii definitive.

Toți cei ce îngrijim sugari suntem izbiți de faptul că unii sugari sunt "leneși" și refuză să primească orice aliment mai consistent sau să "participe" la mâncare, că unii plâng la orice voce care se ridică, iar alții sunt indiferenți. De îndată ce se trezesc, unii gânguresc, se întorc în toate părțile, încearcă să "prindă" mișcările și vocile adulților. Unii se opresc din plâns când li se vorbește. Încep să deosebească persoanele apropiate de cele străine.

• *Auzul și localizarea zgomotelor.* Sugarul aude bine și se întoarce spre sursa de sunete. Este important ca atunci când se testează auzul sugarului, acesta să fie calm, iar în jurul lui să fie liniște.

Sugarul deosebește calitățile sunetelor. Recunoaște sunete și se bucură de unele, refuzând pe cele prea zgomotoase sau cu care nu este obișnuit. Repetă propriile sunete, se bucură de ele. Emite sunete nuanțate. Repetă și schimbă repertoriul de sunete. Țipă cu putere când are anumite nevoi sau dorește să atragă atenția. Pe zi ce trece se remarcă o mare variație în nuanțele și tonalitatea plânsului.

Vederea și mișcările globilor oculari. Sugarul fixează obiectele și coordonează mișcările globilor oculari cu ale capului în poziție adecvată. Urmărește o "zdrăngănică" la 90° peste linia mediană, în toate planurile (le examinează în poziție șezând și culcat pe spate).

Normal, sugarul de 5 luni mai are strabism (se mai uită "cruciș"). La cei care nu-și coordonează încă bine mișcările globilor oculari sau se mai uită din când în când *cruciș* se recomandă, în continuare, ca mama să "plimbe" un obiect strălucitor la 20-30 cm de fața sugarului. Exercițiul se face de mai multe ori pe zi.

• *Materiile fecale și urina. Eritemul fesier.* Introducerea de alimente noi (fructe, zarzavaturi, carne, ulei) în alimentație schimbă conținutul, consistența, numărul și culoarea materiilor fecale și caracterul urinei.

Urina capătă un miros de amoniac. Pielea din jurul orificiului anal și organelor genitale se pot înroși, uneori apar crăpături și/sau descuamări. Eritemul fesier (opăreala) apare adesea după introducerea sucului de portocale sau de lămâie. Se va folosi o "mixtură" simplă sau o pomadă izolantă prescrisă de medic și se va lăsa sugarul de mai multe ori pe zi cu coapsele și zonele fesiere descoperite; așa cum am mai spus, expunerea la aer constituie un bun remediu pentru prevenirea și tratamentul eritemului fesier. Bineînțeles se vor face corectările necesare în alimentație, încercând cu alte sucuri sau pulpe de fructe sau zarzavaturi, în general mai bine tolerate (morcovi, mere, banane).

Materiile fecale se modifică mult. Este normal ca în scaune să apară resturi de fructe și/sau legume nedigerate. În funcție de organismul sugarului, scaunele pot deveni fie mai moi și mai numeroase, fie mai rare și mai consistente. La sugarii cu tendință la constipație, pireul de la masa de prânz va fi predominant sau numai de cartofi. Se va adăuga făină instant de porumb și se va crește cantitatea de ulei. La cei cu tendință la diaree se vor folosi numai morcovii și eventual se va adăuga o făină instant de orez la mesele de lapte și la pireul de la prânz.

Baia zilnică este obligatorie. Spălarea pe cap se poate face de 2-3 ori pe săptămână. În situațiile în care baia "generală" nu este posibilă, se va efectua seara o "baie parțială" simplificată (organele genitale, mâinile, picioarele, gâtul, fața). Nu suntem de acord cu reluarea îmbăierii de 1-2 ori pe săptămână.

Vaccinări. De obicei în această lună este planificată administrarea celei de a doua doze de trivaccin asociat DTP (difterie, tetanos, tuse convulsivă), de vaccin antipoliomielitic (A. P.) și antivirul hepatitei B.

Stimularea dezvoltării sugarului. Unii părinți sunt preocupați să aibă un copil precoce, care – comparat cu alții de vârsta lui – să realizeze diverse performanțe. De exemplu, tentativele de a-l fixa și forța să stea în șezut, pentru a grăbi această capacitate a sugarului, constituie o greșeală. Pentru stimularea corespunzătoare necesară achizițiilor motorii vezi "Gimnastica sugarului".

3.5. De la 5 la 6 luni

Medicul de familie, asistenta de ocrotire și mama insistă mai mult asupra dezvoltării fizice (creșterea greutateii și a lungimii corpului) și mai puțin asupra dezvoltării psihomotorii (maturarea psihică și motorie). Motivul este că în primul an de viață dezvoltarea psihică depinde de dezvoltarea fizică și de “experiențele” pe care le capătă sugarul în raport cu mediul înconjurător (dragostea și calitatea îngrijirii mamei, alimentația, programul zilnic, încurajarea și stimularea achizițiilor motorii apărute spontan la sugar, armonia vieții de familie).

De aceea *ambii părinți*, nu numai mama, sunt datori să învețe să studieze, să cunoască, să îngrijească, să se “converseze”, să se joace cu copilul.

Sugarul nu poate efectua un proces de gândire abstractă. El trebuie, de exemplu, să cunoască întâi în mod concret, “fizic”, o jucărie. Pentru a “cunoaște” și a “învăța” ce se poate face cu orice obiect, părinții sunt datori să-l pună în mână, să-l “plimbe” prin fața ochilor. Sugarul îl apucă în palmă, îl pipăie, îl privește, îl aude sunând. Treptat, în săptămânile următoare, sugarul își va perfecționa modul cum îl prinde în mână, va reuși să-l țină mai mult într-o mână, să-l treacă dintr-o mână în alta, să-și folosească degetele, să-l “cunoască” și prin gust, ducându-l la gură, să-l “studieze”, să-l azvârle, să încerce să-l recupereze etc. Părinții vor alege un obiect ușor. Sugarul va acumula o serie de experiențe în legătură cu obiectul respectiv. Multiplele contacte corporale directe cu obiectele din jur, utilizarea permanentă a tuturor simțurilor sale, amintirea experiențelor trecute sunt aparent fără importanță. În realitate, ele îmbogățesc bagajul de experiențe, care reprezintă baza dezvoltării sale psihice și motorii.

Alimentația

Alăptarea. La sugarii alimentați numai la sân până la această vârstă, pe lângă fructele introduse la masa a II-a sau a IV-a (mere rase sau banane în toamnă și iarnă, fructe de sezon în timpul verii) se poate introduce supă de zarzavat (trecută prin sită sau mixată), îmbogățită cu carne (gălbenuș de ou) și ulei după tehnica arătată anterior. Se continuă cu produsele de lăpturi folosite și în luna anterioară (formule, produse de continuare). Rar se recomandă lăpturile cu adaos de cereale (vezi tabelul 3.2 pag. 126 și fig 3.8. C. pag. 150).

La sugarii hrăniți artificial, în luna a șasea la o parte din ei se poate da supă zilnic și se înlocuiește complet laptele. La supă (pireul) de zarzavat se adaugă zilnic sau de 4-6 ori pe săptămână carnea, iar în restul zilelor câte un gălbenuș de ou fiert tare sau tot carne. În a doua jumătate a primului an de viață cantitatea de carne crește la 30-40 g. Rezervele de fier depozitate în timpul sarcinii la copil se epuizează, iar copilul are nevoie de un aport zilnic de 3-6 mg la sugar și 8 mg/zi de la 6 luni la 6 ani. Carnea este cel mai important furnizor de fier (tabelul 3.2 pag. 126).

În prezent, majoritatea societăților de pediatrie recomandă pireul de zarzavat din luna a VII-a. Din fig. 3.8. B, pag. 149 se observă recomandările Societății elvețiene de pediatrie, recomandări care sunt preconizate de toate țările Europei Occidentale. Și în luna a 6-a pireul se va da sub formă fină (trecut prin sită sau mixat). În lunile următoare se încearcă de abia să se descopere momentul în care sugarul va primi pireul sfărâmat cu furculița. Pireul se “drege” cu ceva unt (5 g) sau și mai bine cu ulei (1/2 - 2 lingurițe mici). Dacă sugarul nu-l vrea consistent, se adaugă câte puțin din apa de fierbere. Rădăcinoasele preferate de mame și specificate în majoritatea cărților de dietetică de la noi nu sunt pe placul multor sugari. Acesta are un simț al mirosului fin și selectiv. Majoritatea nu acceptă rădăcinile de țelină, pătrunjel, păstârnac. **Nu se adaugă sare sau zahăr.** La distanță, mai târziu, s-a constatat că alimentele sărate predispun la hipertensiune arterială. Cât despre zahăr (s-a mai vorbit în această carte), predispoziția la carii dentare, la obezitate și face pe sugar să prefere dulciurile în locul laptelui. În schimb, unii autori (americani îndeosebi) la acest pireu adaugă cereale.

Alimentația cu produse gata fabricate (piureuri și sucuri). Produsele fiind foarte fine fărâmițate și omogenizate sunt ușor digerate și eficient folosite. De regulă, calitatea piureurilor din borcane este mai bună și nu necesită pregătiri. Porționarea este ușoară, copilul le primește bine și ele conțin cam tot ce trebuie organismului în ce privește fructele sau zarzavaturile. Produsele Bebelac, Hipp și Nestlé sunt cele mai consacrate și se găsesc tot timpul.

Așa cum am mai spus, conținutul unui borcan se încălzește o singură dată. Restul poate fi folosit de către copiii mai mari și de adulți. Dacă sugarul se satură cu

porții mai mici, alimentele nu se încălzesc în borcan, ci le împărțiți în porții mici. Conținutul se trece într-o crăticioară care se pune într-un vas mai mare ce se încălzește la foc moale. Borcanul desfăcut se închide din nou și se păstrează în frigider cel mult două zile. Meniurile cu adaos de carne se folosesc numai în a doua zi.

Ulterior, borcanul de sticlă îl puteți încălzi într-un fierbător special, într-o baie de apă caldă pe un foc moale sau la microunde dar niciodată la flacăra aragazului (se sparge!). În timp ce se încălzește, bineînțeles se înlătură capacul și conținutul se amestecă cu o linguriță până se ajunge la temperatura corespunzătoare. Atenție când folosiți microundele, pentru că alimentele fierb repede, în timp ce borcanul rămâne relativ rece. Masa se servește cu lingurița direct din borcănaș când sugarul consumă întreaga cantitate.

De la această vârstă se pot da la masa de prânz și alte zarzavaturi: dovlecei, ceapă, conopidă, gulie, mazăre verde fină, anason, spanac, varză de Bruxelles (verzișoară), tomate. Fierberea în oala-minune sau în vase tip "Zepter", ori la focul de microunde economisește timp și cruță vitaminele. Mâncarea se poate pregăti în cantitate mică pentru 1-2 zile sau în cantități mari care se pun în porții mici și se păstrează în pahare de iaurt sau de material plastic care se țin în congelator pe o durată de până la două luni. Zarzavaturile culese proaspete se pot congela pentru lunile de iarnă.

În primul an de viață se dă numai carne de vită sau de găină. Cu cât o carne este mai închisă la culoare ("roșie") cu atât conține mai mult fier. Carnea se fierbe și cu un cuțit bine ascuțit se taie într-un pireu fin. Carnea se amestecă cu pireul de zarzavat. La această vârstă, din comerț se vor prefera produsele de pireuri de zarzavat îmbogățite cu carne. Ficatul are un conținut ridicat de fier. Se poate da și pește "slab". Dacă se folosește carne de bună calitate (proaspătă sau bine congelată) se poate folosi la prepararea pireului și zeama (bulionul) de carne.

Dacă și la această vârstă lingurița nu este acceptată se va da sub formă de "supă" cu biberonul, a cărui tetină are orificii largite. Cu răbdare încercați în săptămânile următoare să preparați un pireu mai "atractiv" fie prin adaos de spumă de banane, fie cu 1-2 măsuri din pulberea de lapte din preparatul pe care sugarul îl primește la mesele de lapte și cereale instant.

Este important însă ca foarte curând, dacă nu s-a realizat în luna a 5-a, să se ajungă în luna a 6-a ca masa de prânz să fie numai din zarzavat cu carne, fără completare cu biberonul cu lapte. Dacă sugarul primește la prânz o porție mare de pireu s-ar putea să ajungă să primească numai 4 mese în 24 de ore: dimineța și seara câte un biberon cu lapte, la prânz pireu de zarzavat cu carne și după-amiaza o "gustare" de fructe cu completare de lapte.

În luna a 6-a sugarul poate primi la unul din biberoane un produs industrial de lapte parțial adaptat îmbogățit cu cereale sau cu fructe ("Brei" cu banane, mere, fructe tropicale etc.), de consistența ciulmalei.

- *La țară*, unde sugarii se hrănesc cu lapte de vacă, dăm următorul exemplu (2 părți lapte + 1 parte apă).

Pentru prepararea unui litru de lapte de vacă în concentrație 2/3 sunt necesare: 700 ml lapte + circa 300 ml apă + 50 g zahăr (10 lingurițe rase de zahăr) + 20-30 g cereale de orez) (4-6 măsuri) și 8-10 lingurițe de ulei.

La apa rece se adaugă făina de orez sau de porumb "instant" și se amestecă până se resuspendă bine și se toarnă peste lapte. Totul se bate cu un tel și se pune la fiert la un foc moale. La sfârșit se adaugă uleiul de floarea-soarelui. Mulți sugari preferă laptele fără adaosuri (zahăr, ulei, cereale).

- *Vitaminele* necesare organismului sugarului se asigură prin alimentație (lapte, carne, fructe și zarzavaturi), în afară de vitamina D care trebuie să se administreze în tot cursul primului și celui de al doilea an de viață (inclusiv vara!) sub formă de medicamente. La sugarii care primesc vitamina D sub formă de terapie de șoc (Stoss-Therapie) în luna a 6-a se administrează sub formă de injecție intramusculară (o fiolă de vitamina D₂ sau D₃ de 200 000 u. i.). La sugarii cu o funcție digestivă bună, fiola respectivă se poate da pe gură. Unii medici recomandă ca la fiola de vitamina D să se asocieze și calciu pe gură (sub forma de calciu gluconic fiole de 5 ml sau tablete de calciu lactic pisate și dizolvate în ceai).

- *Prevenirea cariilor dentare.* Se evită îndulcirea excesivă a alimentelor. Mierea de albine, îndeosebi, predispune la cariile dentare. Dacă medicul a recomandat și părinții sunt disciplinați și hotărâți se va administra fluor 0,25 mg pe zi (sub formă de tablete de Zymafluor sau de alt produs comercial).

- *Problema anemiei feriprive.* Am vorbit anterior despre nevoile și prevenirea anemiei feriprive la sugar.

Dacă nu s-a început diversificarea alimentației cu carne și gălbenuș de ou este foarte probabil ca rezervele de fier moștenite de sugar din perioada intrauterină să se fi epuizat și atunci se impune, eventual, să se administreze un preparat de fier sub formă de picături sau sirop. Consultați medicul de familie.

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

Greutatea. În luna a VI-a sugarul crește cu circa 500 g pe lună, respectiv cu 125 g pe săptămână. Diferențele pot fi apreciable: 100 g în plus sau în minus nu trebuie să constituie motive de îngrijorare. La sugarii care cresc cu peste 600 g pe lună se reduc sau se suspendă făinoasele din alimentație și se cresc cantitățile de fructe și de zarzavaturi; la cei care cresc cu mai puțin de 400 g pe lună se va îmbogăți pireul de la prânz (unt, ulei de floarea-soarelui), se va reduce cantitatea de fructe, se va crește cantitatea de lapte, se va mări cantitatea de făinoase din fierturile făinos cu lapte. Cu preparate de durată Humana 2, Nutrilon plus, Milumil 2, Beba, Nan, Humana Baby fit în general sugarul crește bine.

Dentiție. În mod obișnuit, la 6-7 luni apare primul dinte. Foarte rar se întâmplă ca un sugar să aibă 1-2 dinți chiar de la naștere. *La unii copii normali primul dinte apare abia către vârsta de un an.* Aceste abateri mari de la regulă sunt, de obicei, de cauză familială. Dacă momentul apariției dentiției este foarte variabil, ordinea erupției este aceeași la aproape toți copiii. În mod normal, primii dinți care apar sunt incisivii mediani inferiori.

Locul unde va apărea un viitor dinte este înroșit și ușor umflat; prin transparența mucoasei se poate vedea vârful albicios al dintelui. Cei mai mulți sugari duc toate obiectele la gură și mușcă cu mai multă putere decât înainte. Unii sugari sunt nervoși, iritabili, au somnul agitat și apetitul diseminat. Toate aceste manifestări pot avea și alte cauze și nu sunt semne sigure de erupție dentară. Alții se simt la fel de bine ca până acum și nu prezintă nimic deosebit nici înainte și nici în timpul erupției dentare.

Mamele au tendința de a pune o mulțime de tulburări (nervozitate, febră, inapetență, diaree) pe seama erupției dentare care, singură, *nu declanșează însă creșterea mare a temperaturii și nici diaree!* Trebuie consultat medicul.

Culoarea ochilor. La 6-9 luni se definitivează culoarea ochilor.

Motricitatea generală. a) *Așezat pe spate (decubit dorsal).* Sugarul se poate întoarce de pe spate pe abdomen pe ambele părți, dar preferă una din ele. Apucă picioarele, își pipăie corpul spre a-l recunoaște. Întinde brațele în față și ridică capul. Uneori face “puntea” cu hiperextensia coloanei vertebrale: se sprijină pe cap și călcâie și își ridică în sus trunchiul și abdomenul cu încurbarea coloanei vertebrale. Membrele inferioare sunt în rotație externă, flectate (îndoite) de la genunchi, iar unghiul format de coapsă și abdomen este obtuz: piciorul este în extensie față de gambă, iar articulația gleznei este mobilă. De abia la această vârstă, extensia completă a membrelor inferioare este posibilă. Mișcările sunt mai coordonate.

Sugarul nu mai preferă poziția așezat pe spate. Încearcă să se întoarcă pe o parte sau pe alta, îi place să se agite, să dea din picioare fără încetare, de parcă ar pedala la o bicicletă, gângurește, lalalizează, trage câte un chiot. Mișcările membrelor inferioare au o amplitudine mare; izbește cu picioarele puternic, se oprește uneori pentru un minut și privește pe cei din jur de parcă ar vrea să se facă remarcat, apoi reîncepe.

b) *Așezat pe burtă (decubit ventral).* În această poziție ridică bine capul. Trunchiul este relaxat. Când stă liniștit pe burtă, șoldurile se lipesc de planul patului. Se sprijină pe antebrățe sau pe mâini cu echilibru bun (fig. 3.12).

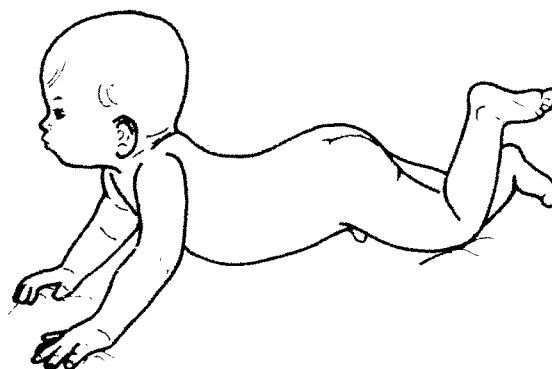


Fig. 3.12 – Culcat pe burtă, sugarul de 5-6 luni se sprijină uneori numai pe mâini.

Sugarul se întoarce uneori de pe abdomen pe spate, la început mai mult căzând, dar mai rar în modul “în bloc” și mult mai des prin rotație.

Am văzut că la 4 luni, dacă este așezat pe burtă, sugarul se sprijină pe antebrățe, ține capul mai sus și

poate privi lateral. La 6 luni el se sprijină pe oricare din segmentele membrelor superioare, își îndoiaie spatele, ridică sus capul și-l întoarce în toate părțile, pentru a vedea tot ce se întâmplă în jurul său. Pus pe un plan orizontal și dur (tarc, masă) încearcă să se deplaseze: îndoiaie și își împinge picioarele, în timp ce își îndreaptă și coboară capul, schițând mersul de-a bușilea.

c) *Poziția șezând.* Dacă este “pus să stea în șezut” sprijinit de mamă și aceasta își retrace mâinile care-l sprijină, sugarul ține mâinile în față, preluând destul de stângaci greutatea.

Între 5 și 6 luni o mare parte din sugari pot sta în șezut pentru scurt timp, necesitând încă o perioadă variabilă de timp până reușesc să stea bine, fără nici un sprijin. Cei cu o dezvoltare foarte bună pot sta 1-5 minute, fără a obosi. După ce a învățat să stea în șezut și dacă sugarului îi face plăcere, mama îl poate așeza zilnic timp de 15-30 minute într-un scaun pentru sugari¹. Poziția aceasta îl bucură, deoarece poate să folosească ambele mâini pentru joc. *Încercările unor mame de a-l face pe sugar să stea în șezut, ridicându-l mai des sau punându-l între perne, nu sunt urmate de succes. Sugarul va sta bine când mușchii spatelui sunt suficient de dezvoltați și și-i poate controla. Nu se vor impune exerciții care-l obosească sau irită!* (vezi “Gimnastica sugarului”).

Când sugarul învață să șadă nu se poate menține într-o poziție stabilă decât câteva secunde, chiar dacă este plasat între perne. Când cade sau dă semne de oboseală va fi culcat în poziția preferată (pe o parte sau pe spate).

d) *Tracțiunea de pe spate în poziția pe șezut.* Dacă mama introduce un deget în mâna sugarului (după experiența noastră degetul mic pe care – fiind mai subțire – sugarul îl cuprinde mai bine), iar cu celelalte patru degete îl “asigură” ținându-le în jurul antebrațului deasupra pumnului, sugarul înalță capul și apoi întinde trunchiul și se ridică sprijinindu-se pe șezut, îndoiaie genunchii și apoi întinde membrele inferioare și se pivotează pe “funduleț”. Nu i se poate da drumul pentru că ar putea cădea, dar își ține bine capul, îl întoarce în toate părțile, îl poziționează foarte bine în spațiu.

Unii, după ce au participat la ridicarea în șezut, tind să se ridice în picioare și acceptă cu greu ca din această poziție să fie readuși în decubit dorsal (culcat pe spate).

¹ Ulterior va mânca, așezat în acest scaun.

e) *Poziția ridicată (“în picioare”).* Dacă mama sprijină pe sugar ținându-l de axile, acesta se sprijină nesigur la început pe vârful picioarelor, apoi, în jur de 6 luni se sprijină ceva mai bine cu picioarele îndepărtate, dar genunchii sunt încă în flexie (ușor și inegal îndoți), întregul corp este în poziție simetrică (capul pe aceeași axă cu restul corpului) (fig. 3.13). Aceasta nu înseamnă că va merge în curând. Va mai trece încă mult timp până când va sta în picioare și va merge. Întâi trebuie să învețe să stea în șezut (mult și sigur) și să se obișnuiască să-și mențină trunchiul drept, înainte de a se încumeta să se ridice pe picioarele sale “șubrede”. *Nu este cazul să fie încurajat să stea în picioare, înainte de a se ridica singur în picioare pe marginea patului.*



Fig. 3.13 – Susținut de axile, se sprijină cu picioarele îndepărtate.

Motricitatea fină. Apucarea cu mâinile devine din ce în ce mai abilă. Folosește întreaga mână ca un căuș (fig. 3.14) cu întreaga suprafață palmară (tip palmar), dar treptat cu o opoziție parțială a policelui (degetul mare). Dacă i se dă o jucărioară în mână, o ține mai mult, o scutură cu energie, râzând zgomotos. Apucă bine un inel în mână. La începutul lunii, apucarea unui cub este precară; dacă i se pune cubul în mână îl ține între palmă și vârful degetelor; la sfârșitul lunii a VI-a și începutul celei de a VII-a luni, prinderea devine palmară; cubul este ținut în palmă cu degetele închise pe deasupra. Poate prinde câte o jucărioară sau câte un cubuleț în fiecare mână, iar dacă fac zgomot le poate ciocăni una de alta.

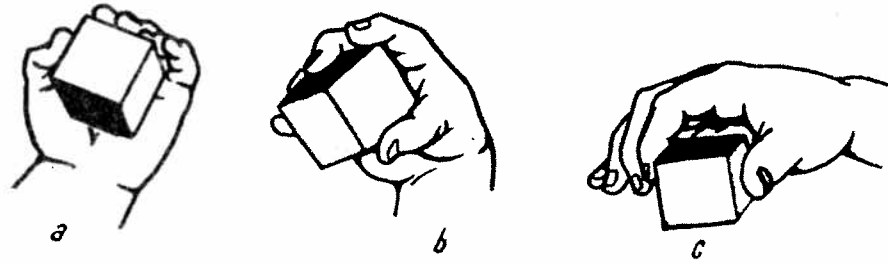


Fig. 3.14 – Evoluția funcției de apucare.

- a) La 6 luni sugarul folosește întreaga palmă ca un căuș; b) la 8-9 luni apucă un cub între toate degetele cu opoziția degetului mare; c) la un an folosește pentru apucare degetul arătător și degetul mare (“pensa police-index”).

Începe să participe cu tot corpul la apucarea unei jucării. Când râvnește la o jucărie o fixează mai întâi cu privirea, apoi deschide și închide alternativ degetele, ca și când ar prinde-o de la distanță, face mișcări de supt ca și când ar gusta-o, agită brațele, încearcă să se apropie de ea. Dacă este așezat pe burtă și i se pune un obiect strălucitor în față, la mică distanță de mână, încearcă să se deplaseze, avansează puțin pe burtă și, după mai multe încercări, reușește să apuce obiectul dorit. După succes se agită, tresaltă de bucurie, izbește cu putere gratiile patului sau ale țarcului, scoate țipete triumfale, își cheamă mama “pe limba lui”, pentru a-i arăta cucerirea prețioasă. La început strânge bine jucăria, dar nu știe să-i dea drumul (de abia pe la 10 luni va ajunge la această performanță). Totuși, cum strânsoarea se slăbește puțin câte puțin, jucăria cade. Atunci începe să țipe, decepționat, apoi își reia încercările.

Limbajul. Sugarul “povestește” și când este singur. Formează silabe din ce în ce mai numeroase: da, ee, dee, ghe-ghe, oo, goo; le unește în lanțuri și le pronunță ritmic (da-da-da, ge-ge). Ambii părinți sunt dator să-și găsească timp pentru a “dialoga” cu sugarul, repetând vocalele și silabele pe care acesta le pronunță. Cu fiecare săptămână vă dați seama că sunetele emise de sugar sunt tot mai variate, formează treptat un limbaj în care vă povestiți amândoi evenimentele fericite, decepțiile, modulând tonul vocii. Începeți să-i spuneți propoziții simple cu cuvinte cu 1-2 silabe: “ta-ta vi-ne”, “ma-ma pa-pă”, “pa-pa”. Îl chemați cu prenumele său; *toată familia îl va chema cu același prenume*. Întrebați-l unde sunt frații, surorile, bunicii.

Contactul social. În curând va ști să deosebească persoanele pe care le vede zilnic de alte persoane străine. Acest lucru se remarcă după faptul că devine

mai liniștit și întrerupe jocul când apare un străin în apropiere. Prezența gălăgioasă a acestuia îl deranjează și începe să plângă. În această ultimă eventualitate, părinții nu trebuie să se îngrijoreze, căci o astfel de reacție este un semn de dezvoltare absolut normală; diferențierea anturajului reprezintă o etapă în evoluția sugarului. Mama sau altă persoană bine cunoscută va rămâne în apropierea lui; simțind prezența familiei, sugarul se va liniști. *Nu i se va permite unei persoane străine să-l ia în brațe când copilul se teme*. De reținut că sugarul uită repede; dacă nu-și vede bunica timp de trei săptămâni, ea îi va fi străină, chiar dacă înainte de aceasta au locuit împreună.

Se bucură când își vede imaginea în oglindă. Deosebește tonul cald, drăgăstos de cel ferm, sever; înregistrează expresia feței mamei și reacționează la aceasta. Se întoarce spre sursa de zgomote și reacționează adecvat față de situații plăcute sau neplăcute.

Treptat, pe măsură ce se dezvoltă, începând din luna a șasea, sugarul capătă *conștiința de sine*, de mama sa, de ceilalți membri ai familiei.

În primele luni sugarul era probabil incapabil de a deosebi ceea ce era el și ceea ce nu era el. Puțin câte puțin, el învață să capete conștiința corpului său de care își dă seama mulțumită mângâierilor mamei, ceasurilor lungi petrecute la alăptat, la înfășat, la baie, la toate stimulările plăcute și neplăcute percepute prin pielea sa: i-a fost frig sau prea cald, a fost ud sau prea strâns înfășat etc. În același timp datorită percepțiilor sale vizuale, olfactive (de miros), auditive, cutanate (de pipăit, mângâiat, durere, rece, cald etc.), el a căpătat cunoștința de cei din jur, vă cunoaște și recunoaște fața, vocea, sânii, mâinile, brațele și mirosul corpului dumneavoastră; în același timp a dobândit conștiința gurii, mâinilor și picioarelor sale. Unele senzații mai

profunde¹ îl fac să perceapă poziția membrilor sale și, puțin câte puțin, integrând în fiecare zi mai bine aceste senzații, va fi capabil să facă din aceste senzații o sinteză și să se cunoască în ansamblu. Obiectele din imediata lui apropiere participă la această dobândire a conștiinței de ceea ce este el și de ceea ce nu este el; le vede, le pipăie, le apucă, le scapă, le regăsește, tot atâtea experiențe de sute de ori reînnoite care contribuie la această lentă cuprindere a lumii.

În această evoluție în cunoașterea de sine, dumneavoastră, ca mamă, sunteți figura mereu regăsită, vocea mereu auzită, elemente permanente care-i permit să accepte în chip fericit fiecare experiență și să-i dea astfel adevărata sa valoare. De aceea, mama trebuie să fie prezentă și să-i dea cât mai mult din timpul ei.

O etapă nouă începe aproape pe neașteptate, comunicările și schimburile se fac prin intermediul unui obiect: *jucăria*. Îi place ca să-i luați ursulețul (sau jucărioara) să i-l arătați, să i-l dați, să i-l luați din nou. Îi place ca mama sau tata să izbească într-o cutie de tablă. Astfel în jocul cu copilul, de acum înainte se va folosi un obiect care va servi de intermediar. Îi place cum de la această vârstă și pentru multă vreme, să repetați aceleași jocuri. Trebuie să aveți încă gesturi lente și calme căci sugarul se sperie de zgomote prea tari sau de mișcări prea bruște. Vor mai trece câteva săptămâni (între 8 și 10 luni) până când părinții vor reuși să recunoască ce jocuri preferă și care sunt jucăriile sau culorile care-i plac mai mult.

Auzul. Sugarul se întoarce spre sursa unui zgomot și deosebește calitățile sunetului. Zgomotele stridente îi declanșează nemulțumirea și chiar plânsul. Dimpotrivă, ascultă atent pe cele agreabile. Aude sunetele proprii și le repetă. Persoanele care vorbesc tare îl sperie.

Vederea. Urmărește persoane și obiecte. Privește orice în jur. Coordonarea mână-ochi este bună, atunci când privește obiectele pe care le ține în mână. Urmărește orice, în diferite planuri. Nu mai are strabism. Examenul se face în condițiile culcat pe spate și șezând.

Concluzii asupra dezvoltării neuromotorii. Această lună pare să fie de importanță deosebită. Poziția șezând devine mai stabilă, echilibrul se perfecționează în pozițiile culcat pe spate și pe o anumită parte. Schimbarea poziției lărgeste orizontul copilului.

¹ Din interiorul corpului.

Controlul capului este bun, rotația se îmbunătățește, iar prin aceasta și capacitatea de a-și perfecționa funcția motorie. Începe să prelucreze percepțiile vizuale, acustice și tactile care se edifică pe funcțiile motorii. Contactul cu mediul înconjurător crește. Rezultă că dezvoltarea psihică, maturarea simțurilor, contactul social, afectivitatea sunt dependente de calitatea și evoluția sistemului nervos și muscular. Părinții cu inițiere în probleme de creștere și dezvoltare a copilului, cu vocație de părinți și cu viață de familie armonioasă, echilibrată sunt cei care reușesc să depisteze cât mai de timpuriu și în toate amănunțele orice tulburare în starea de sănătate, în dezvoltarea și comportamentul sugarului.

La această vârstă, ajutorul părinților, îndeosebi al mamei, nu constă în a învăța pe sugar lucruri noi, ci în a-i crea cele mai bune condiții de mediu, de program "de viață".

Mama ajută dezvoltarea sugarului în măsura în care este prezentă și-i oferă cât mai mult din timpul său. În prezența mamei, orice schimb devine joc: dacă-l apucă de mâini sau de picioare, dacă-i vorbește, dacă-i repetă gânguritul și vocalizele. Mama trebuie să-i dea prilejul să se miște în voie, să-și folosească mușchii dacă-i face plăcere.

De acum înainte stimulii sociali trebuie lărgiți. Într-o familie se ivesc prilejuri deosebite pentru acest deziderat. Este obligatoriu ca tatăl să-și găsească timp pentru a fi în prezența sugarului, să se "întrețină" cu el, să-l "asiste" în timpul cât se joacă, să-l scoată la aer. În familiile în care mai sunt copii, mama va observa cu surpriză cum sugarul se bucură mai mult decât de orice de "societatea" celorlalți frați. Prin persoanele din preajma lui, sugarul capătă interes pentru societatea din jur.

Sugarii lăsați în pat tot timpul, fără să vorbească nimeni cu ei, se dezvoltă mai greu, cu toate că au o inteligență normală.

Supraveghere și îngrijiri

Organizarea zilei. Sugarul rămâne tot mai mult treaz; îi place să stea mereu câte ceva pe lângă el, se mișcă mai mult, îi place să fie dus cât mai mult la plimbare. Scoaterea afară se face după anotimp: vara, mai de dimineață și spre seară; iarna, spre prânz și la începutul după-amiezii. Plimbările sunt făcute nu numai în scopul de a "lua aer", dar și ca un mijloc de distracție și de liniștire, prin balansarea căruciorului,

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

mișcarea frunzelor din copaci, tabloul oferit de grădină și de stradă. Dacă timpul este favorabil, sugarul va fi ținut cât mai mult în parc; în acest caz i se va da să-și consume biberonul afară.

Baia devine un prilej de bucurie. Se prelungeste la 5-10 minute și sugarul va fi lăsat să se bucure, să se agite. Când stă bine în șezut se poate juca cu o rățușcă sau cu un vaporas.

Somnul. Se întâmplă ca sugarul să se trezească noaptea din somn. Aceasta poate fi numai o situație trecătoare, dar dacă se repetă frecvent și pe perioade lungi se va consulta medicul.

Nu vă sesizați dacă sugarul se trezește în timpul nopții, gângurește sau se mai mișcă prin pat. Dacă nu plânge și nu este nemulțumit va fi lăsat în pace.

Dacă se trezește și plânge așteptați puțin să vedeți dacă nu se răzgândește și adoarme din nou. În cazul în care nu încetează să plângă va fi schimbat și i se va da, eventual, să bea puțin ceai, va fi mângâiat și va fi culcat din nou în pat. Mulți sugari se mulțumesc cu o suzetă.

Unii sugari doresc să aibă "societate". Li se va pune de cu seara o jucărie în pat, în apropierea lor, pentru a o putea prinde când se trezesc noaptea. S-ar putea ca sugarul să se mulțumească să stea și singur, dar știind că-și poate trezi ușor părinții, preferă desigur societatea lor. Ca măsuri preventive sau de corectare a tulburărilor banale de somn vă indicăm următoarele:

a) *Sugarul va fi scos zilnic afară.* Plimbarea de după-amiază va fi mai lungă, pe un teren ușor accidentat (legănatul și trepidațiile căruciorului au un efect calmant), va fi făcută mai spre seară, când este mai răcoare.

b) Se va evita excesul de impresii seara (jocuri prelungite cu tatăl, bunicii sau frații mai mari; vizite în

alte familii; musafiri în propria familie; televizor deschis etc.).

c) Masa de seară va fi mai consistentă și cu o cantitate mai mare de lichide.

d) Se va respecta același program în fiecare seară.

e) Baia generală se va face zilnic.

f) Îmbrăcămintea de noapte va fi comodă și nu prea călduroasă.

g) Se va evita supraîncălzirea camerei.

h) Dacă se trezește în cursul nopții va fi mângâiat, eventual i se va da biberonul, se verifică dacă nu-l jenează îmbrăcămintea, dar nu se va angaja vreo "convorbire" și nici nu va fi luat în brațe.

Patul. Când sugarul începe să se ridice în șezut coșul devine periculos. Salteaua va fi fixată la o înălțime care să evite căderea sugarului din pat. Nu se va lăsa niciodată marginea patului coborâtă. În timpul îngrijirii sugarului în pat, acesta va fi așezat totdeauna perpendicular pe latura mare a patului, ca să nu cadă din pat când se răsuțește. Sârmele de la plasele marginilor patului vor fi controlate și reparate, pentru a nu-l zgâria pe sugar. Gratiile care s-au deplasat din dispozitivul unde sunt fixate se vor repara de urgență, pentru a se evita accidentele (fracturi, strangulare).

Se interzice fixarea sugarului cu hamuri în timpul nopții!

Țarul. De la sfârșitul lunii a VI-a sugarul poate fi pus în țarc, bineînțeles nu pentru a merge. Sugarul simte nevoia să urmărească ce se petrece în jurul lui. Țarul îi oferă posibilitatea să privească în toate părțile, să se miște în voie.

"Modulul" (premergătorul) se recomandă numai după ce sugarul se ridică singur pe marginea patului.

3.6. De la 6 la 7 luni

Sugarul arată mult mai matur. Stă singur în șezut și mișcă mânuțele în toate părțile. Multe din mișcări sunt încă neîndemânatică, dar – în general – sunt făcute cu un anumit scop. Se joacă cu poftă și se supără dacă este deranjat.

S-a obișnuit să mănânce bine, ritmul zilnic se desfășoară mai regulat.

Cel mai important progres este să-și capete control asupra propriilor mișcări. Uimește pe toată lumea cu energia și bucuria pe care o manifestă în legătură cu cea mai mică activitate. Este sensibil la mângâierile și laudele celor din jur. Își manifestă bucuria nu numai prin mimică, ci și vorbind pe "limba lui", strigând și chiuind de bucurie.

Alimentația

Alimentația naturală se menține pe cât posibil. După părerea noastră, dacă sugarul crește bine, se vor da 2-3 supturi (dimineața, seara și la încă una sau chiar două mese în cursul zilei).

a) Laptele degresat sau diluat se menține numai la sugarii problemă, sub controlul medicului și al asistentei de familie. La sugarii sănătoși se recomandă lapte de vacă nedegresat (integral). Se poate continua cu preparate de lapte "de durată" după nomenclatura germană, "de continuare" după nomenclatura franceză sau cu "formule" după nomenclatura americană: Humana 2, Milumil 2, Nutrilon plus, Nativa 2 etc. sau alt preparat comercial de lapte pulbere cu 3,4-4% grăsimi, fără sau cu adaosuri (glucoză, dextrin-maltoză, făinuri de cereale, vitamine). Se poate introduce o masă de lapte cu cereale (vezi tabelul 3.2, pag. 126 și fig. 3.8. C pag. 150).

b) Cantitatea de lapte în 24 de ore este de 400-600 ml. Sugarul care bea mult lapte crește în general bine în greutate, dar ca urmare a alimentației unilaterale pot apărea semne de carențe. Cu timpul, acești sugari devin anemici și receptivi la infecții. La sugarii hrăniți numai cu lapte de vacă, scaunele devin de culoare alb-fumurie ("chitoase"), cu miros urât¹.

Alimente consistente. La pireul de zarzavat, la care se mai pot adăuga de 4 ori pe săptămână carnea (mânzat, pasăre, ficat) fin tocată și de 2-3 ori pe săptămână un gălbenuș întreg de ou. În luna a VII-a este important ca sugarul să primească ficat, carne, gălbenuș de ou, pentru aportul de fier care-l ferește de anemie. În condiții normale, sugarul are la naștere depozite de fier suficiente pentru 3-5 luni. După aceea primește puțin fier din fructe și zarzavaturi. Acum rezervele sunt însă epuizate și este necesar aportul de fier, prin carne și gălbenuș de ou. Carnea de vită, de pasăre sau ficatul (găină, mânzat) se fierb și se toacă foarte mărunț sau se mixează. Se adaugă câte 3-5 lingurițe la pireul de zarzavat, crescându-se apoi până la 6 și apoi la 6-8 lingurițe. Nu se dă sugarului carne mai grasă (porc, rață, gâscă, grăsimea de la șuncă), deoarece aceasta se digeră mai greu. Dacă sugarul nu vrea să primească carne se renunță timp de câteva zile și se reia cu alt sortiment de carne sau cu ficat. Dacă

¹ În mediul urban se vor folosi produse adaptate („formule”). La țară, la nevoie, se va folosi lapte de vacă 2/3 sau chiar 3/4 / 3 părți lapte + 1 parte apă, fierte împreună.

un sugar refuză cu încăpățănare să primească pireul, carnea și gălbenușul de ou se va consulta medicul, pentru a recomanda tehnica adecvată pentru a "păcăli" pe sugar ca să primească aceste alimente foarte prețioase pentru combaterea anemiei. La nevoie se recurge la un medicament care conține fier sau cereale "fortificate" cu fier.

a) *Porțiile de mâncare consistentă* vor fi de 150-175 g la început, apoi vor crește la 200-220 g. Este mai bine să se înceapă cu porții mici, pe care sugarul le primește cu plăcere. Apa în care s-au fiert carnea și zarzavatul se dă la această vârstă.

Începând de la această vârstă, sugarii savurează masa și cu ochii. Mama va avea grijă ca mâncarea să fie frumos prezentată, cu gust plăcut, să fie servită dintr-o ceașcă totdeauna aceeași.

b) *Mișcările de masticăție* apar la cei mai mulți sugari între 6 și 10 luni. Când sugarii încep să aibă mișcări de masticăție se va încerca să li se ofere și alimente de consistență mai crescută. Zarzavaturile nu se mai trec prin sită, ci se încearcă să fie date zdrobite bine cu furculița. Mai târziu, zarzavaturile se toacă mărunț; în acest fel se ușurează trecerea spre o alimentație normală.

Este foarte important să se adauge alimente consistente de îndată ce sugarul este dispus să le primească, deoarece cei care continuă să fie hrăniți cu alimente pasate, deși ar putea să le mestece, vor ajunge să refuze vreme îndelungată tot ce nu este mixt sau trecut prin sită. Tot la această vârstă se permite autoalimentarea.

Unii încep să apuce singuri alimentele cu degetele, pentru a le suge și a le morfoli. Este un exercițiu excelent în vederea folosirii ulterioare a linguriței. Un copil căruia nu i se permite să mănânce cu degetele nu va avea niciodată dorința de a le folosi. La început își va murdări mâinile, fața, părul, obiectele din jur, dar se știe că orice început este greu. Pentru sugar este o nouă etapă în cucerirea mediului înconjurător și a independenței. I se poate da din când în când un biscuit sau o coajă de pâine, fără ca acestea să înlocuiască o masă. Scopul este să aibă ceva de ronțăit, atunci când îi ies dinții. Când coaja de pâine se înmoaie sau îi cade jos se înlocuiește cu alta. Din când în când i se poate oferi puțină pâine cu unt.

La sfârșitul lunii a 7-a, sugarul va avea, în general, următorul meniu:

– *dimineața*: un biberon de lapte "de durată"; la țară lapte de vacă diluat (3/4 lapte + 1/4 apă) și la cei care tolerează sau progresează în greutate lapte integral;

– ora 10: nimic sau fructe (mere, banane, piersici, caise, fructe de pădure);

– la prânz: pireu de zarzavat cu carne sau gălbenuș de ou îmbogățit cu 1/2 linguriță de ulei; piureul poate fi pregătit cu zeama în care a fiert carnea.

– după-amiază: - fie un produs de lapte “de durată” cu adaosuri (“Brei” cu fructe, cereale etc.);

– fie fructe strivite cu brânză de vaci și/sau cereale instant (biscuiți măcinați);

– fie se încearcă iaurt;

– seara: fie lapte “de durată” simplu, de dorit cu adaosuri de cereale (Brei).

Vezi tabelele 3.1, 3.2 și 3.3 (pag. 125, 126, 127).

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

Greutatea. Sugarul crește în medie cu 500 g pe lună, respectiv 100-125 g pe săptămână. Această cifră reprezintă numai jumătate din progresul greutatei din cursul celei de a II-a sau a III-a luni. Această dezvoltare este absolut necesară și normală. Dacă un sugar ar continua să crească câte 800-1 000 g pe lună, ar cântări 125 kg la vârsta de 10 ani.

Dacă mama compară greutatea sugarului propriu cu cifrele indicate în cărți trebuie să aibă în vedere că tabelele redau valori medii, calculate din cifrele obținute de la foarte mulți copii. La unii sugari greutatea și curba ponderală nu corespund cu nici unul din aceste tabele. Este o mare greșeală de a se categorisi ca “distrofic” sau “anormal” un sugar care cântărește cu 400-500 g mai puțin decât scrie în cărți. Sugarii (și copiii mai mari) care se mișcă tot timpul nu se îngrășă. Este de preferat un copil “slab”, dar care se zbenguie tot timpul, care are “carnea tare” și care se îmbolnăvește rareori, decât unul “gras” și “frumos”, dar care se mișcă greu, iar la prima îmbolnăvire reacționează catastrofic!

Motricitatea generală. a) *Culcat pe spate.* Dacă mama așează un sugar viu, sănătos culcat pe spate pe un plan perfect orizontal și dur (de preferat o masă), acesta se întoarce imediat pe o parte sau pe alta. Cei mai mulți reușesc cu ușurință să se întoarcă pe burtă.

Poate întinde ambele brațe, ridicând și capul, spre a semnaliza că vrea să fie ridicat; dacă este apucat de mâini se trage aproape sigur în sus. Nu mai există un model dominant de flexie sau de extensie.

b) *Culcat pe burtă,* sugarul ridică capul, își transferă centrul greutatei și îndoie membrele inferioare sub burtă cu intenția de a se ridica, dar cade înapoi. Repetă mereu această nouă achiziție. În această poziție se “învârtește” în jurul axului, se mișcă tot timpul și

încearcă să se deplaseze când înainte când înapoi (uneori ca “racul”). Întinde un braț pentru a apuca un obiect. Intermitent întinde ambele brațe și se sprijină pe mâini cu articulația cotului întinsă. Poziția este simetrică. Bazinul este lipit de planul patului, membrele inferioare sunt în abducție (duse în afară) și ușor flectate (îndoite).

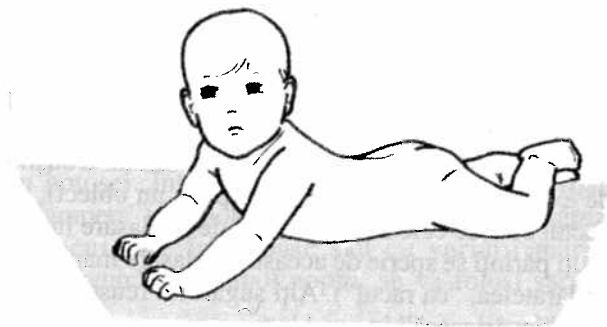


Fig. 3.15 – În luna a 7-a, culcat pe burtă; bazinul este lipit de planul patului.

c) *Poziția șezând.* Ridicat prin tracțiune în poziție șezând, sugarul a devenit mai stabil. Se poate sprijini în față.

Mai trebuie sprijinit când stă în șezut? Sugarul a învățat destul de bine să stea singur, dar preferă să fie sprijinit de la spate, dacă stă treaz mult timp. Pentru 1-2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii, la început în unghi obtuz și apoi cu timpul, în unghi drept, unde are un sprijin suficient pentru spate și brațe, putându-se concentra în întregime asupra jocului.



Fig. 3.16 – Poziția șezândă este mai stabilă.

d) *Rotația, târârea, "mersul" de-a bușilea.* Am vrea să precizăm că în dezvoltarea motorie a sugarului trebuie diferențiate patru stadii: "târârea", "de-a bușilea", în "patru labe" și "în picioare".

La dezvoltarea generală trebuie urmărite și alte achiziții motorii: "rotația" sau "întoarcerea" (pe una din părțile laterale, pe ambele, de pe burtă pe spate, de pe spate pe burtă) și "învârtirea", care este o rotație în jurul unui ax, sugarul pivotându-se pentru această mișcare pe unul sau pe ambele membre superioare. Cea mai mare parte a sugarilor nu sunt capabili de a adopta poziția în "patru labe" nici în luna a VII-a. Ei încearcă să se deplaseze prin rotație, prin târâre sau de-a bușilea (de exemplu pentru a ajunge să apuce un obiect), dar efectul este de cele mai multe ori de deplasare înapoi. Mulți părinți se sperie de această deplasare înapoi (de-a ndăratelea, "ca racul"). Alți sugari nu reușesc decât să se "învârtească" în jurul lor.

Sugarii sunt "fericiți" de această achiziție și o repetă până la exasperarea și îngrijorarea întregii familii.

Se observă o bună capacitate de extensie. Fie că este așezat pe spate, fie pe burtă (mai ales), sugarul se întinde cu fiecare segment al corpului pentru a se deplasa înainte sau înapoi. Adesea, în cadrul tentativelor de deplasare, unii sugari reușesc să se sprijine pe mâini (cu brațele întinse) și să aducă membrele inferioare sub abdomen; este o tentativă de deplasare de la stadiul "de-a bușilea" la cel în "patru labe".

e) *Ridicarea în picioare susținut de axile.* Dacă mama apucă pe sugar de subsuoară și-l ridică în picioare, acesta se sprijină pe vârful sau (mai rar) pe tălpile ambelor picioare, încearcă să preia eficient greutatea corporală și, din această poziție, îndoie și întinde succesiv articulațiile membrelor inferioare (genunchi, șolduri, glezne). Sugarul reușește să preia numai pentru scurt timp greutatea corpului. **Atragem atenția părinților de a nu lăsa fără sprijin pe sugar și nici de a face exerciții pentru a forța perfecționarea acestei capacități neuromotorii. Sugarul nu va fi pus să se sprijine singur decât după ce încearcă și reușește singur să se apuce de plasa patului și să se ridice în picioare.**

Motricitatea fină. Apucarea. Din orice poziție, sugarul încearcă să se miște și să-și echilibreze trunchiul și membrele (fără să reușească decât rareori) pentru a apuca obiecte care sunt așezate în apropierea și la îndemâna sa. Îl tentează mai ales obiectele viu colorate. Apucă obiecte mai mari și mai mici, dar

predomină încă apucarea de tip palmar, pe care o face însă cu mișcări din ce în ce mai coordonate. Întinde mâna pentru apucare și în afara razei lui de acțiune. Ochii par să dorească mai mult decât poate realiza din punct de vedere motor. Măinile sunt deschise și degetele pregătite pentru activitatea fină. Prinderea obiectelor este încă de tip clește-patent. După ce le apucă, sugarul le privește ("le cucerește cu ochii"). Măinile se unesc pe linia mediană. Se joacă cu mâinile și picioarele. Pipăie obiectele și învață să deosebească materiale ori suprafețe plăcute de cele dezagreabile. Reacțiile sunt de plăcere, se însoțesc de bucurie, uneori de chiote.

Limbajul. Sugarul pronunță primele silabe izolate ca: da-da, ta-ta, pa-pa, ma-ma. Emite sunete nuanțate. Imită, repetă și modifică sunete, "povestește pe limba lui" multe și cu plăcere.

Contactul social. Privirea începe să fie "grăitoare". Aceasta are semnificația stabilirii de contacte cu lumea din jur prin intermediul privirii. Se bucură când recunoaște persoane; se bucură de imaginea lui din oglindă. Ascultă cu atenție și reacționează adecvat la tonul unei voci (prietenosă sau severă), adică prin bucurie sau disconfort.

La această vârstă, unii sugari devin timizi și mai puțin prietenoși. Nu înseamnă neapărat că le este teamă. Aceasta constituie un semn că sugarul începe să sesizeze deosebirea dintre persoanele apropiate și cele străine, reacționând corespunzător. Zâmbește prietenos persoanelor pe care le cunoaște bine. Față de străini este rezervat. Când este vorba de medicul sau de asistenta de ocrotire, care i-a făcut recent o injecție, plânge cu disperare.

Unii sugari par să nu treacă printr-o astfel de perioadă de timiditate, pe când la alții ea este izbitoare. Este bine să se respecte aceste sentimente. Copilul nu va fi obligat să se lase luat în brațe de străini, dacă el arată că nu îi face plăcere. Se va constata că va trece ușor peste această timiditate, dacă va veni în contact mai des cu persoane străine, de preferat cu un cerc restrâns și la intervale scurte.

Timiditatea constituie o etapă în dezvoltarea copilului, reprezentând ceea ce s-ar putea numi "sociabilitate selectivă". Dacă este respectată și nu i se dă proporții neobișnuite, este foarte puțin probabil ca sugarul să devină mai târziu un anxios.

Auzul. Se întoarce spre sursa zgomotului. Aude și repetă sunetele proprii. Imită zgomote din afară.

Vederea și mișcările globilor oculari. Coordonarea mușchilor globilor oculari și coordonarea mână-ochi sunt bune. Sugarul privește îndelung un obiect și urmărește persoane. Rar se uită cruciș; câteodată îi mai "rămâne un ochi în urma celuilalt", când privește lateral.

În concluzie, în luna a VII-a continuă procesul de stabilizare și socializare. O mare parte din sugari stau bine pe șezut, dar mai sunt unii care "se clatină" sau "cad" după 1-2 minute, fiind încă nevoie de sprijin. Pentru 1-2 ore poate fi așezat într-un scaun pentru copii. Poate fi plasat pe șezut pe un fotoliu, în așa fel ca spatele să formeze cu membrele inferioare un unghi obtuz sau drept (vezi și "Gimnastica sugarului").

Prin progresele motorii, sugarul capătă noi capacități pentru cercetarea mediului înconjurător. Controlul mișcărilor și poziției capului este bun, se întoarce din ce în ce mai bine, de pe o parte pe alta; unii încep să se deplaseze de-a bușilea. Calitatea recepțiilor vizuale, tactile (pipăit) și auditive este integrală.

Supraveghere și îngrijiri

Somnul. Cei mai mulți sugari dorm acum noaptea fără întrerupere. Alții se trezesc, dar adorm singuri dacă sunt lăsați în pace cu jucăria lor. La această vârstă, un sugar mai doarme de 2-3 ori în cursul zilei. Numărul și durata perioadelor de somn din timpul zilei depind de structura sugarului, de starea de spirit și de agitația celor ce-l supraveghează, de programul general al familiei sau colectivității în care este îngrijit.

Din luna a VII-a, odată cu înmulțirea posibilităților de mișcare, mulți sugari își schimbă poziția și se dezvelesc în cursul nopții. Mai întâi trebuie să vă convingeți dacă sugarul nu este îmbrăcat prea călduros sau învelit prea gros. Pentru a nu-i fi prea cald, este

bine să nu-l acoperiți de la început cu pătura mai călduroasă. Se va menține o temperatură cât mai constantă în cameră.

Dacă îmbrăcămintea de noapte îi acoperă și picioarele (sac de dormit, pantalonași cu botoșei) și în cameră este cald (peste 22°C) nu sunt motive de îngrijorare dacă sugarul se dezvelește.

În locuințele care se răcesc mult în cursul nopții (sub 17°C) este bine ca sugarul să fie îmbrăcat mai gros. La îmbrăcămintea obișnuită se poate adăuga un tricou sub cămașa de noapte sau o jachetică subțire pe deasupra. După părerea noastră, pentru copiii care se mișcă mult și se dezvelesc sunt mai bune pijamalele cu botoșei. Între coapse se pun scutece absorbante ("Pampers"). Chiloții din plastic favorizează opăreala. În locuințele friguroase sau cu variații mari de temperatură, în timpul nopții, se va folosi sacul de dormit.

Baia (generală sau la nevoie parțială) se face, în continuare, zilnic. Dacă se face cu îndemănare, cu calm, în apă cu temperatura de 36-37°C (temperatura corpului), într-o cameră încălzită la circa 22°C și fără curenți de aer, baia este o plăcere pentru sugari. Săpunirea și curățirea cu apă se fac în cadă, cu minuțiozitate peste tot și îndeosebi la cutele pielii. Sugarul va fi lăsat, dacă stă nesprijinit pe șezut, să se joace în apă cu o rățușcă sau cu o bărcuță de plastic. Baia nu trebuie să se prelungească peste 10-15 minute. Nu suntem de acord să se facă dușuri cu jet de apă puternic, care sperie pe unii sugari. Dacă unii părinți țin la aceste dușuri se recomandă să fie făcute cu ajutorul unei stropitoare, cu apă la temperatura cu care este obișnuit sugarul (36-37°C). Apa prea caldă sau prea rece sperie pe sugar și nu este lipsită de pericole: arsuri, răceli, stări de hipotermie (devin palizi sau vineți, își pierd echilibrul sau chiar conștiența).

3.7. De la 7 la 8 luni

Din această lună, datorită nevoii de mișcare și de cunoaștere, sugarul este expus la tot felul de accidente și intoxicații. Gura a devenit un organ de cunoaștere și tot ce-i cade la îndemână este dus la gură. Fiecare familie este datoare să ia de acum înainte toate măsurile de prevedere pentru a feri sugarul de primejdii. Sugarul

și copilul mic nu pot fi învățați să nu pună mâna pe tot ce se află în apropierea lor. Sunt prea mici pentru a înțelege interdicțiile. Este mai simplu să se țină obiectele periculoase (ace, bile, grăunțe, fierul de călcat încins, nasturi) sau substanțele otrăvitoare (detergenți, insecticide, cosmetice, băuturi alcoolice, medicamente)

la distanță de ei. La prizele electrice se vor pune dispozitive de siguranță. Ușile de fier de la sobele de teracotă și sobele de fontă se vor "apăra" cu plăci de azbest, la marginile ascuțite de la elementii caloriferului se vor pune placaje de azbest, mobilierul se va reduce la minimum.

Dacă sugarul este așezat pe podea, el va fi tentat să se ridice în picioare. Se prinde de orice obiect întâlnit în apropiere. Când apucă de fusta mamei este mai puțin rău, dar dacă se agață de colțul feței de masă pe care se găesc vase cu mâncăruri fierbinți, se poate opări.

Pe masa de înfășat sau pe patul adulților sugarul se rostogolește și poate să cadă, dacă nu este culcat perpendicular pe latura lungă a patului.

Alimentația

Nici în luna a 8-a nu sunt necesare modificări importante în alimentație. Va primi tot produsul de lapte pe care l-a primit în luna anterioară cum sunt Milupa 2, Humana 2, Nan, Nutrilon plus, Beba 2 sau "formule" ca Similac etc.

Dimineața sugarul va primi un biberon, de preferat cu lapte simplu sau, la cei cu greutate mai mică sau la "mofturoși", facultativ, cu adaosuri (făină de cereale sau cereale cu fructe – Milchbrei).

La ora 10 se dau fructe strivite sau nu se dă nimic.

La prânz va primi pireu de zarzavat (în general de cartofi și morcovi cu unt sau ulei) și cu carne sau gălbenuș de ou. Dacă nu aveți siguranța prospețimii oului dați carne în fiecare zi. În funcție de anotimp și de modul cum primește sugarul pireul poate fi mai variat. Pe lângă cartofi și morcovi se pot adăuga: dovlecei, conopidă, fasole verde, mazăre verde, gulii etc. În multe cărți se recomandă ca pireul să fie dat în fragmente mai mari (sfărâmat cu furculița). În practică, însă, cea mai mare parte a sugarilor nu "știu" să mestece și primesc numai zarzavatul mixat sau trecut prin sită. La sfârșitul mesei se va încerca dacă sugarul nu dorește și puțin suc de fructe sau apă simplă.

Gustarea de după-amiază, în principiu, ar trebui să fie constituită dintr-un amestec de fructe strivite (sau la nevoie pasate fin) cu cereale-instant. Brânza de vaci intrată în tradiția culinară a sugarului la noi în țară nu este absolut necesară.

La sugarii care primesc însă la ora 10 fructe, la masa de după-amiază se va da iaurt cu sau fără cereale (sau biscuiți "mărunțiți"), iar dacă se dau fructe, la acestea se poate adăuga brânză de vaci preparată în casă și biscuiți.

Seara, biberonul de lapte poate fi îmbogățit cu făină de cereale și/sau fructe ("Brei") sau se alege un produs din comerț de lapte cu adaosuri (mere, banane, cereale, fructe tropicale etc.) de la firme ca Hipp, Nestlé, Milupa etc.

Rația de lapte este în jur de 400-600 ml în 24 de ore.

Dacă sugarul vrea să țină sau să atingă biberonul în timp ce bea, va fi ajutat s-o facă. Poate fi luat în brațe sau, dacă preferă, poate fi lăsat să bea singur, stând culcat sau șezând. Atunci când sugarul încearcă să bea singur din biberon, mama va sta lângă el, ajutându-l să aibă o poziție cât mai stabilă (cea mai plăcută și mai comodă poziție când este ținut în brațe); va sprijini și va înclina biberonul pentru ca sugarul să nu înghită aer. Mulți sugari acceptă de la această vârstă să bea din ceașcă. În familiile înstărite, procurarea unui scaun înalt prevăzut pentru alimentația sugarului și copilului este de mare folos.

- *Albușul de ou* poate pricinui o "alergie" (erupții ale pielii, scaune moi și urât mirositoare, agitație etc.) la sugarii care au această tendință. La sugarii care nu au prezentat nici un episod de erupții ale pielii în trecut se va introduce albușul înglobat în "zdrănțe de ouă" în supă. În lunile următoare, albușul folosește la prepararea unor creme, papanasi, găluști, budinci, perișoare.

La această vârstă numai gălbenușul este un element nutritiv esențial pentru conținutul său în fier, vitamine, proteine și grăsimi cu valoare biologică mare.

- *Fructe conservate*. Dacă familia are fructe congelate sau conservate în casă (fructe "proaspete", compot de mere, compot de gutui, pastă de mere, pastă de măceșe, gem de caise) se pot da strivite și omogenizate cu o lingură de lemn. De asemenea, se pot da fructe proaspete fierte, strivite și, la nevoie, îndulcite cu sirop de zahăr. Eventual se amestecă cu pesmet de pâine, cu biscuiți opăriți și bine sfărâmați sau cu cereale instant, adăugându-se și brânză de vaci preparată în casă.

- *Scaunele de fructe și zarzavaturi*. Reamintim că în cazul alimentației cu fructe sau zarzavaturi, scaunele conțin celuloză nedigerată, având culoarea și aspectul modificate față de scaunele de lapte. Multe mame se neliniștesc, bănuind că sugarul nu poate mistui unele alimente sau că fructele sau zarzavaturile respective ar fi fără valoare, fiind nedigerabile. Trebuie să se știe că organismul reține și utilizează toate substanțele cu

valoare biologică (vitamine, săruri minerale, glucide, proteine).

După ce se introduc mai multe fructe și zarzavaturi, numărul de scaune poate să crească și să apară un eritem fesier. Nu este un motiv de alarmă, dacă scaunele sunt consistente și nu sunt în număr mai mare de 3 în 24 de ore.

- **Celuloza** este importantă pentru sănătatea copiilor. Experimental s-a dovedit că păsările sau animalele care primeau o hrană conținând toate principiile alimentare de bază (proteine, glucide, grăsimi) și accesoriile necesare (săruri minerale, vitamine, lichide) prezentau deficiențe mari în creștere. Simplul adaos de celuloză fin divizată determină restabilirea curbei ponderale și revenirea la un aspect normal al păsărilor sau animalelor de experiență.

minant în meniul zilnic al sugarului. Cel puțin două mese (dimineața și seara) trebuie să fie de lapte (complet, cu sau fără adaosuri). Numai la recomandarea medicului se poate renunța la mesele de lapte.

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

- **Greutatea.** Sugarul crește cu 400-500 g. Greutatea medie este la băieți de 8 000-8 500 g, iar la fete 7 800-8 000 g. Lungimea medie: băieți = 69 cm, fete = 67 cm. Perimetrul cranian = 43-44 cm.

- **Motricitatea generală.** a) *Culcat pe spate*, sugarul nu mai rămâne în această poziție, ci se întoarce pe ambele părți și se poate rostogoli.

- b) *Așezat pe burtă*, își controlează bine capul, își întinde bine brațele, trunchiul și membrele inferioare. Din poziția "pe burtă", sugarul trece în poziția de "mers

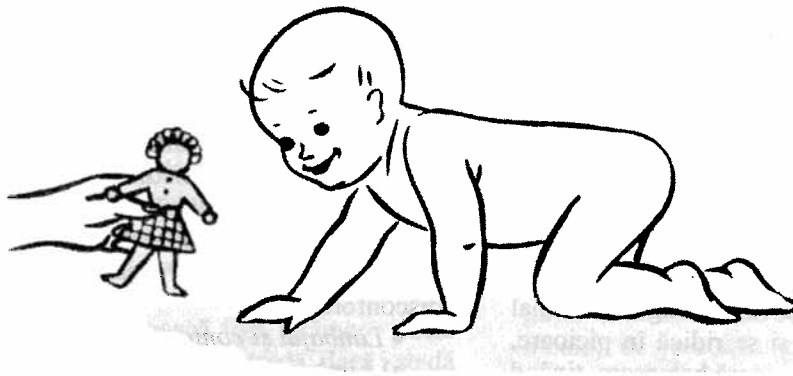


Fig. 3.17 – La 8 luni unii sugari încep să meargă în patru labe.

Celuloza și alte materii similare poartă numele de "substanțe de leșt" sau mai recent de "fibre vegetale", constituind o componentă obligatorie într-o alimentație corectă. Celuloza îndeplinește și alte funcții în digestie. Printre altele constituie un mijloc eficient împotriva constipației.

- În ultimul trimestru al primului an de viață, oul și carnea sunt principalii furnizori de fier, care contribuie la formarea globulelor roșii, așa că sugarii, care nu le primesc din diferite motive, devin anemici.

Fructele, zarzavaturile și cerealele conțin fier în cantitate mică.

Revenim cu recomandarea de a nu se uita că în primul an de viață, alimentul care corespunde nevoilor biologice (digestie, metabolism, excreție, creștere) este laptele, care trebuie să rămână permanent și predo-

în patru labe" (fig. 3.17), la început încă nesigur înaintând numai "de-a bușilea". Unii se învățesc încă în jurul propriului ax, iar alții se deplasează de-a-ndăratelea.

De subliniat că unii sugari sar peste etapele mersului "de-a bușilea" și în "patru labe", învățând să se ridice direct în picioare în jurul vârstei de 1 an!

- c) *Poziția șezând.* Sugarul se ține bine pe șezut, fără nici un sprijin, dar nu poate încă să treacă din poziția culcat în aceea de așezat; nu va reuși această performanță între 8 și 10 luni.

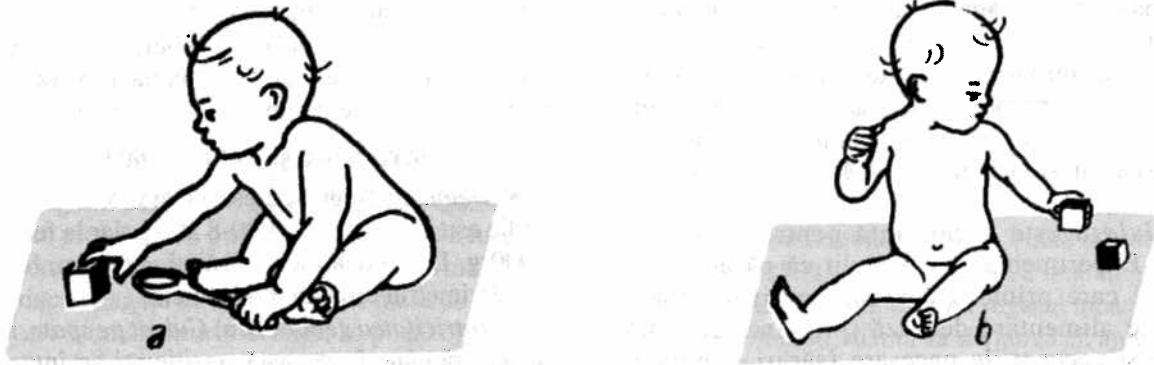


Fig. 3.18 – a, b – Cei mai mulți sugari stau la această vârstă foarte sigur în șezut și se întorc în toate părțile pentru a apuca diferite obiecte.

Puteți să-i procurați un scaun înalt, pe care îl fixați cu un prosop trecut ca o chingă în jurul corpului pentru a-l susține. Instalați-l, de asemenea, într-un fotoliu mare; el va fi încântat de această favoare și va putea să asiste la activitățile familiei.

Când este așezat pe un plan perfect orizontal (masă de înfășat, podea, țarc), el ține spatele drept și are un control bun al trunchiului și capului. Se mișcă în jurul axului propriu. Mișcărilor sunt bine coordonate.

d) *Ridicarea în picioare.* Numai o mică parte din sugari apucă de grățile patului și se ridică singuri în picioare. În schimb, la această vârstă, sugarul normal se prinde de mâinile mamei și se ridică în picioare, apoi stă în această poziție, cu ușoară balansare, ținând degetele de la picioare îndoite ca și când ar vrea să apuce cearceaful. Deoarece în această poziție nu are un echilibru stabil, mama îl apucă de axile și atunci sugarul pășește, nesigur, cu bază mare de susținere, uneori deplasând înaintea acelui picior. Reflexul de apucare al tălpilor se menține.

• *Motricitatea fină. Apucarea.* Apucă cu tot mai multă ușurință: “se năpustește” cu mâna cu mai multă precizie asupra unui obiect dorit și îl prinde între palmă și degetul mare (mai rar cel mic). Un nou progres important: apucă obiectul cu degetele, îl trece dintr-o mână în alta și-l “cuprinde” cu privirea! Când apucă un cub, îl ține în așa fel încât mai poate apuca unul (apucă două cuburi într-o mână!). Se întinde să apuce toate jucăriile din jurul lui. Le urmărește cu privirea dacă au căzut. Dă drumul intenționat la obiecte. Se joacă la masă cu obiecte de diferite dimensiuni și încearcă să constate ce se întâmplă dacă le mișcă sau le aruncă. Dacă aruncă un obiect pe dușumea și mama

îl ridică, repetă operațiunea de atâtea ori până când mama renunță la joc.

Din orice poziție stabilă (culcat pe spate sau pe burtă, șezând) întinde mâna pentru aruncarea obiectelor. Încearcă să ajungă la obiecte în afara sferei lui de acțiune. Mâinile sunt “deschise” și degetele pregătite pentru activitatea motorie mai fină. Mâinile se întâlnesc pe linia mediană; se joacă cu mâinile și picioarele. Pipăie și atinge obiecte; învață să cunoască diferite materiale, să deosebească suprafețe plăcute și dezagreabile, față de care reacționează prin plăcere sau disconfort.

• *Limbajul și contactul social*

a) *Limbajul.* Pronunță primele bisilabe, ca: “tata”, “dada”, “mama”, “papa”. Imită propriile sunete emise și pe cele pe care le aude. “Povestește” mult și cu plăcere. La aceste silabisiri se amestecă accente de triumf, nerăbdare sau chiar de mânie. Primul cuvânt “cu adresă” nu este departe. Bate din palme și/sau se joacă de-a “cucu-bau”.

b) *Contactul social.* Se amplifică contactul cu mediul înconjurător prin intermediul: privirii, zâmbetului, emiterii de sunete cu coloratură afectivă.

• *Comportamentul emoțional.* Sugarul își alege persoana cu care vrea să comunice. Mama nu mai este singura persoană de referință. Reacționează la interdicții sau la aprecieri afirmative. Încearcă să provoace situații pe care le dorește, prin manevre tactice abile. Descoperă slăbiciunile părinților. Este curios și îi face plăcere să facă descoperiri. Este fericit când i se oferă o mână de ajutor în realizarea dorințelor.

Teama de persoane străine. În această lună se mențin reacțiile de negativism față de străini. Nu este

admis de toți pediatrii și psihologii dacă această reacție reprezintă o anumită etapă în procesul de dezvoltare psihică sau dacă nu este o particularitate a unora din copii.

Părinții observă că sugarul devine rezervat, suspicios, timid cu străinii; le privește fața, apoi se uită la ai săi ca și când ar vrea să se asigure că fețele familiare lui sunt prezente. Dacă un străin vrea să se apropie prea mult de copil acesta se sperie, întoarce capul, se ghemuiește în brațele mamei sau ale tatălui. Părinții observă că în aceste luni sugarul acceptă cu greu fețele severe, triste și mai ales persoanele zgomotoase. Nu trebuie dus la petreceri cu persoane multe; vederea de fețe noi poate fi cauză de neliniște. Teama de persoane străine se manifestă mai zgomotos când se combină cu împrejurări în care mama absentează (este lăsat singur într-o cameră cu o persoană complet străină sau mama dispăre într-un magazin și un străin se apropie de căruciorul lui și-i vorbește). Se pare că sugarul nu este șocat de persoana străină în sine, ci de ceea ce aceasta face. Astfel, va zâmbi și "vorbi" cu un străin atâta timp cât acesta păstrează distanța convenită¹; dacă îl atinge, protestează. Această reacție este pe deplin justificată. Și un adult ar fi șocat dacă un străin i-ar sări de gât! Înainte de a accepta dovezi de simpatie de ordin fizic, dorim să cunoaștem cât de cât o persoană.

Dacă este lăsat să privească fețe străine – peste umărul mamei – în autobuz sau pe stradă; dacă i se dă prilejul să se joace "cucu" pe lângă fusta mamei; dacă i se permite să se apropie singur de persoane străine care-l atrag (curiozitatea fiind mai tare decât teama), copilul va ajunge să se împrietenească mai ușor cu străinii. Astfel se exersează contactul social, util pentru copilul mic, care va deveni încrezător și va manifesta interes pentru "fețe noi".

- *Auzul și localizarea sunetelor.* Ascultă zgomote și se întoarce spre sursa sonoră. La zgomote neplăcute reacționează cu disconfort.

- *Vederea și mișcarea globilor oculari.* Coordonarea mișcărilor globilor oculari este bună. Urmărește în toate planurile. Majoritatea nu se mai uită "cruciș".

- *Cum poate percepe timpul?* Este dificil să pricepem cum copilul prinde noțiunea de timp, dar este foarte probabil că o realizează prin derularea celor 24

de ore, prin alternanța zi-noapte, veghe-somn, zgomot-tăcere, foame-sățietate, activitate-repaus; se creează modele de ritmuri percepute atât prin senzații interioare, cât și prin excitații exterioare. Astfel, de îndată ce a trecut de șase-șapte luni, copilul "simte" că dimineața sau seara este "ora" mesei, a plimbării sau a reîntoarcerii tatălui său. Timpul copilului se construiește cu atât mai bine cu cât mama știe să se adapteze ritmului său interior (de exemplu, dorința de hrană) la orarul său exterior (venirea mesei) și că această coincidență este fericită.

- *Cum se construiește spațiul?* Pentru copil spațiul pare să se elaboreze pornind de la senzația și perceperea corpului, care permit să separe ceea ce este el de ceea ce nu este el; mai întâi mama lui, apoi celelalte ființe apropiate, obiectele, pătuțul, camera. Și la acest punct mama este cea care, prin prezența ei, îi dă copilului nu numai limitele personale, dar îl învață să cunoască și lumea. Spațiul copilului se construiește în raport cu mama pe care o vede și o aude cum se deplasează, îi vede fața de aproape și de departe, îi aude vocea îndepărtată și apropiată, o pierde și o regăsește mereu. În timp ce este plimbat cu căruciorul descoperă animalele, străzile, automobilele, casele. Puneți-i la îndemână jucării, obiecte mici pe care el le apucă, le pierde, le regăsește împreună cu dvs. și astfel puțin câte puțin își dă seama de contururile, de consistența (tare-moale), de greutatea (greu-ușor), apoi de culoarea lor și, în câteva luni, va putea să le dea un nume.

Mama nu trebuie să creadă că are un rol de "învățătoare". Cunoașterea de sine, a lumii însuflețite și neînsuflețite va surveni la copil pentru că mama l-a hrănit, l-a mângâiat, l-a schimbat, i-a vorbit și s-a jucat cu el. Această cunoaștere trece pe căi foarte profunde, mult mai apropiate de instinct decât de rațiune.

Supraveghere și îngrijiri

- *Scaunele.* Din cauza maturării sale și a alimentației mai variate, scaunele sugarului sunt mai bine formate, mai rare (1-2 pe zi) și survin la ore aproape regulate. În plus, el începe să devină conștient de momentul în care intestinul său funcționează: încetează să se joace, se "concentrează", se face roșu la față, se screme, se contractă, apoi se ușurează. Uneori, scoate un chiot când a avut un scaun. Cei din jur cred că "nu-i place să fie murdar"; este numai felul său de a-și anunța mama că pentru el s-a produs acest mic eveniment. Va fi schimbat, dar fără grabă. Voind cu orice preț să i se

¹ Se acceptă existența unui "perimetru tabu" cu raza de aproximativ 80 cm, în care sunt lăsate să pătrundă doar persoanele apropiate.

înlătore scutecele sau chiloții murdari, i se va da impresia că a avea un scaun este o treabă care o dezgustă pe mama sa. Cuvântul românesc “dezmiardare” are la origine cuvântul latinesc care însemna ștergerea copilului de materiile fecale (“merda”). Departate de a-i favoriza educația curățeniei, mama nu va face decât să i-o întârzie. La sugarii la care se folosesc chiloții absorbantți (“Pampers”) nu se constată astfel de reacții.

• *Somnul.* În condițiile unui progres normal, sugarul se culcă în jur de ora 20 și se scoală după 10-12 ore. În cursul zilei mai doarme o dată la prânz, timp de 1 ½ - 2 ore, eventual și în cursul după-amiezii.

După masa de seară, copilul va fi pregătit de culcare. Nu suntem de părere ca după masă familia să înceapă să se joace cu copilul mai mic de 3 ani. Jocurile agitate, excesul de impresii duc la tulburări de somn.

Revenim cu indicația ca tatăl să fie prezent în familie în timpul îmbăierii, mesei de seară și al culcării. Copilul trebuie să simtă zilnic comunitatea mamă-copil-tată.

• *Încălțăminte.* Înainte de 11-12 luni copilul nu are nevoie de încălțăminte, care nu este utilă nici pentru sprijinul picioarelor și nici pentru învățarea mersului. Dacă umblă mereu pe o suprafață plană caldă, fără asperități, nu are nevoie deloc de încălțăminte.

3.8. De la 8 la 9 luni

Și în această lună se observă o serie de schimbări la sugar. Devine mai activ, se târăște în toate părțile, încearcă să se agațe de marginile patului sau țarcului și cercetează lumea din jur. Orizontul lui s-a lărgit mult. Învăță să mestece alimentele. Toate acestea modifică unele dintre obiceiurile sugarului. Uneori este neliniștit și nerăbdător fără motiv. S-ar putea să dorească să facă un lucru pentru care nu este încă apt. De exemplu, încearcă să stea în picioare, să-și folosească mâinile într-un scop anumit sau să pronunțe “cuvinte noi”. Dacă reușește, în câteva zile se va liniști. La deschiderea ușii face semne că vrea să fie dus afară. Recunoaște pregătiri ce se fac pentru plimbare și se bucură zgomotos.

Alimentația

• Laptele rămâne alimentul de bază în meniul zilnic. La orașe se folosesc preparate de lapte praf: lăpturi parțial-adaptate sau de continuare folosite în luna anterioară sau lapte praf “clasic” cu 26% grăsimi.

• *Legănatul* (mișcări de calmare?). La unii sugari se întâlnește obiceiul de a se legăna sau de a-și lovi capul de pereții patului. Este una din mișcările ritmice (“mișcările calmante”), care se observă la mulți copii înainte de a adormi, când sunt obosiți sau când se plictisesc.

Pentru înlăturarea cauzei, părinții vor verifica dacă sugarul sau copilul mic are o ocupație suficient de interesantă în cursul zilei, dacă i s-a satisfăcut nevoia de “societate”, de mișcare și dacă este suficient de obosit.

S-au observat aceste manifestări la sugari care au fost ținuti multă vreme în coș, în paturi cu margini fără vizibilitate, făcute din scânduri compacte (carență de spațiu), ca și la cei care stau multă vreme în casă (carență de mișcare), sunt lăsați singuri (carență de “societate” și de dragoste), sau în familie există o stare de anxietate, supraîngrijire a copilului. Scoaterea copilului cât mai mult afară, o plimbare mai prelungită înainte de masa și culcarea de seară, jocuri liniștite, îmbăierea zilnică și o atmosferă de calm în familie sunt unele dintre remediile recomandate. Dacă mama are talent, îl liniștește și-l adoarme printr-un cântec.

Dacă sugarul va continua să-și lovească capul de pereții patului, se vor confecționa pernțe de protecție, pentru a evita apariția vânătăilor și rănilor.

Dimineța se va da laptele fără adaosuri, iar seara se vor încerca lăpturile cu adaosuri (“Brei”) care sunt fie cereale, fie fructe, fie zarzavaturi (vezi tabelul 3.2, pag. 126).

Laptele de vacă se dă integral; în caz că se introduce de abia acum, la început se va da diluat (3/4 lapte și 1/4 apă). Reamintim că laptele de vacă se dă în mod obișnuit cu adaosuri. Într-o cratiță se pune o cantitate mică de apă rece, la care se adaugă făină de cereale instant și se amestecă bine având grijă să nu se formeze cocloașe, se adaugă laptele integral (sau diluat cu 1/4 apă) și se pune totul la fiert la un foc moale. Spre sfârșitul fierberii se adaugă zahărul (10 lingurițe rase la 1 000 ml). După răcire se amestecă uleiul cu un tel sau o linguriță timp de o jumătate de minut pentru că acizii grași esențiali să fie mai bine folosiți. Uleiul nu se fierbe. Amestecul realizat se porționează în biberoane curate și se păstrează într-un frigider, dacă este posibil într-o baie cu cuburi de gheață.

La sugarii constipați zahărul se poate înlocui cu lactoză.

Masa de la ora 10 nu mai este necesară la majoritatea sugarilor după vârsta de 8-9 luni. La cei care doresc se vor da alimente mai puțin bogate în calorii (fructe, sucuri).

La masa de prânz se dă pireu de zarzavat, în general de cartofi și/sau morcovi. Pireul va fi îmbogățit cu unt sau ulei de floarea-soarelui. Se încearcă să se dea pireu sfărâmat cu furculița. Este absolut necesar ca la această masă să se dea proteine de origine animală (altele decât laptele), cum sunt: carnea de mânzat sau vițel (carnea roșie are mai mult fier), ficatul (pasăre, vițel), peștele slab, creierul, gălbenușul de ou. La sfârșit se va da zeamă de compot, de fructe sau apă fiartă și răcită.

La gustarea de după-amiază se pot da mere rase, banane cu sau fără biscuiți și eventual, cu brânză de vaci, iaurt sau chiar un biberon de lapte.

Seara se dă lapte cu adaos de făină de cereale, de fructe sau de legume. În loc de cereale se încearcă grișul, fulgi de porumb, de ovăz sau de tapioca. La sugarii care refuză laptele se va încerca o budincă sau papanasi fierți cu brânză de vaci. Se poate completa cu fructe proaspete sau chiar din compot (sfărâmate și omogenizate).

Va fi lăsat să ia micul dejun și gustarea cu biberonul pe genunchii mamei sau plasat într-un scaun înalt.

Străduiți-vă ca din timp să-i dați să mănânce la un loc cu ceilalți frați. Va mânca mai bine și va trece mai repede la alimente noi, mai consistente. Puteți să lăsați să ducă pireul la gură cu degetele, să-i dați să bea din ceașcă, să-i dați o bucată mică de pâine, de măr, un biscuit pe care să le morfolească singur. Fiți foarte atentă pentru că s-ar putea să se sufoce cu o bucată mai mare. Hrana luată singur îl va face mai "binevoitor" cu alimentele și îi va permite mai curând să mestece și să se hrănească singur. Foarte des, înaintea unui aliment nou prin aspectul, culoarea sau consistența sa, sugarul mare întoarce capul și zice "nu, nu, nu". Nu credeți că nu-i place; este numai un mod de a-și exprima mirarea. Nu-l dojeniți și, în nici un caz, nu-l forțați!

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

• *Creșterea în greutate* este tot mai înceată. Între 8 și 12 luni creșterea săptămânală este de 60-85 g, rezultând o medie lunară de 250-300 g. Este suficientă o cântărire bilunară sau chiar lunară. Cântărele noastre pentru sugari înregistrează greutatea până la maximum 9 kg. Curba greutății sugarului nu se potrivește

totdeauna cu curba din diagramele cu creștere medie a "sugarului normal". O cifră cu câteva sute de grame mai puțin decât "cifra normală", la un sugar mare, nu trebuie categorisită ca "distrofie" sau "malnutriție". Greutatea sugarului este un parametru care trebuie apreciat în contextul altor criterii de apreciere a stării de sănătate: lungime, îmbolnăviri, dezvoltarea psihomotorie, contact social, comportament emoțional etc.

• *Creșterea în lungime* între 6 și 12 luni este de 6-10 cm. Măsurarea lungimii sugarului se va face și cu ajutorul medicului sau asistentei de ocrotire, deoarece imobilizarea și întinderea sugarului pe o masă ca și utilizarea panglicii metrice implică de multe ori erori de tehnică și interpretare.

• *Sugarii cu greutate prea mare.* Unii sugari au tendința de a se îngrășa excesiv, cu mult peste "media" scrisă în diferite cărți. Nu se poate vorbi despre obezitate dacă un sugar este rotunjour, dar cu lungime mai mare, cu "tonus" muscular bun, armonios conformat. Cei mai mulți arată așa în primul an de viață; apoi "slăbesc" și se lungesc când încep să se miște mai mult. Greutatea sugarului nu depinde numai de vârstă, ci și de tipul constituțional, de lungime și de alimentație (cantitate, calitate). Ca și adultul, și copilul mai mare, sugarul nu trebuie să fie prea gras. Grăsimea nu conferă o stare de sănătate mai bună; dimpotrivă, sugarii grași, păstoși se îmbolnăvesc mai ușor, au o rezistență mai scăzută la infecții și fac forme mai grave de boli.

Cei mai mulți oameni (adulți și copiii) au un plus de greutate pentru că mănâncă mai mult decât necesită organismul. Dacă toți membrii unei familii sunt obezi, aceasta se datorește de cele mai multe ori unor obiceiuri culinare greșite, unui aport excesiv de calorii. Dacă un sugar are un plus de greutate, medicul este singurul care decide dacă trebuie să slăbească puțin, dând indicații amănunțite de regim. Mama nu va pune un copil la "cură" de slăbire din proprie inițiativă. La astfel de sugari se vor evita făinoasele, dulciurile, untul, sarea. Gustările vor fi constituite din fructe.

• *Motricitatea generală.* În această lună, sugarul poate umbla "în patru labe", stă în șezut, se culcă singur și se ridică fără dificultate. Uneori reușește să se ridice în picioare dacă se poate apuca de ceva, de exemplu de gratiile patului. Nu reușește însă să stea în picioare nesprijinit; dacă-și dă drumul de mânuțe cade. În mod obișnuit, trebuie să se țină bine cu ambele mâini pentru a-și menține echilibrul. Unii copii, după ce stau puțin în picioare, încep să plângă. Aceștia au învățat să se

ridice, dar nu știu încă să se așeze singuri. Dacă sunt ajutați să se așeze, sunt mulțumiți, apoi încep jocul de la capăt.

- *Motricitatea fină.* Copilul învață mișcarea de opoziție a policelui (degetului mare). Reușește astfel să apuce obiectele între police și celelalte degete. Această achiziție este la baza multor acțiuni.

Toată familia va deveni ordonată în această perioadă, îndepărtând din jurul copilului toate obiectele mici (nasturi, bile, bomboane), pe care le-ar putea introduce în gură, riscând să se "înece" (să se sufoc).

Pentru a atinge unele obiecte, poate folosi degetul arătător; curând va învăța să arate cu el ceva. Capacitatea de a folosi separat degetele și de a armoniza mișcărilor lor reprezintă un progres apreciabil față de perioada în care își mișcă pumnii strânși, fără nici un scop. Din orice poziție se află în echilibru, întinde mâna pentru a apuca obiecte, inclusiv în afara sferei lui de acțiune. Privește obiectele pe care le are în mână. Se joacă cu mâinile, picioarele și întregul său corp.

- *Limbajul.* Ca și în luna precedentă pronunță "mama" și bisilabe și imită sunete pe care le aude sau le pronunță și singur. Începe să vorbească șoptit, își modulează vocea. În general, însă, vorbirea la această vârstă este fără adresă.

- *Contactul social și comportamentul emoțional.* Sugerul zâmbește și privește prietenos. Înțelege întrebări simple: "unde este mama?" și privește în direcția respectivă. Străinii sunt priviți cu rezervă. Orice intervenție în dorințele lui declanșează proteste. Nu-i place să fie atins de unele persoane străine. Își exprimă dorințele clar și categoric. Reacționează la interdicții ("nu!") și aprobări ("da!"). Și-a stabilit tactica proprie și a învățat să descopere punctele slabe ale adulților.

3.9. De la 9 la 10 luni

De la această vârstă sugerul cu un sistem nervos normal și cu o îngrijire corespunzătoare se manifestă zilnic cu ceva nou. Încearcă să pășească sprijinindu-se de ceva. Va mai trece însă un timp până va merge singur (către vârsta de un an). Dezvoltarea firească nu trebuie forțată. Dacă i se asigură îngrijirea cea mai bună a corpului, dacă este alimentat corect, dacă se bucură de plimbări în aer liber și jucării

Supraveghere și îngrijiri

- *Somnul* devine tot mai bine organizat. Normal, somnul nocturn durează 10-12 ore fără întrerupere. Sugerul nu se mai trezește mai devreme decât restul familiei. Adoarme relativ repede, dar uneori se dezvește imediat după ce a adormit. Va fi îmbrăcat cu o pijama cu botoșei. La această vârstă se mișcă mult în pat, astfel încât se poate încurca în păături și cearșafuri. De aceea nu i se va pune decât un singur cearșaf pe dedesubt (cearșafurile-husă sunt cele mai practice pentru că rămân întinse tot timpul) și va fi acoperit cu o singură pătură.

La trezirea din somn, sugerul este vesel și activ. Când se trezește, mama îl ia în brațe, îi vorbește, îi arată cât este de mulțumită că l-a regăsit, apoi îl schimbă și-i dă să mănânce. Aceste "reîntâlniri" matinale vesele, la trezirea sugerului mare și copilului mic reprezintă un mod sigur de a evita dificultățile de a adormi, care pot surveni mai târziu; dacă este asigurat că la trezire își vede mama, nu-i va mai fi teamă. În timpul zilei, perioadele de somn devin mai scurte. Unii copii mai dorm de 3 ori în cursul zilei, alții o singură dată, dar mai prelungit.

- *Probleme de profilaxie:* a) La 9 luni vitamina D se poate administra pe gură (200 000 u. i.). La cei care primesc vitamina D în administrări zilnice, se continuă profilaxia, dozele fiind fixate de medic. b) La noi în țară, se obișnuiește ca între 9 luni și 15 luni să se administreze vaccinul antirujeolic, în timp ce în alte țări, vaccinul antirujeolic (simplu sau asociat cu cel antirubeolic și antioreion) se administrează la 14 luni. Uneori, între a 6-a zi și a 9-a zi de la vaccinare copilul poate prezenta reacție vaccinală: febră, agitație, "guturai", chiar o erupție asemănătoare celei din rujeolă. Se va combate febra și agitația. Reacția dispare în 1-5 zile.

corespunzătoare, dar mai ales de dragoste, atenție și calm din partea părinților, un sugăr născut sănătos și fără îmbolnăviri grave va avea o evoluție normală. Nu-l comparați cu alți sugari, nu-l socotiți anormal dacă el nu a realizat toate "posibilitățile" vârstei, nu deveniți anxioși la insuccesele lui, nu-l supraîngrijiți. Cei care au băieți nu vor uita că fetele sunt mai precoce.

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

La un copil interesează mai mult sănătatea și mulțumirea lui, dezvoltarea aptitudinilor în mod spontan, decât momentul când a învățat să meargă sau să ceară olița.

Alimentația

Spre sfârșitul primului an de viață, multor sugari nu le mai plac laptele. Nu se va insista și mai ales nu va fi forțat să-l bea. Se va încerca, dacă preferă, laptele cu cereale (făină, fulgi), cacao (dimineața) sau sub formă de budinci, brânză sau lapte acidifiat cu suc de lămâie, iaurt. S-ar putea să fie numai o repulsie trecătoare, care dispare de la sine după câțiva timp. De asemenea, există copii care refuză să primească și în această lună, alimentația din ceașcă sau pahar. După câteva încercări nereușite se renunță și se reia tentativa după 1-2 săptămâni. În prima perioadă, copilul va "pierde pe drum", vărsând o mare parte din alimentul pus în pahar. Este o parte din procesul de învățare. Se poate evita vărsarea unei cantități prea mari de lapte, turnând în pahar o cantitate mică. Cei mai mulți primesc laptele numai din biberon.

TABELUL 3. 4

SUGESTII PENTRU ALIMENTAȚIA SUGARULUI ÎNTRE 9 ȘI 12 LUNI¹

Între 9 și 10 luni	Între 9 și 12 luni se trece la lapte de vacă integral sau lapte praf cu 28% grăsimi (34% reconstituit). Unele familii preferă încă laptele de continuare (notat cu cifra 2; recent s-a lansat și Milumil 3) sau Formula cu adaosuri (Similac-gain) sau lapte cu cereale (vezi tabelele 3.2 și 3.3) Se continuă cu vitamina D-picături și cu fluor – între mese se poate da suc de fructe sau – apă cât și când vrea 4 mese	<i>dimineața:</i> – fie un biberon cu 240ml lapte de continuare – fie lapte de vacă integral cu 5% zahăr și 3% cereale – fie lapte de continuare (denumit de francezi "de a 2-a vârstă") – se poate adăuga o cantitate mică de făină de cereale "instant" de 2-3 ori pe săptămână, în mod facultativ <i>10:</i> nimic sau cel mult suc de fructe <i>la prânz:</i> – pireu de legume variate sau de cartofi, sau paste făinoase fine – carne de mânzat sau de pasăre sau pește slab sau ficat sau creier sau ou – compot de fructe sfărâmate <i>gustare:</i> – banană sau mere rase – sau un biberon de lapte – sau un iaurt cu sau fără biscuiți
--------------------	--	---

¹ Vezi tabelele 2.1, 2.2 pag. 115, 3.2 pag. 126 și 3.3 pag. 127

		– o prăjitură de casă (cremă, budincă, chec etc.) – brânză de vaci cu fructe strivite <i>seara:</i> – un biberon de lapte simplu sau cu făină de cereale – sau iaurt cu biscuiți – sau brânză de vaci cu biscuiți și cu fructe strivite
Între 10 și 11 luni	Ca între 9 și 10 luni	
Între 11 și 12 luni	Se trece, în mare parte la menu-ul familiei, având grijă ca în menu să fie prezente: – lapte și/sau derivate de lapte – carne – fructe și zarzavaturi	<i>dimineață:</i> – lapte și tartină cu unt și ceva dulce – sau iaurt, biscuiți cu gem – sau lapte cu cacao sau cu fulgi de cereale <i>prânz:</i> – pireu de cartofi sau de diferite zarzavaturi – sau morcovi sau sfeclă sau salată de tomate – carne (vită, pasăre, miel) sau pește slab – sau omletă – sau paste făinoase fine, orez, mămliguță, ciulama – brânză de vaci, brânză topită – sau unt cu mămliguță <i>gustare:</i> – brânză (de vaci, sau topită) – lapte + adaosuri – fructe strivite cu biscuiți sau brânză – prăjitură de casă <i>seara:</i> – fie un biberon de lapte (simplu sau cu adaosuri) – fie legume fierte și strivite cu brânză "albă" – fie un ou (fiert tare, moale sau "ochi") cu legume proaspete (tomate) sau fierte – fie un "Brei" (lapte plus pulbere de cereale), fructe sau zarzavaturi Mulți copii la vârsta de un an se "servesc" din menu-ul adulților

Majoritatea sugarilor preferă în continuare biberonul, chiar pentru alimente pasate.

Practic, regimul alimentar este identic cu cel de la 9 luni.

Dezvoltarea psihomotorie

• **Motricitatea generală:** a) Culcat pe spate sau pe burtă, sugarul se întoarce pe o parte sau pe alta, se rostogolește, se poate ridica în șezut și uneori o "pornește" în patru labe.

b) **Statul în șezut.** Cu timpul a ajuns ca în această poziție să stea liber, cu echilibru bun; se sprijină în față, lateral și în spate cu ușurință. Se deplasează șezând înainte și în jurul axului corpului.

c) **Ridicarea în picioare.** Cei mai mulți se ridică ținându-se de obiecte; puțini reușesc să se ridice și singuri (uneori). După ce sugarul s-a ridicat și se sprijină, stă destul de stabil și se deplasează lateral de-a lungul unor mobile (fig. 3.19) sau ținându-se de marginea patului (fig. 3.20).

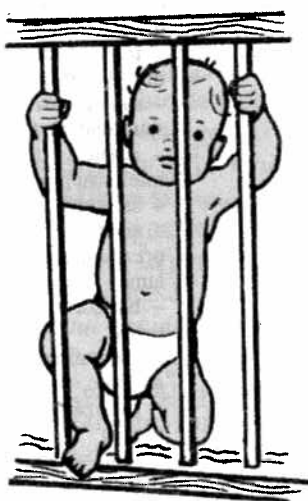


Fig. 3.19 - În luna a 9-a sugarul se poate ridica în picioare, apucându-se de gratiile patului.

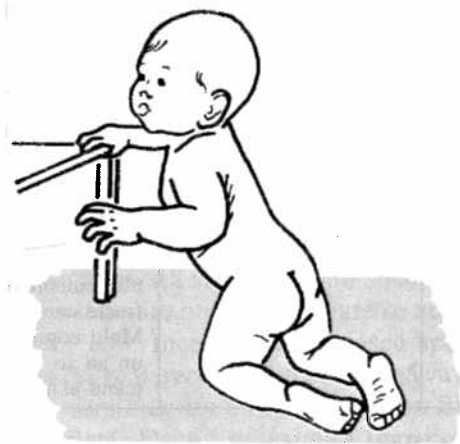


Fig. 3.20 - La 10 luni se ridică în picioare și poate păși ținându-se de diferite mobile.

• **Motricitatea fină.** Capacitatea de a opune degetul mare degetului arătător este una dintre marile cuceriri ale omului care permite folosirea mâinilor la operațiuni fine (scris, meșteșuguri etc.). Dobândirea acestei capacități are loc între a IX-a și a XI-a lună. De la 6 luni (când mișcările mânuțelor erau atât de neajutorate când vroia să apuce un obiect mic) până la 10 luni (când, cu o mișcare grațioasă, reușește să ridice între degetul mare și arătător o firimitură de pâine) a intervenit un progres uriaș în coordonarea nervoasă (fig. 3.21).



Fig. 3.21 - a, b - Sugarul apucă la 10-11 luni obiecte foarte mici între degetul mare și arătător, ca într-o pensă.

• **Alte progrese ale dezvoltării motorii.** În general, copilul va practica și își va desăvârși achizițiile din luna precedentă. Nu se înregistrează progrese remarcabile. În ceea ce privește mersul sprijinit, nu există o regulă generală: unii reușesc destul de bine, în timp ce alții (mai puțini, este adevărat) nici nu încercă!

Limbajul. Unii copii continuă să-și lărgescă "vocabularul" cu alte cuvinte bisilabice, alții nu se grăbesc deloc să vorbească. Cuvintele sunt fără adresă.

Supraveghere și îngrijiri

• **Picioarele în "O".** Majoritatea sugarilor au la această vârstă o astfel de deformare a membrelor inferioare, până când musculatura se dezvoltă mai bine. Dacă această curbura este mai accentuată, se va aviza medicul, care stabilește dacă nu este vorba de o manifestare de rahitism.

• **Somnul.** Începând cu această vârstă, cei mai mulți sugari încep să îndrăgească, mai devreme sau mai târziu, o anumită jucărie sau o bucată de țesătură colorată, pe care țin s-o ia cu ei în pat și să adoarmă cu ea. Cârpa sau/și jucăria par să reprezinte o deosebită sursă de satisfacție, de calm și de securitate, judecând după reacția nefericită a copiilor când li se ia obiectul adorat. Unele mame sunt neliniștite când copilul lor acordă atâta importanță unui obiect neînsemnat. Obiceiul se întâlnește atât de des la copii sănătoși,

echilibrați, calmi, încât poate fi apreciat ca ceva perfect normal.



Fig. 3.22 – Sugarul doarme cu jucăria preferată.

- **“Jocul” cu organele genitale.** Copilul atinge organele genitale și se joacă uneori cu ele (“le manipulează”), așa cum își pipăie, de exemplu, degetele și urechile. Sunt părți ale corpului său și vrea să le cunoască. Copilul are față de corpul său aceeași curiozitate pe care o manifestă față de jucării și de întregul mediu înconjurător. Băieții, în special, au o preferință deosebită pentru organele genitale. Acest joc nu are nici o importanță și nu duce în nici un caz la masturbare. Cu cât părinții îi acordă importanță mai mică, cu atât va fi mai bine. Copilul nu trebuie certat, căci i s-ar stimula și mai mult interesul pentru aceste manevre. Dificultățile apar numai atunci când, prin comportamentul părinților, copilul capătă impresia că face un lucru interzis.

- **Formarea deprinderii de a fi curat. Olița.** Momentul potrivit pentru obișnuirea copilului la oliță este foarte controversat. Mamele încearcă foarte devreme să-l deprindă pe sugar să “facă” la oliță (de foarte multe ori din luna a 8-a). Este necesar să fie cunoscute funcțiile copilului. Or, controlul sfincterului anal se instalează după 1 ½ ani, iar cel al vezicii urinare și mai târziu (vezi capitolul următor). Pe de altă parte este greu pentru mame și chiar pentru noi, pediatrii, să nu încercăm să obișnuim pe copil să-și stăpânească mușchii ce intervin în acest act fiziologic.

3.10. De la 10 la 11 luni

Alimentația

- **Cantitatea de lapte** poate fi redusă la 400-500 ml. O alimentație predominant lactată fără pireul de



Fig. 3.23 – La 10 luni se poate începe desprinderea sugarului de a face la oliță.

Așa cum s-a amintit mai sus, sugarul are scaunele la aproximativ aceleași ore. După ce mama sesizează care sunt aceste ore, va pune sugarul pe oliță și va pronunța în același timp câteva sunete, mereu aceleași. Concomitent, va deschide un robinet de apă. Senzația de rece și de apăsare a marginii oliței, poziția de stat “pe vine”, sunetele din jurul lui contribuie adesea să-l obișnuiască pe copil să “facă pe oliță” (fig. 3.23).

Se va procura o oliță din material plastic și un dispozitiv suplimentar (“scaunel”) cu ajutorul căruia se fixează olița. Nu este bine ca sugarul să fie lăsat mult timp (peste 10 minute) pe oliță, deoarece se poate ajunge la prolaps rectal (ieșirea în afară a mucoasei din porțiunea terminală a intestinului gros), mai ales la copiii cu diaree repetate și/sau prelungite. Este important ca sugarul să nu fie certat dacă strădaniile mamei sunt fără rezultat, deoarece el nu este încă responsabil de actele sale. În schimb, nu se va pierde prilejul de a-l lăuda, atunci când are succes. Se va repeta încercarea în fiecare zi la aceeași oră, mama dând dovadă de răbdare și calm. În caz de insucces timp de 2-3 săptămâni, se întrerup aceste strădării și se reiau după vârsta de 18-24 luni. Insistența încăpățânată și certarea copilului pot duce la reacții de negativism și tulburări de comportament mai grave. Normal, copilul devine curat abia în al III-lea an de viață.

zarzavat cu carne în trimestrul al IV-lea al primului an de viață duce la anemie marcată și la receptivitate crescută la infecții. În plus, trecerea la o alimentație

corespunzătoare după întâiul an de viață se face cu mare dificultate. O alimentație mai consistentă permite, la această vârstă, adaptarea conținutului și orarului meselor copilului la programul familiei. În anotimpul cald și în caz de febră se crește aportul de lichide (nu lapte!) cu ceaiuri slabe (simplu sau anason, chimen, mentă, mușețel), apă fiartă sau fructe.

• De la 10 la 12 luni se oferă *alimente consistente*. Se încearcă să se înlocuiască treptat biberonul cu ceașca sau cu lingurița. În practică însă, în continuare și chiar în al doilea an de viață, copiii preferă să bea laptele din biberon.

Dimineața: lapte simplu sau cu fulgi de cereale sau un produs parțial adaptat (Milupa 2 sau 3, Nutrilon 2, Nan etc.) sau o formulă cu adaos (Similac); pâine cu unt și gem. *La ora 10:* fructe, sucuri de fructe, morcovi sau nimic. *La ora 12-13 (14!):* se renunță progresiv la pireul foarte fin pasat pentru a-i da legume zdrobite cu furculița. În funcție de sezon și posibilități, alături de cartofi, legume variate: morcovi, dovlecei, spanac, salată fiartă, fasole verde, mazăre verde, conopidă, sfeclă. În sezonul rece se pot da din când în când paste făinoase sau orez bine fiert (pilaf). La zarzavat se adaugă unt, de 1-2 ori pe săptămână câte un gălbenuș de ou, iar de 4-5 ori pe săptămână carne (ficat) sau pește în cantitate de 60-70 g sau pește slab de apă dulce. Se poate încheia cu un desert (fructe, compot). *După-amiaza:* fructe strivite, fulgi de cereale cu fructe sau biscuiți sau prăjituri de casă; la sfârșit, se poate da lapte, iaurt sau brânză de vaci. *Seara* (în jur de ora 20): budinci, papanasi cu lapte cu cereale instant, fulgi de cereale, griș sau pâine cu unt + brânză de vaci sau șuncă slabă + un biberon cu lapte (sau ceaiuri slabe cu zahăr), mămăligă cu unt și brânză de vaci.

Pe măsură ce copilul va deveni mai îndemânic, el va dori să mănânce singur. Tendința lui va fi să apuce direct cu degetele sale. Lăsați-l să o facă. Este important de a-l lăsa să aibă un rol activ în alimentarea sa.

Acum, sau în luna următoare, se poate începe să i se dea sugarului, din când în când, din mâncarea care se pregătește pentru restul familiei. La această vârstă, copiilor le plac mâncărurile pe care le pot duce singuri la gură: legume fierte, cum ar fi morcovii, cartofii, fasolea păstăi. Se pot da și fructe crude: mere, zmeură, piersici decojite, afine, tomate etc., pasate, strivite, tocate fin sau sub formă de compot. Pireurile nu se sarează și nu se condimentează.

Este permisă încă menținerea alimentației la sân la 1-3 mese în 24 ore. De subliniat că sugarii hrăniți la sân, acceptă greu altfel de lapte.

Laptele (procese industriale sau de vacă) și/sau derivate (iaurt, brânză de vaci) rămân alimente de bază, prezente în "meniul" zilnic.

Unele "progrese"

• *Stă în picioare.* Un alt progres remarcabil este că sugarul stă în picioare. El reușește să se agațe de grilajul patului sau țarcului, încearcă să se ridice, și după multe eforturi și căderi, triumfează: stă drept în picioare. Statul în picioare ("stațiunea bipedă") este proprie omului. Este progresul cel mai important în dezvoltarea motorie a sugarului. Acest triumf îl simte și sugarul: fața lui este veselă, se uită cu mândrie în jur, se simte cumva la fel cu tatăl, cu mama, cu frații săi mai mari. Nici n-a reușit bine să stea în picioare și de bucurie chiuie, încearcă să țopăie, ridică brațele. Bucuria și mișcările cu mâinile sunt peste măsura forțelor sale. El poate cădea; lovirea îi frânează și amână încercările. Nu-l lăsați să stea prea mult în picioare; dacă se clatină, sprijiniți-l; mângâiați-l dacă nu a reușit; luați-l în brațe; jucați-vă puțin cu el, nu-l lăsați tot timpul în pat, ci puneți-l într-un scaun înalt. Gambele lui sunt încă slabe pentru a putea susține multă vreme greutatea corpului. Ținut la început de axile, iar după 2-3 săptămâni numai de vârful mâinilor, sugarul poate pași (fig. 3.24). Curând învață să se deplaseze sprijinindu-se de-a lungul patului, țarcului, apoi se ține de un fotoliu și reușește



Fig. 3.24 – Susținut de mâini, sugarul poate pași.

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

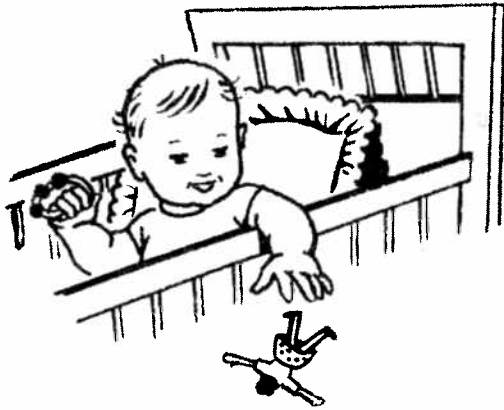


Fig. 3.25.

să meargă de la o mobilă la alta. Toate aceste încercări sunt însoțite de multe căderi. Când cade de la o înălțime mică, nu se întâmplă nimic; dacă însă căderea s-a făcut de la o înălțime mare sau dacă a căzut pe un plan tare cu un segment al corpului mai sensibil (capul, răscucirea mâinii etc.), sugarul țipă, nu se mai “oprește din plâns” și amână încercările cu câteva săptămâni sau chiar luni. Statul în picioare și deplasarea dau copilului prima trăire a spațiului.

- **Apucarea.** S-a amintit cât de mult timp îi trebuie sugarului pentru a reuși să apuce obiectele. De abia acum el ajunge să prindă obiectele cu degetul mare (policele) și arătătorul (indexul). Datorită acestui progres, el apucă obiectele ușoare cu precizie și finețe și-i face plăcere să le arunce. Aceasta îi dă și o senzație de putere. Așezat într-un scaun înalt, el apucă un cub și-i dă drumul. Apucă succesiv toate obiectele din jurul său și se distrează privind-le cum cad. Așteaptă laudele și aplauzele mamei pentru noua lui reușită; se necăjește dacă nu i se dau înapoi obiectele căzute. Când i se redau, le pipăie, le duce la gură, le privește și apoi le aruncă din nou (fig. 3.25). Între mamă și copil, această mică manevră este un joc; adesea cei din jur se irită, își pierd răbdarea, îl apostrofează, îi îndepărtează jucăriile și-l părăsesc. Este o greșeală. (Vezi și fig. 3.14, pag. 161).

- **Memoria** continuă să se dezvolte. Copilul recunoaște persoanele din anturajul imediat și își caută obiectele pierdute.

- **Inteligența practică** se manifestă prin aceea că poate deschide o cutie; poate executa unele ordine simple: deschide gura sau întinde mânuța la comandă.

- **Se conturează personalitatea.** Copilul devine din ce în ce mai mult o mică personalitate. Preferințele și repulsiile se exprimă prin manifestări din ce în ce mai pregnante. Este dibaci în anumite acțiuni și rămâne stângaci în unele gesturi, care par simple, dar care lui nu-i reușesc. Părinții sunt datori să urmărească toate componentele fizice, spirituale și emoționale, care conturează o personalitate. Trăsăturile de comportament care nu sunt pe placul părinților nu se vor combate prea repede; se încearcă mai întâi să se înlătore ceea ce a apărut în mod nedorit. Dacă un copil este vioi, nu se va încerca să se facă din el un copil liniștit, obligându-l să stea cuminte; se reușește – mult mai sigur – dându-i-se o jucărie sau creându-i o altă preocupare.

- **Contactul social.** Începe să înțeleagă dacă este lăudat sau certat; inventează trucuri. Reacționează conform firii lui la mici “ordine” date de adulți. Străinii sunt priviți (selectiv) cu suspiciune. Râde tare sau zâmbește. Își exprimă plăcerea sau disconfortul, dar atenția poate fi abătută. Începe să se joace cu alții, nu numai alături de ei.

- **Simte nevoia de societate.** La sfârșitul primului an de viață, copilul își manifestă evident nevoia de companie. Vrea să se joace în încăperea în care se află ceilalți membri ai familiei și așteaptă să i se vorbească, iar dacă este lăsat singur, reacționează – deseori – prin plâns.

- **Limbajul.** Spune bisilabe în lanțuri: “ma-ma”, “pa-pa”, “ta-ta” fără adresă. Reacționează când este strigat pe nume și când i se solicită să dea un obiect. Imită zgomote auzite sau pe care le emite el singur. Modulează vocea tare, încet și șoptit. Se joacă cu limba, cu saliva pentru a produce zgomot.

Supraveghere și îngrijiri

- **Somnul.** Ca și la adult, nevoia de somn prezintă mari variații individuale. Unii copii sunt foarte vioi, dorm mult, pentru a-și reface energia. Alții, mai liniștiți, au nevoie de mai puțin somn. În medie, spre vârsta de un an, sugarul doarme 10-12 ore noaptea și circa 2 ore ziua.

Unii sugari mari și copii mici refuză să mai doarmă după-amiază. Dacă dorm în cursul nopții 11-12 ore sau dacă dorm mai mult în cursul dimineții, nu mai este nevoie să doarmă după-amiază. Chiar dacă seara sunt foarte obosiți și mai iritabili, înseamnă că fac parte din

categorii de copii care nu au nevoie decât de un singur somn. Dacă adorm seara greu, mai târziu se va scoate copilul la plimbare spre seară și, în continuare, în familie se va evita excesul de impresii (jocuri, musafiri, agitație).

- **Încălțăminte.** Nici la această vârstă, sugarul nu are nevoie de încălțăminte de protecție pentru picioare. Numai în cazurile în care este dus în curte sau stă pe o podea rece și cu asperități are nevoie de încălțăminte. Se procură ghetuțe de dimensiuni mai mari, cu vârful larg, cu talpa flexibilă. Încălțăminte cu talpa tare accentuează tendința la picior plat, cu care, de fapt, sugarul se naște și care se menține fiziologic și la copilul mic. Pentru cei mai mulți copii, ghetetele nu reprezintă un ajutor, dar nici nu le strică, cu condiția ca pielea să fie foarte moale și cu talpă flexibilă.

- **Cum se ridică sugarul mare în brațe.** Petreceți mâinile în jurul toracelui sau pe sub axile (subsuoară) și ridicați-l astfel încât greutatea corpului să fie purtată

de ambele articulații ale umerilor; nu-l ridicați niciodată și nu-l învârtiți de mâini, brațele lui trebuind să susțină în acest caz întreaga greutate a corpului.

- Ce se face dacă sugarul se servește cu *predilecție de mâna stângă!* Chiar dacă părinții au impresia că va deveni stângaci, nu-i vor interzice folosirea mâinii stângi, obligându-l să folosească mâna dreaptă.

Folosirea preferențială a unei mâini este dictată de conformația și dezvoltarea creierului și reprezintă o particularitate biologică ce nu trebuie interpretată ca un defect și de aceea nu se combate prin pedepsirea copilului. Este greșit și dificil să fie obligat să se folosească de mâna dreaptă, când pentru el este mult mai natural să o folosească pe cea stângă. Forțarea pentru folosirea mâinii drepte poate determina o formă de nevroză la copilul mare.

Majoritatea indivizilor stângaci nu au dificultăți serioase în viață și în meserie.

3.11. De la 11 la 12 luni

Copilul împlinește în curând un an. După aceea nu se mai discută despre copil în luni, ci în ani.

Ajunsa la acest moment, orice mamă privește înapoi asupra anului scurs. Copilul a făcut progrese uriașe, a devenit o mică personalitate, ce poate face multe lucruri cu corpul său și care are o voință proprie.

În același timp, mama a învățat "meseria" de mamă. Satisfacția cea mai mare a unei mame este de a fi conștientă de încrederea copilului în ea și de faptul că el o "cunoaște". Orice mamă ia o mulțime de hotărâri, din instinct, fără a reflecta prea mult. Când este nesigură, copilul îi arată prin reacțiile lui dacă soluția adoptată este cea mai nimerită. Încercările și greșelile fac parte din viața părinților și nici o carte sau nici un medic nu o pot scuti pe mamă de emoții sau de situații neprevăzute. Medicul și cărțile sunt totuși ajutoare obligatorii în creșterea și educația copilului. Nu se mai concepe, în viața modernă, o familie care să nu se inițieze în problemele de sănătate care constituie bunul cel mai de preț al omului!

În pragul trecerii în al doilea an de viață al copilului, mama simte că nu mai este singură, că soțul său a intrat tot mai mult în rolul de tată. De acum ambii părinți vor

avea ca scop permanent îngrijirea sănătății fizice și educației copilului; cu acesta vor deveni și ei copii, vor trăi din nou etapele copilăriei, vor încerca să facă din copil mai mult decât au fost ei și vor visa ca acesta să nu repete greșelile lor.

Pentru aceasta este nevoie de devotament, de dăruire permanentă, de strădania de a fi așa cum ar vrea să devină copilul lor, prin puterea exemplului lor. În vederea acestui deziderat, este nevoie de instruire permanentă. Azi, copiii nu mai pot fi crescuți din instinct, în cadrul câtorva norme moștenite prin tradiție, ci prin documentare continuă asupra psiho-sociologiei copilului din societatea modernă, în continuă transformare.

Alimentația

- La un an (și nu mai înainte) se pot da o mare parte din mâncărurile ce se gătesc pentru frații mai mari. Atâta timp cât primește zilnic legume, fructe, carne și lapte, se poate ține seama de preferințele copilului. Bineînțeles că se va întocmi un mediu echilibrat. Majoritatea copiilor preferă o alimentație simplă, bine pregătită, necondimentată, apetitul devine capricios, inegal, cu preferințe.

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

În multe cărți se recomandă să se renunțe la biberon. În realitate, marea majoritate a copiilor chiar și după vârsta de un an preferă să primească laptele (cu sau fără adaosuri) cu biberonul. Dimineța se dă lapte simplu, iar seara îmbogățit cu făină de fructe sau cereale. Unii părinți preferă să dea încă lapte parțial-adaptat (Milumil 2 sau 3, Humana 2, Nutrilon plus, Beba, Nan etc.). Organismul copilului de un an este însă maturat să primească lapte praf integral sau lapte de vacă de bună calitate.

La masa de prânz, potrivit tradiției culinare românești, multe mame dau mai întâi copilului supă sau ciorbă cu multe zarzavaturi și apoi pireul cu carne. Dacă se ține mult și la supă, se va începe cu pireul cu carne și "supa" va fi "felul al doilea". Pireul este de preferat din cartofi sau morcovi cu unt. Se pot da și alte zarzavaturi (dovlecei, conopidă, sfeclă, albituri etc.). Se preferă carnea "roșie" de vițel sau mânzat. Se poate da și carne de vacă, pește slab; oul se poate da și ca ochi sau chiar omletă. Ca variație se poate da mămliguță cu brânză de vaci sau iaurt, ciulama, pilaf, paste făinoase fine. Se poate da și brânză topită. Masa se poate încheia cu compot, suc de fructe sau o prăjitură de casă.

La gustarea de la ora 10 nimic sau numai fructe.

La gustarea de după-amiază: iaurt, brânză de vaci sau brânză topită, fructe strivite (mere, banane, piersici etc.) simple sau cu biscuiți și brânză de vaci. Mamele care au timp pot da creme, budinci, prăjiturile de casă etc. seara cereale cu lapte ("Brei", terci).

Alimente interzise. Nu se dau copilului cafea naturală, ceai rusesc concentrat, mâncăruri condimentate, salamuri afumate, slănină, pește afumat, băuturi alcoolice, murături.

De asemenea nu sunt indicate leguminoasele uscate (lintea, fasolea, mazărea), varza acră.

Excesul de sare. În mod fiziologic sugarul și copilul mic nu au nevoie de "sărarea" mâncării. Excesul de sare favorizează apariția hipertensiunii la adult. În unele țări (S.U.A., Anglia, Țările Scandinave, Germania) este interzis adaosul de sare la fabricarea conservelor pentru copiii mici.

Sandvișurile la 11-12 luni. Sugarilor care au învățat să mestece bine, li se poate da dimineța, la masa cu lapte, o tartină cu unt sau cu o pastă moale de fructe (măceșe, mere, gutui). Este important să li se dea pâine proaspătă, albă, tăiată în felii subțiri. Spre sfârșitul lunii a XII-a, se încearcă și pâinea neagră. Pe pâine se poate da, pe lângă unt, brânză de vacă, brânză topită, partea

slabă din șunca presată, parizer de bună calitate, crenwurști. De acum înainte, unii copii preferă variația în alimentație.

Se va evita *excesul de dulciuri*. Adaosul de zahăr nu mai este obligatoriu la laptele de vacă. Dulciurile și prăjiturile se vor da numai după mese, nu între mese. La masa de seară este bine să nu se dea deloc dulciuri. Excesul de dulciuri (zahăr, miere, dulceață, bomboane, gemuri, prăjituri) au un rol incontestabil în apariția cariilor dentare.

Dezvoltarea fizică și psihomotorie

• *Greutatea* se triplează față de cea de la naștere; la cei născuți cu greutate mică, se triplează mai devreme.

Băieți: mediul urban = 9 100 – 9 900 g;

mediul rural = 9 200 – 9 800 g;

Fete: mediul urban = 9 100 – 9 300 g;

mediul rural = 9 000 – 9 300 g;

Sunt cifre medii. Deviațiile de plus sau minus 700-900 g se apreciază ca normale.

• *Înălțimea (talie) și perimetre*

Talie

Băieți: mediul urban = 75,32 cm (+/- 3,11);

mediul rural = 74,88 cm (+/- 3,37);

fete: mediul urban = 73,91 cm (+/- 3,01);

mediul rural = 73,28 cm (+/- 3,23).

Perimetrul cranian

Băieți: mediul urban = 46,23 cm (+/- 1,54);

mediul rural = 45,96 cm (+/- 1,66);

fete: mediul urban = 45,24 cm (+/- 1,55);

mediul rural = 44,81 cm (+/- 1,74).

Perimetrul toracic

Băieți: mediul urban = 47,26 cm (+/- 2,22);

mediul rural = 47,30 cm (+/- 2,44);

fete: mediul urban = 46,29 cm (+/- 2,04);

mediul rural = 46,06 cm (+/- 2,39).

• *Dentiția.* La un an copilul are în medie 6 dinți (4 sus și 2 jos). Există foarte mulți copii perfect normali la care primul dinte apare de-abia acum sau chiar mai târziu.

• *Dezvoltarea motorie.* Această vârstă este treapta intermediară dintre poziția orizontală și cea verticală, încă instabilă. Perfecționarea se face treptat. Astfel, dacă în primele luni poziția obișnuită era cea culcat pe spate sau pe burtă, la 12 luni această poziție se adoptă numai în somn. Se întoarce spre ambele părți și ajunge să șadă atât prin tracțiune (se apucă de degetele adultului), cât și singur.

a) *Poziția "șezând"* este liberă, cu un echilibru stabil (atât pe un plan orizontal, cât și în brațele mamei), se poate sprijini și întoarce spre toate părțile.

b) *Ridicarea în picioare.* Am văzut că i-au trebuit 3-4 luni până când să se ridice și să se așeze singur. La 12 luni majoritatea copiilor se ridică numai cu sprijin și doar o mică parte liber. Unii dintre ei reușesc să facă singuri câțiva pași. Ținându-se de mobilă "merg" relativ repede. Apoi trec în "patru labe" și se deplasează cu viteză.

c) *Mersul în patru labe.* De la poziția orizontală până la mersul nesuprijinit, sugarul a exersat luni și luni de zile; mai întâi s-a "târât", apoi a mers "de-a bușilea" și, în sfârșit, înainte de a ajunge la stațiunea bipedă, "a mers în patru labe, ca un urs", mers care este încă preferat de către unii și la această vârstă, datorită vitezei mai mari de deplasare. Din această poziție poate sta în șezut sau se ridică în picioare. Așa cum am mai arătat, unii sugari trec direct de la târâre la poziția "în șezut" și apoi în picioare.

d) *Poziția în picioare și mersul.* În general, un copil de un an stă în picioare nesuprijinit, dar încă fără echilibru și fără posibilitatea de a se deplasa.

Mersul se învață foarte încet: mai întâi este nevoie ca sugarul să fie "copt" pentru a încerca spontan să se ridice și să încerce să se deplaseze, sprijinindu-se singur; numai după aceea adultul îl va ajuta (la început susținându-l de subsuoare și apoi de vârful mâinilor) să pășească. Mersul de unul singur se realizează, la majoritatea copiilor, între 12 și 14 luni. Dacă întârzie prea mult, se va consulta medicul.

La început, copilul merge legănat, cu baza de susținere lărgită (fig. 3.26). Adesea, cade pe șezut după 3-4 pași. Copiii sunt foarte perseverenți în a învăța să meargă, luând-o mereu de la început. Cu timpul devin siguri pe ei. Ei merg sprijinindu-se de pereți; înaintează din mobilă în mobilă, de care se țin cu o mână. Din poziția bine în picioare, se pot așeza fără ajutor.

Poate ține un creion cu care mângălește o foaie de hârtie. Poate aduna firimituri de pâine și le duce la gură. Încearcă să bea din ceașcă. Cooperează din ce în ce mai mult și mai ales la dezbrăcat și descălțat.

Unii dintre copii, care încep să meargă devreme, după câteva încercări încetează brusc să mai meargă și timp de 1-2 luni nu mai încearcă deloc (s-au speriat de nesiguranța lor și de căderi). Ei devin mai prudenți și



Fig. 3.26 – La un an, mulți copii fac primii pași, nesușinți.

fac o nouă încercare abia după ce uită primul șoc. Nu vor fi forțați!

Dacă face progrese și în vorbire, mersul dobândit poate să dispară temporar, ca și cum și-ar concentra toate eforturile pentru noua achiziție. La fel, după o boală, îi trebuie un timp pentru a merge la fel de bine ca înaintea bolii.

e) *Ce poate face un copil la 12 luni.* Stă liber în șezut, stă singur în picioare și face, susținut, primii pași. Se urcă pe scări în 4 labe. Este captivat de dorința de a învăța să meargă. Dacă știe să meargă, va umbla prin casă în majoritatea timpului. Dacă ajunge până la masă, știe să-și însușească diverse obiecte. Poate ține o bilă mică cu degetele și da drumul în mod voit unor obiecte pe care le ține în mână (cu câteva luni în urmă le scăpa din mână când obosea prea tare sau când voia să apuce un alt obiect). Acum și în lunile următoare până spre 18 luni, ocupația lui favorită va fi să arunce diferite jucării peste marginea patului sau țarcului, sau le va arunca într-un recipient, pentru a le scoate apoi. Este pasionat să descopere, să apuce cu "pensa" (degetul mare – degetul arătător) gunoaie, firimituri, nasturi, mărgel etc. și să le ducă la gură ("le gustă").

Începe să devină îngrijorător pentru cei din jur. Nu mai poate fi lăsat singur, deoarece este expus accidentelor atunci când apucă și trage spre el tot ce atinge. Aceasta este însă modalitatea lui de a cunoaște mediul înconjurător. Cei din jur îl învață mereu câte ceva, deoarece el îi solicită. La această vârstă învață mult și repede. Pregătirile pentru mers și pentru vorbire

sunt încheiate. Începe să exerseze și aplică ceea ce a învățat în materie de limbaj. Ascultă cu atenție și sprovăiește mult. Spre marea lui plăcere devine tot mai independent, contactele cu mediul devin mai diferențiate, le alege.

- **Limbajul.** Afară de "ta-ta", "pa-pa", "ma-ma" (singurele cuvinte cu adresă) majoritatea copiilor nu mai pot spune decât câteva silabe sau unele cuvinte formate din 2 silabe. Vorbirea începe însă să devină mijloc de comunicare; dorințele și sentimentele proprii vor fi exprimate prin silabe simple. Repetă lucruri de care adulții se amuză.

Mulți copii încep să vorbească mai târziu. Ei sesizează multe situații din mediul lor, știu să arate diferitele părți ale corpului și multe obiecte din cameră, diferențiază după nume persoanele din jur, execută mici ordine, dar nu articulează nici un cuvânt. Au ceea ce se cheamă un "limbaj pasiv", dar nu au trecut încă la treapta de "limbaj activ". Am întâlnit foarte mulți copii care înțelegeau foarte multe noțiuni, dar care nu au articulat nici un cuvânt până în jurul vârstei de 3 ani. Toți acești copii s-au dovedit ulterior foarte dotați.

Dacă nu există leziuni nervoase sau defecte ale auzului, lipsa limbajului activ nu constituie un motiv de îngrijorare.

- **Contactul social.** În această perioadă se intensifică diferențierea psihică. Spre sfârșitul primului an de viață, se observă manifestări de simpatie sau preferință, refuz sau protest față de persoane, jucării sau mâncare. Manifestă de asemenea acte de mânie, invidie, gelozie. La ceea ce îi provoacă neplăcere, copilul reacționează activ, cu protest sau furie, sau pasiv, cu teamă, reacție de evadare. Țipă pentru a atrage atenția asupra persoanei sale.

În această perioadă copilul devine un "partener", începe să rostogolească mingea, înmânează cu plăcere obiecte și așteaptă să-i fie restituite, îi place jocul în colectiv.

Mama devine tot mai mult model pentru propria conduită. Copilul imită tot ce face mama, gesturile ei, până și dispoziția, starea de spirit. Din punct de vedere științific, nu s-a răspuns încă hotărât la întrebarea: în ce măsură copilul se adaptează la această vârstă caracterului și particularităților mamei? Copilul are posibilități de înregistrare mult mai sensibile decât își pot imagina adulții.

Activitatea motorie, posibilitatea de a-și controla gesturile mâinilor, de a apuca și lăsa, de a pipăi, posibi-

litatea de a vedea, de a mișca, de a se apropia de ceea ce-l tentează, de a se îndepărta de ceea ce nu-l interesează, toate îi permit să cunoască lumea din jur: spațiul, obiectele neînsuflețite, conturul, consistența moale sau dură, țesătura lucioasă sau aspră, formele, dimensiunile. Paralel cu acestea, copilul cunoaște propriul corp. Psihologii insistă asupra a ceea ce ei numesc "schema corporală" în cunoașterea de sine. Această cunoaștere derivă din sinteza inconstientă a unor senzații: mângâierile, contactul cu mâinile care-i fac baie, senzațiile de cald și de rece, mișcările și poziția membrilor.

Cei din jur sunt datori să arate și să pronunțe în fața copilului termenii ce denumesc diferite părți ale corpului: nasul, gura, ochii etc. (atât la adulți, cât și la copil). La început va fi învățat să pronunțe numai cuvinte mono- și bisilabice ca: ta-ta, ma-ma, pa-pa, pa, apa etc.). Mama este prima și cea mai bună oglindă. Din când în când copilul este dus în fața oglinzii. Îl bucură mult, dar nu se va recunoaște, se pare, decât după vârsta de 14-15 luni.

Supraveghere și îngrijiri

- Se conturează din ce în ce mai mult personalitatea și caracterul copilului. În funcție de acest caracter se vor adopta și atitudinile adulților. Timidul are nevoie de o protecție mai mare, de mângâieri, de vorbe dulci, de blândețe. În schimb, nu se vor executa ordinele celui pretențios. Cei care încep să "speculeze" dragostea mamei prin crize de plâns trebuie să simtă că cei din jur nu se supun manifestărilor lor de mânie. Au drept la mângâiere, dar în limite rezonabile și pe bază de reciprocitate.

Vom repeta că tatăl trebuie să fie prezent zilnic în viața copilului ca să-l simtă alături de el și să participe la toate activitățile lui. Oricât ar fi de ocupat trebuie să-și găsească timp pentru familie și cu atât mai mult pentru copil. Prezența tatălui este necesară la plimbarea de seară și absolut obligatorie în zilele de sărbătoare și de vacanță. Să fie prezentă comunitatea: MAMĂ-COPIL-TATĂ.

- **Consultul medical este obligatoriu.** Chiar dacă sugarul este sănătos, la sfârșitul anului are nevoie de un consult medical amănunțit, care să facă bilanțul dezvoltării fizice și psihice din perioada de sugar și să fixeze jaloanele pentru etapa următoare.

La un an se administrează 200 000 u. i. vitamina D pe gură în cazul în care nu s-a făcut profilaxia rahitismului prin administrare zilnică. Se continuă, la cei la care s-a început, administrarea de fluor.

3.12. Gimnastica sugarului

• Orice copil are nevoie, în afară de o alimentație corectă și de îngrijiri corespunzătoare, de multă mișcare. Sugarul sănătos face “gimnastică” din proprie inițiativă: dă din picioare și din mâini etc., cu condiția ca mișcările să nu-i fie îngrădite de o îmbrăcăminte incomodă (prea strâmtă, prea largă, prea groasă etc.). Cu cât sugarul se mișcă mai de timpuriu și mai mult, cu atât el se dezvoltă mai bine.

Mama poate executa cu sugarul diferite exerciții de gimnastică, încurajând nevoia lui firească de mișcare. Va avea grijă să solicite în mod uniform toate grupele musculare, alternând diferitele tipuri de exerciții.

Gimnastica sugarului se va începe numai după ce a împlinit 3 luni. Se va practica numai cu copii născuți la termen. Pentru prematuri se va cere sfatul medicului. Se înțelege că la sugarul bolnav, febril, gimnastica este contraindicată.

Momentul cel mai potrivit pentru gimnastică este înainte de baia zilnică de curățenie sau înaintea uneia dintre mese. Camera trebuie să fie bine încălzită. În anotimpul rece se poate pune în apropierea sugarului un radiator electric. În zilele călduroase de vară, gimnastica se poate face afară sau în fața unei ferestre larg deschise.

Exercițiile se execută cel mai bine pe un plan dur (masa de înfășat; o masă oarecare, acoperită cu o pătură care să nu alunece, deasupra căreia se întinde un scutech sau un cearșaf curat). Copilul nu va fi lăsat nici un moment nesupraveheat.

Mișcările vor fi executate cu blândețe, crescând treptat în intensitate și amplitudine. Nu se va încerca să se învingă cu bruschețe opoziția sugarului. Articulațiile, aparatul ligamentar și musculatura copilului sunt încă fragile.

În principiu, gimnastica urmărește să favorizeze trecerea de la motricitatea necoordonată, descrisă în primele luni de viață, la motricitatea voluntară corespunzătoare maturării treptate a sistemului nervos.

Se va avea grijă să nu se exagereze din dorința de a face bine copilului. Se recomandă ca înainte de începerea “ședințelor” de gimnastică, să fie cerut sfatul unui medic sau unui cadru calificat în acest sens. Nu toți sugarii beneficiază de gimnastică.

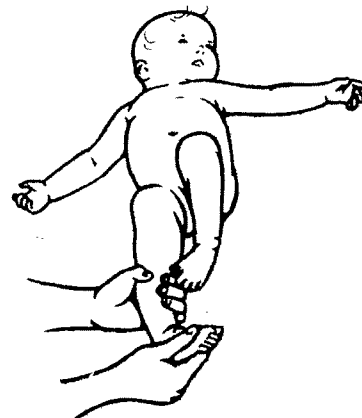


Fig. 3.27 – Mișcarea de rotație. Mama cuprinde cu mâna stângă gamba sugarului, cu cealaltă apucă piciorul și execută mișcări de rotație în ambele sensuri (8-10 mișcări pentru fiecare picior).

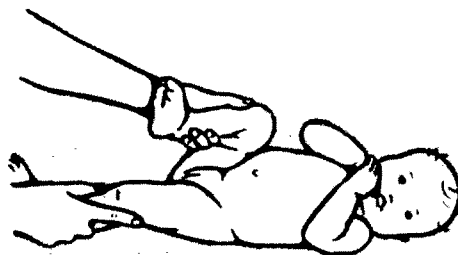


Fig. 3.28 – Se execută flexia și extensia succesivă a membrilor inferioare, într-un ritm lent. Se poate vorbi sau cânta cu copilul, pentru a sublinia ritmul mișcării și a spori plăcerea de a participa la exercițiu.



Fig. 3.29 – Aceeași mișcare (flexie-extensie) se execută concomitent cu ambele picioare, exercitând și o ușoară presiune asupra abdomenului.

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

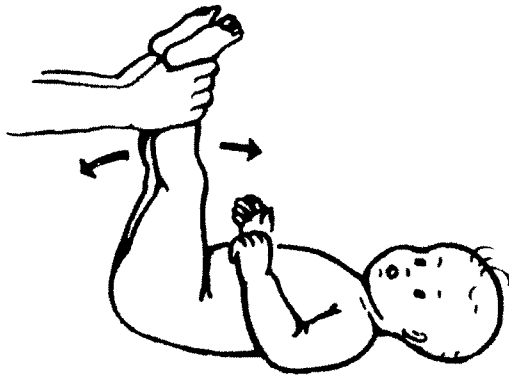


Fig. 3.30 - Flexia și extensia din articulația șoldului.

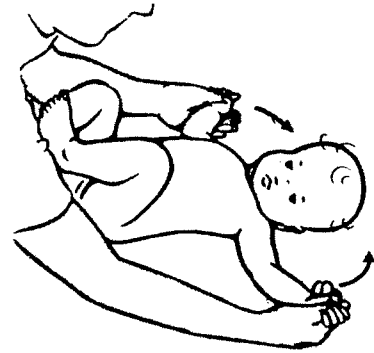


Fig. 3.32 - Mama apucă mâinile sugarului punând degetul mare în palma acestuia. Duce brațele lateral pe lângă cap, apoi în sus, în poziție verticală față de planul mesei și le aduce de-a lungul corpului. Repetă mișcările de 6-8 ori (începând din luna a VI-a).

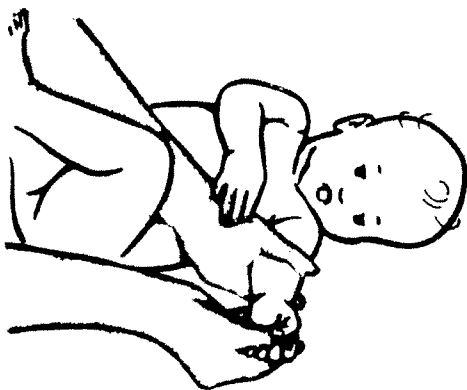


Fig. 3.31 - Mișcarea de rotație a mâinii se face la fel ca cea a piciorului.

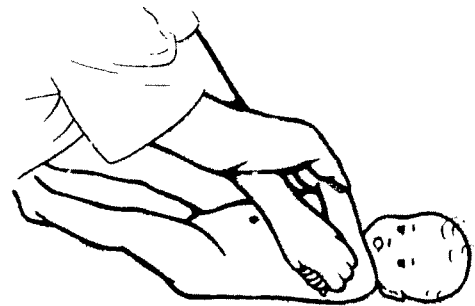
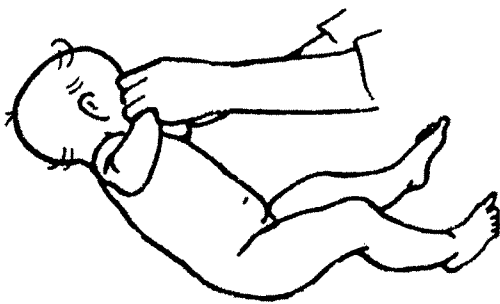
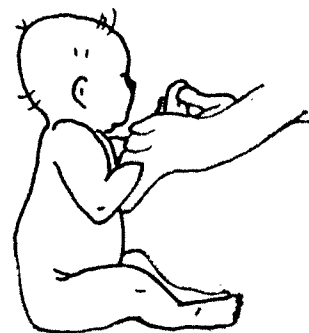


Fig. 3.33 - Brațele sugarului se întind lateral pe linia umerilor. Apoi se aduc în față, încrucișându-se deasupra pieptului copilului.



a



b

Fig. 3.34 - a, b - Tracțiune din poziția culcat pe spate, până în poziția șezând. Este menținut 1-2 secunde în această poziție, apoi culcat încet la loc, având grijă să nu se lovească la cap.

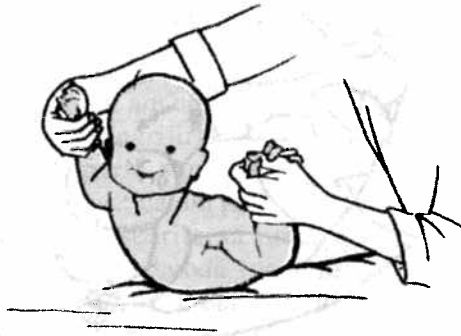


Fig. 3.35 – Pentru întărirea mușchilor spatelui (după 5 luni) se cuprind articulațiile pumnului sugarului care este culcat pe abdomen. Brațele se depărtează lateral, apoi se ridică trunchiul sugarului la 20-25 cm deasupra planului mesei; se menține câteva momente în această poziție, apoi se readuce ușor în poziția inițială. La început ridicarea trunchiului sugarului se face cuprinzând articulațiile umărului sau rădăcinile brațelor.

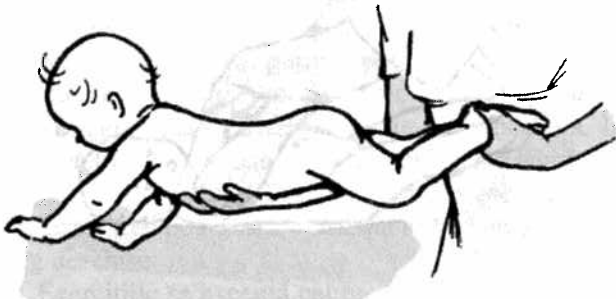


Fig. 3.36 – Exercițiul “roaba” pentru sugarul trecut de 9 luni, care a început să umble în patru labe.

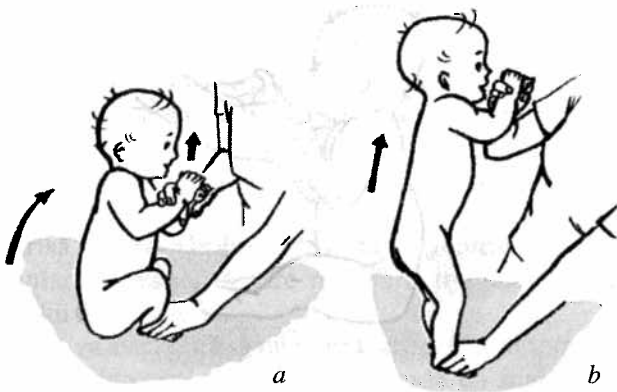


Fig. 3.37 – Exerciții care stimulează ridicarea în picioare (pentru sugarul între 9 și 12 luni).

Exercițiile descrise și ilustrate în acest capitol sunt exclusiv mijloace de prevenire a unor deficiențe de creștere și posturale (de poziție). Pentru copiii care prezintă unele defecte de motricitate (hipotonii sau spasticități înnăscute sau apărute în urma unor boli), gimnastica va fi îndrumată sau chiar efectuată de cadre de specialitate.

Exercițiile de gimnastică pe care le recomandăm pentru sugarul sănătos vor fi efectuate de mamă sau de persoana care îngrijește sugarul, în aceeași secvență. Se va începe cu cele mai simple. Se va vorbi tot timpul cu sugarul, încurajându-l, chiar dacă la început opune oarecare rezistență și plânge. După câteva ședințe, copilul va participa “activ”.

Un exercițiu nu va dura mai mult de 1-3 minute, după care se poate face o mică pauză, în timpul căreia copilul va fi învelit cu un scutec moale, pentru a nu răci. Durata unei ședințe este la început de 3 minute, apoi poate crește treptat până la 15 minute. Această durată nu va fi depășită, deoarece sugarul se mișcă și singur. Se va observa că prin stimularea plăcerii de mișcare, prin exercițiile sistematice efectuate, motricitatea spontană a copilului se va accelera.



Fig. 3.38 – Mersul în picioare cu brațele întinse; pășește fie pe vârfuri, fie aplicând ambele plante.

3.13. Jocul și jucăriile

• *Jocul* nu este o pierdere de vreme, ci are semnificația unei preocupări serioase, fiind tot atât de important pentru copil, ca și munca pentru adult. Jocul înseamnă un prilej de a mări îndemânarea, de a cultiva imaginația și puterea de concentrare a copilului. Astfel, jocul contribuie la dezvoltarea globală a copilului. Părinții sunt datori să asigure sugarului timp și liniște pentru joc, precum și jucării adecvate.

Perioada 2-4 luni. Încă din luna a II-a, când sugarii se trezesc din somn sau după ce mănâncă, mai ales în orele de după amiază, ei încep să dea dovadă de atenție și de dorință de societate. Între luna a II-a și a IV-a, le place să observe obiecte care se mișcă și obiecte de culoare vie. Când sunt afară, se uită la frunzele și umbrele copacilor; în casă, își privesc mâna sau desenele de pe pereți. Se vor suspenda obiecte colorate de marginea de sus a laturilor patului, dar nu deasupra nasului, ci în dreptul mâinilor sugarului. Mama însăși poate înșira pe o sfoară diferite cartonașe colorate. De mult succes se bucură unele obiecte din material plastic sau din cauciuc colorate (cești, solnițe, lingurițe), atârinate pe o sfoară de marginile patului, animale care cântă.

Perioada 4-9 luni. Capacitatea de a se juca se lărgeste de îndată ce sugarul învață să apuce. De acum încolo el caută forme de joacă noi, care să-i ofere satisfacții sporite. Apucă obiecte, le pipăie, le strânge în mâini, le aruncă și încearcă să le apuce din nou. Obiectele sunt mișcate încoace și încolo, sugarul se ocupă tot mai mult de ele. La această vârstă, interesează în mod preponderent: o jucărie sunătoare, cuburi, bețe, cutii bine închise, o rățușcă.

În legătură cu sensul jocului, au apărut numeroase teorii. La vârsta de 8-9 luni ne putem da seama cel mai ușor că nu numai excesul de energie sau plăcerea de a acționa sunt forțele motrice ale jocului. Perseverența, seriozitatea și participarea afectivă a sugarului ne fac să presupunem că este vorba de trăiri de o importanță fundamentală. Nu se știe sigur ce se petrece în mica făptură, dar bănuim ceva din ceea ce îl satisface și pe omul matur, sănătos, anume că activitatea și faptul că e familiarizat cu ceea ce face îi oferă plăcere, bucurie, că mai importantă este trăirea decât exersarea, latura formativă a jocului.

Perioada 9-12 luni. Jocurile de “apucare” ale sugarului de 9-10 luni arată îndemânarea sa crescândă. Șezând, sugarul poate întinde în jurul lui o mulțime de obiecte, jucându-se pe rând cu ele. La un an, el poate urmări ce se întâmplă cu jucăriile. Trage spre el un animal pe rotițe și-l lasă să plece iar, se bucură de “hopa Mitică” și de zgomotul pe care-l face. “Prelucrează” o cutie metalică cu o lingură de lemn. Cu multă pasiune introduce obiecte mai mici în altele mai mari. Se recomandă așa-numitele “piramide din cuburi”. Cu multă plăcere, joacă cu un adult jocul “cucu-bau”.

În general, obiectele foarte simple îi oferă noi posibilități de a se juca. Este fascinat de posibilitatea de a introduce un obiect în altul. Cuburile compacte sau goale, ca și diverse obiecte de bucătărie, îi fac plăcere. Ocupația preferată rămâne golirea și “rearanjarea” sertarelor. Îi plac unele obiecte mari, pe care se poate urca sau pe care le poate deplasa. De o simpatie deosebită se bucură jucăriile pe care le poate trage după el, de o sfoară, permițându-i să meargă și să se joace în același timp. Încep să-l intereseze cărțile simple, cu animale frumos colorate.

În al II-lea an de viață copilul va fi captivat de apă și nisip; jocul este și mai interesant când are la îndemână câteva obiecte simple (sită, lopățică, greblă, găleată etc.).

• *Jucării adecvate sugarului.* Jucăriile trebuie să fie totdeauna curate și cu discernământ selecționate (forma, mărimea și materialul), încât copilul să nu se poată răni.

Pentru protejarea dezvoltării psihice, se vor da jucării simple și nu mai mult de 1-2 bucăți deodată. Supraînregistrarea cu jucării este la fel de dăunătoare ca supraalimentația.

Nu se vor lăsa la îndemâna sugarului obiecte acoperite cu vopsea care conțin plumb; jucării de celuloid care se pot sparge în bucăți mici tăioase când sugarul le bagă în gură; bile de sticlă, rulmenți de metal, nasturi, “jucării” pe care copilul le poate inhala, riscând să se sufoce (fig. 3.39); obiecte tăioase sau ascuțite (ace, furculițe, cuie, cuțite); păpuși sau obiecte de îmbrăcăminte din lână de angora; jucării ale fraților mai mari (pericol de infecție); flacoane sau sticle cu medicamente, oricât de ermetic ar părea închise; orice jucării care nu se pot spăla.

Mama și copilul

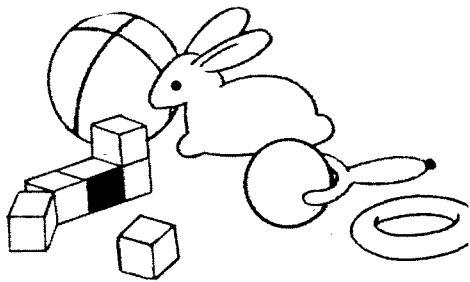


Fig. 3.39 – Jucării pentru sugarul mare și copilul mic.

Țarcul constituie cadrul cel mai comod și mai sigur pentru un sugăr de 7-12 luni, a cărui mamă se ocupă de gospodărie și de alți copii.

Dacă se cumpără jucării, se ține seama, de acum încolo, că un copil are nevoie, până la vârsta școlară, de jucării care trebuie să realizeze trei condiții: de mișcare, de elaborare și de a fi iubite. De aceea este bine să primească în curând o păpușă sau un urs.

Mai ales după un an, existența unei “expoziții” de jucării sau de păpuși, așa cum se obișnuiește în unele familii, are efecte negative asupra comportamentului și caracterului copiilor.

- *Jocul cu frații.* Dacă frații sunt cu câțiva ani mai mari, jocul este permis, dar cu următoarele precizări: nu-l vor lua în brațe; nu-l vor purta pe scări; nu-i vor băga nimic în gură. Copiii sub 3 ani se vor juca cu cel mai mic numai sub directa supraveghere a părinților.

- *Încăperea* în care se joacă copiii va îndeplini următoarele condiții: ferestrele vor fi bine închise; prizele electrice vor avea dispozitive de siguranță (fig. 3.40). Nu vor rămâne la dispoziția copiilor obiecte ascuțite, pungii de plastic, substanțe de uz casnic, potențial toxice (detergenți, insecticide, băuturi alcoolice); mobilierul va fi redus la minimum necesar; podeaua nu va fi alunecoasă; în camera respectivă să nu fie vase cu apă clocotită (vezi fig. 33.41); copiii nu vor avea acces la balcon.

- *Rolul părinților.* Din luna a II-a, părinții își pot programa, la o anumită oră din zi, o perioadă scurtă pentru joc, în care copilul să simtă și să savureze atenția și căldura afecțiunii.

- *Accidente.* Copilul începe să se miște (de-a bușilea; sprijinit de mobilă; încearcă să escaladeze patul) și duce totul la gură. Atragem atenția asupra unor greșeli și

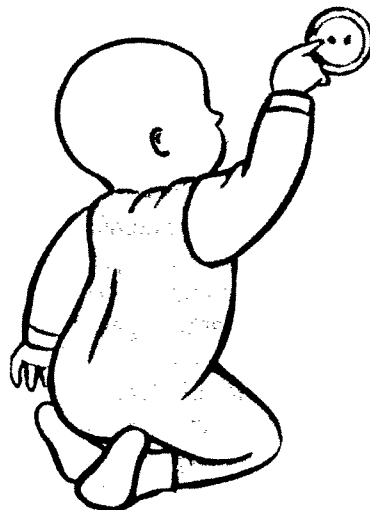


Fig. 3.40 – Prizele electrice accesibile sugarului sunt periculoase.

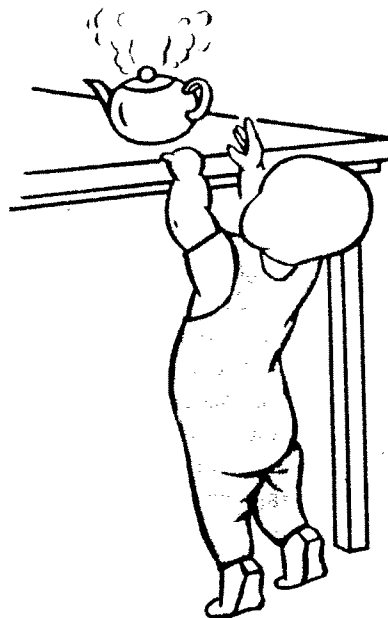


Fig. 3.41 – Pericol de opărire cu lichide fierbinți.

pericole: a) imobilizarea în hamuri sau “legat” de pat (pericol de strangulare) (vezi fig. 3.42); b) încuiat singur în casă cu focul aprins în sobă sau la aragaz; c) obiecte de joc “sunătoare” (dacă se sparg, bilele ajung la dispoziția copilului, care le duce la gură, le poate aspira pe trahee, ducând la sufocare) (fig. 3.42); d) coji de

Sugarul (de la 1 lună la 12 luni)

pâine, cornuri sau bucăți mari de mere; actul masticăției și înghițirii nu sunt maturate; am asistat la decesul unor copii care s-au înecat cu coji de pâine sau fragmente de cornuri; e) perne de puf – sau pungi de plastic – în patul copiilor.

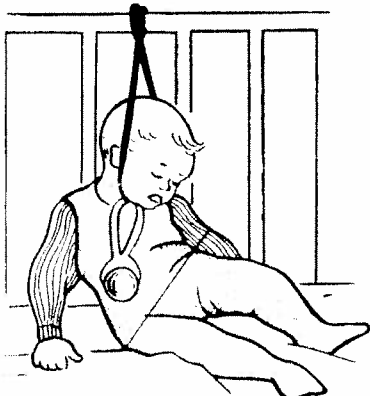


Fig. 3.42 – Strangularea.



Fig. 3.43 – Pericol de asfixie.



4

COPILUL DE LA 1 LA 6 ANI

4.1. Copilul mic (1-3 ani)

4.1.1. Relațiile dintre părinți și copii

Pentru dezvoltarea posibilităților fizice și sufletești, copilul are nevoie de spațiu interior și exterior, de sentimentul de libertate. Pentru educația copilului este necesară multă răbdare. Trebuie combătute cele două tendințe extreme:

a) Unii părinți cred că, după împlinirea vârstei de un an "copilul s-a făcut mare", nu mai are nevoie de atenție și îngrijiri deosebite. Este lăsat puțin de "capul lui prin casă", părinții având numai grija îmbrăcămintei și a mâncării. Or, tocmai acum copilul are nevoie de afecțiunea și de prezența părinților, mai ales pentru dezvoltarea unor noi activități proprii (mers, îndeplinire, vorbire etc.) și pentru cunoașterea lumii înconjurătoare. Îndeosebi în prima etapă copilul este "umbra mamei". Chiar în mentalitatea corpului medical se observă uneori o oarecare subestimare în privința importanței pe care o are urmărirea continuă a dezvoltării copilului mic. Unii medici se ocupă, de obicei, de copilul mic numai în perioadele vaccinărilor și cu prilejul îmbolnăvirilor.

b) A doua extremă este oferită de mama care nu reușește nici la 3-4 ani să se dezlipească de copil, lipsindu-l de posibilitatea de a-și dezvolta forțele pentru cucerirea mediului înconjurător. Mulți copii sunt insuficient pregătiți pentru viață, pentru că părinții nu se pot hotărî să-i lase să se desfășoare, să le satisfacă nevoia de mișcare și de explorare a lumii înconjurătoare.

Maturarea creierului și a căilor nervoase duce la o mai bună stăpânire a mișcărilor corpului.

Nevoia de mișcare domină întreaga perioadă a copilului mic. Trebuie înțeleasă prin prisma dorinței de a-și folosi și stăpâni mușchii în toate felurile. Ei aleargă, cotrobăiesc, se cațără peste tot. Fără să-și dea seama, urmează dictonul că "exercițiul face pe maestru". Chiar dacă se întâmplă să cadă, copilul

reîncepe mereu ce și-a propus, pentru ca după reușită să înceapă altceva. La sfârșitul perioadei de copil mic, el este în stare să execute la comandă mișcări sistematice.

Impresionează vioiciunea și vitalitatea lui. Reușește să "dea gata" toată familia. Dintr-o nevoie interioară, el este mereu activ. Cu toate acestea, plimbările mai lungi îl oboresc, nu corespund nevoilor lui naturale. La început mișcările sunt stângace, neîndemânate; apoi sunt domoale, grațioase, treptat devin coordonate.

Mersul și mișcările mâinilor sunt mai sigure, ceea ce îl face să se miște tot timpul, să-și perfecționeze mersul, apucarea, capacitatea de a explora și cunoaște mai mult. Această mobilitate, prin primejdiile pe care le implică, antrenează o schimbare în relațiile cu adulții și îndeosebi cu mama. Până acum raporturile dintre mamă și copil se limitau la îngrijiri, încurajări, mângâieri. De acum înainte părinții adaugă în raporturile lor cu copilul interdicția: **NU**. Consecințele psihologice ale acestei frânări sunt importante. Părinții sunt datori să folosească cu tact și discernământ orice interdicție. În primii 3 ani de viață bătaia, certurile, brutalitățile sunt interzise. Este necesar ca un copil să cunoască limitele desfășurării personalității sale (mișcare, joc, refuz etc.), dar absolut necesare sunt: încurajarea, lauda, disponibilitatea de a-l înțelege și de a-l sprijini în tot ce face.

4.1.2. Dezvoltarea fizică (creșterea)

Greutatea. Creșterea este de circa 200-250 g pe lună, respectiv 2,5-3 kg într-un an. Unii părinți se neliniștesc de faptul că trec uneori luni de zile și greutatea "rămâne pe loc". Mai ales la copiii vioi, jucăuși, creșterea este mai lentă. Nu are importanță prea mare greutatea în cazul în care copiii respectivi sunt sănătoși, cu mucoase

bine colorate, cu obraji roșii, cu privirea vie, cu mușchi bine întinși ("carnea tare"), cu mișcări suple, veseli, cu poftă de mâncare și somn liniștit. Mai multe probleme se pun la copiii prea grași decât la cei slabi.

Creșterea în înălțime este de 12 cm. Creșterea este din ce în ce mai înceată; uneori staționează luni întregi. De abia la prepubertate și pubertate va reapărea un salt al creșterii. Consumul de proteine animale, de vitamine și săruri minerale (fructe și zarzavaturi) influențează creșterea, dar rolul eredității este covârșitor!

Creșterea taliei este mai importantă. Cifrele¹ de mai jos sunt orientative, cu mari variații de la un copil la altul; medicul este singurul în măsură să le interpreteze. Părinții sunt datori să consemneze în caietul copilului cifrele greutateii (uneori nu se schimbă câteva luni în șir!) și ale taliei la 15 luni, 18 luni și la 24 de luni.

Iată în rezumat, evoluția dezvoltării fizice și psihomotorii:

La 15 luni:

Greutate:

- băieți: mediul urban = 10,70 kg (\pm 1,02)
mediul rural = 10,50 kg (\pm 1,13)
- fete: mediul urban = 10,14 kg (\pm 0,95)
mediul rural = 10,01 kg (\pm 1,05)

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 78,34 cm (\pm 3,72)
mediul rural = 77,42 cm (\pm 3,75)
- fete: mediul urban = 76,86 cm (\pm 3,71)
mediul rural = 76,12 cm (\pm 3,61)

La 18 luni

Greutate:

- băieți: mediul urban = 11,31 kg (\pm 1,05)
mediul rural = 11,24 kg (\pm 1,14)
- fete: mediul urban = 11,89 kg (\pm 1,18)
mediul rural = 10,67 kg (\pm 1,21)

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 80,93 cm (\pm 3,54)
mediul rural = 80,47 cm (\pm 4,29)
- fete: mediul urban = 80,03 cm (\pm 3,80)
mediul rural = 78,93 cm (\pm 4,28)

La 24 luni (2 ani)

Greutate:

- băieți: mediul urban = 12,52 kg (\pm 1,08)
mediul rural = 12,33 kg (\pm 1,30)
- fete: mediul urban = 12,08 kg (\pm 1,15)
mediul rural = 11,74 kg (\pm 1,37)

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 86,19 cm (\pm 3,47)
mediul rural = 85,08 cm (\pm 4,48)
- fete: mediul urban = 84,87 cm (\pm 3,78)
mediul rural = 83,81 cm (\pm 4,27)

La 30 luni (2 ½ ani)

Greutate:

- băieți: mediul urban = 13,70 kg (\pm 3,80)
mediul rural = 13,32 kg (\pm 1,37)
- fete: mediul urban = 13,20 kg (\pm 1,25)
mediul rural = 12,82 kg (\pm 1,50)

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 90,53 cm (\pm 3,80)
mediul rural = 88,71 cm (\pm 4,75)
- fete: mediul urban = 89,40 cm (\pm 3,90)
mediul rural = 88,56 cm (\pm 4,68)

La 36 luni (3 ani)

Greutatea:

- băieți: mediul urban = 14,67 kg (\pm 1,39)
mediul rural = 14,28 kg (\pm 1,46)
- fete: mediul urban = 14,12 kg (\pm 1,26)
mediul rural = 13,75 kg (\pm 1,43)

Talie:

- băieți: mediul urban = 94,84 cm (\pm 4,26)
mediul rural = 93,55 cm (\pm 4,51)
- fete: mediul urban = 93,35 cm (\pm 4,01)
mediul rural = 92,33 cm (\pm 4,33)

Dentiția. Incisivii laterali apar între 10 luni și 1 an; între 1 an și 18 luni apar primii 4 premolari; în sfârșit, între 16 și 24 de luni apar caninii. Ordinea de erupție poate fi neregulată. Și la această vârstă erupția dentară se poate însoți – la unii copii – de durere locală, de o secreție salivară mai abundentă, de iritabilitate, de scăderea apetitului. Este însă o greșeală să se pună pe seama erupției dentare tulburări mai serioase ca: febra, îmbolnăvirile mai grave, diareile, insomniile.

4.1.3. Dezvoltarea psihomotorie

Creșterea creierului este mai lentă. Dacă perimetrul cranian a crescut cu 12 cm în primul an, în al II-lea an el crește cu 2 cm. La sfârșitul primului an creierul are aproximativ 3/5, iar la sfârșitul celui de al II-lea an 4/5 din volumul creierului adultului.

¹ După Institutul de Igienă și Sănătate Publică din București.

Motricitatea. Nevoia de mișcare s-a manifestat încă din perioada de sugar. În cel de al II-lea an, această nevoie se accentuează. Copilul se târăște, se agață, merge de-a bușilea, se "plimbă" prin toată camera. Către vârsta de 1 an și în trimestrul al V-lea de viață face primele încercări de a păși, susținut de cineva. Se încumetă să se deplaseze singur de la o mobilă la alta, se amuză chiar să se sprijine pe ambele picioare și să rămână astfel câteva momente; se clatină, șovăie. Este momentul în care trebuie învățat să meargă.

Copilul poate fi sprijinit ținându-l la început de umeri sau axile, apoi de mâini, cu brațele întinse în sus, iar după aceea, poate fi ajutat, ținut numai de o mână. După câteva săptămâni de "antrenament" reușește să meargă singur. Cade des; dacă se lovește mai violent, dorința de a merge este amânată pentru câțiva timp. Timp de câteva luni, el merge cu picioarele depărtate (cu bază largă de susținere), uneori cu brațele întinse pentru a-și menține echilibrul. (La 1 ½ ani începe să alerge câte puțin, flectând picioarele; la 2 ani aleargă cu ușurință.)

Cei mai mulți au încă un mers nesigur și de aceea își satisfac nevoia de mișcare, deplasându-se în 4 labe.

Dacă intervin incidente, stagnări, scurte perioade de regresivitate, părinții nu vor intra în panică, nu-l vor forța. Orice progres trebuie să vină de la sine. Nici o maturație nu urmează un ritm absolut regulat. La fiecare cădere, copilul va fi calmat, încurajat. Reacțiile părinților sunt foarte importante în elaborarea personalității lui. O cădere violentă, o "ceartă" a tatălui, o reacție catastrofică a mamei la insuccesele copilului amână cucerirea posibilității de a merge. În general, la 12-15 luni copilul este capabil să meargă singur; la 18 luni poate chiar să fugă greoi. La 18 luni poate urca pe scări, ținut de o mână, treaptă cu treaptă. La 20 de luni poate să coboare ținut de o mână și chiar să se urce ținându-se de balustradă. La 24 de luni poate fugi bine, având însă tendința de a cădea des. Între 18 și 24 luni este vârsta de "umblat de colo până colo" și de aceea necesită o supraveghere permanentă.

Între 10 luni și 14 luni, din poziția verticală, sprijinindu-se cu o mână (de gratiile patului, ajutat de un adult etc.), copilul se apleacă și cu cealaltă mână ridică o jucărie fără să-și piardă echilibrul. Spre 15 luni, de cele mai multe ori, fără să se mai sprijine, reușește să ridice un obiect. Între 1 ½ și 2 ani apucă și aruncă

mingea cu ambele mâini și apoi o rostogolește cu piciorul. Între 2 și 3 ani prinde și aruncă mingea spre mamă. Execută mici ordine și reușește să aducă un pahar cu apă fără să-l verse.

Paralel cu perfecționarea motricității generale (globale) se dezvoltă și motricitatea fină. Copilul devine din ce în ce mai îndemânic! Am văzut că la sfârșitul primului an de viață reușește să apuce obiectele mici cu vârful degetelor. Acum se apropie de orice obiect, îl apucă, fie cu toată mâna, fie cu degetele, și adesea îl duce la gură. Gura rămâne încă un organ de cunoaștere!



Fig. 4.1 – Către vârsta de 2 ani mersul este mai sigur; copilul poate lovi un balon cu piciorul.

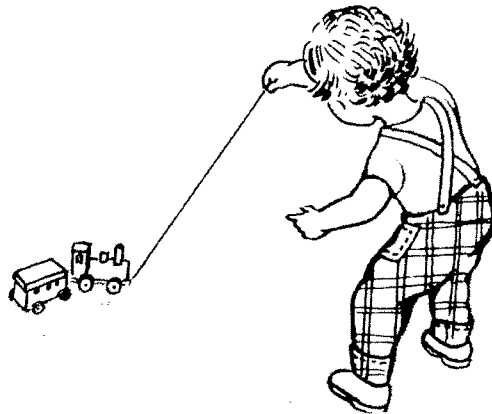


Fig. 4.2 – Începe să-i facă plăcere să tragă o jucărie după el.



Fig. 4.3 – În tentativele de a merge, deseori se dezechilibrează și cade.



Fig. 4.4 – Scotocște peste tot.

Alteori, după ce apucă un obiect, lovește cu el, îl lasă din nou să cadă, îl aruncă sau îl așează în altă parte. Scotocște prin sertare, dulapuri, coșul de hârtii etc. scoțând obiectele. Descoperă scame, gunoaie, firimituri. Apare pericolul accidentelor și intoxicațiilor! Se află într-o fază de cercetare, de exersare continuă, resimțită de către adulți ca obositoare și chiar supărătoare. Intervenția lor pentru a-l struni, de a încerca prin cuvinte și mijloace mai viguroase, de a-l “face cuminte” au ca efect nu frânarea, ci accentuarea reacțiilor de negativism. Este mai bine ca, în această fază în care copilul cucerește spațiul din jurul lui

într-un mod supărător pentru adulți, “activitatea” lui să fie canalizată spre jocuri sau acțiuni comune. Are nevoie de această perioadă de căutare, pentru a avea mai târziu o îndemânare corespunzătoare și o dorință sănătoasă de a munci, precum și de timp pentru a învăța să înțeleagă ordinea din lumea adulților.

4.1.3.1. Motricitatea generală și fină

La 15 luni

Se ridică singur, dar mai cade când terenul este denivelat.

- Îngenunchează singur.
- Urcă singur pe scări “în patru labe”; susținut de o mână, urcă pe scări cu un singur picior (nu le alternează).
- Merge singur; pentru a-și menține echilibrul își ține gambele îndepărtate, le ridică sus și face pași inegali. Preferă să se deplaseze în “4 labe”.
- Apucă obiecte mici (bile, pietre, nasturi); cu două degete le adună și le aruncă.
- Construiește un turn cu două cuburi.
- Deschide cutii.
- Pune degetul în orificii.
- Ridică și mută dintr-un loc în altul obiecte din cameră, îndeosebi încălțăminte.
- Face zgomot, lovește obiectele, uneori și zidurile.
- Face jocuri cu mâinile în oglindă.

La 18 luni

- Merge singur, cade foarte rar.
- Urcă scările fără ajutor, sprijinindu-se de rampă; nu alternează picioarele.
- Se urcă pe un scaun; se agață de el și se așează; încearcă chiar dacă scaunul este disproporționat de înalt față de puterea lui.
- Se luptă și încearcă să cucerească mediul fizic: se agață de mobile, încearcă să deschidă ușile, scotocește peste tot, împinge mobile ușoare prin cameră, “plimbă” prin curte orice-i vine în cale (pietre, măhuri, obiecte mici, jucării). Urcă și coboară mereu câteva scări.
- Execută ordine simple.
- Se murdărește cu noroi, “zugrăvește” zidurile cu noroi, cu materii fecale etc.

– Începe să aibă preferință pentru o anumită jucărie: un ursuleț, o păpușă sau un “fleaș” ca o cârpă colorată, o cutie de chibrituri. Vrea să nu se despartă de ele și uneori adoarme cu ele.

– Are instabilitate motorie și de preocupări. “Nu stă locului”. Atenția trece rapid de la un obiect la altul. Nu-i plac jocurile statice sau cât de cât “organizate” de adulți. Pasiunea lui este să miște mereu, să exploreze peste tot prin dulapuri, cotloane, prin iarbă, să descopere cele mai mici obiecte (scame, gunoaie etc.). Este o perioadă de mari pericole pentru accidente (prize electrice, apă fiartă, căderi, rostogoliri de obiecte mari, înțepături, tăieturi), intoxicații (medicamente, cosmetice, produse de uz casnic etc.).

– Învăță să mănuiască obiecte din ce în ce mai mici.

– “Experimentează”, aruncând sau lăsând să cadă jucării sau obiecte pe jos. Deschide și închide poarta; împinge, rostogolește sau trage de sfoară jucăriile. Anticipează mișcările (poate utiliza un baston pentru a-și însuși un obiect sau trage o față de masă pe care se găsește o jucărie).



Fig. 4.5 – Știe să țină lingurița; o umple dar nu reușește să o ducă, plină, la gură.

– Încearcă să se folosească de linguriță; o umple dar nu reușește să o ducă la gură, plină.

– În general îl interesează numai performanțele motorii.

La 24 luni (2 ani)

– Aleargă fără să se mai împiedice.

– Merge de-a îndărâtelea.

– Adună obiecte de pe jos fără a cădea.

– Urcă și coboară scările, punând un picior după altul pe fiecare treaptă și susținându-se de balustradă.

– Aleargă și lovește o minge fără a cădea.

– Poate sări în mod rudimentar, dar adesea cade, corpul său fiind propulsat înainte.

– Combină jocuri, construiește un turn de 4-6 cuburi în echilibru.

– Îi place să se joace în nisip și folosește bine lopățița, grebla, căruțe, străchini.

– Întoarce foile unei cărți una câte una.



Fig. 4.6 – Întoarce foile unei cărți, una câte una.

– Folosește clanța ușii și întoarce cheia în broască.

– Îmbracă cu ajutor din partea părinților: ciorapi, încălțăminte, cămașa, pantalonii.

– Se spală pe mâini singur, dar se șterge cu ajutorul părinților.



Fig. 4.7 – Ține creionul cu toată mâna, în poziție verticală și trasează linii nesigure. De altfel nu pune preț pe ceea ce “scrie” și șifonează hârtia cu aceeași plăcere cu care a mângălit-o.

– Bea dintr-o cană ținută cu o singură mână.

– Nu reușește să mănânce cu lingurița fără a “vărsa” și pe jos.

La 30 luni (2 ½ ani)

– Merge pe vârfurile picioarelor, dacă i se cere.

Mama și copilul

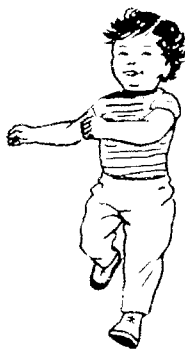


Fig. 4.8 – Spre vârsta de 2 ½ - 3 ani îi place să alerge; este capabil să privească la dreapta și la stânga.

- La plimbare îi place să fugă, nu mai cade, este capabil să privească la dreapta și la stânga.
- Sare cu picioarele lipite.
- Poate duce un pahar plin fără a-l răsturna.
- Se plimbă pe tricicletă.
- Poate lansa o minge mare ușoară la distanța de 1-2 metri: o joacă cu piciorul, fără a o "nimeri" todeauna.
- Construiește un turn de 6-8 cuburi.
- Ține un creion cu degetele: creionul este ținut vertical (nu inclinat, cum o va face mai târziu) și trasează linii verticale sau orizontale (fig. 4.7).

La 36 luni (3 ani)

Este vârsta unui fel de "majorat" cum spune Gesell.

Copilul poate fi dus la grădiniță!

- Se ține vertical într-un singur picior pentru scurt timp.
- Urcă scările alternând picioarele și coboară după ce le aduce pe amândouă pe o singură treaptă: numai circa 25% din copii alternează picioarele și la coborâre. La ultima treaptă sare.



Fig. 4.9 - La 3 ani copilul poate urca scările alternând picioarele.

- Încearcă să danseze (cu oarecare lipsă de echilibru).
- Construiește un turn de 8-10 cuburi.



Fig. 4.10 - Suprapune cu ușurință mai multe cuburi.

- Poate desemna un cerc.
- Se îmbracă și se dezbracă singur: la încheierea nasturilor trebuie încă ajutat. Se încălță singur și unii dintre ei reușesc să-și lege șireturile; majoritatea le dezleagă singuri. Deosebesc încălțămîntea stângă de cea dreaptă.
- Bat cu ciocanul și reușesc să bată cuie mari într-un orificiu, într-o crăpătură a unei scânduri.

4.1.3.2. Dezvoltarea psihică

Progresele din al 2-lea an de viață s-au pregătit de multă vreme. Încă din ultimele luni ale primului an apare la copil plăcerea de a fi luat în seamă și de a reuși "câte ceva", prin tentative dirijate în mod discret de către mamă. Activitatea se face cu un scop și în anumite condiții: organizarea conduitei în funcție de rezultate. Copilul reîncepe experiențele care i-au reușit și le elimină pe celelalte; mai mult, el introduce variante din ce în ce mai diferențiate. De exemplu, copilul își dă seama că un obiect care cade face un zgomot mereu același; el stabilește relația între cauză și efect. Astfel, se formează judecata care selecționează încercările reușite (motive de plăcere).

Când se poate spune că un copil este întârziat?
Atunci când nu îndeplinește câteva condiții minime:
a) la 2 ani nu pronunță încă 3 cuvinte și nici nu știe să arate prin gesturi două persoane apropiate sau

3-4 obiecte din cameră; *b*) nu se poate așeza și ridica singur; *c*) contactul social și afectiv cu lumea înconjurătoare este atât de slab încât copilul nu poate diferenția o vorbă blândă de un “nu”! categoric; *d*) nu urmărește obiectele situate sau purtate lateral și nu încearcă să le apuce; *e*) nu trăiește situații “de așteptare” (jocul “de-a cucu”); *f*) în timpul alimentației nu se stabilește nici un contact cu persoana care-l hrănește; *g*) copilul consumă numai alimente lichide; *h*) nu urmărește vorbele, fețele și activitățile persoanelor din jur.

4.1.4. Comportamentul

a) *Vârsta lui NU* (“*Neinalter*”). Începând din luna a 15-a se anunță dobândirea lui “nu”. Copilul se deplasează “în 4 labe” sau chiar merge nesprîjinit, devine mai independent și câteodată prea curajos; încep reproșurile și unele mame îl transformă într-un obiect al interdicțiilor. Mama îi spune mereu “nu”, “nu”, clătînd capul. Copilul o imită, și acest gest de refuz capătă valoarea unui sens al vorbirii (valoare semantică). Este prima idee abstractă care se cristalizează în gândirea copilului. De acum înainte, copilul poate fi educat. Refuzul mamei, sau interdicția folosite cu discernământ, fără agresivitate și numai începând din a doua jumătate a celui de al doilea an, sunt binevenite pentru copil. Formarea eului se întărește din frustrări, din refuzuri, capitale pentru dezvoltarea mintală a copilului.

b) *Vârsta distrugerii* (“*Zerbrechenalter*” după pediatrii germani). Cu mersul lui încă nesigur, copilul răstoarnă sau distruge obiecte, scoate cărți din bibliotecă, rupe ziare, mângălește pereții etc. Văzute prin prisma adulților, acestea sunt acțiuni distructive. De aceea s-a și vorbit despre o fază distructivă, de o “vârsta a distrugerii” sau “vârsta fărădelegilor”. Trebuie însă subliniat că la copil nu s-a conturat noțiunea de stricăciune și de distrugere; el se bucură de toate acțiunile lui, le încearcă neîncetat, cercetând și cucerind treptat lumea înconjurătoare.

c) *Vârsta întrebărilor*. Începând din al 3-lea an de viață și continuând și în anii următori, progresele limbajului sunt favorizate de așa-numita vârstă a lui “de ce”? Prin răspunsuri răbdătoare la întrebările “ce

este”, “de ce” etc., părinții vor contribui la crearea echilibrului său interior, siguranței de sine și a unor programe vizibile în capacitățile de comunicare și cunoaștere.

d) *Imaginația* devine mai vie și mai colorată. Se conturează diferențe individuale, în funcție de înzestrare și de mediu. Unii par să aibă o imaginație săracă, abia îndrăznesc să părăsească terenul realităților sigure, alții dau drumul fanteziei într-un mod plastic și viu. La aceștia din urmă există o strânsă legătură între lumea simțurilor și lumea dorințelor, putând duce la tot felul de povești, invenții etc. Unii părinți se sperie văzând în acestea o predispoziție la “minciună”. Înaintând în vârstă, copilul se convinge că povestirile și relatările lui trebuie să fie adevărate. Dar pentru moment el nu poate face deosebire între realitate, fantezie, aparență și adevăr. Pentru copil, tot ce îl preocupă în interior, este real.

e) *Prima fază de încăpățănare* (numită astfel pentru a o deosebi de a doua perioadă conflictuală situată la 12-13 ani). Unii autori se întrebă dacă denumirea este fericit aleasă, deoarece “încăpățănarea” este adesea asociată cu o semnificație negativă. S-ar putea vorbi mai degrabă de o perioadă de încercare sau de perseverare pentru consolidarea voinței care se trezește, subliniindu-se mai mult aspectul pozitiv al achiziției pentru dezvoltarea generală a copilului. Reacțiile negative ale copilului devin mai frecvente, mai ales în ceea ce privește mănucarea, adormirea și deprinderea de a fi curat. Acest negativism se datorește greșelilor și mai ales rigidității părinților. După alți autori, copilul își manifestă foarte des încăpățănarea fără un motiv precis. S-ar părea că încearcă doar să constate cât de mult poate să se opună, să spună nu, să refuze de a face ceea ce i se cere. În realitate, pentru copil este o problemă serioasă de afirmare a propriei personalități. S-ar părea că atunci când nu cedează și nu se supune altora, el caută să vadă dacă mai este iubit.

f) *Spiritul “conservator”*. Strâns legată de perioada aceasta a “nu”-ului este tendința conservatoare foarte marcată a copilului, care poate îmbrăca forme hazlii sau de încăpățănare. Copilul manifestă o grijă exagerată ca totul să fie făcut la fel. Masa, îmbrăcarea, culoarea, curățenia “trebuie” să se desfășoare într-un anumit fel, cu același ritual. Mama trebuie să pună lucrurile la loc, deși el însuși nu arată tendință marcată spre ordine. Cerințele copilului se adresează celor din jurul lui. Povestea care se spune la culcare trebuie reproducă

identic cu textul din ziua precedentă. Poate fi repetată la nesfârșit. În felul acesta, copilul verifică "corectitudinea" altora și savurează propriile sale cunoștințe. Uniformitatea acestor acte reprezintă pentru copil un punct de siguranță, de căldură și de confort sufletesc.

g) *Cel de al treilea an de viață* este atât de plin de contradicții, încât nu este de mirare că dificultățile enumerate mai sus nu pot fi depășite cu ușurință. Este necesară o mare răbdare și înțelegere din partea adulților. Cei mai mulți copii se dovedesc receptivi la laude sau critici. De asemenea, deși sunt conservatori, prezintă un viu interes pentru tot ceea ce este nou, pentru variație. Tandrețea și încrederea se succedă cu momente de refuz total de colaborare, chiar de dușmănie. Dorința de a acționa independent cu orice prilej este din ce în ce mai netă; adesea afirmă "pot și singur".

Limbaajul. În dezvoltarea vorbirii se înregistrează progrese mari. De la pronunțarea de sunete, de exclamații, de cuvinte izolate, copilul va trece la elaborarea de propoziții cu 2-3 sau chiar mai multe cuvinte. Apare un limbaj particular copilului, cu deformări și invenții originale, care-i conferă o posibilitate mai largă de exprimare și de a pune întrebări.

Pentru a numi un obiect, pentru a avea "noțiuni", copilul trebuie mai întâi să înțeleagă. Etapa de cercetare și cucerire a lumii din jurul lui favorizează mult dezvoltarea limbajului. O altă premisă obligatorie este ca auzul să fie normal. Când, în familie sau în creșă, vorbirea este o verigă permanentă de legătură dintre diferiții membri, când copilul este înconjurat de o atmosferă de calm, afecțiune și înțelegere, cele auzite reprezintă un stimul, dezvoltarea vorbirii este favorizată. Dimpotrivă, scandalul, țipetele, "scenele" fac pe copil să nu înțeleagă, iar cuvintele auzite sunt asociate cu sentimente negative. În astfel de cazuri, se observă întâzieri de vorbire. Trebuie subliniat că la această vârstă copilul trăiește într-un mod particular denumirile și numele. Pentru el, numele reprezintă însăși persoana sau obiectul. Dacă este denumit un animal, o persoană sau un obiect prezent, atunci această prezență devine mai vie.

Mai târziu, dacă un adult îi spune denumirea unui obiect, el îl recunoaște, îl cere sau se deplasează și-l aduce mamei. Astfel, copilul își creează lumea care-l înconjoară, apoi, puțin câte puțin, dă un

nume obiectelor și ființelor care populează această lume.

Întârzierea vorbirii. Normal un sugar pronunță 3-5 cuvinte bisilabice ("ta-ta", "ma-ma", "me-me", "pa-pa") în luna a XII-a, iar la 18 luni are un vocabular de circa 18-20 cuvinte, în general mono- și bisilabice. Există însă o mare variabilitate în ceea ce privește momentul când copilul pronunță cuvintele și mai ales vârsta la care începe să vorbească curgător. În practica medicală, întâlnim foarte mulți copii care nu au "început să vorbească". Adesea medicul, psihologul sau logopedul sunt consultați dacă nu este vorba de un copil mut sau înapoiat. Trebuie precizat, de la început, că muțenia nu se întâlnește decât în cazurile de surditate, de suferințe grave ale sistemului nervos (hemoragii ale creierului la naștere sau după traumatisme, infecții grave ale sistemului nervos, unele boli ereditare, intoxicații cu unele medicamente). În cazurile de suspiciune de surditate, serviciile de audiometrie din clinicile O.R.L. precizează diagnosticul.

La a doua problemă, dacă întârzierea apariției limbajului este un semn de înapoiere mintală, medicul răspunde cu toată circumspecția după o discuție amănunțită asupra dezvoltării fizice și maturării psihice a copilului, urmată de un examen clinic competent. Există un limbaj pasiv (copilul înțelege și asociază) și unul activ (exprimarea prin cuvinte). Orice copil care știe să arate (în jurul vârstei de un an) persoanele din anturajul apropiat sau aduce un obiect cunoscut când i se cere (execută un ordin), va fi considerat, după părerea noastră, ca normal. Am întâlnit copii care până la 24-48 de luni pronunțau puține cuvinte sau chiar nici măcar un cuvânt, cu ajutorul căruia să comunice vreun gând. Ei auzeau și știau tot ce se vorbește, executau mici ordine, își exprimau dorințe sau proteste prin semne, când auzeau ceva ce nu-i privea.

Înainte de a apărea cuvintele convenționale, unii copii au o întârziere în dezvoltarea vorbirii inteligibile, au un jargon propriu bogat; acest jargon ("pe limba lui") are adesea intonațiile și nuanțele vorbirii umane, dar sunetele nu transmit ceva ce poate fi înțeles de cei din jur. Amintim că unele personalități ale lumii au vorbit foarte târziu (Lucian Blaga, Thomas Carlyle, Albert Einstein, Thomas Edison etc.).

La copiii normali, la care vorbirea este în întârziere, spre 18-24 de luni survine o schimbare bruscă, încât ajung să pronunțe cuvinte și să exprime înțelesuri, ca

și copiii cu vorbire neîntârziată. Astfel, unii “muți”, care de fapt erau copii normali, reușesc ca la a doua aniversare a zilei de naștere să exprime propoziții din trei cuvinte. Subiectul acestor propoziții este adesea “eu” sau numele său. Ca o compensație, după ce “și-au dat drumul”, acești copii vorbesc toată ziua.

Recomandăm să nu se facă observații și să nu se corecteze cuvintele deformat de copil; totodată adulții nu vor vorbi pe copil, întrebându-l limbajul lui infantil.

Situații în care se vorbesc două limbi într-o familie.
Aproape în toate cărțile de specialitate se atrage atenția că, pentru a nu întârzia progresele limbajului la copil, este bine să se vorbească o singură limbă. În ultimul timp se susține (opinie acceptată și de autorul acestei cărți) că unui copil i se poate vorbi de la început în ambele limbi, cu condiția ca aceeași persoană să vorbească în permanență în limba respectivă; mama în limba maternă (de exemplu: limba română, maghiară, germană, sârbă), iar tatăl în limba pe care o cunoaște. În acest fel, copilul se va obișnui din timp să se adreseze și să răspundă părintelui respectiv, în limba pe care acesta a folosit-o inițial. Copilul învață de la început două limbi, ceea ce prezintă mare importanță în lumea modernă.

Spre vârsta de 3 ani posibilitățile de exprimare se perfecționează, mai întâi limbajul înțeles și apoi cel vorbit (fonetic), care este impresionant de variat. Un copil de care se ocupă părinții și care aude cuvinte multe și variate în familie (frați!) posedă un bagaj lexical mai bogat decât cei care sunt îndemnați să învețe. Propozițiile se structurează puțin câte puțin, dar sunt încă “agramaticale”. Copilul face “greșeli” în ceea ce privește succesiunea cuvintelor, nu le unește, nu pronunță propoziții și conjuncții. Propozițiile sunt scurte.

4.1.5. Limbajul și sensibilitatea normale între 1 și 3 ani (schema)

La 15 luni

– Știe să arate obiecte și persoane cunoscute. Dacă i se cere “aduce” obiectele pe care le poate duce.

– Bagajul de cuvinte “înțelese” este de câteva zeci, în timp ce limbajul vorbit (lexical) nu depășește la unii copii 10 cuvinte.

– Apare începutul vârstei lui “nu”.

– Încearcă să mănânce singur. Ține ceașca înconjurând-o cu degetele de la ambele mâini. Foarte des o înclină și o varsă.

– Scufundă lingurița în castronaș, dar nu o umple bine. Adesea o varsă înainte de a o duce la gură.

La 18 luni (1 ½ ani)

– Înțelegerea se dezvoltă mai rapid decât expresia.

– Bagajul de cuvinte este de 10-20 de cuvinte.

Repetă cuvinte cu 2 silabe. Are memoria a circa 200 cuvinte (le înțelege, dar pronunță numai câteva!).

– Reacționează când se face “pa-pa”, se leagănă.

– Subliniază cuvintele prin gesturi.

– Este foarte tandru cu mama: este “umbra” mamei pe care dorește să o aibă mereu în “societatea” lui.

– Arată animale (la început pe cele cunoscute și în mediul lui înconjurător: pisica, câinele, calul, păsări etc.) și obiecte, îndeosebi mașinile.

– Folosește propoziții compuse numai din adjective și nume (fără predicat). Pronunță numai cuvinte concrete (câteva părți ale corpului, obiecte din cameră, îmbrăcăminte).

– Arată obiecte simple: încălțăminte, mașini, baloane, păpuși etc.

– La cerere poate atinge organe ale corpului său, ale mamei: nas, gură, ochi.

– Execută ordine simple: “adu mașina la mama” etc.

– Unii încep să spună când “s-au udat”; este primul semn al controlului sfincterelor. Cei care au frați mai mari se vor deprinde mai repede să folosească olița. Imitația este superioară tuturor celorlalte “metode” de a-l face pe copil să fie curat!

– Începe să se “alinte” și să facă “mofturi” la masă, prelungind-o.

– Oboseala, somnul, singurătatea și-o manifestă prin suptul degetului sau a suzetei.

– Duce bine ceașca la gură și reușește să bea dintr-odată sau în etape tot conținutul. După ce sorb numai puțin, dau ceașca mamei; majoritatea o lasă să cadă jos. Cei mai mulți nu reușesc să ducă lingurița la gură; când o apropie de gură, o întorc și răstoarnă conținutul.

La 24 luni (2 ani)

– Formează propoziții cu 3 cuvinte. Bagajul de cuvinte este de 100-200 de cuvinte. Lărgirea vocabularului se face pe seama numelor concrete. Apare întrebarea: **de ce?**

– Se desemnează prin prenumele său la persoana a 3-a; puțini folosesc: “eu, tu, al meu”.

– Folosește sistematic “nu”, ceea ce îi permite să se opună la anturaj.

– Face propoziții interogative.

– Începe să povestească.

– Ascultă cel puțin 4 ordine elementare.

– Afecțiune marcată (vizibilă) pentru mamă.

– Se joacă aproape de copii, dar singur. Nu este gelos pe jucăriile altor copii. Se comportă ca și cum ceilalți copii ar fi obiecte pentru a-i strânge în brațele lui sau pentru a-i respinge. Excepție fac frații, mai ales cei mari pe care îi caută și-i imită. Încearcă să-și facă prieteni printre alți copii, se apropie de ei dar nu știe cum să-i ia; îi îmbrățișează (uneori prea strâns!) sau dintr-o dată începe să-i bată, să-i îmbrâncească sau să-i muște! Este stadiul “jocului paralel”, nu există interacțiune cu ceilalți copii chiar dacă au activitate identică (într-o groapă cu nisip, fiecare copil se joacă singur). Singura interacțiune (frecventă) este de a apuca jucăria celorlalți (lopătică etc.), de a-i lovi cu jucăria sau cu piciorul, de a-i trage de păr sau de a-i mușca. În aceste conflicte, rar cere ajutorul adulților.

– Îi place să învețe să se dezbrace. În schimb, protestează adesea când este îmbrăcat și nu vrea să colaboreze. Îi place să stea mai mult gol și desculț.

– Identifică 3 imagini când i se cere “ce este asta?” și 5 imagini când i se cere “unde este ...?”

– Nu vrea să “împartă” cu nimeni. Are un simț foarte bine conturat a ceea ce este al lui, dar nu este conștient de ceea ce este al altora.

– El devine curat când începe să ceară “olița”, fetele mai repede decât băieții.

– În continuare îi place să “zugrăvească” pereții, să intre prin bălți și noroi, să-și “murdărească” mâinile cu mâncare.

– Își sugerează din ce în ce mai puțin degetul. Își anunță însă în continuare oboseala sau nevoia de somn prin suptul degetului.

– Nu deosebește “binele” de “rău”, și de aceea nu înțelege sensul amenințărilor și/sau al pedepselor corporale.

– Este mândru de performanțele sale motorii (alergare, transportul sau rostogolirea unor obiecte mai grele, aruncatul cu pietre, rostogolirea roților și a mingiilor, împingerea căruciorului, răsturnarea mobilelor etc.).

– Îi place să i se povestească istorioare și să privească în cărți cu poze.

– Nu-i place când părinții îl părăsesc.

– Îi place să se joace cu mașini, să tragă trenuri cu vagoane sau cu cuburi de gheață, să introducă bile sau pietricele într-o cutie pentru a o răsturna apoi; fetele preferă păpușile.

– Imită pe părinți.

– Începe să aibă un anumit “ritual la culcat”: jucărie preferată, prezența unui adult, lumina aprinsă, sărutul mamei etc.

– Se recunoaște în oglindă.

– Știe că obiectele există încă, chiar dacă nu le vede, datorită reprezentării mintale. Un copil anunță dinainte, în timpul unei plimbări, când urmează un pod, o statuie, o curte cu păsări etc. chiar la interval de 2-4 săptămâni.

La 30 luni (2 ½ ani)

– Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge de 500 cuvinte, iar după Pierre Debray-Ritzen de 1 000 cuvinte.

– Arată obiecte indicate verbal sau definite prin folosire (**cu ce?**). Domină întrebările **de ce?** și mai rar: **unde? când?**

– Vorbirea este încă de “bebe”.

– Folosește cuvintele pentru a vorbi singur. Începe să folosească “eu”, “mie”, “tu”. Apariția lui “eu” între 2 ½ și 3 ani constituie o etapă importantă, necesitând o conștientă clară a noțiunii “meu”. Copilul începe să dezvolte conceptul “al meu”, pornind de la comportamentul persoanelor care au o semnificație pentru el (mai ales părinții). El începe să devină conștient de el însuși ca individ și începe să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma exigențelor sociale.

– Își spune prenumele și numele.

– Ajută la aranjarea obiectelor.

– Merge la closet; dacă scaunul closetului este situat mai jos se urcă pe el; nu poate să se ștergă singur. La noi în țară, majoritatea copiilor de 2 ½ ani folosesc olița.

– Începe să fie curat și noaptea. În cursul zilei, dacă este cufundat în joc, “uită” și anunță că este “ud” prea târziu.

– Deosebește culorile.

– Afecțiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului. Unii sunt deosebit de agresivi față de străini sau de alți copii. Este gelos pe frații mai mici.

- Demontează sau strică obiecte.
- Ține la o anumită ordine și la unele ceremoniale.

La 36 luni (3 ani)

- Bagajul de cuvinte este după Hellbrügge în jur de 1 000 de cuvinte, iar după P. Debray-Ritzen de circa 1 500 cuvinte.

- Începe să folosească substantive abstracte (culoare), noțiuni spațiale (afară, înăuntru) și adjective la dimensiuni (mare, mic); sunt rari copiii care înțeleg noțiunile de trecut, prezent și viitor.

- Poate fi dirijat prin cuvinte.
- Se interesează de cuvinte noi.
- Întreabă fără încetare (**De ce?**).
- Știe care este sexul său.
- Știe bine numele de familie.
- Recunoaște 8 imagini dacă i se cere.
- Folosește pluralul.
- Începe să folosească articolele, pronumele și adverbele.
- Numără până la 10.
- Vorbește curgător și cu încredere fără să se sinchisească dacă-l ascultă cineva.
- Cunoaște câteva cântecele pentru copii.
- Se joacă cu alți copii și se socializează progresiv.

Acceptă să-și aștepte rândul.

- Reproduce construcția unui pod cu 3-5 cuburi.
- Încearcă să deseneze o imagine.
- O mare parte nu se mai "udă" noaptea.
- Păzește cu strășnicie ritualul culcării. Poate avea frică de întuneric și de animale.
- Este în plină criză de personalitate și se opune viguros altora pentru a se afirma.

Percepția lumii înconjurătoare

La 18 luni (1 ½ ani)

Observă activitățile adulților, le imită. Urmărește la fereastră persoane, mașini, avioane, păsări, animale etc. La plimbare îl "pășionează" să "descopere" și să privească animale sau păsări. Încearcă să le imite.

La 24 luni (2 ani)

Se bucură de un obiect în mișcare. Regăsește într-o carte și recunoaște pe un desen diferite animale și obiecte; știe să le arate (fig. 4.11). Imită bine animalele și zgomotul mașinilor.

La 30 luni (2 ½ ani)

Observă de departe mașini, trenul, statui, clădiri mai deosebite, curțile cu animale. Recunoaște animale și anumite lucruri pe un drum cunoscut lui.



Fig. 4.11 – Recunoaște pe un desen diferite animale sau obiecte și știe să le arate.



Fig. 4.12 – Fixează hârtia cu o mână și încearcă să traseze linii mai drepte și/sau să copieze un cerc.

La 36 luni (3 ani)

Poate "citi" poza dintr-o carte. Observă activitatea mamei la bucatărie și a tatălui în curte, în grădină sau în garaj. Îi imită. Îi place "să participe" ("să facă treabă") ca și adulții.

Ține creionul mai corect, fixându-și hârtia cu cealaltă mână. Trasează linii ordonate, ca raza unui cerc. Este începutul desenului "omulețului".

4.1.6. Alimentația¹

Rația alimentară. În cursul celui de al II-lea an, copilul devine capabil să mănânce și să digere cea mai mare parte a alimentelor. Alimentația sa tinde să se apropie de cea a adulților. Rația calorică scade acum la 70-80 calorii/kg corp în 24 ore. Din hrana zilnică

¹ Vezi și „Alimentația (școlar mic, adolescent)”, pag. 248-252 și „Alimentația la preșcolar” (pag. 212-214).

trebuie să facă parte toate principiile alimentare: proteine, hidrocarbonate, grăsimi, săruri minerale, vitamine, fibre vegetale.

Rația de lapte este de circa 400-500 ml pe zi; laptele se fierbe în mod obligatoriu, chiar dacă se prepară din lapte praf. La copiii care refuză să primească laptele, se va încerca înlocuirea cu alte derivate de lapte (iaurt, lapte bătut, brânzeturi). Este bine să se dea zilnic carne la masa de prânz; în locul acesteia, se poate da pește, un ou, brânză proaspătă. De altminteri, 50% din proteine trebuie să fie de origine animală. Oul poate fi fiert tare, moale cu albuș, sau bătut sub formă de omletă, cu condiția să fie proaspăt. De teama excesului de colesterol (la originea aterosclerozei de mai târziu), unii nutriționiști recomandă numai 2-3 ouă pe săptămână. Este indicat să se asocieze zilnic grăsimi de origine animală (unt) cu grăsimi vegetale (ulei de floarea-soarelui sau ulei de porumb) sau cu margarină.

Hidrocarbonatele (cereale, cartofii etc.) sunt folosite zilnic. Se preferă hidrații de carbon în forma lor naturală (fulgii de ovăz, fulgii de porumb, grișul), produsele de brutărie preparate din cereale complete (ca făina integrală). Se oferă în cantități reduse dulciurile rafinate (zahăr, bomboane, prăjituri etc.).

Fructele și zarzavaturile sunt absolut necesare în alimentația de fiecare zi. Unii copii mici au încă dificultăți de masticăție; la aceștia fructele se vor da sub formă de sucuri și pulpă rasă sau terciuită; fructele și zarzavaturile fierte se strivesc cu o furculiță; pot fi diluate cu lapte sau amestecate cu unt sau cu cereale instant, biscuiți. Lichidele se vor da ori de câte ori dorește copilul; în anotimpurile calde se va mări cantitatea de fructe (sucuri, pulpă rasă și diluată cu sucurile, fructe de sezon bine coapte). Mierea este la mare modă în țara noastră, atribuindu-i-se efecte miraculoase, nu toate fundamentate științific. La copiii cu tendință la constipație, zahărul poate fi înlocuit cu miere (inclusiv la îndulcirea laptelui); de asemenea, mierea se poate da pe tartine de pâine cu unt. Ciocolata se va da cu prudență, în cantități mici și numai în prima jumătate a zilei (poate produce agitație); dacă e veche, duce la apariția de urticarie și/sau tulburări digestive. Prăjiturile de cofetărie, de bună calitate și proaspete, pot fi consumate ca desert (nu între mese!), sau la gustarea de după-amiază. Frișca se alterează foarte ușor și este un mediu de cultură excelent pentru microbi. Se dă apă sau ceai neîndulcit cât și cum vrea (inclusiv în timpul meselor).

Copilul peste vârsta de un an poate primi ca desert: fructe, compoturi, dulceață, gemuri, prăjituri de casă.

Cafeaua, vinul, țuca, berea, ceaiul rusesc sunt contraindicate. Sucurile preparate industrial se dau cu circumspecție. Se pot da băuturi răcoritoare, inclusiv ape carbogazoase (apă de masă, sifon).

Orarul meselor. *Masa de dimineață* se dă imediat ce se trezește copilul. Dacă este lăsat să aștepte, se enervează sau se preocupă de altceva și apoi refuză să mănânce. Se dă lapte simplu sau lapte fiert cu un făinos (griș, zeamil, biscuiți măcinați, fulgi de porumb), cacao, cereale instant, cu cafea de malț etc. Se folosește făinosul preferat de copii. Laptele nu va fi îndulcit prea mult; unii copii îl preferă neîndulcit. Dacă insistă să-l primească cu biberonul, li se va satisface această comoditate. Celor care refuză laptele, li se poate da ceai și tartine cu brânză (de vaci, topită etc.), unt și miere sau gemuri, eventual un ou moale. *La ora 10* se pot da fructe, o tartină mică sau nu se va da nimic. *Masa de prânz* cuprinde un pireu de legume (cartofi, morcovi, spanac, mazăre verde, fasole verde, conopidă, dovlecei). Spre sfârșitul anului al II-lea începe să aprecieze consistența și gustul cartofilor prăjiți (se evită la copiii cu tendință la obezitate, având o mare valoare calorică). Zilnic, pireul va fi asociat cu carne sau un ou proaspăt. Prânzul se poate încheia cu o ceașcă de supă de carne strecurată și ca desert fructe, compot sau o prăjitură de casă. Pentru variație, felul întâi poate fi o ciorbiță cu carne de pasăre sau perișoare, felul doi legume soté, sau preparate cu sos alb. Masa de prânz este bine să se dea pe la ora 11,30-12. *După-amiază (gustarea):* lapte, iaurt, prăjituri de casă, biscuiți, compoturi sau fructe (ultimele sunt de preferat). *Seara* se va servi masa pe la orele 19-19,30. Se va da fie ca dimineața, fie o budincă (orez, griș, paste făinoase), mămliguță cu unt și brânză, compot, o prăjitură de casă. Se poate da parizer, crenwurști, șuncă de Praga sau alte preparate de carne de bună calitate.

Apetitul. În primul an de viață sugarul țipă de foame, aceasta fiind manifestarea unei necesități a corpului. După un an, apetitul implică o participare sufletească; așteaptă să mănânce; îi place o mâncare pentru că își amintește de mirosul, de aspectul, de gustul ei, de cadrul plăcut în care i-a dat mama să mănânce. Unii copii preferă să fie serviți numai de o anumită persoană din familie. Există o mare variabilitate a apetitului la copiii

mici. Se pot face o mulțime de considerații asupra acestor variații: o mamă cu discernământ psihologic, în colaborare cu un medic experimentat, pot descoperi cauzele și găsi soluțiile la fiecare caz în parte. Punerea în practică este mai greu de realizat, deoarece în condițiile vieții moderne de emancipare pe toate liniile, copilul este îngrijit adesea de mai multe persoane, cu stiluri și idei diferite și, mai ales, cu răbdare și putere de dăruire inegale.

Un copil care mănâncă bine are toate șansele să fie sănătos, să crească bine, să fie mereu activ și să-și satisfacă nevoia de mișcare și cunoaștere. Părinții, asistentele pediatre, educatoarele, trebuie să pornească de la realitatea că la această vârstă apetitul este foarte diferit de la un copil la altul. La același copil se observă și variații în modul cum mănâncă, de la o zi la alta și chiar de la o masă la alta. Nu este vorba de un copil dificil și nici de un apetit capricios, ci este apetitul normal al fiecărei ființe umane. În plus, se adaugă acum instabilitatea psihică și motorie a vârstei. Mama era deprinsă cu sugarul care-și primea biberonul obișnuit la ora potrivită, cu același ritual și cu același preparat timp de săptămâni și chiar luni de zile. Acum are de-a face cu o mică personalitate, cu preferințe și poftte. Așa cum respectă preferințele culinare ale adulților din familie, tot așa trebuie să țină seama și de poftele micii personalități, miniatură de comportament a celor ce l-au procreat. În sfârșit, să nu se uite că rația zilnică a copilului peste vârsta de 1 an scade, deoarece creșterea se încetinește și nevoile lui nutritive sunt mai mici.

Fixarea alimentației se face în funcție de ritmul propriu al fiecărui copil. Unii sunt mari mîncăcioși, alții de abia gustă; unii mănâncă același meniu luni de zile, alții au nevoie de variație zilnică; unii mănâncă mult de 2-3 ori pe zi, alții cer să "ciugulească" de 4-6 ori câte ceva; unii doresc să mănânce din ceașcă sau chiar să se "servească" singuri cu lingurița, în timp ce alții se despart cu greu de biberon. Ca și în alte părți ale acestei cărți, rugăm pe părinți să nu-și compare copilul cu alți copii.

Nu trebuie impus nimic! Orice hrană mâncată în silă sau luată numai pasiv este prost asimilată. A forța un copil să mănânce este o greșeală gravă, inapetența la sugarul mare și copilul mic este determinată cel mai frecvent de forțarea copilului să mănânce! Ulterior se adaugă dureri abdominale, tulburări de somn, tulburări mai grave de comportament (crize de mânie, iritabi-

litate, reacții de opoziție sau, din contră, pasivitate și anxietate). Masa trebuie să fie un prilej de plăcere și destindere. Pe măsura înaintării în vârstă, apetitul copilului este tot mai mult legat de elemente "psihologice". Dacă un copil este bine dispus, dacă este activ și satisfăcut în relațiile cu cei din jur (părinți, bunici, educatori, alți frați), el va mânca bine. Dimpotrivă, dacă el nu a fost scos afară, dacă a fost contrariat sau dacă atmosfera din familie este de tensiune (certuri, vizite, oboseală), copilul nu mănâncă bine, este nervos, are tulburări de somn. Părinții cer medicului să indice medicamente sau alimente minune, care să deschidă pofta de mâncare copilului, în loc să se creeze o atmosferă de familie care să-l facă să-i placă mâncarea oferită. Unii copii refuză să mănânce dacă alimentul nu este servit în ceașcă sau în farfuria cu desenul preferat.

Porții mici. Se vor pune porții mici în căniță sau farfurie. Consumarea cu ușurință a unei porții îi dă copilului senzația de victorie și de multe ori va mai cere. Dimpotrivă, dacă i se oferă o cantitate prea mare, el va lăsa o parte din porție în farfurie și astfel se va simți slab și oarecum vinovat. Comentariile ce se fac adesea îi accentuează și mai mult sentimentul de vinovăție.

Consistența. Spre sfârșitul perioadei de sugar și în prima jumătate a anului al II-lea alimentele se dau sub formă de lichide, pireuri sau și mai bine fie sfărâmat cu furculița, fie tocate mărunț, fulgi de cereale etc. Cu vârsta, el începe să prefere alimentele crustoase: biscuiți, fulgi de porumb, coajă de pâine, tartine (pâine cu unt și cu miere sau dulceață), cartofi prăjiți, bucăți mici de parizer, să "muște" din fructe, să mănânce zarzavaturi strivite cu furculița.

Folosirea mâinilor. Încă de la 8-10 luni, unii copii încep să ia cu degetele pireul de la prânz și să încerce să-l ducă la gură. După vârsta de un an, copilul capătă tot mai multă îndemânare și participă în mod activ la alimentație. Între mese, i se poate da să ronțăie o coajă de pâine, un biscuit, o felie de măr.

Dacă sunt hrăniți mereu de cei din jur, deprinderea de a mânca singuri este întârziată, iar tendința naturală la independență frânată.

Când i se servește pireul, i se va da în mână o linguriță. Printre jucării, trebuie să figureze lingurițe de plastic, tigăițe, cratițe, obiecte de bucătărie; jucându-se cu ele, îndemânarea copilului crește.

4.1.7. **Supraveghere și îngrijiri**

Educația. Cel de al 3-lea an cu contradicțiile sale solicită mult talentul pedagogic al adulților. Mulți părinți nu înțeleg adevărata problematică a vârstei și intervin cu brutalitate (ceartă, bătaie), atunci când copilul nu ascultă, este încăpățânat. Părinții trebuie să-și pună problema dacă vor să crească un copil cuminte, docil, comod sau vor să-l ajute să se dezvolte și să se maturizeze corespunzător. Se impune din partea tuturor adulților din familie o atitudine unitară, binevoitoare, răbdătoare, fermă. Nici severitatea exagerată, dar nici toleranța excesivă și alintarea nu-l pot ajuta. Acceptând că reacțiile negative, manifestările încăpățânate (greșit etichetate ca egoiste sau anormale) nu sunt adresate părinților și nu ilustrează o lipsă de afecțiune, părinții au făcut primul pas spre înțelegerea particularităților acestei vârste.

Asistența medicală. Copilul sănătos trebuie examinat de patru ori pe an de către medicul de familie. După verificarea sănătății corporale (greutate, înălțime, achiziții motorii și intelectuale), se vor discuta în amănunt probleme legate de crearea cadrului material și psihic pe care-l poate oferi familia și care se potrivește copilului respectiv. Înainte de vacanțe, medicul va recomanda zona climatică ce convine mai bine copilului: mare, munte, deal. Vacanțele vor fi petrecute împreună cu părinții. Nu se vor face călătoriile oboșitoare. Se vor face vaccinările (rapeluri etc.), conform indicațiilor de la dispensarul medical teritorial. Se continuă administrarea de vitamina D în perioada septembrie-aprilie. Se verifică dentiția, simțurile (auz, vedere), conformația scheletului (coloana vertebrală, membre inferioare).

Plimbarea zilnică a copilului de 1-3 ani este absolut necesară. În orașele mari, unde copiii trăiesc în apartamente, este o obligație elementară și zilnică de a scoate copilul "la aer". Este ideal ca aceste "scoateri afară" să se facă în grădini și parcuri. Este încântat când este dus de mână sau purtat pe umeri. Terenurile de joc, arborii, florile, variația peisajului sunt elemente stimulatoare pentru copil. Prezența animalelor constituie o bucurie permanentă. Iarna, plimbările se vor face în grădina cea mai apropiată, unde sunt spații amenajate pentru copii. Primăvara, în zilele de sărbătoare, cu vreme favorabilă, copilul va fi dus într-un loc mai îndepărtat, de preferat o pădure neaglomerată, unde se poate bucura din plin de natură, sau la grădina zoologică pentru a vedea "pe viu" animalele.

Jocul. Jocul este reflectarea, dar și stimulentele tuturor achizițiilor noi. Jocul poate fi colectiv. Totuși, majoritatea copiilor de 2-3 ani preferă să se joace singuri sau cu adulții. Părinții trebuie să încerce să participe ca simpli tovarăși de joc, să nu se erijeze în conducători. Camera în care era obișnuit (chiar și apartamentul) nu-i mai satisface nevoia de mișcare și de spațiu. Parcul, curtea, grădina îi oferă condiții pentru a se desfășura (aleargă, se cațără, se tăvălește, se învâрте în jurul său până ametește). Dacă este ținut în unele zile în casă, devine arțăgos, brutal, nu mai doarme ca înainte face zgomot, poate avea crize de plâns. Așezat pe un scaun mai înalt, își leagă mereu picioarele, se răsucește în toate părțile. Tentativele de a-l obliga să stea liniștit sunt un fel de pedeapsă. Toți ai casei sunt datori să "facă cu schimbul" la însoțirea sau supravegherea lui.

În activitatea de joc a copilului se înregistrează trecerea de la activitatea de joc-mănuire la jocurile de imaginație, în care intervin simboluri elementare și se încorporează scheme de conduită. Copilul se preface că telefonează, citește, scrie, bea cu ceașca de cafea, adoarme ursulețul, face injecții mamei etc. Este un stadiu nou, deoarece comportă mai mult decât o simplă imitație. Mai întâi copilul este capabil să recunoască simbolul pe care îl reprezintă obiectul, precum și utilizarea sa: telefon, carte, ceașcă etc. În al doilea rând copilul se identifică cu o persoană adultă, sau cu un frate sau cu o soră mai mare.

Are preferințe pentru unele povestiri, și cere să-i fie repetate. Devine sensibil la muzică, la ritm, la melodie, la cântece pentru copii, la jocurile însoțite de muzică. Cântați și dansați cu el (vezi și îngrijirea în creșă).

Cu timpul, copilul caută din ce în ce mai mult societatea altor copii. Oricât ar încerca adulții, ei nu pot deveni un partener de joc potrivit copilului. Un copil se dezvoltă armonios și se educă în contact cu alți copii.

Pericolul accidentelor și intoxicațiilor. Dintre accidentele întâlnite la această vârstă cităm: electrocutarea, arderea cu fierul de călcat, opărirea (răstoarnă oala cu supă, un vas cu apă fierbinte), înțeparea cu diferite obiecte ascuțite, incendii produse cu chibriturile lăsate la dispoziția lor, închiderea în dulapuri sau frigider (accident mortal prin sufocare), înecul (cada de baie la care, după ce intră, deschide robinetele și nu mai poate să iasă; piscine), intoxicații (vin, țuică, articole cosmetice, medicamente pe care le ia drept bomboane), inhalarea de corpi străini în căile

aeriene, intoxicații cu gaze de eșapament etc. Copilul nu va fi lăsat să se joace cu chibrituri, cu bricheta; nu are voie să umble la aragaz, frigider, prize, sobe cu gaze. Sub supravegherea părinților poate fi lăsat să stingă lumina, radioul, televizorul.

La plimbările prin oraș, copilul nu va fi scăpat niciodată din ochi, oricând putând să “o zbughească” pe partea carosabilă a străzii. Nu va fi lăsat în casă singur sau în “grija” fraților mai mari (sub 7-8 ani), care, atenți la jocul cu alți copii, uită de fratele mai mic. În sfârșit, un copil de 3 ani nu va fi lăsat niciodată singur în casă cu un frate mai mic decât el. El nu are încă bine conturat sensul binelui și al răului, al pericolelor. Lipsa de control, instabilitatea psihică și motorie îl pot face să ajungă la acte ce pun în pericol viața celui mai mic.

4.1.8. Îngrijirea în creșă

Așa cum s-a mai spus, adulții ce îngrijesc copiii din creșă trebuie să aibă multă răbdare și dragoste pentru copii, să fie calmi, cu o bună sănătate fizică și psihică. Orice acțiune ce se desfășoară sub ochii copiilor va fi însoțită de explicații. “Copii, acum mergem la baie”, “Ne spălăm pe mâini cu apă și săpun”, “Ne pregătim pentru masă”, “Ne jucăm cu mingea”. Jocurile organizate în colectivitate sunt de trei categorii:

a) *Jocurile de mișcare* sunt foarte iubite de copii (mers prin tunel de mese, târâre prin tunel de scaune, alergare cu stegulețe, rostogolirea pe saltea, săritura cu mingea, mers pe scândură dreaptă sau înclinată, tobogan etc.).

b) *Jocurile de îndemânare manuală* se încep încă din anul al doilea de viață; înșurubarea și deșurubarea capacului unei sticle; introducerea de bobite de staniol într-o sticlă, înșirare de măgele pe o tijă semirigidă; așezarea cuburilor unul peste altul în echilibru; diferite aranjamente de castane, sticlute sau figuri geometrice; sortare de mozaic pe culori; lipituri, desene etc.

c) *Jocurile de cunoaștere*. Se prezintă un pom cu fructe, un brad împodobit, o pisică, un porumbel, o broscuță, o portocală, mere etc. Se va arăta obiectul natural sau animalul viu, pe care copiii să-l cunoască îndeaproape, să-l vadă în trei dimensiuni, să-l pipăie (în caz că se prezintă fructe vor fi gustate de toți, florile vor fi mirosite). La această vârstă copilul nu înțelege abstract cum arată obiectul descris, când este prezentat

pe o planșă într-un singur plan. La fiecare prezentare va răspunde la întrebări în ordine: ce este? cum este? ce are? (este un pom, un animal, o pasăre, o floare; este un măr, roșu, rotund, dulce; pisica are cap, corp, picioare, coadă, urechi). În momentul în care copiii se plictisesc, se întrerupe jocul.

Se alternează jocurile între ele (mișcare, cunoaștere, îndemânare). Se pregătește din timp materialul didactic. Jocul se anunță dinainte. După terminarea jocului, copiii vor pune jucăriile pe etajere, în sala grupei, la îndemâna lor.

4.1.9. Controlul sfincterelor (formarea deprinderii de a fi curat)

Sugarul își golește vezica și intestinul de obicei imediat după ce a mâncat, mai ales în cursul primelor 8 luni de viață. Este posibil de a-l “dresa” să stea pe oliță de la 6-8 luni. Acest reflex poate dispărea în cursul erupției dentare, a schimbării unor obiceiuri și mai ales când începe să meargă nesprrijinit (12-16 luni). Controlul sfincterelor la sugar nu poate fi voluntar; copilul nu poate folosi “conștient” olița decât începând de la 15 sau 18 luni.

Primul semn al unui control voluntar se observă când copilul care vrea să urineze arată cu degetul olița. El își avertizează mama fără a-i lăsa timpul de a interveni. De abia între 18 și 24 de luni copilul previne la timp pe cei din jur și poate să aștepte mai mult până este pus pe oliță. La 2 ½ ani unii își lasă singuri pantalonii în jos și se așează fără ajutor pe oliță, fiind mândri de “performanță”. Controlul eliminării materiilor fecale se dobândește în general înaintea celui al vezicii. Cea mai mare parte a copiilor nu se mai udă decât accidental spre 2 ½ ani. Fetițele dobândesc mai devreme decât băieții deprinderea de a fi curate.

Factorii care intervin în deprinderea curățeniei sunt:

a) *Maturația*. Mecanismul controlului sfincterian este foarte complex și depinde de maturația sistemului nervos. În general, există o componentă familială: unii copii sunt mai precoce sau mai lenți decât alții în deprinderea curățeniei și pentru statul pe șezut, mers sau vorbit. Enurezisul¹ se regăsește în mod obișnuit și

¹ Emisiune involuntară și inconștientă de urină.

la alți membri ai familiei. Orice copil trece prin stadii succesive: evacuarea automată a vezicii (sugarul mic); conștiința plenitudinii vezicii (copilul de 18 luni își avertizează mama); antagonizează contracția mușchilor vezicii și reține urina datorită mușchilor ridicător al anusului; stadiul când el poate controla presiunea intraabdominală datorită diafragmului și mușchilor abdominali; ultimul stadiu este când copilul poate expulza urina sau întrerupe debitul, oricare ar fi plenitudinea vezicii. Capacitatea vezicală a unui copil de 2 ½ ani este dublă față de cea a unui copil de 2 ani.

b) *Educația.* Copilul învață să-și controleze vezica în parte prin imitație și în parte prin educație. Aceasta constă mai ales în a-l ajuta când permite dezvoltarea; dacă mama nu-i dă ocazia de a urina de prima dată când își anunță dorința, el va întârzia în obișnuirea cu olița.

c) *Îmbrăcămintea.* La copiii la care se folosesc scutece sau chiloți absorbantți (Pampers), deprinderea de a folosi olița se formează mai târziu.

d) *Condiționarea.* Un sugar poate fi condiționat (provocat) să urineze prin contactul feselor cu marginile oliței. Dacă se pedepsește un copil că nu a folosit olița sau dacă este forțat să se așeze în timp ce vrea să alerge, el va fi "condiționat" să se împotrivescă oliței, asociind formarea deprinderii cu o idee de pedeapsă.

e) *Formarea eului și caracterului copilului.* Începând de la un an copilul este în plină perioadă negativă și orice încercare de a-l face să execute un act împotriva dorinței lui (îndeosebi "să facă" pe oală) se va solda cu un eșec. Unii copii sunt mai voluntari decât alții și seamănă cu părinții lor. Copilului îi place și se amuză cum toată casa se preocupă ca el să facă pe oală. Mama se așează lângă el, îl mângâie, îl lingusește și încearcă să-l convingă de a emite materii fecale în timp ce el este încântat s-o refuze; olița îi servește ca mijloc de locomotie, de jucărie sau de pălărie. Un copil poate să-și satisfacă eul său și nevoia de a atrage atenția și prin alte mijloace decât refuzul oliței. Momentul dobândirii curățeniei coincide din nenorocire exact cu cel al contestării. Cea mai mare parte a tulburărilor sfincteriene se datoresc faptului că se forțează copilul, iar el refuză să fie obligat. Cererea oliței, fără să aibă nevoie, este un alt mijloc de a atrage atenția. Copilul descoperă repede că atunci când cere olița, mama lasă totul pentru a se ocupa de el. El reîncepe s-o ceară la fiecare cinci minute. Mama nu îndrăznește să-l refuze, socotind că are nevoie într-adevăr de oliță și nu se va deprinde cu olița dacă ea nu aleargă imediat. Este

adevărat că la această vârstă o micțiune este urgentă și copilul va fi curat dacă se are grijă de aceasta, dar este ușor să știi dacă nevoia este reală sau dacă nu reprezintă decât o manevră de a atrage atenția. În ultimul caz, mama nu va lua în seamă cererea și nu se va deranja decât la intervale socotite convenabile. Dacă un copil urinează prea des, va fi consultat medicul.

f) *Personalitatea mamei și lipsa de cunoștințe.* Mama care este decisă să "drezeze" copilul prea devreme are toate șansele de a-l vedea refuzând olița.

Mama nu-și dă seama de variațiile normale ale achizițiilor curățeniei și este dezolată să constate că copilul său este în întârziere față de alții. Ea pedepsește pe copil, iar acesta reacționează refuzând olița sau "udându-se". Este o greșeală din partea unor mame de a crede că reflexul condiționat al sugarului (contactul cu marginea oliței, zgomotul apei care curge etc.) este echivalent cu un control voluntar. Aceste mame nu înțeleg secvența normală a proceselor (punctul a) și reproșează copilului de a fi prevenit prea târziu.

g) *Stresul psihologic.* Teama sau neliniștea pot întârzia dobândirea curățeniei și, în plus, pot duce – în timpul perioadelor critice – la pierderea controlului recent dobândit. Copilul nefericit, care nu se simte în siguranță, poate reveni la vechile obiceiuri din cauza unei gelozii, a unei internări în spital, a unei dificultăți familiale sau a unui rigorism excesiv.

h) *Lenea.* De frica frigului, "curentului" sau dacă toaleta este prea departe, copilul preferă să "facă pe el" decât să iasă din pat.

i) *Somnul adânc.* Unii susțin (medici și părinți) că o parte din copiii care "fac" noaptea în pat au un somn adânc.

j) *Factorii sociali.* Micțiunile involuntare la unii copii peste vârsta de 2 ½ ani țin și de mediul familial nefavorabil: certuri sau delincvență la părinți, dificultăți materiale, nivel instructiv-educativ scăzut al părinților, lipsă de preocupare pentru formarea deprinderilor igienice la copil, pedepsirea copilului, anxietatea părinților etc. Acești factori se asociază frecvent.

Controlul intestinal. Factorii care intervin în controlul sfincterului anal sunt aceeași ca în controlul vezicii. Vârsta deprinderii de a elimina materiile fecale numai la oliță este foarte variată. Unii copii o posedă foarte devreme și o păstrează apoi, în timp ce alții "fac pe ei" și la 2-3 ani. Copilul de 18 luni trece printr-o fază de "coprofilie" (atracție față de materii fecale) și manifestă un interes considerabil pentru eliminările sale și pentru toaletă. Copilul este încântat să vadă interesul

familiei “centrându-se” pe fecalele lui și descoperă că părinții sunt neputincioși nu numai în fața refuzului lui de a mânca, dar și în fața refuzului lui de a face pe oliță; în ambele cazuri el provoacă discuții și neliniști. El are un moral excelent, pentru că el este mereu “câștigător”. Capătă plăcerea unui “accident” sau își murdărește în mod voit chiloții de îndată ce este lăsat să se ridice de pe oală. Factorii sociali joacă un mare rol în controlul sfincterelor și, în general, în dobândirea tuturor deprinderilor igienice.

*

Practic, spre 12 luni, părinții îi vor pune olița lângă pat și-l vor așeza pe oliță pentru cel mult 10 minute, explicându-i la ce folosește. Dacă el vrea să plece de pe oliță, nu va fi reținut. Este de dorit ca el să știe că există olița și că părinții sunt bucuroși dacă el o folosește. În familiile unde există frați mai mari, se va folosi olița concomitent. Prin imitație, copiii cu frați mai mari și copiii de creșă învață mai repede să se servească de oliță. Copilul care poartă scutece absorbante multă vreme realizează mai greu când este ud sau uscat. Când poartă pantalonăși, senzația de scurgere a urinei în jos pe picioare este neplăcută. Pe de altă parte, scutecele îi dau senzația că este tot mic. Impresia că este încă “mic” poate constitui un factor de întârziere în a deveni curat.

Controlul vezicii urinare este mai tardiv decât controlul sfincterului anal. De abia după 18-20 de luni se ajunge la stadiul în care copilul este capabil de a-și frâna voluntar micțiunile. Până atunci, dimineța când se trezește și după somnul de după amiază se va pune

copilul pe oliță la “ore regulate”, și atunci când apar semne că dorește să urineze. “Ușurându-se” numai atunci când apar micile semne de dorință, copilul are o satisfacție pe care niciodată nu ar fi resimțit-o dacă ar fi fost pus constant pe oliță. Această satisfacție este cel mai bun element de reușită în obținerea deprinderii de a fi curat. Va trebui să se aștepte încă 4-5 luni, pentru ca un copil să fie nu numai conștient de nevoia de a urina, dar să fie capabil de a cere să meargă la oliță (spre 2 ani).

La început se cere atenție și promptitudine în acțiune când copilul semnaleză nevoia de a urina sau a emite scaun (prin urlet), deoarece nu poate să aștepte. Această “urgență” diminuează apoi rapid; el va putea aștepta momentul propice (dezbrăcarea, aducerea oliței). La puțin timp după ce s-au deprins cu curățenia, copiii își rețin voluntar urina și scaunul, nedorind să părăsească jucăriile sau să-și întrerupă “ocupația”. În aceste situații se pot produce “accidente” de scăpare. Preventiv, mama va avea grijă ca atunci când copilul este cufundat în joc să-i sugereze să meargă la oliță.

În timpul nopții copilul nu poate încă să se controleze; poate uda patul chiar în timpul unui somn scurt. Poate fi ajutat dacă este pus pe oliță înainte de a fi dus să se culce. Cât timp se udă încă noaptea, i se pun scutece curate absorbante la culcare. Este mai bine să se pună scutece, decât să fie apostrofat când udă cearceafurile. Nu va fi trezit în cursul nopții pentru a fi pus pe oliță. El nu poate să se păstreze curat noaptea, până nu a ajuns la un control complet al sfincterelor în timpul zilei. De obicei, copilul devine curat și noaptea la 2 ½ - 3 ani (unii copii se scoală singuri noaptea și urinează fără ajutor).

4.2. Preșcolarul (3-6 ani)

4.2.1. Creșterea greutateii, taliei și perimetrului toracic¹

La 4 ani:

Greutate:

- băieți: mediul urban = 16,1 kg (± 1,9);
mediul rural = 15,7 kg (± 1,9);

- fete: mediul urban = 15,7 kg (± 1,9);
mediul rural = 14,8 kg (± 2,0).

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 101,0 cm (± 4,8);
mediul rural = 99,5 cm (± 5,2);
- fete: mediul urban = 100,0 cm (± 4,9);
mediul rural = 98,5 cm (± 5,3).

Perimetrul toracic:

- băieți: mediul urban = 54,3 cm (± 2,5);
mediul rural = 52,8 cm (± 2,7);

¹ După tabelele întocmite de Institutul de Igienă și Sănătate Publică din București.

- fete: mediul urban = 52,8 cm ($\pm 2,7$);
mediul rural = 51,7 cm ($\pm 2,7$).

La 5 ani:

Greutate:

- băieți: mediul urban = 18,2 kg ($\pm 1,9$);
mediul rural = 18,0 kg ($\pm 2,2$);
- fete: mediul urban = 17,7 kg ($\pm 2,3$);
mediul rural = 16,1 kg ($\pm 2,2$).

Talie (înălțime):

- băieți: mediul urban = 108,2 cm ($\pm 5,0$);
mediul rural = 105,7 cm ($\pm 5,3$);
- fete: mediul urban = 107,6 cm ($\pm 5,1$);
mediul rural = 104,9 cm ($\pm 5,4$).

Perimetrul toracic:

- băieți: mediul urban = 54,9 cm ($\pm 2,7$);
mediul rural = 54,3 cm ($\pm 2,8$);
- fete: mediul urban = 54,3 cm ($\pm 2,8$);
mediul rural = 52,9 cm ($\pm 2,8$).

La 6 ani:

Greutate:

- băieți: mediul urban = 20,3 kg ($\pm 2,8$);
mediul rural = 19,0 kg ($\pm 2,5$);
- fete: mediul urban = 20,0 kg ($\pm 2,9$);
mediul rural = 18,2 kg ($\pm 2,5$).

Talie:

- băieți: mediul urban = 114,7 cm ($\pm 5,2$);
mediul rural = 111,7 cm ($\pm 5,5$);
- fete: mediul urban = 110,3 cm ($\pm 5,3$);
mediul rural = 110,9 cm ($\pm 5,6$).

Perimetrul toracic:

- băieți: mediul urban = 56,7 cm ($\pm 3,0$);
mediul rural = 55,9 cm ($\pm 2,9$);
- fete: mediul urban = 55,0 cm ($\pm 2,9$);
mediul rural = 54,4 cm ($\pm 2,9$).

Aceste cifre sunt pur orientative. Medicul este singurul în măsură să aprecieze dacă există o corelație corespunzătoare între diferiți parametri de apreciere la creșteri armonioase. Reamintim că talia unui copil depinde de factori complecși moșteniți și de mediul înconjurător.

• **Motricitatea.** La 4-5 ani copilul mic a atins un grad de dezvoltare motorie care-i permite executarea de mișcări izolate, cu diferite segmente ale corpului, independent (de exemplu, mersul pe tricicletă). Își propune singur mișcări cu dificultate crescândă: sărituri, cățărat, balans etc. Treptat, apare și capacitatea de a sta liniștit pentru a colora, a modela

din plastilină, a asculta povești, a privi poze, a urmări televizorul.

La sfârșitul perioadei de copil mic a deprins îndemânări ca: folosirea periutei de dinți, a pieptenului, a ustensilelor pentru cusut. Majoritatea copiilor apucă și mânuiesc bine un creion; liniile și figurile desenate sunt tot mai bine făcute. Este capabil să taie cu foarfeca urmând o linie dreaptă. La 3 ani, copilul urcă scările alternând picioarele; la 4 ani face același lucru și la coborâre. La 3 ani, numai o parte dintre copii pot sta un timp scurt într-un picior; de abia la 5 ani reușesc să sară într-un picior și să sară coarda.

Nevoia de mișcare este mare, copilul este în veșnică mișcare, aleargă, face zgomot, este "neastâmpărat". Îi place uneori să facă treburi care-i solicită puterea și este foarte încântat când ridică sau poartă un obiect mai greu.

Pentru urmărirea motricității, între 3 și 6 ani părinții pot supune pe copii, sub formă de joc, la probe ca: a) *motricitate generală*: aruncarea unei mingi, prinderea unei mingi în mișcare, dacă și cât se poate ține pe un picior, sare într-un picior, merge pe călcâie sau pe vârfuri înainte și înapoi, urcă și coboară scările etc. (fig. 4. 13); b) *motricitatea fină*: face un turn din 8 cuburi, face un pod din 3 cuburi, trage o linie verticală, copiază un cerc, copiază o cruce, copiază un pătrat, desenează un omuleț din 3 părți, desenează un omuleț din 6 părți, se spală pe dinți, poate turna apă într-un pahar.



Fig. 4.13 – Poate coborî o scară, ținându-se de rampă.



Fig. 4.14 – Imitând pe mamă, dă mâncare la păpușă.



Fig. 4.15 – Poate turna apă într-un pahar, fără a vărsa.

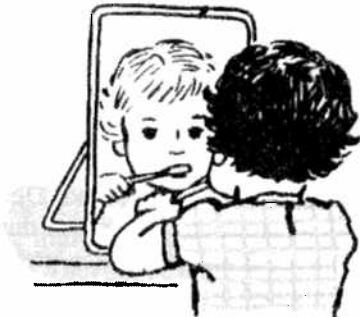


Fig. 4.16 – Se spală pe dinți.

4.2.2. Dezvoltarea psihică și socială. Limbajul

• **Percepția.** La 3-4 ani copilul se interesează de capacitatea funcțională a obiectelor, pe care le compară, le pune unele peste altele, le sortează după formă sau culoare, le demontează (“le distruge”, cum interpre-

tează părinții) etc. Lucrând cu plastilină sau cu cretă colorată, realizează forme simple, pe care le denumește apoi după aspectul lor exterior. Recunoaște succesiunea logică a anumitor acțiuni din desfășurarea programului zilnic, precum și legătura logică între obiecte și cuvinte.

Poate “citi” poze dintr-o carte. Recunoaște litere izolate. Poate desena un pătrat. Deosebește mai multe culori. Își știe vârsta.

La 5-6 ani experiențele tactile (pipăit) și motorii (mișcare) trec pe al doilea plan. Pe lângă impresiile vizuale (“vede tot”), capătă importanță cele acustice (este tot timpul “pe recepție”, “trage cu urechea”, “spionează”, “demască” tot, repetă expresii auzite de la adulți, copii etc.). Deosebește sunete de tot felul, fredonează cântece simple și le însoțește de mișcări ritmice.

Începe să deseneze și să modeleze, încercând să reproducă obiecte și acțiuni. Fantezia în folosirea culorilor și desenarea “formelor” unor obiecte, persoane sau animale, joacă (încă) un rol mai mare decât adaptarea la realitate. Spre sfârșitul perioadei de copil mic apare diferențierea din ce în ce mai bună între imaginație și realitate.

Copilul privește activ și critic lumea înconjurătoare, dar și propriile lui performanțe. Dezvoltă spirit creator, face planuri, își fixează obiective și le urmărește consecvent. Are noțiunea timpului și a cantității. Poate număra până la 10-15. Cunoaște 5-6 culori și câteva (2) monede.

• **Limbajul.** Progresele intelectuale continuă cu o mare rapiditate. La 3 ani un copil se exprimă suficient pentru a fi bine înțeles. Între 3 și 6 ani, schimburile verbale cu toată familia se îmbogățesc prin lărgirea relațiilor cu alți copii și cu educatoarele din grădiniță.

Substantivele și adjectivele se înmulțesc paralel cu progresele pe care le face în contact cu realitatea înconjurătoare. Am văzut că la circa 3 ani copilul spune **EU**, se recunoaște deci la persoana întâi, ca un individ separat față de ceilalți. În același timp apar în vocabularul lui cuvintele **TU** și **EL**. Pentru el este accesibil numai ceea ce este concret; chiar numele unui obiect îi apare ca una din proprietățile sale. Noțiunea de timp este percepută încet. Treptat preșcolarul va înțelege ce este timpul devenind capabil să folosească verbele nu numai la prezent, ci și la viitor și trecut. De îndată ce devine conștient de el, de cei doi părinți, de sexul de care aparține, el va folosi femininul și masculinul. Curiozitatea amestecată cu dorința de

comunicare manifestată, cum s-a mai spus, prin întrebările: "De ce?", "Cum?", "Pentru ce?" și răspunsurile primite contribuie la îmbogățirea bagajului de cuvinte. Adulții sunt datori ca, pe măsura înțelegerii copilului, să-i răspundă cu cuvinte simple. În timpul plimbărilor îi vor spune numele florilor, arborilor, statuilor, clădirilor mai importante, îmbogățindu-i vocabularul. Povestirea unor istorioare simple, răsfoirea în comun a cărților cu figuri, unele jocuri educative contribuie la mărirea bagajului de cuvinte. Puțin câte puțin, copilul devine capabil să-și exprime prin vorbe gândurile și impresiile sale. Astfel, ajunge ca la 6 ani să învețe să citească și să scrie limba pe care o vorbește.

În conduita lor generală și, mai ales, în timpul jocului, copiii nu mai sunt tăcuți. Băieții în special fac zgomot imitând unele animale, personaje văzute în filme sau pe tovarășii de joc mai mari. Fetele vorbesc cu păpușile: le mângâie, le mustră, le instruiesc. Băieții țipă la camion, îi dau ordin să pornească, să meargă, să se oprească. Toate aceste "verbalizări" (cum sunt numite de psihologi) sunt semne de mulțumire, de sănătate psihică, de spontaneitate. La copiii din familiile cu mai mulți copii, comunicările verbale sunt mult mai bogate, mai variate și pe înțelesul lor. Copilul unic la părinți, care nu poate să comunice decât cu părinții și cu bunicii, are dificultăți de adaptare la limbajul adultului. Grădinița este instituția care corectează această carență a mediului psiho-social al copilului.

Între 3 și 6 ani începe și perioada cuvintelor și expresiilor grosolane, triviale. Aceste cuvinte sunt împrumutate. În general, dintre cuvintele care desemnează funcțiile de eliminare ("caca", "pipi") și ale reproducerii umane (înjurături etc.). Copilul le pronunță cu o satisfacție provocatoare. Uneori, când este furios sau nu i se îndeplinește o dorință, înjură și continuă cu toate grosolăniile culese de la copiii mai mari. Părinții sunt alarmați. După unii autori, grosolăniile se explică prin tendința de imitații. Copilul nu cunoaște sensul real al cuvintelor grosolane; dimpotrivă, el are un sentiment de putere, are impresia că a trecut în rândul celor mari, exprimându-se și țipând exact ca ei când sunt supărați. Este bine ca părinții să nu dramatizeze exploziile verbale ale copilului. Toți membrii familiei trebuie să-și controleze tonul și expresiile atunci când sunt supărați. Dezaprobarea copilului se va face cu tact. Adulții îi vor arăta copilului prin cuvinte simple, prin expresia fetei, prin limbajul personal că nu sunt de acord cu astfel de expresii. Adesea, unii părinți "se distrează"

și sunt mândri de "cuceririle" verbale ale progeniturilor, încurajând astfel "progresele" copilului pe această linie. Alții, din contră, dramatizează atât de mult, încât creează în copil un sentiment de vinovăție, ce-l complexează și-l pun într-un stadiu de inferioritate atât față de părinții perfecți, cât și în fața unor copii mai agresivi, cu o limbă slobodă.

Dificultăți de limbaj. Fără a minimaliza rolul factorilor neurologici și senzoriali, este important să se rețină influența capitală a condițiilor afective și relaționale. Rolul mamei este esențial. Dragostea și spontaneitatea sa reprezintă un stimul indispensabil în apariția și îmbogățirea limbajului copilului. Dezvoltarea limbajului depinde de asemenea și de interacțiunea permanentă ce se stabilește între copil și adulții care-l înconjură. Dacă aceștia, prin lipsă de educație, de timp (acordat copilului) sau din alte motive restrâng stimularea verbală și "schimburile de vorbe" cu copilul, acesta va fi lipsit de elementele fonice și afective ce-i permit să-și construiască și să-și îmbogățească limbajul. Astfel de situații se observă în unele familii dezorganizate sau cu certuri intrafamiliale. Condițiile de viață moderne, lipsa de timp și surmenajul părinților sunt factori care contribuie la multe întârzieri de vorbire. Grădinița are un rol important în corectarea unor deficiențe precoce de limbaj.

Trebuie știut de toată lumea că tulburările de vorbire au cauze numeroase, cu prognosticuri foarte diferite. Diagnosticul precis necesită de obicei colaborarea mai multor specialiști: un neuropsihiatru, un oto-rinolaringolog familiarizat cu problemele de audiometrie infantilă, un pediatru și un logoped. De foarte multe ori, diagnosticul nu poate fi precizat după un singur consult. Înainte de 3 ani, surditatea pretează la multe discuții. În momentul de față, cu ajutorul unor aparaturi moderne, la clinicile de O.R.L. se poate stabili cu precizie gradul de tulburare organică a auzului. Dintre tulburările ușoare de limbaj la vârsta de 3-6 ani se întâlnesc: o oarecare întârziere în vorbire, dificultăți de pronunțare și bâlbâiala. Se va cere sfatul medicului.

• **Comportamentul social.** În jurul vârstei de 3 ani interesul copilului este concentrat în mod evident asupra adulților care îi sunt parteneri și îi servesc de model. În contactul permanent cu aceștia, el învață să deosebească noțiunile de **eu** și **tu**. La început este încă foarte ascultător, deoarece adulții îi ușurează posibilitatea de a fi activ, îi oferă jocuri, mâncare; treptat însă tinde la dobândirea independenței, încearcă să-și

verifice capacitatea de a voi, a putea și a hotărî el singur. În acest context apar cunoscutele reacții de încăpățănare, dacă propriile dorințe vin în conflict cu hotărârile luate sau impuse de adulți.

La 4 ani și-a stabilit în mare măsură o anumită independență și se adaptează (ajutat mult prin intermediul vorbirii) la programul zilnic. La această vârstă copilul nu este ușor de dirijat, din cauza nevoii lui imperioase de mișcare. Pe de altă parte, cu toată dorința de a deveni independent, reapare mereu nevoia de a se întoarce la protecția adultului (de exemplu, când se ivește vreo dificultate sau când este obosit).

La 5-6 ani comportamentul față de adulți este mai puțin grevat de conflicte decât la 3-4 ani. Copilul participă cu plăcere la activitățile adultului și se bucură când este încurajat că a făcut un lucru bun. Conflictele care apar pot fi lămurite prin intermediul vorbirii. Crește interesul și dorința de a se juca cu alți copii și de a măsura în mici competiții capacitățile și puterea. Începe să accepte reguli simple de comportare; cu timpul reușește să treacă propriile dorințe pe plan secundar, să respecte dorințele și chiar să caute societatea altor copii: formează grupuri restrânse de joc; preferă parteneri de joc de același sex. Încearcă să-și domine anturajul. La copilul singur la părinți se observă uneori o adevărată "luptă pentru hegemonie" cu bunicii. Se înfurie când nu i se fac poftele sau când este dominat în joc de alți copii. Nu-l mai potolesc laudele, are crize de mânie și tendințe la negativism.

• **Receptivitate și posibilități noi de cunoaștere.**

A doua perioadă a întrebărilor ilustrează marea curiozitate, aviditatea după ceea ce este nou. Repetă tot timpul "de ce?", "pentru ce?", "cum se face?". S-ar părea că este mulțumit, când constată că i se răspunde cu răbdare și că nevoia de a întreba și de a ști este luată în serios. Ceea ce dorește copilul nu este cunoașterea în sensul intelectual, ci sentimentul de certitudine, de călăuzire în lumea încălțată care i se deschide în față. Unii adulți nu știu ce să răspundă la unele dintre întrebările copilului, încercând să-i satisfacă curiozitatea cu logica lor de adulți (cu abstractizări de neînțeles pentru copil). Este nevoie de explicații simple, pe înțelesul copilului, cu noțiuni și exemple din lumea ce cade sub simțurile lui. Alți părinți se enervează de întrebările "plictisitoare" ale copiilor; este și mai grav, copilul simțindu-se singur și frustrat în dorința lui de a deveni "mare".

• **Raționamentul și fantezia.** Din al 5-lea an, odată cu receptivitatea crescândă a copilului, crește și

raționamentul său. El se gândește la cele auzite și învățate. Uneori, la mult timp după ce ascultă un basm, mama sau educatoarea se trezesc cu diferite întrebări legate de acesta. Acum copilul se gândește mult și încearcă să se exprime. Îi place și încearcă să imite zgomotele animalelor, face ușoare rime, creează cuvinte etc. Imaginează povești noi. Câteodată, pornind de la evocarea unui fapt real, inventează peripeții; alteori, jucându-se cu un cal sau cu o mașinuță, își închipuie tot felul de aventuri. Îi plac poveștile în care eroii sunt animale, cărora le atribuie propriile lui sentimente. Gustul pentru poveștile cu zâne și pentru fantastic vine după vârsta de 5 ani. Poveștile inventate de părinți trebuie spuse la fel, fără modificări. Preferă 1-2 povești repetate mereu și în aceeași variantă. Binele, curajul, modestia și, în general, trăsăturile pozitive, trebuie să caracterizeze personajele iubite de copil. Poveștile cu strigoi, șerpi, lupi etc. duc la spaime, somn agitat, coșmaruri, izolare sau maternodependență. În epoca actuală, cu revoluția tehnică extraordinară, cu extinderea televiziunii și cinematografului, se observă o transformare a preferințelor copiilor, de la grădiniță și până la școală. Pe puțini îi mai încântă povești de felul "Alice în Țara Minunilor". Sub influența îndeosebi a televiziunii și a modului de viață al familiei din zilele noastre, poveștile pentru copii trebuie să aibă garanția că sunt sau pot fi reale, că sunt verosimile. Emisiunile de la televiziune din viața animalelor, desenele animate, ora copiilor etc. au luat în mare măsură locul poveștilor de odinioară.

Spre sfârșitul celui de al patrulea an de viață, copiii ating apogeul activității imaginative, care reprezintă – pentru un observator mai atent – cheia "lumii dorințelor" copiilor.

• **Imitarea adulților.** Copilul are tendința să înlăture toate îndoielile, prin victoria binelui asupra răului. Aceasta corespunde întru totul dorinței lui de a se comporta în așa fel încât să fie pe placul părinților, educatoarei, copiilor mai mari. Așteaptă totdeauna consimțământul și/sau lauda părinților. Încearcă să placă celor din jur. El imită pe adulți în jocurile sale "de-a mama și de-a tata", "de-a doctorul", "de-a polițistul" etc. În fantezia sa se vede adult și erou. Este mândru de părinții săi și este în stare să plângă sau să se bată dacă cineva ar spune ceva rău despre ei.

Copilul a constatat că este o ființă independentă. Acum încearcă să-și închipuie ce ar vrea să devină. Este logic să-și aleagă drept ideal pe cei din imediata apropiere, presupunând că părinții nu se comportă atât

de urât încât să nu poate fi acceptați de copil ca ideal de viață. Această fază de identificare care durează câțiva ani și este în continuă schimbare. Identificarea cu părinții întărește încrederea în sine a copilului. Încearcă să facă totul la fel sau mai bine decât ei. Aleargă cu ei și se bucură dacă-i întrece. La 3-3 ½ ani copilul și-a însușit noțiunile de "trebuie" și "este permis". Uneori se laudă, exagerează, folosește cuvinte mari. Toate acestea sunt încercări de a fi ca adulții. Se simte ca un adult și ar vrea să beneficieze de toate privilegiile acestuia: să nu se culce devreme, să privească la televizor împreună cu toată familia, să meargă în vizite, să mănânce cu lingura mare, să bea din ceașcă.

• **Identificarea cu alte roluri. Teatrul.** Trecând dincolo de identificarea cu părinții, începe să manifeste un interes crescând pentru toate rolurile. Îi place să se costumeze, jucând roluri potrivite. Rolurile importante și costumele sclipitoare sunt cele mai agreate. De la jocul "de-a mama și de-a tata" copilul trece la altele experimentând tot ce poate fi și face un om. După 4-5 ani vrea să joace și alte roluri (de animale, pe care le privește prin prisma propriilor sale vederi și dorințe: "cine mănâncă, pe cine?"; "cine este cel mai puternic?"; "cine este iubit, apreciat?") sau de personaje din unele filme (Tarzan etc.).

• **În cursul celui de al șaselea an de viață, dezvoltarea copilului mic s-a desăvârșit.** Toate funcțiile motorii sunt stăpânite fără dificultate. Copilul poate executa voluntar toate mișcărilor, chiar și pe cele mai fine și mai complicate. Pe plan psihic și spiritual se anunță o perioadă de stabilizare și armonie. Copilul învață să-și dirijeze voința. Înțelege justificarea unor ordine, deși continuă să întrebe mult "de ce", să se intereseze de urmările și consecințele posibile. Dar la această vârstă devine posibilă o adevărată gândire cauzală care-l ajută să înțeleagă motivația și felul acțiunilor. Astfel, copilul câștigă un nou sistem de referințe; el poate acționa rațional, imaginea sa despre lume devine mai realistă, problematica mai palpabilă.

a) **Gândirea logică și planificarea.** Cel de-al șaselea an ar putea fi denumit faza de experimentare a acțiunilor planificate. Descoperă neconținut fapte și legi care vin în contradicție cu tendințele impulsive și voința lui. Cu puțin timp înainte, el credea că obține lucrul dorit îndată ce și-l dorește. Acum descoperă că multe lucruri sunt inaccesibile și imposibile; începe să gândească, să aleagă și să planuiască.

În desenele lui vrea să reproducă lucruri "care există"; prezintă interes pentru construcții, pentru

desăvârșiri. Se întâmplă des ca un copil să spună: "trebuie mai întâi să treacă asta". Cel mai bine se evidențiază acțiunile planificate în activitatea creatoare. Copilul se gândește înainte, își programează ce vrea să deseneze, să modeleze sau să construiască, își caută mijloacele cele mai bune pentru a face un lucru cât mai perfect. Începe să înțeleagă valoarea și posibilitățile banului.

b) **Obligații și responsabilități.** Mulți copii cer la această vârstă să li se încredințeze mici sarcini și se bucură mult de aprecierea și lauda ce li se aduce dacă au dat dovadă de inventivitate, înțelepciune etc.

Încrederea pe care o arătam copilului reprezintă un stimulent puternic pentru dezvoltarea sa, care se va manifesta pozitiv odată cu școlarizarea. Dorește să învețe să citească ceasul, literele alfabetului și cifrele. Este bine ca această dorință să fie încurajată, dar copilul nu trebuie suprasolicitat.

c) **Îndoieli și critici.** Începe să-și manifeste unele îndoieli și să exprime critici față de lucruri considerate până nu de mult ca fiind "bune". Părinții nu trebuie să urmărească să mențină cu orice preț credința în "Moș Crăciun", "zâna din poveste" etc., când copilul lor a început să se îndoiască de ele. Adesea se întâmplă ca ascultând o poveste să intervină cu remarci critice ca: "nu este posibil să alergi pe apă, te îneci!" etc. Începe să se manifeste și spiritul autocritic. La această vârstă, copilul își apreciază acțiunile, prevede de exemplu cum vor reacționa părinții: cu laude, cu critici sau cu pedeapsă. Jaloanele de interdicții date de părinți și educatori, ca și tot ce vede el la părinți, fixează primele schițe de conștiință și devin linii directoare interioare ale propriilor sale acțiuni. Copilul înclină să accepte ca sigur valabile îndrumările date de părinți sau de educatoare; aceasta face parte din realitatea nou descoperită și îi conferă siguranță și sprijin.

4.2.3. Alimentația¹

• Cu excepția băuturilor alcoolice, a mâncărurilor ardeiate sau piperate și a unor conserve, copilul de 3-6 ani poate mânca aproape de toate. Unii nu sunt însă în stare s-o facă. Gusturile sunt limitate, unele

¹ Vezi și capitoul despre școlar (pag. 248-252) și copilul mic (pag. 201-203).

alimente consistente le displac. Appetitul este foarte variabil de la un copil la altul: unii mănâncă orice, mult, de 5 ori pe zi (3 mese principale și două gustări); alții mănâncă numai de 3 ori pe zi; la alții, cei din jur se miră "din ce trăiesc". Ținând seamă de gustul și apetitul copilului, dovedind înțelegere și răbdare, se va evita lipsa de poftă de mâncare, frecventă la această vârstă.

Copilul unic la părinți, supraîngrijit, este amenințat cel mai mult! Dacă i se fac toate poftele sau, dimpotrivă, dacă e forțat sau rugat să mănânce, copilul ajunge să refuze totul sau să prefere numai un fel de mâncare. Un astfel de copil dus la grădiniță sau într-o familie cu mulți copii mănâncă "tot" și "de toate".

Copilul este ușor sugestionabil la această vârstă; boala adulților ("dureri de stomac", regimuri restrictive) îi impresionează și astfel încep să invoce suferințele adultului și să refuze să mănânce. Înainte de a apela la diferite medicamente pentru "pofță de mâncare", părinții sunt datori să verifice dacă nu este vorba numai de greșeli din partea lor.

Supraalimentația constituie de asemenea un pericol. Obezitatea este determinată foarte rar de afecțiuni endocrine etc. De cele mai multe ori este vorba de un aport excesiv caloric prin meniuri încărcate cu făinoase și dulciuri.

Mâncarea copilului trebuie să fie variată (lapte, brânzeturi, carne, ouă, fructe, zarzavaturi) pregătită cu gust și prezentată frumos. Copilul va fi obișnuit treptat să se spele singur pe mâini, să folosească singur lingura și furculița. În formarea deprinderii de a mânca singur și corect, adulții au un mare rol: copilul îi imită pe aceștia. Supraprotecția unor părinți și mai ales a unor bunici, de a "servi" și a "îndemna" pe copil ce, cât și cum să mănânce, va întârzia formarea deprinderii de a mânca singur și se va prelungi masa în mod inutil.

Se pot da lichide atât între mese, cât și în timpul mesei, când copilul solicită. În general, un copil are nevoie de cel puțin un litru de lichide pe zi (simple sau încorporate în alte alimente). Apa simplă sau sucurile de fructe naturale neîndulcite sunt de preferat. Copilul va avea un pahar personal.

• **Orarul.** Masa de dimineață se dă imediat ce copilul s-a trezit. În general, este la fel ca a adulților. La copiii obișnuiți să se trezească de dimineață, se va da o masă mai consistentă (lapte simplu, cu cicoare sau cacao, precum și o tartină din pâine cu unt și cu gem sau dulceață), iar la cei care se trezesc mai târziu – o masă mai ușoară (1 pahar de lapte simplu sau fiert cu un făinos; ceai cu pâine cu unt și/sau gem). La copiii

care primesc dimineața o masă mai consistentă (ou, șuncă presată), masa de prânz se va da mai târziu și nu va fi așa de abundentă.

Masa de prânz constă, potrivit tradițiilor culinare românești, dintr-o supă sau ciorbă, urmată de o mâncare cu carne și încheiată cu un fruct, compot sau o prăjitură. Mulți copii acceptă și mănâncă totul cu plăcere. Alții se satură cu supă sau cu ciorbă și refuză felul al doilea, care de fapt este cel mai valoros din punct de vedere nutritiv. La acești copii, revenim cu sfatul nostru de a se începe cu felul al doilea mai consistent, iar supa sau ciorba să se dea, eventual, cu ceașca, în timpul mesei sau după masă. În lipsa cărnii sau a peștelui se vor da brânzeturi cu făinoase, zarzavaturi etc. La copiii mofturoși se poate folosi sistemul: un sandviș preparat cu pâine tăiată în felii foarte subțiri, peste care se aplică friptură rece tăiată subțire, salam de bună calitate, șuncă presată cu sau fără unt, salată de crudități, un pahar de lapte rece și fructe. Mulți copii refuză supa și pâinea: părinții fac mare caz de acest lucru. Este mai bine să fie înlocuite cu altceva. S-a exagerat mult rolul supelor în alimentația copiilor!

Gustarea de la 10 dimineața este facultativă. Se dau alimente ușor de digerat, de preferință numai fructe. *Gustarea de după amiază* se va fixa în funcție de poftă și de preferințele copilului, precum și de ora la care se servește masa de prânz și de seară (suc de fructe, un pahar cu lapte sau iaurt, o tartină sau o prăjitură de casă).

Masa de seară. Este bine ca la această masă copilul să mănânce împreună cu toată familia. Tatăl trebuie să facă tot posibilul să vină la timp acasă pentru ca cel puțin seara (la masă, culcare etc.) copilul să simtă comunitatea "MAMĂ-COPIL-TATĂ". Ca alimente se indică, îndeosebi, laptele sau derivatele (brânză, brânză topită, cașcaval, iaurt) și se evită dulciurile și prăjiturile de cofetărie.

Meniul va fi unic pentru întreaga familie: carne, lapte și/sau derivate, legume, desert. Copilul mănâncă de toate și la fel cu toată familia!

• **Deprinderea de a fi curat și manierat la masă.** Până la 3 ani se acordă o mare toleranță în modul cum copilul reușește să mănânce: varsă din linguriță, ține coada linguriței și cum poate, apucă cu degetele, varsă din ceașcă sau din lingură când duce mâncarea la gură, face fărâmituri și le aruncă pe jos, soarbe lichidele cu zgomot. Între 3 și 6 ani părinții nu trebuie să mai fie indulgenți cu stângăciile, mofturile, extravagantele și indisciplina din timpul mesei. Desigur, nu este vorba

de o schimbare bruscă de atitudine. Cu calm, fără ironii, fără moralizări, i se va arăta cum să țină lingura și să apuce ceașca, cum să bea, să soarbă fără zgomot și cum să mestece cu gura închisă. Toate succesele copilului vor fi lăudate; eșecurile nu vor fi prea sever condamnate. Este foarte important ca toți membrii familiei să mănânce cu grijă: "bunele maniere" nu se învață prin sfaturi, discursuri sau observații, ci numai prin exemple. Dorința de imitație a copilului îl ajută să-și însușească indicațiile celor vârstnici. Insistențele prea mari declanșează opoziția bruscă a copilului. Astfel de incidente nu vor fi dramatizate. Dacă părinții (și îndeosebi bunicii) își vor schimba "metodele", cu timpul aceste reacții vor deveni din ce în ce mai rare.

Hrănirea are și un rol social, fiind o reuniune și o comuniune între cei care o împart. Orele de masă în familie sunt ocazii de întâlnire și de revedere a tuturor membrilor ei, prilej de schimburi de impresii, de descoperire reciprocă, de strângere a legăturilor sufletești.

Multe tulburări ale apetitului copilului de la această vârstă se explică prin greșelile ce se fac în legătură cu "ceremonialul" mesei: a) tensiune nervoasă; b) proasta dispoziție care transformă în corvoadă alimentară ceea ce ar trebui să fie o reuniune fericită; c) la masa comună i se dă copilului să mănânce altceva decât mănâncă părinții; d) forțarea copilului de a mânca după "prescripțiile" medicale (de exemplu, se refuză să i se dea apă la masă); e) lipsa de confort a copilului (scaun prea scund sau prea înalt, masa prelungită, rigiditate în "manierele" părinților etc.); f) tentativa de a se purta discuții pe care copilul să nu le audă, să nu le înțeleagă; g) muștrări făcute copilului pentru că "nu mănâncă frumos" sau "nu a fost cuminte în timpul zilei" etc.

Trebuie să i se formeze copilului obișnuința de a se spăla totdeauna înainte și după fiecare masă, precum și de a se spăla pe dinți după fiecare masă. Nu este deloc greu dacă o fac și adulții din anturajul apropiat.

4.2.4. Probleme de somn

• **Programul zilei și somnul.** Programul zilnic al copilului de 4-5 ani este bine să fie adaptat la programul familiei și/sau grădiniței. Este de subliniat încadrarea treptată în colectivitate (prin intermediul jocului) și

marea importanță a jocului și somnului la această vârstă (ca de altfel în întreaga copilărie).

Comparându-l cu o mașină, somnul ar echivala nu numai cu oprirea mașinii, ci și cu recuperarea pieselor. Așa se înțelege că somnul nu poate fi înlocuit cu nici o altă situație (care permite influențe exterioare). "Somnul este un proces biologic prin care se realizează o inactivitate care asigură capacitatea de a redeveni activ" (Gesell).

Pentru părinți, somnul copilului de la 3 la 6 ani este un test foarte bun, atât pentru starea de sănătate, cât și pentru satisfacția produsă de condițiile materiale și sufletești oferite de mediul familial sau de grădiniță. La vârsta de 3 ani copilul adoarme repede și ușor. Se va respecta, în continuare, "ritualul" cu care este obișnuit să adoarmă: cu o jucărie preferată, cu un mic cântec. După 4 ani copilul vrea să adoarmă cu tatăl sau cu mama sa, cere să i se spună o poveste, vrea să vadă neapărat emisiunea preferată la televiziune sau să i se aducă jucăria sau obiectul de îmbrăcăminte primit recent.

Culcarea înseamnă despărțirea de părinți. Trebuie să se facă totul pentru ca această despărțire să aibă loc într-o atmosferă pașnică, plăcută. Până la 5-6 ani, unii copii (mai ales copilul unic la părinți) doresc să adoarmă cu ușa întredeschisă. Razele de lumină, zgomotul vocilor părinților îi dau un sentiment de siguranță.

După vârsta de 3 ani, culcarea copilului se va face obligatoriu între orele 19,30 și 21. Somnul din timpul nopții este în general mai profund. Copilul doarme "dus", destins, cu fața senină, cu respirația regulată, cu membrele relaxate, nemișcat. Durata somnului este variabilă. Cei mai mulți copii dorm în timpul nopții 11 sau chiar 12 ore, mai ales iarna.

Unii copii au un somn agitat, în cursul căruia se observă că își schimbă locul și poziția în pat, fac diferite strâmbături ale feței, mișcări de supt, oscilații ale globilor oculari. Manifestările de mai sus țin de temperamentul copilului, de unele incomodități (prea cald, prea învelit etc.) sau de perioadele de vis. Copilul se trezește mai târziu, dar totdeauna repede. Va fi deprins să aștepte să se trezească și restul familiei. Pentru aceasta i se vor pune 1-2 jucării preferate, cu care să se joace în pat. Unii se strecoară în patul fraților mai mari sau al părinților de îndată ce se trezesc.

Copilul nu va fi trezit din somn. Trezirea bruscă declanșează aproape întotdeauna o stare de indispoziție

și chiar de nervozitate, manifestate prin: țipete, lacrimi, crize de furie, tristețe, refuzul de a mânca. Dacă se va provoca în mod repetat scularea bruscă a copilului, se poate ajunge la tulburări permanente. La copiii la care este necesară trezirea mai de dimineață și la ore fixe (grădiniță etc.), ora culcării de seară va fi cât mai devreme (ora 19), iar familia va evita tot ce întârzie somnul copilului: excesul de impresii (joc, vizite), starea de tensiune în familie, zgomotele, lumina prea vie.

Somnul de amiază (siesta) nu mai este indispensabil după vârsta de 4 ani. Este bine să se asigure la orice copil, cel puțin o oră de repaus în pat chiar dacă nu doarme. O mare parte dintre copii nu simt nevoia să doarmă în timpul zilei.

• **Tulburările de somn** sunt rare și puțin importante la preșcolar. Ele dispar de obicei spontan sau se ameliorează prin corectarea unor deficiențe în mediul de familie. Când sunt persistente, corespund unei revendicări din partea copilului (carență de sentimente sau lipsa fizică a mamei sau/și a tatălui).

a) *Somnambulismul* este o stare de automatism inconștient, care se manifestă prin acte coordonate în timpul somnului: merge, face mișcări sau acțiuni fără participarea voinței (inconștiente), nu pune probleme la această vârstă. Nu se cunoaște cauza: ar fi în legătură cu un sentiment de insecuritate sau cu o masă copioasă, luată târziu, înainte de culcare. Nu este necesar vreun tratament.

b) *Spaimetele* încep adesea la 2-3 ani, cu teama de întuneric și de singurătate. Se pot amplifica și persista până la 5-6 ani. Copilul cere ca lumina să rămână aprinsă; adesea, dacă i se pune un întrerupător la îndemână (care-i permite să stingă lumina), nu se mai sperie. După 3 ½ ani la unii copii apare frica de animale sălbatice; spre 5-6 ani (mai ales fetițele) se tem ca sub pat să nu se ascundă vreun individ periculos. La 6 ani copiii încep să se teamă de "umbre" sau fantome interpretate ca spioni, hoți, ucigași, strigoii etc., care se ascund după o ușă sau un paravan. Convorbirile necontrolate, comentariile despre evenimente neobișnuite, poveștile de groază, viziuni prelungite și/sau scene violente la televizor, conflicte între adulți, amenințare cu internarea în spital, închiderea copilului într-o cameră au o contribuție însemnată în geneza acestor fenomene.

La copiii normali, cu părinți echilibrați, spaimetele nocturne ale copilului sunt trecătoare.

c) *Visele*. După L. B. Ames, visul ar începe la copil spre vârsta de 2 ani. Spre 3 ani, copilul începe să relateze vise ocazionale; se pare însă că el povestește imagini nu numai din vise, ci și imagini fantastice create de închipuirea lui. La circa 4 ani, expunerea viselor este amestecată cu istorioare și evenimente reale sau imaginare. Mulți autori consideră că relatarea viselor nu are baze solide decât spre 7 ani. Se consideră ca fidele numai visele povestite de copil spontan și imediat ce s-a trezit din somn. Copiii au de obicei vise cu animale fioroase ce-i urmăresc, cu femei sau bărbați urâți și deformați ("baba-cloanța"). Temele sunt foarte variate. Ei se visează părăsiți în pădure, atacați și "mâncăți". Foarte des visează că nu pot să alerge, că sunt prinși de către cineva, că nu se pot apăra. Aceste tipuri de vise se găsesc aproape la toți copiii și au o valoare simbolică: de teamă, de părăsire sau de despărțire, de pedeapsă.

Visele urâte rare și coșmarurile izolate nu trebuie să neliniștească pe părinți: dacă se repetă, mai ales dacă revin cu aceeași temă, se va consulta pediatrul și psihologul, care vor cerceta cauzele profunde, pentru a indica mijloacele de a le corija.

d) *Scrâșnirea din dinți și vorbirea în timpul somnului* se întâlnesc adesea asociate. Aceste dezordini apar înainte de vârsta de 3 ani și pot persista foarte multă vreme, fiind descrise și la elevi sau studenți. Vorbirea în timpul somnului este legată de starea de neliniște, de anxietatea copilului. Părinții consultă adesea medicul, atunci când copiii scrâșnesc din dinți.

Se pare că scrâșnirea dinților ține câteodată de unele caracteristici ale oaselor maxilare, iar alteori de unele tulburări cerebrale. În urma unui studiu aprofundat, K. Abe și M. Shimakawa au arătat că la copiii care prezentau una sau alta din aceste tulburări, unul din părinți o prezenta și la vârsta adultă.

4.2.5. **Îngrijiri, deprinderi, performanțe**

• Din cele expuse mai sus la dezvoltarea motricității globale și fine, limbajului și sociabilității, preșcolarul trebuie să fie capabil de un minimum de "performanțe" care se răsfrâng asupra organizării programului și îngrijirii:

a) Începând de la 3 ani: se îmbracă cu ajutor, se joacă în grup, face un pod din 3 cuburi, copiază un cerc, își spune numele și prenumele, aruncă o minge, se ține pe un picior timp de o secundă.

b) Începând de la 3 ½ ani: se desparte ușor de mama sa, își știe sexul, înțelege și merge în trei direcții (înainte, înapoi etc.), sare pe loc și sare înainte.

c) Începând de la 4 ani: își încheie nasturii, arată linia cea mai lungă, copiază o cruce, desenează un chip de om (în mod grosolan) din 3 părți, înțelege cuvinte cu opoziții ("foame", "frig", "oboseală"), înțelege "pe", "înăuntru", "în afară"; sare pe un picior.

d) Începând de la 4 ½ ani: copiază un pătrat, desenează un omuleț din 6 părți, se ține pe un picior 5 secunde. Își cunoaște numele, prenumele, vârsta, deosebește mâna dreaptă de cea din stânga.

e) Începând de la 5 ani: se îmbracă fără ajutor, se ține pe un picior 10 secunde.

Deprinderile igienice¹ reprezintă o componentă de bază în educarea și păstrarea sănătății. Este bine să se creeze premise (corespunzătoare vârstei) prin care acțiunile de igienă să capete sens și plăcere. Pentru a ajunge la chiuvetă se va pune la îndemâna copilului un mic scaunel, care să aibă stabilitate. Obiectele personale de toaletă (săpun, burete, prosop, cremă, pastă de dinți) se așează pe o policioară corespunzătoare taliei copilului. Oglinda plasată la înălțimea potrivită îi permite să se privească în timpul efectuării deprinderilor igienice (spălat, pieptănat etc.) să-și desăvârșească cunoașterea schemei corporale și să se bucure de aspectul său îngrijit. Copilul va fi îndemnat să păstreze ordine între obiectele personale de toaletă și îmbrăcăminte.

Cu tact și calm se va instrui copilul ca începând de la 3 ani să poată face următoarele:

– să se spele singur; într-un lighenaș pus pe o măsuță scundă sau pe o lădiță în camera de baie sau în bucătărie; în apartamentele moderne, după 4-5 ani va fi învățat să mânuiască robinetele și să se spele la chiuvetă;

– spălarea după folosirea closetului și după joacă;

– folosirea apei și săpunului din abundență;

– să se dezbrace singur – el poate să-și descheie nasturii, să-și desfacă șireturile; scoaterea îmbrăcăminte de corp (tricouri etc.) se va face cu ajutor până la 4 ½ - 5 ani;

¹ Vezi și "Copilul mic (1-3 ani)".

– să se îmbrace singur (performanță pe care el o dorește);

– să așeze în ordine hainele;

– să meargă singur la closet; după "ce-și fac nevoile" (mai ales după scaun), unii mai au nevoie de ajutorul unui adult, deși ei ar dori să rezolve singuri și această "problemă". Noaptea, unii copii se scoală singuri pentru a merge la "oliță" sau la closet;

– spălarea pe mâini și pe dinți înainte și respectiv după masă;

– golirea completă a farfuriei, punerea de o parte a veselei cu care a mâncat.

Dimineața, după ce se trezește, copilul se va scula din pat; lăsarea în pat îl predispune la lene. Dacă trebuie să plece dimineața devreme este bine să fie trezit cu blândețe din timp pentru a începe în tihnă ziua și a avea timp să mănânce liniștit. Personalitatea lui va fi subminată dacă mama sau bunica îi pregătește singură, sub cuvânt că nu este timp sau că este încă mic.

Bunele deprinderi se capătă acum. Dintre acestea, trebuie să se stabilească între copil și apă o "prietenie" care trebuie să dureze toată viața. Spălarea de dimineață trebuie să devină o plăcere. Tonul folosit de părinți, exemplul lor, temperatura apei, calitatea săpunului, condițiile de confort pentru spălare (temperatura din cameră, curățenia și ordinea din baie, obiecte de toaletă și spălat la îndemână etc.) și evitarea pisălogelii sunt elemente care trebuie luate în seamă pentru a stimula pe copil ca toaleta de dimineață să devină o deprindere plăcută și permanentă. Toaleta de dimineață include nu numai spălarea mâinilor și a feței, ci și a jumătății superioare a corpului ("de la brâu în sus") insistând mai ales în zonele cu transpirație abundentă (subțioară, cutele gâtului). Spălarea pe dinți și pieptănatul părului sunt obligatorii. Spre 5-6 ani, unii copii ajung să facă un duș "de dimineață" care, pe lângă curățirea mai eficace a corpului, are o contribuție și mai mare de călire a copilului și înfrumusețare a pielii.

• **Baia de seară generală**, în condițiile vieții moderne, este bine să se facă zilnic. Pentru ca această baie să fie făcută cu plăcere, copilul va participa la deschiderea robinetelor și-și va fixa el singur temperatura și cantitatea apei din cadă, care nu trebuie să fie prea caldă (în jur de 36,5-38,5°C iarna și de 35°-37° C vara). Apa rece și "dușurile" (cu apă rece sau caldă) se utilizează cu acordul și plăcerea copilului. Începând de la 5 ani, un copil trebuie să poată să se spele singur, este adevărat, sub supraveghere. Este bine

ca baia să se facă înainte de culcare. Dacă nu sunt condițiile necesare unei băi generale (lipsește instalația de baie, frig în casă, excursii, călătoriile etc.) copilul va fi obișnuit să-și spele cu apă curentă: mâinile, picioarele, gâtul, subsuoarele. În astfel de condiții, baia generală se va face săptămânal.

Nu se va folosi săpun iritant, cu leșie, prea decapant. Se preferă săpunurile "grase" care curăță fără a dizolva stratul fin de grăsime care protejează pielea.

Tehnica băii. După ce copilul a "intrat" în cadă va fi lăsat să se destindă în apă. Apoi va fi săpunit peste tot (sau dacă este destul de mare, o va face el însuși). Cu o perie de unghii se vor curăți bine unghiile de la mâini și picioare. După vârsta de 4 ani copilul va fi obișnuit să folosească peria de baie care căleşte și face pielea moale. Se va începe încetișor, niciodată cu brutalitate. Se pornește de la gambe, genunchi și spate care sunt zonele cele mai puțin sensibile. Se periază în oval prin mișcări circulare pentru a activa circulația sângelui. Se va folosi o perie moale din păr fin, din mătase sau plastic fin. După 6 ani se poate folosi peria din păr de cal. Fie că se spală prin simplă săpunire, fie cu o mânășă, fie – în sfârșit – cu o perie, mama are datoria de a spăla bine, cu minuțiozitate și insistență pielea copiilor care la această vârstă este plină de praf. O bună fricțiune (în apă și după baie) constituie și un tratament care este stimulant pentru copiii lipsiți de vigoare, dar în același timp și de potolire pentru cei nervoși. De îndată ce copilul iese din apă, va fi înfășurat cu un prosop mare uscat bine încălzit și puțin aspru (în, cânepă, frotir). Va fi șters de umezeală mai întâi prin tamponare și apoi prin fricționare riguroasă și rapidă. După baie pielea copilului trebuie să fie roză, curată și moale. Apoi se curăță cu vată pavilioanele urechilor. Unghiile mâinilor se taie rotund, cele de la degetele picioarelor se taie (cu foarfeca sau cu cleștele) drept, fără a tăia deloc din colțuri; degajarea colțurilor poate antrena formarea de unghii încarnate.

Toaleta feței. Multe mame cred că pentru curățirea feței trebuie să săpunească, să frece și să-i facă să lucească, uneori să-i unșă. La mulți copii obrații sunt ușor crăpați, aspri. Până la 5 ani fața copilului se spală cu apă obișnuită, cu sau fără săpunire fină; iarna se poate aplica seara o cremă cu lanolină în strat foarte fin, fără fricțiune (frunte, obrați, nas și bărbie). De la 5-6 ani, vârsta când copilul își face el însuși toaleta și când pe față apar pete de cerneală, pix, creioane colorate, praf sau murdării acumulate în timpul

jocurilor, săpunirea este necesară o dată pe zi, dar cu un săpun de bună calitate sau cremă de ras, care nu înăsprește pielea, apoi se limpezește de mai multe ori cu apă multă, curată. Când copilul ajunge să se spele singur, învățați-l cum să săpunească fața, cu mișcări fine, fără fricțiuni viguroase și fără a-și introduce spuma în ochi. Nu-l certați dacă la început se spală ca "un piscoi" (gura, nasul, bărbia).

• **Îngrijirea părului.** Până la vârsta de 4 ani este bine ca părul să nu fie lăsat lung. Pentru băieți, este un lucru ce se înțelege de la sine. Pentru fete poate reprezenta un mic sacrificiu. Până la 4 ani părul este foarte fin, fragil și se încălzește ușor. La fiecare pieptănătură, se smulge o parte din firele părului. Este interzisă pieptănătura în "coadă de cal" pentru că firele de păr strânse și trase de un elastic devin din ce în ce mai rare, fine ca un puf în jurul frunții și tâmpelor. Aceste fire mai subțiri nu sunt, așa cum cred unele mame, fire de păr care se regenerează, ci păr bolnav, semn al unei boli numită "alopecia"¹ cozii de cal. La fetițele pieptănate cu cărare, se va avea grijă ca, după fiecare spălare, să se schimbe locul cărării, pentru a nu da părului bucla definitivă.

Tunsul părului. Este necesar ca tunsul părului să fie făcut în direcția creșterii, efilând vârful și lăsând ceafa liberă. Nu se tunde părul "până la piele" cu mașina de tuns pe ceafă și înapoia urechilor.

Periajul. Se alege de preferință perii din păr de porc sau de cal (nu de nylon). Părul copilului se periază în fiecare seară, pentru a-l curăța de praful acumulat în cursul zilei. Se periază în toate sensurile, șuviță cu șuviță, iar la urmă se piaptână în sensul creșterii naturale a părului.

Spălarea părului. Se poate folosi la spălarea săptămânală a părului un șampon. Utilizarea prea frecventă a șamponului riscă să-l usuce și să-l facă mai friabil. Cei mai mulți copii au părul normal (nici gras, nici uscat), iar folosirea unui șampon prost, a detergentilor sau a unor săpunuri cu sodă multă, ar avea efecte nefaste.

Temperatura apei de spălare trebuie să fie potrivit de caldă, niciodată prea ridicată. Șamponul se diluează într-un pahar cu apă și se folosește în doi timpi. Părul va fi spălat și apoi clătit de mai multe ori și cu multă grijă. Ștergerea se face cu un prosop cald și uscat, fără a freca și fără a ciufuli părul. Uscarea se poate face cu

¹ Căderea părului, parțială sau totală; chelie.

un uscător de mână reglat la temperatură medie. Pentru a descurca părul după spălare se va folosi de preferință un piepten din os, nu din plastic. Pentru păstrarea unei culori frumoase a părului se recomandă o limpezire finală cu apă limpede.

• **Aerul, soarele și mișcarea** sunt factori de o importanță capitală în călirea organismului copilului. Trebuie făcut tot posibilul ca la orice vârstă, dar mai ales la vârsta de preșcolar, copilul să nu stea în casă, ci să-și ducă viața în aer liber.

La familiile care au curte, copilul va fi lăsat tot timpul afară. Pentru un copil între 3 și 6 ani o grădină este o comoară de neprețuit. O curte cu grădină care să satisfacă nevoile de joc și de mișcare ale copilului trebuie să aibă un teren liber și un colț cu umbră, unde se așează o masă mică și un scăunel, o grămadă de nisip. Într-un loc însorit se instalează un vas (cadă din plastic, un lighean mare întins) care se umple zilnic cu apă proaspătă; încălzită la soare, oferă copilului plăcerea de a se bălăci. În zilele călduroase, copilul va sta complet dezbrăcat și desculț. Când soarele este puternic va purta o pălărie. În lipsa grădinii și pentru locuitorii orașelor mari trebuie căutate posibilități de a pune pe copil în contact cu natura (parcuri, locuri de joacă, bazine de înot etc.).

Vegetalele exercită o acțiune binefăcătoare; florile și crengile cu frunze pe care le poate pipăi au o putere de atracție și dau o satisfacție care nu pot fi explicate, dar se simt din plin. Tăvălirea prin iarbă constituie o mare destindere. Pietrele, cochiliile de melci, castanele, ghindele au pentru copil un sens profund, de valoare stabilă, imperisabilă, spre deosebire de flori, crenguțe care se rup, se ofilesc.

Dragostea pentru animale nu este totdeauna ușor de satisfăcut. Adesea copiii cer însoțitorilor să meargă prin fața unei curți în care știu că sunt animale (câine, pisică, păsări de curte). O atracție deosebită o constituie pentru copii grădina zoologică, aeroportul, gara, fântânile arteziene.

• **Igiena picioarelor.** Timpul petrecut în aer liber are pentru copil și avantajul mișcării permanente, urmată de fortificarea musculaturii. Picioarul copilului se dezvoltă cel mai bine când aleargă pe un teren neregulat. Pentru prevenirea piciorului plat copilul va fi lăsat să-și petreacă zilnic câteva ore desculț sau în papuci cu talpă subțire. Va fi dojenit când calcă puțin cu vârful piciorului înăuntru și va fi îndemnat să facă unele exerciții ca: mersul pe vârful picioarelor,

sărituri, alergare pe iarbă, exerciții de apucat cu degetele picioarelor. Se recomandă să poarte pantofi solizi (nu ghete) cu talpa flexibilă, cu fixitate suficientă pentru ca vârful piciorului să nu alunecă în vârful pantofului. Pantoful prea mic este la fel de dăunător ca și cel prea mare. Orice pantof are un plus de lungime la vârf (de un deget) pentru creșterea piciorului și pentru mișcarea în față, în timpul mersului. Pantofii "balerini" nu sunt corespunzători deoarece sunt ascuțiți și prea decolțati în față. Iarna, copilul va purta ghete sau cizme. Cizmele din cauciuc sunt contraindicate (nu țin cald, iar piciorul transpiră).

• **Îmbrăcămintea** trebuie adaptată mobilității mari a copiilor și anotimpului, ferind corpul de răcire, umezeală sau radiații solare excesive. Este importantă permeabilitatea hainelor pentru aer și lumină. Țesăturile din in și fibre sintetice sunt mai puțin permeabile, favorizează transpirația. Pentru copii, țesăturile cele mai potrivite sunt cele din bumbac și lână; se adaugă cele din fibre sintetice, pentru trăinicie. Se aleg țesături moi, care se spală ușor. Hainele nu trebuie să împiedice mișcările corpului: vor fi croite și lucrate lejer pe piept, ceva mai strânse pe spate. Copilul în repaus răcește mai repede decât cel care se mișcă. De aceea, pentru a nu răci, dacă se dezvelește, pentru somn se preferă pijamaua. Se vor folosi numai obiecte de îmbrăcăminte cu croieli simple pentru a fi ușor îmbrăcate și dezbrăcate, dar nu se va pierde din vedere elementul estetic.

Rufăria de corp va fi din bumbac (se evită contactul direct al țesăturilor din fibre sintetice cu pielea). Elasticul nu va fi prea strâns. Pentru un copil mic sunt necesare 6 tricouri și 6-10 perechi de chiloți. Pieptărașele pot fi folosite pentru fixarea ciorapilor lungi. Foarte buni sunt ciorapii-pantaloni.

Hainele care se poartă pe deasupra. Iarna se recomandă pantaloni lungi care se fixează cu un elastic trecut pe sub talpă. Vara, copilul poartă pantaloni scurți cu bretele, iar fetițele – fustițe. În anotimpul rece: pulover din lână, canadiană (din fibre sintetice sau doc) căptușită cu blană, paltonaș din stofă. Importante sunt căciula și mănușile, deoarece corpul pierde o cantitate mare de căldură la mâini și cap.

• **Jocul și jucăriile** fac parte din nevoile fundamentale ale copilului; îi procură o satisfacție afectivă, îl preocupă și-l împiedică să se plictisească. Jocul are și valoare intelectuală, de descoperire și stimulare a talentelor, precum și de exercițiu de

îndemânare. Concentrarea și ardoarea cu care copilul se poate cufunda în joc, până la uitarea de sine, ilustrează dimensiunea importanței jocului la această vârstă.

Copilul are nevoie de libertate în joc. Va fi lăsat să-și caute singur jocul după preferințe și dispoziții. Nu se va interveni cu frânări decât atunci când, din neștiință, ar putea produce pagube, își pune viața în pericol. Unii copii trebuie dirijați, în mod discret, să învețe să se joace singuri. Dacă apelează mereu la însoțirea și supravegherea excesivă a unui adult, inițiativa, imaginația, spiritul creator nu se dezvoltă.

Trebuie încurajat jocul în societatea altor copii, de vârstă apropiată. Pe lângă faptul că este mai "interesant" pentru ei, jocul cu alți copii îl formează ca personalitate: pe de o parte învață să coopereze, să joace cinstit, să nu trișeze, să spună adevărul; pe de altă parte, relaționarea cu alți copii se face cel mai bine prin joc, intrarea în colectivitate fiind astfel pregătită (rol social).

Desfășurat în aer liber, jocul dă prilej copilului să-și descarce surplusul de energie și contribuie la călirea și dezvoltarea armonioasă a corpului. Nu trebuie evitate zilele mai reci sau chiar ploioase, cu condiția să fie bine îmbrăcat.

La această vârstă, cei mai mulți copii iubesc încă jocurile de mișcare (alergare, balansare, tobogan), dar în același timp capătă gustul cărților cu ilustrații, a jocurilor de construcție, de modelare: deprind plăcerea de a decupa, lipi și colora.

După vârsta de 3 ani mulți copii își manifestă dorința de a participa la treburile gospodărești (fetițele curăță mazăre, scot codițe de la fructe, fac prăjituri împreună cu mama, ajută la măturat, șterg praful; iar băieții la activități în aer liber, îngrijirea animalelor, lucru manual). Această tendință trebuie încurajată, pentru că îi conferă un sentiment de împlinire și mândrie și canalizează "jocul" spre activitate practică "utilă". Spre 5-6 ani i se pot repartiza mici sarcini "cu răspundere". Din când în când poate primi o recompensă.

Alegerea jucăriilor pentru un copil trebuie să țină seama de vârsta sa mentală în raport cu vârsta reală, de sexul, de interesele și capacitățile sale. Unii copii de 4 ani desenează tot atât de bine ca alții de 6 ani, în timp ce alții, cu inteligență egală, nu știu să deseneze și nici nu manifestă interes pentru desen.

Nu toate jucăriile au valoare educativă (cele mai scumpe nu sunt și cele mai potrivite!). Jucăriile complicate rețin atenția pentru puțin timp, apoi sunt

părăsite sau demontate, "cercetate". O păpușă mare și scumpă nu va place în mod obligatoriu mai mult decât una comună, care poate fi mănuită și iubită mai bine. O mobilă în miniatură, cu veselă, rochițe de schimb și resturi de țesături pentru păpuși sunt preferate de cele mai multe fetițe. Își exersează deprinderea de a îmbrăca și dezbrăca păpușa, spală "rufele" și vasele etc. Pentru băieți modele simple de automobile, tractoare, avioane, o roabă etc. constituie un "parc de vehicule" cu care imaginația lui își poate da frâu liber.

Trotineta, tricicleta, mingea sunt potrivite pentru jocul în aer liber. Pentru ocupațiile "stative" se vor alege, cum am mai spus: cărți de colorat, jocuri de construcție simple, mozaic din plastic, loto cu imagini, jocuri cu mărgelile, lucru manual (de cusut și țesut, pentru fetițe). Spre 6 ani se introduc jocuri cu cifre și litere.

Nu se vor dărui copilului multe jucării deodată, deoarece îl plictisesc. Se poate oferi un sertar dintr-o comodă, un cuțăr, un raft dintr-un dulap unde să-și păstreze jucăriile. Va fi îndemnat (și supravegheat) ca după ce s-a jucat să le strângă și să le pună la loc.

4.2.6. Sportul

Contribuie la dezvoltarea armonioasă a corpului și a minții. Romanii au spus-o înaintea noastră: "Mens sana in corpore sano" (Minte sănătoasă în corp sănătos). S-a dovedit că exercițiul fizic corect făcut permite o mai bună dezvoltare a aparatului cardiovascular și a celui inspirator, de care copilul va profita toată viața. Trebuie știut însă că un antrenament excesiv și condus într-un mod inconștient poate avea consecințe nefaste asupra dezvoltării copilului. Pe termen lung, sportul este o asigurare împotriva pericolelor civilizației (deformări ale coloanei vertebrale, obezitate, ateroscleroză etc.). Când practică un sport copilul se va dezvolta mai bine, va avea mai multă încredere în el, mai bune legături cu alții și va fi mai în largul său în viața de toate zilele. La sfatul medicului pediatru, copilul poate fi dirijat spre anumite sporturi pe care să le practice sub formă de exerciții "de începător".

• **Gimnastica** este un sport complet care se poate practica în toate anotimpurile și care se poate începe

chiar din perioada de sugar. Gimnastica îmbină elemente de dans și acrobație cu exerciții la aparate (bară fixă, bârnă, cal, paralele, inele) și dezvoltă suplețea, agilitatea, grația, frumusețea corpului. Singurul inconvenient al acestui sport este că se practică mai mult în sală.

• **Natația (înotul)** este sportul cel mai complet și cel mai adaptat pentru o dezvoltare armonioasă a corpului (mușchilor), respirației și circulației. Toți copiii ar trebui să învețe să înoate și să se antreneze în mod regulat. În ultimii ani s-a făcut mult zgomot prin mijloacele de informație pentru marele public despre "sugarii-înotători". Introducerea precoce a copiilor în bazine ar permite o obișnuire precoce și originală cu apa. Desigur nu se poate învăța crawl (craul) sau brass la 6 luni! Pentru a se ajunge la coordonarea mișcărilor și respirației trebuie așteptat 5-6 ani. Am vrea să precizăm că tentativele de a învăța pe copil să "înoate" sub vârsta de 3 ani trebuie făcute în bazine speciale de către adulți pricepuți. Unul din scopurile procedurii este de a duce pe copil la o autonomie completă în apă și de a-i ușura dezvoltarea psihomotorie prin mișcări în mediul acvatic. Unde mediului acvatic, percepțiile senzoriale, jubilaria motorie constituie prilejuri de plăcere unică pentru copil. Contactul cu apa, jucăriile și părinții îl ajută pe copil să-și structureze spațiul său și să cunoască propriul corp. Se știe că ființa umană nu folosește decât o parte din posibilitățile sale psihomotorii. Bogăția de senzații, de stimulări care intervin în această experiență, constituie un mijloc de a crește facultățile sale fizice și psihice. S-a spus că scoțându-l din scutece, se contribuie la stimularea și transformarea unui "bebe-asistat" într-un "bebe-autonom". La familiarizarea cu apa, un rol important îl au relațiile "mamă-copil" și "tată-copil", modul cum este acceptată apa de către mamă (teamă, plăcere) și îndemânarea celui ce introduce și asistă pe copil în apă. Trebuie știut că autonomia completă a copilului în apă apare între 24 și 36 luni. Este vorba de o motricitate adaptată pentru menținerea la suprafață ("înotul câinelui mic").

În practică, înainte de a lansa un copil mic în apă ar trebui:

- baia zilnică să fie primită cu plăcere de către copil;
- pe măsură ce copilul crește să se acorde o perioadă mai prelungită îmbăierii, cu jocuri în apă și cu "bălăceală";

- de la cada mică se va trece la cada mare a familiei, bineînțeles cu "asistența" atentă a mamei, în jurul vârstei de un an;

- vara, în curte se va improviza un "bazin" în care copilul să se bălăcească toată ziua (cada de plastic, de tablă galvanizată, de plastic gonflabilă, la marginea râurilor etc.).

Numai după aceste pregătiri prealabile se va trece la ceea ce preconizează unele cercuri de părinți: la adevăratele exerciții de "bebe-înotători".

- Se alege o piscină cu antrenori (monitori) special formați pentru copiii mici; instruirea nu se improvizează, ci este bine codificată.

- Se verifică starea apei (curățenie, temperatură): este de mare importanță ca în apă, copilul să nu aibă senzația de frig. Aerul din jurul bazinului trebuie să fie curat și cu temperatură corespunzătoare, plăcută.

- Se prevăd ședințe regulate și suficient de apropiate (una sau două ședințe pe săptămână). Nu se încep ședințele de înot dacă părinții nu pot merge la bazin decât o dată pe lună (ar trebui să fie luat totul de la început).

- Părinții înșiși trebuie să fie obișnuiți și să le placă apa, deoarece copilul simte ușor anxietatea lor și nu progresa. Ședințele sunt progresive, se fac sub supravegherea antrenorului și se adaptează la fiecare copil.

Spre 5-6 ani copilul poate merge la cursuri de înot organizate în grup și conduse de un specialist, fără prezența părinților.

• **Bicicleta** se practică devreme. La început (în jur de 1 ½ - 2 ½ ani) copilul este în stare să meargă pe tricicletă; între 3 și 4 ani se poate trece la bicicleta cu roți mici. Este un sport excelent pentru dezvoltarea aparatului cardiovascular și a musculaturii membrilor inferioare. De cele mai multe ori, este considerat ca un joc.

• **Mersul (drumeția, plimbarea)** este o activitate a timpului liber din familie. În fiecare zi copilul va fi dus la plimbare (1-2 ore pe zi) iar în vacanțe "drumeția" va fi în funcție de vârsta copilului, de climat și de relief, de câteva ore în fiecare zi.

• **Dansul clasic sau ritmic** este foarte apreciat, mai ales de fetițe. Se poate practica de la 3 ani. Pe lângă efectele de gimnastică "corectivă" (picior plat, abdomen mare, deformări ale coloanei vertebrale etc.), are un efect binefăcător asupra copiilor timizi, instabili, negativiști.

- **Patinajul** este un sport tehnic nu totdeauna accesibil, înrudit cu dansul și care dezvoltă echilibrul, grația, suplețea, curajul. Poate fi început la 3 ani.

Patinajul dezvoltă detenta, echilibrul, stăpânirea gesturilor; are influență asupra mușchilor gambelor și coapselor și asupra siluetei. La copiii mici este un excelent exercițiu de pregătire pentru schi.

- **Patinele cu roțile** reprezintă o formulă de sport foarte răspândită a tuturor copiilor.

- **Schiul** este un sport care poate fi practicat foarte devreme și care face parte din viața zilnică din regiunile muntoase înzăpezite. Pentru copilul de la oraș schiul este un bun mijloc de a profita de altitudine și de un climat sănătos, cu ameliorarea echilibrului și motricității.

Copilul trebuie să fie îmbrăcat călduros, eventual cu cască pe cap și cu ochelari împotriva reflecției razelor solare. Ședințele nu trebuie să fie prea lungi: înainte de a schia, copilul trebuie să fi beneficiat de odihnă și de o masă consistentă (dar nu copioasă). Instruirea se face la început sub formă de jocuri.

În încheiere, am vrea să precizăm că jocurile obișnuite oricât ar fi de indispensabile și de plăcute, nu sunt suficiente. Jocul de-a v-ați ascunselea, plimbarea, zbenquiala sunt necesare, vor duce la gambe puternice, dar mușchii brațelor și ai spatelui nu se vor întări. După 3 ani și până la 5-6 ani, la jocuri trebuie să se adauge una sau două activități din următoarele sporturi: natația, gimnastica, bicicleta, dansul ritmic, schiul, patinele cu roțile, patinajul. Antrenarea copilului în activitățile gospodărești constituie un mijloc excelent de călire și de inserție socială.

4.2.7. Mici probleme de educație

- **Alegerea unui animal de casă.** Copiii iubesc animalele și sunt încântați dacă părinții le permit prezența în casă. Prima condiție, ce trebuie respectată la alegerea unui animal de casă, este ca acesta să se potrivească particularităților căminului și situației familiei. Un considerent major trebuie să fie talia animalului ales și necesitățile sale de mișcare: un câine foarte mare este evident nepotrivit pentru un apartament sau o locuință de oraș cu grădină mică. O alegere potrivită pentru astfel de condiții o constituie un animal

mic cum ar fi: o pisică, un câine de apartament, hamster, un cobai, un iepure de casă. Un alt criteriu îl constituie costul de întreținere: un câine mare poate fi o problemă, în timp ce întreținerea unui animal mic este mai lesnicioasă. Problema care se pune înainte de alegerea și achiziționarea unui animal de casă este responsabilitatea pe care o poartă întreaga familie față de acest animal, în creșterea, dresarea, asigurarea unui culcuș, a unei atmosfere agreabile. Copiii sunt încântați în a coopera la îngrijirea animalului și trebuie încurajați să vegheze asupra tuturor necesităților lui, dar greu și munca responsabilă și constantă va cădea tot pe umerii adulților. Copiilor mai mari le place adesea să simtă responsabilitatea deplină pentru protejatul și prietenul lor. Vacanțele pot fi problematice dacă animalul nu poate însoți familia. De aceea, înaintea alegerii trebuie verificat dacă există posibilitatea ca pe durata vacanței "odorul" poate să fie lăsat în grija cuiva. Tot înainte de alegerea animalului se va cere sfatul medicului pediatru care va avea în vedere criteriul vârstei potrivite a copilului, și eventuale stări patologice (alergii).

Animale și păsări de casă cu răspândire largă sunt: câinele, pisica, hamsterul, iepurii, cobaiul, canarii, papagalii mici, peștișorii etc.

Animale și păsări neobișnuite ținute în casă: găscă, găina, șoricelul, papagalii mari, corbul, cioara, porumbeii, broasca, diferite insecte etc.

Grija de zi cu zi față de animal contribuie la educarea copilului, dezvoltând simțul de răspundere. Un animal oferă copilului o alternativă de investiție afectivă și se supune unei nevoi instinctive de societate, îngrijire, creștere.

Copilul poate fi martorul (într-un mod foarte natural) al ritualurilor nuptiale și al nașterii puilor. Mai mult, experiența pierderii sau a decesului prietenului-animal ar putea fi un ajutor în trecerea peste durerea provocată prin pierderea celor dragi – peste ani. Pentru copilul unic la părinți, un câine mic sau o pisică rezolvă parțial nevoia de joc, de mișcare și de contact social.

În foarte rare cazuri, animalele crescute în casă reprezintă o amenințare pentru copil. Se recomandă ca animalul să fie examinat la achiziționare și periodic de un medic veterinar. Dintre bolile transmise de animale cele mai frecvente sunt unele urticarii, alergii respiratorii, parazitoze ale pielii și intestinale; mai rar pot transmite boli ca: boala ghearelor de pisică, turbarea, toxoplasmoza, ornitoza, psittacoza, salmoneloza, colibaciloze. Pieptănatul, protecția

împotriva paraziților (purici, căpușe) pot preveni în mare măsură apariția unor afecțiuni la copil. Mai periculoase sunt contactele copilului cu excrementele animalului, fapt pentru care instruirea animalului de casă pentru curățenie este esențială. Față de animalele care mușcă, copiii trebuie instruiți să nu se “tutuiască” cu ele. Animalele trebuie vaccinate conform legilor în vigoare.

• **Autoritatea părinților** se mărginea altădată la a da ordine care nu țineau seama de personalitatea copilului. În zilele noastre, revendicările unor psihologi în favoarea copilului au fost adesea greșit interpretate, încât unii educatori au considerat că nu trebuie nimic poruncit și nici interzis copilului (s-a creat chiar un curent de “educație antiautoritară”). Conduita corectă este la mijloc: copilul trebuie, într-adevăr, respectat în nevoile lui esențiale, dar în același timp este necesară o autoritate vigilentă pentru a-l învăța limitele puterii sale, a deveni disciplinat în vederea unei inserții sociale eficiente. Principalul sfat dat de psihologi vizează formularea ordinelor: ele trebuie să fie totdeauna clare și precise, să fie pe înțelesul copilului, să nu fie retrase.

Recompense și pedepse. Recompensa nu trebuie înțeleasă într-un sens restrâns (dacă va face un anumit lucru sau va fi “cuminte”, va căpăta o prăjitură), pentru că ar duce la un comportament condiționat. Atmosfera sănătoasă, destinsă în familie, cu mici festivități vesele, organizate spontan, reprezintă cel mai bun stimul pentru comportarea “corespunzătoare” a copilului. Pedepsa este indispensabilă pentru unii copii care au comis o faptă interzisă. Nu sunt necesare pedepsele corporale; copilul resimte mult mai dureros retragerea afec-

țiunii și indiferența părinților. Pedepsa dreaptă și adaptată greșelii îl eliberează pe copil de sentimentul de vinovăție. Pe de altă parte, pedepsele inutile, “descărcarea” nervilor unui adult, precum și orice act de nedreptate, nu sunt uitate niciodată de copil.

Sunt interzise: *a)* amenințarea cu bătaia, fără a o aplica vreodată; *b)* interdicția să mănânce (ca măsură disciplinară); *c)* a speria copilul cu povești de groază; *d)* a promite o pedeapsă pentru mai târziu (copilul uită delictul!); *e)* a promite o recompensă și a nu respecta promisiunea făcută; *f)* contradicțiile și lipsa de unitate a adulților în probleme de educație.

• **Grădinița.** Vârsta la care un copil poate frecventa grădinița se va stabili după un consult cu medicul pediatru și – eventual – cu psihologul de la dispensarul policlinic. Admiterea la grădiniță se va face în funcție de: *a)* gradul de maturitate fizică și neuropsihică; *b)* starea de sănătate; *c)* mediul familial; *d)* adaptarea cu colegii de grădiniță și cu educatoarea.

Copilul care frecventează grădinița se deprinde să se scoale la ore fixe, să aibă un program ordonat al zilei, să mănânce, să se spele pe mâini, să se îmbrace și să se dezbrace singur. Programul de instruire (“lecțiile”) îl pregătește în vederea școlarizării, iar disciplina și viața în colectivul de copii acționează pozitiv în sensul socializării lui.

Pot fi descoperite acum unele tulburări ușoare trecute cu vederea până la frecventarea grădiniței: dificultăți de atenție, de concentrare, neîndemânarea, memoria deficitară, dificultăți de înțelegere, defecte de vorbire, timiditate, tulburări ale auzului sau văzului. Unele din aceste deficiențe pot fi corectate până la intrarea în școală.

5

REȚETE CULINARE

5.1. Produse industriale pentru alimentația sugarului

Generalități. Produsele industriale destinate alimentației sugarului și copilului mic sunt prezentate de către fabricile producătoare în ambalaje ermetic închise (cutii de tablă, pungi de plastic, pungi de hârtie impermeabilă). Au avantajul că asigură un produs cu compoziție și sterilitate garantată. Depozitate corespunzător (în încăperi uscate răcoroase) se pot păstra trei luni de zile.

Pe ambalajul produsului industrial trebuie să fie înscrise și în limba română: compoziția preparatului, modul de preparare (și cantitatea de produs recomandat), vârsta de la care se poate administra sugarului, data fabricației și durata valabilității. Înainte de folosire se impun câteva precauții: a) se verifică termenul de valabilitate al produsului; b) se controlează dacă ambalajul este în stare perfectă (cutiile să fie ermetic închise, pungile de hârtie sau plastic să nu fie rupte sau umezite; c) se face controlul organoleptic al produsului (pulberea de lapte trebuie să fie omogenă, fină, alb-gălbui, caifelată la palpare, fără grunji, să aibă gust și miros caracteristic; dacă pulberea este aglutinată în bulgări, are cutoare mai închisă sau verzule, miros ranced sau gust amar, nu va fi administrată copiilor; d) nu se folosesc produse din cutii deschise de mai multă vreme; e) pentru care perioadă a copilăriei este valabilă; f) compoziția exactă a conținutului.

Produse din lapte

Alegerea și modul de preparare a produsului din lapte pentru sugar se vor face la indicația medicului, în funcție de vârstă, toleranța digestivă și starea de nutriție a sugarului. Se va respecta concentrația indicată pe ambalaj sau cea recomandată de medic (care are datoria de a o adapta la fiecare caz în parte).

Lichidul de diluție (în care se resuspendă pulberea de lapte) poate fi: apă simplă fiartă (pentru nou-născutul

în primele 2 săptămâni de viață și pentru preparatele adaptate), apă (decoct) de orez 2-3% sau mucilagiul de orez. Acesta se prepară pentru 24 de ore și se păstrează la frigider.

Îndulcirea se face cu zahăr în concentrație 5% (dacă instrucțiunile de pe ambalaj nu prevăd altfel), cu excepția preparatelor adaptate și parțial adaptate, care nu necesită zahărarea. Trebuie subliniat că, după adăugarea zahărului, laptele mai trebuie dat o dată în clocot (se poate folosi siropul de zahăr).

Produsele de lapte destinate alimentației sugarului au fost prezentate anterior.

Produse din cereale, fructe și legume

Se pot prezenta sub formă de pulbere (de exemplu făinuri de cereale, simple sau în amestec) care necesită a fi fierte înainte de folosire (făină de orez, zeamil) sau nu (preparate instant), sau sub formă de pireuri la borerănele. Și acestea din urmă pot conține un singur fel de fructe sau legume (morcov, măr, piersică, un amestec de fructe și/sau legume (morcov cu măr, măr cu gutuie etc., sau pot avea adaosuri (cereale, carne etc.).

Pe eticheta acestor produse va fi menționată la vârsta care se recomandă folosirea, compoziția preparatului și durata de valabilitate. Pireurile destinate sugarului poartă mențiunea "Baby", iar cele pentru copilul la care funcția masticatorie este prezentă - mențiunea "Junior" (peste un an). Înainte de folosirea pireului, acesta va fi ușor încălzit într-un vas cu apă caldă. Boreanul încălzit nu se păstrează mai mult de 24 ore (la rece). Este de preferat să fie consumat la o singură masă. În cazul în care copilul se satură cu cantități mai mici, conținutul se porționează pe mese sau zile; nu este permis să se păstreze alimentul din care s-a servit (salva copilului dăde la degradarea în timp a alimentului respectiv).

5.2. Rețete pentru sugar

Reguli generale pentru pregătirea preparatelor din fructe sau zarzavaturi. Pentru păstrarea valorii nutritive a alimentelor (în special a vitaminelor) și evitarea îmbolnăvirii copilului (contaminarea cu diferiți germeni patogeni sau cu substanțe toxice), se vor respecta următoarele reguli:

- persoana care prepară alimentele se va spăla pe mâini cu apă și săpun, iar vasele și ustensilele folosite se vor spăla cu detergent și se vor opări încă o dată înainte de întrebuințare;

- fructele și legumele crude se aleg cu grijă și se spală din abundență cu apă sub jet;

- se folosesc numai cuțite inoxidabile;

- vasele de bucătărie pentru copii vor fi din material special (oțeluri speciale) sau smălțuite;

- prepararea (curățire, tăiere, răzuire) se face cu puțin timp înainte de fierbere pentru a nu fi păstrate prea mult în apă. Alimentul preparat se servește cât mai repede după fierbere; în caz contrar, se răcește imediat și se păstrează la frigider sau congelator;

- alimentele se fierb cât mai scurt timp posibil, în cantitate mică de apă și în vase acoperite cu capac; apa de fierbere nu se aruncă (conține vitamine și săruri minerale).

Apa (decoctul) de orez. Pentru prepararea apei de orez sunt necesare:

30 g orez (6 lingurițe sau 2 linguri cu vârf); 50 g zahăr (10 lingurițe); un litru de apă. Se alege orezul de impurități, se spală cu mai multe ape și se lasă să se înmoaie aproximativ 1/2-2 ore în apă rece. Apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 1/2 litru și se fierbe la foc domol aproximativ o oră până când bobul de orez "înflorește" și se zdobește ușor, iar apa scade la un litru (în timpul fierberii se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de fundul vasului). Se strecoară printr-o sită sau prin tifon, se adaugă zahărul și se mai dă în fiert câteva clocote. Se folosește ca lichid de diluție pentru preparatele din lapte praf sau ca aliment de tranziție în boala diareică. Se îndulcește cu zahăr 5%. Poate fi preparată și din făină de orez sau din "cereale de orez" instant.

Biscuiți pentru sugari: 530 g făină, 250 g zahăr pudră, 250 ml lapte, 60 g unt, un vârf de cuțit de bicarbonat.

Se frământă un aluat, se taie biscuiți de formă dreptunghiulară și se coc la foc potrivit în tava tapetată

cu făină. După răcire se trec prin mașina de tocat (ca pesmetul de pâine) și se păstrează într-o cutie bine închisă. Se folosesc (opăriți în prealabil) cu suc de fructe sau cu măr ras (4 lingurițe de pesmet pentru un măr mare ras) sau alte fructe strivite și ca adaos la lapte sau iaurt.

Biscuiți cu brânză de vacă. 2-3 biscuiți (pesmet) se opăresc cu 100-150 ml apă. După răcire se adaugă 50 g brânză de vacă și 1-2 lingurițe sirop de zahăr. Se mai poate adăuga suc proaspăt de fructe (mere, piersici, portocale) sau de roșii.

Brânză de vaci. Se prepară atât din lapte nefiert, cât și din lapte fiert. Pentru sugari se recomandă prepararea numai din lapte fiert.

a) Brânza de vacă din lapte nefiert. Laptele este lăsat să se prindă la temperatura unei camere încălzite sau și mai bine pe o plită caldă. După 12-24 de ore se ia smântâna și se pune laptele la foc moale, amestecând mereu, până când se formează cheaguri mari de brânză. Se lasă să se răcească, apoi se pune într-un săculeț de tifon, sau se trece printr-o sită deasă pentru ca să se scurgă zerul. Atenție la calitatea laptelui!

b) Brânza de vacă din lapte fiert. Laptele fiert se însămânțează cu maia, specială sau cu iaurt preparat cu o zi înainte (2-3 lingurițe la 200 ml lapte) și se pune la prins la temperatura camerei sau și mai bine pe o plită sau pe un calorifer cald. În continuare, modul de preparare este același ca pentru brânza de vacă din lapte nefiert.

c) Brânza de vacă preparată rapid cu lactat de calciu. Se fierbe 1 litru de lapte de vacă sau lapte praf integral. După ce se răcește puțin se adaugă 8-10 comprimate de lactat de calciu (4 g) pisate în prealabil. Se lasă să se răcească, apoi se pune la scurs într-un săculeț de tifon. Brânza astfel obținută se trece eventual printr-o sită deasă, pentru a se obține grunji fini. Este necesară o cantitate de lapte de 4-5 ori mai mare decât cantitatea de brânză pe care dorim să o pregătim (pentru 200 g brânză este necesar circa 1 litru de lapte).

d) Brânza de vacă preparată cu cheag. Se fierbe 1 litru de lapte și se lasă să se răcească la temperatura corpului. Se adaugă 10 g (2 lingurițe) de cheag. Se lasă să stea timp de 12 ore, pentru a se separa brânza de zer, apoi se scurge zerul (în săculeț de tifon).

Budincă de făinoase cu lapte cu sau fără brânză. 3 linguri de orez spălat sau 3 linguri de griș, fiert bine

în 250 ml apă, până scade apa. Se trece prin sită, se adaugă 200 ml lapte cald și se amestecă cu 50-100 g brânză de vacă, o linguriță de unt, un gălbenuș de ou frecat cu 30 g zahăr, iar la urmă albușul bătut spumă. Se răstoarnă compoziția într-o cratiță unsă cu unt și presărată cu pesmet; se dă la cuptor până se rumenește bine.

Budincă de făină de cereale. 250 ml lapte, 40 g cereale (porumb, grâu, ovăz etc.), 5 g unt, 25 g zahăr, 1 ou.

Se fierbe zahărul în puțină apă amestecat cu unt. Separat, cerealele se pun în puțină apă și, după ce se obține o pastă omogenă, se toarnă în vasul cu lapte. Se fierbe totul, amestecând mereu, până rezultă un amestec consistent. Se lasă totul să se răcească, se adaugă gălbenușul și, în sfârșit, albușul bătut spumă. Compoziția rezultată se transvazează într-un vas înalt, care se pune într-o baie de apă și se fierbe circa 3/4 de oră. În stare caldă, se răstoarnă pe un platou și se servește cu garnitură de dulceață sau de fructe (mere rase, zmeură bine sfărâmată, suc de afine sau de vișine). Se folosește la sugarul peste 10 luni și la copilul mic.

Găluști cu griș. 1 litru apă, un ou, griș. Se pune la fiert apa. Pregătirea găluștelor se face numai după ce apa a dat în clocot. Se bate bine un ou cu furculița și se adaugă griș, în ploaie, până se obține o pastă nu prea vârtoasă. Se înmoaie lingurița în apă clocotită și se taie găluști subțiri (cresc în apa fierbinte), care se scufundă treptat în apa care clocotește. Se fierb în vasul acoperit, până se ridică și plutesc la suprafață. Se controlează dacă sunt pătrunse.

Griș cu lapte (5% griș și 5% zahăr). Pentru o porție de 200 g sunt necesare 200 ml lapte, 75 g apă, 10 g griș (2 lingurițe) și 10 g zahăr (2 lingurițe). Laptele cu apa și zahărul se pun la fiert; când fierbe în clocot se adaugă grișul "în ploaie", adică presărat câte puțin, amestecând repede, ca să nu se facă cocoloașe. Se fierbe timp de 10 minute la foc potrivit, până ce rămâne cantitatea de 200 g.

Iaurtul. Laptele este fiert și răcit la 20-24°. Se adaugă maia din iaurtul din ajun (2-4 lingurițe de maia la 200 ml lapte) și se amestecă bine. Se ține la temperatura camerei timp de 5-8 ore sau se pune în apropierea unei surse de căldură (plită, calorifer sau sobă caldă), în care caz iaurtul se prinde mai repede. După ce s-a prins, iaurtul se pune la rece și se dă copilului în cel mult 24 de ore de la preparare.

Mucilagiul de orez. 50 g orez (2 linguri cu vârf), 50 g zahăr (10 lingurițe), 1 litru de apă.

Cele 50 g de orez se curăță de impurități și se spală. Se lasă să se înmoaie aproximativ 1-2 ore, în apă rece, apoi se completează apa în care a stat orezul până la 1 litru și jumătate. Se lasă să fiarbă la foc potrivit, timp de 1 oră, până când boabele se macerează și apa scade la 1 litru (în timpul fiertului se amestecă pentru ca orezul să nu se prindă de vas). Când este bine fiert se răstoarnă într-o sită deasă și se pasează orezul de 1-2 ori. Se adaugă 50 g zahăr, și se mai dau 2-3 clocote. Mucilagiul de orez se folosește la sugar, ca dietă în diaree.

Orez pasat cu brânză de vacă. Pentru o porție de 200 g sunt necesare: 150 g orez fiert în apă și trecut prin sită sau 150 g de cereale - instant de orez -, 50 g brânză proaspătă de vacă, 4 lingurițe de sirop de zahăr. Se amestecă bine totul. Se poate adăuga, pentru variația gustului: pireu de mere sau câteva lingurițe de zeamă de roșii sau de citrice, 1-2 lingurițe unt sau frișcă proaspătă (preparată în gospodărie).

Papanași fierți. 200 g brânză de vaci, un ou, 2 lingurițe de griș, 1-2 lingurițe de unt sau margarină, 3 lingurițe de caimac, 30 g zahăr.

Se freacă bine brânza de vaci cu gălbenușul, se adaugă grișul și albușul bătut spumă. Separat, se clocotește apa. Se taie cu lingura găluști care se pun la fiert în apa clocotită. Se fierb până ce se ridică și plutesc la suprafață, apoi se scurg și se servesc calzi, cu zahăr pudră.

Perişoare de carne. La o tocătură trecută de două ori prin mașină, compus din 40 g carne (mânzat, piept de pasăre) și 10 g pâine albă, se adaugă o lingură de apă rece și un gălbenuș de ou; se amestecă bine și se fac perişoare de mărimea unei nuci mici, 4-5 la o porție; se introduc în supă care clocotește, cu 20-30 de minute înainte de a se servi. Se pot da la sugarul după vârsta de 7-8 luni.

Pesmet din pâine albă. Se taie pâine albă în felii subțiri și se aşază într-o tavă care se introduce în cuptor la foc domol. Pentru a se rumeni uniform se întorc de 1-2 ori; se va evita carbonizarea parțială. După răcire, se pisează într-un mojar sau se macină cu mașina de pesmet. Pesmetul obținut se cerne și se păstrează în borcane sau cutii ermetice închise, aşezate într-un loc uscat. Se folosește la fierturi cu lapte, la pireurile de fructe proaspete, la budinci etc.

Pireul de banane. O banană mare, bine coaptă, se strivește cu furculița și se freacă spumă cu 1-3 lingurițe de sirop de zahăr. Se adaugă apoi 1-2 lingurițe pesmet, cereale instant sau biscuit și se amestecă bine. Pentru a-i schimba consistența, se poate adăuga, la nevoie, o

lingură de lapte condensat, lapte proaspăt, suc de fructe (de lămâie sau de portocală, zmeură, căpșuni etc.), sau 1-2 linguri brânză de vacă.

Pireul de cartofi. Se aleg 200 g cartofi de bună calitate, se apală și se fierb. După ce s-au fiert se strecoară apa, iar cartofii se curăță de coajă, se pasează, iar la copilul peste un an se sfărâmă cu furculița și se mixează, se pune puțină sare, 2-3 linguri lapte și se amestecă. Pireul de cartofi se poate îmbogăți cu o linguriță de unt sau margarină sau circa 20 g caimac ori smântână de bună calitate. Se pune pe sobă și se bate cu telul până arată ca frișca.

Pireul de spanac este folosit după vârsta de 8 luni. Din cauza gustului amarui, nu este acceptat de toți sugarii.

Se aleg frunze fragede, verzi, mai tinere, înlăturându-se codițele. Se spală în mai multe ape reci, se scurg bine de apă. Pentru a-și păstra sărurile minerale și vitaminele, se opăresc cu apă fierbinte înainte de a fi pus la fiert. Apoi se fierbe în apă puțină, timp de 5-10 minute, până se înmoaie foarte bine. Se toacă mărunț și se pune din nou în puțină apă în care a fiert, adăugându-se o linguriță de unt sau de margarină și puțină făină de pesmet. În loc de unt și pesmet se poate adăuga la copilul mai mare și puțin răntaș din unt și făină (o linguriță de făină se prăjește într-o tigaie până se rumenește făina, stingându-se cu apa în care a fiert spanacul. Spanacul preparat cu răntaș este mai gustos. Dacă se adaugă puțin lapte sau pireu de cartofi, dispare gustul amarui. Se poate încerca și îndulcirea cu zahăr, dacă sugarul refuză să primească preparate neîndulcite.

Important. Spanacul proaspăt nu se depozitează timp prea îndelungat. În primele 8 luni de viață nu este recomandabil să se dea sugarului spanac, deoarece anumite substanțe conținute în spanac (nitrații) se pot transforma în intestinul copilului în nitriți, care sunt dăunători. Din aceleași motive spanacul rămas de la o masă nu se reîncălzește pentru a fi dat copilului.

Sucul de morcovi. Se spală și se curăță bine morcovii. Apoi se răzuie și se storc printr-un tifon curat. Se poate folosi presa de stors fructe. Sucul de morcovi se poate da, amestecat sau alternativ, cu alte sucuri de fructe (portocale, lămâi, alte fructe de sezon). Se pregătește înainte de masă.

Sucul de tomate. Tomatele (roșiile) se spală bine sub jet de apă rece, apoi cu apă caldă; se pun într-o strecurătoare care se scufundă timp de un minut în apă clocotită. Apoi roșiile se zvântă și se taie în bucăți mai

mici, care se trec prin mașina de tocat carne sau prin presa de fructe. Zeama rezultată se trece printr-o sită deasă sau printr-o bucată de tifon, curată.

Sucul de zmeură. Boabele de zmeură se așază în strat subțire într-o strecurătoare care se scufundă de mai multe ori într-un vas cu apă. Apoi se zdrobesc bine cu furculița. Sucul se trece printr-o sită. Este un suc pe care copiii îl primesc cu multă plăcere.

Sucul de citrice proaspete se obține prin presare. Fructele citrice (portocale, lămâi) reprezintă alimente de mare valoare nutritivă, prin conținutul lor în zahăr (10-13%), acizi organici (1-2% acid citric) și vitamine (50 mg vitamina C în 100 g).

Utilizarea este multiplă. Sucul obținut din fructele proaspete cu ajutorul unei prese de fructe poate fi administrat ca atare din a 10-a - a 12-a săptămână de viață, sau se adaugă la pireul de fructe sau la masa de făinoase cu lapte, de seară. Diluat cu apă simplă, potolește setea.

Sufleu de cereale (porumb etc.) cu fructe. 40 g cereale instant, 250 ml lapte, 30 g zahăr, 1 ou, fructe.

Se fierbe laptele cu zahărul și se adaugă cerealele dizolvate în puțin lapte rece. Se fierb până se îngroașă. După ce se răcește, compoziția se amestecă cu oul bătut și cu fructele rase (mere) sau bine zdrobite (zmeură), se pune într-o tavă unsă și se coace la cuptor circa 40 de minute. Sufleul poate fi preparat și fără fructe, urmând ca acesta să se adauge ca garnitură, în momentul în care se servește copilului.

Supa de carne. Într-un litru de apă rece se pun: 250 g carne (găină, mânzat), 2 morcovi, 1 pătrunjel, 1/2 țelină.

Se fierbe 1-1 1/2 ore la foc domol. Se strecoară printr-o sită, și, dacă este cazul, se poate lua grăsimea. Unii sugari refuză supele cu miros de pătrunjel sau de țelină.

Supa de morcovi. 300 g morcovi tineri sau carote, pentru sugarii prematuri și sugarii sub vârsta de 2 luni, 500 g morcovi pentru sugarii mai mari, 1 litru apă, 50 g zahăr sau 50 g glucoză și un vârf de cuțit de sare. Sarea se adaugă mai ales în caz de diaree cu vărsături.

Se aleg morcovii mai tineri, se curăță, se spală și se taie în rondele subțiri. Se pun la fiert într-un litru de apă rece. Se fierb 1 1/2-2 ore la foc moale, până când morcovii se sfărâmă cu ușurință. În timpul fierberii se adaugă apă până la 1 litru. După fierbere, morcovii se pasează de două ori printr-o sită deasă sau se mixează, se completează cu apă până la 1 litru se pun din nou pe

foc și mai dau în clocot de 2-3 ori. După fierbere, se răcește, punându-se vasul cu supa de morcovi într-un vas mai mare, cu apă rece. Se păstrează la rece și se folosește numai 24 de ore. Este alimentul de alegere în caz de diaree!

Înainte de a se turna în biberon sau căniță, supa de morcovi se amestecă pentru omogenizare.

Supa de zarzavat. Pentru 2 porții de 250 ml supă de legume sunt necesare: 200-250 g zarzavat curățat, 10 g griș (două lingurițe), 500 ml apă.

Se prepară din legume variate, după sezon: morcovi, în cantitatea cea mai mare, pătrunjel, cartof, ceapă, țelină; vara se adaugă ardei gras, tomate, dovlecel, foi de salată verde, 1-2 păstăi de fasole verde, gulie.

Zarzavatul se curăță și se spală bine de mai multe ori, în apă rece (sub jet). Se taie în bucăți mari și se pune în apa care a început să clocotească. Se fierbe acoperit, se completează apa evaporată. Când legumele sunt fierte, se zdrobesc ușor cu furculița. Se strecoară, se adaugă grișul turnat în ploaie. Se mai fierbe 15 minute, se dă din ce în ce mai concentrată, ajungând până la consistența de pireu; după 6 luni se poate folosi cu

tot zarzavatul pasat, îmbogățit cu unt sau ulei. La început se pasează numai morcovii cu sau fără cartofi. În continuare se va da fie amestecat, fie numai cartofi (copiii slabi, cu tendință la constipație), fie numai morcovi la copiii cu plus ponderal, sau dispuși la diaree.

Siropul de zahăr. La 200 ml apă se adaugă 100 g zahăr și tot amestecul se fierbe până ce volumul final este de 200 ml. În timp ce fierbe, se îndepărtează spuma și impuritățile. Pentru a preîntâmpina zaharisirea, se adaugă 3 lingurițe de zeamă de lămâie.

Rezultă un sirop care conține 5 g zahăr la o linguriță. Se păstrează la frigider. În caz de zaharisire, se va fierbe în baie de apă.

Se folosește la îndulcirea tuturor preparatelor pentru sugari, în general în proporție de 5% (o linguriță la 100 ml de preparat).

Zahărul invertit. În 50 ml apă se dizolvă 1,5 g acid citric și se adaugă 80 g zahăr. Amestecul rezultat se fierbe până la volumul final de 100 ml. O linguriță conține 4 g zahăr. Pentru a îndulci 5% 1 litru de lapte de vacă se adaugă 60 ml din această soluție, coresponzând cu 50 g zahăr.

5.3. Rețete pentru copilul mai mare

Modul de pregătire a diferitelor mâncăruri se apropie, pe măsură ce copilul înaintea în vârstă, de cel al adulților. Pentru perioada de copil mic și preșcolar se va veghea ca felurile de mâncare alese să fie ușor de digerat (fără ceapă prăjită, rânțășuri groase) și să nu conțină condimente.

Pentru orientare:

Supele recomandate în alimentația copilului mic sunt: supa limpede sau de carne cu găluște sau tăieței, creme de legume, ciorba de roșii, de borș.

Sosurile nu vor fi prea grase. Se prepară de preferință pe bază de unt sau margarină, făină și lapte (sos alb) sau smântână. Dintre sosurile reci, maioneza se poate servi la cele mai variate salate.

Mâncărurile cu carne se servesc de 4-7 ori pe săptămână: perișoare cu diferite sosuri, friptură, șnițele, chiftele, ciulama, budinci cu carne.

Mâncărurile cu legume și carne nu trebuie să lipsească nici o zi din alimentația copilului. Se servesc fie separat (ghiveci de legume; budinci cu legume,

cartofi sub toate formele), fie ca garnitură la carne (salate de tot felul, soté de legume) sau cu ouă (spanac etc.).

Condimentele se adaugă la mâncare pentru a-i conferi un plus de savoare și a-i varia aspectul. În alimentația copilului mic se vor folosi predominant vegetale (pătrunjel, mărar, leuștean, cimbru, tarhon). La copilul mare și adolescent pot fi folosite și condimentele tradiționale (boia, piper, nucșoară, maghiran etc.).

Dulciurile constituie o componentă importantă și foarte agreată de copii. Pe lângă prăjiturile de casă care se pot păstra mai multe zile, există numeroase posibilități de a oferi copilului dulciuri: budinci pe bază de făinoase sau fructe, creme, sufleuri, clătite, salate de fructe.

Cu rețetele pe care le dăm mai jos am urmărit să oferim câteva jaloane, privind modul de preparare a alimentației copilului și sugestii pe baza cărora mama poate crea, după plac, un mare număr de variante.

Supe

Supa de legume pasată, cu lapte. 600 ml apă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, o ceapă mică, doi cartofi și după sezon, 20 g conopidă sau mazăre verde, o linguriță unt, 100 ml lapte, o linguriță făină, sare, pătrunjel verde.

Zarzavaturile se spală bine, se curăță de coajă, se taie. Apa se pune la fiert într-o oală smălțuită. Când clocotește, se pune ceapa (întreagă) apoi și celelalte zarzavaturi; se fierbe acoperit la foc domol. Când sunt fierte, se pasează prin sită. Separat, se face un sos alb din unt și făină și se stinge cu lapte. Sosul se amestecă cu supa și se mai fierb 10 minute. Se adaugă puțină sare și pătrunjel verde tocat.

Supă de cartofi pasată. 1/2 l apă, 100 ml lapte, 200 g cartofi, unt, 1/2 gălbenuș, sare, pătrunjel tocat (smântână).

Cartofii curățați și bine spălați, tăiați în cuburi mici sau în felii subțiri se fierb în apă cu sare. Când sunt fierți se pasează prin sită și se amestecă în zeama în care au fiert. Se adaugă laptele (sau smântâna) bătut cu gălbenușul, pătrunjel tocat și untul. La copiii mari se poate servi cu crutoane.

Supă de roșii. 600 ml apă, 300 g roșii, o ceapă, un morcov, o rădăcină de pătrunjel, un ardei gras, frunze de țelină, o lingură de orez, unt proaspăt, pătrunjel verde tocat.

Zarzavatul spălat și curățat se pune în apa clocotită și se fierbe până se înmoaie. Apoi se adaugă roșiile și ardeiul și se fierbe împreună până se înmoaie și roșiile. Se strecoară supa, iar zarzavatul se pasează prin sită. Se pune din nou la fiert cu orezul. Când acesta s-a fiert se adaugă la supă puțină sare, unt, pătrunjel verde. În loc de orez, supa poate fi servită cu tăieței (fierți separat), sau cu "zdrențe", făcute într-un ou întreg cu o lingură de făină. Pasta obținută se toarnă cu lingurița în supa care clocotește.

Supă-cremă de conopidă. 600 ml apă, 150 g conopidă, 25 g făină, 100 ml lapte, o linguriță unt, 1 gălbenuș, sare, pătrunjel verde.

Făina se rumenește puțin în unt și se stinge cu lapte. Se adaugă apa clocotită și se fierbe. În supa fiartă se pune conopida bine spălată și desfăcută în bucățele mici și sare. Se mai fierbe 15 minute, apoi se ia de pe foc și se adaugă gălbănușul și pătrunjel tocat.

Supă-cremă de mazăre. 1/2 l apă, 150 g mazăre verde, 20 g făină, 20 g unt, un gălbenuș, 50 ml lapte.

Mazărea curățată și bine spălată se fierbe în apă. Făina se rumenește puțin în untul încins și se stinge cu zeamă de supă. Se adaugă la supă și se fierb împreună. Apoi se pasează totul prin sită, se adaugă sare și gălbenușul bătut cu lapte. La copiii mai mari se poate servi cu crutoane.

Supă-cremă de dovlecei. 200 g dovlecei, 50 ml lapte, 10 g făină, 500 ml supă de zarzavat, sare, mărar verde, 2 linguri iaurt.

Se fierb dovleceii 15-30 minute în supă de zarzavat. Se trec prin sită. Separat se leagă făina cu laptele rece, apoi se înglobează în supă. Sare după gust. Se lasă să mai dea câteva clocote. Înainte de a fi servită se adaugă iaurt și mărar tocat.

Supă-cremă de țelină: 200 g cartofi, o țelină, 20 g unt, două lingurițe de smântână, 100 ml lapte, sare, 500 ml supă de legume sau bulion de carne, 100 g făină.

Se înăbușă țelina și cartofii tăiați mărunț, cu unt și cu apă, fierbându-se bine. Se adaugă un sos alb, preparat din făină și lapte și se clocotesc împreună, amestecând tot timpul. Se pasează prin sită și se subțiază fie cu supă de legume, fie cu bulion de carne. Se poate subția și cu 200 ml lapte sau chiar cu apă. Se poate săra, se mai clocotește, iar la urmă se adaugă smântâna și pătrunjel verde tocat. Poate fi servită cu crutoane.

Supă de fasole verde (pentru patru porții): 1/4 kg fasole verde, un morcov, o ceapă, 30 g unt sau ulei, o linguriță de zahăr, două roșii sau o linguriță de bulion, două lingurițe de făină, un litru de apă, sare, pătrunjel verde.

Se curăță morcovul și ceapa, se toacă mărunț, apoi se pun să fiarbă în apă. Când zarzavatul este aproape fiert, se adaugă fasolea, curățată, tăiată în bucățele de 2 cm. Se fierbe în continuare în vasul acoperit. Se prepară separat un sos din făină și zeamă de supă, care se toarnă în oala cu zarzavaturi. Roșiile, curățate de pielețe și sâmburi, se taie în felii subțiri și se pun în supă, odată cu sarea. Supa se poate acri cu zeamă de lămâie sau cu oțet diluat de fructe. Când se servește se pune unt proaspăt și pătrunjel verde, tocat.

Supă din carne de vită sau pasăre. 600 ml apă, 150 g carne de vită, sau 250 g carne de pasăre, 150 g zarzavat de supă (după sezon, se mai adaugă mazăre verde, conopidă, o roșie), sare, pătrunjel, tăieței.

Carnea și oasele, bine spălate, se pun la fiert, în apă rece. După 2 ore se scoate carnea și se strecoară supa (carnea poate fi folosită la prepararea de chiftele sau

ca umplutură la omletă sau, tăiată bucăți mici, poate fi adăugată la supă, împreună cu zarzavatul fiert și tăiat.

În supa limpede pot fi puși tăietei (fierți separat) sau găluște din pesmet (1/2 chiflă, 10-20 g pesmet, 1/2 ou, câteva linguri de lapte, 5 g unt, sare). Chifla tăiată în cuburi mici se înmoaie în lapte până absoarbe tot laptele, apoi se sfărâmă cu lingura, se adaugă oul, sare, unt și se îngroașă cu pesmet. Se formează găluște rotunde care se fierb în supă.

Ciorbă de perișoare. 600 ml apă, 200 g carne fără os, 150-200 g os "cu sită", o ceapă, un morcov, pătrunjel verde, 2 lingurițe de orez, sare, lămâie sau borș.

Osul se fierbe în apă cu sare până scade apa la jumătate, apoi se completează cantitatea de apă scăzută. Când fierbe din nou în clocot se adaugă zarzavatul spălat, curățat și tăiat mărunt (întâi ceapa, apoi morcovul și pătrunjelul). Carnea se toacă de două ori prin mașină, se adaugă puțin miez de pâine albă și sare. Se fac bile de mărimea unor nuci, cu mâna înmuiată în apă și se introduc pe rând în zeama care fierbe. Apoi se adaugă și orezul, ales și spălat. Se fierbe totul până când orezul și perișoarele sunt fierte. Se acrește cu borș proaspăt sau cu lămâie.

Sosuri

Sos alb. O lingură de făină, o lingură de unt, 200 ml lapte, sare, lămâie.

O lingură de făină rumenită pe uscat, în cuptor sau la foc moale, se amestecă cu puțin lapte rece și se fierbe amestecând tot timpul. Se ia de pe foc și se adaugă 1 lingură cu unt proaspăt. Pentru copilul trecut de un an se adaugă verdețată tocată. După dorință se poate adăuga suc de lămâie, sare.

Se servește cu pește alb fiert sau legume fierte (dovlecei, conopidă, fasole verde).

Sos alb "béchamel". 50 g făină, 20 g unt, 200 ml lapte, sare.

Untul se topește la foc tare, se adaugă făina, amestecând tot timpul pentru a nu se rumeni. Se stinge cu lapte rece, continuând să se amestece cu lingura pentru a nu se produce cocloașe. Se adaugă sare.

Se servește cu legume fierte, carne fiartă, creier.

Sos tomat. Roșiile proaspete se fierb împreună cu zarzavatul de supă (morcov, pătrunjel, țelină). Se trece totul prin sită și se adaugă sare, zahăr, un vârf de cuțit de unt.

Se servește ca adaos la carne fiartă sau friptă, la legume fierte sau paste făinoase.

Sos de mărar. 250 ml lapte, 15 g făină, o linguriță unt, un gălbenuș, sare, mărar, oțet.

Laptele, amestecat cu făină și cu sare, se pune la fiert. Se amestecă neîntrerupt, până se îngroașă ca o cremă. Se adaugă gălbenușul, untul și la sfârșit mărarul, care a fost fiert în prealabil în puțină apă cu oțet.

Se servește cu ouă fierte tari, carne fiartă sau cu perișoare.

Sos de hrean (pentru copilul mare). 200 ml lapte, 4 linguri smântână, 10 g făină, sare, 10 g hrean, 5 g unt.

Se amestecă smântâna cu făină și se toarnă în laptele fiert. Se fierbe la foc moale 5 minute. Se adaugă sare, hrean și unt și se amestecă bine, fără a mai fierbe.

Sos roz. Se face un sos alb (vezi mai sus) la care se adaugă suc de morcov crud preparat din morcovii rași și storși prin tifon. Sucul, care este frumos colorat, se toarnă în sosul alb; acesta capătă culoare roz și este vitaminizat. Se servește cu rasol de carne sau de pește.

Sos de tarhon. 4-5 linguri de untdelemn, două linguri de zeamă de lămâie sau oțet de fructe, o linguriță de muștar, 1/2 linguriță de miere sau de zahăr, sare, piper, tarhon, mărar, pătrunjel. Frunzele de tarhon, splălate, se toacă mărunt și se amestecă cu untdelemn, muștar, sare, piper și se bat bine. La urmă, se adaugă zeamă de lămâie sau oțet slab de fructe. În caz că se folosește oțet, acesta se îndulcește cu zahăr sau miere. La sfârșit se adaugă mărar și pătrunjel fin tocat. Acest sos se toarnă peste salată, putând fi servit la orice fel de salată crudă.

Se mai poate prepara sosul de tarhon și cu gălbenuș de ou în felul următor: două gălbenușuri răskoapte, două linguri de zeamă de lămâie, 4 linguri de untdelemn, 12 frunzulițe de tarhon, o lingură de apă, sare, piper. Se freacă gălbenușurile de ou, peste care se adaugă tarhonul tocat foarte fin, sare, piper și o linguriță de apă. Compoziția se freacă în continuare cu o lingură de lemn, adăugând câte puțin untdelemn. Acest sos se servește la salate de legume fierte, la orez etc.

Sos verde. 1/4 kg spanac curățat, un ou, 5-6 linguri de ulei, sare. Spanacul se fierbe cinci minute, se trece prin mașina de tocat și apoi se stoarce bine printr-un tifon. Se face o maioneză obișnuită, peste care se adaugă zeama rece de spanac, amestecând bine, până când se colorează sosul.

Sos de fructe. Pentru sos de mere: 300 g mere, 10 g făină, 10 g zahăr, 10 g unt.

Jumătate din cantitatea de mere se păstrează crude, restul se pun la fiert cu coajă și miez, iar zeama obținută se strecoară. La această zeamă se adaugă făina, diluată separat în puțină apă rece, zahărul și untul. Se fierb în câteva clocote, până se obține un sos de consistența dorită. Merele crude păstrate se rad pe răzătoarea de sticlă, iar pulpa se stoarce prin tifon. Zeama obținută se adaugă în sos în momentul servirii pentru a-i păstra vitaminele. La fel se prepară sosurile de vișine, caise. Aceste sosuri se pot servi la orice friptură sau la rasol.

Sos cu gălbenuș. 2 gălbenușuri, 50 g unt, sare, 250 ml apă, 1 lămâie. Se topește jumătatea din cantitatea de unt pe baie de apă. Se adaugă gălbenușurile, sare și apa și se amestecă neîntrerupt până se îngroașă crema. Apoi se încorporează restul de unt în sosul fierbinte și se adaugă zeamă de lămâie după gust.

Se servește la pește prăjit sau la conopidă fiartă.

Maioneză cu brânză de vaci. 100 g brânză de vaci, un gălbenuș, 5 linguri lapte, sare, zeamă de la jumătate de lămâie, 50 ml untdelemn.

Se amestecă brânza cu gălbenușul. Treptat, se adaugă uleiul, amestecând continuu. Se acrește după gust cu zeamă de lămâie.

Fiind ușor digerabilă, această maioneză este indicată la copiii mici. Se servește cu pește rasol, legume fierte, salată de cartofi, salată verde.

Mâncăruri cu carne

Friptură cu zarzavat. 2 felii de carne, 40-50 g unt, o jumătate țelină mică, două gulioare, o ceapă mică, 150 g roșii, sare, o linguriță făină, 100 g smântână sau lapte.

Bucățile de carne se crestează pe margini, se bat, se pune sare și se prăjesc repede pe ambele părți, în ulei bine încins. Se scot pe o farfurie încălzită. În același ulei se rumenește puțin ceapa tăiată mărunt, apoi se pune carnea înapoi, se adaugă puțină apă și se înăbușe. Când carnea este aproape moale, se adaugă zarzavatul și roșiile curățate de piele și tăiate felii. Când și zarzavatul este fiert se îngroașă sosul cu făină și lapte sau smântână.

Se servește cu crochete de cartofi, găluște de chifle sau cartofi fierți.

Șnițel în aluat. 200 g carne de vițel sau carne slabă de porc, o lingură de făină, un ou, două linguri de lapte, 100 g unt sau ulei.

Carnea se taie felii, se bate puțin, se pune sare și se presară cu făină. Din făină, ou, sare și lapte se prepară un aluat (mai gros decât aluatul de clătite). Feliile se introduc în acest aluat, apoi se prăjesc în untul sau uleiul bine încins. Se servesc cu cartofi prăjiți, salată verde etc.

Pui umplut. Un pui de găină, 80 g unt, sare. Pentru umplutură: 80 g franzelă, 50 g unt, un ou, pătrunjel, sare, 100 ml lapte.

Franzela se taie în cuburi mici, se înmoaie în laptele în care s-a bătut oul. Se adaugă untul topit, sare, pătrunjel tocat și se amestecă bine. Pasărea se spală, se freacă pe dinăuntru și pe dinafară cu puțină sare. Se introduce umplutura și se coase. Se rumenește în unt și se stropește cu unt fierbinte, pentru a nu se usca. În 35-40 de minute carnea este moale. Se adaugă în sos puțină apă și se mai înăbușe puțin. Se servește cu salată verde.

Pui cu smântână. Carne de pui, 2-3 linguri de smântână, 50 g unt, un vârf de cuțit de făină, apă, pătrunjel verde tocat mărunt.

Se pune la înăbușit, în unt încins, pieptul sau pulpele de pui. Se picură câte puțină apă, ca să nu se prindă și se pune sare după gust. Când carnea este fiartă, se scot oasele și carnea se pune din nou în cratiță. Din smântână amestecată cu puțină făină, se face un sos, care se toarnă peste carne și se lasă să mai dea câteva clocote. După gust, se adaugă pătrunjel verde tocat.

Pasăre în sos alb. Carne de pasăre (300 g), 50 g unt, 60 g zarzavat. 100 ml lapte, un gălbenuș, o ceapă mică, 20 g făină, sare.

Carnea spălată se taie bucați și se fierbe cu zarzavatul în apă sărată. Din unt și făină, stinse cu lapte și supă, se prepară un sos alb, care se fierbe 20 de minute. Se ia de pe foc, se adaugă gălbenușul, sare, și restul de lapte fără să se mai fiarbă. Se pune carnea în sos. Se poate servi cu mămăliguță.

Ruladă cu carne tocată. 200 g carne de vită, un cartof crud, o jumătate de chiflă, un ou, verdeață tocată mărunt, sare.

Carnea curățată de piele se trece de două ori prin mașina de tocat, împreună cu un cartof crud și cu chifla înmuiată în lapte și stoarsă. Se amestecă cu sare, verdeață și 1/2 ou crud. Se rulează pe un fund și se presară cu pesmet alb. Se introduce într-un vas cu puțin ulei și zeamă de zarzavat. Se unge pe deasupra cu ulei (sau unt) fierbinte; se coace până se rumenește la cuptor. Se taie felii și se servește cu cartofi pireu, soté de morcovi sau de dovlecei.

Mâncăruri de legume

Legume combinate, înăbușite. Un morcov, o gulie, o jumătate țelină, un fir de praz, o conopidă mică, o mână de boabe de mazăre verde, 50 g unt, sare, o lingură rasă de făină, 100 ml lapte.

Zarzavatul spălat și curățat se taie în bucățele egale și se înăbușe pe rând. Se leagă cu un sos alb și se pune sare după gust. Se servește cu omletă sau cu orez.

Chifteluțe de legume. 2 morcovi, 4 cartofi, un ou, unt, făină sau pesmet fin, verdeață tocată, sare.

Se spală bine morcovii și cartofii. Morcovii se pun la fiert în apă cu sare, iar cartofii se fierb separat în coajă. Se curăță cartofii de coajă și, după ce totul s-a răcit, se trece prin mașina de tocat carne. Se amestecă cu puțină sare, verdeață, făină și gălbenușul și se frământă. Apoi se adaugă albușul bătut spumă. Se fac cu lingura chifteluțe, se dau prin făină și se prăjesc în unt încins. Se servesc calde, cu puțin sos de roșii sau cu câteva picături de zeamă de lămâie. Se pot prepara și din mai multe zarzavaturi.

Cartofi umpluți. 6 cartofi mari, 50 g unt, 10 g fină, 80 ml lapte, sare, 100 g șuncă, 100 g cașcaval, pătrunjel.

Cartofii bine spălați, curățați de coajă, se coc la cuptor. Se lasă să se răcească puțin, apoi se taie un căpăcel și se scobește miezul cu o linguriță. Miezul de cartofi se amestecă cu un sos alb béchamel (pag. 229), amestecat cu șunca tăiată cuburi mici. Cu această compoziție se umplu cartofii, se reasează în cratiță, se presară cu cașcaval, se ung cu unt topit și se dau la cuptor. Se servesc cu salată verde.

Budincă de cartofi cu șuncă. 250 g cartofi fierți, 50 g unt, 50 g șuncă, 50 g cașcaval ras, un ou, sare.

Cartofii fierți și presărați se amestecă cu untul frecat spumă, cu gălbenușul, șunca tăiată bucățele mici, sare și la urmă albușul bătut spumă. Compoziția se pune într-o formă unsă cu unt sau margarină și presărată cu pesmet. Se coace la foc potrivit 20-30 minute, apoi se răstoarnă și se servește cu cașcaval ras și șuncă tocată presărate deasupra.

Budincă de conopidă. O conopidă mică, 2 linguri de smântână, o lingură de unt, 2 linguri cașcaval ras, un ou, 2 lingurițe de unt, o lingură de pesmet, sare.

Se fierbe conopida în apă cu sare, se scurge, se zdrobește, se adaugă untul frecat spumă, gălbenușul, cașcavalul, smântâna, pesmetul și albușul spumă. Se toarnă compoziția într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet și se coace timp de 30 de minute sau se fierbe la baie de apă.

Mazăre verde înăbușită. 200 g mazăre verde, 30 g unt, 10 g făină, sare, puțin zahăr.

Mazărea se fierbe 10 minute în apă puțină. Separat, din unt, făină, sare, zahăr și zeama în care a fiert mazărea se fierbe un sos subțire. Se adaugă mazărea și se fierbe puțin. Se poate servi cu friganele.

Fasole verde. 250 g fasole verde, 20 g unt, sare, o lingură de pesmet rumenit, smântână.

Fasolea, spălată bine în prealabil se fierbe în apă cu sare. Când este moale se strecoară, se așază pe o farfurie și se presară cu pesmet rumenit în unt. Se servește cu puțină smântână sau sos de roșii.

Mâncare de fasole verde (pentru patru porții). 500 g fasole verde crudă, 500 g roșii, verdeață, 100 ml untdelemn, o ceapă, sare.

Se toacă ceapa mărunt și se fierbe în puțină apă. Se aruncă apa în care a fiert, iar ceapa se pune pe fundul cratiței, în care se prepară mâncarea. Deasupra se așază păstăile de fasole, curățate și spălate, ca și roșiile tăiate în felii. Se presară cu sare, se toarnă untdelemn și o ceașă de apă. Se acoperă cratița și se lasă să fiarbă la foc mic, până când se înmoaie fasolea. Se adaugă verdeața tocată mărunt.

Budincă de dovlecei. 1-2 dovlecei, 20 g cașcaval, un ou, o lingură de smântână, 1/2 lingură de făină, 2 lingurițe de unt, o linguriță de pesmet alb, sare, verdeață tocată.

Se spală dovleceii, se curăță, se taie cuburi mici și se fierb în apă cu sare 10 minute. Se răstoarnă în strecurătoare. Când s-au scurs bine se amestecă dovleceii cu gălbenușul, cașcaval ras, albușul spumă, făina, pesmetul, untul și verdeața tocată. Se coace în formă unsă cu unt 20-30 minute. Se răstoarnă, se stropește cu smântână, se servește caldă.

Dovlecei cu smântână (pentru 4 porții): 4 dovlecei potrivit de mari, 100 g smântână, o linguriță de făină, 30 g unt, sare.

Se curăță dovleceii, se spală și se taie în bucăți în lung, apoi în lat, de 3-4 cm lungime. Se clocotesc puțin în apă cu sare, apoi se scurge apa printr-o strecurătoare. Se pun la cuptor cu untul. Smântâna se îngroașă cu puțină făină și se toarnă peste dovlecei când aceștia s-au înmuiat. Se mai lasă la cuptor încă 20 de minute. La fel se prepară dovleceii la cuptor cu sos alb, în loc de smântână.

Dovlecei la tavă. 2 dovlecei, 2 roșii, un cățel de usturoi, 20 g unt sau ulei, sare (piper), mărar, pătrunjel, cimbru, cașcaval ras.

Dovleceii spălați și curățați se rad pe răzătoare, se lasă puțin să se scurgă, apoi se pun într-o crăticioară în care s-a încins grăsimea, se adaugă condimentele. Deasupra se taie roșiile curățate de coajă și se presară cașcaval ras. După ce s-a înăbușit la foc moale se dă la cuptor până scade zeama.

Dovlecei umpluți cu orez (pentru 4 porții). 4 dovlecei, 100 ml ulei, 15 g orez, ceapă, sare, smântână, 2-3 linguri de verdeață tocată, 200 ml sos de roșii.

Se toacă ceapa și se înăbușe cu puțină apă și ulei. Se amestecă cu orezul, verdeața și sarea. Se umplu dovleceii, după ce au fost curățați de coajă, tăiați în două și scobiți de semințe. Dovleceii umpluți se așază în tavă, odată cu uleiul și cu ceașca de apă caldă în care se poate pune puțin zahăr, după gust. Se fierb la cuptor. Când sunt fierți, se adaugă sosul de roșii și se mai lasă în cuptor, 1/4 oră.

Dovleceii pot fi umpluți și cu brânză de vacă (100 g) amestecată cu un ou, mărar tocat, puțină sare.

Mâncăruri pe bază de făinoase

Spaghete în sos de roșii. 150 g spaghete, 40 g unt, o linguriță făină, 30 g cașcaval ras, sare, o lingură pastă de roșii.

Spaghetele se fierb în apă sărată, se scurg și se limpezesc. Separat se amestecă făina cu untul topit și se stinge cu o ceașcă de apă, se adaugă pasta de roșii, se fierbe, apoi se adaugă pastele făinoase. Se servește cu cașcaval ras presărat deasupra.

Budincă de orez cu mere. 1 lingură de orez, 3 mere mari, 50 g nuci măcinate, 10 g unt, sare, 2 linguri zahăr, 25 g stafide.

Se fierbe orezul cu apă; separat se fierb merele curățate de coajă și tăiate felii, cu zahărul, ca un compot scăzut. Se așază într-o formă unsă cu unt și presărată cu pesmet, un rând de orez, un rând de mere, un rând de nuci și deasupra un rând de orez amestecat cu stafide. Se pun deasupra bucăți mici de unt și se pun la cuptor până se rumenește ușor.

Budincă de pâine albă cu șuncă. 2 chifle, 150 ml lapte, 40 g șuncă slabă, un ou, o linguriță de unt.

Chiflele tăiate felii subțiri se înmoaie în lapte și se scurg bine. Într-o cratiță mică unsă cu unt și tapetată cu pesmet se așază un strat de pâine, apoi umplutura (șuncă tăiată cuburi mici amestecată cu gălbenușul, albușul spumă și o linguriță de unt) și iar un strat de chifle muiate. Deasupra se toarnă laptele, în care s-au înmuiat chiflele și câteva bucățele de unt. Se coace la

foc potrivit până s-a absorbit laptele și s-a rumenit budinca.

Budincă de pâine albă cu mere. 2 chifle sau câteva felii de franzelă, 150 ml lapte, 2 mere potrivite, un ou, 1 linguriță de unt, zahăr, scorțișoară.

Se procedează cu pâinea ca la rețeta anterioară. Se așază în crăticioara unsă un strat de felii de pâine apoi un strat de mere (curățate de coajă, răzuite, înăbușite cu zahăr), se presară puțină scorțișoară. Deasupra se pune iar un strat de pâine muiată. Se toarnă laptele în care s-a bătut oul și se pun câteva bucățele de unt. Se dă la cuptor până se rumenește.

Crochete de cartofi. 200 g cartofi, 1/2 ou, 10 g unt, 100 g făină, o priză praf de copt, sare, pesmet, 50 ml lapte.

Cartofii bine spălați se fierb în coajă. După ce se răcesc, se curăță de coajă și se presează. Se face un aluat din făină, praf de copt, sare, unt, 1/2 ou și cartofi, și se formează cu mâna crochete alungite. Fiecare se introduce în ou (cealaltă jumătate, bătută cu 50 ml lapte), apoi în pesmet și se prăjesc în ulei bine încins. Se servesc lângă friptură sau zarzavaturi soté.

Mâncăruri cu ouă

Ochiuri în cuib (pentru 2 porții). 200 g cartofi, 2 ouă, 10 g unt, 50 ml lapte, 25 g smântână, sare.

Cartofii se fierb în apă cu sare. Se strecoară, se sfărâmă cu furculița, se amestecă cu laptele fierbinte până se face un pireu fin. Se toarnă într-un vas uns cu unt. La mijloc se face cu lingura o gropiță, în care se sparge oul. Se pune în cuptor 10 minute.

Se servește cu smântână sau cu sosuri diverse.

Ouă cu verdețuri pe salată verde. 2 ouă, 2 lingurițe de verdețuri tocate (pătrunjel, mărar, ceapă verde), o lingură rasă de unt proaspăt, o lingură brânză de vaci, sare, salată verde, zeamă de lămâie și untdelemn.

Se fierb ouăle tari, se curăță și se taie în lung, se scot gălbenușurile. Se freacă brânza de vacă (sau urdă) cu untul, se amestecă cu verdețurile și puțină sare. Se umple fiecare jumătate de ou și se toarnă deasupra un sos obișnuit pentru salată din ulei, sare și zeamă de lămâie. Se așază pe frunze de salată verde.

Omletă. 2 ouă proaspete, 2 linguri apă, sare, 20 g unt sau margarină.

Ouăle se bat cu apă și sare și se toarnă în tigaia cu untul încins. Se coace la foc domol, pe ambele părți, având grijă să se rumenească numai marginile. Se scoate pe o farfurie caldă și se îndoaie pentru a permite

să fie umplută mai ușor. Umplutura poate fi din: - zarzavat: morcov și mazăre înăbușite în unt, conopidă, roșii sau ardei (acesta înăbușit cu puțină ceapă prăjită); - carne aproximativ 50 g (pentru o omletă): șuncă, ficat, creier, carne de vițel, parmezan, pasăre sau pește. Carnea se taie în bucăți mici și se înăbușe în unt.

Jumări cu verdeață și roșii. 2 ouă, 2 roșii, pătrunjel tocat, 3 lingurițe de unt.

Se curăță roșiile de pieliță și sâmburi, se taie în cuburi și se înăbușe în unt până scade toată zeama pe un foc mic. Se adaugă ouăle bătute, amestecate cu puțină sare și verdeață tocată, amestecând tot timpul până se obține consistența dorită a jumărilor. Iarna când nu sunt roșii proaspete, se poate prepara cu suc de roșii sau cu ketchup.

Aperitive - gustări

Roșii umplute. 2-3 roșii, 2 ouă, o salată verde, o lingură maioneză, lămâie, puțin untdelemn.

Roșiile se curăță de coajă, se taie capacul și se scobesc. O salată verde bine spălată se taie în fâșii foarte subțiri, se amestecă cu 2 ouă fierte tari și tocate, cu puțin untdelemn, lămâie și maioneză ca să se lege umplutura. Se mai poate adăuga puțină șuncă slabă tocată. Cu această compoziție se umplu roșiile și se servesc crude.

Pastă cu carne de vită. 150 g carne slabă, 50 g zarzavat, 10 g ceapă, 100 g unt, sare, coajă și zeamă de lămâie, un ou, pastă de tomate.

Carnea și zarzavatul se fierb într-o cantitate mică de apă. Se trece carnea de două ori prin mașina de tocat, se adaugă untul frecat bine, apoi se pune ceapa tăiată mărunt, câteva fire de coajă de lămâie, zeamă de lămâie, o linguriță de pastă de tomate. La sfârșit se adaugă oul fiert tare și tocat fin.

Pastă de ficat (pentru copii peste 2 ani). 100 g ficat crud, foarte proaspăt, un ou fiert tare, o ceapă, 2 lingurițe unt, pătrunjel verde tocat.

Ficatul crud se trece prin mașina de tocat carne. Se amestecă apoi cu ceapa și se înăbușe în unt bine încălzit împreună cu pătrunjelul verde tocat. Amestecul se face când ceapa este încă fierbinte. La sfârșit se adaugă oul fiert, tocat mărunt. Se servește uns pe felioare de pâine prăjită.

Ardei gras cu brânză de vaci. 2 ardei grași, 100 g brânză de vacă, sare, 1/2 ceapă mică, boia dulce, 30 g unt.

Brânza de vacă se freacă cu untul, se adaugă ceapa tocată mărunt, puțină boia dulce. Compoziția se introduce în ardeii bine spălați și scobiți. Se taie felii groase de 1-1 1/2 cm și se aranjează frumos pe farfurie.

Salate

Salate de fructe și zarzavaturi. La prepararea salatelor avem în vedere ca aspectul lor, variat colorat, să stimuleze apetitul copiilor. Zeama (sosul) pentru salată se poate prepara după mai multe formule.

Pentru salata de fructe:

1. Suc de la 1/2 lămâie, 2 linguri de suc de fructe, 2 linguri sirop de zahăr sau apă fiartă;
2. Sucul de la 1/4 lămâie, 100 g pulpă de fructe;
3. Sucul de la 1/2 lămâie, 2-3 linguri smântână proaspătă.

Pentru salate de zarzavat:

1. 100 ml iaurt sau smântână, sare sau puțin zahăr;
2. suc de lămâie sau oțet diluat, sare, ceapă tocată mărunt, ulei, cu sau fără verdeață tocată;
3. zeamă de carne sau de zarzavat, sare, lămâie.

Salată de mere. 250-300 g mere. Pentru sos: 4 linguri de apă, 4-5 bucăți de zahăr, suc de lămâie, scorțișoară.

Merele bine spălate se curăță și se taie în felii subțiri. Se picură sucul de lămâie și se toarnă deasupra siropul (în care s-a fiert și scorțișoară) după ce s-a răcit. Se poate presăra cu nuci tocate mărunt și cu stafide. Se poate prepara și cu banane și stafide. În locul siropului se pot pune 3-4 linguri de lapte sau smântână.

Salată din amestec de fructe. 300 g fructe, 20 g stafide, 30 g nuci sau migdale, 25-30 g zahăr pudră.

Fructele mici se pun întregi, cele mari se taie felii foarte subțiri. Se amestecă cu stafidele înmuiate în apă, nuci tăiate și zahăr. Se toarnă deasupra unul din sosurile enumerate mai sus.

Această salată poate fi preparată din: banane, piersici, pere, struguri, mere, caise, portocale, zmeură, cireșe, căpșuni. Salata este cu atât mai gustoasă cu cât fructele folosite sunt mai numeroase.

Salată de conopidă. 400 g conopidă, apă, sare, o lingură de ulei, 4 linguri zeamă de carne (sau zeamă de conopidă), suc de lămâie sau oțet.

Conopida se fierbe în apă cu sare, după răcire se desfac floricele mici și se toarnă deasupra sosul preparat din zeama de carne (sau de conopidă), sare și lămâie.

Salată de cartofi cu roșii. 250 g cartofi, 2 roșii, sare, mărar, 2-3 linguri smântână (sau maioneză), un ou fiert tare.

Se fierb cartofii, se curăță de coajă și se taie felii. Se amestecă cu oul fiert tăiat felii. Se adaugă roșiile tăiate, mărarul tocat și smântână sau maioneză. Se amestecă totul bine.

Salată portocalie-albă. 150 g morcovi rași, 100 g țelină rasă, 50 g mere rase.

Se amestecă totul cu un sos cu lămâie sau cu maioneză și brânză de vaci. După gust, se pot presăra nuci sau migdale tăiate. Se lasă să tragă 15 minute.

Salată de crudități. 200 g varză albă, tocată, un morcov ras, 1/2 țelină rasă, un gogoșar tăiat felii mici, o ceapă mică, tocată, 2 linguri ulei, sare, suc de lămâie.

Se amestecă toate zarzavaturile, se toarnă deasupra sosul preparat din ulei, suc de lămâie, sare.

Deserturi - dulciuri

Mere îmbrăcate. 200 g făină, 140 g unt, 70 g zahăr, un ou, sare, mere de mărimea unui ou, gem acrișor.

Din făină, unt, zahăr, gălbenuș și puțină sare se face o cocă pe care o lăsăm să stea o oră. Se aleg merele, se spală bine, se curăță de coajă, se scobesc și se umplu cu gem. Coca se întinde ca o foaie groasă de 2-3 mm, se taie pătrate. Se îmbracă fiecare măr în cocă adunând cele patru colțuri în partea de sus. Se înmoaie în albuș, se tăvălesc în zahăr și se dau la cuptor la foc potrivit până se rumenesc ușor. Se servesc calde.

Budincă cu fructe (4 porții). 250 g fructe, 250 g zahăr pudră, 4 foi de gelatină, 6 albușuri, frișcă.

Fructele proaspete (căpșuni, zmeură, mere, caise sau piersici) se spală, se fărâmă cu lingura (sau cu mixer-ul) se storc prin tifon sau sită și se freacă spumă cu zahărul. Apoi se adaugă gelatina dizolvată în apă fierbinte și albușurile bătute spumă tare. Se toarnă într-o formă, clătită cu apă rece și se pune la rece. Se servește cu frișcă.

Cremă de zahăr ars (pentru cinci porții). 1/2 l lapte, 4 linguri de zahăr pentru cremă și 2-3 linguri pentru ars, 4 ouă întregi, vanilie.

Se freacă bine ouăle întregi cu zahărul, și se adaugă încet laptele, amestecând mereu. Apoi se toarnă compoziția într-o formă tapetată cu zahăr ars și se așează forma în baie de apă, la cuptor. Se lasă 20-30 de minute, până se încheagă. Apoi se răcește. Se răstoarnă pe farfurie în momentul servirii.

Lapte de pasăre. 400 ml lapte, două ouă, două linguri de zahăr, o linguriță de făină, zahăr vanilat.

Laptele se pune la fiert, se bate albușul spumă, până când se ține singur de tel; se adaugă în ploaie o lingură de zahăr, bătând încet. Se ia câte o lingură de albuș și se pune în laptele clocotind. Se fierbe întorcând albușul pe o parte și pe cealaltă, însă nu mai mult de un minut. Găluștele formate astfel se scot cu o spumieră și se pun într-un castron. După ce au fiert toate găluștele, se strecoară laptele rămas. Se freacă bine gălbenușul cu restul de zahăr, se adaugă făina și se subțiază laptele strecurat, turnat puțin câte puțin. Se pune această cremă la fiert la foc slab, amestecând mereu până începe să se îngroașe. Se ia de pe foc, se adaugă zahăr vanilat și se toarnă printre găluște, fără a le acoperi. Se pune la rece.

Mere coapte umplute cu dulceață. Se aleg mere sănătoase, câte încap într-o crăticioară de 1 litru. Se spală, se curăță și se scobesc. În scobitură se pune dulceață de vișine sau de alte fructe, nucă măcinată și se presară puțin zahăr.

Se așază merele în crăticioara unsă cu unt și se dă la cuptor la foc potrivit până se coc merele. Se servesc calde.

Budincă de griș (4 porții). 3 ouă, 120 g griș, 2 linguri zahăr, 1/2 litru lapte, sare, coajă de lămâie, vanilie, sirop de zmeură sau dulceață fină.

Gălbenușurile se freacă spumă cu zahărul, apoi se adaugă grișul în ploaie, coaja de lămâie, albușurile bătute spumă și sarea. Se coace la foc potrivit în forma unsă și presărată cu griș. Când se desprinde de marginea formei, budinca este coaptă. Între timp se fierbe laptele cu vanilia și cu o lingură de zahăr. Când se scoate budinca din cuptor, se toarnă deasupra laptele fierbinte. Se lasă în formă până se absoarbe tot laptele, apoi se răstoarnă, se unge cu gem sau dulceață. Poate fi servită și cu sirop de zmeură sau frișcă.

Sos caramel. Se arde zahăr într-o tigaie, până capătă culoarea galbenă-roșiatică și se stinge cu apă. Se lasă să fiarbă pentru ca zahărul să se dizolve. Se poate folosi la griș cu lapte sau orez cu lapte, la budinci, creme.

Fursecuri cu miere. 500 g zahăr tos, 4 ouă, 4 linguri de miere caldă, făină cât cuprinde, 1/2 pachetel praf de copt.

Jumătate din zahăr se freacă bine cu ouăle întregi, se adaugă mierea caldă, apoi făina în care s-a amestecat restul de zahăr și praful de copt; se face un aluat con-

sistent. Se formează biluțe de 1,5-2 cm diametru, se coc la foc potrivit. Se pot păstra mult timp (se frăgezesc după 2-3 zile).

Prăjitură cu cremă de lămâie. Pentru aluat: 500 g făină, 140 g zahăr, 100 g unt, 1 linguriță de amoniac, 100 ml lapte, 2 ouă, zahăr vanilat. Pentru cremă: 250 g unt, 250 g zahăr pudră, 2 gălbenușuri, zeama și coaja de la o lămâie, 1 lingură făină și 100 ml lapte.

Se freacă zahărul cu untul, apoi și ouăle, se adaugă făina, amoniacul și laptele. Se coc trei foi.

Pentru cremă se freacă untul cu zahărul pudră. Separat se amestecă făina cu laptele rece și se pune pe baie de apă, amestecând continuu, până se îngroașe. După ce se răcește, se adaugă treptat untul frecat cu

zahăr, iar la sfârșit zeama și coaja de lămâie rasă. Se ung foile. Se taie a doua zi după ce prăjitura a fost pudrată cu zahăr.

Băutura răcoritoare pentru "petreceri". Diferite fructe proaspete, bine coapte, suculente (caise, piersici, căpșuni, zmeură, portocale).

Se spală bine, se taie în cuburi mici și se așează într-un castron (de sticlă) adânc. Se adaugă fructe conservate (cireșe, vișine, ananas din compot). Se presară cu zahăr și se toarnă deasupra apă fiartă și răcită, de asemenea zeamă de lămâie și ceai rusesc tare, proaspăt preparat și răcit. Se amestecă totul bine și se pune la frigider. Când se servește se adaugă cuburi de gheață sau puțin sifon.

6

ȘCOLARUL MIC. ADOLESCENTUL

6.1. Școlarul mic

Cu al 7-lea an de viață începe vârsta de școlar mic (6½ - 12 ani) continuată de adolescența subîmpărțită convențional în două sau mai multe subperioade. Noi am ales divizarea ei în trei etape: adolescența timpurie (12-14 ani), adolescența mijlocie (14-16 ani) și adolescența târzie (între 16 și 21-22 ani). Vârsta între 12 și 20 de ani reprezintă etapa cea mai activă în ce privește dezvoltarea fizică, psihomotorie și socială a ființei umane. Copilul devine adult.

Trebuie subliniat că se observă foarte mari diferențe în ce privește apariția în timp, durata și manifestările fizice și psihice în procesul de maturare biologică, psihică și socială.

Sunt încă unele necunoscute în procesele hormonale care se desfășoară în cursul pubertății. Toate aceste procese, ca și gradul de inserție socială, sunt influențate de o serie de factori din care amintim: ereditatea, modul de viață și îndeosebi alimentația, unele boli, tradiții etc.

Părinții și/sau adulții care se intrică în viața școlarului și/sau adolescentului trebuie să încerce să fie capabili să facă față multor cerințe, uneori greu de rezolvat. Dintre acestea amintim:

1) Să urmărească și să consemneze schimbările în ce privește: înălțimea, greutatea, momentul și modul cum survin modificările determinate de pubertate: a) *fete*: sâni, pilozitate, armonia dezvoltării unor segmente ale corpului ca șoldurile, membrele inferioare, bustul, apariția și modul cum decurge ciclul menstrual; b) *băieți*: organele genitale, pilozitatea etc. Începând de la vârsta de 10 ani și până la 20 de ani se vor măsura bianual (ziua de naștere și jumătatea anului) greutatea și înălțimea: ultima este bine să fie consemnată pe tocul unei uși.

2) Să urmărească modul cum se inseră social: școala și apoi inițierea într-o meserie, hărnicia, potențialul intelectual și fizic.

3) Să fie la curent cu grupul de prieteni din școală și din afara școlii. În epoca actuală adolescenții își duc viața în cadrul unor grupuri, care au căpătat o importanță și o semnificație tot mai mari în adolescență. Își fixează anumite comportamente obligatorii pentru fiecare membru al grupului, preferă anumite activități, devin membri sau "fani" ai unor cântăreți ori formații muzicale, ai unor grupuri sportive, ai anumitor personalități sau vedete din teatru, televiziune etc. Părinții trebuie să înțeleagă toate aceste mutații în comportamentele tinerilor, să le accepte dar, în același timp, să le discearnă bine pentru a depista orice turnură spre activități antisociale.

4) Să depisteze și să prevină toate riscurile la care se expun copiii (accidente: bicicleta, traversarea străzilor, rolele, alunecuş pe ape înghețate, jocuri în locuri periculoase, înec, căderi) și adolescenții (turismul la munte, înotul în mare și ape curgătoare adânci, alcoolism, droguri, participare la acțiuni antisociale, boli venerice, perversiuni sexuale).

5) Legătura susținută cu corpul profesoral.

6) Să se asigure consultații medicale periodice pentru a urmări dezvoltarea fizică și psihomotorie, etapele pubertății, anomalii și boli ale sistemului osos, cariile dentare, obezitatea, acneea juvenilă, anomalii sexuale, probleme de igienă mentală, carențele alimentare, nevrozele, randamentul școlar.

Între 6-12 ani

Dezvoltarea fizică. Între 6 și 12 ani copilul crește în medie în greutate cu 3-3,5 kg/an și cu 6 cm/an. Creșterea se face inegal cu alternanțe de perioade cu creștere când în înălțime (perioade de "înălțare"), când în greutate (perioade de "împlinire") care afectează toate segmentele corpului, dar în primul rând trunchiul și membrele. Se "schimbă" dinții de lapte, erupând cei definitivi. Survin mari progrese în funcțiile mișcării (motricitatea generală și fină). Nevoile nutritive sunt mai mari în perioadele de creștere.

TABELUL 6. 1

GHID PENTRU PĂRINȚI CÂND COPIII ÎNCEP ȘCOALA

1. Luați legătura cu educatoarea de la grădiniță pentru a fi informat asupra maturației copilului pentru școală
2. Consultarea medicului de familie asupra stării de sănătate și a dezvoltării fizice și neuromotorii
3. Transferul fișei medicale la cabinetul medical școlar
4. Încercați să "convingeți" pe copil să renunțe la unele tulburări care-l pun în situații de inferioritate (suptul degetului, incontinența urinară etc.)
5. Școlarul trebuie să pună în practică singur următoarele deprinderi: îmbrăcat, încălțat, spălarea mâinilor înainte de a mânca, mâncat, folosirea closetului public, spălarea dinților, aranjarea cărților în ghiozdan
6. Vizitați școala împreună cu copilul
7. Fixați întâlniri cu copii care vor merge la aceeași școală
8. Învățați copilul să știe bine adresa și numărul de telefon de acasă
9. Învățați copilul cum să traverseze strada și cum să circule cu mijloacele de transport în comun
10. Instruiți copilul cum să se comporte în întâlnirile cu străinii
11. Obișnuți-l să se culce devreme pentru ca trezirea de dimineață să se facă spontan sau ușor
12. Dimineața să aibă timp suficient pentru a pregăti plecarea la școală (spălat, îmbrăcat și încălțat, gustarea). Cărțile se aranjează în ghiozdan seara
13. Despărțirea de părinți să fie prietenoasă
14. Instruiți copilul unde să meargă în situații de urgență survenite acasă (vecini, rude)
15. În primele zile însoțiți copilul până învață traseul și stațiile în deplasarea spre școală
16. Țineți legătura cu învățătorul și urmăriți viața școlară (randament la învățătură, inserția socială cu colegii etc.)
17. Informați învățătorul despre schimbările din viața copilului

TABELUL 6. 2

SFATURI PENTRU FAMILIILE CU ȘCOLARI „CU CHEIA DE GÂT“

Sfaturi pentru copii

1. Să nu intre în casă dacă ușa este crăpată sau sesizează ceva suspect
2. Să nu se joace cu cheile. Ușa să fie totdeauna încuiată
3. Răspunsul la telefon este "Părinții sunt ocupați!" (și nu "plecați")
4. Tehnica primului ajutor
5. Sfaturi pentru modul cum procedează în caz de foc ("căi de evacuare") sau alte neprevăzute (conduce de apă defecte, pană de electricitate, inundație)
6. Sfaturi pentru prepararea mesei; cuptoarele cu microunde sunt cele mai bune
7. Măsuri de siguranță la baie (fără instrumente electrice!)
8. Precauții în caz de perturbări meteorologice: furtuni, grindină, ploi torențiale, inundații
9. Precauții la deschiderea garajului

Sfaturi pentru părinți

1. Notarea numărului de telefon lângă aparatul de telefon
2. Alegeți un vecin(ă) care este de obicei acasă pentru urgențe
3. Învățați pe copil: numele, adresa, telefonul, numele părinților
4. Lăsați numărul de telefon de la serviciu
5. Încuiați sursele de foc
6. Organizați o trusă de prim ajutor
7. Avertizați copilul asupra străinilor la întoarcerea de la școală; să nu urce cu liftul dacă sunt persoane străine de bloc; să nu deschidă ușa persoanelor străine de familie
8. Veniți acasă la timp; sunați în prealabil
9. Lăsați mesaje pe bandă pentru copil. Recomandați-i ce are de făcut când este singur acasă
10. Lăudați copilul pentru succese
11. Avertizați vecinii asupra schimbărilor survenite

TABELUL 6. 3

SFATURI PENTRU VIZIONAREA PROGRAMELOR DE TELEVIZIUNE

1. Se stabilesc ore de vizionare în anumite limite (filme și anumite emisiuni săptămânale)
2. Se stabilesc condițiile de vizionare (la masă, în dormitor, nu zgomotos)
3. Televiziunea nu reprezintă un premiu sau o pedeapsă
4. Fixarea programelor ce vor fi vizionate se face printr-un schimb de păreri cu copiii
5. Învățați copiii să fie critici cu discernământ la conținutul programelor
6. Învățați copilul să diferențieze emisiunile propriu-zise de reclame
7. Vizionările la televiziune nu trebuie să înlocuiască alte activități: jocul în aer liber, cititul etc.
8. Se evită programele nocturne și filmele de groază cu conținut antisocial etc.
9. Copilul nu trebuie să "zacă" în fața televizorului, avid de orice emisiune

Dezvoltarea psihică. Se înregistrează modificări însemnate. Este mai puțin egocentric. Pricepe că nu are totdeauna dreptate. Se exprimă prin vorbe, emoții și gânduri. Limbajul crește la 3 000 de cuvinte (sau mai mult). Sunt rare cazurile în care copiii mai fac greșeli de pronunțare (îndeosebi litera R plasată lângă o consoană). În schimb, pot surveni temporar alte tulburări ca bâlbâiala. Formulează fraze complexe.

Dezvoltarea socio-emoțională. Începe să-și interiorizeze gândurile, emoțiile, speranțele. Vrea să facă și altceva decât ceea ce realizează până acum. Dorește să fie ca prietenii. Competiția este importantă. Se teme de mutilarea fizică și de modificarea imaginii corporale. Pot să revină unele fobii anterioare. La mulți apar coșmaruri. Se teme de moarte. Se preocupă din ce

în ce mai mult de aspectele sexuale; este bine să se înceapă educația sexuală progresivă.

Sunt frecvente ticurile nervoase.

Nutriția. Se constată mari variații de apetit. Perioadele de creștere, educația fizică și anxietatea școlară au un mare rol în modul cum și ce mănâncă. De subliniat tendința de a nu mânca dimineața din cauza grabei și grijilor școlare. Nu-și consumă nici "gustarea" la școală. (Vezi amănunte mai departe la "alimentație" pag. 248).

Jocul. Preferă jocurile în grup, de obicei cu copii de același sex. Începe să fie interesat de cărți pentru toate vârstele. În familie îi plac jocurile "de societate" (cărți de joc etc.).

Prevenirea accidentelor. În mașină trebuie plasat numai pe scaunul din spate și să poarte centură de siguranță. Atenție la mersul pe bicicletă, la alte preferințe cu risc (jocuri cu echipamente mecanice, înot în ape curgătoare și la mare, alpinism fără echipament corespunzător și pe trasee cu risc, urcușul în copaci și pe stâlpi de înaltă tensiune, insolație etc.).

Între 6 și 7 ani

Dezvoltarea fizică. Încep unele modificări în proporțiile diferitelor segmente ale corpului, însoțite de un salt în creșterea staturală. În comparație cu trunchiul, membrele inferioare și superioare devin mai lungi și mai musculoase. Toracele se turtește anteroposterior. Abdomenul prea mare la copilul mic se turtește de asemenea, devine mai suplu, se schițează talia. Lățimea umerilor începe să depășească pe cea a șoldurilor. Gâtul devine mai subțire și mai lung. Fața este supusă de asemenea unor modificări: fruntea înaltă și bombată de preșcolar nu mai este atât de dominantă la școlar. Nasul se subțiază. Maxilarul inferior începe să crească. Motricitatea fină nu s-a maturizat. Abilitatea de a scrie îl obosește: după scrierea a 1-2 pagini, literele nu mai sunt trasate perfect, apar greșeli. Maturarea musculaturii mâinilor este foarte lentă; apucarea începută de la 2 luni se va definitiva de abia după 7 ani.

Dezvoltarea psihică. Vocabularul este de circa 2 500 de cuvinte. Învăță să citească și să scrie. Diferențiază stânga de dreapta; dimineața, după-amiaza, seara. Limbajul devine mai agresiv, argumentativ, uneori cu alură de șef.

Dezvoltarea socio-emoțională. Devine expansiv, "știe tot!". Părinții ar trebui să se retragă din lupta pentru afirmare. La 7 ani devine gânditor, reflectează. Este

foarte sensibil. Folosește telefonul. Vrea să "facă"; începe multe, dar finalizează puține. I se pot încredința treburi în gospodărie.

Nutriția. Persistă inapetența selectivă din perioada de preșcolar. Prin consumul redus de carne apare riscul anemiei, refuzul laptelui poate duce la încetinirea creșterii și la hipocalcemie, lipsa de vegetale duce la unele avitaminoze și la constipație. Apa este permisă cât vrea și când vrea (inclusiv în timpul mesei!). "Rația" de apă în 24 de ore este în jur de 100 ml/kg/corp. Vezi pag. 248

Jocurile. Agreează încă păpușile, mașinuțele, camioanele. Se joacă încă singur, dar începe să prefere grupul, deocamdată de ambele sexe. După 7 ani începe să prefere grupul de același sex. Este apt pentru a învăța să folosească bicicleta. Îi plac jocurile active (v-ați ascunselea, săritul corzii, skate, jocurile cu balonul). Începe să colecționeze cantitativ, nu calitativ. Este interesat de dans, gimnastică, muzică. Vizionarea televizorului trebuie limitată la 1-2 ore pe zi.

Siguranța. Necesită încă supravegherea adulților la joacă. Întăriți prevederile pentru evitarea accidentelor de circulație (joc pe stradă, traversare etc.). Instruiți-l să evite străinii și oferta darurilor de la necunoscuți. Mersul pe bicicletă este permis numai în curtea casei; NU în zone cu trafic. Avertizați-l de pericolul noxelor: fumatul, alcoolul, drogurile. Jocul în aer liber în timpul iernii va fi fixat în funcție de comportamentul copilului la frig.

Imunizări. Se continuă vaccinările după "calendrarul" fixat de Inspectia sanitară de stat. Dacă nu s-au făcut rapelurile la 5 ani este obligatorie vaccinarea în primul an de școală.

Între 8 și 10 ani

Se mișcă și se joacă mult, uneori până la epuizare fizică. Motricitatea fină este deplină; scrisul nu-l mai obosește, devine ordonat, estetic, cu greșeli mai rare. De altfel toate mișcărilor devin coordonate. La multe fete apar primele semne secundare sexuale (puf genital, sânii devin proeminenți etc.). Poate apărea miopia.

Dezvoltarea psihică. Pe lângă faptul că scrie și se pronunță fără greșeli de gramatică își exprimă verbal sentimentele. Desenele devin tot mai detaliate. Înțelege clasificarea, serializarea, conceptul de spațiu și timp. Limbajul devine tot mai fluent și mai "colorat". Îi plac ghicitorile, bancurile, cântecele – preferă și unele melodii, jocurile de cuvinte. Începe să fie interesat cum se desfășoară lumea oamenilor, dar și viața animalelor, transformările în natură, anotimpurile, vremea.

Dezvoltarea socio-emoțională. Preferă copiii de același sex. Antagonizează cu sexul opus. În familie este din ce în ce mai sigur pe el. Începe să se îndoiască de valoarea părinților. Simțul umorului este dezvoltat. Îi place societatea, organizările în grup. Devine conștient de diferențele de sex. Este manierat cu adulții. Spiritul de bandă atinge apogeul. Domină ritualurile și codurile secrete. Răspunde mai bine la sugestii decât la ordine. Părinții sunt datori ca toate relațiile să se desfășoare prin dialog.

Nutriția. Sunt necesare circa 2 100 calorii pe zi. Nu "are timp" să mănânce. Părinții trebuie să insiste pentru un meniu zilnic echilibrat cu proteine (lactate, carne), vegetale (fructe, zarzavaturi) și hidrocarbonate. Din cauza capriciilor de apetit survin tendințe de deficit de calciu, fier, tiamină. La sedentari și/sau la gurmanzi sau cu preferințe exagerate pentru dulciuri apare problema obezității. Este apt și trebuie îndemnat să participe la prepararea mesei; indiferent de sex trebuie să se deprindă să-și pregătească singur sandvișul pentru școală (vezi și mai departe despre "alimentație").

Jocurile. Agreează sportul, excursiile, lucrul manual, gătitul. Este mare amator de muzică, radio, discuri. Colecțiile devin calitative.

Siguranța. Atenție la armele de foc (păstrate în siguranță și folosite în prezența adulților). Părinții sunt datori să cunoască prietenii copilului și să facă o selecție discretă. Atenție la pericolul apei (înot supravegheat).

Imunizări. Dacă nu s-au făcut seriile anterioare de vaccinare este cazul să se completeze. Atenție îndeosebi la vaccinarea antitetanică.

De la 11 la 12 ani

Dezvoltarea fizică. Elementele esențiale se apropie de adult. Creșterea în înălțime este accelerată. Maturizarea este mai precoce la fete, cu diferențe importante între cele două sexe. La băieți forța fizică este mai mare. Dentiția definitivă este completă cu excepția celui de al 3-lea molar. La băieți apar caracteristicile celui de al doilea stadiu al pubertății (vezi mai departe). La multe fete apare menstruația. De altminteri, în ultimele decenii se constată apariția mult mai de timpuriu a pubertății.

Dezvoltarea psihică. Judecă probleme sociale. Ia în considerare și alte puncte de vedere decât cele vehiculate în familie și școală. Îi plac lecturile despre mistere și poveștile de dragoste. Folosește bine ideile abstracte. Este interesat de modul de reproducere umană. Înțelege și respectă măsurile de igienă și de îngrijire corporală.

Dezvoltarea socio-emoțională. Diferențe mari între fete și băieți. Fetele sunt mai "evolute" în ce privește relațiile cu băieții, flirtează. Băieții sunt încă "mai copii", le tachinează, uneori cu unele brutalități de limbaj. Începe însă cea mai înduioșătoare perioadă de prietenie. Atât fetele cât și băieții nu mai acceptă tutela familiei și doresc o independență nelimitată. Sunt refractari la rutină. Se înregistrează mari variații afective. În familie simt nevoia să aibă condiții (timp, spațiu) pentru o intimitate individuală. Devin autocritici cu munca personală. Se informează despre evenimente dincolo de familie și școală. La băieți apare masturbația. La ambele sexe se instalează o stare de tensiune permanentă, de frământări cu speranțe, îndoieli, neliniște.

Nutriția. Nevoile calorice sunt mai mari la băieți (circa 2 500 calorii pe zi) decât la fete (2 250 calorii pe zi). Este nevoie de consum mare de lichide (75 ml pe kg/corp/zi). Atât băieții cât și fetele au nevoie pentru creștere de circa 2 g de proteine pe zi sub formă de lactate (proteine și calciu) și de carne sau pește (proteine plus fier). Este nevoie de mese mai dese, pentru că pot surveni crize de hipocalcemie (consum redus de lactate) sau de hipoglicemie (meniu fără dulciuri; refuză micul dejun și gustarea din recreație). Crizele respective se manifestă prin scăderea randamentului intelectual și/sau fizic, oboseală, nervozism și lipotimii (pierderea conștienței, căderi).

Timpul liber. Face tot felul de planuri, proiecte, lucrează manual. Muncește pentru bani. Este interesat de sport, dans, telefonat. Îi place actoria; preferă spectacolele și filmele cu drame.

Siguranța. Părinții trebuie să exercite un control permanent al prietenilor. Atenție la mersul pe bicicletă, ascensiuni pe munți, înot în ape necontrolate. Frecventarea discotecilor și altor forme de distracții (jocuri mecanice etc.) sunt adesea riscante. Apare tentația pentru consumul de alcool și/sau droguri!

6.1.1. Părinții față în față cu școlarul mic

Condiția indispensabilă a împlinirii copilului este sentimentul de a fi în securitate și iubit. El trebuie să simtă că i se oferă tandrețe consecventă, că se acceptă

rezultatele de la școală (chiar dacă nu sunt întotdeauna strălucite) și caracterul său (oricât de dificil ar fi). Dacă părinții școlarului mic dau dovadă de înțelegere, țin pasul cu achizițiile lui, îl încurajează cu afecțiune (niciodată nu va fi muștrat cu mânie!) și îi atribuie progresiv independență, vor constata că el va accepta cu ușurință normele de disciplină ale procesului de învățământ.

La școlarul mic este încă foarte pronunțată dorința de a fi pe placul celor mari (părinți și dascăli). Ambițiile părinților pentru copilul lor trebuie să fie în limite rezonabile, pentru a nu-i cere mai mult decât îi permite nivelul lui intelectual. Solicitățile la care el nu face față îi dau un sentiment de insecuritate. Criticile aspre, pisălogeala, batjocura, comparațiile defavorabile sau pedepsele nu stimulează pe copil în a învăța. Pe de altă parte, se vor evita laudele excesive care pot duce la teama de eşec.

Trebuie să se cultive la școlar bucuria de a învăța, de a descoperi, de a crea. Această trăsătură există în el; a exersat-o în primii 6 ani ai copilăriei sub forma jocului. Copilul trebuie "învățat să învețe". Dincolo de a deprinde să citească și să socotească, a învăța înseamnă să aibă o activitate dirijată, să amâne satisfacția propriilor dorințe și să lucreze pentru scopuri mai îndepărtate.

Copilul trebuie să învețe să fie perseverent, să capete gustul lucrului bine făcut. Va fi încurajat să încerce mereu și să repete, ajutat de părinți în mod discret, pentru a evita insuccesul. Pe măsură ce se desăvârșește maturitatea, școlarul va dobândi gândirea logică, va învăța să aprofundeze un subiect, să stabilească analogii, diferențe, cauze și efecte, să caute explicații. Va deveni capabil să gândească critic despre ceea ce citește sau vede în jur, despre ceea ce spun și fac părinții. În această perioadă părinții se vor abține de a-l trata de sus, prea autoritar, de a-l culpabiliza pentru orice insucces. În raporturile dintre părinți și copii este bine să fie un "dialog" permanent, adesea de la egal la egal. Asemenea relații se răsfrâng favorabil asupra atmosferei din familie cât și asupra randamentului școlar.

• *Ambianța familială.* Copiii din familii bine închegate și cu nivel intelectual corespunzător învață mai bine decât colegii cu aceeași dotare intelectuală dar care provin din familii "cu probleme". Dintre factorii care influențează randamentul școlar amintim: a) armonia dintre membrii familiei; b) familia să

împărtășească și să trăiască atât "necazurile" cât și satisfacțiile copilului; c) interesul familiei pentru instrucția școlară; d) să fie accesibil, direct și natural în discuțiile cu copilul; e) în orice discuție cu școlarul, respectiv adolescentul, să accepte "dialogul" și să aibă curajul să recunoască eventualele greșeli; f) prin fapte să constituie un exemplu pentru școlar și/sau adolescent; g) să se evite contradicțiile dintre părinți în problemele copiilor. Este important ca părinții să țină legătura cu școala pentru a fi la curent cum se desfășoară copilul la școală și pentru a evita absenteismul. Absenteismul "nemedical" crește cu vârsta. De cele mai multe ori se datorează neglijenței familiei.

• *Condiții de lucru.* În măsura în care este posibil se va asigura copilului o cameră sau un loc unde să-și așeze cărțile și să-și facă lecțiile în liniște. Pentru a putea lucra concentrat se vor evita: întreruperea lecțiilor pentru treburi casnice, zgomote de fond (radio) sau vizionarea concomitentă a programelor TV. Copilul va fi îndemnat să-și facă lecțiile într-un anumit interval de timp pentru a se putea dedica și altor ocupații (jocul este încă o necesitate la școlar!), pentru a se plimba sau pentru a ajuta în gospodărie. Copiii care stau mult deasupra caietelor de teme și cărților nu sunt și cei mai buni elevi! Ei nu s-au deprins să învețe sistematizat; trebuie controlați și îndrumați de părinți.

• *Randamentul școlar* nu e întotdeauna egal cu gradul de înzestrare a copilului. Un copil inteligent, dar nefericit, lucrează greu la școală. Altfel, mai puțin dotat, dar foarte harnic și disciplinat are note bune. Unii copii gândesc mai încet și se blochează dacă profesorii îi "iau mai repede", alții nu se pot exprima, chiar dacă raționează bine. Sunt și copii neastâmpărați sau visători, sau leneși. Lenea se poate întâlni la copiii care "prind prea ușor" și care nu mai cred că este nevoie să învețe; ea poate fi însă și o trăsătură de caracter, rezultatul influenței unor colegi sau lipsei de stimulare din familie.

Copiii cu infirmități sau cei cu boli cronice care-i "exclud" parțial din colectivul clasei sunt adesea ținta ironiilor colegilor, se autoizolează și devin timizi.

Părinții și cadrele didactice le pot găsi cauza și le pot – uneori – remedia, înainte de a muștra pe copil "că ar putea face mai mult".

• *Dificultățile școlare* sunt consecințele fie unui handicap fizic, fie ale unor dezordini afective.

Handicapurile fizice care împiedică școlarizarea sunt numeroase. Dintre acestea amintim: debilitatea mintală, instabilitatea psihomotorie, insuficiența auditivă.

Tulburările afective pot exista într-un ansamblu de tulburări de comportament. Ele pot coexista ca o motivație reacțională la un copil care prezintă unul din handicapurile precedente. Opoziția față de școală se manifestă prin dezinteres (adesea asociat cu turbulență), prin lentoare la lucru, prin scris de mântuială, caiete prost întreținute și mâzgălite cu pete de cerneală, prin teme nefăcute sau neterminate. Părinții trebuie să ducă un astfel de copil la medic și psiholog care stabilesc dacă dificultățile școlare sunt consecințele unei infirmități fizice sau sunt pur psihologice. Dintre numeroasele probleme afective ce pot duce la eșec școlar enumerăm numai câteva: *a)* atitudini educative contradictorii, incoerente, variabile la părinți, lipsa de unitate de vederi sau inconsecvență; *b)* neînțelegeri grave în familie cu părăsirea bruscă a căminului de către unul din părinți; *c)* preocuparea inegală a celor doi părinți: unul autoritar, posesiv, celălalt șters, depreciat, "inexistent"; *d)* o gelozie față de o soră sau un frate; *e)* schimbarea frecventă a școlilor; *f)* lipsa de preocupare a familiei pentru cărți și ocazii de a se instrui (o familie care se interesează numai de fotbal și cântăreții la modă nu incită deloc pe copil la învățatură etc.); societatea ("gașca") de copii cu care-și petrece timpul liber.

În încheiere am ține totuși să dăm câteva exemple de copii etichetați ca "întârziți", cu dificultăți la învățatură, care ulterior au devenit celebri: Louis Pasteur (elev mediocru care învăța lent), James Watt (considerat mărginit și stupid), Charles Darwin (puțin isteț și recunoștea singur că gândește lent), Lev Tolstoi (nu putea și nici nu voia să învețe).

Dintre cazurile de copii-problemă cu tulburări de comportament, nedisciplinați cu școlarizare în care au fost repetenți, iar mai târziu în școala militară cu acte

grave de indisciplină și de conformism se poate cita cazul lui Winston Churchill, prim-ministrul Angliei în cel de al II-lea război mondial.

• *Copilul supradotat.* Într-o lucrare recentă "Études génétiques sur le génie", Catherine Morris Fox schițează biografiile a 300 genii istorice. Pe baza performanțelor intelectuale și a aptitudinilor manifestate de aceste genii în timpul copilăriei lor, autoarea a evaluat coeficientul lor de inteligență (QI). Exemplificarea cuprinde printre alții: 100-110: Copernic, Faraday; 110-120: Cromwell; 120-130: Bach; 130-140: Rousseau; 140-150: Kepler; 150-160: Tennyson; 160-170: William Pitt; 170-180: Voltaire; 180-190: Goethe; 190-200: John Stuart Mill. Din biografiile acestor genii rezultă că toți au primit din partea familiei și apoi a profesorilor lor un învățământ intensiv și precoce. Fiecare dintre ei a trăit într-un mediu extrem de activ. În loc să stea cu mâinile încrucișate așteptând ca un astfel de copil "să se coacă", părinții acestor genii au exersat înzestrarea de la natură a urmașilor lor de la o vârstă fragedă. Dintre geniile românești am vrea să amintim pe George Enescu, ai cărui părinți s-au ocupat de el încă din perioada de preșcolar și și-au dedicat întreaga existență creării de condiții optime de studiu pentru desăvârșirea acestui geniu înnașcut.

Subliniem că și un copil dotat poate pune probleme la învățatură. El se poate lenevi pentru că învățatura de la școală nu-l mai interesează sau i se pare prea ușoară, se plictisește sau visează și sfârșește prin a obține note mici. El se simte izolat pentru că nu găsește pe colegii lui interesanți; cu unii profesori poate avea contacte dificile din cauza originalității sau a spiritului său creator care îl fac să refuze să-și facă temele obișnuite, preferând să se ocupe de subiecte din afara programei școlare. Unii copii înzestrați pentru o anumită materie de învățământ sunt mai puțin competitivi la altele; ei reușesc mai puțin bine decât ceilalți colegi în exerciții fizice și au un comportament social dificil.

6.2. Adolescentul

Adolescența începe cu pubertatea și se termină cu maturitatea (stadiul de adult). Se caracterizează printr-un salt în dezvoltarea fizică generală (înălțime, greutate, proporții) și mai ales prin creșterea și maturarea

organelor genitale și apariția caracterelor sexuale secundare. Aceste modificări determină concomitent adaptări psihosociale, realizându-se maturarea complexă a ființei umane în devenire pentru perioada adultă.

Se deosebesc trei stadii: *timpuriu, mijlociu și târziu. Adolescența timpurie* (la fete de la 11 la 13 ani; la băieți de la 12 la 14 ani).

Este o perioadă foarte variabilă ca moment de apariție nu numai de la un sex la altul, dar și în cadrul aceluiași sex. La băieți apare mai târziu: foarte mulți dintre ei se comportă "copilărește", fără vreo modificare a caracterelor sexuale și ale comportamentului general. Schimbările apar de cele mai multe ori brusc și evoluează rapid. Constituie un obiect de preocupare intensă atât pentru școlar, cât și pentru părinți. Fiecare (adolescent și părinți) se întreabă dacă totul decurge "normal".

Relațiile cu familia se tensionează mai ales între mamă și fiică și respectiv între tată și fiu. Se întăresc relațiile cu anumiți prieteni de aceeași vârstă și cu adulții din afara familiei. Slăbește implicarea în familie, încearcă uneori să dea deoparte pe părinți și au resentimente față de "criticismul părintesc". La început aceste trăsături sunt oscilante, dar ele vor deveni ferme în adolescența mijlocie.

Băieții, din cauza creșterii rapide, sunt adesea stângaci, leneși, dezordonati și lipsiți de interes în ce privește modul cum arată. Trebuie să li se amintească mereu de necesitatea păstrării igienei. Sunt acut conștienți de transformările produse în sfera genitală. Au nevoie să fie asigurați și reasigurați că masturbarea este practică de aproape toți adolescenții, că este normală, cu condiția să **nu** devină obișnuință.

Băieții își evaluează inițial masculinitatea în comparație cu alți băieți, comparându-și musculatura, capacitatea de eforturi fizice, dimensiunile organelor genitale și capacitatea de a ejacula. Părinții trebuie să explice băiatului că emisiunile seminale sau "visele umede" sunt fenomene normale și nu trebuie să se necăjească sau să se rușineze. Ginecomastia (dezvoltarea mamelelor) ce poate apărea la unii băieți constituie o consecință normală a dereglărilor hormonale temporare și nu trebuie să se îndoiască de masculinitatea lor.

La această vârstă atât fetele cât și băieții sunt extrem de sensibili și se deprimă ușor atunci când sunt tachinați în glumă.

Fetele sunt foarte preocupate de cum arată fizic și se frământă dacă pot concura la o competiție de frumusețe. Stresul adolescentelor în devenire combinat cu fluctuațiile și dezechilibrele hormonale determină o labilitate psihică cu proastă dispoziție și anxietate. Își compară între ele dimensiunile și forma

sânilor, funcția menstruală, dar se folosese de băieți pentru a-și evalua feminitatea.

Tații sunt adesea stânjeniti față de fiicele lor când la acestea se dezvoltă caracterele secundare și încep să respingă unele manifestări de atașament ale acestora (luat în brațe, sărutări etc.). Fetele pre-adolescente nu înțeleg modificările comportamentului taților și le atribuie uneori unor vinovății proprii. Ca și băieții, fetele au nevoie de informații corecte despre schimbările fizice ce apar în timpul pubertății. La prima menstruație, dacă nu sunt informate își pot imagina că sângerarea este o boală care le pune viața în pericol. Ele trebuie să știe că menstruația este un fenomen absolut normal care nu necesită limitarea activității.

Adesea, fetele se atașează intens de o prietenă de același sex, cu care ar dori să semene. Aceste prietene sunt uneori inseparabile și tind să se îmbrace, să vorbească și să gândească la fel. Petrec ore în șir analizând cele mai mici detalii de comportament. La mijlocul adolescenței această relație este înlocuită de grupul de prieteni. În general, fetele sunt cu doi ani înaintea băieților de aceeași vârstă, nu numai ca maturitatea fizică, dar și în ce privește capacitatea imaginativă, gândirea abstractă, abilitatea de a percepe sentimentele altora și toleranța față de frustrare. Adesea fetele sunt creative și își înregistrează gândurile cele mai ascunse în jurnahul zilnic.

Către sfârșitul adolescenței timpurii, atât băieții cât și fetele încep să participe plener în grupul de prieteni. În această perioadă, în timp ce se plâng de restricțiile impuse de părinți, aderă de bună voie la cele impuse de către grupul de prieteni. Depărtându-se de familie găsesc o nouă orientare în apartenența de grup.

Adolescența mijlocie (fete: 13-16 ani; băieți 14-17 ani). Perioada celor mai rapide schimbări fizice a trecut și adolescentul se concentrează mai puțin asupra creșterii și a altor schimbări corporale și devine absorbit de identitatea personală: "cine sunt?", "ce voi face cu viața mea?".

Este perioada în care se dezvoltă personalitatea. Devin critici ai părinților, ai altor autorități adulte precum și ai atitudinilor lor. Declarându-și independența de familie devin intens implicați în grupurile de prieteni, adoptând subcultura adolescenților. Imită colegii de grup, alte cunoștințe și figuri publice (cântăreți etc.) pe care le admiră, împrumutând parte din comportamentul și opiniile acestor persoane. Încep

să-și făurească anumite planuri despre carieră. O mare parte din adolescenți sunt interesați de sexualitate.

Adolescența târzie (16 sau 17 ani – 21 de ani). Procesul de creștere în înălțime se încheie, mai întâi la fete (în jur de 16 ani și ceva; mai târziu la băieți – spre 17-21 de ani). Tinerii se pregătesc pentru a trăi ca adulți. Trebuie să-și aleagă meseria și să meargă spre independența financiară. Înjgheburile unei relații intime cu o persoană de sex opus constituie o țintă a adolescenței târzii. Grupul larg de prieteni din perioada anterioară este înlocuit cu unul mai restrâns. Mulți (cei ce nu urmează forme superioare de învățământ) se căsătoresc sau își stabilesc o relație de iubire (cu o "prietenă"). Pentru aceasta au nevoie să se cunoască bine pe ei înșiși. Dacă nu au ajuns să aibă o identitate pot trăi un timp un sentiment de anxietate.

Relațiile cu părinții nu mai sunt atât de furtunoase. Sfaturile adulților nu le mai amenință independența. Sunt satisfăcuți că în orice dialog sunt apreciați ca parteneri egali. Se interesează de unele probleme ale timpului: poluarea mediului, armonia naționalităților, descoperirile tehnice etc.

În rezumat, adolescența târzie se caracterizează prin capacitatea de a se interesa și a iubi și pe alții, de a pune binele general înaintea celui personal, de a-și face planuri de viitor.

6.2.1. Dezvoltarea fizică¹

Creșterea în înălțime se oprește la fete la aproximativ 17 ani, iar la băieți la 18-21 de ani. Diferențele individuale sunt mari.

Dacă medicul școlar observă un grup de școlari de 13 ani (băieți și fete) constată că unii sunt în stadiul prepuberal, unii sunt chiar la începutul pubertății, iar alții sunt aproape la înălțimea și greutatea adulților. Mecanismul declanșator prin care apare pubertatea nu este complet elucidat, dar este clar că schimbările hormonale joacă un rol central în a produce creșterea și diferențele sexuale care au loc în adolescență.

Dezvoltarea fizică a fetelor. Schimbările pubertare încep cu dezvoltarea sânilor, în medie 10 ½ - 11 ani și apariția părului pubian la 11 – 11 ½ ani. Apariția primei

menstruații se leagă de momentul în care înălțimea este a 3-a sau a 4-a parte din înălțimea adultă. De regulă la 12,6-12,9 ani, dar și la 10 sau 16 ani. Tinde să apară mai devreme decât în trecut ceea ce s-ar explica prin alimentație, modul de viață (mișcare, folosirea factorilor naturali – soare, aer, apă) și îngrijiri medicale mai bune. În Statele Unite ale Americii prima menstruație apare la o înălțime de 158,5 cm și o greutate de 43 kg (în medie).

Dezvoltarea fizică a băieților se apreciază prin creșterea organelor genitale și dezvoltarea părului pubian care apare între 11 ½ și 12 ani. Se însoțește de o creștere a musculaturii și a puterii acesteia, care constituie secvențele și vârstele medii ale masculului.

6.2.2. Dezvoltarea psihosocială

Adolescenții se caracterizează printr-o emotivitate exagerată neprevăzută și labilă. Trăiesc cu entuziasm prezentul și imediat pot deveni posomorâți și deprimați. Evenimente minore pentru părinți pot fi interpretate și trăite drept crize majore de către adolescenți. Adesea își pierd controlul în răbufniri emoționale care, de fapt, eliberează anxietatea acumulată. Apoi se simt vinovați, se tem că-și vor mai pierde controlul și se retrag pentru a-și reevalua comportamentul. Doresc și plănuiesc să-și mențină, pe viitor, autocontrolul. Visează profund în timpul zilei și nu aud când alții le vorbesc. Comportamentul instabil, dominat de emoții, nu trebuie ridiculizat. Este bine ca părinții să asigure adolescenților spațiu și timp pentru a fi singuri. Trebuie să le accepte simțămintele, pornirile, inconsecvențele și să evite să-i critice imediat. Când își recapătă controlul trebuie lăudați.

Dezvoltarea independenței – relațiile cu părinții. În adolescență are loc pregătirea spre viața de adult. Legăturile cu părinții stabilite în copilărie sunt reduse drastic. Ambele părți – pe de o parte părinții, pe de alta copiii – sunt stresate. În general atitudinea adolescenților oscilează între contestarea totală a autorității părinților și nevoia de a fi tratați uneori tot ca niște copii. Domină relațiile preferențiale cu părintele de sex opus și criticarea celui de același sex. Adolescenții de azi au acces la tot ce poate oferi societatea modernă, fiind tentați prin reclame, spre

¹ Vezi „Sexualitatea la copil”, pag. 257-262.

cosmetice, îmbrăcăminte, discuri, telefonie fără fir etc. În general părinții doresc ca urmașii lor să nu ducă lipsurile trăite de ei, să ocupe un loc în societate superior celui deținut de ei și să nu repete greșelile lor. La noi în țară, schimbările survenite după anul 1989 au evidențiat faptul că întreaga societate românească a suferit o schimbare a mentalității care se deosebește mult de mentalitățile societății în care intrăm acum. Cei vârstnici se schimbă mai greu, cei tineri sunt mult mai accesibili transformărilor de mentalitate, de adaptare și de inserție social-economică. În general există "conflicte între generații". La noi însă este vorba de înlocuirea totală a unei lumi cu altă lume. Și aceasta se face uneori fără discernământ, cu traumatisme sociale și eșecuri generale și personale. Pe lângă aceste conflicte care țin de specificul societății românești actuale apar conflictele obișnuite ale familiei pe diverse "teme": orele de studiu, ora de retragere la odihnă, îmbrăcăminte, viziunea televizorului, grupul de prieteni, fardurile, banii de buzunar, frecventarea discotecilor etc. Adolescenții testează constant limitele impuse de părinți, lăsând impresia, uneori, că nu au limite. Situația de fapt este însă inversă: doresc și au nevoie de limite ca o expresie a iubirii și grijii părintești. Părinții care nu fixează limite fac adolescența mai grea. O disciplină consistentă și consecventă îi face să se simtă în siguranță.

În ce privește privilegiile acordate, părinții doresc să fie câștigate printr-un comportament responsabil. Comportamentul adolescenților oscilează, însă, între cel al adultului și cel al unui copil mic și, de aceea, pentru părinți este greu să decidă cât de mare responsabilitate să le acorde. Părinții care au avut conflicte nerezolvate în propria lor adolescență vor avea mai multe momente dificile în a-și crește copiii. Cei care au crescut în medii care i-au controlat excesiv pot fi prea largi cu proprii copii și invers, cei care au crescut în medii excesiv de permissive pot controla excesiv.

Așteptările părinților sunt adesea mai mari decât pot realiza, determinând nefericire și frustrare pentru toți. Unii părinți pretind copiilor performanțe care nu pot fi realizate de școlar, adesea, pentru că dotarea lui nu este corespunzătoare (moștenire, boli etc.). Trist este că unii din acești părinți culpabilizează pe copil, ajungând să-i impună anumite restricții sau, și mai grav, să-l sancționeze cu pedepse corporale. Se ajunge la situații dramatice. Părinții sunt datori, în aceste cazuri, să consulte pe dirigintele clasei, pediatriul de familie și

un psiholog. Rareori părinții consideră că adolescentul are dreptul de a-și fixa opțiunea pentru viața proprie. Atitudinea părinților are un efect semnificativ asupra comportamentului adolescentului.

Părinții și adolescenții trăiesc cel mai bine într-o atmosferă de încredere reciprocă.

Domeniul cu cea mai mare dificultate pare să fie sexualitatea. Precocitatea pubertății și influența exercitată de unele programe de la televiziune și, în general, modul cum își petrec adolescenții timpul liber (filmotecile s-au răspândit și în mediul rural!) au ca rezultat, printre altele, ca prima relație sexuală să aibă loc la o vârstă tot mai mică și părinții se tem, în mod justificat, că viața sexuală va începe când copiii nu sunt în stare să se descurce cu ea. Incidența sarcinilor la adolescente este în creștere. Violurile s-au înmulțit. Și în această direcție părinții trebuie să țină deschis un canal de comunicare, cu o relație deschisă, apropiată, permanentă.

În adolescența târzie, relația părinte-adolescent se îmbunătățește, crește încrederea reciprocă. Până în acest moment părinții trebuie să încerce să fie calmi, cu tact, păstrând un dialog permanent, chiar atunci când survin unele "furtuni".

Se pot schematiza patru modalități prin care adolescenții își dobândesc emanciparea față de părinți:

1. Adolescenții pot pleca brusc de acasă și sunt revăzuți ca adulți (situații rare!).

2. Adolescentul evoluează treptat de la copilul dependent către adultul independent fără a părăsi casa părinților. În astfel de situații lupta pentru separare, adesea, se complică și se extinde.

3. Adolescentul pleacă de acasă pentru a fi independent, apoi simte nevoia unității familiei și se întoarce. Aceasta se repetă până sunt capabili să se descurce independent, în afara casei părintești.

4. Adolescentul dorește să plece din familie. Amenințată și pisează pe această temă dar nu este în stare să o facă. Comportarea sa devine inacceptabilă și forțează familia să-i ordone să-și facă bagajul și să plece.

Relațiile cu cei de aceeași vârstă. La începutul adolescenței relațiile se stabilesc cu același sex, în timpul adolescenței mijlocii relațiile sunt fie cu cei de ambele sexe, iar în perioada adolescenței târzii relația este cea de *cuplu*. Izolarea impusă de grupul de prieteni le permite să joace roluri de adulți, să stabilească relații sociale, sentimentale și de comunicări variate cu sexul opus. Conștiința apartenenței de grup determină comportamente adecvate și trece în revistă judecăți

asupra acțiunilor ce se desfășoară. Există și adolescenți care merg pe "propriul lor drum" și resping sau sunt respinși de către grup; astfel de situații sunt rare. Grupul dictează cum să mergi, să vorbești, să acționezi și să te îmbraci. Au nevoie de alți colegi asemănători lor cu care să împărtășească bucuriile și necazurile. Grupurile de adolescenți formează o subcultură în interiorul unei societăți. Subcultura are următoarele caracteristici:

1. Se instituie un sistem distinct de comunicare, sub forma unui argou, care limitează comunicarea cu cei din afara grupului, în primul rând cu părinții.

2. Se conturează comportamente caracteristice, care le permit să fie distincți: îmbrăcăminte, melodii, dansuri, coafură, aspect corporal și alte comportamente care nu au nevoie de vorbe.

3. Comportamentele acceptate se schimbă repede, uneori la intervale de câteva zile. În mediile cu standard economic coborât apare activitatea în bande. O bandă este alcătuită, de regulă, din adolescenți cu simț de identitate sărac sau negativ. Devenind membri ai unei bande dobândesc un statut și o recunoaștere pe care, altfel, nu ar avea-o. Din păcate, unele activități distructive în care se angajează astfel de bande pot lovi în șansele adolescenților respectivi de a deveni membri competitivi ai societății.

În București și în alte orașe ale țării sunt constituite astfel de grupuri.

Activitatea de grup și moda. Tinerii participă la diverse sporturi. O parte din ei le practică, dar cea mai mare parte participă și vizionează competițiile sportive în grup. Fiecare adolescent își împărtășește confidențele intime cu cel mai bun prieten.

Fetele petrec ore întregi la oglindă cu coafura și fardurile. Petrec un timp enorm vorbind la telefon pe care-l folosesc pentru a discuta subiecte care li se par interesante (îmbrăcăminte, idei, evenimente cotidiene) pentru care au nevoie de aprobare. Aceste convorbiri constituie o sursă de conflicte cu familia.

În adolescența mijlocie își doresc telefon mobil, bicicletă, motocicletă sau chiar automobil care le permit o independență crescută față de părinți și/sau o metodă de a "crește în ochii" colegilor. Inspirându-se din cele văzute și auzite despre tinerii din Occident, unii își iau servicii pe timp limitat, ceea ce le permite să-și asume atitudini de adulți.

În toate perioadele adolescenței se ascultă muzică modernă, se dansează, se citește și se petrece mult timp cu conversația.

6.2.3. Alegerea profesiei

Învățământul general prevede o perioadă de 9 ani, cuprinzând toată adolescența timpurie cât și o parte din cea mijlocie. Prin tradiția încetățenită în ultimele decenii, de dinainte de anul 1990, aproape toți copiii continuă să studieze atât în școlile secundare (licee teoretice, licee industriale, școli profesionale) și în foarte mare măsură continuau la școli postliceale și la universități. Prin procesul de industrializare și urbanizare forțată, adolescenții nu au mai îmbrățișat profesiunile tradiționale ale familiei și locului de baștină. Satele s-au depopulat, meșteșugarii s-au redus foarte mult făcându-și apariția un mare număr de tineri cu diplome universitare sau de școli tehnice postliceale. Toți prin planificare au fost repartizați în "producție", cu și fără o utilizare eficientă. În prezent există încă o regresie în dorința de a intra într-o formă de învățământ care să ofere o diplomă. În rândul tinerilor, contrar planurilor și concepțiilor familiei din care se trag, mulți tineri încep să-și ia un serviciu, să "lucreze" pe timp limitat, testându-și astfel aptitudinile. Pentru a avea o independență financiară, unii sunt tentați să părăsească școala și să lucreze cu o normă întreagă. Cei mai mulți optează pentru continuarea studiilor în cadrul unui liceu (teoretic sau industrial) și apoi o formă de învățământ universitară. Aceștia nu vor ajunge la independența financiară decât după vârsta de 25 de ani.

Indiferent de calea pe care și-o alege, trecerea adolescentului după absolvirea școlii generale de 9 ani, opțiunea și trecerea la o altă treaptă a activității se face în prezent cu multe frământări, riscuri și mai ales schimbări în mentalitatea și comportamentul adolescenților. Cei care renunță la studii trebuie dintr-o dată să devină "adulți", cu eforturile și rigoarea impuse de concurența obligatorie în lumea capitalistă. Nici absolventul școlii generale, până acum întreținut material și ocrotit social și psihic de familie, într-o lume restrânsă la un cerc familial redus cu tradițiile, modul de viață echilibrat și fără zdruncinări nu este scutit de "cutremure". Ajuns în lumea liceului cu colegi veniți din alte cartiere sau localități, din familii foarte diferite, "eliberați" de prezența și controlul familiei trec în grupul adolescenților care intră sub influența noilor condiții sociale: studiul unor materii mai complicate, informații despre o altă viață decât cea oferită de familie (alte standarde și alte concepții de viață la mulți din noii colegi), o libertate mai mare de mișcare și de abordare a

vieții cotidiene, tentația escapadelor la discoteci sau localuri pentru tineri, descoperirea alcoolului și uneori a drogurilor, alte relații cu sexul opus etc. Din adolescenții timizi, stângaci, nesociabili, disciplinați, în câteva luni apar tineri cu aer de independență, puși pe "nu", care impun părinților "dialogul de la egal la egal". Depinde de mentalitatea familiei din care provine, de experiențele adolescentului din viața de familie, de atmosfera generală a școlii respective și mai ales de grupul ("cercul") de prieteni în care intră. Se schimbă viața de familie din întreaga copilărie (tradiții, metode de educație, armonia vieții de familie atât în ce privește calitatea relațiilor dintre părinți cât și a acestora cu copiii și celelalte rubedenii – bunici etc.). De asemenea, un rol important îl au cinstea, modestia, adevărul și sobrietatea vieții de familie; dintr-o familie care trăiește în minciună și necinste sunt mari șanse să rezulte urmași cu tulburări de comportament care duc până la urmă la delincvența juvenilă.

În adolescența timpurie și în cea mijlocie rolul primordial îl are grupul de prieteni, în adolescența târzie, relația obișnuită nu mai este formată de grup. Părinții sunt datori să vegheze și pe cât posibil, cu mult tact, să ferească pe adolescent de influențe nefaste. Alături de familie profesorii au un rol deosebit. În ultimii ani credem că mai mult decât familia corpul profesoral a sesizat și și-a adaptat metodele de educație și instruire didactică la mutațiile care au survenit în comportamentul, interesele și speranțele adolescenților. Planurile de învățământ, ponderea anumitor materii de studiu, metodologia predării și a disciplinei în școli a fost sesizată și adaptată (uneori) de cadrele didactice mai mult decât de alte segmente ale societății românești, începând cu părinții și terminând cu politicienii.

6.2.4. Dezvoltarea funcției de cunoaștere (cognitivă)

După Piaget (mare psiholog elvețian) între 11 și 12 ani are loc stadiul final. Adolescentul intră în stadiul operațiilor formale și dobândește capacitățile cognitive ale adultului. "Operațiile formale" se caracterizează prin gândire abstractă. În acest stadiu devin capabili să gândească "ipotetic". Nu se mai mulțumesc să se gândească numai la lucrurile pe care le-au experimentat sau observat direct, ci pot conceptualiza dincolo de

domeniul realității pentru a raționa despre probleme și evenimente care sunt contrare faptelor sau dincolo de domeniul posibilului. Pot conceptualiza lumi și evenimente din domeniul istoriei sau viitorului, precum și despre spațiul geografic și celest. Pentru prima dată, ființa umană este capabilă să înțeleagă și să utilizeze reguli ale logicii pentru a gândi atât inductiv cât și deductiv. Înțeleg sensurile simbolice și astfel pot apuca și interpreta glume cu dublu înțeles, forme de artă ca poezia simbolistă și pictura abstractă.

Capacitatea de a utiliza gândirea abstractă influențează comportamentul general al adolescentului. La începutul adolescenței și mai puțin în cursul adolescenței medii sunt egocentrice. Sunt profund angajați în a gândi într-un mod abstract despre ei înșiși: "sunt normal"; "de ce m-am comportat în acest mod?"; "ce înseamnă pentru alții"; "ce sunt în realitate?". Ca o consecință a egocentrismului se comportă în cea mai mare parte a timpului ca și când ar fi la fel de centrali și de importanți în gândurile altora cum sunt pentru ei înșiși. Se cred "buricul pământului", după o expresie populară. Își imaginează că sunt în centrul atenției și interesului fiecăruia și că ceilalți sunt impresionați de ceea ce au bun (de la trăsăturile de caracter până la aspectul fizic, mai ales trăsăturile feței) și critici față de orice defect, indiferent dacă defectele sau calitățile sunt reale sau numai imaginate de ei.

Adolescenții se pot crede "salvatori" care vor fi capabili să rezolve problemele pe care alții nu le-au putut duce la bun sfârșit. Uneori au experiența unor "trăiri unice", în care cred cu adevărat, că sunt unici în întreaga umanitate și că nimeni nu a iubit, nu s-a bucurat, nu a fost atât de profund sau disperat.

De asemenea au tendința să creadă că nu sunt supuși probabilității care afectează pe oamenii obișnuiți și că se pot angaja, fiind în siguranță în utilizarea de droguri, sex și activități periculoase fără a suferi consecințe serioase.

6.2.5. Dezvoltarea morală

Sunt foarte atenți la standardele morale ale părinților, profesorilor și adulților în general și mai ales între ce spun și ce fac ("fapte și vorbe") în realitate. Condamnă când este neconcordanță și, în general, încearcă să-și facă propriile standarde morale.

Preadolescenții și adolescenții aparțin stadiilor 3 și 4 după Kohlberg:

Stadiul al 3-lea (concordanță interpersonală). Toți doresc să aibă un comportament conform regulilor și convențiilor "impuse" de comunitate (clasă, grup) și acceptă să se supună legilor generale. Doresc să-i ajute pe cei slabi; își manifestă dragoste, loialitate, recunoștință și respect.

Dintre toate acestea, loialitatea față de grup devine tot mai importantă; minciuna sau înșelătoria în cadrul grupului determină pedepsirea. Alături de grup își dezvoltă tăria de a evita comportamentele antisociale, empatia.

Stadiul al 4-lea – Orientarea spre menținerea legii și ordinii. Sunt de partea legii și autorității pe care le respectă; condamnă pe cei care le încalcă. Uneori însă adolescenții mai mari mint ocazional pentru a-și proteja un prieten. Examinează preceptele morale care intră în conflict cu ale sale, dar le înlătură repede și, de regulă, se asociază cu persoane care au aceleași valori și

urmează aceleași reguli. Unii se orientează spre religie pentru a-și dobândi o identitate mai puternică și pentru a dispune de un set de reguli bine delimitate pentru credință și comportament. Alții se încadrează în cluburi sportive, formațiuni de teatru amator sau muzică ușoară etc. Până își formează propriul cod de comportament și filozofie a vieții adoptă reguli externe de conduită (din familie, școală, religie, asociație etc.). Religia poate lua locul autorității familiale și este agreată de grupul de prieteni.

Alături de misterele și austeritățile religiei, adolescenții se simt atrași de frumusețile naturii, muzică și/sau literatură. Aceste preferințe și apropieri îi fac să se îndepărteze de familie și de propria copilărie. Caută și abordează domenii mai vaste cu convingeri și standarde ce pot fi utilizate pentru a-și clădi identitatea nu numai ca membru al propriei familii, dar al unor comunități din ce în ce mai mari (instituții de învățământ, asociații, națiune, ținut, țară) sau chiar ai căror membri se simt și se identifică.

6.3. Alimentația (școlar mic, adolescent)¹

Se știe că hrana influențează hotărâtor dezvoltarea fizică și intelectuală a individului. Carența îndelungată de proteine în copilărie frânează dezvoltarea anumitor potențiale fizice și psihice. Excesul alimentar nu crește capacitatea și randamentul fizic sau intelectual, ci duce doar la formarea unui strat grăsos excesiv, nedorit. Copilul "durduliu" nu este mai sănătos decât unul "slab". Copilul suplu este mai rezistent și suportă îmbolnăvirile, de regulă, mai ușor. Excesul ponderal din copilărie persistă în adolescență și la vârsta adultă. Obezitatea la adult duce la îmbolnăviri și scade durata de viață. Cunoștințele despre alimentația rațională, echilibrată trebuie învățate. De aceea, toți cei care se ocupă de îngrijirea și educația copiilor ar trebui să se familiarizeze cu principiile de bază ale alimentației copiilor. Astfel se poate alcătui o hrană consistentă, gustoasă și cu preț convenabil pentru școlar. Mamele salariate au posibilitatea de a oferi copiilor o alimentație consistentă, introducând în meniu unele preparate industriale sau semipreparate. Odată cu vârsta școlară funcțiile aparatului digestiv și metabolice sunt într-atât maturate, încât pot tolera alimentația adultului. Maturația deplină are loc însă

¹ Vezi și "Obezitatea" pag. 305-310.

abia la sfârșitul perioadei de școlar. După mese prea copioase sau alimente greu digerabile copilul varsă mai ușor decât adultul.

a) *Comportamentul la masă.* Școlarul mănâncă bine dacă are un program de viață corespunzător, cu asigurarea nevoii de mișcare și dacă i se oferă o hrană variată, prezentată în mod atrăgător. Este important să se respecte orele de masă. Orarul neregulat de masă și mai ales "gustările" dintre mese împiedică dirijarea normală a poftei de mâncare. Masa nu va fi luată în grabă. Școlarul mănâncă cu plăcere, concentrat și liniștit, dacă îi este foame. O condiție pentru a avea poftă de mâncare este să se miște îndeajuns în aer liber și să doarmă cât trebuie.

b) *Mâncători buni și "răi".* Copilul nu trebuie lăudat sau stimulat dacă mănâncă mult, dar nici nu trebuie ademenit cu promisiuni ori amenințat cu pedepse ca să mănânce mai mult, când adulții consideră că nu mănâncă suficient.

Copilul are nevoie să mănânce, dar nu este obligat să mănânce!

Copilul sănătos știe în general când este sătul. El continuă să mănânce numai dacă este îndemnat sau obligat s-o facă. Consumul de alimente dincolo de sațietate se observă și atunci când mesele se lungesc prea mult. Acest obicei de a mânca “peste măsură”, fixat în copilărie se menține mai târziu ducând la obezitate la vârsta adultă. Copilul nu trebuie educat să devină mândăcios. Școlarul are perioade în care mănâncă prost; nu este un motiv de îngrijorare dacă se simte bine și este sănătos. Copiii cu ritm accelerat de creștere mănâncă mai mult decât cei care sunt mici pentru vârsta lor. La unele fetițe aportul alimentar este redus voluntar, în ciuda unui apetit sănătos, din dorința de a-și păstra silueta și a corespunde “idealului de frumusețe”.

c) *Formarea bunelor deprinderi la masă.* Greșelile de alimentație pot fi evitate dacă școlarul nu este lăsat să mănânce singur, ci ia masa cu familia sau în alt colectiv. Adulții trebuie să se controleze în gesturi, să dea un exemplu bun și să aibă grijă să domnească o atmosferă de bună dispoziție. Dacă un adult va critica tot ce i se oferă la masă, nu va fi de mirare ca și copilul să-și însușească aceeași atitudine. Deprinderea bunelor maniere începută încă din prima copilărie, se consolidează și se fixează în timpul perioadei de școlar.

• **Nevoile nutriționale ale copilului mic, preșcolarului, școlarului și adolescentului.** Consumul de energie pe kg de greutate corporală și pe zi scade în cursul copilăriei. Nevoile calorice pentru metabolismul bazal și pentru creștere sunt în scădere. Pe de altă parte, consumul total de energie pe 24 de ore crește în cursul copilăriei, odată cu înaintarea în vârstă.

TABELUL 6.4

RECOMANDĂRI PENTRU UN APORT ENERGETIC
CORESPUNZĂTOR PENTRU COPILUL MIC ȘI ȘCOLAR
(W. DROESE, HELGA STOLLEY)

Vârsta în ani	Valoarea energetică pe zi în kilocalorii	Cifre medii în Joule*
1 - 3	1 000 - 1 400	4 200 - 5 880
4 - 6	1 500 - 1 800	6 300 - 7 560
7 - 9	1 700 - 2 000	7 140 - 8 400
10 - 12 băieți	2 100 - 2 300	8 820 - 10 080
10 - 12 fete	2 000 - 2 300	8 400 - 9 660
13 - 14 băieți	2 400 - 2 800	10 080 - 11 760
13 - 14 fete	2 200 - 2 600	9 240 - 10 920

* Conform unor înțelegeri internaționale se recomandă folosirea unității de măsură Joule pentru valoarea energetică 1 Kcal = 4,184 KJ.

Fetele ating maximum de consum energetic (2 200 - 2 400 Kcal pe zi) la vârsta de 14 - 15 ani. La băieți acest maximum este atins abia la vârsta de adolescent, între 15 și 18 ani, și se cifrează la 3 000 - 3 500 kcal/zi. Cifrele calorice pe zi se referă la copiii cu greutate și talie medii, în condiții de mișcare normală și la ritm de creștere corespunzător vârstei. Băieții mănâncă mai mult încă din perioada de copil mic față de fetițele de aceeași vârstă.

Urmărind aportul alimentar la copilul sănătos, se constată variații de la o zi la alta. Consumul de energie nu este același în fiecare zi. Copiii școlari care au activitate sportivă intensă sau depun o muncă fizică deosebită, consumă mai multă energie.

• **Nevoile de lichide sunt mari.** Apa este un aliment indispensabil, ce are de îndeplinit numeroase funcții în organism. Apa este necesară pentru creșterea și regenerarea țesuturilor. Fără apă organismul nu poate produce urină, care este vehiculul esențial pentru îndepărtarea unor produși de degradare (rezultați din metabolism) și a unor săruri. O parte din apa ingerată în cursul unei zile este eliminată sub formă de perspirație insensibilă (pe cale respiratorie și prin piele prin transpirație). Cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai mari nevoile de lichide pe kg/greutate corporală. Copilul mic are nevoie de apă, raportat la greutatea corporală de trei ori mai mult decât adultul. Aproximativ jumătate din nevoile de lichide este acoperită prin băuturi. Restul este conținut în alimente. Așa-numitele “alimente solide” ca pâinea, carnea, peștele, brânza, ouăle, conțin apă în proporție de 40-70%. Cartofii, fructele, zarzavaturile conțin apă până la 90%.

• **Substanțele plastice.** Produsele sunt de importanță vitală ca material de construcție (plastic) și aliment (valoare nutritivă). Un gram de proteine furnizează 4,1 calorii. Proporția de proteine în alimentație trebuie să reprezinte 10-12% din aportul energetic. Alimentația rațională trebuie să cuprindă cel puțin jumătate din proteine “de înaltă valoare”, adică proteine de origine animală (lapte, carne, brânzeturi, pește, ouă), iar restul sub formă de proteine vegetale (pâine, alte produse din cereale, leguminoase, cartofi și zarzavaturi). Copilul de 7-9 ani ar primi necesarul de proteine animale, prin 250 ml lapte, 100 g carne sau produse din carne, 20 g brânză uscată sau 40 g brânză de vaci. Conținutul în proteine din unele alimente obișnuite este redat în tabelul 6.5.

TABELUL 6.5

VALOAREA ENERGETICĂ (ÎN CALORII ȘI JOULE) ȘI
CONTINUTUL ÎN PROTEINE, GRĂSIMI ȘI HIDROCARBONATE
(H.C.) ÎN UNELE ALIMENTE UZUALE (LA 100 G) (DUPĂ
INSTITUTUL DE CERCETĂRI PENTRU ALIMENTAȚIA
COPILULUI, DORTMUND, 1980)

Alimente	Valoare energetică ¹	Proteine	Grăsimi	H.C.
Lapte (3,5% grăsimi)	66 (277)	3,4	3,5	5
Lapte normalizat, degresat (1,8%)	50 (210)	3,4	1,8	5
Lapte acru bătut, smântânit	36 (151)	3,5	0,5	4
Iaurt (3,5% grăsimi)	65 (275)	3,7	3,5	4
Brânză fermentată (40-60% grăsimi)	375 (1575)	25,0	27,5	2
Brânză de vaci degresată	82 (344)	17,2	0,6	2
Ouă (1 ou de găină - circa 50 g)	84 (353)	6,4	5,6	0
Unt	775 (3255)	0,7	83,0	1
Margarină	750 (3150)	0,5	80,0	0
Uleiuri din germeni	928 (3898)	0,0	99,8	0
Carne de porc	360 (1512)	15,0	31,0	0
Vacă	201 (844)	19,8	12,0	0
Pasăre	144 (605)	20,6	5,6	0
Ficat	144 (605)	19,7	4,4	4
Șuncă fiartă	193 (811)	19,5	11,0	0
Salam uscat (Sibiu)	531 (2230)	16,0	48,5	0
Creșturști	263 (1105)	13,3	21,6	0
Pâine neagră	253 (1063)	6,4	1,0	51
Pâine integrală	246 (1033)	7,4	1,0	48
Pâine albă	270 (1134)	7,5	0,8	54
Pesmet	403 (1693)	9,9	4,3	76
Griș	370 (1554)	10,3	0,8	75
Fulgi de porumb	388 (1630)	7,7	0,6	82
Orez fiert	121 (508)	2,3	0,2	26
Paste făinoase fierte	130 (546)	4,3	1,0	24
Cartofi	85 (357)	2,0	0,2	19
Cartofi prăjiți	374 (1571)	3,9	23,3	34
Conopidă	28 (187)	2,5	0,3	4
Morcovi	35 (147)	1	0,2	7
Spanac	23 (97)	2,4	0,4	2
Mazăre (conservă)	66 (272)	3,4	0,4	11
Mere, pere	56 (235)	0,4	0,4	13
Piersici	46 (193)	0,7	0,1	10
Banane	90 (378)	1,1	0,2	21
Portocale	54 (227)	1,0	0,2	12
Ciocolată cu lapte	563 (2365)	9,1	32,8	55
Bomboane	376 (1579)	1,0	0,0	94
Înghețată	205 (861)	3,9	11,7	20
Marmeladă	263 (1105)	0,4	0,0	66

¹ Cifrele din paranteză indică valoarea energetică a alimentelor calculată în Joule.

• **Grăsimile vizibile și invizibile.** Grăsimile din alimentația copilului îndeplinesc numeroase funcții. Grăsimile cu valoare biologică ridicată sunt cele care conțin acizi grași esențiali polinesaturați (mai ales acid linoleic) și vitaminele A, D, E și K. Ele sunt ușor de digerat. Printre grăsimile cu mare valoare biologică se numără: untul, margarina, uleiurile vegetale și slămina. În alimentația copilului, aceste grăsimi se folosesc preferențial pentru gătit sau pentru tartine. Alte grăsimi ca untura, seul vor constitui o parte mică.

Din toate principiile nutritive grăsimile furnizează cea mai multă energie. Un gram de grăsimi furnizează 9,3 kcalorii. Prin adăugarea de grăsimi la alimente se poate acoperi o mare parte de nevoi nutritive în cantitate mică de aliment. Grăsimile sunt digerate mai încet decât proteinele și hidrocarbonatele și, de aceea, conferă mâncării o sațietate mai mare. Adăugarea unor cantități mici de grăsime fac mâncarea mai gustoasă.

Tablelul arată că, practic, toate alimentele conțin grăsimi. În majoritatea lor, grăsimile nu sunt însă vizibile ("grăsimi invizibile") spre deosebire de cele "vizibile" din unt, margarină, ulei, slănină, untură și seu. În alimentația noastră obișnuită, grăsimile vizibile și invizibile se află în proporție de 40:60. Într-o alimentație echilibrată a copilului, 35-40% din calorii trebuie să fie furnizate de grăsimi. Nu este de dorit o cantitate mai mare. Obiceiurile culinare din unele familii ascund primejdia de a oferi copiilor o cantitate excesivă de grăsimi, ce duce la depozitarea lor. Tartinele cu unt și cu brânză (salam sau șuncă) oferite uneori de 2 ori pe zi duc la depășirea necesarului de grăsimi. De aceea, ungerea pâinii cu unt și gătitul cu grăsimi trebuie făcute cu moderație.

• **Hidrații de carbon** sunt sursă principală de energie. Alimentația copilului fără un aport suficient de hidrocarbonate este imposibilă chiar pentru foarte scurt timp. Dintre toate principiile nutritive hidrocarbonatele sunt cel mai ușor digerate și cel mai rapid transformate în energie. Copiii, cu metabolismul lor alert și cu mobilitatea lor caracteristică vârstei, necesită cel puțin 50% din aportul nutritiv sub formă de hidrocarbonate. Un gram de hidrocarbonate furnizează 4,1 kcalorii.

Alimentele bogate în hidrocarbonate cu valoare nutritivă mare sunt: pâinea integrală, pâinea neagră, produsele de cereale (fulgi, "făină instant"), cartofii, leguminoasele și fructele. Aceste alimente acoperă de asemenea nevoile de vitamina B₁, vitaminele din

complexul B, vitamina C. Ele mai conțin și alte principii importante ca: proteine, calciu, fosfor, fier și așa-numitele "fibre" sau substanțe de leșt (celuloză, proteine), necesare pentru peristaltismul intestinal normal. Mama va avea grijă ca în funcție de sezon să ofere zilnic alimente ce conțin hidrocarbonate, bogate în vitamina C și fibre alimentare. Astfel:

primăvara: salată, ceapă și usturoi verde, ridichi, spanac, urzici, lobodă, cireșe și banane;

vara: morcovi, tomate, ardei gras, mazăre verde, fasole păstăi, cartofi, căpșuni, piersici, coacăze, vișine, caise, zmeură, afine, pepeni, castraveți;

toamna: mere, pere, gutui, prune, cartofi, morcovi, conopidă, struguri, țelină, varză, gogoșari, vinete etc.;

iarna: cartofi, morcovi, mere, pere, banane, sfeclă, praz, ceapă, varză, ridichi, lămâi, portocale.

Pâinea albă, aluaturile, prăjiturile, zahărul, mierea, marmeladele, bomboanele, înghețata, precum și alte dulciuri sunt considerate alimente cu valoare biologică mai puțin importantă. Ele conțin vitamine puține sau deloc și sunt sărace în fibre și alte substanțe asociate. Ele vor acoperi numai o mică parte din nevoile de hidrocarbonate.

Vor fi evitate dulciurile și prăjiturile de cofetărie între mese. Ele strică pofta de mâncare și predispune la carii dentare. Îndeosebi sunt periculoase pentru dinți: mierea de albine, toate dulciurile lipicioase (caramele, nuga, alviță etc.), bomboanele, rahatul și "bomboana" dată la culcare. Dulciurile și cofeturile pot fi oferite în cantitate mică după mesele principale. Stomatologii recomandă după consumarea de dulciuri, spălarea riguroasă a dinților.

• **Sărurile minerale și oligoelementele** sunt indispensabile. Creșterea copilului se face corespunzător numai dacă alimentele cuprind în cantitate suficientă săruri minerale și oligoelemente (minerale în cantitate foarte mică). O alimentație variată și rațională conține aceste elemente și nu este necesară suplimentarea la copilul sănătos.

a) Natriul (sodiu). Sursa principală este sarea de bucătărie. Aceasta este conținută în cantitate suficientă în unele alimente preparate ca pâinea, mezelurile, telemeaua, cașcavalul, produsele de carne sau conservele de pește. Nu este necesar adaosul de sare la mâncăruri. De obicei, în bucătăria noastră se sarează excesiv. Este mult mai recomandabil să se condimenteze și să se asezoneze mâncărurile cu verdețuri variate (pătrunjel, mărar, cimbru etc.).

b) Calciul. Conținutul în calciu al alimentației este determinat în primul rând de consumul de lapte. 1/2 litru de lapte (integral, degresat, iaurt) pe zi, băut simplu sau folosit la gătit acoperă cu certitudine nevoia de calciu la copilul mic și școlar. La cei care primesc prea puțin lapte se va da și brânză.

c) Fosforul. Alimentația cu un conținut optim de proteine și calciu acoperă sigur și nevoile de fosfor.

d) Fierul este necesar pentru sinteza hemoglobinei. Fără fier se ajunge sigur la anemie. Alimentele care au un conținut bogat în fier sunt: viscerele (ficatul, rinichiul), carnea, peștele, gălbenușul de ou, preparatele din carne, fulgii de ovăz, leguminoasele, spanacul și piersicile. O alimentație variată asigură cel mai bine prevenirea deficitului de fier și anemia.

• **Vitaminele.** Alimentația complexă, variată conține toate vitaminele în cantitate corespunzătoare, în afară de vitamina D. Nu este bine să se administreze suplimentar preparate vitaminice, fără recomandarea medicului.

a) **Vitamina A** (retinol și caroten) se găsește în alimente sub două forme diferite. În alimentele de origine animală se găsește predominant sub formă de vitamină A direct utilizabilă (retinol). Alimentele cu conținut ridicat în retinol sunt: ficatul, untul, margarina și gălbenușul de ou. În cele de origine vegetală se găsesc carotenii care sunt precursorii vitaminei A. Aceștia sunt mai valoroși din punct de vedere biologic și se absorb mai puțin bine din intestin. Purtătorii de caroten sunt: morcovul, spanacul, fasolea verde, varza crudă, varza de Bruxelles, ardeiul, andivele, salata verde, pătrunjelul, caisele, mandarinele și piersicile.

b) **Vitamina B₁** (tiamina). Alimentația bogată în hidrocarbonate și săracă în grăsimi solicită mai mult vitamina B₁ decât cea cu grăsimi multe. Dintre alimentele cu conținut bogat în vitamină B₁: carnea de porc, șunca, slănina cu carne, ficatul, rinichii, produsele de cereale (făina integrală, făina intermediară, fulgii de ovăz) și leguminoasele.

c) **Vitamina B₂** (riboflavina). Necesarul este acoperit prin lapte, brânză de vaci, telemea și mai puțin prin carne și pâine.

d) **Vitamina C** (acidul ascorbic) se găsește în fructe, zarzavaturi, cartofi. Au un conținut bogat în vitamina C: coacăzele, căpșunile, citricele, ardeiul, varza. Copiii care mănâncă fructe proaspete sunt mai bine asigurați cu vitamina C decât cei care primesc vitamină C din cartofi și zarzavaturi, deoarece menținerea vita-

minei C în acestea depinde în mare măsură de păstrare și preparare. Ofilirea, spălarea prelungită și fierberea scad simțitor conținutul în vitamină C.

e) *Vitamina D* (calciferolul). Organismul în creștere are nevoie de vitamină D pentru structura osoasă. O parte din vitamina D este sintetizată în piele sub

influența radiațiilor ultraviolete solare. Purtătorii principali de vitamina D sunt: untura de pește, heringii, gălbenușul, frișca, ficatul, untul și margarina; nici unul dintre acestea nu asigură nevoile copilului. Preparatele cu vitamina D vor fi administrate numai la recomandarea medicului.

6.4. Îngrijiri

Autoîngrijirea și igiena. Încă din perioada de preșcolar, este bine ca orice copil să dobândească obișnuința și abilitatea de a se deprinde să facă singur următoarele: mâncat, îmbrăcat, încălțat, folosirea latrinei, spălatul mâinilor și dinților, pregătirea ghiozdanului. Deveniți școlari, sunt doritori să se îngrijească și să păstreze regulile de igienă singur. Școala poate sprijini educația sanitară. Procesul este gradual și la el contribuie părinții, profesorii și copiii. Pe lângă deprinderile însușite în perioada de preșcolar se mai instalează următoarele obiceiuri de bază: baia generală (duș, cadă) sau parțială zilnică, spălarea părului (1-2 ori pe săptămână), utilizarea zilnică a pieptenului și a periei personale, pregătirea alimentației (tartine pentru școală, încălzirea mâncării), folosirea mijloacelor de încălzire (aragaz, cuptor, microunde) și de refrigerare (frigider, congelator), exercițiul fizic și odihna alternativă din fiecare zi. Atât pe preadolescent cât și pe adolescent aceste deprinderi îl vor feri de restrângerea de grup. Mai ales la adolescenți mirosul urât al transpirației, al nespălării în general și al dinților în special îi pun pe respectivii în situații penibile.

Insistăm pentru menținerea în continuare a deprinderii ca la orice vârstă să se facă baia generală (duș sau cadă) sau parțială (față, gât, bust, axile, mâini și picioare) zilnic, unghiile se taie de două ori pe săptămână (rotund la mâini, drept la picioare). Deodorantele se vor folosi cât mai rar.

Îngrijirea dinților constituie o problemă de sănătate, prevalentă în timpul anilor de școală. În Statele Unite 95% din școlari sunt afectați de carii dentare.

Părinții sunt datori să învețe pe copii să perieze dinții și să clătească gura de cel puțin două ori pe zi. Să folosească pastă de dinți cu fluor, modificând din când în când produsele comerciale, indiferent de reclame. Spălarea pe dinți trebuie să se facă imediat după mâncat.

Se vor evita dulciurile și în special bomboanele lipicioase (caramele, alviță etc.). Din 6 în 6 luni este necesar control dentar de specialitate. La cei care prezintă vicii de implantare, conformație etc. este necesar să se poarte un aparat pentru corectarea anomaliilor.

Hiperhidroza. Prin acest termen se înțelege transpirația excesivă a mâinilor, picioarelor și a axilelor. Este foarte neplăcută. Se întâlnește mai ales la copiii nervoși și emotivi. Zonele respective se pudrează cu talc. În fiecare seară se fac băi generale sau dușuri. Nu se va folosi încălțăminte cu talpă de cauciuc, încălțăminte de cauciuc, ciorapii și tricourile de nylon. Vara, se poartă încălțăminte ușoară (sandale cu barete, pantofi din împletituri etc.).

• **Părul.** Cele pușe la preșcolar sunt valabile și la școlar sau adolescent. Pubertatea este vârsta critică pentru păr. După vârsta de 10 ani grija pentru păr trebuie dublată. La mulți școlari pe pielea capului apar mătreața și cruste seboreice (coji gălbui). Se vor folosi produse de șampon "împotriva mătreaței". După șampon se limpezește cu apă simplă din abundență. Este interzis să se folosească apa de colonie, loțiuni alcoolice. Atât băieții, cât mai ales fetele vor fi deprinși să perie, pieptene și eventual să maseze părul în fiecare seară, eventual cu o loțiune specială recomandată de un dermatolog. În alimentația copilului trebuie să se găsească zilnic ulei de porumb sau de floarea-soarelui, care conțin vitamina F, a cărei absență provoacă uneori căderea părului și dermatoze.

• **Ochii.** Iluminatul va fi dozat pentru a nu obosească ochii: patul va fi astfel orientat ca lumina să nu bată în ochi. La copiii nervoși iluminatul nu va fi violent. Nu se folosește iluminatul cu neon. Se alege o lampă de lucru cu picior mobil, care va fi orientată în direcția dorită. Când își face temele se va folosi ca sursă

luminoasă un bec de 100 Wați, la 40 cm depărtare de carte, în stânga (dacă scrie cu mâna dreaptă). Pe masa de noapte se plasează o lampă mică cu abat-jour. *Televizorul* obosește ochii. De aceea, copiii nu vor fi lăsați să stea în zilele de sărbătoare tot timpul în fața televizorului. Când este autorizat să urmărească anumite transmisiuni, copilul va fi plasat la cel puțin 2-3 m de aparat iar într-un colț al camerei, în spatele copilului se va plasa o mică lampă aprinsă. Copiii care suferă de tulburări de vedere vor fi obligați să poarte ochelari cu lentile corectoare. Pentru a preveni miopia (vede prost la distanță), se va asigura un bun iluminat în camera de lucru, iar copilul nu va citi cu cărțile prea apropiate de ochi și nu va sta mult la televizor.

• **Pozițiile incorecte.** Pentru a lupta împotriva acestor atitudini pe care le iau aproape toți copiii de îndată ce ating vârsta școlară sau adolescența este necesar să se aleagă o saltea bună, care să fie umplută uniform și să fie tare. Este de preferat o somieră cu arcuri tari sau saltea Relaxa. Nu se folosesc perne mari și moi. Copilul va fi învățat cum să se așeze la masa de lucru: scaunul trebuie să fie aproape de masă. Pieptul copilului nu trebuie să fie în contact cu ea, iar spatele trebuie să fie drept. Se va explica școlarului că este bine să evite să încrucișeze picioarele sau să citească cu nasul în carte. La școlarul mic este obligatoriu purtarea ghiozdanului pe spate; este periculos ca un copil să ducă ghiozdanul agățat de același umăr sau purtat cu aceeași mână (se produce scolioza, o curbură laterală a coloanei vertebrale).

• **Sânii ("pieptul") fetițelor.** Trebuie vegheat foarte devreme la formarea unui piept frumos. După vârsta de 10 ani eleva va fi învățată cum să-și îngrijească sânii care încep să se dezvolte: *a)* în fiecare zi, după baie sau duș, sânii vor fi stropiți cu un burete mare îmbibat cu apă rece sau, mai bine, cu jetul de apă de la duș. Apa rece mărește tonusul, fortifică țesuturile și

stimulează circulația sângelui; *b)* va purta în mod obligatoriu (chiar dacă pieptul nu este complet format) în fiecare zi un sutien cu bretele elastice; sutienul va avea cupa de mărime adecvată și va fi bine strâns la spate fără a împiedica respirația. Portul sutienului este deosebit de necesar în timpul exercițiilor fizice, deoarece sânii nu sunt susținuți de mușchii proprii.

Dezvoltarea sânilor poate surveni foarte târziu: nu este nimic alarmant. Natația și exercițiile respiratorii favorizează această dezvoltare. Din contră, dacă sânii păstrează aspectul juvenil și după pubertate, se va consulta un endocrinolog. Dacă, în momentul în care se instalează menstruația, sânii se umflă anormal de mult și cu o mare rapiditate, se va consulta un ginecolog sau un endocrinolog.

Dimpotrivă, la unele fete sânii încep să se dezvolte devreme (8-10 ani) vertiginos. Uneori creșterea poate surveni unilateral sau inegal (unul din sânii este mai voluminos). La unele fete creșterea sânilor se însoțește de senzații neplăcute (spasm, dureri) și/sau roșeață. Sunt manifestări anormale.

Nu rareori, elevele (preocupate de siluetă) își impun, din proprie inițiativă, regimuri dietetice foarte severe; acestea sunt deosebit de dăunătoare pentru sănătate, iar unul din efectele secundare este "prăbușirea" sânilor, prin dispariția stratului de grăsime care-i susține.

Examenle medicale. La școală se fac examenle medicale periodice (examen de bilanț) cu scopul de a supraveghea creșterea copilului (măsurări, cântăriri) și de a depista eventuale anomalii. Se urmărește efectuarea la timp a vaccinărilor. Atât în perioada de școlar mic (I-IV clase) cât și în cea de adolescent sunt necesare consultațiile medicului de familie în vederea urmăririi normalității sănătății în general, dezvoltării fizice și psihomotorii și depistării unor anomalii (deformări osoase, obezitate, acnee, anemii, tulburări de comportament etc.).

6.5. Aer, soare și sport

• La vârsta școlară nu permiteți copilului de a-și petrece sărbătorile și timpul liber între masa de lucru și televizor. Organizați lucrul în așa fel ca temele și lecțiile să nu ia mult timp. La nevoie, dacă observați că "nu reușește", consultați-vă cu medicul și găsiți o

soluție. Se spune că cei tari la gimnastică nu sunt în mod obligatoriu genii, opinie total greșită. Nici cei tari la teme, palizi și plăpânzi, primii în clasa lor, nu vor fi negreșit cei care vor reuși în mod strălucit în viață!

Medicii constată că salturile în talie se fac în vară sau după o vacanță petrecută la munte, chiar în lunile de iarnă. Sportul, alimentația, soarele și razele ultraviolete au un rol important. Aerul, lumina și soarele sunt de neînlocuit.

a) Este necesară o bună respirație. Este indispensabil ca un copil să învețe să respire bine. Desigur respirația este un act automat, dar se poate perfecționa treptat prin exercițiu. Copilul care respiră prost are umerii înguști, toracele strâmt, gura deschisă, fața palidă și este nervos. Copilul care respiră bine este calm, are pieptul și umerii largi, iar fața este rumenă. Învățând pe copil să respire pe nas, se evită o mare parte din guturaiuri, angine, "gripe" și alte boli ale nasului și gâtului. Când un copil respiră pe gură aerul rece, umed sau uscat intră cu brutalitate și pătrunde direct în plămâni. Când este inspirat prin nas este asanat, uscat sau umidificat, încălzit sau răcorit și debarasat de praf care este reținut de firisoarele de păr ale nasului.

Copilul respiră rău fie dintr-o obișnuință fie din alte cauze ca: vegetații adenoide, amigdale infectate, deviație de sept nazal, alergii, anomalii ale dinților și/ sau maxilarelor.

Copilul se ofilește când este privat de aer, de soare, de mișcare, condamnat să stea închis în casă, la o viață sedentară. El trebuie desprins să iubească aerul, apa, mișcarea, eforturile, exercițiile fizice. Insuficiența respiratorie este considerată ca o "boală profesională a școlarului". Această boală atinge 80% dintre ei. Pentru prevenire se recomandă:

– "Să ia aer"! În fiecare zi, la ieșirea din clasă este bine ca elevul să meargă puțin pe jos. Aceasta valorează de 10 ori mai mult decât dacă folosește autobuzul; școlarul are nevoie de cel puțin 1/4 de oră de destindere după imobilitatea din clasă cu aer poluat.

– *Porția de aer "săptămânală"*. Dacă la școală orele de educație fizică se fac în aer liber, nu trebuie "scutit" sub nici un pretext. Cocoloșind copilul prea mult, nu-i facem un serviciu – el va deveni mai răsfățat și mai fragil. Dacă școala nu a prevăzut ceva, părinții (de recomandat tatăl) vor face cel puțin o dată pe săptămână împreună cu el o plimbare mai lungă. Drumetia prin pădure, contactul cu natura sunt adevărate cure de relaxare și de înfrumusețare.

În vacanță, cât mai mult în aer liber. Dacă părinții nu pot să plece cu copilul, ei nu trebuie să ezite să-l trimită în tabere de vacanță sau într-o gospodărie rurală, la rude sau prieteni, atât vara, cât și iarna.

– *Se alege un sport care-i educă respirația.* Dacă școlarul are dificultăți respiratorii, părinții se vor consulta cu medicul și cu profesorul de educație fizică.

– *Băile de aer.* Se știe că pielea este și un organ de respirație. Prin miile de pori ea absoarbe aerul și elimină otrăvuri. Pentru ca pielea să respire, un copil nu trebuie înfoltit. Baia de aer este tot așa de binefăcătoare, ca și baia de soare sau baia în apă. Vara, trebuie îmbrăcat cât mai sumar; pielea va fi lăsată cât mai mult posibil în contact cu aerul. Purtarea de pantaloni lungi de băieți și mai ales de fete este o greșeală. În timpul iernii se va purta îmbrăcăminte largă, care lasă să circule aerul.

– *Repausul.* Activitatea școlară nu trebuie să se facă pe seama timpului de stat în pat. Orele de somn trebuie respectate cu strictețe. Nu este permis ca un copil să se culce târziu din cauza lecțiilor, televizorului sau unor seri încărcate ale familiei. Până la 10 ani copilul are nevoie de cel puțin 10 ore de somn de noapte. Nu se va încălca această recomandare!

– *Nevoia de mișcare.* Cât mai multă mișcare afară din casă! Copiii au nevoie de activitate fizică: să participe la "treburile" gospodăriei, să alerge, să sară, să se cațere. Nu trebuie să trăiască închiși în casă. Cum își termină temele, vor fi "scoși" afară să se joace într-o curte și chiar pe o stradă sau pe alee, chiar dacă acestea ar contraria dorința legitimă de ordine și curățenie a unor locatari. Din nenorocire în orașele mari spațiile de joc sunt tot mai limitate, iar strada reprezintă un loc unde pot surveni multe accidente.

• **Sportul.** Toți părinții știu astăzi că sportul este bun pentru sănătate și mai ales că este indispensabil dezvoltării armonioase a copilului.

a) Un copil sportiv este mai sănătos. Exercițiile fizice îl fac să transpire abundent, favorizând și accelerând eliminarea toxinelor care otrăvesc organismul. El are, de asemenea, o influență favorabilă asupra oxigenării globulelor roșii, circulației sângelui și digestiei. Un copil sportiv crește mai bine – el are poftă de mâncare, asimilează mai bine alimentele.

b) Un copil sportiv este mai echilibrat fizic (mușchi puternici, articulații suple, spate drept, abdomen plat, talie mai subțire, mișcări mai grațioase, reflexe mai bune) și **psihic** (nervi stăpâniți, echilibrat, competitiv).

c) Se alege sportul care convine copilului. Nu avem intenția de a spune multe despre sport neavând nici spațiu și nici priceperea necesară. Pediatrul de familie, medicul școlar, medicul sportiv și profesorul

de educație fizică sunt cei care stabilesc dacă un copil este apt pentru a practica un anumit sport; pentru cei la care se impun exerciții pentru recuperare a unor defecte neuromotorii, indicațiile se fac în colaborare cu neuropsihiatrul și medicul specialist de cultură fizică și medicală. De la 6 la 11 ani este vârsta de înflorire a posibilităților fizice ale copilului. Scopul exercițiilor fizice nu este de a-l face să dobândească forță, ci de a-i dezvolta "tonusul de susținere", adică de a-i căli o musculatură capabilă să-i susțină scheletul și de a-i ajuta dezvoltarea armonioasă a scheletului. Sportul este cel mai bun mijloc de a lupta împotriva prejudiciilor vieții școlare, îndeosebi contra deformării coloanei vertebrale, care constituie o boală profesională a școlarului.

d) Trebuie evitată specializarea timpurie. Nu se face un singur sport, deoarece se favorizează dezvoltarea unora din părțile corpului în detrimentul altora. Nu trebuie lăsat orice copil să se consacre competiției. Un sport, oricât ar fi de binefăcător, practicat până la exces la această vârstă în plină creștere, este contrar dezvoltării armonioase. Numai în cazurile cu totul excepționale, se admite pentru unele individualități (cu vocație și cu rezistență deosebită fizică și psihică) antrenament intensiv de competiție.

e) În general, **se interzic exercițiile de forță.** Practicate prea regulat, ele dezvoltă intens musculatura. Mușchii supradezvoltați, în loc de a favoriza creșterea, o încetinesc: nu mai sunt extensibili pentru a o însoți impulsul de lungire a oaselor, o frânează și pot chiar s-o blocheze. De aceea, trebuie proscrie halterele și tot ce riscă să facă să lucreze mușchii în forță sau numai anumite grupe de mușchi. Apare riscul de a face din astfel de copii mici ființe scunde, robuste, prea musculoase.

f) Copilul trebuie să se odihnească suficient. Activitățile școlare sunt deja acaparante. Nu trebuie supraîncărcat cu activități extrașcolare. Un singur sport, dar bine ales, este suficient. Orele de sport nu trebuie să antreneze o oboseală excesivă, din cauza unor ore prea încărcate sau eforturi mari. Înainte de practicarea unui sport, trebuie consultat medicul. Unele sporturi, excelente pentru copiii sănătoși, pot fi cu totul contraindicate în caz de afecțiuni ale inimii, plămânilor, ficatului, rinichilor sau ale coloanei vertebrale.

• **Atletismul.** Dezvoltă cutia toracică și favorizează o bună respirație, permițând organismului să se oxigeneze din plin. Este exercițiul de preparare ideală a tuturor sporturilor. Dezvoltă suplețea și rezistența.

Echilibrează sistemul nervos. Face să lucreze armonios toți mușchii corpului. Contrar a ceea ce-și închipuie unii părinți, atletismul convine perfect fetelor, cărora le dă suplețe și siluetă elegantă. Cursele de alergare constituie un foarte bun exercițiu pentru respirație, circulație, toți mușchii corpului și reprezintă unul din cei mai buni stimulanti ai creșterii.

• **Aruncarea** dezvoltă îndemânarea, concentrarea și detenta. Pentru fete lansarea greutății nu se recomandă încă la această vârstă, fiind necesare gesturi prea virile. În schimb aruncarea discului le convine perfect.

• **Săritura** dezvoltă detenta; contribuie la formarea de mușchi fini și lungi, căleşte gleznele și fortifică articulațiile gambelor.

• **Natația** se recomandă atât la băieți cât și la fete. Dintre toate sporturile înotul este cel mai complet. Are marele inconvenient că se practică în cea mai mare parte a anului în interior. Trebuie completat cu o activitate în aer liber. Dă o capacitate respiratorie excepțională, redresează spatele și întărește musculatura care susține coloana vertebrală. Stilurile de înot "bras" și "spate" sunt exerciții excelente pentru corectarea unor deformări ale spatelui. Din contră, stilul craul (*crawl*) -- mișcarea picioarelor se face în alt ritm decât acela al brațelor, capul rămânând cât mai mult sub apă, nu este recomandat. Natația favorizează creșterea în lungime și extensia mușchilor. La fetițele cu gambe roșii și articulații butucănoase, "bătaia" repetată a picioarelor în apă este deosebit de utilă. La băieți, înotul lărgeste umerii, la fetițe favorizează formarea unui bust frumos și îngustează șoldurile. Printre părinți există o teamă de microbii din apa piscinelor. Sunt puține riscuri, deoarece apa este supravegheată și verificată. Singura primejdie este din partea dezinfectantelor la copiii cu ochii sensibili: la aceștia se recomandă să poarte ochelari etanși speciali.

• **Patinajul și schiul** sunt sporturi de iarnă care se practică chiar de la 3-4 ani. Din păcate schiul se practică numai la munte necesitând deplasare și cheltuieli împovărătoare.

• **Bicicleta.** Până la 8 ani exercițiile cicliste trebuie să se mărginească la ocoluri în grădini, parcuri sau pe trotuarele străzilor din jurul casei. De la 8 la 9 ani copilul poate fi lăsat să facă plimbări mai lungi. De-abia spre 12 ani sunt permise circuite mai lungi (peste 10 km). Bicicleta este un sport cu două tăișuri. Practicat

ca joc este perfect. Ciclismul dă rezistență și constituie o gimnastică ideală pentru gambe și coapse (inclusiv articulațiile de la șolduri, genunchi și glezne). Dar practicat ca sport de performanță are și inconveniente: dezvoltă excesiv gambele în detrimentul restului corpului, ajungând până la frânarea creșterii. Mușchii abdomenului nu lucrează deloc, toracele nu se dezvoltă, iar capacitatea respiratorie nu se mărește. Nu se recomandă la copiii cu unele devieri ale coloanei vertebrale.

• **Fotbalul** se recomandă de la 12 ani la băieți. Toți băieții de 6-7 ani se amuză bătând cu piciorul într-o minge, ei numesc asta "fotbal". Acest gen de jocuri care-i fac să alerge, să respire și să cheltuiască energie este excelent pentru copii și nu trebuie să fie interzis.

În ceea ce privește veritabilul antrenament la fotbal, se cere prudență. Acest sport dezvoltă mai mult partea de jos a corpului pe seama părții superioare. În jocul de fotbal se aleargă, dar sprinturile cu opriri bruște, în opoziție cu cursa atletică, dezvoltă mușchii mai mult în forță decât în elongație. Un copil care joacă prea mult fotbal va avea coapse peste măsură de mușchiuloase, ceea ce nu este favorabil alungirii membrelor inferioare (ca și la ciclism).

• **Jocurile cu balonul** (volei, handbal, baschet). La ambele sexe, voleiul se începe relativ devreme: pentru baschet vârsta minimă este de 9 ani. Ultimul trebuie practicat cu moderație, deoarece solicită mult funcțiile cardiovasculare. Aceste sporturi sunt deosebit de utile pentru băieți și fete între 12 și 16 ani. Sunt sporturi de elongație, făcând să lucreze toți mușchii corpului pe care îi dezvoltă în lungime. Sunt exerciții excelente pentru mușchii spatelui și dau o bună susținere a coloanei vertebrale. Favorizează o siluetă zveltă și elegantă. Cultivă îndemânarea și rapiditatea reflexelor. Dezvoltă spiritul de echipă. Stimulează creșterea. Sunt admirabile pentru fetițe: le vor forma un bust frumos, umeri armonioși, coapse subțiri, glezne și gambe fine.

• **Canotajul** se recomandă la fete și băieți, începând de la vârsta de 14 ani. Dacă se folosește un scaun pe rotile (schif), canotajul este un sport complet la care participă toți mușchii corpului (brațe, abdomen, spate, gambe), ceea ce duce la o dezvoltare armonioasă. Canotajul fortifică musculatura membrelor, mărește elasticitatea articulațiilor și este, mai ales, un exercițiu foarte bun de disciplină respiratorie.

• **Judo**. Se recomandă începând de la 7 ani. În ultimul timp a devenit un sport la modă. Este practicat mai ales de către băieți, dar nu prezintă nici o contra-indicație pentru fete. Contribuie la echilibrarea fizică

și nervoasă. Dezvoltă ușurința și siguranța în gesturi. Constituie o școală excelentă de disciplină și de stăpânire de sine. Poate da încredere timizilor și calmează pe bătauși. Este interzis în caz de boli sau slăbiciune a coloanei vertebrale. Are inconvenientul că la copiii cu piele sensibilă sau cu vase mai friabile produce vânătăi din cauza căderilor ce survin în timpul jocului.

• **Tenisul** are inconvenientul de a fi unilateral. Ameliorează detenta, mlădiează articulațiile. Dezvoltă o jumătate din corp mai mult decât pe cealaltă. Trebuie practicate concomitent și exerciții compensatoare care fac să lucreze brațul stâng (pentru un jucător care lucrează cu dreapta), deoarece implică riscul de a se dezvolta o scolioză dorsală dreaptă. În caz că se începe mai devreme se va face cu prudență, cu control medical susținut.

• **Gimnastica** se recomandă la fete și băieți de 6-8 ani. Nu trebuie confundată cu simpla cultură fizică. Este un sport complet care duce la o stăpânire a corpului aproape perfectă. Dezvoltă la maximum suplețea și agilitatea.

Pentru fete este deosebit de recomandat: este unul din sporturile care creează cele mai frumoase tipuri de sportive. Această disciplină sportivă dă grație, eleganță, siguranța gesturilor. De la jocurile olimpice, în general, și după succesele gimnastelor noastre, este o tentație mare pentru unii părinți de a încerca să facă din fetele lor gimnaste de performanță. Ca pentru orice sport, în general, și pentru gimnastică în special, alegerea se va face de către specialiști, cu discernământ, pe baza unei selecționări care să țină seama de talentele fizicopsihice și de starea de sănătate a copilului. Trebuie amintit că gimnastica prezintă inconvenientul (singurul de altfel) că se practică în cea mai mare parte în sală, deci fără aerisire suficientă. De aceea trebuie completată cu un sport în aer liber și cu vacanțe petrecute în climat alpin și marin.

• **Dansul**. Este un sport care se începe foarte devreme, în jur de 3 ani pentru dansul ritmic și la 6-7 ani pentru dansul clasic. Dansul clasic dă încredere în sine, siguranță, stăpânire de sine, grație și eleganță. Constituie una din cele mai bune școli de răbdare. Dansul clasic învață pe copil să-și cunoască forța fizică și duce la o musculatură tip fus. Este deosebit de util pentru fetițele complexate, nervoase, timide, permițându-se să evolueze favorabil, să se exteriorizeze și să dobândească încredere. De asemenea, este bun pentru băieții și fetele care se încadrează mai greu într-un grup

social și pentru cei care sunt mai puțin înzestrați fizic, dându-le suplețe, grație, ușurință și un minimum de cochetație.

Totuși dansul poate fi vătămător dacă nu este practicat sub îndrumarea unui profesor serios și competent. Se alege dansul care se potrivește fiecărui copil. Riscurile antrenate de o rea inițiere sunt grave: dezvoltarea copilului poate fi perturbată. Devierile gambelor sau ale coloanei vertebrale sunt de temut. Nu se va căuta să se obțină, cu orice preț și foarte repede, rezultate spectaculare.

În concluzie, reamintim că înainte de a se practica un sport, indiferent de vârstă, copilul trebuie consultat

de un medic care să-și dea avizul. Vârstele de la care se recomandă un anumit sport sunt numai orientative și valabile pentru copii obișnuiți. Pentru sportul de performanță selecția este făcută de profesorii de educație fizică iar avizul medical îl dau medicii specialiști în medicina sportivă care pe lângă examenul clinic supun copilul unor investigații paraclinice cu aparatul specială cu care depistează orice anomalie precum și capacitatea de efort a copiilor talentați, selecționați de antrenori.

În general, medicii sunt reținuți în deciziile pe care le dau în ceea ce privește vârsta și probele la care poate fi supus un copil înainte de 10-12 ani.

6.6. Sexualitatea la copil

• Una din trăsăturile de bază ale omului (ca și la toate animalele bisexuate) este atracția și unirea celor două sexe, care se manifestă printr-un comportament cu o gamă întreagă de pregătiri afective, lingvistice și sociale. Alteori se ajunge la actul sexual în mod brutal și instinctiv, fără reflecții. Indiferent de modalitate, rezultatul se concretizează cu zămislirea unei noi ființe umane, și dacă nu intervin boli sau măsuri anticoncepționale, în venirea pe lume a unui nou individ.

• **Comportamentul sexual al copilului.** Alfred Kinsey (1894-1956) biolog și statistician american a demonstrat¹ că se pot introduce metode științifice în probleme care par rezervate moralistilor. Încă din prima copilărie (0+3 ani) se constată erecții la atingerea organelor sexuale, mai ușor de reperat la sexul masculin. După statistica lui Kinsey 31% din indivizi au prezentat orgasme înainte de vârsta de 12 luni 50% înainte de 7 ani. Așadar părinții care constată la copiii lor erecții (rare sau frecvente) trebuie să fie convinși că acestea constituie un fenomen normal.

a) *Masturbația infantilă.* Cuvântul masturbație² provine de la manu și de la stapro (a deflora cu mâna); sau de la manu și turbare (a tulbura cu mâna); sau prin rădăcini grecești, de la mazdo (membru viril) și turba

(tulbure). Masturbarea (oricare ar fi etimologia) poate fi definită ca o autostimulare voluntară manuală care produce o excitație erotică. Orgasmul³ produs printr-o autoexcitație ocazională nu intră, în sensul precis al cuvântului, în cadrul masturbației. Esențial este autostimularea voluntară a organelor sexuale: cu mâna sau câteodată, la fete, prin contracții musculare, prin strângerea și frecarea coapselor. Masturbarea la copil era apreciată până de curând ca semn de debilitate mintală sau de boli mintale severe. Chiar unii medici speriau familiile că un copil care se masturbează este ori anormal, ori va "înnebuni". Adevărul este că în toate grupele etnice umane, masturbarea ocazională, rară, apare ca naturală, fiziologică și poate fi acceptată ca atare. Voluntară și deliberată, ajungând adesea la orgasm, masturbarea este frecventă.

După unii autori cea mai mare majoritate a indivizilor umani (9 masculi din 10, 8 femele din 10) au practicat cel puțin o dată masturbația; o activitate așa de răspândită și generalizată nu poate fi atribuită unor factori anormali. Practicarea ocazională, pe timp scurt, fără alte tulburări, nu trebuie culpabilizată. Atitudinile nepotrivite (învinovățire, amenințări, umiliri) pot duce la însingurarea copilului și respingerea sexului opus (complexe de inferioritate). Pe de altă parte, practicarea repetată de nenumărate ori, reflectă fie un substrat psihopatic, fie unul nevrotic. Mediul

¹ "Comportamentul sexual al bărbatului" (1948) și "Comportamentul sexual al femeii" (1953).

² Mai este numită și onanie (după Onan, personaj biblic).

³ Cel mai înalt punct al excitației sexuale.

familial și concepțiile retrograde de educație și consultarea unor materiale pseudoștiințifice sunt la originea practicării sistematice a masturbației.

Am dat o extindere mai mare acestei probleme delicate pentru că am fost confrunțați adesea cu astfel de consultații, iar părerile și sfaturile noastre deși primite cu jenă și scepticism, s-au dovedit eficiente.

b) *Curiozitate sexuală și pudoare*. Chiar de la trei sau cinci ani, copilul este capabil să manifeste o mare curiozitate sexuală, de a arunca o privire lacomă pe nuditatea corpurilor. Aceste atitudini și impulsuri care încalcă "bunele maniere" sunt naturale, chiar față de ființele cele mai apropiate. Dorința geloasă de a merge în patul părinților, tandrețea câteodată excesivă și aproape carnală de care dau dovadă unii copii pot fi numite sentimente oedipiene¹. De fapt ei exteriorizează un libido² pentru un corp: mama este pentru băiat prima femeie (poate fi perfect înlocuită cu o mătușă, o soră mai mare etc.). Comportamentul copilului față de carnația altora (și a sa) este departe de a fi univocă. În unele reviste și magazine de vacanță (imitând moda din unele țări occidentale), precum și în unele filme se arată familii sumar îmbrăcate luând masa într-un cadru pitoresc. La mare, pe plajele de nudiști se văd unele mame care-și arată sâni, copiii mari sunt goi și tatăl își arată o parte din părțile sale intime. Cine ajunge la astfel de exhibiții, la acest naturism insistent, inspirat din unele avangardisme "liberale" ale mass-media ar trebui să se întrebe ce "gândesc" copiii. Este greu de răspuns la această chestiune fără a invoca un concept care ar putea părea demodat: pudoarea³. La același individ, pudoarea poate să dispară sau, din contră, să apară.

Când sunt mici, copiii preferă să stea goi, fără să se jeneze de adulți, cer să facă baie în prezența și cu ajutorul mamei, pentru ca în preajma pubertății să interzică acestora să mai intre în baie. Este un comportament care se încadrează în concepția tradițională după care "regulile decenței sunt luate nu numai din preceptele morale, ci sunt legate și de vârstă, condiții de mediu, caracter, locul unde se găsește, persoane cu care trăiește" (Litré). S-ar putea spune că erau alte timpuri și alte obiceiuri. În ceea ce ne privește,

¹ Atașament erotic al copilului față de părintele de sex opus.

² Dorința de satisfacere a instinctului sexual.

³ Bunăcuviință, atitudine decentă care trebuie păstrată în acțiuni, îmbrăcăminte, înfățișare, vorbire.

din observațiile noastre, socotim că mama și întreaga familie să nu cultive la copil un simț al pudoarei precoce și exagerat. În primii 6-7 ani, este bine ca un copil să stea cât mai sumar îmbrăcat sau gol în zilele însorite sau calde, să facă baie și să stea pe plajă dezbrăcat, pentru a beneficia din plin de acțiunea factorilor naturali. Cu timpul, indiferent de concepția familiei, copilul aderă sau devine opozant la un anumit comportament în funcție de temperamentul său: flegmatic sau emotiv, ușuratic sau grav, influențabil sau hotărât, conformist sau independent, sociabil sau izolat, cu plăcere precoce pentru "jocurile dragostei" sau indiferent față de acestea.

c) *Iubirile copilărești*. La rangul de sentimente, copiii de școală pot să dezvăluie ceea ce se cred (sau se numesc) iubiri ("amoruri") copilărești. Această formă foarte elaborată a sexualității rămâne adesea discretă, chiar secretă. Nostalgia, insomnia, lipsa de poftă de mâncare, laconismul, neatentia la școală pot fi consecințele nebănuite ale unor "doruri ale inimii". Este vorba mai mult de "trăire" decât de comportament; aceste prime manifestări de iubire umană au un loc și un farmec deosebit. Părinții au datoria de a fi discreți și înțelegători cu aceste trăiri, adesea trecătoare.

d) *Sexualitatea*. Normal în perioada pubertară trebuie să se ajungă la o maturitate sexuală. La început, atât fetele cât și băieții sunt jenați și rușinați de semnele sexualității.

Dezvoltarea psiho-sexuală. La fete și mai ales la băieți apar nevoi sexuale imperioase, adesea se tem că-și vor pierde controlul. De aceea trebuie să și le satisfacă prin modalități sociale acceptabile. Mulți sunt activi sexual la 17 ani, dar nu acceptă utilizarea regulată a anticoncepționalelor (prezervativul de către băieți, pilula de către fete). Unii își ușurează tensiunea sexuală prin masturbare.

După Feinstein, adolescenții trec, sexual, prin patru stadii de dezvoltare:

1. *Deșteptarea sexuală* (între 13 și 15 ani). Își confruntă imaginea corporală cu a prietenilor (sâni, dimensiunile penisului, înălțime, greutate, păr pubian). Comparația poate fi devastatoare dacă nu este la fel cu cei de aceeași vârstă. Uneori sunt preocupați și părinții de normalitatea sexuală, mai ales la băieți; destul de des părinții consultă pe medic pentru a ști dacă totul este "normal": testicule, dimensiunile penisului la băieți; sâni, apariția ciclului menstrual la fete.

2. *Stadiul de practicare* (14-17 ani) privește modul de formare a inserției sociale care conduce spre formarea unor legături intime. Foarte des concepțiile și valorile generațiilor anterioare (bunici, părinți și chiar cadre didactice) nu mai sunt identice cu cele promovate de colegii de generație, fapt care duce la “conflicte de generație”.

3. *Acceptarea rolului social* (16-19 ani). Adolescentul are o senzație de confort în legătură cu rolul său sexual. Relațiile de cuplu înlocuiesc unele activități, care anterior interesau grupuri mai largi.

4. *Alegerea unei relații permanente*. Poate avea loc între 18 și 25 de ani și se prelungește prin studiile universitare. Mulți își aleg un partener de viață, fie temporar (ca “prieteni” ce trăiesc împreună) fie ca parteneri de viață, ca soț și soție. În ambele situații relațiile sunt egalizate în ce privește probleme casnice cât și cele profesionale.

e) *Diversitatea comportamentelor*. Trebuie subliniate două noțiuni importante: a) Există o diferență netă între comportamentul sexual al celor două sexe. Erotizarea este mai întârziată la fete. Așa se explică frecvența și precocitatea masturbării la băieți. b) Ori-care ar fi sectoarele de comportament sexual (masturbare, atracție pentru nuditatea corporilor, tendința exhibiționistă¹, pudoare, jocuri sexuale, sentimente amoroase) acestea sunt curente, foarte diferite de la un individ la altul. Față de trezirea “simțurilor” sexuale ale copiilor, este necesară din partea adulților o atitudine nuanțată, adaptată fiecărui copil și făcând apel la o informație sexuală științifică.

• **Maturația sexuală.** a) *Începuturile pubertate*. Pubertatea se instalează treptat, continuu, cu manifestări ce se asociază cu creșterea staturală și ponderală, în funcție de natura gonadei (masculină sau feminină) care are un rol preponderent în dinamismul evolutiv al copilului. Semnul distinctiv sexual este imprimat chiar în etimologia cuvântului pubertate (de la *puber* = păr) (vezi tabelul 6.6). Semnele fiziologice caracteristice ale instalării pubertate sunt: apariția primelor menstruații la fată; prima ejaculare spontană la băiat sub forma unei poluții nocturne (fenomen mai discret). Aceste manifestări nu implică maturitatea sexuală definitivă. Aptitudinea pentru procreare încă nu este conferită:

¹ Obsesie bolnăvicioasă care face pe unele persoane să-și expună organele genitale.

primele menstruații sunt fără ovule, iar spermatozoizii sunt absenți în primele ejaculări. Vârsta nubilității (starea celui sau celei ce este la vârsta de a se căsători) este legalizată la 16 ani la fete și 18 ani la băieți. Debuturile pubertate sunt foarte variate. Prezența semnelor pubertate sub vârsta de 8 ani sau lipsa lor peste vârsta de 17 ani obligă părinții să se adreseze medicului.

b) *Evoluția sexuală la fete*. Modificările externe sunt: dezvoltarea labiilor mici și mari, pigmentarea acestora din urmă, creșterea volumului clitorisului, vulva trece de la verticalitate la orizontalitate, apariția pilozității pubiene triunghiulare, dezvoltarea sânilor și mameloanelor. Creșterea masei musculare este mai puțin importantă la fete decât la băieți. Mucoasa vaginală își schimbă aspectul, uterul se mărește și se înclină înainte, ovarele cresc în volum, începe maturația foliculilor ovarieni, care mai târziu vor elibera ovule, dând ciclului menstrual întreaga sa semnificație.

TABELUL 6. 6

INSTALAREA ÎN TIMP A PRINCIPALELOR SEMNE DE PUBERTATE

Vârsta în ani	Fete	Băieți
10-11	- apar mugurii mamari (telarha) și “puful” pubian - lățirea bazinului	- începe creșterea testiculelor
11-12	- începe creșterea în înălțime - apare pilozitatea pubiană (pubarha)	- mărirea tranzitorie a glandei mamare, adesea unilateral, uneori dureroasă
12-13	- rotunjirea sânilor - pigmentarea mameloanelor - apare pilozitatea axilară	- începe creșterea în înălțime - apare pilozitatea pubiană
13-14	- prima menstruație (menarha); la început ciclu neregulat, fără ovulație	- creșterea accentuată a testiculelor și penisului
14-16	- menstruații regulate, cu ovulație	- schimbarea vocii - pilozitate axilară - spermatozoizi maturi

Închiderea (osificarea) zonelor de creștere epifizare și încetarea creșterii:

- la fete 16-17 ani
- la băieți 17-19 ani

TABELUL 6.7

STADIILE DE DEZVOLTARE A CARACTERELOR SEXUALE SECUNDARE (DUPĂ TANNER)

Stadiul	Fete	Băieți
I	Sâni și organe genitale infantile	Testiculele și penisul de aspect infantil
II	Începe dezvoltarea sânilor prin lărgirea mamelonului și areolei, apare pilozitatea pubiană și axilară	Începe creșterea testiculelor și apare pilozitatea la baza penisului
III	Continuă dezvoltarea sânilor și labiilor	Continuă dezvoltarea testiculelor și scrotului, începe creșterea penisului, pilozitatea pubiană este abundentă
IV	Sânii și organele genitale externe au atins dezvoltarea de la femeia adultă	Penisul crește în lungime și lățime, se dezvoltă pilozitatea axilară și facială
V	Apare ciclul menstrual	Organele genitale mature, pilozitatea pubiană este de tip masculin, se dezvoltă barba și mustățile

c) *Evoluția sexuală la băieți.* Din al 11-lea an de viață (în medie), la băieți primul semn pubertar este mărirea testiculelor datorită lărgirii tubilor seminiferi. În același timp se dezvoltă celulele Leydig (glanda endocrină testiculară) ce secretă hormoni androgeni (testosteron etc.), care vor contribui la stabilirea caracterelor sexuale secundare. Paralel penisul se alungește și se îngroașă; pielea scrotului se îngroașă și se pigmentează; prostata și veziculele seminale se măresc. Spre 14 ani (în medie), părul pubian apare la rădăcina penisului pentru a urca progresiv în romb spre ombilic pe care-l va atinge după vârsta de 15-16 ani. Pe lângă pilozitatea axilară (care există la cele două sexe) la băiat apar fire de păr pe tot corpul (mai ales pe piept și pe fețele de extensie ale membrelor) și sub formă de barbă la față. Spre 14-15 ani, laringele se modifică la băieți: mărul lui Adam iese în relief, corzile vocale se alungesc și vocea coboară în ton (schimbarea vocii). Apariția spermatogenezei semnează maturarea sexuală.

d) *Mecanismele fiziologice.* “Evoluția pubertară începe, se dezvoltă și se termină datorită unui joc complex de influențe stârnite și manifestate la diferite nivele, într-o succesiune și o integrare bine ierarhizată. Aceste reacții în lanț duc la metamorfozarea țesuturilor și organelor; cele mai vizibile transformări afectează aparatul genital, scheletul și mușchii, pielea și părul,

dar se înțelege de la sine că organismul este interesat în mod global” (Robert Laplane și colab.). Această “mașinărie” – delicată dar de cele mai multe ori foarte bine reglată – poate da loc câteodată la unele dezechilibre care determină neliniște și indispoziție la copil; sunt necesare explicații și sfaturi liniștitoare din partea părinților și uneori din partea unui medic priceput.

e) *Aspecte psihologice.* Odată cu diferențierea bruscă și evidentă a sexului, erupția sexualității, erotizarea, manifestarea sau, de cele mai multe ori refularea trăirilor aduse de maturarea sexuală, adolescentul capătă un nou rol uman, mai departe de familie și într-o societate nouă. Pe lângă avalanșa informațională adusă de **mass media**, adolescentul este supus unei concurențe mari impusă de școlarizare, formarea într-o meserie, ocuparea unui loc corespunzător în grupul de care aparține, ceea ce îl face nu numai să depună din ce în ce mai multe eforturi, dar și să reflecteze asupra propriului său destin. Pe deasupra, pubertatea este vârsta când ființa umană se preocupă cel mai mult de frumusețea corpului: a crescut prea mult sau dimpotrivă prea puțin? ce face când apar și supărări cu bubulițele care urâtesc fața (acneea juvenilă)? este frumos(ă) sau așa cum spun ei în jargon – “nasol”? sâni sunt prea mari (mici)? De aici mai ales la fete, popasuri lungi în fața oglinzii, folosirea cosmeticelor, îmbrăcăminte mai mult sau mai puțin inspirată, accese de cochetărie sau din contră, de renunțări, câteodată teme obsesionale. În plus, există conștientizarea organelor sexuale în plină dezvoltare și a zonelor erogene corespunzătoare. Menstruația – chiar anunțată – nu este totdeauna acceptată de unele fete (ca și feminitatea). Sosirea naturală a acestor metamorfoze este admisă treptat. Pe lângă propriul corp, adolescentul observă că și corpul celui alt sex s-a schimbat. Fetița și băiețelul care nu erau decât camarazi, nu mai împărtășesc aceleași jocuri, au devenit diferiți, poate chiar tulburători. Se nasc emoții, chiar spaime. Totuși va trebui, în funcție de această trezire a simțurilor care invadează pe fiecare, să se adapteze acestui tovarăș... și, poate, într-o zi, partener. Nu este totdeauna ușor. Băieții sunt mai schimbători printr-un instinct mai intens și mai impulsiv; fetele – cu o luciditate mai mare și cu o erotizare mai mică îi antrenează spre căutări sentimentale exaltate, mai mult prin cuvinte decât prin gesturi. Trebuie subliniat că la băieți pubertatea are o intensitate mult mai mare. În

această dezlănțuire a simțurilor, unii apelează la masturbare, așa cum am mai afirmat. Din punct de vedere fiziologic această practică nu are inconveniente dacă este trecătoare. La cei mai mulți survin ejaculări, "poluții", spontane (în medie 2-14 pe săptămână) mai ales în cursul nopții, cu sau fără vise, care sunt reglatoare excelente cu atenuarea altor reacții erotice.

Tradiționalul flirt poate da naștere la legături de stabilitate sentimentală, chiar de destin. Comportamentul și psihologia adolescentului sunt influențate mult de modificările pubertare, dar este o greșeală în a explica prin acestea toate dezordinile mintale (isteria, fobiile, psihozele, diferite dereglări cerebrale), toate insuccesele școlare, tulburările de inserție socială etc.

• **Mediul social și familial.** Nu trebuie atribuit sexualității pubertare ceea ce ține de fapt de dezvoltarea generală a adolescentului, de îmbolnăviri sau de mediul social și familial. Respectul datorat părinților, armonia familială, încadrarea în grupul social (clasă, asociații, cluburi, echipe etc.), tradiția familiei în materie de viață conjugală, vor fi zidurile care vor stăvili impetuoșitatea juvenilă necontrolată. Față de această vârstă "ingrată" părinții au o sarcină dificilă. Ei oscilează între două afirmații contradictorii și totdeauna vehemente: "Tu ești încă un copil", care pune problema supunerii și "Tu nu mai ești un copil", care pune problema responsabilității. Supunerea și responsabilitatea sunt polii în jurul cărora se orientează raporturile părinți - copii. Din păcate, familia nu mai este pentru unii adolescenți o referință robustă. În aceste decenii de revoluție politică și economică, au apărut la noile generații alte concepte intelectuale, sociale, morale, științifice și artistice. Unii adulți prin locul de naștere, meseria și educația primită nu înțeleg noul mod de gândire și de trăire al urmașilor. În fața rigidității părinților, a neadaptării lor, copiii au și ei reacții tot atât de puțin constructive, fie de închistare, fie de expansiune debordantă sau chiar de evadare. Adolescentul, pornit prin școli de tot felul, în alte localități, dezlipit de familie trebuie preluat de școală, de comunitățile în care-și duce viața. Toți cei care cunosc pe copiii și pe adolescenții de la noi știu că marea lor majoritate știu ce este disciplina, autocontrolul și controlul; sunt dornici să cunoască, să învețe să muncească. Pe scurt se străduiesc să devină adulți, să fie cât mai competitivi (pentru ei personal și pentru instituția unde lucrează), să trăiască civilizată, rațional, deasupra instinctelor primare și a viciilor de tot felul.

• **Educația sexuală** (informația sexuală). În locul termenului de "educație sexuală", P. Debray-Ritzen socotește că termenul de "informație" ar fi mai adaptat realităților. După el "neinformatul", rezervatul, "refulatul", "feciorul întârziat" sunt candidați la tulburări care merg până la perversități sexuale. De aceea este necesar ca părinții și copiii să fie informați asupra acestui subiect socotit "tabu" după unele concepții înapoiate. Pe de altă parte nu trebuie să se ajungă la exhibiționism, necuviință organizată sau la mobilizare sexuală.

Spre 2 ½ ani - 3 ani, copilul își dă seama de diferențele sexuale dintre băiat și fată. "De ce băieții nu sunt făcuți ca fetele"? Apoi spre 3 sau 4 ani, copilul începe să pună primele întrebări asupra originii vieții care pot fi directe ("de unde vin copiii?") sau indirecte. Întrebarea nu este formulată dar copilul face aluzii în fața unei femei însărcinate sau tentative stranii care încearcă să facă pipi în picioare ca băieții etc.). Câteodată se observă o gelozie pentru camera conjugală unde se închid părinții și/sau patul conjugal unde domnește o relativă nuditate. Copilul simte că sexualitatea constituie un subiect aparte. Părinții trebuie să se pregătească să răspundă, fără să încerce însă să provoace întrebări. Nu este încă timpul să se treacă la explicații lungi nesolicitate. La unii copii, astfel de explicații nu sunt cerute decât la intervale de luni sau chiar de ani de zile.

La început, sarcina de a iniția sexual pe copil, revine mamei. Apoi, când copilul se mărește este de datoria tatălui de a sta de vorbă cu fiul și a mamei cu fiica. În gospodăriile cu animale, la grădiniță și la școala elementară sunt animale (câini, pisici, iepuri de casă etc.) care sunt pentru copil un excelent mijloc de observație în ce privește reproducerea, sarcina, nașterea, alăptarea etc.

Cea mai bună soluție este de a spune adevărul. Poveștile cu "varza", cu "trandafirii" sau cu "berzele" nu mai sunt pentru vremurile noastre. Copiii dispun de informații paralele (vorbesc între ei, au acces la cărți, la reviste, la afișe de cinema, la imagini de televiziune etc.). Răspunsurile improvizate, fanteziste, ipocrite, "ca pe vremea bunicilor" fac pe copil să creadă că părinții lui au încă multe de învățat. Informațiile sexuale se vor da în funcție de temperamentul, de curiozitatea, de întrebările, pudoarea și puterea de înțelegere a fiecărui copil. Abordarea problemelor se va face cu tact și precizie și dacă s-ar putea cu un pic de poezie. Părinții

nu trebuie să se ferească să răspundă la întrebările puse în mod deschis, folosind un limbaj simplu. Copilul de 5-6 ani, care, auzind vreo trivialitate relativ la organele genitale, pune întrebări din teribilism verbal nu va fi culpabilizat, ci se va proceda cu tact, fără brutalizare.

Atunci când un copil de grădiniță, în fața mamei gravide întreabă: "cum intră copilul în burta mamei?", nu este absolut necesar un răspuns fiziologic exact. Este de ajuns să i se răspundă că "bebe" se dezvoltă în burta mamei pornind de la o sămânță (un grăunte) care se găsește acolo. "Pe unde iese?". Printr-o deschizătură specială care nu este nici anusul și nici orificiul uretral. La această vârstă de mulțumește cu răspunsuri foarte simple pe care de altfel le uită foarte repede iar imaginarul își reia locul până la întrebările viitoare.

Și tata ce face în această poveste? Tata depune o sămânță în burta mamei pentru că se iubesc mult și doresc să aibă împreună un bebe. Cele două seminte fac ca bebe să crească. Întrebarea de a ști "cum depune sămânța" nu interesează pe copilul până la 7-8 ani. Numai spre 9 sau 10 ani copilul vrea să aibă explicații mai amănunțite. De altfel, dacă copilul mai mic cere, este suficient să i se spună că prin intermediul penisului tatăl duce sămânța în burta mamei.

Alături de educația care privește viața fizică și biologia reproducerii, se vor învăța valorile morale ale dragostei și dorința de a naște.

Informarea copilului se va face treptat cu completări la orice întrebare nouă. Există copiii care practic nu întreabă niciodată. Nu este nevoie de a le lua înaintea. De multe ori se instalează un fel de acord tăcut cu copilul; totul se rezumă la a aborda în treacăt subiectele presupuse cunoscute de ambele părți. Se vorbește însă liber. Astfel, se va discuta despre o femeie cunoscută (rudă etc.) că este însărcinată, că nașterea a decurs normal, că are un bebeluș sănătos. Când copilul întreabă "ce este o naștere" i se va răspunde "este momentul când copilul iese din burta mamei". Dacă pentru copil aceasta constituie o revelație care aduce

și alte întrebări i se va răspunde cu "A, da!..." punându-l la curent cu fenomene reale fiziologice, care să corespundă vârstei și înțelegerii lui. Pe măsură ce copilul se mărește, ca din întâmplare, i se vor pune la dispoziție pentru citit lucrări de inițiere și se va ajunge la un schimb de păreri, care vor păstra dialogul părinte-copil într-o pudoare reciprocă, pe care adesea, copilul este primul care o instaurează.

Este evident că pentru a trata problema educației sexuale este necesar de a ne plasa în perspectiva morală a societăților civilizate, care n-au admis niciodată să se presupună că în cel mai îndepărtat trecut uman, să fi existat o libertate absolută a raporturilor sexuale.

• **Educația sentimentală.** După "informația" sexuală, drumul cel mai anevoios de străbătut rămâne ceea ce este legat de sufletul omului: "amorurile" copilului, cuceririle, renunțările și "darurile" în căutarea iubirii altuia și cu respectul propriei ființe. Informația sexuală ușurează această continuare. Cu toate acestea, sunt temeri că în școlile în care s-a instituit o metodologie de educație sexuală cu prezentări brute, prefabricate, publice, cu planșe în culori, care prezintă toate viscerele, indispune și descumpănește pe mulți adolescenți.

Debray-Ritzen spune că iubirea este vecină cu arta. Contrar unei îndelungate tradiții estetice, arta nu se definește prin ea însăși, ci prin efectele sale, prin emoție. Ca și în artă, iubirea nu se face prin dispoziții, ci în funcție de gustul și tendințele fiecăruia; nimic nu este condiționat ca actul sexual. Cu el, obișnuințele se leagă într-un comportament propriu și adesea pentru o viață întreagă, în funcție de natura fiecăruia dintre noi. De aceea, instituirea căsătoriei este un ideal dificil. În funcție de temperament, de educația generală a fiecăruia, de împrejurări, de starea de sănătate, de starea economică, de mediul social, de meserie și discernământul celor doi parteneri, se ajunge la derută sau dimpotrivă la armonie (sentimentală, sexuală și socială).

7

COPILUL BOLNAV

7.1. Îngrijirea copilului bolnav în familie

Dacă familia oferă condiții favorabile în ceea ce privește starea materială și nivelul de instruire generală a părinților, pot fi tratate la domiciliu afecțiuni ușoare, unele boli infecto-contagioase - forme necomplicate - afecțiuni cronice și, în general, orice îmbolnăvire care nu pune în pericol imediat viața copilului.

Premisa pentru o bună colaborare între cadrele medico-sanitare și părinți este relația de încredere reciprocă. Medicul de familie instruieste în amănunt pe mamă asupra modului de îngrijire, de administrare a medicamentelor și face educația sanitară a familiei.

Mama trebuie inițiată în ceea ce privește înfășatul, tratamentul eritemului fesier, alimentarea copilului bolnav, prepararea unor alimente dietetice, aplicarea de învelișuri hidroterapice sau pansamente, tehnica de administrare a unor medicamente, măsurarea temperaturii corporale etc.

Părinții vor respecta cu conștiinciozitate absolută recomandările și prescripțiile medicului. Când nu se poate baza pe colaborarea părinților, medicul va recomanda internarea în spital, chiar pentru afecțiuni care ar putea fi tratate în familie sau ambulator.

7.2. Rolul părinților ca ajutoare ale medicului

- Mamele care au crescut mai mulți copii știu să deosebească situațiile care necesită o vizită imediată a medicului de cele care pot fi amânate o zi sau până la următoarea consultație programată. Părinții mai tineri solicită adesea o listă a simptomelor care necesită un consult medical. Ori, patologia medicală este atât de bogată și complexă, încât nu poate fi redusă la o listă (oricât de completă, ar însemna o simplificare artificială a realității).

Observația atentă a mamei care-și supraveghează conștiincios copilul, înarmată cu 1-2 cărți de inițiere medicală, constituie un bun ghid pentru orice părinte. Înarmați cu un bagaj de cunoștințe despre bolile copiilor, nu vor greși prin neglijarea unor manifestări de boală serioasă și nici nu vor apela în mod abuziv la prezența medicului sau la serviciile de salvare. În cazul îmbolnăvirii copilului, mama trebuie să știe să se descurce singură până la venirea medicului sau până la transportul copilului la spital.

Este important ca în astfel de împrejurări mama să acționeze rațional și să nu-și piardă calmul. Ea își cunoaște bine copilul, sesizează imediat dacă ceva nu este în ordine și îl va supraveghea mai atent. Dacă

îmbolnăvirea acută se însoțește de febră mare, îi va măsura temperatura și va lua măsuri pentru scăderea acesteia. În caz de febră foarte mare (39,5-40°C - hipertermie) se va administra un medicament (Paracetamol supozitor, Algocalmin supozitor pentru copii) și se vor da copilului să bea lichide (dacă primește). Dacă febra nu scade, un mijloc eficient de scădere a temperaturii constă în aplicarea unei "împachetări hipotermizante". În cazul în care sugarul prezintă o tulburare digestivă certă (scaune diareice, vărsături, refuzul mâncării) se va suprima alimentația și se va oferi copilului ceai îndulcit (sau nu) cu 5% zahăr (ceai de mușetel, chimen, anason) în cantități mici și repetate, până când vine medicul. Se poate oferi copilului și apă de orez (vezi rețeta la capitolul 5).

- **Când familia apelează la medic**, pentru o vizită la domiciliu, este bine să se facă unele precizări privitoare la semnele bolii copilului. Aceasta îl ajută să-și programeze vizitele zilnice în ordinea gravității cazurilor anunțate.

Mama va observa și va nota cu grijă toate manifestările și evoluția bolii pentru a le putea relata medicului. De asemenea, își va nota toate întrebările pe care și le pune privitor la continuarea îngrijirii copilului.

7.3. Elemente de apreciere a stării de boală

În cele ce urmează se vor expune un număr de manifestări patologice care vor ajuta părinții să sesizeze localizarea principală a bolii, precum și răsunetul ei asupra întregului organism.

Starea generală și comportamentul bolnavului, faciesul (fața) și vorbirea sunt modificate în parte de reacția bolnavului față de boală (atenuare sau exagerare), legată de structura psihică, de temperamentul fiecăruia. Copilul mare și adolescentul, confrunțați cu o îmbolnăvire mai severă, își vor pune o serie de întrebări cum ar fi: ce boală am? de ce sufăr? care vor fi urmările ei? ce dezavantaje? ce avantaje rezultă din ea? Aceste implicații psiho-sociale nu vor fi neglijate de părinți și de medic.

a) *Observarea atentă a faciesului* bolnavului este mai convingătoare, deoarece autocontrolul este mai redus ca la adult. Expresia de durere, teamă, dificultatea în respirație, privirea inexpresivă, rățăcită, închiderea în sine, tristețea se citesc pe fața copilului. Chiar lipsa de mișcare la un copil altfel vioi, poate ușura calea spre diagnostic.

b) *Vorbirea* este sugestivă prin intensitate (înceată sau tare) și cursivitate (coerentă); dificultatea mare în respirație (dispneea) și slăbiciunea fizică mare permit doar pronunțarea de fragmente de propoziție sau cuvinte izolate.

c) *Răgușeala și tusea*, precum și existența unor zgomote ce însoțesc respirația sunt simptome importante ce trebuie înregistrate cu atenție.

d) *Mișcările* copilului sănătos sunt vioaie, poziția firească, liberă, frecvent schimbătoare. O poziție anormală pe care copilul bolnav o schimbă rar, cu dificultate "sare în ochi". Poate fi cauzată în primul rând de o durere intensă (poziție antalgică), dar poate fi legată și de o suferință a sistemului nervos.

e) *Mișcările involuntare*, de tipul tresăririi unor grupe musculare izolate, imposibil de stăpânit de către copil, realizează ticurile (de ex. ridicarea repetată a umerilor, clipitul involuntar, unele grimase).

Alteori copilul prezintă un fel de "crize". În plină activitate fața devine inexpresivă, absentă, timp de câteva secunde nu reacționează la nici un stimul, apoi își reia firul vorbirii sau acțiunii (la început poate puțin confuz). Numai un observator atent înregistrează aceste manifestări și realizează că este vorba de o *criză de "absență"* (motiv pentru care de multe ori copilul este prezentat tardiv la medic).

f) *Crizele majore de convulsii* (epilepsia) sunt manifestări repetate, în cursul cărora copilul își pierde conștiința, cade la pământ și prezintă, pe un fond de creștere a tonusului muscular, mișcări dezordonate (convulsii tonico-clonice). Același tablou poate fi întâlnit în cursul unor infecții acute ale sistemului nervos central (meningită, encefalită) sau în cadrul unor stări febrile la sugar și copilul mic (*convulsii febrile*). În asemenea situații, părinții pot observa atent desfășurarea crizei, pentru a putea informa cât mai fidel medicul.

• **Culoarea și consistența pielii.** La copil pielea normală este roz sau ușor bronzată, uscată și netedă.

a) *Paloarea tegumentelor* poate fi determinată de anemie, de o tulburare a circulației sângelui, dar uneori ține de o boală a inimii sau a rinichilor. Sub influența frigului, tegumentele au un aspect marmorat (alternanță de pete albicioase și violacee).

b) *Culoarea roșie* a întregii suprafețe corporale se observă în caz de febră sau în stări de emoție accentuată. Petele roșii survin în cursul bolilor eruptive (rujeolă, rubeolă, scarlatină). Se vor urmări intensitatea, dimensiunea și forma "petelor" eruptive, dar și distribuția (localizarea) lor pe suprafața corpului, locul de apariție și modul cum se extind, acestea prezentând particularități tipice pentru diferitele boli.

c) *Culoarea vineție* (cianoza) exprimă lipsa de oxigenare a sângelui. Culoarea slab vineție a buzelor în timpul băii, care apare frecvent la copii cu stare de nutriție deficitară și cu piele foarte fină, este doar un semn că le este frig.

Cianoza marcată, însoțită de stare generală modificată și/sau cu agitație și dificultăți de respirație (dispnee), reprezintă o stare gravă, de pericol vital acut! Există copii cu malformații congenitale ale inimii care au o *cianoză permanentă* datorită unor anomalii în distribuția sângelui. Starea lor generală și randamentul fizic (rezistența la efort) sunt relativ bune, iar persistența în timp a cianozei este o dovadă că aceasta nu reprezintă un pericol imediat.

d) *Petele violacee circumscrise* (echimoze, "vânătăi"), de dimensiuni variate (până la câțiva cm), sunt determinate de hemoragii. Acestea pot fi de natură traumatică, dar uneori exprimă o tulburare a coagulabilității sângelui (temporară sau de durată) însoțind o serie de boli generale grave. Chiar

hemoragiile de dimensiuni minime (ca înțepăturile de purice), apărute în context febril pot fi comunicate de urgență medicului pentru a putea fi interpretate prompt.

e) *Hemoragiile* prelungite la nivelul mucoaselor (după traumatisme, extracții dentare) sau a tegumentelor (prin rănire), precum și umflarea "văzând cu ochii" a unei articulații traumatizate impun asistență medicală imediată (posibil hemofilie!).

f) *Colorația gălbuie sau galben-portocalie* a tegumentelor (icterul) a fost descrisă la nou-născut. Icterul se întâlnește și în cazul unor boli severe (hepatita virală, anemia hemolitică, malformații ale căilor biliare etc.), de aceea se va apela la medic. Trebuie menționat că unii sugari pot prezenta colorația gălbuie a pielii în urma unor regimuri prelungite cu supă de morcov (carotinemie); în aceste cazuri sclerele (albul ochilor) nu sunt colorate în galben.

g) *Consistența pielii* (turgorul) la copilul sănătos este fermă. Cuta pielii, făcută prin pensare între două degete, dispăre imediat.

În caz de deshidratare prin vărsături, diaree și/sau febră (necompensate prin aport corespunzător de lichide), pliul cutanat este leneș (sau chiar persistent) - se șterge foarte încet. Copiii au limba uscată, ochii încercănați, înfundați în orbite.

Acumularea în exces de lichid în țesuturi (*edemele*) se observă cu precădere la nivelul pleoapelor (dar și la gambe, la nivelul organelor genitale, regiunea lombosacrată etc.) și însoțește în special unele boli renale. Medicul va întreba dacă s-au constatat modificări ale urinei (cantitate, aspect).

h) *Pielea umedă*, datorită secreției crescute de sudoare, se observă la copilul febril. Poate însoți paloarea în cadrul unei insuficiențe circulatorii acute, precedată de amețeli și urmată de cădere, cu pierderea temporară a conștienței (colaps circulator). La sugar se observă adesea transpirații mai abundente pe palme și tălpi umede, fără vreo semnificație patologică.

• **Modificări ale suprafeței cutanate.** Pe lângă erupțiile descrise mai înainte, mama trebuie să mai cunoască unele tipuri de erupție pentru a le descrie medicului:

– *mici ridicături (noduli)* dure, cu diametrul de 2-4 mm, pe fond de roșeață, pot fi stadiul incipient al unei *eczeme*;

– *vezicule* cu conținut clar, apoi tulbure-purulent ce se acoperă curând de o crustă, sunt întâlnite în *varicelă*;

– *vezicule mai mari*, cu perete friabil, al căror conținut se transformă într-o crustă galbenă ca mierea, foarte contagioasă, sunt caracteristice pentru *impetigo* (bube dulci);

– *tumefacția circumscrișă*, dureroasă și dură, în vârful căreia apare un punct galben (puroi) este tipică pentru *abces*;

– *urticaria* este o erupție în placarde de 1-3 cm, cu marginea roșiatică și centrul palid, însoțită de mâncărime accentuată (prurit). Apare ca reacție alergică la unele substanțe vegetale (cu acțiune externă, ca urzicile), la alimente sau în urma înțepăturilor de insecte.

• **Febra.** Se consideră febră o temperatură a corpului (măsurată rectal) care depășește 38°C. Temperatura normală se situează între 36,5°C (dimineața) și 37,2°C (după amiaza). Când temperatura este cuprinsă între 37,6 și 38°C se consideră *subfebrilitate*. Valorile subfebrilității și febrei sunt de obicei mai ridicate după amiaza și seara decât dimineața. De asemenea, temperatura este mai ridicată la copii după alimentație, plâns și agitație.

a) *Măsurarea temperaturii.* Se folosește așa-numitul termometru maximal, care este astfel construit încât coloana de mercur se oprește la nivelul maxim atins, chiar dacă se răcește ulterior. De aceea, înainte de utilizare, termometrul trebuie bine scuturat, pentru a coborî coloana de mercur.

*Tehnica de măsurare.*¹ Pentru sugar, măsurarea cea mai corectă se face rectal. Copilul este culcat pe spate. Se verifică dacă mercurul a fost coborât. Rezervorul de mercur al termometrului este șters cu o compresă umedă sau este uns cu un strat foarte subțire dintr-o substanță grasă, pentru a putea fi introdus mai ușor. Termometrul este ținut cu mâna dreaptă, iar cu mâna stângă se apucă picioarele copilului, îndoindu-le din articulația șoldului. Printr-o mișcare de rotație, rezervorul de mercur al termometrului se introduce în întregime în rectul copilului. Tot timpul cât se urcă coloana de mercur, termometrul se ține strâns între fese, pentru a nu se sparge sau a fi proiectat în afară. După 2 minute termometrul poate fi scos și se citește temperatura. Copilul mai mare va fi așezat pe burtă sau lateral pentru măsurarea temperaturii (fig. 7.1 a și b).

Măsurarea axilară a temperaturii se va face numai la adult și la copilul mai mare de 12 ani. Valorile obținute prin măsurarea axilară sunt mai puțin exacte decât în cazul măsurării rectale. Este important ca vârful

¹ În ultimul timp au apărut termometre care pot înregistra temperatura transcutanat. La sugar, metoda cea mai sigură rămâne cea folosită intrarectal.

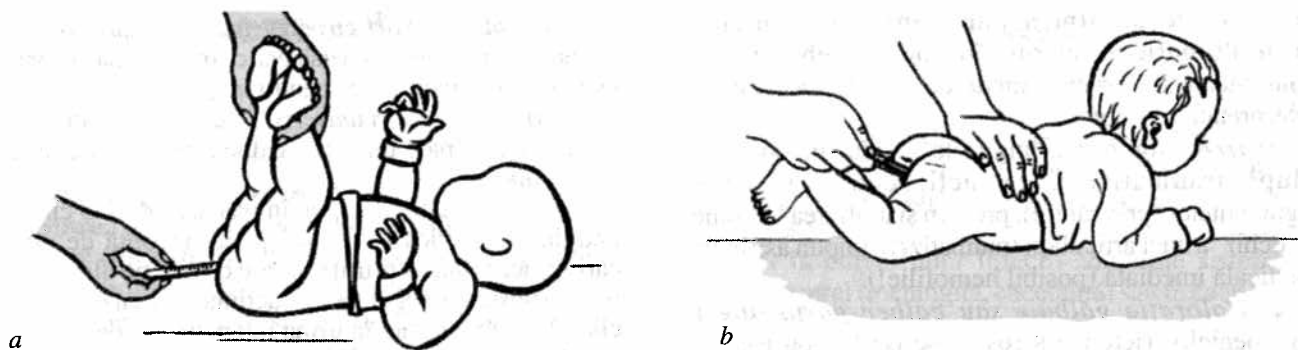


Fig. 7.1, a și b - Măsurarea temperaturii la sugar.

rezervorului termometrului să fie așezat exact în mijlocul axilei, altfel cifra obținută nu este fidelă. Termometrul va fi ținut timp de 10 minute sub brațul stâng, lângă corp.

Indiferent de calmul cu care copilul se va supune acestei mici tehnici, el nu va fi lăsat singur, nesupraveheat.

După citirea temperaturii, termometrul se șterge cu un tampon de vată sau cu o compresă sterilă de tifon, înmuiată în apă cu săpun sau cu alcool. Nu va fi ținut sub jet de apă caldă, deoarece se poate sparge.

În ultimul timp au apărut noi tipuri de termometre și metode de măsurare mai ușor de aplicat, dar unele cu un grad mai mic de precizie.

b) *Cauzele și manifestările clinice ale febrei la copii.* Febra nu este o boală, ci un simptom, ilustrând faptul că organismul este antrenat într-o luptă cu o infecție. La copil, febra apare mai des și la valori mai ridicate decât la adult, chiar în cazul unor îmbolnăviri mai ușoare; *de aceea valoarea absolută a febrei nu reprezintă un criteriu de apreciere a gravității unei afecțiuni.* Totuși, dacă temperatura atinge cifra de 40°C și crește deasupra acesteia, boala poate avea un anumit grad de gravitate. Deși la cei mai mulți copii se poate constata "cu mâna" când au febră, este totuși necesară măsurarea exactă a temperaturii. Copilul febril este cald, are ochii lucioși și uneori mai larg deschiși decât în mod obișnuit. Respirația este mai frecventă, iar pulsul este accelerat, somnul este mai agitat decât în mod normal. Uneori, la sugar și copilul mic, creșterea prea bruscă a febrei poate declanșa apariția de convulsii febrile. La copilul mic apar frecvent vărsături, iar la copiii mari și adulți creșterea febrei se însoțește de frisoane. Scăderea bruscă a febrei se însoțește totdeauna de transpirații profuze. Febra mai poate să apară și prin acumularea

excesivă de căldură, la sugar în special (așa-zisa febră prin supraîncălzire până la 39-40°C). Aceasta apare mai des în anotimpul cald, dacă sugarul este îmbrăcat prea gros și acoperit cu păturica. Prin dezbrăcarea sugarului și administrarea de lichide, temperatura scade la valori normale, fără nici o altă măsură. Când sugarul nu primește lichide în cantități suficiente, sau când, din anumite motive (prin vărsături sau scaune diareice) a pierdut lichide multe, organismul nu-și poate regla temperatura și apare așa-numita "febră de sete". Foarte rar se observă stări subfebrile sau chiar febrile care nu au la bază nici o îmbolnăvire. Înainte de a le eticheta ca atare, se vor exclude cu grijă toate cauzele posibile de îmbolnăviri febrile. De altfel există și cauze de eroare, cum sunt: utilizarea unor termometre necorespunzătoare, care indică cifre inexacte, "nescuturarea" termometrului înainte de întrebuințare; măsurarea temperaturii după crize de agitație, plâns sau imediat după masă.

e) *Combaterea febrei.* Subfebrilitatea sau febra nu reprezintă, în sine, o boală, ci are numai semnificația unei reacții a organismului în fața unei îmbolnăviri, reacție care poate însemna, în unele împrejurări, preludele procesului de vindecare. De aceea, a "trata" numai febra, și nu boala în ansamblu, ar fi o greșală. Numai în cazul în care o febră ridicată persistă și se însoțește de alte tulburări (modificarea stării generale, scăderea apetitului, tulburarea somnului sau chiar apariția de convulsii febrile) se recomandă instituirea de tratamente energice. Pentru început, se utilizează mijloace simple, naturale, apoi cele medicamentoase.

Mijloacele naturale sunt, în ordinea în care trebuie încercate: administrarea de lichide; compresele (împachetările) umede reci. Împachetările reci parțiale (sau generale) și baia răcită progresiv sunt eficiente.

Când aceste mijloace nu dau rezultate, se administrează medicamente antitermice.

Trebuie reținut că sugarul cu febră nu trebuie îmbrăcat mai gros decât de obicei. Camera în care este ținut nu se va supraîncălzi, ci se va menține o temperatură constantă de 20-22°C, cel mult 24°C și se va asigura o umiditate convenabilă a atmosferei.

Medicamente. Administrarea medicamentelor sub formă de supozitoare, pe cale rectală, este indicată în special în bolile febrile însoțite de convulsii, vărsături, inapetență, precum și la copiii care refuză să primească medicamente pe gură.

Se întâmplă ca supozitorul să fie eliminat din rect înainte ca medicamentul să-și fi făcut efectul. De aceea, se recomandă ca supozitorul să fie introdus cât mai adânc, dincolo de sfincterul anal. Copilul este așezat în decubit lateral (culcat pe o parte), cu membrele inferioare (picioarele) îndoite. Mama imobilizează copilul în această poziție și, după ce bagă supozitorul în anusul copilului, apropie fesele strâns câțva timp, pentru a evita eliminarea acestuia.

La sugar se folosesc supozitoare de Paracetamol, care se găsesc sub diferite dozări, în funcție de vârsta copilului. La copii peste vârsta de un an se pot folosi supozitoarele de Algocalmin pentru copii (0,300 g) sau sirop de Paracetamol pentru copii (Paracetamol, Eferalgan, Panadol, Tylenol etc.).

• **Pulsul.** Unda pulsului furnizează date despre frecvența și puterea de contracție a inimii. Pulsul se palpează la nivelul unor artere situate superficial. Cu oarecare experiență se poate determina frecvența și regularitatea (ritmul) pulsului.

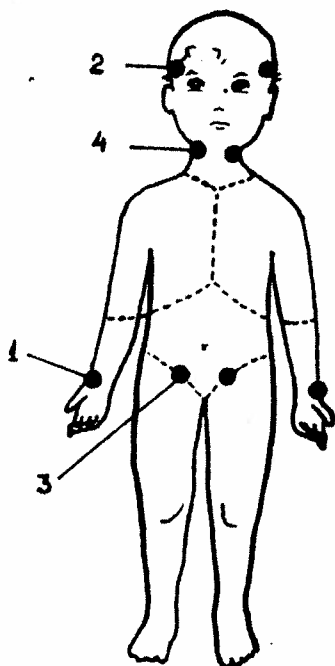


Fig. 7.2 - Zonele în care se poate percepe pulsul: 1. artera radială; 2. artera temporală; 3. artera femurală; 4. artera carotidă.

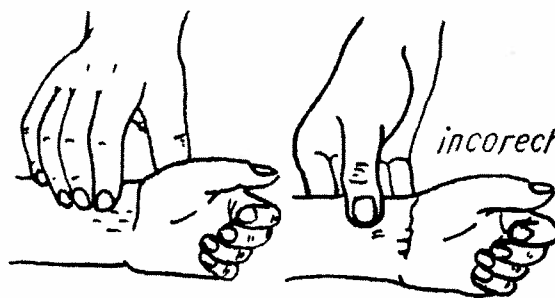


Fig. 7.3 - Palparea pulsului radial.

• **Respirațiile.** Inspirația (destinderea plămânilor) are loc prin mărirea cutiei toracice în toate diametrele.

În cazul unei respirații dificile (dispnee) excursiile arcurilor costale sunt impresionante. Dispneea solicită și alte grupe musculare în actul respirator. Se poate observa *tiraj* (înfundarea) în spațiile intercostale, sub marginea coastelor sau la gât, iar fața copilului bolnav exprimă efort și suferință. Frecvența respirațiilor va fi numărată fără ca bolnavul să se știe observat.

Accelerarea ritmului respirator se observă la efort fizic, în stări febrile, obstacol pe căile aeriene superioare, în boli pulmonare sau cardiace (cu oxigenare insuficientă) și în caz de hemoragii masive.

Respirații ample și rare sunt evocatoare pentru unele boli metabolice (diabet decompensat) sau perturbări (leziuni) ale centrului respirator (de ex. meningită, encefalită).

Uneori se constată în timpul somnului *respirații neregulate*, fără semnificație patologică, mai ales dacă fața este normal colorată, iar la trezirea copilului respirațiile devin regulate.

Instalarea bruscă, la un copil sau adolescent fără suferință cunoscută, a unei respirații accelerate și în același timp dificile, însoțită de agitație, facies anxios, suferind și poziție șezândă, încordată, reprezintă un semn de alarmă. Poate fi vorba de o bronșită spastică, o criză de astm bronșic, o pneumonie gravă sau de aspirarea unui corp străin în căile respiratorii. Situația se agravează dacă apar cianoză și transpirații, reprezentând o urgență medicală.

Răgușirea vocii sugerează o laringită.

• **Urina** este de culoare galbenă și limpede. Se întâmplă ca sărurile minerale să precipite în contact cu aerul. Sărurile de acid uric sunt de culoare roșiatică (aspect de nisip cărămiziu al sedimentului urinar). Sărurile de fosfor pot conferi urinei un aspect lăptos. Încălzind urina, aceste săruri se redizolvă. Unele

medicamente colorează urina: roșiatică (Piramidonul); galbenă ca lămâia (Furazolidon, Electovit, Vitamina A); albastră-verde (albastru de metilen). În unele îmbolnăviri, urina poate deveni: brună roșcată (nefrite, stări febrile); incoloră ca apa (diabet zaharat, scleroză renală); brună ca berea (hepatita epidemică); tulbure (săruri minerale în exces, învechire, albumină etc.). Mirosul urinei proaspete este foarte slab; după un timp devine amoniacal. Este indicat să se compare volumul urinei cu cantitatea lichidelor consumate. Dacă sugarul bea puțin, urina este concentrată și în cantitate mică. Dacă bea mult, urina este în cantitate mare și slab concentrată (incoloră). Cantitatea de urină eliminată de rinichi în 24 ore se numește *diureză*. Se vorbește de o diureză bună, când circa 60% din lichidele băute de copil sunt eliminate prin urină (copiii ținută la soare sau în camere supraîncălzite urinează mai puțin). La sugar stabilirea exactă a diurezei nu este posibilă. Se apreciază gradul de udare a scutecelor.

Emisiunile de urină poartă numele de *micțiuni*. În mod normal acestea sunt în număr de 15-18/24 de ore, în primele săptămâni și de 6-7/24 de ore, la sugarul mai mare. Dacă în camera copilului este frig, acesta are micțiuni mai frecvente.

Recoltarea urinei la sugar. În numeroase boli în general, dar în special când există suspiciunea unei boli renale (nefrită) sau a unei infecții urinare, se impune un examen al urinei.

La băieți, penisul poate fi introdus într-o eprubetă sterilă (fiartă în prealabil), care se prinde de tegumentele regiunii cu ajutorul unei benzi de leucoplast. Odată fixată eprubeta, mama poate aștepta în liniște micțiunea copilului, dar fără a pleca de lângă el.

La fetițe, recoltarea urinei este mai dificilă. Se folosește un balonaș de sticlă cu gâtul mai larg (balon Erlenmayer). Membrele inferioare ale fetiței sunt fixate cu ajutorul unui scutec de marginile laterale ale pătuțului, pentru a rămâne îndepărtate. Balonul se fixează în așa fel încât să nu se îndepărteze labiile mici. Urina mai poate fi recoltată simplu, pe o mușama curată, căreia i se dă forma unei cădițe, cu ajutorul unor scutece împăturite puse dedesubt; din acest "recipient" urina poate fi transvazată într-o eprubetă cu ajutorul unei lingurițe. Această metodă nu asigură o urină sterilă.

Mai recent, se fabrică pungi din plastic, prevăzute cu un orificiu cu margine adezivă. La băieți, organele genitale se introduc în întregime (penis și scrot) în acest săculeț și marginea se lipește în întregime de

tegumentele din jur. La fetițe, săculețul se fixează în jurul vulvei. Această metodă asigură recoltarea sterilă a urinei, fără nici un pericol de infectare din afară.

Pentru a face cât mai scurtă neplăcerea copilului de a suporta această procedură se alege pentru recoltarea urinei o oră apropiată de una din mese, deoarece experiența a arătat că sugarul are o emisiune de urină înainte sau imediat după alimentație.

Recoltarea în eprubeta sterilă se impune numai în vederea efectuării uroculturii. Pentru examenul sumar de urină se vor folosi eprubete sau sticlucă curate (atenție: flacoane de sirop insuficient spălate pot duce la erori de diagnostic - suspiciune de diabet).

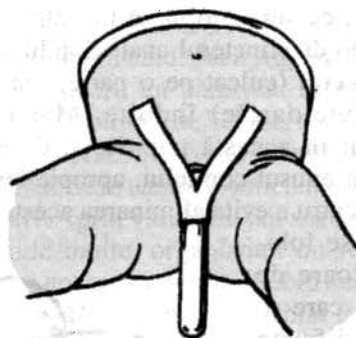


Fig. 7.4 - Recoltarea urinei la băieți.

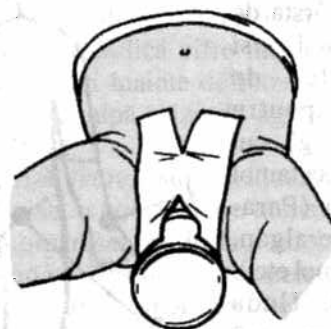


Fig. 7.5 - Recoltarea urinei la fete.

Se recomandă pentru examenul de laborator prima urină de dimineață. Sugarul mai mare poate fi ținut deasupra unei olițe curate, dacă este deprins să urineze "la comandă". La copiii mai mari se recoltează din mijlocul jetului urinar direct în eprubetă.

După recoltare, urina trebuie transportată cât mai repede, pentru a nu fi supusă unor procese de degradare. În anumite situații (diabet, vărsături acetonemice, unele

litiaze urinare), mama va efectua singură unele determinări în urină (cu ajutorul unor benzi-test).

• **Scaunele** (*materiile fecale*). Aprecierea corectă a scaunelor copilului este importantă. În mod curent se observă sistematic numărul scaunelor în 24 de ore, mirosul, consistența și reacția lor.

TABELUL 7.1

SCAUNELE SUGARULUI (După Gabriel Vasiliu)

<i>Normal</i>	<i>Copil alimentat la sân</i>	<i>Copil alimentat artificial</i>
<i>Număr de zi</i>	<i>1-6</i>	<i>2-3</i>
Culoare	Galben-auriu (eventual, verzui din cauza oxidării pigmentilor biliari)	Cenușii-brune până la galben clar (substanțele colorate ale alimentelor apar neschimbate în scaun: carote, roșcove, sfeclă etc.)
Miros	Acrișor-aromatic	Fetid (fecaloid)
Consistență	Cremașă	Păstoasă
Reacție	Acidă	Alcalină (acidă în caz de alimentație cu preparate adaptate de lapte)

Se impune o atenție cu totul particulară în a observa dacă scaunele conțin sânge, mucus, puroi, viermi intestinali (se păstrează scaunele până la venirea medicului). Scaunele lucioase și grăsoase, cu resturi de legume nedigerate sau cu amidon în mare parte intact, indică cel mai adesea o tulburare de digestie și de absorbție intestinală.

În cursul primelor săptămâni de viață, scaunele copiilor alimentați la sân prezintă mari variații în raport cu aspectul normal. Mulți copii prezintă scaune mai numeroase, cu grunji, uneori cu fragmente alburii și chiar mucozități. Din când în când scaunele sunt lichide, de culoare verde. Aceste particularități nu trebuie să neliniștească pe mamă, decât dacă sugarul nu progresează în greutate sau dacă prezintă și alte tulburări.

Abaterile de la aspectul normal al scaunelor sunt mult mai semnificative la sugarul alimentat artificial și trebuie privite totdeauna cu atenție.

În caz de diaree, se impune efectuarea unei coproculturi.

7.4. Informații ce trebuie furnizate medicului

Fie că medicul vede bolnavul la domiciliul acestuia sau în cabinetul de consultații, fie că este înștiințat telefonic despre îmbolnăvirea copilului, este necesar ca familia să-i furnizeze date precise. Observațiile mamei pot să fie reținute sub forma unor notițe, pentru a nu uita nimic din manifestările și evoluția bolii și pentru a putea răspunde exact la următoarele întrebări:

1. *Când și cum a început boala?*

2. *Observații obiective.*

– *febra*: ce temperatură a avut copilul? și cum evoluează febra?

– *vărsături*: câte?; cantitate?; culoare?; conținut?.

– *constipație*: când a avut ultimul scaun? aspectul scaunului? are tendință la constipație?

– *diaree*: cât de frecvente sunt scaunele? consistența? dacă au mucus sau sânge?

– *dureri*: localizarea? intensitatea? caracterul durerii (acută, intensă, în crize)? În caz de dureri abdominale - abdomenul este balonat sau mușchii abdominali sunt întăriți? În caz de alte localizări: regiunea este caldă și roșie?

– *culoarea pielii*: palidă, vineție, icterică?

– *erupții cutanate*: pete sau vezicule? localizarea? unde au început și cum s-au extins?

– *caracterul respirației*: dispnee? zgomote la inspirație sau expirație? tiraj la nivelul cutiei toracice? copilul preferă poziția șezând? numărul respirațiilor?

– *tusea*: uscată sau productivă? cu sau fără expectorație? nocturnă sau/și diurnă?

– *convulsii*: contracturi musculare localizate la unele grupe musculare? tonus muscular crescut? starea de conștiență? convulsii generalizate? durată? febră? a pierdut urina, și-a mușcat limba?

– *poziții particulare*: poziție antalgică? agitație? redoarea cefei? (copilul “nu poate pune bărbia în piept”)?

– *alte observații*: frecvența pulsului? eventuale neregularități?

3. *Suferințe relatate de copil sau adolescent*: dureri; dificultate în respirație; grețuri; lipsa poftei de mâncare; amețeli etc.

7.4.1. Examenul medical la domiciliu

Dacă este așteptată vizita medicului la domiciliu, părinții pot contribui la buna desfășurare a acesteia prin unele pregătiri. Vor avea grijă ca aerisirea camerei, spălarea (sau baia) și masa copilului să fie rezolvate până la sosirea medicului (în orice caz să nu coincidă!).

Va fi măsurată temperatura (și notată), eventual sub forma unei curbe în evoluție; vor fi păstrate ultima urină și scaunul (dacă acesta din urmă este modificat). Vor fi pregătite notițele cu observațiile (și întrebările) părinților. De asemenea, vor fi la îndemână ambalajele medicamentelor administrate.

Vor fi pregătite cele necesare ca medicul să se poată spăla pe mâini.

Pentru ușurarea examenului sugarului se va pregăti o masă (masa de înfășat). Copilul mai mare va fi

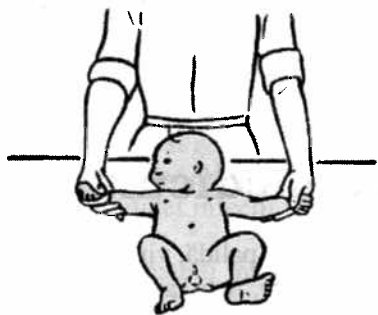


Fig. 7.6 - Ținerea sugarului pentru examenul medical; dacă este culcat pe spate, brațele se țin depărtate de corp, astfel ca medicul să-l poată examina nestânjenit.

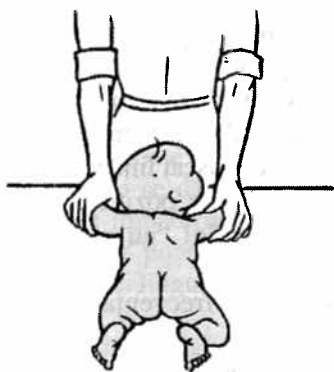


Fig. 7.7 - Dacă este culcat cu fața în jos, antebrățele sunt ținute sub pieptul sugarului.

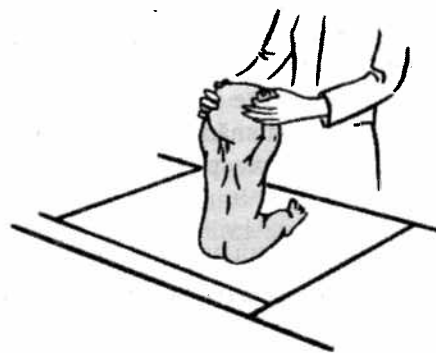


Fig. 7.8 - La sugarul care încă nu-și ține capul sau la copilul foarte slăbit, se ridică brațele în sus, sprijinindu-i în același timp și capul.



Fig. 7.9 - Ținerea sugarului și copilului mic pentru examinarea ochilor, nasului, gurii și faringelui.

examinat în pat, iar cel mic (sau copilul care face dificultăți la examinări ori este agitat) poate fi examinat în brațele unui membru al familiei.

Mama trebuie să învețe să țină corect copilul pentru examenul medical.

Este necesar să existe o sursă bună de lumină. Pentru examenul gurii și faringelui va fi pregătită o linguriță curată, așezată pe o farfurie.

Pentru copiii care fac dificultăți la examen se va avea la îndemână jucăria preferată sau un biberon cu ceai.

Se recomandă ca mama să-și facă notițe (dacă medicul nu scrie amănunțit, tot ce trebuie făcut) în ce privește alimentația, tratamentul, măsuri speciale de îngrijire. Dacă a uitat ceva sau apare vreun dubiu asupra tratamentului, ori mama observă reacții neașteptate la

copil sub tratament, nu se va sfi să pună întrebări suplimentare (chiar la telefon).

Dacă starea copilului se ameliorează rapid, mulți părinți sunt tentați să întrerupă tratamentul medicamentos indicat de medic sau să schimbe dieta prescrisă. Acest lucru nu este permis, putând duce la recăderi. În cazul în care medicul nu a specificat durata tratamentului, acesta va fi continuat până la următoarea vizită a medicului sau se "ajustează" după ce se ia legătura cu medicul prin intermediul asistentei de ocrotire.

7.4.2. Câteva reguli de bază pentru îngrijirea copilului la domiciliu

1. Copilul bolnav are nevoie de mult aer curat. Vara, camera poate rămâne cu ferestrele deschise. Iarna, se va aerisi de mai multe ori pe zi, fie direct, fie prin intermediul unei camere vecine.

2. Patul va fi astfel așezat încât să fie ferit de curent. În cazul în care camera se deschide spre o sală neîncălzită, se vor pune pături la partea de jos a ușilor. La copilul mic, plăpumișoara sau pledul pot fi legate la cele patru colțuri de gratiile patului.

3. Poziția patului va fi fixată în așa fel ca bolnavul să nu privească tot timpul în lumină.

4. Temperatura aerului din cameră va fi de 18-22°C în cursul zilei și de 20-24°C când copilul este spălat sau i se face baie. Copiii cu febră mare nu vor fi înveliți prea gros în camera încălzită. Se vor evita oscilațiile mari ale temperaturii camerei; dacă aceasta scade sub 16°C, devine nocivă pentru copil.

5. Ca măsură de protecție pentru ceilalți membri ai familiei, mama va purta în camera copilului un halat sau șorț, care să-i acopere toată îmbrăcămintea.

6. În încăpere se va așeza un lighean, săpun și prosop – departe de patul copilului – pentru ca medicul și mama să-și spele mâinile. Medicul decide dacă este necesar în plus un castronaș cu soluție dezinfectantă pentru mâini.

7. Sursa de lumină artificială va fi atenuată, prin așezarea unor bucăți de carton în jurul veiozei.

8. Copilul febril transpiră mult. De aceea, dacă medicul permite, copilul mic va face baie zilnic. Copilul

mare va fi spălat în pat, așezat pe o mușama mare, acoperită cu cearșaful de baie. Se spală diferite segmente ale corpului, ștergându-le și învelindu-le imediat pentru a se evita răcirea. Dacă medicul recomandă să nu se facă baie, mama va curăța cu o cârpă înmuiată în apă caldă pielea de la subsuoară, de la cutele gâtului, mâinile și picioarele, organele genitale și anusul.

9. În timpul băii vor fi observate cu atenție culoarea pielii și respirația copilului. Dacă pielea devine brusc palidă sau vineție, baia se întrerupe imediat. La copilul cu formă mai gravă de boală, baia generală se va înlocui cu baia parțială (se spală mâinile, picioarele, gâtul, subsuoarele, regiunea genitală).

10. La copiii care au picioarele reci, în special în cursul bolilor diareice grave, se pun sticle cu apă caldă (învelite în șervet).

11. Frații și surorile nu au ce căuta în apropierea copilului bolnav.

12. Îngrijirea cavității bucale se va face cu minuțiozitate, de mai multe ori pe zi. Spălarea pe dinți se va face cu grijă, cu ajutorul mamei. Clătirea se face cu apă simplă sau cu ceai de mușețel (în special la copilul mic care, neștiind să facă gargară, poate înghiți ceaiul). În cazul în care mucoasa gurii este roșie, prezintă zone cu stomatită, copilul mai mare își va clăti gura de mai multe ori pe zi cu ceai de mușețel bicarbonat (1 g la 250 ml de ceai). La recomandarea medicului se poate picura în gura copilului un preparat pe bază de stamicină.

13. Curățirea urechilor și a nasului. La sugar și copilul mic, curățirea urechilor se face cu tampoane lungi de vată. Se observă dacă apar secreții sau dacă bolnavul acuză dureri. În cadrul infecțiilor respiratorii (gripă, răceli), se acordă o importanță mare curățirii nasului. Când există secreții abundente în nas, acestea vor fi aspirate cu ajutorul unei pompițe. Nu este bine să se folosească tampoane de vată, care favorizează infecțiile supraadăugate. În caz de secreții vâscoase sau cruste, acestea se înmoaie prin picurarea de ser fiziologic din abundență și de mai multe ori pe zi și apoi se aspiră. Nu se recomandă introducerea în nas de substanțe grase (uleu gomenolat, vitamina A etc.). Prezența de secreții purulente sau sanguinolente trebuie semnalată medicului. Nu se folosesc dezinfectante nazale decât la indicația medicului și numai pe perioade scurte de timp.

14. Copilul va fi spălat imediat, ori de câte ori s-a murdărit (vărsătură, scaun), în special în bolile digestive. De asemenea va fi spălat pe mâini înainte de a mânca, iar după masă va fi spălat atât pe față, cât și pe mâini.

15. Așternutul se aerisește și se aranjează în fiecare dimineață, timp în care - dacă are voie să stea în șezut - copilul mic se așează la capătul opus al patului, pe un fotoliu sau pe un scaun lângă pat. Plapuma sau pledul se introduce în cearșaf, perna se scutură, ambele se aeresc. Cearșaful de pat se scutură, apoi se întinde cât mai bine, fără a face cute. Acesta se schimbă de 2 ori pe săptămână sau, la nevoie, zilnic.

16. Poziția în pat. În cursul afecțiunilor bronhopulmonare, copilul se simte mai bine când toracele este ușor ridicat. Mama va avea grijă ca poziția să fie corectă, adică toracele să fie în întregime ridicat, nu numai capul, care - în acest caz - apasă pe piept îngreunând respirația. Poziția ridicată este ușurată dacă se introduce sub capul saltelei o pătură îndoită de mai multe ori sau 1-2 pernițe foarte dense. Se evită alunecarea bolnavului din poziția ridicată, introducându-i sub genunchi un rulou confecționat dintr-o păturică de molton.

17. Prevenirea escarelor. La copiii cu boli gave prelungite, la cei foarte slabi, paralizați, la cei imobilizați în aparate gipsate sau cu pierderea conștiinței există pericolul apariției escarelor (fig. 7.10). La început, pielea se îngroașă în zona expusă presiunii neîntrerupte și frecării pe cearșaf. Treptat apar, favorizate de umezeală, leziuni superficiale dureroase. De aceea la copiii care transpiră mult, rufăria trebuie schimbată des. În plus se recomandă fricționarea zonelor predispușe cu alcool diluat și aplicarea unui strat subțire de pudră de talc. La bolnavii care nu se pot mișca mult în pat, se va schimba poziția de mai multe ori pe zi. Se va avea grijă ca cearșaful și pijamaua să nu facă cute.

18. Îngrijirea corectă a bolnavului presupune multă răbdare, timp și perseverență în executarea exactă a prescripțiilor medicale. Prin abilitatea cu care deviază atenția copilului de la suferința sa, mama îi poate ușura boala și îi poate crea o stare de spirit optimistă. Medicul sau rudele nu vor discuta lângă patul copilului despre boala acestuia. Comentariile se vor face în afara camerei bolnavului.

19. Mama trebuie să fie în stare să însuflească copilului bolnav încredere în medic. Dacă ea dovedește că ia în

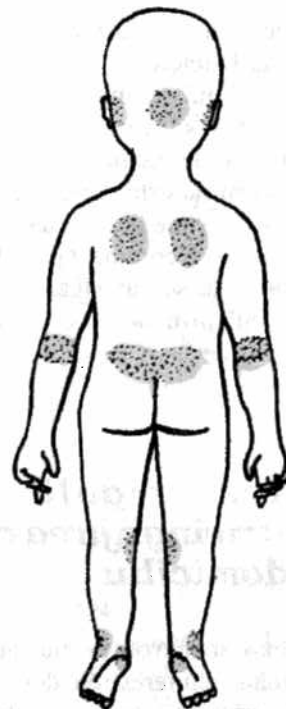


Fig. 7.10 - Zonele predispușe la apariția escarelor.

serios toate recomandările acestuia, executându-le conștiincios, va câștiga colaborarea copilului și acesta va accepta mai ușor unele tratamente (injecții, medicamente cu gust neplăcut). Niciodată mama nu-și va manifesta mila în astfel de împrejurări și nu va comite greșeala de a amenința copilul cu injecții sau alte măsuri recomandate de medic.

20. În cursul îmbolnăvirilor, copilul simte și mai mult, decât atunci când este sănătos, nevoia prezenței și afecțiunii mamei. Jucăria preferată, micile gesturi de tandrețe, precum și asigurarea liniștei psihice sunt factori care contribuie la vindecare.

Pentru copilul obligat să stea mai mult în pat, se vor căuta ocupații și mici distracții care-l vor ajuta să-i treacă mai ușor timpul. Recomandăm pentru cei mici: cărți pentru colorat, jocuri simple de cărți, desenatul. Pentru cei mai mari: lecturi plăcute, muzică (vizionarea programelor TV va fi selectivă!), albume cu fotografii mai vechi, care pot constitui și un prilej pentru amintiri plăcute și discuții apropiate cu părinții.

21. La copiii în stare gravă, se curăță și se umezesc buzele (din oră în oră) cu infuzie de mușețel sau cu apă fiartă și răcită; de îndată ce starea lor se îmbunătățește, li se dă să bea ceai de plante (chimen, anason, mușețel,

tei) îndulcit cu zahăr, în cantități mici și repetate, fără a-i forța.

22. Pentru îngrijirea copilului cu *boală contagioasă* se cer unele măsuri suplimentare:

a) Se înlătură toate obiectele care nu sunt necesare. În special se va avea grijă să fie îndepărtate hainele altor membri ai familiei. Covoarele se strâng sul și pot rămâne în cameră.

b) Patul copilului se va spăla cu apă caldă și detergenți. La nevoie, se mai instalează un pat, pentru persoana care îngrijește copilul.

c) Va exista o oală de noapte sau o ploscă. Peste urina și scaunele emise de copil se toarnă imediat o soluție dezinfectantă. Abia după 2 ore se evacuează în W.C.-ul locuinței. Vasele respective se spală de fiecare dată cu detergenți, iar în caz de boli infecto-contagioase se cer soluții dezinfectante.

d) Va exista de asemenea un lighean pentru bolnav, eventual și pentru persoana care-l îngrijește, săpun, prosoape separate.

e) Persoana care îngrijește copilul poartă un halat (alb sau colorat, dar dintr-un material care se poate spăla și fierbe). Înainte de a părăsi camera, dezbracă halatul, îl agață de un cui în interiorul camerei, în apropierea ușii. Când se întoarce, îmbracă halatul înainte de a face orice act de îngrijire a copilului.

f) Schimbarea rufăriei de corp, de pat, a prosoapelor se face zilnic și ori de câte ori se murdăresc. Obiectele de strâng într-o găleată cu apă.

g) Tacâmurile, farfuriile, ceștile etc. folosite de bolnav (eventual și de persoana care-l îngrijește) rămân permanent în cameră și se spală separat. Vasele în care se aduce mâncarea se pun pe o masă, de unde se servește în farfurii, pahare etc., apoi se duc la bucătărie și se spală separat de vesela restului familiei.

7.4.3. Regimul alimentar al copilului bolnav

Recomandările făcute de medic vor fi respectate întocmai de mamă în ce privește componența, cantitatea, felul de administrare și orarul alimentației.

Mâncarea va fi preparată gustos, variat și va fi oferită în mod plăcut, în porții mici. O farfurie plină este

resimțită de copil ca o povară (mai bine se mai servește o dată). Copilul nu va fi forțat să mănânce (se evită astfel supărarea, starea de tensiune, vărsăturile și apariția în continuare a "anorexiei psihice"). Mâncarea se servește caldă (pot fi folosite farfurii cu fund dublu - cu apă caldă), tăiată în bucăți mici sau sub formă de pireuri.

Copilului grav i se așează o pernă sub cap și un șervet în față; dacă starea copilului o permite, va mânca în poziție semișezând, bine sprijinit. Lichidele pot fi bătute cu paiul.

La copilul cu pierderea conștienței nu se va face nici o tentativă de alimentație, existând riscul aspirației și asfixiei.

Contrar concepției mai vechi, după care bolnavii febrili trebuie ținuti nemâncați, azi este valabil principiul că orice bolnav trebuie să fie hrănit și mai ales să primească lichide suficiente, având grijă de a se îndepărta acele alimente sau moduri de preparare care nu sunt potrivite bolii respective.

La copil, mai mult ca la adult, regimul dietetic are o importanță la fel de mare ca și tratamentul medicamentos.

– Regimul alimentar al copilului bolnav este dezechilibrat, incomplet, dar necesar; copilul nu are de suferit dacă regimul nu se prelungește prea mult.

– Unul din obiectivele urgente și permanente la copiii bolnavi (mai ales la sugari) este să se acopere pierderile mari de apă (deshidratarea din cauza febrei, diareei, vărsăturilor, transpirației, refuzului tranzitoriu de a mânca etc.) prin consumul unui volum mai mare de lichide: apă fiartă și răcită, ceaiuri de plante medicinale, îndulcite cu glucoză sau zahăr, sucuri de fructe, compoturi, supă de zarzavat. La copiii care varsă sau transpiră mult, la lichidele îndulcite se adaugă puțină sare de bucătărie (la 1 litru de ceai: 4-6 lingurițe de zahăr și un vârf de cuțit de sare de bucătărie).

– În bolile febrile există un consum mare de calorii și dacă hrana este insuficientă, copilul își consumă propriile rezerve din țesuturi. Pentru a acoperi consumul mare de calorii, se dau alimente cu glucide (mai bine tolerate și ușor de asimilat). La sugar se dau: ceaiuri îndulcite cu glucoză 5-10% sau cu zahăr 5%, lapte diluat și îndulcit, supe, sucuri de fructe. La copilul mare se adaugă făinoase (cartofi, pâine albă, biscuiți, orez) sau dulciuri (compoturi, mere, dulceață, gemuri); de îndată ce febra a mai scăzut și apetitul a revenit (toleranța digestivă a crescut) se adaugă și grăsimi: unt, smântână, uleiuri vegetale.

În cursul bolilor febrile se produce și un consum mărit de proteine. De aceea, de îndată ce natura și evoluția bolii o permit, la sugar se va reintroduce cât mai repede laptele, iar la copiii mai mari brânza de vacă, carnea fiartă sau friptă (de vită sau de pasăre), peștele de apă dulce.

– Consumul de vitamine și săruri minerale este și el crescut în majoritatea bolilor copilului. Sucul de fructe crude se poate da singur sau înglobat în pulpa de fructe rase (mere, piersici, banane etc.), ori amestecat cu fierturi de făinoase (griș, fulgi de porumb) sau cu cereale “instant”, budinci ușoare, pesmet, biscuiți rași. Supa de zarzavat (strecurată la început) și mai târziu pireu de cartofi sau de morcovi asigură nevoile crescute de săruri minerale.

Orice aliment se dă sub formă ușor de tolerat. Copiii bolnavi au deseori o lipsă a poftei de mâncare, scăderea secrețiilor digestive și modificări ale motilității tubului digestiv (fie constipație, fie colici abdominale, vărsături și/sau diaree). Aceste tulburări pot fi evitate printr-o alimentație lichidă sau semilichidă, fără celuloză în exces (merele, de exemplu, se dau numai rase sau chiar coapte și diluate cu ceaiuri) și fără compuși iritanți (condimente) sau care produc fermentații (prunele, strugurii) și putrefacții intestinale (prăjiturile cu cremă, carnea etc.). Nu se dau rătașuri, sosuri, prăjeli, prăjituri de cofetărie, ciocolată, mezeluri, conserve, pește de mare etc.

În caz că bolnavul refuză sau varsă, este preferabil să se lase stomacul în repaus timp de circa o oră (medicamentele se dau sub formă de supozitoare sau injecții). Apoi, dacă sugarul primește (copilul mai mare își exprimă dorințele), i se dau lichide cu biberonul sau cu lingurița (la sugar chiar cu pipeta), în cantitate de 10-40 g odată. La copilul mare se dau cu ceașca. Dacă bolnavul primește și tolerează primele lichide înghițite, i se dau 20-40 g după 10-20 de minute. După câteva ore, se poate crește cantitatea și se lărgesc intervalele, pentru a da prilej copilului să se odihnească. Dacă nu are diaree, se adaugă în ceai sucuri de fructe (lămâie, portocale, mere, piersici, vișine, zmeură, mure). Unii copii mai mari preferă apa minerală și/sau Coca-Cola.

În ziua în care varsă nu se va da copilului să bea mult dintr-o dată, ci în cantități mici și dese. Când copilul cere să mănânce, i se pot da, în funcție de preferințe: un biscuit, câteva lingurițe de supă, puțin compot de mere, un cartof copt. Dacă cere i se va da o

jumătate de ceașcă de lapte diluat. Dacă varsă din nou, mama trebuie să fie mai fermă. Nu-i va da absolut nimic timp de 2-3 ore (la sfatul medicului se poate da un medicament antivomitiv)¹ și apoi după 20-30 de minute i se vor da din nou 2 lingurițe de lichide (apă, ceai îndulcit etc.).

La copiii care refuză pentru un timp să mănânce, dar nu au vărsat, de îndată ce cer să mănânce li se vor servi, în cantități mici și progresiv crescute, alimente ușoare și care sunt preferate de copil.

• **Regimuri alimentare.** Alimentația copiilor bolnavi se grupează într-o serie de regimuri sau de diete corespunzătoare unor boli mai frecvente și anumitor perioade din evoluția lor.

• **Dieta hidrică** se recomandă în caz de diaree cu sau fără vărsături, precum și la copiii gravi care refuză să mănânce. Constă din apă cu 5-10 g glucoză la 100 ml, ceai de plante (chimen, anason, mușetel sau tei) îndulcit cu 50 g zahăr fiert în 1 000 ml de lichid, ser fiziologic (apă în care se adaugă și se fierb 9 g sare la un litru), apa de orez preparată cu 30 g de orez și cu 50 g de zahăr la 1 000 ml de lichid, Coca-Cola, Gesol (o soluție care conține la 1 litru: 20 g glucoză, 3,5 g clorură de sodiu, bicarbonat de sodiu 2,5 g și clorură de potasiu 1,5 g).

• **Dieta de tranziție** urmează dietei hidrice în tratamentul diareilor. La sugar, în primele luni, este constituită pe lângă “apa de orez”, din supă de morcovi sau un amestec de făină de roșcove (Arobon, Ceratonia), în concentrație de 30-50 g la 1 000 g de lichid. La sugarul mai mare și la copilul de 1-5 ani, la aceste alimente se adaugă orezul pasat cu zahăr, merele coapte (îndulcite de la început și îmbogățite ulterior cu pesmet de pâine), pireul de morcovi etc. De dorit ca să se introducă rapid brânză de vaci și/sau carne fiartă.

• **Regimuri cu alimente-medicamente** sunt folosite în diarei și în unele boli metabolice ereditare. Dintre acestea, se citează câteva produse industriale: pulberea de morcovi, pulberea de banane. Milupa H N 25, Humana H (preparate dietetice cu o anumită concentrație a principiilor de bază ale laptelui și cu un adaos de hidrați de carbon și de pudră de banane etc.), Isomil (pe bază de soia).

• **Regimul hidro-zaharat** cuprinde ceaiuri îndulcite cu zahăr sau cu zaharină, supă de zarzavat strecurată, zeamă de orez, zeamă de compot, limonade

¹ Produsul Metoclopramid este bine tolerat și eficient.

sau oranjade, apă gazoasă, sirop. Se recomandă copiilor mai mari, febrili, care nu tolerează laptele.

• **Regimul hidro-zaharat-lactat** cuprinde în plus lapte, iaurt și brânză de vaci. El este folosit la copiii cu toleranță digestivă scăzută, în perioada de început a oricărei boli febrile.

• **Regimul lacto-hidro-zaharat-făinos** are în plus cartofi (copti, fierți, pireuri), pâine albă, biscuiți, griș, orez, dulceață, gemuri, macaroane.

• **Regimul lacto-făinos-vegetarian** cuprinde în plus față de regimurile anterioare, legume (morcovi, cartofi, pătrunjel-rădăcină, salate) fierte și fructe (crude, rase, terciuite, coapte; compoturi, dulceață sau gemuri).

• **Regimul făinos**, cu sau fără brânză de vacă și carne, este compus din: ceaiuri, pâine prăjită, biscuiți, orez, cartofi, griș, paste făinoase. Regimul se poate îmbogăți cu brânză de vaci, carne, mere coapte. Este

indicat la copiii mai mari după dieta hidrică în caz de dizenterie, toxiinfecții alimentare, diaree de orice natură.

• **Regimuri individualizate** se prescriu în orice boli ale nou-născuților și sugarilor, precum și în unele boli ale copilului mai mare (unele boli de rinichi, boli de inimă, diabet, hepatită epidemică, diaree cu deshidratare). Regimul este prescris, în scris, de medic, cu indicația conținutului, cantităților de alimente ce se dau în 24 de ore, după un anumit orar. Mama va măsura și cântări fiecare aliment în parte înainte de a-l pregăti și de a-l da copilului. Pe o foaie de hârtie vor nota cantitățile permise, precum și ceea ce copilul a eliminat (urină, scaune, vărsături). Copiii bolnavi se cântăresc zilnic.

• **Regimul complet** este un regim normal, care se recomandă la copiii mari, sănătoși, bolnavi de afecțiuni ușoare sau în perioada de convalescență.

7.5. Boli contagioase

7.5.1. Rujeola (pojar, cori)

a) **Definiție.** Este o boală foarte contagioasă, produsă de un virus și caracterizată prin febră mare, tuse, secreții nazale și oculare și o erupție caracteristică.

b) **Importanța bolii.** Sub vârsta de 2 ani, boala este urmată adesea de complicații pulmonare grave, cu o mortalitate încă destul de ridicată.

c) **Modul de transmitere.** Rujeola se transmite numai direct, de la un alt copil bolnav, care este contagios timp de 4-5 zile înainte de apariția erupției și pe toată durata erupției. Boala se transmite prin aer ("cale aerogenă"), prin picăturile de salivă, secrețiile nazo-faringiene și conjunctivale, pe care copilul le proiectează în jurul său în timpul vorbirii, tusei, strănutului.

Copiii între 1 și 10 ani sunt deosebit de receptivi. În colectivitățile de copii (creșe, grădinițe, școli) boala cuprinde aproape pe toți copiii care nu au suferit în trecut de rujeolă sau nu au fost vaccinați. După vârsta de 3 luni când dispar anticorpii transmiși de mamă (dacă ea a avut boala) copiii pot face pojar la orice vârstă. Este de dorit ca un copil să nu facă pojarul sub

vârsta de 3 ani, căci până la această vârstă complicațiile sunt frecvente și grave.

d) **Incubația** este fixă, de 10-12 zile. La bolnavii care au primit gammaglobulină, incubația se poate prelungi până la 28 de zile.

e) **Invazia** (perioada catarală sau preerupția) durează 3-4 zile, până când apare erupția. Febra crește treptat, ajungând la 39-40°C. Apare catarul oculo-nazal: copilul strănută, tușește; din nas se scurge o secreție apoasă, abundentă; conjunctivele se înroșesc; pleoapele sunt ușor umflate, pe jumătate închise; ochii lacrimază; lumina îl supără. Vocea poate deveni răgușită. Copilul pare "răcit" și boala poate fi luată drept "gripă". "guturai" sau "rino-faringită". În faza de invazie este caracteristic semnul lui Koplik; pe mucoasa obrazilor, în dreptul măselelor, apar câteva pete roșii centrate de mici ridicături albe (aspect de boabe de griș), presărate pe mucoasă. Fundul gâtului este roșu-aprins, iar pe vâul palatului se constată mici puncte hemoragice. Starea generală se înrăutățește; copilul este somnolent, refuză să mănânce. Copiii mai mari se plâng de dureri de cap și de dureri musculare.

f) **Perioada eruptivă.** Erupția (exantemul) apare pe piele după 3-4 zile de la începutul bolii, întâi după

urechi, pe față și pe gât (fig. 7.11). A doua zi petele apar și pe trunchi, iar în următoarele 2-3 zile se extind dinspre rădăcina membrilor până ajung la degete. În momentul în care erupția a ajuns la mâini și picioare, începe să pălească pe față și gât, iar febra scade. În tot timpul erupției, febra se menține mare (39-40°C).

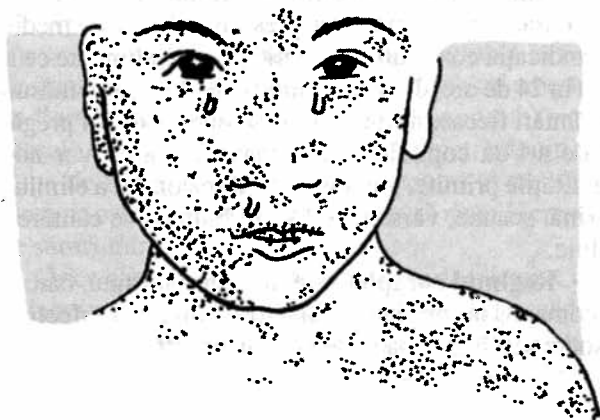


Fig. 7.11 - Rujeolă în faza eruptivă (după Florin Căruntu).

Erupția de rujeolă este formată din pete roșii de diferite mărimi, cu formă neregulată, pe alocuri confluențe; între pete rămân totdeauna zone de piele sănătoasă. Petele dispar la apăsare; la pipăit se simt ușor reliefate și catifelate.

Copiii la care s-au administrat gammaglobuline în primele zile de incubație pot prezenta o erupție foarte discretă: pete mici, izolate, mai rare care uneori nu cuprind toate regiunile corpului și dispar mult mai repede.

După 3-4 zile de la apariția erupției, febra începe să scadă, erupția pălește și dispare în ordinea în care a apărut (de sus, în jos).

g) **Perioada de convalescență** începe de 6-8 zile de la începutul bolii. În locul erupției, rămân niște pete cafenii, apoi apare o descuamație fină, ca tărâța mai accentuată pe față, care durează circa o săptămână. Tusea și secreția nazală dispar treptat, după mai multe zile. Starea generală se ameliorează, copilul devine mai vioi și cere de mâncare.

În 9-10 zile boala se vindecă. În cazul copiilor cu vârsta până la 3 ani, mama beneficiază de 14 zile de concediu pentru îngrijirea copilului bolnav. Copilul de vârstă școlară poate relua activitatea școlară după 14 zile de la începutul bolii.

h) **Complicațiile** sunt frecvente mai ales la copiii până la 2 ani. După rujeolă, reactivitatea organismului scade mult, așa că infecțiile microbiene îmbracă forme grave, punând adesea în pericol viața copilului.

La un copil cu rujeolă se bănuie o complicație dacă: febra persistă sau apare din nou după ce temperatura revenise la normal timp de 2-3 zile; dacă, după ce a pălit erupția, copilul continuă să "zacă" și refuză mâncarea; dacă tusea devine mai frecventă și mai supărătoare, iar copilul geme, respiră greu; dacă se plânge de urechi sau de dureri de cap.

Pneumonia este complicația cea mai frecventă la copilul sub 2 ani. Febra persistă, tusea se accentuează; respirația devine mai frecventă, greoaie și se însoțește de geamăt.

Crupul rujeolic (laringita obstructivă) poate duce la asfizia copilului prin micșorarea sau astuparea laringelui.

Dintre *complicațiile mai puțin frecvente* se pot cita în ordinea frecvenței: stomatite, otite, pneumonii interstițiale, encefalita (rară, dar foarte gravă), vărsăturile, diareea.

Rujeola este o boală care slăbește mult capacitatea de apărare a organismului și deschide, în acest fel, drumul tuberculozei. De aceea, copiii cu tuberculoză în antecedente se vor controla ulterior prin examene medicale și radioscopii pulmonare.

i) **Tratament.** Rujeola se îngrijește la domiciliu sub supravegherea medicului. Internarea este necesară: dacă rujeola a apărut la un copil care suferea deja de o altă boală (otită, mastoidită, diaree gravă, pneumonie acută); dacă a apărut la un copil într-o colectivitate închisă (preventoriu, colonie, casa copilului, spital, grădiniță săptămânală, internat, creșă); dacă nu există condiții pentru îngrijirea în familie; dacă au apărut complicații.

α) *Tratament igieno-dietetic.* În tot timpul perioadei febrile și a complicațiilor, copilul va sta la pat. Se va evita contactul cu alte persoane care suferă de alte boli (gripă, guturai, amigdalite, infecții ale pielii).

Camera copilului nu va fi supraîncălzită, va fi bine aerisită și se va întreține o atmosferă umedă (vase cu apă pe sobă; prosoape umede lângă sobă). Când copilul prezintă catar oculonazal, lumina excesivă îl supără, așa că se va atenua lumina prin folosirea de becuri slabe, seara, și tragerea perdelelor la ferestre, ziua.

De îndată ce a scăzut febra, se face din nou baie generală.

În timpul cât este febril și copilul refuză să mănânce nu va fi forțat să mănânce, ci i se vor da cu răbdare și în cantități mici lichide din abundență. Imediat ce revine apetitul, i se poate da un regim normal, în funcție de vârstă și de preferințele sale. Este greșită părerea după care în rujeolă se ține un regim strict, fără sare, fără grăsimi și fără carne.

β) *Tratament medicamentos.* Se vor da medicamente pentru combaterea febrei: Paracetamol (sub formă de supozitoare, sirop sau tablete în funcție de vârsta copilului) sau supozitoare de Algocalmin de 0,300 g (pentru copii); calmante ale tusei (poțiuni expectorante); liniștitoare ale sistemului nervos.

În caz de complicații (bronhopneumonie, otită), se vor administra antibiotice la indicația medicului.

Dacă survine crupul rujeolic, se aplică săculeț cu sare sau mălai încălzite (schimbate des) și se duce copilul de urgență la spital.

j) **Profilaxie.** Rujeola este foarte contagioasă încă din stadiul de început, cu 3-4 zile înainte de apariția erupției, când copilul are fenomene catarale. Contaminarea unui copil sănătos de la unul bolnav cu care stă în același apartament este aproape sigură. Boala nu se transmite printr-o a treia persoană. După scăderea febrei și dispariția erupției, boala nu se mai transmite. Nu sunt necesare măsuri speciale de dezinfecție. Vaccinarea antirujeolică este obligatorie și se practică la vârsta de 9-14 luni în companii organizate de Dispensarul teritorial. În ultimul timp se practică rapelul.

Vaccinul antirujeolic poate fi administrat și în asociere cu cele antirubeolic și anti oreion (RRO = rujeolă, rubeolă, oreion) sau MRM (Masern, Roteln, Mumps, după denumirea germană).

7.5.2. Rubeola (pojărelul)

a) **Definiție.** Rubeola este o boală contagioasă, cu evoluție scurtă și foarte ușoară produsă de un virus. Se caracterizează prin: erupție cutanată (pe piele) și adenopatii (mărirea unor grupe ganglionare).

b) **Importanța bolii.** Rubeola este importantă prin faptul că, dacă apare la femei gravide, poate determina malformații congenitale. Boala se transmite pe cale aeriană, numai prin contact direct, prin picături de salivă

de la bolnav la sănătos. Dă o imunitate solidă pe viață. Contagiozitatea bolii este redusă. Receptivitatea este mai mare la copiii între 5 și 15 ani.

c) **Incubația** este de 14-21 zile.

d) **Perioada de invazie** este scurtă (1-2 zile) sau poate lipsi. La început copilul prezintă febră mică (până la 38°C), dureri de cap, ușoară secreție nazală și conjunctivală. Mucoasa faringiană este roșie.

e) **Erupția** este de multe ori singurul semn al bolii. Este mult mai redusă decât în cazul rujeolei (uneori de-abia se observă) și se manifestă prin pete roșii-palide, care se unesc între ele. Apare mai întâi pe față, apoi se întinde pe gât, pe trunchi, și la urmă pe membre. Durează 1-3 zile. Erupția este variată, semănând adeseori cu cea din rujeolă, rareori cu cea din scarlatină. Alteori este foarte discretă și de scurtă durată. Ganglionii limfatici suboccipitali (de la ceafă) și cei laterocervicali (uneori chiar toți ganglionii) sunt măriți.

Rubeola se vindecă totdeauna fără complicații.

f) **Tratament.** Cât are febră, copilul va sta în pat. Alimentația va fi normală. Cel mult, în perioada cât are febră, se va da o alimentație mai ușoară (ceaiuri, lapte, iaurt, pireuri de legume, fructe, pâine, biscuiți, macaroane). Pentru combaterea febrei și a durerilor de cap se recomandă: Paracetamol (supozitoare, tablete sau sirop) și fenobarbital tablete de 0,015 g 1-3 tablete seara.

Când copilul nu a împlinit 3 ani, mama salariată beneficiază de un concediu medical de 5 zile.

Femeile gravide care nu au avut boala în copilărie vor fi ferite să vină în contact cu copiii bolnavi de rubeolă. În caz că o femeie gravidă care nu a suferit în trecut de rubeolă vine în contact cu un bolnav de rubeolă, pe lângă urmărirea clinică va fi trimisă la un Centru de Hematologie sau la o clinică de boli infecțioase pentru dozarea anticorpilor.

7.5.3. Varicela (vărsatul de vânt)

a) **Definiție.** Varicela este o boală foarte contagioasă, cu evoluție ușoară. Este produsă de un virus și se caracterizează printr-o erupție veziculoasă, generalizată.

b) **Modul de transmitere.** Izvorul de infecție este copilul bolnav care este contagios pe toată durata bolii, până la apariția crustelor (14-21 de zile). Boala se transmite direct de la bolnav la sănătos, pe cale aeriană, prin secrețiile nazofaringiene eliminate prin vorbire, tuse, strănut, precum și prin conținutul elementelor eruptive. Receptivitatea la boală este foarte mare la toate vârstele, dar mai ales la copiii între 2 și 15 ani. Boala lasă o imunitate solidă și durabilă.

c) **Perioada de incubație** este în medie de 14 zile (10-21 de zile).

d) **Invasia** (perioada preeruptivă) este scurtă (1-2 zile) cu manifestări discrete: febră ușoară, dureri de cap și musculare, indispoziție. Faringele este roșu.

e) **Perioada de stare** se caracterizează prin erupția care apare în tegumente (inclusiv pielea acoperită cu păr) și ia aspectul unor pete roșii, care în câteva ore se umflă puțin (papule) și apoi se transformă în vezicule care conțin un lichid limpede, semănând cu picăturile de rouă. Către a 3-a zi, lichidul din vezicule se tulbură (devin pustule). Pustulele se transformă apoi în cruste, care se desprind în circa 7-10 zile; dacă nu au fost infectate sau rupte de copil, crustele nu lasă semne. Numărul elementelor de varicelă este variabil: uneori numai câteva (5-20), alteori sunt foarte numeroase, împrăștiate pe toată suprafața corpului. Erupția este pruriginoasă (se însoțește de mâncărime). Ea poate apărea și pe mucoase (în gură, pe conjunctive, pe mucoasa genitală). Erupția de varicelă apare în mai multe valuri, așa că în cursul evoluției bolii pe pielea copilului se găsesc concomitent elemente eruptive de toate vârstele, de la macule până la cruste (fig. 7.12).

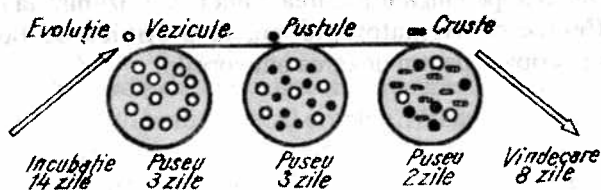


Fig. 7.12 - Studiile evolutive ale erupției de varicelă (după Florin Căruntu).

f) **Complicațiile** cele mai frecvente sunt infecțiile secundare ale veziculelor prin microbi obișnuiți (stafilococi, streptococi etc.), favorizate de scărpinat și de lipsa de îngrijiri ale pielii: piodermită, abcese, flegmoane, stomatite, conjunctivite; rareori acestea pot

duce la septicemie. O complicație gravă, dar foarte rară, este meningoencefalita variceloasă.

g) **Tratament.** Copilul va fi ținut în casă pe toată perioada erupției. Alimentația va fi formată la început, în perioada febrilă, din lapte, ceaiuri, supe, pireuri de legume, fructe, făinoase. Dacă pe mucoasa gurii există vezicule supărătoare, se vor da numai alimente moi. Imediat ce a trecut perioada febrilă și/sau jena la mestecat sau înghițit, copilul va primi un regim alimentar normal.

Pentru evitarea suprainfectării veziculelor se recomandă: copiii mari vor fi sfătuiți să nu se scarpine, iar celor mici li se vor înfășura mâinile în vată și tifon; se vor tăia unghiile scurt; copilul va fi spălat pe mâini cu apă caldă, săpun și peria de unghii de mai multe ori pe zi. Lenjeria de corp și de pat se va schimba zilnic; se vor folosi scutece, cămășuțe sau pijamale moi, largi, care să nu jeneze sau să strângă copilul, evitând astfel ruperea veziculelor și crustelor, pielea se va pudra cu talc sau cu mixtură mentolată; se vor curăți cu un tampon cutele și plicile pielii; se va menține o igienă riguroasă a mucoasei bucale (se va clăti, de mai multe ori pe zi, cu ceai de mușețel), conjunctivelor (instilații cu ser fiziologic), curățirea pleoapelor de secreții cu apă fiartă și răcită și a mucoasei genitale (spălare cu soluții dezinfectante slabe sau cu apă). În timpul fazelor eruptive se va face baie parțială; cu o cârpă umedă se spală zilnic zonele cu cute sau expuse la infecții (gât, subsoare, zonele genitale etc.). Spre sfârșitul bolii, când se mențin cruste puține, se poate face duș sau baie într-o cadă perfect curată.

În cazul în care copilul bolnav nu a împlinit 3 ani, mama beneficiază de un concediu de 14 zile; durata concediului se socotește de la începutul bolii.

Boala se vindecă repede și fără vreun tratament special. Când copilul își rupe crustele sau dacă veziculele se suprainfectează, rămân cicatrice.

7.5.4. Scarlatina

a) **Scarlatina** este o boală frecventă, mai ales la copiii școlari și de grădiniță.

b) **Modul de transmitere.** Este produsă de streptococul hemolitic. Microbul se găsește în nasul și în gâtul bolnavilor de scarlatină, convalescenților netratați

cu penicilină, bolnavilor cu angine streptococice și purtătorilor sănătoși. Boala se transmite de obicei prin contactul dintre bolnav sau purtător și individul receptiv. În timpul vorbirii, râsului, strănutului sau tusei, picăturile de secreții din nas sau gât și salivă infectează aerul din jurul bolnavului, dar și obiectele, alimentele, lenjeria. De cele mai multe ori, însă, boala se ia direct; un copil bolnav sau un purtător sănătos poate declanșa o epidemie ce poate cuprinde o mare parte din elevii unei clase. De aceea, orice bolnav de scarlatină se izolează la domiciliu (dacă sunt condiții corespunzătoare) sau se internează într-un spital de boli contagioase.

c) **Incubația** durează 2-7 zile și este fără simptome.

d) **Invazia** este scurtă, durând 12-36 de ore. Boala începe brusc, de obicei cu temperatură mare (38-40°C). Debutul febrei se însoțește de vărsături la copiii mici și de frison la școlarii mari. Copiii mai mari se plâng de dureri vii în gât, înghit greu, se simt rău, au dureri de cap și de burtă, sunt agitați, câteodată delirează.

e) **Enantemul sau angina scarlatinoasă** se caracterizează prin: fundul gâtului este roșu "ca focul", amigdalele se măresc, se roșesc și uneori se acoperă de depozite alburii de puroi, ca niște puncte albe; vălul moale și omușorul sunt roșii, tumefiate. Limba este încărcată, cu marginile și vârful roșu. Ganglionii din regiunea gâtului sunt măriți și dureroși la pipăit.

f) **Perioada de stare** (eruptivă) începe cu erupția sau exantemul scarlatinos care apare în mod obișnuit la 24-36 de ore de la începutul bolii, mai întâi în zonele cu piele mai subțire (plicile cotului, regiunea inghinală, părțile laterale ale gâtului și trunchiului, axile). Ea rămâne mai accentuată în zonele unde a apărut mai întâi. Erupția este roșie, întinsă pe suprafețe mari; dispare la presiune; la pipăit este aspră, ca pielea de găină. În formele grave erupția este hemoragică. La plicile coatelor, abdomenului, genunchilor apar niște dungii subțiri roșu-violacee, care nu dispar la presiune.

Adesea erupția apare și pe față: cuprinde obrazii care devin roșii-aprinși cu benzi roșii stacojii (aspect palmuit al feței), în timp ce buzele, bărbia și zona din jurul nasului rămân palide.

Erupția se generalizează în 2 sau 3 zile, rămâne la fel timp de 1-2 zile, apoi descrește în 2 zile. Durează în total 5-7 zile. Câteodată erupția este ușor pruriginoasă (produce mâncărime), mai ales la început.

g) **Evoluția enantemului.** Așa cum s-a arătat mai sus, enantemul apare înaintea erupției și persistă;

amigdalele, pilierii, vălul palatului, fața internă a buzelor rămân roșii vii, cu depozite de puroi. Roșeața care la început era numai pe vârful și pe marginea limbii, cu fiecare zi se întinde spre centrul acesteia. Treptat limba se descuamează de stratul gros, alburiu cu care era acoperită. Spre a 5-a zi, la sfârșitul erupției, limba este roșie închis, presărată de papile, cu aspect "zmeuriu". Către a 10-a zi, limba este lucioasă, lăcuită; din a 12-a - a 15-a zi își recapătă aspectul normal.

Febra oscilează între 39°C și 41°C în tot timpul perioadei eruptive și începe să scadă spre a 5-a zi; mai rar rămâne puțin ridicată până spre a 10-a zi. De obicei revine la normal în a 7-a zi.

h) **Perioada de descuamare.** După dispariția erupției, apare o descuamare caracteristică; mai întâi pe față și trunchi sub formă de scuame mici, apoi pe tălpi și picioare unde scuamele sunt mari, uneori ca niște lambouri.

i) **Complicațiile** se mai observă în scarlatinele nediate diagnosticate la timp. Survin fie la începutul bolii, fie în cursul celei de a 3-a săptămâni de boală. *Otitis* are de obicei o evoluție spre supurație. *Complicațiile renale* au devenit rare; nu toți streptococii A beta-hemolitici ce pot produce scarlatină sunt susceptibili de a determina o nefrită. *Reumatismul scarlatinos* poate fi *precoce* (apare în timpul erupției) și *tardiv* (survine din a 14-a - a 25-a zi de la debut), îmbrăcând forma de reumatism articular acut. Se poate însoți de atingerea inimii și trebuie tratat corect (în spital).

Recăderea în scarlatină se produce în perioada de convalescență a bolii. Este indicat ca la toți membrii familiei unui copil cu scarlatină să se facă examenul de laborator pentru depistarea streptococului și să se dea Penicilina V în scop preventiv.

j) **Tratament.** Copiii bolnavi se internează obligatoriu în spital timp de 7-10 zile, pentru izolare și tratament. Antibioticul cel mai eficace este penicilina. La ieșirea din spital se administrează o penicilină-depozit, Moldamin (benzatin-penicilină), în doză de 600 000 U. Pentru prevenirea reinfectiilor sau a complicațiilor, penicilina-depozit (Moldamin) se repetă la 10 zile de la externare.

Eritromicina se folosește în locul penicilinei, dar numai în caz de alergie la penicilină.

În primele 10 zile de boală se recomandă repaus la pat. După aceea copilul rămâne în casă până în a 14-a - a 21-a zi de la începutul bolii și este urmărit în

continuare de pediatru - medicul de familie - până la 30 de zile de la începutul bolii.

Se urmărește urina, prin examene de laborator ce se fac la începutul bolii și apoi săptămânal timp de 30 de zile.

Se consideră vindecat un copil dacă după 21 de zile de la începutul bolii, la două examene bacteriologice consecutive ale exsudatului faringian nu s-a mai depistat streptococul hemolitic, dacă examenele de urină au fost normale și dacă la examenul clinic general nu se constată nici o modificare patologică.

Regim alimentar. În primele zile de boală, când copilul are febră mare, cu stare generală alterată, se plânge de dureri în gât și nu are poftă de mâncare i se va da numai regim hidrozaharat-lactat. Pe măsură ce apetitul revine și toleranța digestivă crește (nu mai varsă, nu are grețuri, nu se plânge de dureri abdominale), febra scade și starea generală se ameliorează se va lărgi și regimul alimentar, dându-i-se în plus derivate de lapte, carne rasol, orice făinoase. După câteva zile de afebrilitate și dacă urina este normală, se va da un regim alimentar normal.

Nu se recomandă regimul fără sare în forma comună de boală.

Introducerea antibioticelor (penicilină) a schimbat esențial evoluția bolii care este mai scurtă și complicațiile au devenit excepționale.

7.5.5. Tusea convulsivă (tusea măgărească)

a) **Tusea convulsivă** este o boală infecțioasă și contagioasă, caracterizată zilnic printr-o tuse chinuitoare, caracteristică, ce durează câteva săptămâni. Germenul care o produce este un cocobacil numit *Haemophilus pertusis* sau *Bordetella pertusis*.

Izvorul de infecție îl constituie bolnavul de tuse convulsivă, care este contagios timp de 6 săptămâni de la începutul bolii. Transmiterea se face direct, prin aer, prin picăturile ce se proiectează în timpul tusei. Contagiozitatea bolii este foarte mare. Atinge îndeosebi copiii, din momentul nașterii și până la 7 ani. Nou-născutul nu are imunitate transmisă de la mamă. La sugar boala îmbracă o formă gravă, dacă nu a fost vaccinat. De asemenea, este gravă la orice copil

debilitat. Gravitatea bolii se datorește intensității spasmului tusei, bronhopneumoniilor secundare, reacțiilor encefalitice. La adulți, boala se întâlnește foarte rar. Îmbolnăvirea lasă imunitate solidă și de durată.

b) **Incubația** durează între 7 zile și 14 zile. În timpul incubației nu apare vreun semn deosebit.

Boala evoluează în 3 faze.

c) **Faza de invazie** (de debut, catarală) durează 7-10 zile. Începutul este înșelător, asemănându-se cu o infecție banală a nasului și gâtului. La început tusea este necaracteristică, dar devine din ce în ce mai frecventă și rebelă la calmantele tusei. În acest stadiu boala este greu de recunoscut. Din păcate, în zilele respective contagiozitatea bolii este cea mai mare.

d) **Faza de chinte** (de stare, stadiul convulsiv). Tusea devine din ce în ce mai frecventă, spastică, până apar accesele caracteristice: copilul tușește sacadat, de 10 până la 20 de ori, din ce în ce mai repede până ce respirația se oprește în expirație; copilul se roșește și chiar se învinețește; este ceea ce se numește *chintă*. După mai multe sacade de tuse urmează o inspirație profundă, șuierătoare, pe care autorii au asemănat-o cu zbieretul de măgar, cântecul de cocoș sau cu cotcodăcitul găinilor; etapa inspiratorie poartă numele de *repriză*. Mai multe chinte și mai multe reprize formează un *acces de tuse*. Accesul de tuse este zguduitor, chinuitor, copilul se agită, este roșu la față. Accesul se termină cu o expectorație constituită din



Fig. 7.13 - Copil cu acces de tuse convulsivă.

secreții și mucozități alburii, vâscoase, lipicioase, de multe ori copilul varsă. Accesele de tuse sunt variabile ca număr; în formele ușoare câteva, în formele grave de zeci de ori, mai ales noaptea spre dimineață. Apogeul frecvenței este spre a 3-a săptămână a bolii.

În intervalul dintre accese, starea copilului este bună. Temperatura este normală; în caz că apare febră, trebuie bănuită o complicație.

Din cauza efortului de tuse copilul lăcrimează, are conjunctivele roșii, pleoapele sunt umflate, iar fața se buhăiește. La copiii la care au apărut incisivii inferiori, se poate produce o ulcerăție a frâului limbii, semn caracteristic al bolii. Uneori crizele apar la alimentație, plâns, schimbări de temperatură, fum etc.

e) **Faza de convalescență** (de declin) apare spre a 5-a săptămână și se caracterizează prin răirea și atenuarea acceselor de tuse. Totuși în lunile care urmează, cu ocazia infecțiilor banale ale căilor respiratorii, tusea re apare, îmbrăcând alura convulsivă. Copiii mai nervoși pot tuși în acest fel multă vreme.

f) **Diagnostic.** În caz de crize tipice de tuse diagnosticul este ușor de precizat.

În schimb în formele atipice, ușoare, care survin de obicei la copiii vaccinați, diagnosticul diferențial este dificil. Unele pneumonii virale se confundă adesea cu tusea convulsivă (tuse asemănătoare, prelungită, leucocitoză, limfocitoză). De asemenea, se poate confunda cu mucoviscidoza.

g) **Complicații.** Apar mai ales la sugari, la care boala este foarte gravă. Dacă febra depășește 38,3°C se poate bănui o complicație pulmonară (bronhopneumonie, atelectazii, emfizem mediastinal, diseminarea unei tuberculoze preexistente, bronșiectazie), se pot ivi hemoragii (epistaxis, hemoptizie, hemoragii ale conjunctivelor, hemoragii cerebrale), toate fiind de origine mecanică. Convulsiile (excepțional de rare) pot fi date de asfixie sau de hemoragii cerebrale; pot apărea de asemenea în cadrul encefalitei. Cea mai frecventă cauză de deces este pneumonia.

h) **Profilaxie.** Tusea convulsivă este o boală cu declarare obligatorie. Izolarea la domiciliu se impune timp de 30 de zile de la începutul chintelor sau 5-6 săptămâni dacă a fost surprinsă din faza de invazie.

Vaccinarea este mijlocul cel mai eficace de profilaxie. La noi în țară, vaccinarea antipertusis (A.P.) se face cu vaccin asociat (Di-Te-Per - Difteric-Tetanic-Pertusis). Părinții sunt datori să se prezinte la medicul

de familie atunci când se planifică vaccinarea respectivă.

Rareori se întâlnesc incidente și accidente după vaccinare. La copiii la care după prima sau a doua vaccinare cu Di-Te-Per a apărut un simptom neurologic, se va face în viitor bivaccin (Di-Te). De altfel, este recomandabil ca la copiii care au "suferit" la naștere (scorul Apgar mic) să se facă vaccin fără fracțiunea Pertusis (Per).

i) **Tratamentul** se face cu antibiotice și cu medicamente liniștitoare ale tusei.

Antibioticele care s-au folosit în tratamentul tusei convulsive sunt *eritromicina* și *ampicilina*. Ampicilina este cel mai bine tolerată de sugari, dar este mai puțin eficace decât eritromicina sau rovamicina, care se folosesc, de preferință, în ultimul timp. Durata tratamentului este minim 8 zile.

În ceea ce privește medicamentele liniștitoare ale tusei, lista este lungă; din păcate eficacitatea lor este foarte redusă, iar multe dintre ele sunt contraindicate la sugar și copilul mic. Se vor evita supradozările și prescripțiile de medicamente asociate, pentru că pot duce la deprimarea centrilor respiratori, stare de somnolență permanentă. Alimentația va fi formată mai mult din lichide, dar cu valoare nutritivă corespunzătoare. Se vor da mese mai dese; după chintă se va încerca să se dea copilului să mănânce.

j) **Complicațiile** sunt grave și se tratează în spital. Complicațiile pulmonare sunt cele mai frecvente; cele nervoase sunt mult mai rare, dar foarte grave.

7.5.6. Oreionul (parotidita epidemică, infecția urliană)

a) **Oreionul** este o boală infecțioasă și contagioasă, produsă de virusul urlian, caracterizată clinic prin inflamația nesupurativă a glandelor salivare și, uneori, a altor țesuturi și organe (pancreas, sistemul nervos, testicule). De obicei se localizează la glandele parotide (de aici se trage și numele de "parotidită"), situate la unghiul mandibular, sub urechi.

b) **Izvorul de infecție** este numai omul bolnav. În general, boala se răspândește prin salivă și secrețiile nazo-faringiene ce ajung la copil prin nas sau gură, mai rar prin obiecte contaminate.

Un bolnav contagios din ultimele 2-6 zile de incubație și timp de circa 2 săptămâni după instalarea bolii.

c) **Receptivitate.** Boala este foarte rară la sugar și la copilul mic. Peste vârsta de 2 ani se întâlnește mai des, având maximum de frecvență la școlarii mari și la adulții tineri (12-25 de ani). Copiii care frecventează de timpuriu colectivitățile (grădinița) fac boala între 3 și 7 ani.

Oreionul lasă o *imunitate solidă și durabilă*, reîmbolnăvirile fiind excepționale.

d) **Perioada de incubație** este de 14-21 zile, cu limite extreme de 9-25 de zile.

Începutul bolii este de obicei lent cu febră mică sau moderată (37,8-38,5°C), oboseală, dureri de cap și scăderea poftelor de mâncare; uneori dureri articulare sau musculare.

În formele severe de boală, debutul este uneori brusc, cu febră 39-40°C, vărsături, dureri de gât și în zona glandelor parotide.

e) În **perioada de stare** apare o tumefacție a feței, situată înaintea și dedesubtul urechilor. Tumefacția (umflătura) este localizată la început la o singură parte, apoi apare, de obicei, și la partea opusă. Uneori este nedureroasă, alteori este foarte sensibilă. În timpul masticăției și înghițitului, copilul simte o durere vie în gât cu iradiere spre urechi, ceea ce impune o alimentație lichidă sau semisolidă. Boala poate cuprinde și celelalte glande salivare (glandele submaxilare și sublinguală).

Meningita urliană. Rareori (circa 10% din cazuri) copilul se plânge de dureri de cap și varsă, dovezi ale unei iritații meningiene. Din fericire, meningita urliană, este, de obicei, fără gravitate și nu lasă urme.

La băieți la pubertate și la tineri (14-25 de ani) oreionul poate atinge testiculele (*orhita*) determinând umflarea, roșirea și o durere penibilă a acestora. Când afectează ambele testicule, poate fi urmată de sterilitate. Se recomandă repaus strict la pat, comprese reci locale și aplicarea unui suspensor. Acesta se confecționează dintr-o bucată de carton gros, dreptunghiular, de 15-30 cm, cu o scobitură în V la una din laturile mari și căptușit bine cu vată și apoi cu tifon. Suspensorul se așează pe coapsele bolnavului, iar testiculele sunt sprijinite deasupra, pe suspensor.

Pancreatita apare rar. Copilul varsă, are greață și se plânge de dureri abdominale localizate în etajul supe-

rior al abdomenului. Pancreatita evoluează către vindecare totală. Se citează cazuri de diabet zaharat după parotidită.

f) **Diagnosticul** de parotidită epidemică este uneori greu de precizat. Se poate confunda, mai ales la început, cu tumefierea ganglionilor gâtului din cursul infecțiilor faringiene. De aceea, diagnosticul nu poate fi precizat decât de către medic.

g) **Tratament.** Copilul cu oreion se izolează și se tratează la domiciliu. Internarea se face numai în caz de complicații (meningită, orhită). Nu există un tratament care să distrugă virusul. Pentru prevenirea complicațiilor, se recomandă repaus la început la pat, și spre sfârșitul bolii în casă obligatoriu, pe toată durata bolii.

Dieta se fixează în funcție de febră, de durerile la înghițit și de toleranța digestivă. În forme ce încep cu febră mare și dureri de gât se recomandă lichide în cantități mici și repetate, la temperatura camerei (ceaiuri moderat îndulcitate, supe strecurate, sucuri de fructe, zeamă de compot, lapte). Pe lângă acestea în primele 7-10 zile se va menține un regim cu lapte și derivate, vegetale, carne rasol.

Se vor evita mesele prea copioase, *excesul de grăsimi și de dulciuri.*

Din cauza reducerii mișcărilor de masticăție și a febrei, în gură se poate dezvolta o candidiază, așa că este bine ca bolnavul să bea cât mai multe lichide și să-și clătească gura de mai multe ori cu ceai de mușețel, cu bicarbonat de sodiu și/sau să se pună în gură picături de glicerină cu stamicină.

Febra, durerea și agitația se combat cu: Paracetamol, Algocalmin. Împotriva neliniștii se poate administra sirop de Romergan pentru uz infantil (1-4 lingurițe).

În caz de vărsături, la copiii între 2 și 5 ani, se pot administra Metoclopramid (1 1/2 picături pe kg/corp/24 ore, divizat în 2-3 prize), cu prudență, mai rar, poțiuni sau supozitoare cu Clordelazin, iar peste 5 ani supozitoare cu Emetiral pentru copii (0,005 mg).

Oreionul durează 5-12 zile. Copilul poate fi adus în colectivitate după 14-21 zile, când a dispărut tumefacția.

În marea majoritate a cazurilor, boala se vindecă fără urmări. Copiii mici fac forme ușoare.

7.5.7. Hepatitele virale

Hepatitele virale sunt boli ale ficatului cauzate de virusuri. Se deosebesc trei forme clinice: *hepatita A*, *hepatita B* și *hepatita C*. Primele două sunt cele mai frecvente.

Trebuie amintit că, pe lângă acestea se întâlnesc (rar) hepatitele produse și de alte virusuri: Ebstein-Barr, citomegalic, herpetic (mai ales în perioada neonatală), coxsackie, febra galbenă, leptospiroza etc.

Simptomele sunt asemănătoare indiferent de virusul hepatic.

Hepatita A se manifestă de cele mai multe ori prin semne nete, acute, în timp ce hepatita B provoacă simptome mai insidioase.

Faza preicterică poate să dureze o săptămână, simptomele sunt variate și divers asociate: febră, dureri de cap, vărsături, dureri abdominale, diaree, erupție cutanată, urticarie, dureri ale articulațiilor.

Ficatul este mărit de volum și dureros la palpare.

Icterul apare în cele mai multe cazuri, însă nu este obligatoriu. Este de intensitate variabilă. Se traduce prin îngălbenirea pielii și mucoaselor (conjunctive etc.). Se însoțește de *decolorarea materiilor fecale și de urină brună*. Durează mai puțin de 4 săptămâni.

• Hepatita A

Epidemiologie și tratament. Este cea mai frecventă și de cele mai multe ori cu evoluție bună. Particula virală este eliminată prin materii fecale în timpul perioadei de incubație (2-4 săptămâni) și timp de circa 50 de zile după apariția icterului (riscul cel mai mare al transmiterii).

Contaminarea se face pornind de la materiile fecale ale bolnavului (mâini murdare, muște), fructe de mare, crustacee (scoici, stridii etc.) pescuite din ape murdare, alimente contaminate (fructe, zarzavaturi). De cele mai multe ori se transmite prin apă contaminată (conducte defecte, consum de apă din izvoare și râuri murdare, apă contaminată, folosită la spălarea zarzavaturilor). Copiii și tinerii sunt foarte receptivi. Boala conferă imunitate specifică la virusul A, nu și la alte virusuri (B și C).

Semne clinice. Majoritatea hepatitelor produse de virusul A la copil au o evoluție simplă, uneori chiar fără icter. Debutul se manifestă ca un sindrom gripal însoțit de manifestări digestive (grețuri, lipsă de poftă de mâncare, vărsături). Diagnosticul este precizat de

medic prin examenul ficatului (mărit, dureros) și de investigații de laborator.

În forma tipică, perioada inițială durează o săptămână, cu febră moderată, lipsă de poftă de mâncare, grețuri, vărsături, pierderea vioiciunii și câteodată la copiii mai mari dureri abdominale și diaree.

În faza de stare, apare icterul care se însoțește de urini închise la culoare și de scaune decolorate. Medicul constată că ficatul se mărește și devine dureros. Câteodată apare și o mărire a splinei (splenomegalie). Tabloul clinic se poate completa cu o erupție maculoasă (pete), dureri ale articulațiilor și uneori chiar o inflamație a articulațiilor (artrită).

Evoluție. Faza icterică a hepatitelor virale durează rareori mai mult de 4 săptămâni. Persistența icterului obligă pe medic să caute o complicație sau o altă cauză. Alterarea stării generale cu accentuarea icterului sau apariția unei ascite (lichid în abdomen) și/sau a unei tulburări în coagularea sângelui, corespund unei hepatite mai grave sau, în mod excepțional fulminantă. Faza de convalescență a hepatitei virale este variabilă și se întinde pe o perioadă de 1 până la 3 luni. Nu evoluează spre hepatită cronică activă.

Semne de laborator. Medicul urmărește: creșterea bilirubinei conjugate (după cel mult 4 săptămâni revine la normal), creșterea tranzitorie a transaminazelor (constituie câteodată singurul indice al unei hepatite anicterice¹, timpul de protrombină (prelungit) poate fi rapid corectat printr-o doză injectabilă unică de vitamina K; formarea de anticorpi este crescută în faza acută.

Tratamentul. Potrivit legislației actuale, orice caz de hepatită virală se internează în spital, unde tratamentul este fixat de către medic în funcție de forma de boală și de vârsta copilului.

Trebuie spus însă că s-a constatat că nu există încă probe că regimul alimentar restrictiv și nici repausul riguros influențează evoluția pe termen scurt și prognosticul. De îndată ce starea copilului se ameliorează, apetitul și toleranța digestivă revin, se va trece treptat, dar rapid la alimentație normală, din care însă să nu lipsească principiile alimentare de bază: hidrocarbonatele (dulciuri, făinoase, zarzavaturi, fructe etc.), proteinele (laptele, brânza de vaci, carnea, peștele

¹ Corelația dintre gradul creșterii transaminazelor și severitatea atingerii hepatice nu este bună, în afară de situațiile în care cifrele transaminazelor depășesc 3 000 până la 5 000 unități/litru.

proaspăt, ouăle), grăsimile vegetale (uleiul, margarina) și animale (untul) și vitaminele.

Prevenirea constă în formarea și păstrarea unor deprinderi igienice ca: spălarea mâinilor înainte și după masă, tacâmuri bine spălate și cu folosire individuală etc. De ordin colectiv se impun: apă de băut necontaminată, closete curate și dezinfectate zilnic, spălarea robinetelor, educarea populației de a nu consuma apa din fântâni infestate, ape curgătoare, fructe și zarzavaturi nespălate.

În primele 48 de ore de la expunere, injecția de imunoglobuline hiperimune previne hepatita în circa 75% din cazuri. Înainte de introducerea vaccinului inactivat, o astfel de injecție era folosită și ca prevenire pre-expunere, mai ales în caz de călătorii mai lungi de o săptămână în zone epidemice. *În prezent, se preferă vaccinarea cu vaccinuri disponibile.* În ultimul timp vaccinarea cu vaccin anti-A se practică și la noi la indicația medicului.

• Hepatita B

Epidemiologie

Contaminarea prin virusul hepatitei B se face prin cale sanguină (transfuzie, injecții), *sexuală* și *materno-fetală* la naștere. Virusul fiind prezent în toate secrețiile, intimitatea contactelor mărește mult șansele de transmitere. Copiii crescuți în instituții (casa copilului, creșe etc.), hemodializații (exsanguinotransfuziați la naștere din cauza incompatibilității sanguine Rh), hemofilicii și toți copiii care necesită transfuzii repetate prezintă riscul de a fi contaminați prin virusul hepatitei B. Perioada de incubație este variabilă, între 3 și 10 săptămâni; totuși în caz de transfuzie masivă cu particule virale, incubația nu depășește o săptămână. În țările occidentale, cifra purtătorilor de antigen al hepatitei B (HB_s) este sub 1%. La noi în țară, prin introducerea obligatorie a seringilor de unică folosință și a perfecționării controalelor sângelui la centrele de transfuzie, hepatita virală B este în continuă scădere. Utilizarea de *globuline hiperimune* (0,5 ml/kg) este recomandată la persoanele care, prin contact sexual sau injecție, au fost expuse secrețiilor unui purtător de hepatită B. O a doua doză este recomandată la o lună mai târziu. Imunizarea activă prin vaccin este indicată în toate grupele cu risc crescut (nou-născuți, sugari, preșcolari, copii internați în instituții pentru copii sănătoși sau bolnavi).

Transmisiunea materno-fetală. De obicei infecția la nou-născuți este tipică: fără semne de boală și evoluează, într-un mare număr de cazuri spre o formă cronică.

Virusul este transmis la mamă prin sânge și raporturi sexuale. De aceea, infecția este mai frecventă la familiile cu copii nelegitimi, la toxicomani, prostituate, homosexuali, parteneri sexuali ocazionali. Riscul ar fi de 5 la 10%. Nou-născutul poate să tolereze bine virusul B și produce în mod obișnuit o antigenie în decurs de 6 la 8 săptămâni după naștere. Totuși dacă transmiterea materno-fetală are loc în cursul celui de al treilea trimestru sau dacă mama are un profil epidemiologic de evolutivitate (HB_sAg, anti-HB_c, HB_eAg) nou-născutul poate prezenta o hepatită clinică și, câteodată, chiar o formă fulminantă. Hepatita fulminantă poate să se observe la nou-născut în urma administrării de sânge sau de plasmă contaminată.

Toți nou-născuții ieșiți din mame HbsAg pozitive trebuie deci să primească imediat de la naștere o injecție de globuline hiperimune cu o primă doză de vaccin.

Această injecție trebuie repetată după 4-6 săptămâni în cursul programului de vaccinare (3 injecții la 1 lună interval).

Diagnosticul de hepatită B se bazează pe datele epidemiologice (mamă bolnavă, transfuzii, injecții practice cu instrumente nesterilizate etc.), pe semnele clinice și mai ales pe analize serologice (antigeni HB_s și HB_e și anticorpi anti-HB_s, -HB_e, -HB_c). În cursul hepatitei B se produce nu numai un răspuns umoral, ci și un răspuns al imunității celulare. Formarea de complexe imune poate să complice boala și să modifice manifestările clinice. Boala se prezintă în 10-15% din cazuri numai ca o boală serică, fără semne clinice obiective.

La copil, boala poate îmbrăca o formă mai aparte cu febră, mărirea ganglionilor și erupție papuloasă a extremităților.

Contrar hepatitei virale A un procentaj însemnat de copii care au suferit de o hepatită virală B rămân purtători și pot transmite boala. Atingerea țesuturilor este de gravitate variabilă și nu poate fi prevăzută după cifra transaminazelor.

Evoluție și prognostic

* *Evoluția benignă.* Într-o foarte mare majoritate a cazurilor, există *restitutio ad integrum*, cu toată severitatea aparentă a îmbolnăvirii. De notat că într-un număr oarecare de cazuri poate surveni o recădere în cursul celor de a 10-a a 12-a săptămâni de la debutul icterului.

* *Evoluția fatală.* Într-un număr mic de cazuri (sub 1/1 000) evoluția este fulminantă și fatală în câteva zile sau după o deteriorare mai mult sau mai puțin rapidă. În astfel de cazuri singurul tratament este transplantul hepatic.

* *Evoluția cronică.* Numai câțiva bolnavi cu atingere severă evoluează spre stadiul de hepatită cronică persistentă, de hepatită cronică activă.

Prevenire. În ultimul timp, la noi în țară, toți nou-născuții și sugarii sunt vaccinați cu vaccin anti Hepatita B. De asemenea, se practică vaccinarea la grupurile cu risc crescut: copiii îngrijiți în creșe, grădinițe săptămânale, hemofilicii, politransfuzatii cu sânge, anturajul indivizilor cu HBsA pozitiv, partenerilor sexuali ai persoanelor cu HBsAg pozitiv, toxicomanii și toți cei care călătoresc în regiuni endemice.

• **Hepatita C**

Este o boală încă insuficient cunoscută. Este bănuită când creșterea transaminazelor este foarte mare. Este produsă de un virus recent izolat.

Diagnosticul se face pe baza unui examen serologic. Anticorpul dispar în forma acută, dar persistă în infecția cronică.

Epidemiologia nu este prea bine cunoscută; totuși majoritatea infecțiilor par să fie asociate cu transfuziile. Această cale de transmitere poate fi eliminată prin depistarea tuturor donatorilor de sânge. Schimbul de seringi printre toxicomani implică alte căi de transmitere. Transmiterea pe cale sexuală ca și pe cale verticală (mamă-făt) pare să existe, dar sunt rare, în comparație cu hepatita B.

Tratamentul nu diferă de cel aplicat în cazul hepatitei B. Interferonul este eficient în cel mult 75% din cazuri.

• *Hepatita cronică*

Se definește printr-o atingere inflamatorie a ficatului, a cărei evoluție este peste 3 luni.

Debutul poate fi insidios sau să fie urmarea unei hepatite acute.

Puncția-biopsia ficatului este fundamentală; de rezultatele ei depind diagnosticul și tratamentul.

Hepatita cronică persistentă se manifestă prin oboseală și lipsa poftei de mâncare. Câteodată copilul nu se plânge de nici o tulburare. Cifra transaminazelor rămâne ridicată. Volumul ficatului este mărit. Câteodată se constată subicter și mărirea splinei.

Biopsia ficatului confirmă diagnosticul histologic. Prognosticul este bun. Nu este necesar vreun tratament. Copilul va duce o viață obișnuită, alimentația va fi normală, corespunzătoare vârstei, având grijă ca dieta zilnică să conțină proteine (carne, lactate sau pește), hidrocarbonate (fructe, zarzavaturi, făinoase, dulciuri) și grăsimi (unt, margarină, ulei). Regimurile alimentare restrictive sunt inutile.

Hepatita cronică activă (agresivă) nu are o cauză cunoscută. Virusurile B și C sunt de obicei la originea acestei boli. De asemenea, unele medicamente au fost făcute responsabile: isoniazida etc. Câteodată este asociată cu boli "auto-imune".

Fetele sunt afectate de 3 ori mai mult decât băieții.

Simptomele sunt: icter, oboseală, febră, lipsă de poftă de mâncare, slăbire, dureri articulare, mâncărimea pielii.

Volumul ficatului și al splinei sunt mărite. Pe piele pot apărea steluțe vasculare, acnee.

Semnele de laborator sunt importante: creșterea gamaglobulinelor, anomalii care sunt în cadrul bolilor auto-imune (anticorpii antinucleari, testul Coombs pozitiv etc.). Testul HBsAg ("antigenul australian") este uneori pozitiv.

Diagnosticul este precizat de puncția-biopsie a ficatului.

Tratamentul este îndelungat în și sub controlul unei clinici de specialitate.

7.5.8. **Tuberculoza**

Tuberculoza este provocată de un microb în formă de bastonaș, numit bacilul Koch¹, care poate infecta toate organele corpului, dar cel mai frecvent plămânii. Nu toți copiii infectați cu bacilul Koch se îmbolnăvesc de tuberculoză.

¹ După numele medicului german Robert Koch (1843-1910) descoperitorul acestui microb (1882).

Transmiterea bolii poate avea loc în apropierea copiilor cu un adult care elimină prin tuse microbul tuberculozei în mediul înconjurător (locuință, școală, lift, coridorul blocului, autobuz, tramvai, tren etc.). Alteori (rar este adevărat) sputa infectată, ajunsă pe obiecte de uz personal sau pe jucării se usucă, iar microbii se pot prinde de particule de praf, pătrunzând prin inspirație în plămâni. Când copilul este contaminat, microbul străbate căile respiratorii și produce o mică leziune pulmonară. În acest moment, dacă se face intradermoreacția la tuberculină, aceasta devine "pozitivă". Leziunea pulmonară însoțită de pozitivarea intradermoreacției poartă numele de "infecție primară" sau "primoinfecție". De îndată ce reacția la tuberculină devine pozitivă, este prudent să se facă o radiografie pulmonară. De cele mai multe ori, primoinfecția tuberculoasă nu este manifestă, nu se însoțește de nici un simptom, trece neobservată. În alte cazuri, copilul face febră (37,5-38-38,5°C) este indispus, tușește, nu are poftă de mâncare, scade în greutate, devine palid.

Nu există o vârstă de predilecție pentru primoinfecția tuberculoasă. Se produce când un organism neatins de infecție sau nevaccinat cu BCG este contaminat prin una din modalitățile enumerate mai sus. Efectul protector al vaccinului este considerabil.

Infecția tuberculoasă la sugar și chiar la copilul mic poate da forme grave. Primoinfecția este inevitabilă. Dacă nu se iau precauțiile necesare (vaccinare BCG, depistare precoce, tratament corespunzător), bacilul Koch produce diseminări întinse în cei doi plămâni și câteodată meningita tuberculoasă, forme de tuberculoză care pot pune în pericol viața copilului.

Este mai ușor și mai bine să se prevină, decât să se vindece tuberculoza copilului!

A. *Prevenirea tuberculozei* se rezumă la câteva precauțiuni fundamentale:

a) Să se vaccineze cu B.C.G. nou-născutul. Rolul protector al vaccinului B.C.G. intervine la 2 luni după vaccinare.

b) Dacă în familie există bolnavi de tuberculoză, nou-născutul și sugarul vor fi feriți de orice contact cu aceștia: separarea copilului în altă casă; internarea în Leagănul de copii; internarea persoanei bolnave într-un sanatoriu T.B.C. Cel internat în sanatoriu nu va mai reveni în familie decât după "negativarea" sputei.

c) În orice familie în care se naște un copil, persoanele care au suferit în trecut de tuberculoză și sunt "scoase din evidență" vor merge din nou la Dispensarul antituberculos teritorial (județ sau sector) pentru un control riguros.

d) Să nu se piardă din vedere posibilitatea unei contaminări din anturajul oricărui copil. Un vechi bolnav, o rudă apropiată, un vizitator întâmplător sau o persoană în vârstă cu "bronșită cronică" sunt foarte adesea sursele de îmbolnăvire a copilului. *Examenul radiologic este obligatoriu la orice persoană străină angajată să îngrijească copilul.*

e) *Intradermoreacția la tuberculină* constă în injectarea în piele ("intradermic") a unei tuberculine purificate "P.P.D." (*Protein Purified Derivative*), preparată de Institutul "Dr.I.Cantacuzino" din București.

Intradermoreacția la tuberculină se face în scop diagnostic de către cabinetele de fiziologie sau de pediatrie:

- în scop diagnostic la copiii care sunt bănuiți că suferă de tuberculoză;

- la contingentele de copii prevăzute în calendarul de vaccinare, pentru selecționarea copiilor ce trebuie revaccinați cu B.C.G.;

- la copiii preșcolari, cu ocazia intrării în colectivități;

- la orice copil în vârstă de 0-10 ani, dacă în familia respectivă s-a descoperit un caz de tuberculoză;

- în mod periodic, la indicația pediatrului de la dispensarul T.B.C., la copiii care au în familie cazuri de tuberculoză în "evidența" dispensarului anti-tuberculos;

- în cadrul examenului de bilanț al stării de sănătate a copiilor preșcolari și școlari (Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 182/1975), cu ocazia admiterii în colectivități preșcolare (1-5 ani) și în cadrul acțiunilor de revaccinare cu B.C.G. în clasele I, a VII-a și în anul al IV-lea de liceu.

B. *Interpretarea reacției* se face la 72 de ore, luând în considerare numai papula (ridicătura) pielii ce se simte la pipăit ca o denivelare față de pielea din jur; se exclud reacțiile eritematoase roșii simple. Se măsoară în milimetri cel mai mare diametru transversal al reacției. Reacția la tuberculină se consideră negativă, când are o dimensiune între 0 și 9 mm, inclusiv; când diametrul este de 10 sau peste 10 mm, reacția se consideră pozitivă. Reacția pozitivă, dacă nu este

datorată unei vaccinări B.C.G. atestată prin prezența cicatricei, traduce o infecție tuberculoasă. Cu excepția virajului tuberculinic, ea nu ne informează asupra vechimii infecției și a gradului de activitate a acesteia.

La copiii preșcolari cu reacții de peste 10 mm, precum și la elevii și adolescenții cu reacții de peste 15 mm se va efectua și un examen radiologic pulmonar, dacă nu prezintă cicatrice vaccinală B.C.G. În cazul prezenței cicatricei vaccinale, controlul este indicat în caz de reacție generală febrilă sau reacție locală necrotică, flictenulară sau cu diametrul transversal peste 15 mm la preșcolari și peste 20 mm la elevi și adolescenți.

Părinții sunt datori să cunoască rezultatele testărilor la tuberculină și să execute indicațiile medicale în caz de reacții pozitive.

Controlul radiologic se efectuează prin radiografie la copiii între 0 și 5 ani și prin radiofotografie la elevi și adolescenți. La toți copiii la care intradermoreacția a fost pozitivă se va face obligatoriu un control radiologic. Depistări radiologice ocazionale se fac și în următoarele împrejurări: trimitere în stațiuni balneare; adopție de copii; admiterea în licee, școli profesionale, de ucenici, școli postliceale, învățământ superior, încorporare în armată. Examenul radiofotografic ocazional are o valabilitate de 6 luni.

C. Chimioprofilaxia tuberculoasă, adică prevenirea bolii prin administrarea de medicamente, se face la copii și tineri (0-20 ani) contacti cu bolnavi de tuberculoză cu bacili Koch prezenți în spută.

În general, se administrează izoniazidă de două ori pe săptămână, strict supravegheat de către personalul medical sanitar din unități (creșe, grădinițe, școli, întreprinderi) sau de către cadrele dispensarelor medicale urbane și rurale, medici de familie, asistenți). În cazuri excepționale (copii mici care nu sunt în colectivități), administrarea izoniazidei se face la domiciliu, de către personalul sanitar al Dispensarului de pediatrie sau, cu totul excepțional, de către părinți (localități greu accesibile și fără unități sanitare; perioade de intemperii etc.).

D. Tratamentul tuberculozei se face standardizat și strict supravegheat de către personalul sanitar.

Primoinfecția tuberculoasă, tratată cu medicamentele actuale, se vindecă sigur, dar vindecarea completă este foarte lentă, în decurs de circa un an. Contrar a ceea ce se întâmplă în alte boli, nu se ajunge la distrugerea microbului, ci la închistarea lui în or-

ganism, unde persistă în mod nedefinit; din aceste motive reacția la tuberculină devenită pozitivă rămâne așa pentru toată viața. Bacili astfel închistați pot fi ținuți la respect toată viața, aproape în toate cazurile. Câteodată totuși dacă primoinfecția a fost neglijată sau tratată fără destulă preseverență, boala se poate "retezi" la pubertate, la adolescență sau în perioada de adult. Atunci ea se manifestă prin infiltrate, caverne, expectorație bogată în bacili Koch ce poate contamina orice persoană din jur și îndeosebi pe copii.

Tratamentul se începe, de regulă, în unitățile spitalicești (sanatorii etc.), unde copilul sau adolescentul rămâne internat cel puțin 2 luni consecutiv.

În cazurile în care medicul ftiziolog hotărăște ca tratamentul să se efectueze la domiciliu, acesta se va face de către Dispensarul de copii, prin cadrele medii, cu colaborarea medicului de familie, cu sprijinul conștient al familiei.

Alimentația. Copilul va primi un regim alimentar normal, echilibrat. Nu este necesară supraalimentația. În perioada de sugar se continuă alimentația la sân. Dacă este înțârcat, se va depăși perioada de inapetență prin mese mici și repetate cu preparatul de lapte adaptat sau parțial adaptat în funcție de vârsta copilului. Introducerea de alimente noi (sucuri, pulpa de fructe rase, supă, pireurile, carnea, gălbenușul de ou) se face ca și la sugarul sănătos. Nu se va uita profilaxia rahitismului.

La copilul mai mare se va da un regim alimentar variat, pregătit cu gust, constituit din 3 mese principale și două gustări. În alimentație este bine să fie zilnic: carne, lapte și/sau derivate (brânzeturi, unt), ouă, fructe și zarzavaturi.

Regimul de viață. În perioada în care copilul are febră, tușește, este trist, nu simte nevoia de mișcare, se recomandă repaus la pat. De îndată ce febra scade, tusea se rarește și copilul recapătă vioiciunea, se indică mai întâi mișcarea în casă și apoi scoaterea afară, dacă vremea este frumoasă (fără ceață, vânt sau ploaie). Se preferă plimbările prin locuri cu vegetație bogată. Activitatea normală se reia la indicația medicului. După vindecare se vor evita suprasolicitările fizice și psihice.

Cura sanatorială care constituia pe vremuri tratamentul de bază nu mai este obligatorie. Totuși viața în aer liber, la țară, sau dacă este posibil, într-o localitate de munte sau de deal are o contribuție însemnată în călirea organismului și în consolidarea vindecării. În perioada acută a bolii, cura heliomarină nu este indicată.

Mama și copilul

7.5.9. Gripa (influenza)

Gripa este produsă de un virus respirator care poate fi de 3 tipuri: A, B și C. Epidemiile obișnuite sunt cauzate de virusurile A și B. Fiecare are diferite subgrupe sau tulpini. Așa se explică de ce în fiecare an, virusul care produce majoritatea îmbolnăvirilor de gripă este ușor diferit. Indivizii cu mare risc pentru gripe serioase sau complicate pot să facă gripă în fiecare an.

Manifestările gripei sunt următoarele: a) creșterea bruscă a temperaturii, de obicei peste 38,3° C; b) la copilul mic febra se însoțește de vărsături, iar la copilul mare de tremurături ("frison"); c) oboseală adâncă și sfârșeală; d) dureri musculare ("mialgii"); e) tuse seacă.

După câteva zile aceste simptome se accentuează. Se adaugă dureri de gât, nas înfundat, iar tusea devine continuă, chinuitoare. Gripa poate dura o săptămână sau mai mult. Un copil care are o "răceală" simplă, banală are febră mai mică, scurgere nazală, tușește rar și are o stare generală mai bună. Copiii cu gripă, ca și adulții se simt, de obicei, mult mai rău și au o stare generală mizerabilă.

Gripa se răspândește de la persoană la persoană, prin contact direct, prin particule eliminate prin aer (tuse, convorbire apropiată, obiecte contaminate cu virus, prin intermediul secrețiilor nazale).

La izbucnirea unei epidemii de gripă, de obicei în lunile de iarnă, răspândirea este foarte rapidă printre școlari și de vârstă școlară. Virusul este transmis în primele zile de boală. La copiii care nu suferă de alte boli nu apar complicații serioase. Rareori se pot pro-

duce secundar infecții ale urechilor (febră, dureri locale) sau pneumonii (tuse frecventă, febră persistentă, alterarea stării generale). În astfel de cazuri trebuie chemat medicul. Foarte rar poate să apară o complicație gravă (sindromul Reye), care însă este favorizat de administrarea în doze mari de aspirină.

Tratament. În momentul în care copilul nu se simte bine se recomandă repaus la pat, administrarea de multe lichide (ceai de tei, compoturi, suc de fructe, supă, lapte diluat), mese dese și ușoare, camera aerisită. Se combate febra cu Paracetamol (supozitoare, siropuri sau tablete) sau Nurofen în funcție de vârsta copilului, vitamina C în doză mai mare și se pun picături în nas cu ser fiziologic. Se combate tusea cu antitusivele ce se pot da la vârsta copilului bolnav. Nu se dă aspirină!

Prevenire. a) Nu se sărută copilul pe gură sau în jurul gurii; b) copilul trebuie învățat să folosească o batistă curată când tușește sau strănută; c) toți cei ce vin în contact cu copilul se spală pe mâini înainte și după îngrijirile date; d) obiectele personale ale copilului bolnav se spală cu apă fierbinte și săpun; e) paharele, periuța de dinți și prosoapele sunt individuale.

Există vaccinuri contra gripei: vaccinurile recomandate de medici și instituțiile de sănătate sunt considerate sigure, eficiente și cu efecte secundare mici. De știut însă că marea majoritate a copiilor tolerează destul de bine gripa.

Grupele de copii cu vârsta de peste 6 luni, cu risc, includ pe cei suferinzi de: boli pulmonare cronice, boli de inimă, diabet, boli renale cronice, SIDA simptomatică, bolnavi ce primesc tratamente prelungite cu aspirină (artrita reumatoidă).

7.6. Boala diareică acută

Sinonime: diaree acută, enterită acută, enterocolită acută, tulburare digestivă acută. **Definiție.** Prin diaree acută se înțelege o îmbolnăvire digestivă, care apare brusc, caracterizată prin pierdere de lichide și scădere în greutate, determinate de: scaune lichide și numeroase, poftă de mâncare scăzută sau dispărută și/sau vărsături. Diareea este provocată în majoritatea cazurilor de o infecție virală, mai rar microbiană. Ideal este să se caute cauza diareei prin coprocultură; în familie uneori este greu de practicat o astfel de

investigație de laborator. Diareea survine ușor la copil când condițiile de mediu sunt nefavorabile (fără apă curentă, fără frigider, vase spălate necorespunzător) sau familia, și îndeosebi mama, nu respectă regulile de igienă corporală (*nu se spală de mâini!*).

Diareea începe în general cu *anorexie* (lipsă se poftă de mâncare), *modificarea comportamentului* (trist sau agitat) și/sau 1-2 *vărsături*. curând apar *scaune "diareice"*, peste 3 în 24 de ore; moi ("lichide sau semilichide") de culoare galbenă-verzuie, verde sau

maroni; cu grunji albi de formă neregulată și mari cât un bob de mei până la un bob de mazăre, uneori cu alimente nedigerate. Între grunjuri se observă mucozități, fâșii de culoare alburie care dovedesc iritația peretelui intestinal. Apariția sângelui și/sau puroiului demonstrează o cauză infecțioasă mai gravă. Alteori scaunele sunt mai apoase, cu resturi mici de materii fecale. *Mirosul* este puturos respingător, de putrefacție, mai rar de acru. *Eritemul fesier* însoțește de obicei diareea sugarului și copilului mic. *Vărsăturile* reprezintă un alt simptom al diareei. În multe cazuri, boala se anunță cu 1-2 vărsături. Este un semn neobligatoriu, dar important și de temut. Când sunt frecvente și abundente, alimentarea copilului devine dificilă și uneori imposibilă, antrenând pierderi mari de apă și electroliți (sodiu și potasiu) cu repercusiuni grave asupra metabolismului general al organismului. *Colicile* (durerile abdominale) se manifestă prin neliniște, țipete, frecarea călcâielor; la copiii mai mari durerile se accentuează înainte și în timpul eliminării fecalelor. Ei pot avea *tenesme*, care sunt resimțite ca o tensiune dureroasă cu senzație de arsuri și dorința continuă de a merge la closet.

În *formele grave*, abdomenul sugarului se umflă, devine destins, "tare" (ca urmare a acumulării de gaze în intestin, formate prin procese patologice de fermentație), cu tulburarea tranzitului intestinal (mișcărilor intestinului devin slabe, ineficiente; mușchii peretelui intestinal "paralizează"). Este ceea ce se numește *meteorism abdominal* semn de mare gravitate, ce impune internarea de urgență a copilului în spital. *Scăderea în greutate* este un semn obiectiv de mare preț, demonstrând în primul rând *deshidratarea* (pierderea de lichide și electroliți) și mai puțin slăbirea (care apare când diareea se prelungește). Aprecierea scăderii greutății se face prin cântărirea zilnică. Semne de deshidratare acută gravă ce pot fi sesizate și de mamă sunt: *uscarea pielii, buzelor și a mucoasei gurii; micțiuni rare* cu urină puțină, *deprimarea fontanelei* ("moalele capului"), în *formele grave - persistența cutei pielii* ("pliului cutanat"), atunci când adultul prinde între degetele sale o cută de piele și țesut gras de pe abdomenul copilului. *Starea generală* în *formele ușoare* se menține bună. Copilul este vioi, se mișcă și se joacă, se manifestă față de adulți ca și mai înainte, primește bine lichidele. Nu sunt motive de îngrijorare.

În *formele medii* intervine o modificare oarecare în comportamentul copilului. Sugarul este mai trist, se

mișcă mai puțin, este mai palid, primește numai unele lichide (apă, ceai). Copilul mai mare își pierde din vioiciune, nu se mai joacă, mănâncă mai puțin și "pe alese", uneori acuză dureri "de burtă", are grețuri.

În *formele grave*, sugarul devine somnolent, "zace" tot timpul, fața este inexpresivă, dispăre jocul mimicii la vorbele, zâmbetul și mângâierile mamei. Fața este palidă, apoi palidă-cenușie, cu "cearcăne" în jurul ochilor (care se "înfundă" în orbite, devin inexpresivi). Refuză să primească vreun aliment, sau varsă la orice tentativă de a-l alimenta.

Febra poate lipsi. De obicei este moderată, în jur de 38°C. Este mare atunci când diareea a survenit odată cu un "șoc caloric" sau când copilul nu primește lichide suficiente ("febră de sete"); de obicei febra dispăre odată cu rehidratarea. Apariția la început și persistența în tot cursul bolii are semnificația de infecție severă. Dacă febra (prin transpirație și respirație), vărsăturile și diareea se mențin, riscurile de deshidratare sunt mai mari.

7.6.1. **Supravegherea unui copil cu diaree**

Dintre regulile de bază amintim:

– Se vor respecta, cel puțin acum, cu rigurozitate *regulile de igienă*; spălarea mâinilor cu apă și săpun; spălarea vaselor cu apă caldă și leșie (detergenți); colectarea separată și fierberea rufăriei copilului bolnav; curățenia perfectă în prepararea, păstrarea și manipularea alimentelor.

– *Mama va nota cu meticulozitate: scaunele* (număr, consistență, culoare, conținut); *vărsăturile* (orar, cantitate și conținut: culoarea galbenă este dată de bilă, iar cea neagră în "zaț de cafea" demonstrează o stare foarte gravă); *lichidele primite* în 24 de ore; *numărul de micțiuni, temperatura* (termometrizarea se face rectal de 2 ori pe zi, dimineața și după amiaza între orele 16,30-17,30); *modificările în starea generală* a copilului; *greutatea* (prin cântărire dacă sunt condiții); urmărirea fontanelei (în deshidratare e deprimată) și starea plicii pielii abdomenului.

Succesul tratamentului diareei copilului este în funcție, atât de vârsta, organismul și forma bolii copilului, cât și de răbdarea, disciplina, fermitatea și

convingerea cu care mama instituie dieta copilului! Contrar unei concepții greșite după care bolnavii cu diaree și/sau febră, se țin nemâncați, trebuie întipărit în mintea fiecăruia că orice copil cu diaree trebuie să primească lichide în cantitate sporită. Indiferent de vârsta copilului, el nu trebuie forțat să mănânce. Alimentația cu de-a sila poate declanșa vărsături și refuzul copilului de a primi și alte alimente. Cât de cât, se va ține seama de unele preferințe ale copilului; în etapa dietei hidrice (vezi la tratament), dacă refuză ceaiul îndulcit, se va da apă bună de băut la temperatura camerei; se va prefera ceaiul de plante cu care este obișnuit; apa de orez (decoctul) sau mucilagiul se vor da îndulcite etc. În caz că bolnavul refuză sau varsă este preferabil să se lase stomacul (și copilul) în repaus de circa 1-3 ore și apoi i se dau lichidele cu lingurița. La sugar și copilul până la 3 ani se vor da 1-2 lingurițe din 5 în 5 minute (= într-o oră 60-120 ml), iar la nevoie chiar cu pipeta. În caz că lichidele sunt primite bine, cu sete, la sugar se dau cu biberonul, iar la copilul mai mare cu ceașca în cantitate mai mare, dar tot în porții mici și repetate (20... 50... 75... 100 ml). Când copilul primește bine și nu varsă, se crește porția administrată dintr-o dată și se lărgesc intervalele pentru a da prilej copilului să se odihnească. Când copilul nu are diaree gravă, dar continuă să verse, chiar dacă cere să bea, mama va fi mai fermă și nu-i va da absolut nimic 1-3 ore și apoi se va începe cu 1-2 lingurițe de apă, ceai sau Gesol, date din 5 în 5 minute. La "vărsătorii de meserie", se va administra un antivomitiv (Metoclopramid la copiii mici, Emetiral peste 5 ani și Torecan peste 11 ani), pe care mama să știe să le folosească corect, cu prudență, toate fiind toxice. Tratamentul va fi adaptat la forma de boală; în diaree ușoară dieta hidrică nu va dura mai mult de 3-12 ore și se va trece la alimente cu pectine. Trecerea la alimentația normală se va face în 3-4 zile. La sugari, la copiii cu toleranță digestivă redusă și la cei cu diaree gravă, tratamentul se va face pe etape, încet, cu introducerea alimentului nou în cantități mai mici și progresive.

Este necesară internarea în spital dacă: a) pierderea în greutate este egală sau peste 8% din greutatea corporală; b) au apărut semne de deshidratare: cuta făcută prin prinderea între două degete a pielii de pe burta copilului dispăre încet sau persistă, fontanela anterioară este deprimată, ochii sunt încercânați, buzele și limba sunt uscate; c) se instalează semne de gravitate ca: paloare cenușie a feței, lipsă de interes pentru

mediul extern, mișcările se reduc, diareea se accentuează, vărsăturile devin frecvente; d) nu sunt condiții de tratament: nu se pot pregăti alimente dietetice (ceai, orez fiert, morcovi fierți, brânză de vacă etc.); e) mama nu respectă regimul alimentar corespunzător.

Tratament. A. Sugar. Dacă scaunele sunt moi, relativ rare, grunjoase sau mucogrunjoase: a) se înlocuiește o masă cu ceai sau apă de orez 3% cu 5% zahăr; b) la sugarul mai mare de 5-6 luni masa de supă se va prepara numai cu morcovi (supă de morcovi), iar mesele de la orele 10 și 16 vor fi de orez pasat cu 5% zahăr și cu brânză de vacă; c) se reduce temporar concentrația laptelui și a zahărului la jumătate în raport cu ceea ce primea sugarul înainte; d) laptele praf se prepară în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; iar laptele de vacă se îndoieste tot cu mucilagiu de orez; e) sugarul mănâncă numai cât dorește, fără să fie forțat. Completările se fac cu ceai îndulcit cu zahăr; f) la sugarul alimentat la sân se continuă alăptarea, dar se completează cu supă de morcovi sau cu mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr; g) reluarea diversificării (sucuri, pulpă de fructe, pireuri etc.) se va face prudent cu un singur aliment deodată, în cantități mici și progresând de la o zi la alta.

În caz de diaree fără deshidratare (scaune numeroase, subțiri, semilichide sau lichide, apetitul diminuat sau absent, vărsături) tratamentul se face pe etape, introducând orice aliment nou cu prudență, în cantități mici și progresive. Dacă se obțin ameliorări rapide, etapele se vor scurta pentru a se trece cât mai repede la alimentația naturală, evitând astfel înfometarea copilului. Se începe cu *dieta hidrică* (pauza digestivă, dietă de foame). Se oprește întreaga alimentație anterioară și se oferă sugarului apă fiartă și răcită, ceai de plante (anason, chimen, mușetel, tei sau mentă), îndulcit cu 10 lingurițe de zahăr rase la 1 litru sau Gesol¹. Se începe cu câte 25-50 ml (5-10 lingurițe). Se începe cu câte 25-50 ml (5-10 lingurițe) la fiecare 30-60 minute, dacă sugarul primește. Dacă boala nu este gravă sau începe să se amelioreze, sugarul va primi

¹ Organizația Mondială a Sănătății recomandă: GESOL (G = glucoză; E = electroliți: sol. = soluție) care conține: clorură de sodiu 3,5 g, bicarbonat de sodiu 2,5 g, clorură de potasiu 1,5 g, glucoză 20 g. Acest amestec se dizolvă în 1 000 ml apă fiartă și se începe hidratarea copilului. Este un amestec cu efecte excelente în tratamentul diareei. Copiii mai mari îl primesc mai greu, iar unii îl refuză categoric.

din ce în ce mai bine aceste lichide, în așa fel încât îi putem da mai rar și în cantități mai mari 100-200 ml dintr-odată, însumând pe 24 de ore 150-200 ml lichide pe fiecare kg greutate corporală. După 6 ore, cel mult 12 ore se începe administrarea de *supă de morcovi*. Sugarii sub vârsta de 6 luni vor primi 24 ore supă de morcovi la toate mesele; la cei între 6 luni și 1 an se administrează la 3-4 mese supă de morcovi sau pulbere de roșcove (Arobon etc.) cu 5% zahăr, iar la celelalte 2 mese orez pasat îndulcit cu zahăr. Începând din a 3-a zi, la sugarii sub 6 luni se înlocuiește treptat supă de morcovi cu câte 20-25 ml de lapte la fiecare masă, de dorit cu un preparat dietetic (Milupa HN 25, Isomil, Al 110 Nestlé, Humana H etc.) sau un produs de lapte praf 10% preparat în mucilagiu de orez 3% cu 5% zahăr sau lapte de vacă îndoit cu mucilagiu de ore. (3% cu 5% zahăr). Alimentul nou introdus nu va depăși 180-200 ml în 24 de ore.

La sugarii mai mari de 6 luni, după ziua de pectine (supă de morcovi) și de orez, în a 2-a - a 3-a zi se adaugă la cele 2 mese de orez pasat îndulcit, câte 40-60 g de brânză de vacă; iar din a 4-a zi, la masa de prânz cu supă de morcovi se dă carne fiartă, de pasăre sau de vită (fin tocată și amestecată cu supă). Celelalte 2 mese de supă de morcovi (dimineața și seara) se înlocuiesc treptat (40-60 g pe zi) cu produsele dietetice mai sus citate în diareile grave, iar în cele ușoare (obișnuite), cu o „formulă” sau cu lapte praf 13,5% cu 5% zahăr. În decurs de 5-8 zile se ajunge astfel la alimentația corespunzătoare vârstei.

B. *La copilul peste 1 an*. Se începe cu dieta hidrică de câteva ore (Gesol, ceai de plante îndulcit cu 5% zahăr și cu un vârf de cuțit de sare cald sau la temperatura

camerei sau apă de orez cu 5% zahăr. La copiii care nu varsă și apetitul este bun se poate începe direct cu dieta de pectine (morcovi fierti și pasați, Ceratonia sau Arobon 5-10% mere coapte); în a doua zi se dau 3 mese de pectine și două mese de orez pasat 5% (în diareile ușoare de la început se dă și brânză de vacă). Din a 3-a zi se poate oferi următoarea alimentație: *dimineața*: ceai îndulcit, pâine albă prăjită, brânză de vaci; *ora 10 și 17*: orez fiert sau mere coapte (rase) cu pesmet de pâine, cu /sau fără brânză de vacă; *prânz și seara*: supă de legume cu morcovi pasați și orez; fidea cu carne slabă, fiartă, de vacă, de găină sau pui. În zilele următoare se crește cantitatea de carne și de brânză, se adaugă praf de orez, unt, pireu de cartofi, 100-200 g de orez cu lapte, iaurt, budinci, ou fiert, partea slabă de la șuncă de Praga, telemea de vacă, cașcaval.

Medicamente. NU se dau antibiotice decât la recomandarea medicului. Împotriva febrei se dă Paracetamol (în dozele fixate de medic). Nu se folosesc supozitoarele deoarece pot declanșa emisiunea de materii fecale. Colicile abdominale se combat cu comprese calde stropite cu foarte puțin alcool, culcarea copilului pe burtă sau compresiuni ușoare pe abdomen, cu mâna urmând un traseu pornind din dreapta jos a abdomenului, pe sub marginea coastelor și terminând cu flancul stâng jos. Eritemul fesier (opăreala) se combate cu schimbarea la timp a lenjeriei (după micțiune și după fiecare scaun); lăsarea regiunii respective descoperită, în contact cu aerul; pudraj cu pulbere de talc, aplicarea de mixturi, unguente (Jecolan, Jecozin, Nidoflor). Se face baie zilnică, se colectează și se fierb separat rufele, se păstrează riguros regulile de igienă.

7.7. Boli ale aparatului respirator

7.7.1. “Răceala”

Se știe că în anotimpul rece adulții și copiii (dar mai ales aceștia din urmă) fac mai des boli acute ale căilor respiratorii, etichetate drept “răceli”. Este greșită părerea că o simplă “răcire” a întregului corp sau/și numai a unor segmente de corp poate provoca îmbolnăvirea. Rolul principal în apariția acestor îmbolnăviri îl joacă diferiți agenți patogeni (mai ales virusuri).

Deși medicina teoretică are o poziție rezervată față de “răceală” ca boală, recunoaște rolul frigului în scăderea rezistenței mucoaselor respiratorii.

Frigul determină o fragilizare și scăderea rezistenței căilor aeriene. S-a putut demonstra că irigarea și capacitatea secretorie a mucoaselor se schimbă în mod reflex prin expunerea la frig, sistemul nervos vegetativ acționând în mod direct asupra calibrului vaselor de sânge. Pe lângă paloarea pielii apare brusc o creștere a

secrețiilor mucoasei nazale și o îngustare a calibrului bronhiilor. Scăderea irigației cu sânge a mucoaselor respiratorii determină scăderea capacității de apărare, favorizând apariția infecțiilor (agenții patogeni pot leza mai ușor epiteliul respirator).

Cauzele infecțioase. Cele mai multe infecții respiratorii sunt determinate de virusuri (virusul gripal cu numeroase tipuri, virusul adeno-faringo-conjunctival etc.). Apariția lor este favorizată de factori ca: *a)* numărul de persoane ce locuiesc într-o cameră; *b)* microclimatul (aer viciat, aburi, gaze de sobă, fum de țigară) din locuință; *c)* aglomerația din colectivități (creșe, grădinițe, școli etc.); *d)* expunerea copilului la contagiune în locuri aglomerate (magazine) sau mijloace de transport în comun. De aceea, infecțiile respiratorii se răspândesc foarte ușor în familii sau colectivități. Când apare o infecție, mulți părinți nu se gândesc deloc la acești factori, dimpotrivă, acuză de obicei ori "curentul" ori, "răceala" de orice natură.

Inflamația mucoaselor respiratorii ocupă primul loc în patologia sugarului și copilului mic. Deși un guturai evoluează de cele mai multe ori favorabil și o tuse nu înseamnă totdeauna că are ca substrat o îmbolnăvire serioasă, trebuie subliniat că aceste două manifestări influențează mult starea generală a copilului. Se va acorda o atenție deosebită infecțiilor banale ale mucoasei respiratorii (care se tratează de cele mai multe ori cu mijloace casnice simple), cât și numeroaselor lor complicații. Așa-numitele "răceli" au o importanță socială deosebită. Ele deranjează familia atunci când copiii se îmbolnăvesc unul după altul. Adesea se îmbolnăvesc și părinții. Uneori nu poate fi evitată internarea în spital. Frații mai mari sunt factori de răspândire a bolii lor. Ei aduc în familie germeii din grădiniță sau școală. Mucoasa respiratorie reprezintă nu numai poarta de intrare pentru germeni, dar tot de aici, prin strănut, tuse sau în timpul vorbirii, germeni sunt răspândiți în jur.

7.7.2. Rinofaringita acută

Prin rinofaringită se înțelege inflamația mucoasei nasului (din limba greacă: *rhis*, *rhinos* = nas) și a mucoasei faringelui (din limba latină: *pharuna*, *pharungos* = gât). Este boala cea mai frecventă dintre

afecțiunile aparatului respirator la copil. Este provocată, în marea majoritate a cazurilor, de virusuri. Rinofaringita începe cu febră, care poate dura câteva zile. Apetitul scade, vioiciunea dispare, respirația devine mai frecventă, apare tusea; somnul este agitat. Dacă infecția cuprinde laringele, tusea se accentuează, vocea devine răgușită, respirația greoaie. La început nu se constată secreții nazale, dar copilul respiră cu gura deschisă și mănâncă greu din cauza edemului mucoasei nazale, care determină o micșorare a calibrului căilor nazale. Ulterior pot apărea secreții care se scurg pe peretele posterior al faringelui. Faringele copilului este roșu. După 3-4 zile persistă numai guturaiul și tulburările legate de secreția nazală; tusea devine rară și productivă ("grasă"). Eventualele complicații sunt: faringita bacteriană, traheobronșita, otita sau bronhopneumonia.

Tratament. Primul gest din partea mamei este să combată febra: administrare de lichide, supozitoare sau sirop cu Paracetamol, supozitoare cu Algocalmin etc., mijloace indicate la pagina 266. În același timp, va fi chemat medicul, care va adapta tratamentul în funcție de forma pe care o îmbracă boala la copilul respectiv. La început, în majoritatea cazurilor nu este necesar decât un tratament simptomatic (combaterea febrei, liniștirea copilului, dezobstruarea căilor respiratorii superioare). Instilațiile nazale (picăturile în nas), atât de apreciate de unele mame, nu se vor face decât la indicația strictă a medicului și pe termen de câteva zile. La sugar nu se folosesc picăturile uleioase. Nici curățirea cu tampoane de vată sau comprese sterile nu se mai recomandă de către mulți medici, deoarece s-a constatat că prin aceste manevre se pot leza și infecta mucoasa nazală. Mai eficiente s-au dovedit picurarea de ser fiziologic simplu și aspirarea secrețiilor cu o pompă sau pară de cauciuc. Este o greșală a părinților de a administra antibiotice din proprie inițiativă.

Alimentația sugarului cu rinofaringită se va face ținând seama de câteva reguli: *a)* dacă apetitul copilului nu s-a schimbat, se va menține alimentația obișnuită (numărul, orarul și conținutul meselor); *b)* dacă sugarul refuză alimentația, nu va fi forțat să mănânce, ci se vor da de multe ori pe zi, cantități mici și repetate de ceai sau de lapte diluat; *c)* se vor da lichide din abundență (ceai, sucuri de fructe sau chiar numai apă simplă); *d)* dacă varsă, se vor administra sedative și se va da alimentația cu prudență și răbdare: mese fracționate, în cantități mici, date cu lingurița sau chiar cu pipeta.

Camera în care este ținut bolnavul va avea o temperatură convenabilă în jur de 21°C, constantă în tot cursul zilei și atmosferă umedă.

Un mijloc eficient în combaterea febrei mari îl constituie "împachetările" cu scutece îmbibate cu apă rece de robinet fie parțiale (de la glezne până deasupra genunchilor), fie generale de la umeri până la glezne (ultimele se fac cu prudență).

În cazul în care febra crește și se menține, tusea se accentuează, apetitul dispare și apar unele manifestări alarmante ca: geamăt, respirație greoaie, agitație sau somnolență, vărsături sau diaree etc., va fi consultat de urgență medicul.

7.7.3. Anginele acute (amigdalitele acute)

Prin angină se înțelege infecția sau inflamația acută a gâtului, localizată la amigdale sau predominant la nivelul lor. De aceea, termenul folosit, de obicei, atât de medici cât și de părinți, este cel de amigdalită acută. Amigdalele devin roșii și umflate (angină roșie sau eritematoasă) și pot fi acoperite de "puncte albe" sau de un depozit alburiu mai întins: angină (amigdalită) cu puroi, pultacee (sau "albă"). Amigdalitele sunt produse de virusuri sau de bacterii. Dintre ultimele sunt mai frecvente: streptococul și stafilococul. Unele categorii de streptococ pot determina diferite complicații, dintre care sunt de temut: reumatismul articular acut, boli renale, supurații ale ganglionilor submaxilari. De aceea părinții nu vor trata anginele prin mijloace simple; este vorba de boli serioase care necesită un tratament medical.

a) *Angina roșie sau eritematoasă de origine virală* se însoțește în general de o iritație difuză a gâtului și traheei, cu tuse și adesea cu răgușeală. Uneori se observă concomitent: roșeața conjunctivelor, mărirea unor ganglioni, dureri musculare.

Anginele provocate de virusuri nu necesită tratament cu antibiotice, ci numai combaterea febrei, tusei și agitației. Anginele virale apar de obicei la preșcolari și școlari. Debutul bolii este mai puțin brusc, de multe ori cu febră mai mică (37-38°), cu tuse seacă, cu voce voalată sau răgușită. Fundul gâtului (inclusiv amigdalele și peretele posterior) este roșu, cu sau fără

depozite de puroi. Ganglionii laterali ai gâtului se măresc puțin, nu sunt dureroși. De multe ori, la copiii mari anginele se însoțesc de dureri de cap, dureri musculare, oboseală, lipsă de poftă de mâncare, vărsături; uneori, la sugari determină convulsii.

b) *Angina roșie bacteriană (amigdalita eritematoasă acută)*, mai ales cea produsă de streptococ, se însoțește de dureri la înghițit, de mărirea ganglionilor submaxilari, de multe ori de febră și de modificarea stării generale.

Uneori se adaugă dureri de cap și tulburări digestive (vărsături, inapetență). Dacă sunt condiții, în caz de angină roșie este necesar să se efectueze o hemogramă și un examen al exsudatului faringian, pentru a se depista germenii care au produs boala.

c) *Angina albă (angina pultacee, angina eritematopultacee, amigdalita pultacee)* reprezintă un stadiu mai înaintat al unei angine roșii. Se caracterizează prin apariția, pe suprafața amigdalelor, a unor puncte albicioase (exsudat fibrinos). În cazul în care aceste puncte albicioase sunt numeroase, ele se pot uni între ele, acoperind întreaga suprafață a amigdalelor. Această formă este numită amigdalită pseudomembranoasă (cu false membrane). Este produsă de streptococ sau stafilococ și mai rar de alți microbi (pneumococ etc.).

De obicei boala se însoțește de febră mare (39-40°). La început unii copii se plâng de dureri de cap, uneori de dureri abdominale, varsă. În zilele următoare se adaugă dureri în gât, dificultăți la înghițire. Amigdalele sunt umflate (*hipertrofie*), uneori cu suprafața neregulată (criptice), roșii, acoperite cu depozite albe. Limba este de cele mai multe ori alburie.

Anginele bacteriene necesită tratament antiinfecțios. În general, tratamentul indicat este următorul: a) Repaus în casă, pe toată durata cât copilul are febră și încă 2-3 zile după scăderea febrei. b) În perioada cât se simte rău, este febril, se plânge de dureri în gât sau refuză să mănânce, obiectivul principal este să i se dea lichide la temperatura camerei, în cantități mici și repetate: ceaiuri de plante (mușețel, tei, chimen, anason) îndulcite cu zahăr, compoturi, apă simplă, sucuri de fructe, diluate și îndulcite, supe, ciorbe strecurate, lapte, iaurt. Dacă bolnavul acceptă și tolerează: fructe, legume fierte cu puțin unt, pireuri, pâine, carne rasol, biscuiți, budinci. Odată cu scăderea febrei și ameliorarea stării generale se va trece la alimentația normală. c) În caz de angine bacteriene (de

cele mai multe ori streptococice sau stafilococice), antibioticul de alegere este penicilina, în dozele și durata fixate de medic. În formele grave, la copiii mici, la bolnavii care varsă sau refuză medicamentele pe gură, precum și la copiii ai căror părinți nu au disciplină și talentul de a putea da medicamentele pe gură, se va administra penicilina injectabilă. Penicilina V este eficientă, dacă se administrează în doze corespunzătoare, pe toată durata prescrisă de medic. În caz de alergie la penicilină, se va da eritromicină. *d)* Se va combate febra cu: supozitoare Paracetamol. Se dau lichide din abundență. În caz de febră mare se fac împachetări umede care să cuprindă fie gambele, fie corpul copilului de la umeri până la genunchi. *e)* La copiii mai mari se pot da dezinfectante locale ca Faringosept (1-3 comprimate de supt pe zi); *f)* Pentru prevenirea apariției de candidoze (prin antibiotice, reducerea secreției salivare etc.), copiii mai mari se vor clăti în gură de mai multe ori pe zi cu ceai de plante cu adaos de bicarbonat de sodiu. În caz că apar zone de muguet, tratamentul va cuprinde, pe lângă spălături bucale, instilații cu glicerină cu Nystatin. Badijonajul cu albastru de metilen nu se mai recomandă ca tratament al amigdalitelor.

Greșeli. Părinții subapreciază adesea cauzele și complicațiile anginelor acute. Mulți "tratează" din proprie inițiativă infecțiile gâtului (de multe ori cu Tetraciclină, mai nou cu Cotrimoxazol, Septrin, Biseptol), care nu au nici un efect asupra streptococului hemolitic, infecția de temut a copilului!), alții refuză să facă tratamentul prescris sau, în sfârșit, de multe ori se întrerupe tratamentul de îndată ce a scăzut febra.

7.7.4. Hipertrofia amigdalelor și vegetațiilor adenoide

Amigdalele sunt două formațiuni limfactice, ce se văd în fundul gâtului la toți copiii. Toate elementele limfoide ale gâtului, ca și întreg țesutul limfatic al organismului (ganglionii submandibulari și laterocervicali, axilari, inghinali sau din alte zone profunde ale organismului), se măresc, de obicei în cursul unei infecții acute și mai ales dacă infecțiile se repetă sau se prelungesc (devin "cronice"). Anterior, am arătat că cele două amigdale sunt interesate, de

obicei, în anginele acute, folosindu-se curent termenul de amigdalită acută. Pentru infecția amigdalitei faringiene și a micilor elemente limfoide din jur se folosește termenul de adenoidită. Hipertrofia lor prin infecție cronică poartă numele de vegetații adenoide (greșit spus și "polipi").

7.7.5. Vegetațiile adenoide

Orice rinofaringită acută se însoțește și de inflamația acută a vegetațiilor adenoide. Febra cauzată de inflamația vegetațiilor este de obicei moderată, 37°-38°-38,2° C, mai crescută dimineața decât seara. Această "febră de tip invers", descrisă clasic, nu se întâlnește însă în toate cazurile de adenoidită acută. Respirația nazală este zgomotoasă, dificilă, uneori imposibilă din cauza secrețiilor care se acumulează în fosele nazale. Pe lângă combaterea temperaturii, se recomandă instilații cu soluții care să fluidifice secreția (ser fiziologic) sau să reducă congestia (ser fiziologic efedrinat 0,5-1%). De un real folos sunt aspirațiile secrețiilor cu o pompiță mică, la nevoie cu o pară mică de cauciuc. Curățirea cu tampoane de vată duce adesea la suprainfecții.

Vegetațiile adenoide se pot mări atât de mult, încât pot obstrua comunicația dintre nas și gât, împiedicând scurgerea secrețiilor. Sugarii prezintă mari dificultăți la supt. Copiii de orice vârstă respiră mai mult pe gură, zgomotos, sforăind în timpul somnului, vorbesc pe nas. Într-un stadiu mai avansat dorm și respiră numai cu gura deschisă. Copiii prezintă aproape tot timpul guturai, au nasul înfundat; unii dintre aceștia se îmbolnăvesc ușor de otite, chiar pneumonii. La aceștia, în urma unui consult dintre pediatru și un specialist în oto-rino-laringologie infantilă, se hotărăște momentul intervenției operatorii. Trebuie precizat însă că operația de vegetații nu rezolvă pentru totdeauna problema tulburărilor de respirație nazală: *a)* de multe ori vegetațiile adenoide se "refac" (chiar dacă au fost corect operate); *b)* unii copii continuă să respire pe gură pentru că așa s-au obișnuit; *c)* la alții există un defect congenital de conformație anatomică a nasului, faringelui și/sau laringelui, care-i împiedică să respire normal; *d)* menținerea copilului într-un mediu cu potențial infecțios mare (internări prelungite sau repetate în spital

etc.) întreține catarul nasului și faringelui; *e*) persistența altor cauze ce pot duce la tulburări ale respirației: alergii, sinuzita, amigdalitele, bronșitele etc.; *f*) trebuie să se asigure copilului un mediu înconjurător favorabil: camera bine aerisită, nu supraîncălzită; viața în aer liber; evitarea excesului de îmbrăcăminte; gimnastică respiratorie. Pe lângă acestea, un rol important în profilaxia adenoiditei îl au: alimentația corectă și vitaminizarea susținută.

Hipertrofia amigdalelor, izolată, în absența infecției, nu constituie, în afară de rare excepții, o indicație de intervenție. Extirparea amigdalelor ar fi urmată aproape totdeauna de poluarea microbiană a elementelor limfoide faringiene. Indicația de a se face amigdalectomie se stabilește, nu la dorința părinților, ci în urma unui consult dintre specialistul otorinolaringolog și pediatrul care cunosc bine copilul.

7.7.6. Otitele

Prin otită medie se înțelege inflamația urechii medii. În orice otită există și tulburări de ventilație ale trompei (un canal de comunicare între urechea medie și faringe ce poartă numele de trompa lui Eustachio). La sugari și copilul mic, cele două trompe sunt largi, scurte și orizontale, ceea ce favorizează propagarea infecției din faringe spre urechea medie. Sugarii stau mai mult culcați, așa că secrețiile stagnează în faringe în zonele celor două orificii ce fac legătura cu trompele. Vegetațiile adenoide întrețin de multe ori o inflamație a faringelui și, secundar, propagarea procesului inflamator, prin trompă, la urechea medie. Terenul unor copii (distrofia, alergii, hipovitaminozele) sau unele boli (scarlatina, rujeola, gripa) favorizează instalarea otitei. Urechea medie participă totdeauna la o rinofaringită acută (microbiană și mai ales virală), dar nu se manifestă totdeauna prin semne clinice. Infecțiile bacteriene întreținute de un drenaj insuficient prin trompa lui Eustachio sunt cauza unei inflamații cu puroi.

Otita medie poate fi catarală (congestivă) și purulentă. Durerile pot fi variate, de la moderate până la foarte violente; de multe ori survin brusc. Sugarul este agitat, adesea țipă, își mișcă mereu capul. Copilul mai mare își duce mâna la urechi. Febra nu este totdeauna prezentă. Dacă se apasă zona din jurul urechii

și mai ales "tragus"-ul pavilionului urechii, copilul dă semne de durere, uneori țipă. Toate aceste semne sunt relative. Diagnosticul este precizat numai de medicul specialist O.R.L. Alteori, confirmarea diagnosticului de otită se face prin supurația urechilor (scurgerea puroiului în urma perforării spontane a timpanului).

Tratament. Simpla inflamație a timpanului (fără alt simptom) în cadrul unei infecții a faringelui și nasului nu necesită vreun tratament special. La sugarul eutrofic, hrănit la sân, cu un tratament precoce, corect, al rinofaringitei nu se ajunge la otită. În caz de otită manifestă se indică: *a) Administrarea de antibiotice fixate de medic în doze mari și pe o perioadă lungă de circa 10-14 zile.* Tratamentul incomplet (doze mici, durată scurtă, administrare neregulată) duc la cronicizare sau/și complicații. *b) Combaterea febrei și durerii se face cu Paracetamol, Algocalmin în doze fixate de medic, în funcție de vârsta copilului.* *c) Compresesele calde și uscate (săculeț cu sare sau cu mălai cald) au un efect de calmare.* *d) Administrarea de picături în nas cu vasoconstrictoare (ser fiziologic efedrinat la sugari și antepreșcolari, Bixtonim la copiii mai mari) și aspirarea secrețiilor nazale.* *e) Timpanotomia (paracenteza), adică perforarea timpanului cu un bisturiu special se practică în cazurile supraacute cu bombarea timpanului sau în cazurile mai vechi; paracenteza asigură drenajul puroiului în afară, ceea ce contribuie în mare măsură la vindecarea otitei (adesea fără asociere de antibiotice). Trebuie spus, pentru liniștirea mamelor, că timpanotomia nu duce la surditate.* *f) Picăturile ce se pun în urechi pentru calmarea durerilor pot fi utile, dar fac ulterior dificil examenul urechii de către specialistul O.R.L.* *g) Îngrijirile generale: alimentația corectă, vitaminizarea, aerul curat, evitarea unei alte infecții.* *h) În caz de otită medie supurată se practică spălături auriculare.*

Complicații. Otita nedagnosticată la timp sau tratată incorect se poate complica cu otită cronică sau cu mastoidă, care necesită îngrijiri prelungite de specialitate, uneori intervenție chirurgicală.

7.7.7. Laringita acută

Este una din bolile de temut la sugar și copilul mic și se tratează în spitale bine dotate. De aceea, părinții sunt datori ca, la apariția unor semne alarmante de suferință a laringelui, să apeleze la medic.

Evoluția unei laringite este de neprevăzut. Se manifestă prin: *tuse aspră* sau lătrătoare; *voce voalată* sau răgușită, rar stinsă; *cianoză* (învinețire) a feței; intensitatea, întinderea și persistența cianozei dovedesc gravitatea; *bătăi frecvente ale inimii*; *agitație*, ce poate fi înlocuită ulterior, dacă boala se agravează, cu somnolență, toropeală; *tiraj* (depresiunea deasupra sternului, apoi sub coaste, ce apare ritmată de mișcările inspiratorii); *cornaj* (un zgomot ce apare în inspirație și care corespunde trecerii aerului prin conductul îngustat al laringelui); *senzație de sufocare*.

În evoluția unei laringite pot surveni agravări neprevăzute.

Tratamentul medical poate aduce o rezolvare rapidă a multor cazuri, dar unele forme supraacute pot ajunge la moarte; numai intubația sau traheotomia pot să evite sfârșitul fatal în astfel de cazuri. *Părinții trebuie să știe că inflamația laringelui sugarului și copilului mic (din cauza calibrului îngust și a predispoziției sale de a face ușor un spasm) poate pune în pericol viața copilului prin asfixie. Datoria lor este să apeleze de îndată la medic sau în caz de semne alarmante să transporte de urgență copilul la o clinică de otorinolaringologie sau de pediatrie, dotate cu servicii de terapie intensivă și reanimare. Până când copilul trece în grija medicului, se recomandă următoarele: a) se combate febra copilului cu supozitoare de Paracetamol sau de Algocalmin. b) În jurul gâtului se vor pune comprese calde uscate sau umede (dar stoarse bine) schimbate des, având grijă să nu ardă pielea copilului; nu se înmoaie în spirt, deoarece vaporii de alcool, inhalați pe nas și gură, pot duce la intoxicația copilului cu alcool; compresele calde au adesea un efect salutar; c) Camera va fi bine aerisită cu atmosferă nu prea uscată. Se va deschide fereastra și copilul va fi dus în fața ferestrei. Aerul curat, proaspăt, are un efect de netăgăduit; unele laringite acute se ameliorează de îndată ce copiii sunt scoși afară sau în timpul transportului spre spital. d) Poziția care ușurează respirația copilului este cu capul ținut în extensie, sprijinit pe ceafă.*

După ce a ajuns la spital, tratamentul cu antibiotice, oxigen, corticoizi în doze mari, intubația, perfuzia endovenoasă și la nevoie traheotomia, fac parte din arsenalul cu care se luptă împotriva formelor grave.

Bronhopneumonia este afecțiunea pulmonară specifică perioadei de sugar. Constă dintr-o inflamație acută a bronhiilor mici, determinată de virusuri sau de

microbi. Boala poate apărea dintr-odată, dar de cele mai multe ori este precedată de o rinofaringită acută. Semnele care ne fac să ne gândim la o bronhopneumonie sunt: a) *febra* mare (38,5-40°); la prematuri și distrofici poate lipsi; b) *respirație* accelerată, greoaie, cu geamăt și bătaii ale aripilor nasului; în cazurile grave apare cianoza (învinețire în jurul gurii și nasului); c) *tusea* este frecventă, survine atât ziua cât și noaptea, este puternică, uscată și chinuitoare; d) *inapetență*; e) *starea generală* este alterată (copilul zace, este palid; câteodată este somnolent, absent, alteori agitat).

Orice bronhopneumonie necesită un tratament de urgență și intensiv. De aceea, mama va face tot ce este posibil să ajungă la un medic sau la Spitalul de copii teritorial unde se pot acorda îngrijiri corespunzătoare (antibiotice, oxigen, susținerea funcțiilor vitale ale organismului). Până la sosirea medicului sau internarea în spital, mama va lua următoarele măsuri: a) va fixa copilului o poziție care să-i ușureze respirația: cu capul ridicat, ușor dat pe spate și cu căile respiratorii superioare eliberate de secreții; b) va fi ținut într-o cameră bine aerisită, eventual în apropierea ferestrei deschise; c) va administra supozitor de Paracetamol; d) va da lichide din belșug (ceai de tei zaharat, apă simplă); se va combate febra.

Evoluția și prognosticul acestei afecțiuni grave a sugarului s-au îmbunătățit mult cu posibilitățile actuale de tratament.

7.7.8. Bronșita acută

Ca și traheita, bronșita acută însoțește sau este consecința unei rinofaringite acute. Se întâlnește la copilul mai mare. Este produsă de virusuri sau microbi, favorizată de poluarea aerului (fum, gaze, substanțe de uz casnic etc.). Starea generală a copilului este în general bună. Febra este moderată. Tusea, la început "seacă", iritativă, devine repede "grasă", productivă. Copiii sub 7 ani nu știu să expectoreze, așa că înghit secrețiile ajunse prin tuse la nivelul faringelui. Tusea este adesea frecventă, chinuitoare, cu senzație de jenă și chiar durere la nivelul sternului. Durează 6-10 zile. Medicul precizează diagnosticul.

Tratamentul este asemănător cu al rinofaringitei. Antibioticele se indică numai în caz de infecție bacteriană dovedită. Calmantele tusei se recomandă cu prudență, pe perioade scurte. Regimul alimentar este normal.

7.7.9. **Pneumonia**

De multe ori, pneumonia este complicația unei infecții rinofaringiene acute. Alteori boala se instalează de la început cu toate semnele specifice bolii. Se întâlnește mai des la copilul preșcolar și școlar. Poate fi produsă de bacterii, virusuri, ciuperci etc. *La sugar* începe după un ușor "guturai", cu creșterea rapidă a temperaturii (uneori cu convulsii), vărsături, agitație, respirație zgomotoasă, rapidă, bătăi frecvente ale inimii, câteodată cianoză în jurul gurii. Tusea este un simptom constant: la început este ușoară, uscată, apoi devine frecventă, chinuitoare. Survine atât ziua, cât și noaptea, în cursul somnului. *La copilul mai mare*, pe lângă semnele de mai sus se întâlnesc: dureri de cap (cefalee), frisoane, junghi toracic, indispoziție, somnolență, delir, spaimă, uneori roșirea obrazilor. Medicul precizează *diagnosticul* prin examenul clinic (auscultația și percucia toracelui etc.) și radiografie pulmonară. *Tratamentul* se face în condiții corespunzătoare în spital. Până la internare părinții vor acorda primele îngrijiri: combaterea febrei (Algocalmin sau Paracetamol, eventual învelișuri toracice reci), asigurarea nevoilor de lichide, prin cantități mici și repetate, sedative și calmante ale tusei, aerisirea camerei etc.

7.7.10. **Alergia respiratorie**

Alergia respiratorie este legată de reacția particulară a organismului față de o substanță la care a fost sensibilizat. Termenul de "alergie" înseamnă "altă reacție". Este vorba de o schimbare a stării de reactivitate a țesuturilor după contactul organismului cu o substanță străină. Această schimbare afectează promptitudinea, amploarea și calitatea reacției. Alergia este un mod special de a reacționa, propriu anumitor indivizi.

Dintre *alergenii cunoscuți* până acum putem cita: *unele medicamente, microbii, praful de cameră, fulgii, penele păsărilor, scuamele, părul animalelor, unele alimente, polenul florilor și sporii mucegaiurilor. Subliniem că alergenii atmosferici (polenurile plantelor și sporii mucegaiurilor) sunt cauzele multor manifestări alergice, mai ales respiratorii, la copii. Apariția semnelor de alergie depinde de prezența sezonieră a polenurilor și/sau a sporilor de mucegaiuri în anumite climate sau sate. Unii copii fac urticarii sau guturaiuri ori de câte ori sunt duși la țară, unde mucegaiurile gardurilor și clădirilor vechi sau polenurile plantelor conțin substanțe alergizante. Prin metode moderne se poate determina cantitatea de alergenii atmosferici pentru un anumit mediu sau timp.*

TABELUL 7.2

ALERGENE OBIȘNUITE ÎN LOCUINȚE

Surse	Ce este de făcut
<p>Animale de casă (câini, pisici, hamsteri, cobai) Nu există câini sau pisici "nealergici", deși unele persoane sunt mai puțin sensibile la anumite rase. Contrar credinței populare, nu părul produce alergie; este vorba despre descumări ale pielii care sunt însumate în saliva sau urina animalului.</p>	<p>Nu permiteți animale în casă. Dacă nu este extrem de alergic, copilul se poate juca <i>afară</i> cu ele și acolo expunerea nu este atât de intensă.</p>
<p>Ciuperci Ciupercile cresc afară în locuri întunecate, reci și umede: pământ, iarbă, frunze uscate. În interiorul locuințelor se găsesc în pivniță, closete, poduri, mansarde, saltele vechi, perne și pături, care nu au fost aerisite multă vreme. De asemenea cresc în coșuri împletite utilizate pentru creșterea plantelor, pe flori uscate sau pe Pomul de Crăciun.</p>	<p>În camerele de baie și alte camere umede nu utilizați carpete sau tapete de hârtie. Asigurați-vă că baia are un ventilator care funcționează. În casă înlocuiți orice carpetă care a fost îmbibată cu apă sau uscați-o bine. Evitați utilizarea vaporizatoarelor, umidificatoarelor și a bazinelor (sau orice alt recipient) cu apă răcoritoare. Puteți distruge ciupercile cu diverse tipuri de dezinfectante sau aveți grijă să le țineți într-un loc sigur, departe de curiozitatea copiilor. Uneori un aparat de purificat înlătură sporii și praful de casă. Înlăturați arbuștii din casă. Pentru lucrul în grădină utilizați materiale neorganice. Frunzele moarte și deșeurile de iarbă trebuie adunate și depozitate sau înlăturate.</p>

<p>Praful Dacă pediatrul vă spune să scăpați de praful din casă, nu vă ofensați. În fiecare casă se găsește ascuns prin diferitele cotloane sau în lucruri ca: mobile capitonate, saltele, păsări sau animale împăiate, pături, guri de aerisire fără filtre, pene de păsări.</p>	<p>Înlăturați praful din toată casa și îndeosebi din dormitorul copilului. Pentru început goliți complet dormitorul și curățați-l cu grijă. Înlăturați covorul sau mocheta și înlocuiți-l cu podea de lemn sau cu linoleum. Acoperiți gurile de aerisire sau deschiderile pentru aer cu filtre din fibră de sticlă. Țineți un singur pat în cameră și acoperiți salteaua și somiera cu huse din material plastic rezistent la praf. Faceți o curățenie "generală" în dormitor cel puțin o dată pe săptămână, aerisind intens în acea zi. În restul săptămânii se lasă cât mai mult ferestrele deschise. Ștergeți praful cu cârpă umedă. În cameră să fie cât mai puține lucruri cu potențial alergogen (jucării etc.). Nu lăsați copilul să se joace în pod și în zonele de depozitare și când se face curățenie.</p>
<p>Alimentele Dintre alimentele obișnuite cu potențial alergogen pot fi: laptele, ouăle, peștele, moluștele, crustaceele, căpșunile, alunele. La copilul alergic reacția apare în interval de o oră de la ingestie. Reacția poate fi: erupții ale pielii, manifestări astmatiforme.</p>	<p>Anunțați pediatrul despre alimentele care declanșează reacții alergice pentru ca el să vă sugereze unele alternative dietetice.</p>

7.7.11. Astmul bronșic

Astmul este o boală ce se caracterizează prin crize de dispnee (jenă respiratorie) declanșată de diferiți agenți sau prin exerciții, însoțite de semne clinice de obstrucție, total sau parțial reversibilă între crize. Obstrucția bronșică corespunde unei creșteri subite a rezistențelor căilor respiratorii, legată sau nu de mecanisme imunologice (definiția Organizației Mondiale a Sănătății). Când copilul tușește sau/și horcăie, iar respirația este șuierătoare (wheezing) în episoade repetate (cel puțin trei) poate fi vorba de astm.

Astmul este cea mai frecventă boală cronică a copilului, afectând circa 4,5% din populația sub 16 ani. În ultimii ani boala a devenit din ce în ce mai frecventă. Primele crize încep în cursul primilor 2 ani de viață în 10-50% din cazuri și în 65-95% înainte de vârsta de 5 ani. Apariția primelor crize de astm după vârsta de 10 ani este rară. În prezent astmul devine un flagel social. De apariția alergiei și a astmului este responsabilă în special, poluarea sub toate formele sale.

Cauze

Infecțiile. La copiii sub 5 ani infecțiile căilor aeriene respiratorii constituie factorii declanșatori cei mai importanți. Uneori se constată o adenoidită sau o sinuzită.

Acțiunea paraziților intestinali este controversată.

Terenul alergic. Influența "terenului alergic", adică a eredității, pare foarte importantă înainte de pubertate și mai ales la copilul mic. În multe cazuri se găsesc antecedente alergice de imunoglobuline E față de unii alergeni.

Poluanți casnici. Praful din casă se recunoaște ca responsabil în multe cazuri de astm. Praful de casă este compus dintr-un amestec de origine animală și vegetală: acarienii¹ (mici paraziți), păr de animale domestice, fibre vegetale, acvarii, scuame de pe piele, mușcașii, cenușă, fumul de țigară, mirosul de vopsea în curs de uscarea etc. Expunerea la prafurile casnice (vacanță într-o cabană veche, mobilă și lenjerie veche îmbăcșită de praf, jocuri în magazii sau grajduri etc.) declanșează adesea crize de astm.

Animalele de casă constituie adesea alergeni ce duc la sensibilizarea astmaticilor, îndeosebi la pisică ale cărei păr și salivă sunt foarte alergizante. Hamsterul, cobaiul, iepurele de casă, șoarecele, șobolanul, calul și câinele au de asemenea păr alergizant. Trebuie notat de asemenea că părul de animale este transportat de vânt în interiorul casei, chiar dacă animalul trăiește numai afară. Păsările și vânatul împăiate pot declanșa crize de astm. Veninul de viespe, albine, păianjeni joacă un rol important.

Penele din perne și plăpumi sunt socotite ca alergizante frecvente. Această "reputație" se datorește conținutului mare în acarienii.

¹ Acarienii sunt mici insecte invizibile cu ochiul liber și se găsesc în saltele, țesături din lână, perne cu pene, mochete, stofă de mobilă, pluș. Sunt abundenți pe pământ, pe pardoseală, pervazuri, care constituie adevărate rezervoare în care se refugiază.

Un număr important de mucegaiuri din atmosferă provin din ciupercile prezente în interiorul caselor mai ales la nivelul conductelor de apă (baie, W.C., bucătărie), și a conductelor de la încălzirea centrală. Ciupercile domestice cresc, de asemenea, pe plantele verzi udate des, pe deșeurile vegetale, pe țesături, picturi, zugrăveli pe pereți.

Clădirile vechi, umede, situate pe malul apelor sau în păduri pot constitui surse pentru alergii.

Alimentele. În industria alimentară se folosesc mucegaiuri și levuri pentru prepararea unor băuturi și alimente (ciocolată, brânzeturi cum sunt Camembert, unele specialități de pizza, unele aditive la băuturi, unele crustacee, moluștele, coloranții de sinteză etc.).

În sfârșit unele medicamente (unele antibiotice, produsele de contrast folosite în radiologie, anestezicele, unii hormoni) pot avea o acțiune alergică.

Climatul (aerul, poluarea). Polenurile cauzează adesea alergii de diferite forme (rinoconjunctivită periodică, traheită spasmodică, astm). Astfel de simptome survin în perioada aprilie-iunie cu o reluare în toamnă. Aceste alergii sunt determinate de polenurile gramineelor (75%), mesteacăn, plopi, ienupăr, frasin, urzici etc.

În general influența climatului asupra astmului este sigură, dar mecanismele sunt obscure. Copilul astmatic prezintă o sensibilitate deosebită la impuritățile vehiculate prin atmosferă provenite de la arderea materiilor de încălzire, deșeurile industriale, gazele emantate de mijloacele de transport, poluanții din agricultură etc.

Vântul violent determină și agravează crizele de astm, se pare prin transportul polenurilor.

Altitudinea, în general, este benefică pentru alergiile respiratorii. Dimpotrivă climatul umed agravează astmul. Variațiile bruște ale temperaturii ca și modificările brutale ale presiunii atmosferice sunt prost suportate de astmatici.

Factorii psihogeni. Psihologia comportamentală și psihanaliza au insistat asupra unui anumit rol al psihismului asupra crizelor de astm. Unele studii au permis să se înțeleagă unele interferențe între emoție și astm. Sunt multe crize de astm declanșate de contrarietăți, dificultăți școlare, neînțelegeri familiale, emoții puternice. Totuși astmul și psihismul se influențează reciproc. Însăși natura astmului, impresia de sufocare, este generatoare de spaimă. Sindromul de asfixie, cu o expirație rară, zgomotoasă creează

copilului o spaimă asemănătoare cu a celui ce se îneacă. În timpul sufocării, copilul se agită, se enervează, apare spaima de moarte.

Întârzierea școlară, limitarea impusă activităților fizice au repercusiuni asupra comportamentului și caracterului său. Astmaticul trăiește cu teama unei crize și se teme de tot ce o provoacă. Echilibrul psihoafectiv al copilului ține de personalitatea lui, de mediul familial, de gravitatea bolii și de eficacitatea tratamentului. Unele studii recente au ajuns la concluzia că este imposibil să se descrie o personalitate psihologică caracteristică astmului.

Cum se recunoaște o criză de astm

De multe ori la copilul mic atacul de astm este precedat de o infecție acută a căilor respiratorii superioare manifestată prin tuse. Criza propriu-zisă caracterizată prin respirație șuierătoare (uneori ca un horcăit) survine de cele mai multe ori seara sau în a doua jumătate a nopții. Această predominanță se poate explica prin condițiile meteorologice, prin hipoactivitatea nocturnă a suprarenalelor și prin expunerea la unele surse alergizante (penele din pernă, lâna din cuverturi, jucăriile din diferite stoffe și praful din mediul înconjurător).

Pe măsură ce atacul progresează, horcăitul dispare fiind înlocuit cu o respirație șuierătoare; copilul nu poate expira aerul pe care-l inspiră. Dacă astmul este sever, va respira rapid, pulsul se accelerează și poate să și vomite. În cazuri foarte severe, peretele toracic pare să se turtească cu fiecare respirație, unghiile și buzele se învinețesc. Copilul devine obosit, se mișcă încet și tușește tot timpul. Un astfel de atac necesită îngrijire medicală imediată.

Cei mai mulți copii cu astm au boala cronicizată. Pot tuși în cursul zilei sau nopții, în timpul eforturilor fizice, la anumite expuneri (praf, fumul de țigară, contactul cu o pisică, polenurile gramineelor, culturile de ricin etc.).

Când trebuie chemat medicul. Dacă aveți un copil care suferă de astm, trebuie să știți situațiile care cer îngrijire imediată (medicul de familie sau internare de urgență la o secție de pediatrie de la spitalul cel mai apropiat):

- Prezintă tulburări respiratorii severe și starea lui se înrăutățește (respiră rapid, își trage peretele toracic când inspiră și scoate zgomote puternice când expiră).
- Buzele sau/și unghiile se învinețesc.

Deși nu este la fel de urgent trebuie chemat pediatrul fără întârziere și atunci când:

- Copilul are febră, tuse persistentă și respirație șuierătoare, tulburări ce nu răspund la tratament;
- Varsă și nu poate lua medicamentele pe gură;
- Are dificultăți de vorbire, de somn și de respirație (șuierături, tuse);
- Medicația primită (teofilină) se însoțește de efecte secundare: greață, vărsături, pierderea poftei de mâncare, dureri de cap, tremurături;
- Lipsește de la școală.

Tratament

Astmul trebuie tratat totdeauna sub supravegherea pediatrului.

Scopul tratamentului este:

1. Prevenirea factorilor declanșatori implică: evitarea poluanților din cameră (fumul de țigaretă, țigară sau pipă, substanță la care copilul este alergic, acarieni, peri de animale) sau din exterior (polenul, funghi), evitarea contactului cu persoane ce suferă de infecții ale căilor respiratorii superioare, consumul de medicamente sau de alimente presupuse a fi declanșat semne de astm.

Imunoterapia (hiposensibilizarea) cu extracte alergice se recomandă la cazuri atent selecționate dintre copiii cu astm mediu, cu boala mitrală sub control la care a fost cert dovedită etiologia alergică (M. Stoenescu).

2. Obținerea controlului asupra șuierăturilor, făcând plămânul să-și recapete funcția normală.

3. Împreună cu pediatrul părinții vor întocmi un "program de răspuns" pentru orice atac major de astm pentru a reduce nevoia de spitalizare. Nu există medicamente care să vindece astmul, dar medicamentele folosite în prezent pot ține boala sub control la marea majoritate a copiilor. Dacă părinții își vor însuși schemele de tratament între crize și în timpul atacului de astm se pot realiza: a) obținerea și menținerea controlului asupra simptomelor; b) prevenirea crizelor acute; c) menținerea cât mai normală a funcției respiratorii; d) evitarea efectelor adverse ale medicamentelor.

4. Copilul trebuie lăsat să crească și să se dezvolte normal, să participe la activitățile normale ale copilăriei cât mai mult posibil.

Cu aceste scopuri în minte, medicul de familie va prescrie medicația și va trimite copilul la un specialist

care să evalueze funcțiile respiratorii. Medicul va fixa un plan individual pentru un tratament îndelungat al formei de astm și al vârstei copilului. Tratamentul va include probabil cum să utilizeze dispozitivele de administrare a medicamentelor sub formă de aerosoli.

Dacă astmul pare să fie declanșat de alergii severe, medicul de familie va trimite copilul la un alergolog pentru testări cutanate. Acesta poate recomanda vaccinuri pentru a coborî sensibilitatea la alergenele care declanșează criza de astm. Tratamentul constă în injecții regulate din material alergen în formă diluată. În mod obișnuit astfel de vaccinuri includ: praf, ciuperci, polenuri, insecte.

Medicația va depinde de stadiile de severitate ale astmului. Se va stabili un plan de tratament de lungă durată.

Medicamentele antiastmatice se împart în medicamente care controlează boala și cele care combat simptomele apărute. Primele se administrează zilnic, neîntrerupt, pe perioade lungi de timp, de obicei la 8-12 ore. Medicamentele care combat simptomele se folosesc la nevoie pentru îndepărtarea simptomelor acute provocate de bronhospasm. În acest grup sunt cuprinse toate bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acțiune și corticoizi sistemici administrați pe gură sau în injecții.

Medicația care controlează boala (*controllers*) și care este cea mai activă este constituită de corticosteroizi ("cortizon"). Forma de administrare cea mai eficace pentru controlul bolii, cu cele mai reduse efecte secundare, este reprezentată de aerosoli pentru tratament bronșic: suspensii lichide în gaz propulsor sau pulberi administrate cu diferite tipuri de aparate (inhalatoare cu pulbere, nebulizator cu mască etc.). Efectul se instalează lent, după 2-4 săptămâni de tratament, efectuat sub control susținut al medicului.

Dintre medicamentele ce controlează boala, ca antiinflamatoare fără steroizi se folosesc derivații cromonici: cromoglicatul disodic. Cromoglicatul este eficace pentru prevenirea bronhospasmului indus de contactul cu alergenul la 60-70% din copiii cu astm alergic și pentru prevenirea astmului de efort (M. Stoenescu).

Bronhodilatatoarele cu acțiune prelungită (teofilina) cu eliberare lentă ce se administrează pe gură; beta₂-adrenergice administrate pe gură sau sub formă de inhalații, se recomandă de către medicul specialist în

formele severe de astm ce prezintă simptome și atunci când se administrează doze mari de corticoizi sub formă de inhalații. Dozele vor fi fixate și adaptate numai de către medic.

În cadrul medicamentelor care combat simptomele sunt incluse beta₂-adrenergicele cu acțiune de scurtă durată, teofilinele cu scurtă durată de acțiune și corticoidii sistemici (pe gură sau injectabil). Dintre aceste medicamente de elecție sunt beta₂-adrenergice (cu acțiune de scurtă durată, administrate sub formă de inhalații) și corticosteroizii administrați pe gură. Au un efect la fel de rapid (4-6 ore) ca al celor administrați sub formă de injecții. Tratamentele prin mijloace neconvenționale (homeopatie, acupunctură, biorezonanță etc.) nu și-au dovedit o eficacitate certă în tratamentul astmului (M. Stoescu).

Părinții sunt datori să țină legătura cu medicul de familie, cu pediaterul specialist și cu alergologul.

Medicamentele trebuie date conform prescripțiilor medicului. Nu se întrerupe tratamentul prea curând, nu se schimbă dozele și nici intervalul între administrări. Recomandările medicale se vor face și în scris și dacă părinții nu înțeleg ceva, vor cere explicații. Tratamentul durează uneori ani și ani de zile și el trebuie adaptat și aplicat cu rigurozitate în funcție de stadiile astmului, de eficacitatea tratamentului, de eventualele efecte secundare ale unor medicamente.

Copilul va fi ferit de ceea ce îi declanșează atacurile ca: praful din locuință, fumul, expuneri de durată la polenuri, anumite animale de casă, unele alimente.

Părinții vor întocmi un caiet în care vor nota: când apar atacurile, ce le precedă ("le anunță"), fie că trebuie să învețe să anticipeze crizele de astm. Dacă sunt precedate de o infecție se va începe tratamentul cu medicamente antiinflamatoare, eventual și cu un bronhodilatator. Nu se așteaptă să apară tusea și zgomotele respiratorii caracteristice pentru a începe tratamentul. Cel mai ușor și mai bun timp de a trata accesul este să se facă înainte de a începe.

7.7.12. Bronșiolita

Bronșiolita este o infecție a canalelor respiratorii mici (bronșiolele). Apare cel mai mult la sugari. Aproape totdeauna este determinată de un virus, de

obicei de virusul respirator sincițial (VRS). Boala poate fi determinată și de alte virusuri: parainfluenzae, rujeolos și adenovirusuri. Rareori pot fi incriminați unii microbi (*Haemophilus influenzae*). Infecția produce inflamația și edemul bronșiolelor, care au ca efect blocajul fluxului de aer prin plămâni.

Adulții și copiii mari infectați cu astfel de virusuri fac numai o răceală. La sugari și copiii mici infecția determină de multe ori o bronșiolită. Aceasta se datorește faptului că la ei căile respiratorii au un calibru mai îngust ceea ce face să fie blocate mai ușor când survine infecția și inflamația.

O parte din copiii care fac bronșiolite repetate în perioada de sugar fac mai târziu astm bronșic.

Perioada în care apar bronșiolite este între octombrie și martie. Virusurile se răspândesc prin contact cu secrețiile de la o persoană infectată. Ea se răspândește în familie, creșe și în secțiile de spital.

Semne și simptome. Începe cu semnele unei infecții a căilor respiratorii superioare: nas "înfundat", tuse moderată și uneori febră. După 1-2 zile copilul respiră mai rapid, cu mai multă dificultate.

– Își poate dilata nările ("bătăi ale aripilor nasului") și își comprimă mușchii de sub cușca toracică, în efortul de a inspira și expira mai mult aer.

– Va utiliza mușchii intercostali și supraclavicular ("tiraj intercostal și supraclavicular").

– Va scoate un sunet caracteristic ca un fluierat strident numit wheezing de câte ori respiră.

– Înghite greu lichidele deoarece se frământă să respire; are dificultăți la supt și înghițit.

– Pe măsură ce dificultățile în respirație se accentuează, apare culoarea albăstruie a buzelor și vârfului degetelor. Aceasta arată că respirația este atât de blocată încât în sânge ajunge o cantitate insuficientă de oxigen.

Dacă apar oricare din aceste semne de dificultate respiratorie, trebuie chemat imediat pediaterul.

Tratament. Nu există medicație specifică pentru a trata acasă o bronșiolită. În prima fază a bolii se va încerca să se ușureze simptomele de răceală. Se va combate febra (Paracetamol), se va ameliora respirația nazală cu picături de ser fiziologic și se vor aspira mucozitățile. Se va da un calmant al tusei din grupul celor ce fluidifică secrețiile bronșice. Se vor administra lichide; copilul preferă lichidele clare (ceai de plante îndulcit, sucuri de fructe diluate) în loc de lapte. S-ar

putea să nu primească prea bine alimente solide. Se va asigura o bună aerisire a camerei evitându-se supraîncălzirea.

Medicamentele antiastmatice nu sunt eficiente (teofilină, corticoizi, beta-stimulante).

În caz de agravare a simptomelor mai sus amintite când starea generală s-a alterat, copilul nu primește

lichide și zace, în lipsa prezenței medicului în familie, va fi dus la cel mai apropiat spital de copii unde va primi un tratament adecvat (oxigen, perfuzii endovenose etc.).

În general, însă, cu toată spectaculozitatea simptomelor, evoluția în cele mai multe cazuri nu este gravă.

7.8. Boli ale pielii și mucoaselor

Pielea sugarului și copilului mic este deosebit de fragilă și predispusă la infecții și erupții de tot felul. Pentru prevenirea îmbolnăvirilor pielii la sugar se impun o serie de măsuri obligatorii: baie zilnică, lenjerie curată, spălată bine (fiartă, spălată cu săpun, limpezită, călcată cu un fier bine încins) și păstrată într-un dulap separat, curat; evitarea țesăturilor aspre sau din material sintetic; schimbarea la timp a scutețelor; tratamentul corect al diareilor etc.

Infecțiile pielii sunt frecvente la nou-născuți și sugari. Sunt produse îndeosebi de stafilococi și streptococi. În afară de câteva leziuni tipice (erizipel, furuncule) aspectul clinic nu permite totdeauna un diagnostic causal. Ideal ar fi să se recolteze produsul patologic respectiv (puroi, lichid din vezicule, scuame) pentru a se depista germele care a produs boala și prin antibiogramă să se stabilească un tratament cu antibiotice local și/sau general, dirijat.

Infecțiile pielii sunt favorizate de mulți factori, dintre care amintim: *a*) infecțiile pielii și îndeosebi ale sânilor mamei; *b*) lipsa de igienă a mamei: nu se spală pe mâini înainte și după fiecare manevră de îngrijire a nou-născutului sau sugarului; nu-și spală sâni; nu face baie generală (duș) zilnic; poartă lenjerie murdară; *c*) nu se fierbe lenjeria copilului; *d*) contactul nou-născutului sau sugarului (în spital sau acasă) cu alți copii cu infecții ale pielii; *e*) când a apărut o colecție mică sau mare de puroi (folicul, abces, furuncul), se stoarce în loc să fie evacuat puroiul prin înțepare sau incizie (tăiere cu bisturiul); stoarcerea duce la pătrunderea microbilor în țesuturile din jur, în profunzime și chiar în sânge; *f*) în loc să se facă baie și "toaleta" leziunilor produse de infecție, se preferă aplicarea de tot felul de unguente sau de soluții; *g*) utilizarea de detergenți sau de săpunuri ce

conțin sodă în cantitate prea mare, ceea ce duce la lezarea și infecția consecutivă a pielii; *h*) leziunile produse prin scărpinarea în caz de boli pruriginoase (care produc senzația de mâncărime); *i*) nou-născuții și sugarii handicapați biologic (prematuri, distrofici, diabetici, boli prelungite, imobilizare prelungită din cauza unor boli cronice sau aparate gipsate) sau sociali (copii nedorți sau cu mame care refuză să aplice indicațiile medicului), se îmbolnăvesc frecvent de infecții ale pielii; *j*) obiceiul de a nu face baie copilului din teama de a nu "răci"; *k*) transpirația abundentă a sugarilor și copiilor mici îmbrăcați prea gros sau ținuți în camere prea încălzite.

Gravitatea infecțiilor pielii este dependentă de puterea de rezistență a copilului (nou-născuți, convalescenți după unele boli grave etc.), de virulența microbilor, de momentul începerii tratamentului, de gradul de conștiințozitate a mamei.

Piodermitele. Piodermitele sunt boli produse de unii microbi denumiți piogeni (pot produce puroi). Acești microbi sunt: stafilococul și streptococul.

Foliculita. Cea mai mică leziune provocată de stafilococ este pustula stafilococică. La început se observă un mic punct roșu situat în jurul unui fir de păr. În curând, în mijlocul acestui punct roșu are o veziculă galbenă, de dimensiunile unei gămălii de ac până la cele ale bobului de linte. În acest stadiu leziunea este denumită foliculită, deoarece se găsește în jurul unui folicul pilos¹. În ea se găsește puroi care poate fi pus în evidență prin înțepare. Foliculitele sunt leziuni foarte frecvente și în general fără gravitate. Tratamentul este totdeauna local. După ce se dezinfectează cu un

¹ Folliculus (lat. = săculeț). Foliculul pilos este sacul situat în epiderm și derm, în care sunt cufundate: rădăcina părului, o glandă sebacee și mușchiul erector al părului.

tampon îmbibat cu alcool iodat 1% sau cu Rivanol 1‰, se înțeapă colecția purulentă cu un ac sterilizat (prin fierbere timp de 20 de minute), se evacuează puroiul prin lărgirea orificiului cu ajutorul acului, se tamponează din nou cu alcool iodat și eventual se aplică pudră de antibiotice sau un unguent dezinfectant sau cu antibiotice. Se face baie generală zilnic, se fierbe lenjeria și se păstrează o curățenie riguroasă.

Abcese. De obicei sunt secundare elementelor de foliculită. Din superficiale și de dimensiuni mici, ridicăturile roșii sau pustulele devin mai mari și pătrund în profunzime, sub piele. Se simt ca niște nodozități, dure, puțin dureroase, bine delimitate. Se localizează de obicei în regiunea feței și pe fese. În momentul în care aceste formațiuni de sub piele devin fluctuente, mai moi ("s-a colectat puroiul"), trebuie incizate. Puroiul care se scurge conține stafilococi. De aceea, se dezinfectează bine zona respectivă înainte și după incizie, se fac băi dezinfectante și se schimbă lenjeria. Un tratament cu antibiotice pe cale generală, oxacilină sau eritromicină, grăbește vindecarea și evită complicațiile. Abcesele pot să se formeze adânc în țesutul grăsos al pielii după injecții efectuate cu ace sau seringi care nu au fost bine sterilizate ("injecțită").

Furuncule. Pătrunderea stafilococicelor în profunzimea pielii (derm) determină o serie întreagă de modificări, prin invadarea și distrugerea tesuturilor pe o zonă mai mare, inflamația cuprinzând mai mulți foliculi sebacei. Această leziune poartă numele de furuncul. Pot fi unice sau mai multe (furunculoză); de obicei sunt grupate. Furunculul se prezintă ca o ridicătură de culoare roșie-vie, cu dimensiuni până la cele ale unei nuci. La început, furunculul are o consistență tare și este dureros. În mijlocul său este situat un fir de păr și o pustulă cu puroi. Ulterior se poate ulcera și apare în centru o masă galbenă care se scurge în afară (popular "îțâțana" furunculului). Pe pielea capului, pe ceafă și/sau gât stafilococul poate da forme clinice diferite: pustule, foliculită, abcese și/sau furuncule. Tot stafilococul mai poate da naștere la flegmoane care sunt infecții profunde, dituze (prost delimitate).

Tratament. Este necesară o igienă riguroasă a pielii prin spălare cu apă caldă și săpun; zonele din jurul furunculelor se curăță și se dezinfectează cu Rivanol 1‰. La începutul bolii se aplică comprese locale cu

apă sau soluție de Rivanol 1‰, schimbate de mai multe ori pe zi. Când apare însă fluctuența (furunculul devine moale), se face o incizie cu bisturiul și se drenează tot puroiul. Se aplică un pansament steril, care se schimbă zilnic până la vindecarea plăgii. După incizie, se pot aplica antibiotice cu acțiune asupra stafilococilor sau simple soluții dezinfectante (Rivanol). Majoritatea medicilor preferă un simplu pansament steril. La nou-născuți și sugari, în caz de furunculoză, se impune un tratament general cu antibiotice.

Intertrigo. Sub acest nume se grupează leziunile lineare ale cutelor (pliurilor) pielii. De obicei este vorba de o infecție cu streptococ sau stafilococ. De cele mai multe ori se localizează după pavilioanele urechii ("retroauricular"), unde pe un fond de piele roșie se formează un șanț murdar, sângerând sau/și acoperit de cruste. Intertrigo-ul localizat la pliul de la rădăcina coapsei face parte, de obicei, din ansamblul de leziuni apărut în cadrul eritemului fesier. În sfârșit, leziunile de intertrigo se întâlnesc în regiunea gâtului, la cutele formate de pielea sugarilor grași. Pentru prevenirea formării de intertrigo se recomandă ca după baia zilnică să se îndepărteze, prin tamponament, toată umezeala și să nu se aplice pulberi ce fermentează (amidon). După ce a apărut un intertrigo nu se vor aplica pomezi. Se preferă dezinfecția cu alcool, cu soluție de eozină, pulbere de antibiotic. În caz de infestare micotică (*Candida*) pulberile sau suspensiile cu Nystatin au efect favorabil.

Perleșă sau zăbăluța este o infecție streptococică situată la colțurile (comisurile) gurii, de cele mai multe ori de ambele părți. Este o leziune care cuprinde atât pielea cât și mucoasa buzelor și gurii. Pe un fond roșu-viu și dureros se constată mai multe erupțiuni mici și cruste gălbui. Dacă dezinfecția simplă și aplicațiile de pomade cu cortizon și antibiotice nu dau rezultate, se apelează la atingeri cu un creion de nitrat de argint.

Impetigo (bubele dulci) este cea mai frecventă infecție a pielii la copilul preșcolar. Este foarte contagioasă și se răspândește repede în colectivitățile de copii, declanșând adevărate epidemii. Prin autoinoculare, are tendința să se generalizeze. Este produsă de streptococ, adesea însă este suprainfectată cu stafilococ. La început apare o veziculă (bășică) mică, înconjurată de o areolă roșie. Rapid, veziculele se înmulțesc. Conținutul veziculei mai întâi clar și trans-

parent, se tulbură în câteva ore. O parte din veziculele cu puroi se rup și lichidul se întărește, formând cruste galbene. Crustele sunt ovale, murdare, cu o culoare asemănătoare cu mierea (“melicerice”); elementele se grupează pentru a forma placarde aderente; dacă se încearcă să fie ridicate, apare o zonă sângerândă sau o eroziune limitată la epidermă, roză-murdară. Leziunile se localizează de obicei pe față, mai ales pe buza superioară, obraji, bărbie, pielea acoperită de păr, pliurile de la pavilioanele urechilor. Dacă nu sunt tratate, bubele dulci se întind și în alte regiuni prin mâinile copiilor sau prin lenjeria nespălată. Impetigo poate apărea în urma unei suprainfecții streptococice în toate bolile de piele pruriginoase (care se însoțesc de mâncărime). Este vorba de “impetiginizare”. Toate cauzele de iritație a pielii: puricii și păduchii, râia (impetigo interdigital), eczema (impetigo al feței), prurigo strofulos (localizat pe pielea trunchiului și membrelor) pot fi la originea leziunilor de impetigo.

Tratament. Peste zonele cu cruste se aplică comprese înmuiate în soluție de Rivanol 1‰ sau în infuzie de mușețel. După căderea crustelor se pot face atingeri cu alcool iodat 1% sau soluție de violet de gențiană 1%. Dacă crustele nu se refac, se poate aplica în strat foarte subțire o pomadă cu cortizon și antibiotice (kanamicină, neomicină). Se recomandă antibiotice care acționează atât împotriva streptococilor cât și a stafilococilor. Fiind o boală foarte contagioasă, copiii cu bube dulci nu vor fi primiți în colectivitate.

Micoze. Sub acest termen sunt grupate bolile produse de ciuperci. Cele mai frecvente localizări sunt: mucoasa bucală, pielea, aparatul respirator, tubul digestiv. Contagiunea se face de la copil la copil, prin lenjerie, prin tetină, de pe pământ, prin plante sau animale. Utilizarea antibioticelor perturbază flora bacteriană intestinală și micșorează reacțiile organismului. Micozele sunt provocate de ciuperci microscopice, de obicei saprofite ale pielii sau ale mucoaselor, devenite secundar patogene (îndeosebi speciile din genul *Candida*).

Infecțiile cu *Candida albicans* (candidiaza cutaneo-mucoasă). Manifestările patologice datorate ciupercii *Candida albicans* sunt cunoscute de multă vreme. În ultimul timp au devenit și mai actuale datorită, pe de o parte, creșterii neobișnuite a frecvenței îmbolnăvirilor și pe de altă parte, prin utilizarea excesivă a antibioticelor. Dezvoltarea bolii micotice este

favorizată însă și de alți factori: vârsta mică (nou-născuți și sugari), handicapul biologic (prematunitate, distrofie), boli febrile prelungite, tratamente cu cortizon etc.

Localizările cu *Candida* la copil și sugar sunt de două tipuri: a) localizările superficiale, care se explică printr-o simplă progresiune din aproape în aproape a infecției și care ating: limba, gura, faringele, tubul digestiv și aparatul respirator; b) localizări profunde, legate de o diseminare septicemică a ciupercii, care pot interesa diferite organe interne (excepțional de rare).

Stomatita albicans (muguet-ul, mărgăritărelul) este micoza cea mai frecvent întâlnită în pediatrie. Se caracterizează printr-o roșeață generalizată a mucoasei gurii și prin pete alburii mai mult sau mai puțin confluențe. Câteodată se însoțește de dificultăți de supt, lipsă de poftă de mâncare, agitație. La nou-născuți și sugari tratamentul constă în spălături bucale cu o soluție de bicarbonat de sodiu și instilații cu o suspensie de Stamicină. Mama își va spăla bine sânii și-i va badijona cu suspensie de Stamicină sau de Nystatin. Lenjeria (mamei și copilului) și tetinele se fierb. Glicerina boraxată folosită până acum s-a dovedit toxică.

Manifestări alergice la nivelul pielii. a) Urticaria. Este o boală de piele ce apare după vârsta de 3 ani sub formă de plăci urticariene (urzicătură), care produc mâncărimi penibile. Unii copii fac urticarie ori de câte ori sunt duși la țară (polenuri, ciuperci microscopice ale plantelor sau animalelor); în anumite case, mai ales în zidurile caselor vechi, s-au dezvoltat un grup de paraziți din genul acarienilor, care sunt responsabili de o mulțime de reacții alergice cutanate și/sau respiratorii. Urticaria poate fi provocată de unele alimente vechi, alterate: ouă, prăjituri cu frișcă etc. În sfârșit, unii copii fac urticarie (“sunt alergici”) la un anumit aliment: albușul de ou, carnea, ciocolata, grăsimile. Mai rar produc urticarii unele făinoase, fructe (căpșunile) sau legume etc. De la introducerea detergenților și a altor substanțe de uz casnic în gospodărie, a tot felul de conservante în alimente, a materialelor plastice în îmbrăcăminte, reacțiile alergice cutanate și respectiv urticaria au crescut foarte mult. Unele medicamente sunt și ele responsabile în apariția unor reacții de tip alergic cutanat. Înțepăturile de insecte (albine, viespe, țânțari, păianjeni) pot declanșa reacții alergice locale sau generale.

Clinic, erupția se caracterizează prin elemente localizate pe membre, pe trunchi, pe spate sau generalizate. Adesea pruritul (mâncărimea) precedă erupția. Aceasta apare sub forma unor placarde proeminente, rotunde sau ovalare, de dimensiuni variabile, palide, sau roze, mărginite de o zonă roșie ce poate fi lată de câțiva centimetri. Toată această erupție apare și dispare în câteva ore sau zile fără să lase urme. Evoluează în puseuri succesive și recidivează adeseori.

b) **Edemul Quincke** este o manifestare urticariană, caracterizată printr-o umflătură de dimensiuni variabile. Pielea ce o acoperă are culoare normală. Umflătura este moale, gelatinoasă, lucioasă, sub tensiune. Cuprinde de obicei fața, buzele, pleoapele și organele genitale. Când se localizează pe mucoasele limbii, vălului palatin și/sau esofagului apar tulburări de vorbire, de înghițire; când cuprinde glota și laringele poate surveni sufocarea.

Tratament. În primul rând se caută să se înlăture cauza declanșantă (aliment, medicament etc.). Local se aplică soluții, mixturi sau pomezi care să liniștească senzația de mâncărime și să reducă umflăturile. Pe cale generală se administrează substanțe antihistaminice (Romergan, Peritol, Feniramin pe gură). În cazuri grave (placarde eruptive generalizate, amenințarea respirației) se administrează preparate pe bază de cortizon (injectabile la început, ulterior pe gură).

c) **Prurigo simplu sau strofulos.** În primii ani de viață urticaria adevărată este excepțională, din contră

prurigo este frecvent. Se observă îndeosebi între 6 luni și 5 ani. Leziunea elementară este la început o pată roșie, în mijlocul căreia se formează o ridicătură cu o veziculă mică alburie, ce conține un lichid seros. La pipăit, papulovezicula este tare. Vezicula este înlocuită curând de o crustă cenușie; dacă această crustă este smulsă, apare o mică gropiță. Elementele durează 6-10 zile. De cele mai multe ori apar pe fața de extensie (posteroară) a antebrațelor și gambelor, mai rar se întâlnesc pe trunchi și foarte rar pe față. Din cauza mâncărimei, copilul devine agitat, are tulburări de somn, uneori refuză să mănânce. Evoluția este în puseuri. Recidivele sunt frecvente, însoțite câteodată de tulburări digestive. Poate reveni la intervale de săptămâni sau luni. Diagnosticul este ușor. Confuzia se poate face între un prurigo vezicular și varicelă. Prurigo nu se localizează pe pielea capului acoperită de păr și pe mucoase; elementele de varicelă sunt mai mari și mai puțin dure la pipăit. Cauzele care produc erupția de prurigo-strofulos sunt foarte discutate. Cele afirmate mai sus la urticarie sunt variabile și în acest caz. Pe lângă cauzele externe, terenul constituțional al copilului joacă un oarecare rol. Prurigo ar corespunde unei reactivități particulare a organismului la diverse agresiuni (alimente, substanțe chimice, polenuri, veninul provenit din înțepăturile de insecte, diferiți paraziți microscopici). Ca tratament se recomandă aplicații locale de mixturi calmante și sedative administrate pe cale generală. Se îndepărtează alimentul care se suspectează a fi nociv.

7.9. Obezitatea

Prin obezitate se înțelege o stare anormală ce se caracterizează prin aceea că în organism se depozitează o cantitate mai mare de grăsimi decât este necesară pentru desfășurarea în condiții optime a funcțiilor sale. Obezitatea este o tulburare cronică de nutriție cu ample consecințe asupra stării de sănătate, esteticii și longevității. Se traduce printr-un exces de greutate și mărirea grosimii cutei pielii (creșterea țesutului grăsos subcutanat).

Obezitatea este cea mai frecventă tulburare de nutriție la adolescent. Nu există diferență de frecvență între cele două sexe.

În aprecierea unei obezități trebuie să se țină seama de aspectul, greutatea și înălțimea copilului și părinților săi, de cuta ("pliul") grăsimii. După unele definiții se socotește obezitate când greutatea reală a copilului depășește cu 20% greutatea ideală (din tabele).

Supraîncărcarea grăsoasă ("adipoasă") se datorează:

– fie creșterii dimensiunilor adipocitelor (celulele de stocaj ale grăsimilor) fără creșterea numărului de celule adipoase; începe de obicei la vârsta adultă;

– fie creșterii dimensiunilor celulelor adipoase, alături de care se constată și o creștere numerică; debutează în copilărie.

Creșterea în greutate poate apărea la orice vârstă, dar cel mai frecvent se observă:

- în primul an de viață;
- între 5 și 6 ani;
- în adolescență.

Majoritatea copiilor sunt “plinuți” la pubertate, dar apoi revin la dimensiunile normale.

Se deosebesc mai multe tipuri de obezitate.

Obezitatea precoce (înainte de 5 ani) se datorește pe de o parte unor practici greșite în alimentația sugarului și copilului mic și pe de altă parte unui comportament particular al mamei. Este vorba de mama “dădacă”, preocupată tot timpul dacă sugarul a mâncat tot și cât mai mult și care folosește hrana ca “liniștitor” pentru a calma copilul, iar uneori prin “dădăcirea” și alimentația excesivă a acestuia, încercând să compenseze unele emoții, frustrări, întâmplări nefericite (avorturi sau decesul vreunui copil; disarmonii în viața de familie, copil mic survenit la bătrânețe etc.). De multe ori este vorba de ecuația dragoste = hrană. Mama mărește numărul biberonelor și al concentrațiilor de lapte, introduce precoce și permanent cerealele și dulciurile, este foarte încântată când sugarul mănâncă mult și este “gras și frumos”. Sugarii și copiii supraponderali se dezvoltă motor mai încet, se mișcă puțin iar când se îmbolnăvesc fac forme mai grave.

Măsurile de prevenire sunt foarte importante. Mai întâi trebuie știut că este de preferat alimentația la sân. Alimentele solide nu se introduc înainte de 4-6 luni. Nu se pun alimente solide în biberon. La sugarii care cresc prea mult în primele luni se va evita introducerea de cereale (cereale instant, grișul, biscuiții etc.) și excesul de dulciuri. La copilul mic se evită meniuri cu alimente cu valoare calorică mare (cartofii prăjiți, grăsimile animale, prăjiturile, mezelurile etc.).

Se va face un program zilnic cu plimbări, iar la copilul după un an pe lângă ținerea lui cât mai mult afară se vor promova activități fizice (jocuri, societate cu copii).

Obezitatea infantilă (școlarul 6-12 ani) poate avea cauze multiple. Una din cauzele frecvente ale obezității școlarului mic îl constituie lipsa de activitate fizică. În

mentalitatea multor familii din România performanțele școlare constituie un obiectiv permanent și predominant. Programa analitică școlară este foarte încărcată cu foarte multă materie de studiu și în același timp cu un conținut foarte dificil și complicat pentru copii. În plus, multe cadre didactice obligă pe copii să “rezolve” sau să “facă” acasă teme foarte multe. În unele familii copilul “învață” aproape toată după-amiaza, uneori împreună cu unul din adulți (părinte sau bunic). Chiar dacă nu este “ajutat” de un adult, un școlar are de “învățat” acasă atât de mult încât nu mai rămâne timp pentru joc în aer liber. Alteori, chiar dacă “termină” cu lecțiile timpul liber este folosit pentru vizionare la televizor. Mai ales la orașe, copilul școlar în afară de învățat și vizionarea televizorului nu mai are timp pentru altceva.

În același timp în unele cazuri copilul este alimentat necorespunzător. Din grabă sau din anxietate copilul refuză să mănânce sau “ia ceva în gură”, dimineța, nu-și consumă “gustarea” dată la școală, la prânz vine acasă și dacă este singur se “autoservește” singur. Rezultatul este că școlarul respectiv mănâncă rar, că hrana cea mai consistentă este consumată seara și nu în prima parte a zilei, când este perioada de activitate.

Pe lângă acești factori în multe cazuri de obezitate cauzele se găsesc în tulburări psihice reacționale (dificultăți școlare, culpabilizarea copilului la noul eșec școlar, neînțelegeri între părinți, pubertate precoce, gelozie față de alt frate, deces în familie, boli, intervenții chirurgicale etc.). Copilul se refugiază în sine, devine adesea taciturn, mănâncă tot timpul. Sunt surogate cu care-și rezolvă situații conflictuale. Obezitățile care survin într-un cadru nevrotic sunt mai dificil de rezolvat.

În cadrul clasei sau a grupului de cartier școlarii obezi sunt frecvent ținta ridiculizării.

Obezitatea la adolescenți devine o problemă cu implicații multiple (fizice, psihice, sociale). Adolescenții obezi sunt îngrijorați de “cum arată” și pentru că nu se pot încadra standardului de grup.

Băieții obezi pot prezenta: mameloane mari (hipertrofiate), striuri albe (vergeturi) pe abdomen și flancurile trunchiului și penis disproporționat de mic. Aspectul fizic general, neputința de a participa la toate activitățile de grup, nonperformanțele și inactivitățile fizice (obosesc repede, sunt molâi în practicarea

sporturilor sau alte activități școlare sau de grup, sunt mai expuși la accidente etc.).

Fetele. În general la această vârstă adolescențele sunt preocupate de modul cum arată și de a fi în pas cu grupul (dans, îmbrăcăminte, diverse reuniuni etc.). Adolescențele obeze trăiesc însă un sentiment al neadecvării. Inserția socială, legăturile afective cu membrii grupului (clasei) sunt mai dificile. Pe lângă disarmoniile fizice determinate de obezitate (sâni voluminoși și uneori diformi, trup fără talie, șolduri și coapse disgrațioase, uneori vergeturi) se adaugă neputința de a se îmbrăca corespunzător vârstei.

Tratamentul obezității la copil comportă anumite condiții speciale. Organismul copilului și adolescentului, în creștere, limitează sau exclude anumite procedee terapeutice aplicabile la adult. Este interzisă restricția alimentară totală. În cazul impunerii unui post total, organismul infantil, în creștere, pierde numai 50% pe seama grăsimii corporale. Restul scăderii în greutate se face pe seama masei corporale lipsită de grăsime!

Dieta trebuie să fie săracă din punct de vedere caloric, dar este absolut necesar să conțină toate principiile nutritive necesare creșterii organismului infantil. Se alege potrivit vârstei, tradițiilor locale și standardului economic al familiei alimente sărace caloric, dar variate și cu o compoziție care să asigure principiile de bază ale alimentației organismului în creștere (proteine, minerale, vitamine). Dieta trebuie asociată cu un program intensiv de exerciții fizice. Supravegherea medicală trebuie să fie asigurată cel puțin 5-6 luni, cu controale la fiecare 4 săptămâni.

În tratamentul obezității la școlar și/sau adolescent formulăm câteva sfaturi:

1. Încurajați copilul să mănânce la ore regulate. Insistați să mănânce la masa de dimineață; în acest fel prin activitatea din timpul zilei, se ard toate hidrocarbonatele și astfel depunerile sunt scăzute. Se prevăd 3 mese principale (dimineața, prânz și seara), din care masa de seară să fie puțin copioasă. Gustările (ora 10 și după amiază) trebuie să fie cu valoare calorică mică, de preferat ca cel puțin una din ele să fie din fructe. (Vezi tabelul 7.3, pag. 308).

2. Fixați obiective realiste de scădere în greutate de 0,500-1 kg pe lună pentru ca să apară o țintă mai ușor de atins de către adolescent.

3. Procurați un tabel cu înălțimea și greutatea

¹ Vezi alimentația școlarului mic și adolescentului (pag. 248-252).

copiilor de la 0 la 20 de ani și un tabel cu valoarea calorică a alimentelor. S-a dovedit eficace principiul unei diete "sărace în calorii, dar la alegere în ce privește compoziția". Singurul principiu dietetic este respectarea strictă a cantității de calorii (limita superioară va fi stabilită de medic sau de un tabel). În rest, alimentele vor fi consumate, în mare parte la alegere. Lista cu alimente interzise va fi foarte scurtă. În general nu se va interzice deloc sau interdicțiile vor fi foarte puține. În ce privește consumul anumitor alimente. În schimb, se va sublinia importanța unui aport de lichide abundent dar sărac sau total lipsit de calorii. De asemenea se va sublinia importanța alegerii cu discernământ a alimentelor încă din momentul cumpărării. De asemenea se va alege modul de pregătire pentru o bucătărie corectă, fără adaosuri care să mărească valoarea calorică (prăjire în grăsimi animale, sosuri, sare în exces etc.). Copilul va fi scutit de un plan dietetic inflexibil, unilateral și departe de realitate. Reducerea rației calorice este urmată adesea de monotonie ofertei alimentare. Se repetă unele mese cu valoare calorică mică, iar unele alimente cu conținut bogat în calorii sunt excluse cu desăvârșire în meniul copilului. De aceea în tabelul alăturat, alimentele sunt împărțite în trei categorii și afișate în sufragerie pentru a oferi copilului unele opțiuni în alimentația zilnică.

4. Este nevoie de un plan zilnic al activității copilului sau adolescentului în care pe lângă pregătirea lecțiilor, orele de masă și de somn să se introducă un *program de educație fizică*. Acest program se fixează în funcție de vârstă și capacitatea copilului. Un program va dura 10-15 minute și va fi executat de două ori pe zi. Toate exercițiile vor fi astfel alese încât să solicite funcția circulatorie și să poată fi executat la domiciliu. Fizioterapia urmărește stimularea dorinței de mișcare, redusă la copilul obez și se bazează pe intenția de a trezi dorința de a efectua activități sportive.

Școlarul se mișcă bine în jocul cu alți copii, în timp ce adolescentul poate practica, în orele libere și în vacanță un sport adecvat vârstei: dansul ritmic, drumeția, alpinismul, baschetul, voleiul, handbalul etc. Înotul, schiul, patinajul și dansul ritmic se pot practica atât de școlar, cât și de adolescent.

5. Furnizați suportul psihosocial al obezului. Îndeosebi adolescentul se simte diferit față de grupul său. Încurajați includerea lui în grupuri care au între ei și alți obezi, preocupați de aceleași probleme. Încercați să depistați și să corectați cauzele care pot favoriza obezitatea și marginalizarea adolescentului în grupul

din care face parte (restricții exagerate în ce privește contactul social și afectiv atât în familie cât și în afară, culpabilizări inutile, contradicțiile părinților în ce privește educația etc.). Copilul sau adolescentul trebuie să nu lăncezească, ci să ducă o viață activă, treptat independentă și să capete identitatea vârstei respective.

Comunicarea cu adolescenții

Comunicarea cu școlarii mici și mai ales cu adolescenții se poate face eficient dacă se urmează niște sfaturi simple:

1. Nu trebuie ținute "predici" nici de părinți, nici de profesori și nici de medic.

2. Nu dați ordine, ci totul trebuie să se desfășoare sub formă de dialog. Dați-i de înțeles că sunteți interesați de ceea ce are de spus și lăsați-l să spună tot ce are de spus. Nu-l întrerupeți, nu-l ironizați, nu ridicați tonul, nu fiți tranșant în afirmații și concluzii.

3. Fiți atenți la atitudinile "non-verbale". Nu este permis ca părinții (părintele) să stea confortabil pe un scaun, iar adolescentul să fie ținut în picioare. Uitați-vă în ochii interlocutorului, nu ridicați tonul și urmăriți-i: gesturile, agitația, emoția, dominantă preocupărilor.

Utilizați întrebările deschise, directe și evitați întrebări culpabilizante ("de ce") sau care duc la reacții de autoapărare.

În concluzie, în tratamentul obezității la copil și adolescent nu se recomandă medicamente.

7.10. Convulsiile

Termenul de convulsie se trage din latinescul *convellere* = a smulge, a dezdăcina, a scoate. În forma tipică, criza începe brusc, fără țipăt, cu pierderea conștiinței, cu plafonarea globilor oculari (ochii sunt de obicei răsturnați în sus, pupilele ascunse sub pleoapa de sus) cu înțepenirea corpului, mișcări ale extremităților, paloarea și uneori cianoza (învinețirea) feței. Convulsiile pot să fie tonice (gr. *tonikos* = care se întinde), clonice (gr. *klonos* = agitație) sau, cel mai adesea, tonico-clonice. Convulsiile se definesc clinic prin: pierderea conștiinței, mișcări involuntare, cu alternare de contracții și decontractii rapide ale mușchilor membrelor, trunchiului și ale feței. Se întâlnesc multe forme atipice, manifestate foarte variat: crize pur tonice; crize pur clonice; crize incomplete,

TABELUL 7.3.
SEMAFOR¹ PENTRU ALIMENTELE CONSUMATE DE ȘCOLARI ȘI SAU ADOLESCENȚI OBEZI

----- NU
Cartofi prăjiți, alune, nuci, plăcintă, prăjituri, bomboane, zahăr, miere, gem, stafide, jeleuri, covrigi, gogoși, chips, pește prăjit, legume prăjite, budincă, bacon, slănină, costiță, siropuri, creme, băuturi răcoritoare cu zahăr, cereale cu zahăr, clătite, napolitane.
----- UNEORI (OCAZIONAL)
Înghețată, unt de arahide, conserve de came, hot dogs, șerbet, iaurt cu fructe, brânză, supe-cremă, pizza, lasagne, macaroane cu brânză, pâine integrală, cârnați, hamburger, biscuiți, omletă cu brânză.
----- DA
Lapte degresat, salată verde, fructe proaspete și conservate fără zahăr, legume, ouă, pește fără ulei, carne (vită, slabă de porc), pui fără piele, murături, cereale fără unt, pâine neagră (de preferat Graham), mămligă, macaroane, orez, cartofi (nu prăjiți), brânză de vaci, telemea de vacă desărată, ridichi, ardei, castraveți, andive, praz, ceapă verde, spanac, conopidă, varză, fasole verde.
¹ În sufragerie se va plasa un astfel de tabel, la care pe margine se va desena un semafor colorat corespunzător; în primul cerc se scrie NU, în al doilea UEORI și în al treilea DA (respectiv roșu, galben și albastru).

localizate la o singură parte a corpului; simplă înțepenire a unui segment; secuse (lat. *succussus* = zguduire) ale degetelor mâinilor și ochilor etc.

Frecvență. Crizele convulsive sau echivalentele lor apar cel mai frecvent la sugari și în prima copilărie. Nu toți copiii care prezintă convulsii devin sau sunt epileptici.

Cauze:

– Convulsiile prin leziuni organice acute sau cronice ale sistemului nervos. Astfel de leziuni reprezintă urmarea suferinței sistemului nervos la naștere (travaliu prelungit, prezentații anormale, diverse tipuri de hemoragii la naștere) sau însoțesc evoluția encefalitelor acute, meningitelor, edemul cerebral, abcesul cerebral, encefalopatiile cronice.

– Convulsiile de origine “metabolică” sunt cele care se pot întâlni în caz de: hipocalcemie, hipoglicemie, tulburări electrolitice consecutive deshidratărilor, diferite intoxicații. Dintre acestea cele mai frecvente sunt crizele prin hipoglicemie. Hipoglicemiile se întâlnesc la prematuri, la unii nou-născuți cu greutate mică. Când în cursul unei pierderi de lichide (vărsături, diaree, insolatie, supraîncălzire) apar convulsii, înseamnă că au intervenit tulburări grave (deshidratare gravă, acidoză, colaps, eventual hipernatremie) și bolnavul necesită un tratament intens, prin perfuzii intravenoase.

– Diferite intoxicații pot genera convulsii: insecticidele din grupul substanțelor organofosforate - așa-zisul “verde de Paris”, petrolul lampant; anilina din unele tuburi de culori sau din unele substanțe pentru întreținerea încălțăminteii; soluțiile pe bază de alcool sau esențe pentru curățirea petelor; naftalina, deodorizante pentru W.C. etc.; medicamente.

Convulsiile febrile. Odată cu creșterea febrei se poate instala brusc o stare de contractură a mușchilor, însoțită de mișcări dezordonate (“clonii”) ale membrelor și feței. Apare mai des la sugar și la copilul mic între 1 an și 3 ani, cu prilejul îmbolnăvirii de orice boală febrilă. Copilul care a prezentat cândva convulsii febrile face mai ușor convulsii la o nouă infecție. Dacă nu există un substrat organic patologic, tendința la convulsii febrile dispare după vârsta de 4 ani. Prin manifestările sale impresionante (copilul “dă ochii peste cap”, se “întepenește”, își pierde conștiința), convulsia febrilă alarmează pe cei din jur; de cele mai multe ori însă trece fără nici o consecință severă. De multe ori, după câteva secunde sau minute convulsiile cedează, sunt urmate de transpirații și copilul adoarme liniștit. Acest somn trebuie respectat. Convulsiile febrile nu trebuie puse pe aceeași treaptă cu crizele de epilepsie. Într-adevăr, copiii care au prezentat o dată sau de două ori scurte crize de convulsii febrile, în marea lor majoritate rămân fără urmări. Numai un număr restrâns de copii prezintă o tendință marcată la manifestări convulsive ulterioare. În caz de convulsii, mama și anturajul își vor păstra stăpânirea de sine și vor lua următoarele măsuri: a) se vor pune 1-2 supozitoare de Paracetamol, care coboară febra și combat convulsiile; b) se vor face fricțiuni cu apă caldă sau împachetări parțiale (se înfășoară membrele inferioare de la glezne până la

genunchi cu o pânză îmbibată și stoarsă cu apă rece de la robinet); c) în cazul în care convulsiile nu încetează, se va face o baie caldă prelungită. Concomitent se anunță Salvarea (961) sau medicul și se transportă copilul de urgență la spitalul de copii cel mai apropiat. La spital, pe lângă tratamente și supraveghere corespunzătoare, se vor face investigații care pot depista cauza sau substratul predispoziției la convulsii. Convulsiile prelungite sau care nu apar la începutul bolii, ci în evoluția ei ulterioară, au o altă semnificație de gravitate decât convulsiile febrile simple.

Dacă un copil a prezentat în trecut convulsii, mama este datoare să aplice cu conștiinciozitate tratamentul recomandat de medic.

Boala spasmelor în flexie sau hipsaritmia este o formă gravă de comițialitate, care survine la sugar. Crizele constau în flexia anterioară a întregii părți superioare a corpului (cap și trunchi), de durată scurtă (1-3 secunde), repetată de mai multe ori pe zi. Se însoțesc de o scurtă pierdere a conștiinței, dificil de apreciat la această vârstă. Se asociază cu o regresivitate psihică importantă. Aspectul electroencefalografic este foarte caracteristic: “hipsaritmie majoră”. Este o formă gravă de convulsii ce necesită tratamente prelungite.

Prognosticul convulsiilor poate fi formulat numai de către medic, în funcție de cauza, durata și frecvența convulsiilor. În orice caz, convulsia demonstrează o suferință gravă a organismului și orice mamă este obligată să anunțe medicul de familie apropiat sau să ducă de urgență copilul la spital.

Tratament. Supravegherea unui copil cu convulsii va fi foarte atentă. Se va nota ora la care a început convulsia și durata ei. Se va lupta împotriva astupării bronhiilor, așezând copilul culcat pe spate pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decât trunchiul) și se vor aspira secrețiile cu o sondă moale introdusă pe nări, deoarece gura este de obicei închisă, maxilarele încleștate. La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu o linguriță înfășurată cu mai multe straturi de tifon. Dacă sugarul este febril, i se va pune un supozitor pentru combaterea febrei (Paracetamol, Algocalmin) și, eventual, i se va face o împachetare. La copilul mare se pot pune dintr-o dată 2-3 supozitoare. Dacă toate acestea au fost ineficace, până la

venirea mașinii Salvării se vor face "împachetări" cu scutece îmbibate în apă rece, baie caldă prelungită. Orice copil cu convulsii va fi dus la spital.

Toți copiii care au prezentat convulsii se trec în evidență specială la dispensarul de copii și sunt tratați de către cabinetul de neuropsihiatrie al policlinicii.

Tratamentele de durată, dintre crize, instituite de medic vor fi respectate riguros de către părinți.

Convulsiile constituie simptomul semnificativ al epilepsiei. Toți copiii cu epilepsie vor fi supravegheați atât de medicul de familie, cât și de specialistul din policlinică. Necesită tratament ani și ani de zile.

7.11. Accidente și intoxicații

Arsurile provocate de substanțe chimice pot fi periculoase și chiar pot primejdi viața copilului. De obicei sunt datorate neatenției adulților și subaprecierii îndemnării copiilor. Substanțele chimice necesare în gospodărie trebuie ținute sub cheie. Substanțele acide (de exemplu esența de oțet) acționează direct pe piele și mucoase (colțul gurii, limba, cerul gurii, faringele) care iau un aspect albicios. Se poate da copilului să bea lapte. În cazul înghițirii unei substanțe bazice (leşie, sodă caustică) se dă copilului să bea oțet diluat sau zeamă de lămâie.

Aceste măsuri au un rost numai dacă se iau imediat după ce substanța a fost înghițită, mai târziu nu mai au nici un efect. Nu se recomandă provocarea vărsăturilor. Copiii cu arsuri provocate de substanțe chimice trebuie transportați fără întârziere la spital.

Arsurile și opăririle sunt cauzele majorității accidentelor până la vârsta de 3 ani. De aceea copiii trebuie foarte bine supravegheați când sunt în bucătărie sau în spălătorie. Vasele conținând *lichide fierbinți* trebuie plasate în așa fel încât copiii să nu ajungă la ele. Sunt tipice accidentele întâmplute cu copiii care nu se țin încă bine pe picioare și care caută un sprijin apucându-se de fața de masă, pe care o trag, răsturnând tot ce se află pe ea. Cablurile electrice cu defecțiuni, fierul de călcat, cablurile de legătură puse în prize, prizele neacoperite pot provoca arsuri grave, prin *electrocutare*. Perna electrică poate provoca arsuri. Caloriferele încinse, sobele, ușile sobelor trebuie prevăzute cu dispozitive de protecție. Opărirea gurii, limbii, gâtului poate fi provocată de conținutul prea fierbinte al biberonului. Nu se va face duș copilului cu apă fierbinte necontrolată și nici nu se va scufunda copilul într-o cadă care se umple întâi de la robinetul cu apă caldă.

Arsurile și opăririle de gradul întâi (numai înroșirea pielii) se spală timp mai îndelungat cu apă rece, pentru alinarea durerilor; la copiii mai mari se aplică alcool și apoi comprese sterile. La arsuri de gradul al 2-lea (formare de vezicule) și al 3-lea (pierdere de substanță, sfacelare și carbonizare) se acoperă locul arsurii cu pânză curată, copilul este învelit într-o pătură și transportat de urgență la spital. În caz de opărire, nu se va încerca niciodată să se scoată îmbrăcămintea aburindă, fumegândă, ci se va turna peste copil și haine apă rece din abundență. După aceea copilul este înfășat într-un cearșaf curat și transportat de urgență la spital. Nu se aplică din proprie inițiativă pansamente, comprese cu ulei, unguente, făină, pudre, urină (!). În timpul transportului, copilul trebuie ținut la căldură, bine învelit, cu sticle cu apă caldă la extremități. I se dă să bea lichide caldute zaharate.

Căderea cu traumatism cranian. Dacă un sugar cade de pe masa de înfășat, de pe cântar sau din pătuț, indiferent dacă apare un hematom (revărsat de sânge sub piele, prin ruperea unor vase) sau are semne de comoție (pierderea conștienței, vărsături), va fi dus la medic și i se va face o radiografie craniană. Pe zona unde se constată vânătăi, se pot aplica, fie comprese reci, fie o pungă cu gheață.

Strangularea prin hamuri, scutece, bretele, deși sau alte mijloace de fixare a sugarului este mai rară acum, căci se folosesc mult mai rar decât altădată. Șnururile lungi de la bonete, cămășuțe sau căciulițe pot să înconjure gâtul sugarului, producând o strangulare adevărată, agravată prin eforturile copilului de a scăpa din strânsoare. S-au descris cazuri de strangulări cu sforile de care se agață jucăriile sau prin gratiile defecte ale paturilor sau țarcurilor, prin scutecele sau cearșafurile cu care se leagă sugarii mari ca să nu escaladeze marginile paturilor.

De aceea, sunt interzise hamurile la copii, iar în instituțiile pentru copii, în spitale și în familie se recomandă să se folosească paturi cu margini înalte sau cu somieră deplasabilă.

Sufocarea prin lenjeria de pat este relativ rară. Acest accident se poate produce dacă sugarul alunecă sub cearșafuri și pătură, când se agită în timpul somnului sau dacă se trezește. Copilul se zbate puțin, nu țipă și nu atrage atenția anturajului. Apoi devine cianotic și-și pierde complet conștiența. Când copilul supra-viețuiește, pot rămâne sechele nervoase importante.

Ca măsură imediată, copilul va fi scos la aer curat, i se va face respirație "gură la gură" și se va chema de urgență salvarea.

Semnalăm, la sugarul mare și copilul mic, posibilitatea sufocării prin punși de material plastic. O astfel de punșă se mulează pe față, astupă nasul și gura, antrenând o asfixie rapidă, pe care copilul nu știe să o evite.

Corpii străini (sâmburi, boabe, bile, nasturi etc.) introduși în *cavitățile naturale* (nas, ureche, vagin, uretră) vor fi extrași *numai* de medicii specialiști. Orice tentativă inoportună a părinților de a scoate corpul străin (de obicei cu instrumente inadecvate), poate înfunda și mai mult obiectul, făcând uneori imposibilă extragerea prin manevre simple (se impune intervenția chirurgicală!).

Inhalarea de corpi străini este o cauză de accident (adesea mortală prin astuparea traheei și sufocare). Corpii străini inhalați pot fi particule alimentare (bomboane, alune, boabe de cereale sau de mazăre, lichid de vărsătură etc.) sau nealimentare (bile din jucăriile sunătoare, mărgelile, nasturi, monede, obiecte mici din material plastic). Nocivitatea corpurilor străini vegetali este bine cunoscută: ei se umflă în contact cu secrețiile bronșice accentuând asfixia.

Pătrunderea hranei sau a altor corpi străini pe trahee declanșează o reacție de tuse brutală, prelungită, cu roșirea feței, apoi în cazul în care corpul străin nu este eliminat cu învinețirea ei, organismul încercând să îndepărteze corpii străini.

Sugarii și copiii mici se înecă relativ rar în timpul meselor; mai ușor se întâmplă să se înecă în timpul vărsăturilor. Este periculoasă pătrunderea de alimente sau corpi străini în căile aeriene la prematuri, la care reflexele de apărare sunt încă insuficient dezvoltate; ei se pot îneca și în timpul somnului. Este necesară internarea copilului, examenul medical atent, examenul

radioscopic (pentru localizarea corpului străin radio-opac) și, eventual, bronhoscopie pentru extragerea sa.

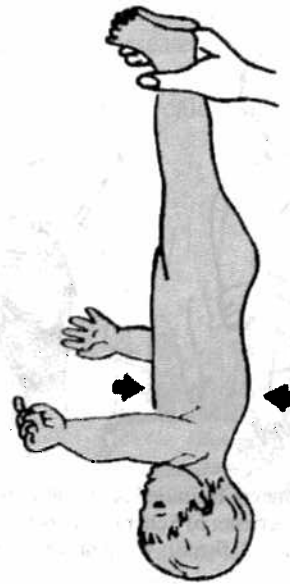


Fig. 7.14 - Manevra prin care se încearcă eliminarea corpului străin din căile aeriene la copilul mic. Săgețile indică sensul efectuării compresiunii.

Cazurile cele mai grave sunt acelea când corpul străin este fixat la nivelul laringelui sau traheei. Moartea prin asfixie este iminentă. Se vor aplica (de multe ori salvator) următoarele manevre:

– întâi se încearcă îndepărtarea cu degetul arătător a corpului străin din laringe. Tusea declanșată prin aceasta poate să favorizeze eliminarea sa;

– *sugarul sau copilul mic* va fi ridicat, suspendat de picioare și se vor aplica asupra cutiei toracice, la nivelul arcurilor costale mai multe compresiuni puternice (fig. 7.14). Dacă este vorba de un sugar și persoana care acordă primul ajutor este singură, va ține cu o mână sugarul suspendat de picioare, iar cu cealaltă îl va apăsa de 2-3 ori puternic pe propriul său corp. Compresiunea va fi efectuată la nivelul arcului costal (anterior sau posterior);

– *la copilul mai mare sau la adolescent* se va aplica manevra Heimlich (ilustrată în fig. 7.15). Ajutorul se așează în spatele copilului asfixiat, și înconjură talia cu brațele și apucă cu mâna dreaptă articulația pumnului stâng. Apoi se face mâna stângă pumn și se apasă puternic în zona epigastrică (în capul pieptului) a copilului. Presiunea asupra stomacului și

ficatului împinge diafragul în sus, zonele inferioare pulmonare sunt comprimate, iar aerul astfel împins spre căile respiratorii superioare poate antrena corpul străin.

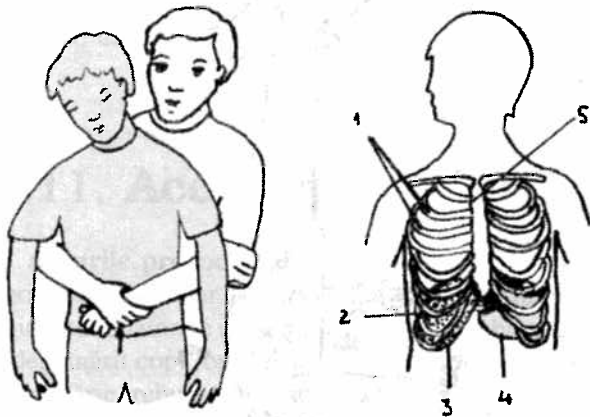


Fig. 7.15 - a) Manevra Heimlich pentru eliminarea corpului străin din căile aeriene; b) Schema organelor: 1. costale; 2. diafragul; 3. ficatul; 4. stomacul; 5. sternul.

Manevra Heimlich este foarte eficace, dar chiar în caz de succes este traumatizantă. Bolnavul va fi transportat la medic, cu mențiunea că a fost aplicată această metodă de salvare.

Profilaxia inhalării de lichide în căile aeriene se impune la toți bolnavii cu convulsii, în comă (intoxicații sau de altă cauză), accidentați cu hemoragii în regiunea bucofaringiană.

De aceea, transportul acestor cazuri se face într-o poziție care să evite inhalarea lichidelor. La nevoie se înlătură cu degetul înfășurat într-o compresă cheagurile de sânge, secrețiile etc., eliberându-se în același timp și fosele nazale.

Intoxicațiile (otrăvirile) accidentale sunt foarte frecvente la sugar și copilul mic. Copilul duce și bagă în gură tot ce se poate apuca: substanțe de uz casnic (detergenți, petrol, sodă caustică) sau medicamente care "întâmplător" ajung la îndemâna lui.

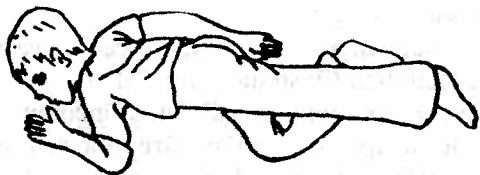


Fig. 7.16 - Poziția copilului cu pierderea conștienței: așa-numita poziție de decubit lateral stabil.



Fig. 7.17 - Provocarea vărsăturii în caz de intoxicații prin ingestie accidentală.

În unele cazuri se ajunge la *intoxicații medicamentoase* în urma unor confuzii: mama administrează ("din fugă", "din greșală", pe "întuneric", "în timpul nopții") un medicament care se aplică numai extern sau care este contraindicat la copii, ca de exemplu unele somnifere (Ciclobarbitol), calmante ale tusei "prafuri" sedative care conțin medicamente toxice pentru sugari etc. Sugarul mai poate fi otrăvit prin *supradozarea* medicamentului, mama nerespectând cantitățile și ritmul administrării indicate de către medic (sirop de Romergan, poțiuni expectorante sau sedative formulate de către medic).

Cea mai frecventă cauză de otrăvire este determinată de prostul și răspânditul obicei de a pune la un loc - pe o noptieră, pe bufet sau prin sertare - toate medicamentele. O altă greșală frecventă constă în aceea că mamele lasă pe noptieră cosmetice (colonie, pudră, deodorante, vopsea de păr etc.).

Încercarea mamei sau a persoanei din neglijența căreia a avut loc intoxicația de a ascunde restului familiei sau medicului natura și cantitatea substanței și împrejurările în care a survenit otrăvirea, are consecințe grave.

Primele ajutoare. Cele mai multe intoxicații prin înghițire se descoperă nu prin simptomele de boală, ci prin constatarea că "toxicul" a dispărut.

Ce fac părinții? Copilul trebuie să primească multă apă (simplă sau îndulcită) cu condiția să nu aibă starea de conștiență pierdută și să nu fi băut un acid (oțet) sau bază (sodă caustică). Apoi copilul este așezat de-a

curmezișul pe coapsele unei persoane adulte (care stă pe un scaun) și este fixat cu fața în jos, cu capul mai jos decât restul corpului, abdomenul fiind comprimat. Adultul introduce în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, provocând vărsătura (fig. 7.17).

Restul de substanță toxică, ambalajele rămase și lichidul de vărsătură vor fi luate neapărat și duse, odată cu copilul, fără întârziere, la cea mai apropiată instituție sanitară pentru copii; când spitalul nu este aproape, copilul va fi dus la dispensarul teritorial, pentru a i se face o spălătură gastrică și pentru a i se administra medicamentele adecvate.

În unele orașe a luat ființă un cabinet medical de unde se oferă telefonic sfaturi pentru urgențe medicale. Medicul de familie este dator ca pe caietul copilului să noteze și numărul telefonului respectiv.

Reguli de bază pentru părinți (și pentru cadrele medii care sunt consultate telefonic în caz de intoxicație):

- să se dea copilului să bea lichide;
- să nu se dea lapte (cu excepția ingestiei de acizi);
- să se declanșeze vărsăturile (cu excepția ingestiei de petrol, de detergenți, de acizi sau baze tari);
- să nu se piardă timpul;
- să se prezinte medicului restul substanței și ambalajul;
- să nu se ascundă adevărul asupra împrejurărilor în care a survenit otrăvirea.

Dintre remedii, se poate apela în primele 30 minute de la ingestie, la cărbune animal (Carbo medicinalis, dizolvat în apă sau sirop, care elimină toxicul prin fecale. De asemenea, administrarea de oleu de parafină sau de 2 g sulfat de sodiu pe an de vârstă, ca purgativ (grăbește evacuarea substanței înghițite). Lichidele date din abundență provoacă diureză, ceea ce grăbește eliminarea toxicului prin urină. Se vor lua măsuri pentru a evita răcirea copilului, care survine adesea în cursul otrăvirilor grave.

Intoxicația prin contactul unei substanțe otrăvitoare cu pielea. Copilul va fi dezbrăcat și spălat cu dușul sau în cădiță, cu apă multă (care se îmbospătează mereu). Dacă toxicul este înglobat într-o substanță grasă, spălarea se va face cu apă caldă și multă spumă de săpun. La sugar nu se vor folosi alcoolul, benzina și eterul (substanțe liposolubile) pentru îndepărtarea toxicului, deoarece aceste substanțe volatile pot deveni ele însele toxice, prin inhalare.

Se administrează copilului ceaiuri călduțe bine îndulcite (favorizează diureza).

În caz că *substanța chimică* (substanță acidă, caustică, var, mină de creion chimic) a ajuns la *ochiul copilului*, primul ajutor este de importanță maximă. Se vor deschide larg pleoapele și se va spăla ochiul din abundență, sub jet de apă caldă, turnată cu un ibric (fig. 7.18).



Fig. 7.18 - Spălătura oculară în caz de leziune caustică a ochiului. Bolnavul se culcă pe partea ochiului afectat, capul depășind puțin marginea mesei (sau patului) pentru a se putea ține dedesubt un vas. Spălarea se face cu jet de apă caldă, pleoapele ochiului respectiv fiind menținute depărtate de către un ajutor.

În intoxicația prin medicamente administrate sub formă *injectabilă* (medicamente necorespunzătoare sau supradozate - fenobarbital, clordelazin etc.) se dă copilului să bea lichide îndulcite. Dacă înainte de a fi dus la spital, se prezintă la cabinetul medicului de familie, sora de cabinet va administra intravenos soluție de glucoză 10-20%.

Intoxicațiile prin inhalare (oxid de carbon de la o sobă defectă încălzită cu mangan, gaz metan, fricții cu alcool, atmosferă de fum de țigară, gaze de eșapament, fum de la un incendiu) copilul va fi scos imediat la aer curat; la nevoie se efectuează respirație "gură la gură".

Plăgile. Accidente cu răni grave se pot întâmpla în casă, mai ales cu obiecte ascuțite (cuțite, furculițe și ace care nu sunt puse la loc ferit), cu jucării necorespunzătoare, precum și în urma lovirii de colțurile mobilei. La copilul mare sunt frecvente răni în excursii, în cursul jocului, prin cădere, lovire sau tăiere din neatenție.

Plaga nu va fi atinsă cu mâinile nespălate sau cu lenjerie murdară. Răni superficiale se șterg cu alcool iodat, apoi se aplică peste ele o compresă sterilă care se fixează cu o fașă sau cu leucoplast (în lipsa acestora,

cu o bandă dintr-o bucată de pânză curată). Copilul va fi dus apoi la dispensarul policlinic, pentru a se face "toaleta" plăgii de către specialist și profilaxia tetanosului (foarte important!).

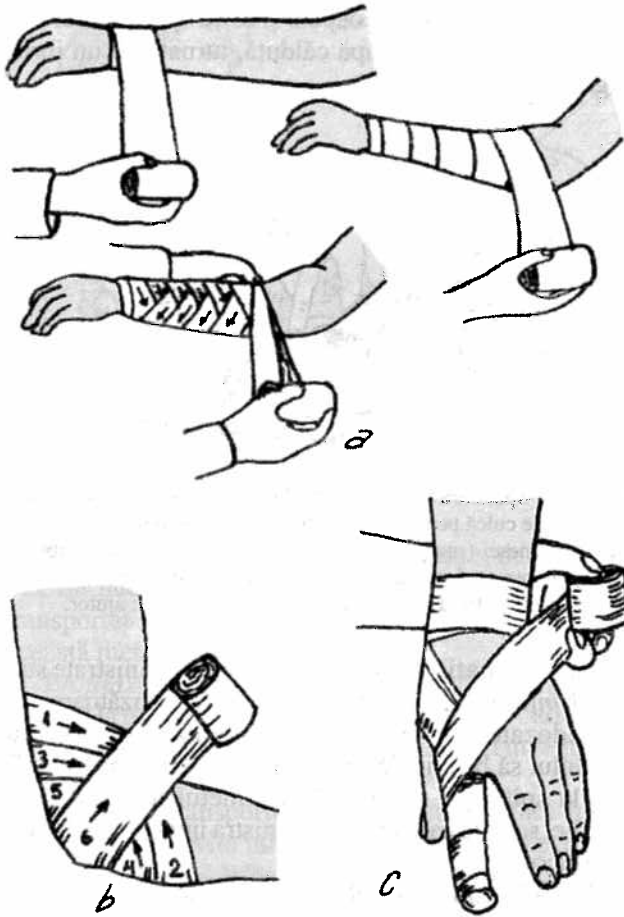


Fig. 7.19 - Câteva tipuri de pansamente: a) pansament la antebraț (în spirale sau în spic); b) pansamente la articulația cotului; c) pansamentul unui deget.

Hemoragiile pot fi: **capilare** (din vase mici, superficiale, se opresc de regulă de la sine); **arteriale** (prin lezarea unei artere se scurge sânge de culoare roșu-deschis, ritmat de unda pulsului; duc rapid la pierderi mari de sânge); **venoase** (sângele de culoare roșu-închis se scurge uniform cu viteză mică).

Primul ajutor trebuie acordat cu calm. Pentru hemoragia arterială se aplică un garou la un lat de palmă mai sus (spre inimă) de plagă. Drept garou se poate folosi o pânză îndoită, aplicată ca o "cravată" și strânsă până la sistarea hemoragiei, apoi înnodată. La nevoie

se pot folosi bucăți de cauciuc de bicicletă, bretele de pantalon, fâșii de fular. Se va nota pe un bilet sau, cu pix, direct pe pielea copilului ora la care s-a aplicat garoul. Acesta trebuie să fie lărgit după 1 1/2 oră pentru 1-2 minute, pentru a permite irigarea cu sânge a segmentului ligaturat.

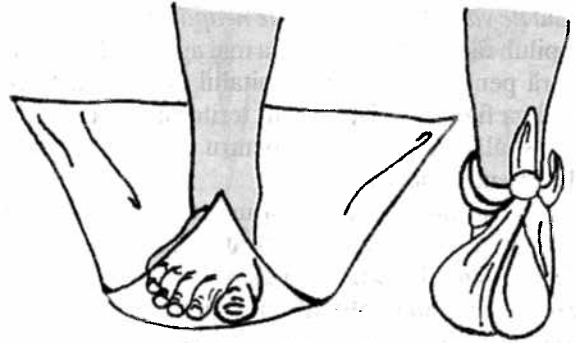


Fig. 7.20 - Bandajul unui picior cu ajutorul unui triunghi din pânză.



Fig. 7.21 - Pansament în cazul unei leziuni oculare. Se procedează similar în cazul leziunilor urechii.

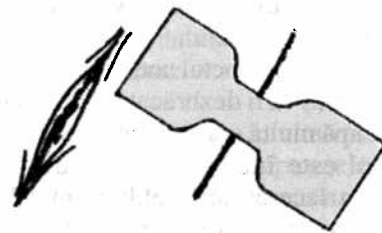


Fig. 7.22 - În cazul unei plăgi tăiate (nu prea mari) se poate realiza menținerea apropiată a buzelor plăgii cu ajutorul unei benzi de leucoplast, până la efectuarea tratamentului chirurgical.

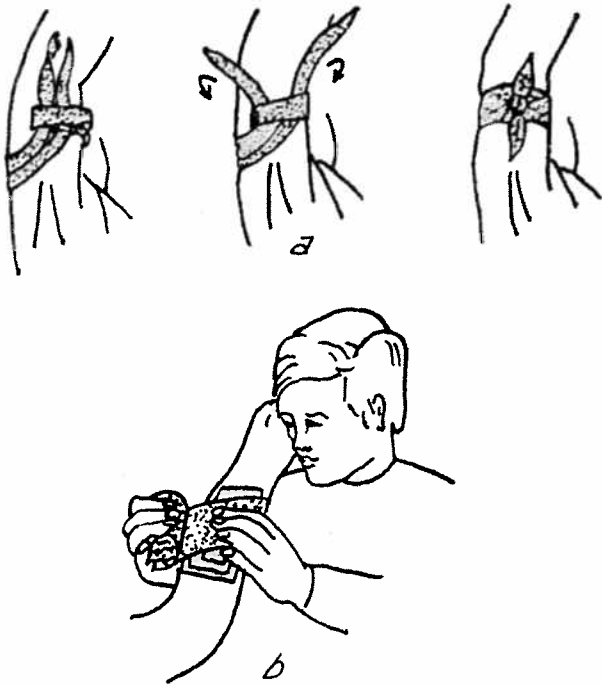


Fig. 7.23 - Efectuarea hemostazei: a) în hemoragia arterială se aplică un garou; b) în hemoragia capilară sau venoasă - un pansament compresiv.

Hemoragiile capilare și venoase pot fi oprite prin simplu pansament compresiv (mai multe bucăți de pansament steril sau pânză curată, fixate cu fașă).

Pentru asigurarea irigației cu sânge a organelor vitale, în orice hemoragie severă se recomandă ridicarea în poziție verticală a membrilor inferioare (și eventual înfășurarea lor strânsă, începând de la picior spre rădăcina membrului). Administrarea de lichide (ceai îndulcit) este necesară în orice hemoragie severă.

În figurile 7.20, 7.21, 7.22 și 7.23 sunt schițate câteva tehnici în asistența cu plăgi traumatice.

Sângerarea nazală. Copilul va sta în șezut, cu capul ușor aplecat înainte, iar mama va comprima bine narina din care se scurge sângele (sângerările ușoare încetează în câteva minute). În cazul în care sângerarea survine după un traumatism (cădere, lovitură, înțepare), copilul va fi dus la un cabinet medical ORL. Repetarea sângerărilor nazale necesită consultul medicului specialist, pentru a se constata dacă este vorba de o boală generală sau locală. De cele mai multe ori sângerările nazale sunt cauzate de leziunile de grataj prin scărpinarea în nas.

Fractura este denumirea medicală a ruperii unui os. În acest caz, membrul respectiv își modifică conturul și prezintă o mobilitate acolo unde în mod normal ar trebui să fie rigid. În caz că fragmentele osoase străpung pielea (fractură deschisă), diagnosticul este și mai evident. În principiu, dacă un copil acuză dureri violente pe traiect osos, se va proceda ca și cum ar fi vorba de o fractură sigură. La copii există un tip de fractură, denumit "în lemn verde", în care osul nu este complet rupt (deci lipsește mobilitatea anormală), iar conturul osos nu este prea mult modificat. În orice suspiciune de fractură, se va imobiliza segmentul lezată (atelă improvizată, atârnat de gât etc.). (fig. 7.24) și se va transporta de urgență copilul la spital.

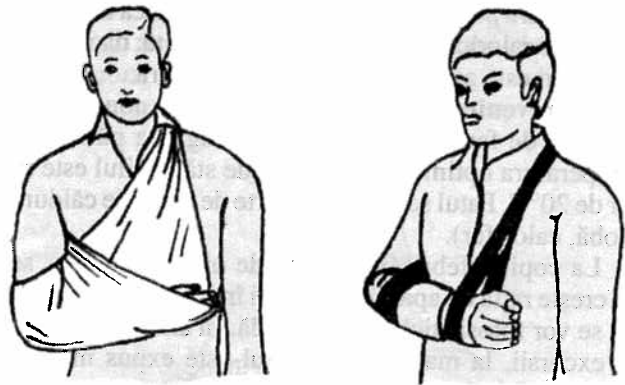


Fig. 7.24 - Imobilizarea brațului: cu ajutorul unei pânze triunghiulare sau cu ajutorul unei eșarfe.

Entorsele reprezintă rupturi ale țesuturilor din jurul articulațiilor. În *luxații*, rupturile sunt atât de mari, încât capetele oaselor părăsesc articulația respectivă. De obicei, aceste tipuri de leziuni traumatice *nu se* asociază cu fracturi. Și în aceste cazuri se remarcă deformarea zonei (doar în jurul articulației), dar nu există mobilitate anormală. Fiindcă durerea este deosebit de mare, se va proceda ca în cazul fracturii.

Înțepăturile veninoase. Se va extrage întâi acul insectei, apoi se va aplica o compresă cu alcool (sau cu scrum de țigară); peste compresă se va așeza o pungă cu gheață. În caz de înțepături de păianjeni veninoși sau scorpioni (uneori, pericol mortal!), se va aplica o pungă cu gheață peste înțepătură, iar deasupra zonei de înțepătură se va fixa un garou; copilul va fi transportat de urgență la spital. La fel se procedează și în cazul unei mușcături de șarpe. La copiii alergici cu reacții violente și grave după înțepături de insecte

(viespe, albină, păianjeni etc.) medicul de familie va întocmi o trusă de urgență, folosibilă la nevoie.

Supraîncălzirea (șocul caloric, insolația). Șocul caloric este un accident frecvent care se produce într-o atmosferă prea caldă. La nou-născut și sugar, șocul caloric se produce ușor.

a) **Cauze:** temperatura ridicată a mediului înconjurător, excesul de îmbrăcăminte, aportul insuficient de lichide. Creșterea temperaturii exterioare constituie elementul dominant. Originea căldurii poate fi: solară (copil plimbat în brațe sau cărucior, fără pălărie); lăsarea copiilor în automobile cu geamurile închise, pe o perioadă mai mult sau mai puțin lungă. Chiar dacă mașina staționează inițial la umbră, prin rotirea soarelui se poate transforma interiorul ei într-un "cuptor" a cărui temperatură poate depăși 40°C (este versiunea modernă a șocului caloric); de la o sobă prea încălzită; dacă patul copilului este așezat lângă sursa de căldură.

b) **Prevenire.** Încă de la prima vizită la nou-născut, medicul de familie trebuie să convingă pe părinți că temperatura optimă în camera unde stă copilul este în jur de 20°C. Patul se așează departe de sursa de căldură (sobă, calorifer).

La copilul febril, indiferent de originea febrei, se va crește rația de apă, copilul va fi îmbrăcat mai ușor și nu se vor folosi sticle cu apă caldă. În anotimpul cald, în excursii, la mare când copilul este expus mult la soare, va fi îmbrăcat ușor, cu pălărie pe cap și va bea lichide multe.

c) **Cum se recunoaște.** La început, următoarele manifestări pot atrage atenția: temperatura se ridică la 39-40°C; copilul refuză sau primește foarte puțină mâncare; pielea este roșie, congestionată, caldă și acoperită de sudoare; devine agitat, plânge, țipă, se mișcă neîncetat (ceea ce favorizează creșterea temperaturii); setea este intensă; nou-născutul sau sugarul execută mișcări de supt ori de câte ori i se apropie un obiect de buze.

În acest stadiu, un tratament simplu este suficient pentru a face să dispară toate tulburările (sustragerea de la sursa de căldură, dezbrăcarea și aportul de lichide).

În absența tratamentului, tabloul clinic se agravează: apar semne de deshidratare ca: uscăciunea limbii, ochii se înfundă în orbite, fontanela se deprimă. Dacă se prinde pielea între două degete, cuta provocată persistă. Se adaugă tulburări ale conștienței, îndeosebi crize convulsive; fața devine cenușie, cianotică, febra persistă.

În stadiul al treilea apar semne preagonice: hipotermie, paloare și răcirea extremităților, comă.

Aceste stadii se succedă foarte repede, cu atât mai rapid cu cât copilul este mai mic.

d) **Tratament.** În stadiul inițial:

– copilul va fi transportat într-o cameră răcoroasă, bine ventilată, pentru a-l sustrage acțiunii căldurii;

– va fi complet dezbrăcat și introdus într-o baie cu temperatura apei mai joasă cu 2°C decât cea a corpului său, măsurată rectal, apoi baia se va răci progresiv (o altă metodă constă în a înveli copilul cu un prosop înmuiat în apă rece);

– dacă este treaz, i se va da să bea, ghidându-se după setea copilului; dacă primește, se poate da, pe lângă ceai îndulcit și apă ușor sărată (2-3 g de sare la un litru de apă).;

– se va administra aspirină sau un supozitor de paracetamol.

În faza de deshidratare, tratamentul de urgență trebuie efectuat numai în spital.

Reanimarea cardio-respiratorie este necesară de urgență ori de câte ori funcția inimii și respirația sunt grav afectate. Primul ajutor trebuie acordat în decurs de câteva minute. O privire rapidă asupra victimei va stabili: *dacă respirația s-a oprit complet, dacă mai sunt prezente respirații rare, suspinoase și dacă bătăile inimii sunt mai prezente.* În funcție de acestea se vor adapta procedeele de reanimare.

a) *Respirația gură la nas.* Se eliberează căile aeriene de mucozități, sânge, lichid de vărsătură sau alți corpi străini (în caz de înec se lasă să se scurgă apa ținând capul victimei în jos). Se așează copilul în decubit dorsal, pe un plan dur, perfect orizontal cu capul flectat pe spate (fig. 7.25). Reanimatorul se așează lateral, cu o mână ține bărbia astfel ca gura copilului să fie închisă (împiedică alunecarea înapoi a limbii); cu cealaltă mână, aplicată pe creștetul capului, menține flexia capului. Apoi aplică etanș buzele în jurul nasului victimei și insuflă propriul aer expirator sub presiune moderată (cutia toracică a victimei se ridică). Se îndepărtează apoi, iar aerul insuflat se evacuează spontan (cutia toracică coboară).

b) *Respirația gură la gură:* aceeași tehnică, dar insuflarea aerului se face pe gura victimei, ținându-se nasul pensat (fig. 7.26). La sugar și copilul mic se pot cuprinde concomitent gura și nasul victimei.

Frecvența insuflărilor: pentru școlar (și adult) 20 pe minut; pentru copilul mic 30 pe minut; pentru sugar 35 pe minut.

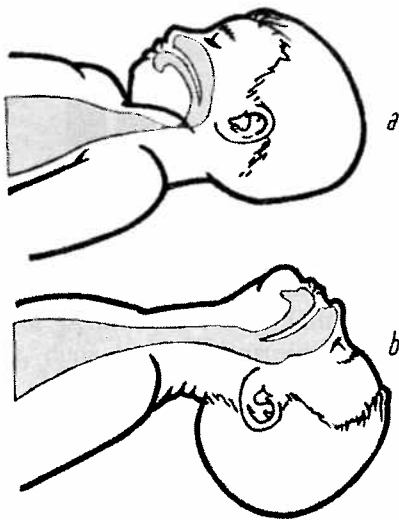


Fig. 7.25 - Poziția capului victimei, în care se asigură permeabilitatea căilor aeriene.

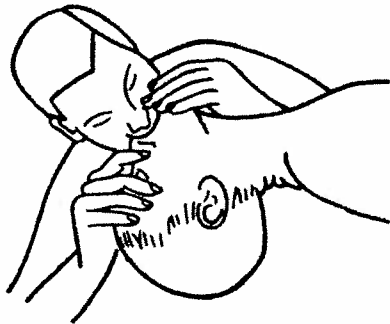


Fig. 7.26 - Respirația gură la gură.

c) *Masajul cardiac extern* se practică în cazul opririi bătăilor cardiace sau absenței pulsului. Reanimatorul se așează lateral de victimă (care e culcată pe un plan dur, cu capul întors lateral) și efectuează compresii ritmice asupra peretelui anterior toracic (în treimea inferioară a sternului) spre coloana vertebrală, în scopul comprimării inimii din care se evacuează sângele în aortă. Când compresionarea încetează, inima se umple din nou cu sânge etc. *La sugar* este recomandată tehnica bidigitală (fig. 7.27). Frecvența compresionilor este de 120 pe minut; *la copilul mic* se practică masajul cardiac cu o singură mână, cu o frecvență de 90 pe minut; *la copilul mare și adult* se folosește tehnica bimanuală. Ambele mâini, suprapuse, execută compresii ritmice, în treimea inferioară a sternului cu un ritm de 60 pe minut (fig.7.27; 7.28).

d) *Reanimarea asociată cardio-respiratorie* îmbină ambele metode. Dacă reanimatorul este singur, execută întâi 6 insuflații, apoi 15 compresii toracice. Dacă are un ajutor, se practică concomitent cele două tehnici, adecvate vârstei copilului.

O măsură ajutătoare este ridicarea în poziție verticală a membrelor inferioare ale victimei, pentru a se asigura o cantitate mai mare de sânge circulant pentru organele vitale (în special pentru irigarea creierului, care suferă cel mai mult de pe urma lipsei de sânge oxigenat).

Durata manevrelor de resuscitare. În caz că nu se constată eficiența acestor măsuri, ele vor fi continuate până la venirea medicului sau cel puțin 60 de minute! În caz de eficiență - până când pielea victimei se colorează în roz, pupilele se micșorează și mișcările respiratorii se fac spontan.



Fig. 7.27 - Masajul cardiac extern; tehnica bidigitală.

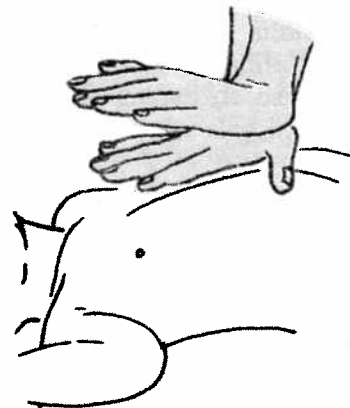


Fig. 7.28 - Tehnica masajului cardiac extern bimanual.

8

SĂ SE PREVINĂ! ESTE CEL MAI BINE

8.1. Copilul are nevoie de dragoste. Relația mamă-copil-tată

Nașterea reprezintă o veritabilă răvășire fizică și sufletească pentru femeie și fătul său. În câteva momente, după travaliul nașterii sau după o cezariană, ei se despart. Pentru societate femeia devine mamă, iar fătul - copil.

În realitate o femeie, mai ales primipara (femeia care naște prima dată), nu devine cu adevărat și dintr-o dată mamă. Trebuie să parcurgă un drum mai mult sau mai puțin lung până când fiecare intră în rolul lui de mamă și copil. Trebuie să învețe să se desprindă și să se cunoască unul pe altul, să se potrivească în toate contactele, nevoile și actele ce le vor trăi și face împreună. Ambii trebuie să-și învețe meseria și să-și trăiască misiunea de a conviețui împreună ca mamă și copil, ca un cuplu care să se insere treptat cu celălalt partener de viață - tatăl.

Primele relații intime sunt carnale, fiecare cu ce este înzestrat pentru a fi de folos celuilalt și de a se ajunge la o oarecare stare infuzională propice instalării unor interacțiuni. Primele capacități sunt senzoriale. El o simte, o cunoaște și se apropie de ea prin simțuri. Mai întâi prin piele (moale, catifelată, caldă), prin mirosul, gustul și sațietatea ce i se oferă prin supt. Ulterior, treptat, el comunică prin auz, privire. Destinderea bruscă după chinurile travaliului și apariția nou-născutului (prin primul țipăt, aspectul fizic și mai ales luatul în brațe) induc la mamă un sentiment de dragoste, de satisfacție, de împlinire care o fac să-i transmită aceste trăiri prin mângâiere, dorința de a-l ține în brațe, de a-l privi, de a-i vorbi. Mama resimte o tandrețe unică, ce devine permanentă. Din acest moment, fiecare intră în rolurile de mamă și respectiv de copil.

Relațiile se îmbogățesc fără încetare. În acest timp, tatăl nu rămâne inactiv. La început este mai timid și fără abilitate. Se stabilesc interacțiuni asemănătoare (chiar dacă sunt manifestate diferit)

care să-i permită să împărtășească aceeași dragoste, de a-și găsi rolul său în echilibrul relațional în grupul mamă-copil-tată. Această comunitate a celor trei trebuie să se instaleze, să se adapteze și să se diferențieze la toate perioadele vieții copilului. Astfel el devine tatăl copilului.

Trebuie știut că sentimentele de dragoste și lungul lanț de interrelații mamă-copil-tată se desfășoară în mare, în mod fericit, dar sunt situații mai dificile, uneori de criză. Dragostea față de copil, armonia între părinți sunt puse adesea încercare. În orice moment părinții trebuie să dovedească tact, calm, răbdare, multă disponibilitate și unitate de vederi și de metode în felul cum îngrijesc copilul în mod obișnuit, dar și în situații neprevăzute sau nedorite.

Amintim dintre aceste dificultăți sau crize. La sugar unele greșeli de îngrijire corporală sau de alimentație din partea mamei, colicile, tulburări de apetit sau de somn. La copiii mici este nevoie de răbdare și de rezistență fizică pentru a face față la manifestările de negativism, de "neastâmpăr permanent", de pasiunea de a răvăși de a cotrobăi sau chiar de a distruge totul. La copilul de grădiniță dificultățile de adaptare în colectivitate. La școlar tulburările de comportament și/sau eșecurile la învățătură. La pubertate situațiile conflictuale cu familia, atașarea de grupuri de parteneri cu activități antisociale, fumatul, alcoolismul, drogurile, vagabondajul.

Părinții trebuie să fie solidari și cu păreri similare în manifestările de dragoste, dar și în măsurile de corecție. Să păstreze o comunicare permanentă cu copiii, în dialog pe picior de egalitate, de înțelegere a mutațiilor care au intervenit în timpurile actuale în educația și comportamentul copiilor de toate vârstele.

Tot mai mult se întâlnește situații de criză între părinți și copii cu deteriorarea sentimentelor și

Mama și copilul

armoniei în familie ajungându-se la respingere, ostilitate, indiferență, uneori la brutalități. Și în astfel de situații trebuie să intervină măsurile de prevenție și părinții să apeleze și să colaboreze cu cadrele didactice, cu medicul de familie, cu psihologul și în situații patologice cu specialistul în psihiatrie infantilă.

Orice copil trebuie examinat în mod regulat în timpul perioadei de creștere. În toate țările civilizate s-au fixat norme și programe de consultații preventive.

Astfel, în Franța, sunt prevăzute de la 0 la 6 ani 20 de examene. Repartiția prevăzută de un decret special este de un examen pe lună, în cursul primului an de viață, un examen la fiecare trei luni în al doilea an și un examen la fiecare șase luni până la 6 ani.

În România, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" a fixat următorul ritm de supraveghere prin examene de bilanț la copilul mai mic de 4 ani: la externarea din maternitate; la 1, 2, 4, 6, 12, 18 luni; la 2, 3 și 4 ani.

Toți copiii din România beneficiază de asistență medicală gratuită din momentul nașterii și până la împlinirea vârstei de 18 ani.

8.1.1. Medicul de familie și/sau pediaterul

Cei doi sunt singurii care intervin după externarea din maternitate pentru asistența nou-născutului. Ei joacă un rol esențial: primirea copilului și mamei în familie, cunoașterea perfectă a familiei (copil legitim, copil dorit sau nedorit, condițiile sociale, afective, economice și materiale).

Ei devin actorii esențiali în:

- urmărirea dezvoltării fizice (greutate, lungime, perimetre, proporții) și psihomotorii (tonus, motricitate, organe de simț, inserție socială, limbaj etc.) și depistarea precoce a anomaliilor de dezvoltare;

- alimentația, prevenirea malnutriției, rahitismului, anemiei carentiale, cariilor dentare;

- vaccinările;

- urmărirea copiilor handicapați fizic sau psihic sau risc crescut;

- instruirea părinților în igiena corporală, a mediului înconjurător și a activităților care contribuie la stimularea dezvoltării și păstrării de sănătate (aer, tulburări, jocuri, sport, organizarea timpului liber);

- preluarea problemelor socio-economice și familiale și sesizarea instituțiilor, organizațiilor, fundațiilor care pot contribui la ameliorarea lor.

Imediat după externarea din maternitate, familia va înscrie copilul pe lista unui medic de familie (medic de medicină generală care consultă și copii; pediatri, medici specialiști în pediatrie cu cabinete care au primit autorizația de a elibera rețete gratuite și care efectuează și vaccinările).

Medicul care îngrijește copilul trebuie să îndeplinească unele condiții:

- să se priceapă în medicina copilului sănătos și bolnav;

- să aibă, pe cât posibil, o asistentă care să-l ajute în asistența copilului mai ales în primii ani: asistenta pediatrică sau o asistentă de medicină de familie; aceasta îl sprijină în vizitele la domiciliu, în instruirea mamelor în ce privește unele îngrijiri ca: tehnica alimentației, baia copilului, vaccinări, efectuarea unor tratamente profilactice sau în caz de îmbolnăviri etc.;

- să accepte: vizite la domiciliu, chemări și în timpul nopții; asigurarea unui înlocuitor în caz de concediu; să fie dispus să dea sfaturi la telefon;

- să ajute pe mamă să întocmească un "caiet de sănătate" în care medicul să scrie, la fiecare vizită, ce constată la examinarea copilului, precum și recomandările de alimentație și tratament; mama va arăta cele observate la copil (alimentație, scaune, somn, colici) și cifrele rezultate din cântăririle săptămânale în primul an de viață, trimestriale la copilul mic și anuale la copilul mare.

Între medicul de familie și familie sunt necesare relații bune, de comunicare și încredere reciprocă. Este bine ca medicul să folosească un limbaj pe înțelesul mamei, să explice termenii medicali, să nu ironizeze sau să umilească pe mamă și să nu fie grăbit.

Mama, la rândul ei, nu trebuie să aibă pretenții absurde, și să nu culpabilizeze pe medic sau pe asistenta de familie pentru greșeli absurde. Medi-

cina nou-născutului, a sugarului și copilului mic nu este deloc ușoară și cel mai priceput medic nu poate să precizeze diagnosticul de moment și de viitor atât în ce privește starea de normalitate și de dezvoltare normală, dar și în cazul unor boli.

Mama și tatăl să nu ezite să pună orice întrebare în ce privește dezvoltarea, alimentarea, îngrijirile și modificările în starea de sănătate și comportament ale copilului. Mama este de mare ajutor în lămurirea medicului cu problemele ivite, dar și în respectarea recomandărilor. În caz de eșec în

relația medic-părinți, legea Casei de Asigurări de Sănătate permite schimbarea medicului de familie după minimum 3 luni de la înscrierea pe lista de pacienți. Înainte de a aplica o astfel de hotărâre este bine ca părinții să se gândească dacă o parte din neînțelegeri nu le aparțin. Cel mai bun medic este cel care cunoaște bine copilul. Părinții trebuie să se asigure că medicul nou este mai competent și mai ales dacă acceptă să se angajeze în îngrijirea copilului în condițiile pretinse.

8.2. Examenе preventive. Orice copil are nevoie de medic

8.2.1. Examenul nou-născutului în maternitate (vezi și pag. 20-45)

Acest examen are loc în maternitate imediat după naștere. Se controlează respirația, bătăile inimii, reflexele, culoarea pielii. Acest examen se face după un sistem de punctaj denumit "scorul" sau "nota" Apgar (pag. 28-29). Medicul sau moașa controlează prin aspirație dacă a înghițit lichid amniotic, dacă esofagul este permeabil și cu ajutorul unui termometru dacă orificiul anal este prezent.

Nou-născutul se cântărește și i se măsoară lungimea, perimetrul cranian și perimetrul toracic.

Tot în maternitate se mai fac următoarele: testele de depistare ale unor boli moștenite: testul Guthrie pentru fenilcetonurie și testul TSH pentru hipotiroidie.

În maternitate se efectuează următoarele vaccinări: BCG împotriva tuberculozei și cel împotriva hepatitei B. În unele maternități se face o ecografie (cu ultrasunete) pentru depistarea luxației congenitale de șold.

8.2.2. Examenul clinic în perioada de nou-născut în familie (vezi pag. 57)

Are loc imediat după venirea acasă, între a treia și a zecea zi de viață. Este una din cele mai

importante consultații ale copilului. Germanii îl denumesc examen clinic "de bază". În primul rând medicul încearcă să răspundă, după ce a stat de vorbă cu părinții, a verificat "foaia de externare" din maternitate și a consultat amănunțit nou-născutul dacă acesta ESTE NORMAL. Întrebare arzătoare din partea părinților cu un răspuns uneori dificil de concludent din partea medicului! El constată dacă nou-născutul mai are icter fiziologic (vezi pag. 30) și dacă sunt normale pielea, aparatul digestiv, inima, ficatul, organele genitale. O atenție deosebită acordă sistemului nervos (reflexe "arhaice", motricitate, veghe-somn, modul cum sugă etc.). Încearcă să depisteze o eventuală luxație congenitală de șold. Verifică dacă s-au efectuat vaccinările legale: antihepatită B (AMB) și BCG, precum și dacă a necesitat unele tratamente medicale (oxigenoterapie etc.). Discută în amănunt asupra alimentației, prevenirii rahitismului și cariei dentare.

La această primă examinare clinică în familie se folosește sau, în lipsă, se întocmește un "caiet de sănătate" în care se consemnează datele de identitate ale părinților, problemele de familie (avorturi spontane, boli ereditare, convulsii, epilepsie, diabet, surditate timpurie, defecte de vedere etc.), nașterea, evoluția în maternitate, calendarul vaccinărilor, evoluția dezvoltării fizice și psihomotorii, îmbolnăviri și recomandări. Un astfel de carnet a fost elaborat de Institutul pentru Ocrotirea

Mamei și Copilului (I. O. M. C.) "Alfred Rusescu".
Îl recomandăm ca fiind foarte bine întocmit.

8.2.3. Examenul clinic la vârsta de o lună (vezi și pag. 123)

Și la acest consult medicul de familie (sau pedi-atrul) examinează în amănunt întreg organismul insistând asupra următoarelor: bătăile inimii (număr, eventuale sufluri), artera femurală, aspectul ochilor, dimensiunile splinei și ficatului, organele genitale, cicatricea BCG.

Pe lângă acestea medicul va verifica dezvoltarea psihomotorie a copilului, respectiv defectele de dezvoltare și de comportament. Întreabă pe mamă cum sugere copilul, cum crește și care este ritmul somn-veghe. O atenție deosebită acordă mișcărilor șoldurilor în vederea depistării precoce a luxației congenitale de șold. Fixează alimentația, verifică dacă s-a început profilaxia rahitismului, măsoară sugarul (greutatea, dimensiunile fontanelii anterioare și cea posterioară s-a închis, perimetrul cranian și cel toracic, lungimea) și le consemnează în caiet. Inițiază pe mamă asupra importanței și calendarului vaccinării.

8.2.4. Examenul clinic la vârsta de 2 luni (vezi pag. 135)

Și la acest examen clinic medicul de familie controlează întregul sistem de organe. În cadrul verificării psihomotorii constată cum și cât ridică capul din poziția culcat pe burtă, cum ține capul și cum se sprijină pe tălpi când este susținut de axile, care este perioada de somn-veghe, cum reacționează la zgomote, cum și dacă fixează și urmărește fețele umane. Se interesează de alimentație și apreciază dacă progresele creșterii (greutate, lungime, perimetrul cranian și torace) sunt normale. Avizează pe mamă asupra vaccinărilor ce sunt programate în jurul vârstei de 2 luni (antipoliomielită, antihepatită B și trivaccinul Difteric-Tetanic-Pertussis "DTP") și o atenționează asupra eventualelor reacții.

8.2.5. Examenul clinic la vârsta de 4 luni (vezi pag. 142)

Consultul medical se face după aceeași schemă. După o convorbire prealabilă, se face examenul

tuturor organelor, se verifică stadiul dezvoltării psihomotorii. Se cercetează îndeosebi vederea: cum fixează și urmărește obiectele; dacă a "descoperit" mâinile și picioarele; dacă întoarce capul după zgomote. Pe lângă acestea controlează tonusul mușchilor: de exemplu dacă sugarul flec-tează (îndoiaie) picioarele, cât de des și de sus dă din picioare (pedalează). Verifică cum controlează mișcările capului, care nu trebuie să mai cadă indiferent de poziție și de mișcare: culcat pe burtă, apucat de umeri și ridicat brusc din poziția culcat în cea de așezat, susținut de axile și înclinat brusc în față și înapoi etc.

Se discută amănunțit alimentația și se începe inițierea în ceea ce se numește "diversificare".

Se caută în regiunea parieto-occipitală dacă s-a instalat craniotabesul, care este primul semn de rahitism. La palparea capului în regiunea parieto-occipitală, craniul este mai moale, având consistența mingiei de celuloid.

8.2.6. Examenul clinic la vârsta de 6 luni (vezi pag. 157)

Medicul verifică progresele creșterii în greutate, lungime, perimetrul toracic și cel cranian. Discută amănunțit asupra alimentației: numărul meselor, cantitatea de lapte la biberon sau numărul supturilor în 24 ore, în ce stadiu este diversificarea (dacă s-au introdus cerealele; din ce este compus pireul, cum și cât primește; dacă s-a adăugat carnea), dacă au apărut unele neplăceri ca: scaune moi sau dimpotrivă constipație, eritem fesier, apetit diminuat sau selectiv.

În cadrul dezvoltării psihomotorii verifică dacă se întoarce pe o parte sau se și rostogolește; dacă din poziția culcat pe spate și apucat de degete se ridică singur pe șezut, dacă stă pe șezut pentru câteva clipe, cum se sprijină pe tălpi când este susținut de subsuoară. I se dă o jucărioară și se observă dacă o apucă, dacă o schimbă dintr-o mână în alta, cum o cuprinde cu ochii și cum o duce la gură. Se analizează cu mama manifestările din cadrul dezvoltării sociale și afective față de

părinți, de persoanele străine, la propria-i figură din oglindă.

Este momentul când strabismul a dispărut (nu se mai uită "cruciș") la majoritatea sugarilor. Medicul verifică dacă au apărut semne de rahitism (torace), care este stadiul cicatricei BCG.

8.2.7. Examenul clinic la vârsta de 9 luni (vezi pag. 172)

La examenul clinic general se verifică eventualele semne de rahitism (conformația craniului, dimensiunile fontaneli anterioare, toracele și membrele inferioare), cicatricea BCG.

La examenul psihomotor: coordonarea mișcărilor, dacă stă pe șezut nesuținut 10 minute, dacă se deplasează de-a bușilea sau în patru labe, dacă se ridică pe marginea patului și dacă pășește susținut, dacă prinde obiectele mici cu "pensa" degetul mare-arătător, dacă vede și aude bine. La această vârstă este sensibil la manifestările adultului (ceartă, agitație, mânie, veselie). Puțini încep să pronunțe cuvinte mono- și bisilabice cu adresă.

În ce privește alimentația, pe lângă mesele de lapte (simple) sau cu cereale, derivate de lapte (iaurt) ar trebui să primească piure de legume variate sfărâmate cu furculița, tăiței, carnea sub forme mai variate (fîn tocată, perișoare, chiftelute). La masa de după amiază se poate varia meniul (creme, budinci, papanasi fierți cu brânză de vaci, prăjituri de casă).

Se fac recomandări asupra metodelor de stimulare a unor noi capacități: mersul nesprijinit, să bea din ceașcă, să-și țină biberonul, să muște dintr-o coajă de pâine neagră.

8.2.8. Examenul clinic la vârsta de un an (vezi pag. 180)

La examenul clinic general se insistă asupra următoarelor: sufluri cardiace; semne de rahitism; cicatricea BCG; anomalii ale organelor genitale la băieți (ectopie, hernie, fimoză); dentiția.

Creșterea în greutate ar trebui să fie cam de 3 ori față de naștere, lungimea cu o jumătate mai mult decât cea de la naștere (de ex. 50+25 cm = 75 cm), iar perimetrul cranian de circa 46 cm.

Se face un bilanț asupra dinamicii dezvoltării generale a copilului începând cu perioada de nou-născut și până la vârsta de un an. Se insistă asupra evoluției unor anomalii care au fost constatate la naștere ca: paralizia de facial, fractura de claviculă, herniile (ombilicală, inghinală), hidrocelul, ectopia testiculară, gambele "de călăreț", angioamele, ectaziile venoase de la nivelul rădăcinii nasului sau/și al cefei, cefalhematomul, bosa serosanguină, suflurile cardiace, stridorul laringian etc.

La un an orice copil sănătos trebuie să stea bine pe șezut, să se deplaseze de-a bușilea sau în patru labe, să aibă cel puțin un limbaj "pasiv" (să înțeleagă, să execute mici ordine, să imite, să comunice prin semne etc.). Unii copii merg sau chiar "aleargă" singuri, alții de-abia se ridică pe marginea patului sau se țin de mobile. Diferențele de dezvoltare sunt adesea foarte mari, dar care se încadrează în NORMAL.

Medicul folosește scala Denver pentru a aprecia stadiul dezvoltării. Din experiența noastră pentru mame este mai dificil să interpreteze aceste teste, așa că în această carte am folosit criterii mai simple, adaptate. După tabelele fixate de Institutul de cercetări ale dezvoltării copilului din München.

În ce privește alimentația, trebuie precizat că lactatele (laptele de vacă integral, laptele praf cu 3,4% grăsimi, laptele cu cereale sau biscuiți, iaurtul, brânza de vaci, brânza topită) rămân alimente de bază.

De acum copilul va fi obișnuit să mănânce din meniul familiei (masa de prânz, gustările, deserturile, sandvișurile, conservele de fructe, oul cu albuș, carnea slabă de porc etc.).

Profilaxia rahitismului (vitamina D) și a cariei dentare (fluor, evitarea excesului de dulciuri) continuă. Începe procesul lung al inserției sociale a copilului. El devine "umbra mamei". Are nevoie în primul rând de dragoste, de răbdare, de disponibilitate din partea tuturor membrilor familiei. Pe lângă cuplul mamă-tată, devin foarte necesari bunicii. Trebuie stimulate noi achiziții fizice (mers, alergare, manualitate) și psiho-sociale (limbaj, joc, societate de copii, adulți cu putere de a-i iubi). Începe lungul drum al formării deprinderilor (să mănânce singur;

să participe la îmbrăcat, încălțat, spălat; să-și controleze sfincterele, mai întâi "olița" și apoi W.C.-ul adulților) și al educației. Să nu se uite că cei "6 ani de acasă" sunt esențiali în educația ființei umane.

În continuare, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" precizează: examinările clinice la 18 și 24 luni, apoi anuale.

8.3. Vaccinările

Vaccinările constau în introducerea în organism prin injecții sau pe gură de germeni omorâți sau atenuați. Aceștia determină producerea unor substanțe de apărare denumite anticorpi. Astfel de anticorpi acționează pe un anumit germen (specific) sau asupra mai multor germeni sau chiar asupra imunității generale (nespecifică), așa-zisele boli ale copilăriei (difteria, rujeola, rubeola, oreionul, tusea convulsivă, paralizia infantilă) la care se adaugă boli care se întâlnesc și la adult, dar care îmbracă forme grave în primii ani de viață (tuberculoză, hepatita epidemică etc.). Toate acestea au devenit rare sau se manifestă sub forme mai ușoare datorită vaccinărilor.

Anticorpii rezultați în urma vaccinărilor persistă mai mulți ani în "memoria" imunologică a persoanei inoculate. Adesea sunt necesare "rapeluri" pentru a relansa mecanismul imunologic la fiecare cinci sau zece ani. Această imunitate activă se opune imunității pasive obținută injectând seruri (serul antitetanic, gamma-globulină etc.) care sunt imunoglobuline (anticorpi). Anticorpii ("străini") introduși prin seruri au o acțiune limitată în timp (circa trei săptămâni), în timp ce anticorpii fabricați de organism persistă mult mai mult timp.

Orice mamă trebuie să fie convinsă că vaccinările constituie cel mai sigur mijloc de apărare împotriva unor infecții care pun viața în pericol sau lasă sechele grave pentru întreaga existență a copilului (rujeola, inflamații ale creierului și/sau pneumonii grave, paralizia infantilă cu paralizii definitive ale unor segmente ale corpului etc.). Trebuie știut însă că toate vaccinurile pot determina unele reacții neplăcute, dar în general rare și fără urmări. În general după vaccinare pot apărea

Acestea vor avea în vedere antropometria (măsurătorile), examenul clinic complet, evaluarea psihomotorie etc.

Dintre acestea apreciem ca foarte importante pe cele de la 4 ani (grădiniță), 6 ani (intrarea în școala elementară) și cel de la debutul pubertate (10-11 ani).

roșeață și umflătură la locul injecției, febră și indispoziție. Când mama observă reacții secundare trebuie să anunțe medicul de familie.

8.3.1. Vaccinul BCG sau vaccinul contra tuberculozei

Vaccinarea antituberculoasă prin BCG a fost pusă la punct de francezii Calmette și Guérin de unde și inițialele C. și G. asociate la bacilul Koch atenuat obținut în 1913. Este un produs pentru profilaxia tuberculozei.

Se administrează la nou-născuți între vârsta de 4 zile și 2 luni. Vaccinarea se practică la brațul stâng în treimea medie. Injecția se face cu o seringă de unică folosință de 0,5 sau 1 ml, prevăzută cu ac pentru inocularea intradermică.

Nu se face la nou-născuții subponderali (sub 2 500 g), cu boli febrile concomitente, boli acute de piele, cu deficit imunitar sau infectați cu virusul SIDA care prezintă simptome.

Eficacitatea. Vaccinarea cu BCG nu asigură o protecție absolută împotriva tuberculozei, mai ales după o contaminare masivă, dar s-a probat o protecție contra formelor grave: 80% pentru meningită și miliaria (tuberculoză pulmonară gravă), 50% pentru alte forme de tuberculoză la copii vaccinați și la care s-a dezvoltat o alergie la tuberculină.

Toleranță foarte bună cel mai adesea. Riscurile de becegită (reacții locale violente și prelungite) și adenite (vezi mai jos) sunt foarte, foarte rare.

Reacții postvaccinare normale. În unele cazuri, după 24-48 ore în jurul punctului de inoculare a vaccinului poate apărea o roșeață fără semnificație

patologică și care durează 2-3 zile. În decurs de 1-3 săptămâni de la vaccinare la locul înțepăturii se formează un mic nodul care crește în dimensiuni timp de 1-2 săptămâni, putând să atingă 18-20 mm diametru. Baza nodulului este ușor întărită, iar pielea care îl acoperă devine roșie și lucioasă. În majoritatea cazurilor, partea periferică a nodulului devine roz-pal, iar partea centrală roșu-închis, apoi violacee. La acest nivel, pielea se subțiază până la apariția unui orificiu prin care se elimină conținutul nodulului. Această ulcerare cu scurgerea unei secreții murdare timp de săptămâni de zile, este urmată de o crustă centrală înconjurată de o zonă de culoare roșie. Cu timpul, crusta se elimină și la locul inoculării rămâne o cicatrice depigmentată (un "semn") și ușor deprimată față de țesutul care o înconjoară. În unele cazuri se formează o ulcerare superficială cu diametrul de 10-20 mm, care supurează ușor și evoluează mai lent spre cicatrizare. Reacțiile vaccinale durează aproximativ 3 luni, iar cele ulcerate 4-6 luni. Nu se face, în general, nici un tratament. Supurațiile abundente se dezinfectează local cu alcool. Se face baie în mod obișnuit, cel mult se aplică în timpul scufundării în apă o compresă sterilă. Nu se stoarce. Uneori se observă o adenopatie (mărire a ganglionilor) din axila brațului respectiv.

Toate aceste reacții nu se însoțesc de febră și nici de modificări ale stării generale.

Reacții postvaccinale adverse. Se consideră ca reacții mai serioase mărirea ganglionilor cu peste 10-15 mm și adenitele supurate. Sunt excepționale. Părinții vor anunța medicul de familie care îi va îndruma la Dispensarul T.B.C. teritorial.

8.3.2. **Difterie, tetanos, tuse convulsivă (vaccinul DTP)**

Vaccinările împotriva difteriei, tusei convulsive (pertussis, tusea măgărească) se fac în vaccin-combinat într-o singură înțepătură (vaccinul DTP). Acest vaccin este necesar și trebuie administrat multă vreme după o anumită schemă (vezi planul vaccinărilor). Ca reacții secundare se observă uneori creșterea temperaturii până la 39°C. Unii copii sunt neliniștiți și țipă chiar ore întregi. Reacții mai de temut pot surveni din partea fracțiunii pertussis

la sugarii cu suferințe nervoase în trecut (scorul Apgar mic la naștere, encefalopatii grave, epilepsii, meningoencefalite în antecedente, diabet, cardiopatii decompensate, nefropatii). Temporar, vaccinarea este contraindicată în caz de stări febrile, boli infecțioase acute, alergii manifeste.

Difterie. Tetanus. (DT). Când un copil nu poate fi vaccinat împotriva tusei convulsive se va administra numai combinația difterie-tetanos (DT). Protecția vaccinului durează ani de zile.

Reacții secundare. Febra este rară și numai mică. Numai ocazional apare umflare și roșeață la locul injecției. Rareori lasă ca urme un mic nodul dur care poate persista luni de zile și care cu timpul dispare. Când copilul are reacții mai puternice trebuie anunțat medicul. Vezi planul vaccinărilor.

Planul (calendarul vaccinărilor) (tabelul 8.1).

TABELUL 8.1

SCHEMA DE VACCINARE RECOMANDATĂ PENTRU COPII ȘI ADOLESCENȚI ÎN CADRUL PROGRAMULUI NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI ÎN ANUL 2000

Vârsta recomandată	Vaccinul	Comentarii
0-7 zile	BCG, Hep B	În maternitate
2 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
4 luni	DTP, VPOT,	Simultan
6 luni	DTP, VPOT, Hep B	Simultan
9-11 luni	Ruj	
12 luni	DTP, VPOT	Simultan
30-35 luni	DTP	
7 ani (clasa I)	DT, Ruj	Campații școlare
9 ani (clasa a III-a)	VPOT, Hep B	Campații școlare
14 ani (clasa a VIII-a)	DT, BCG	Campanii școlare
24 ani	DT	Și la fiecare 10 ani, ulterior
Studenți anul I respectiv elevi anul I, de la facultățile de medicină și stomatologie, respectiv de la școlile sanitare postliceale	Hep B	Campanii școlare

DTP Vaccin anti-diftero-tetano-pertussis

VPOT Vaccin anti-polio oral trivalent

Hep B Vaccin contra hepatitei B

Ruj Vaccin anti-rujeolic

BCG Bacil Calmette Guérin (vaccin anti-tuberculos)

DT Vaccin bianatoxina diftero-tetanică (se utilizează după vârsta de 14 ani)

Notă: a) Pentru administrarea tuturor vaccinurilor se vor utiliza numai seringi și ace de unică folosință. b) Schema a fost prelucrată din Protocoalele în îngrijirea copilului, vol. 2, pag. 54, redactată de I.O.M.C.

8.3.3. Tetanus

Sugarii și copiii mici primesc prin vaccinările ce se fac după Planul vaccinărilor constituit de Ministerul Sănătății și Familiei vaccinul împotriva rănilor infectante (sau murdare) prin combinația de difterie-tetanus sau difterie-tetanus-pertussis (DTP) sau chiar cu alte combinații (Haemophilus).

Pentru o apărare sigură, vaccinarea antitetanică trebuie efectuată toată viața, la fiecare 10 ani, iar în caz de răniri la 5 ani.

Reacții secundare. Vaccinarea antitetanică este, de regulă, bine tolerată. Foarte rar pot surveni o întărire și o roșeață la locul injecției, care nu necesită vreun tratament.

8.3.4. Poliomielite (paralizia infantilă)

Boală groaznică. În cursul și după epidemiile de paralizie infantilă rămăneau sute și chiar mii de oameni cu paralizii parțiale sau ale tuturor grupelor musculare periferice. Îmi amintesc cum prin anii 1945-1946 când apărea o epidemie de paralizie infantilă, echipe de studenți medici erau mobilizate în Gara de nord pentru a "ridica" și "duce" la Spitalul de boli infecțioase "Colentina" persoanele care pleaseră de acasă pe "picioare" și în tren paralizaseră. Spaima era cumplită și în colectivitățile de copii (creșe, cămine și grădinițe) unde, în afară de "izolare" și de suspendarea tratamentelor injectabile, toate celelalte măsuri erau iluzorii.

Numai descoperirea vaccinului contra poliomielitei în anul 1954 și punerea în practică a vaccinării în masă a reușit să stăvilească apariția bolii.

Se pare că poliomielite a dispărut în România și în țările industrializate din anul 1954. Există două feluri de vaccin contra poliomielitei: *Vaccinul oral viu-atenuat Sabin* este cel mai folosit. La noi în țară este cel ales. Oferă o bună protecție. Este contraindicat în caz de deficit imunitar și la femeile însărcinate, la care poate provoca o poliomielite vaccinală, cel mai adesea benignă. Se ia cu lingurița sau pe o bucată de zahăr. Când

copilul îl dă afară (îl "scuipă", îl regurgitează, sau îl varsă), este prudent să i se dea a doua doză. Sugarul va fi ținut în brațe, iar copilul culcat pe spate, cu brațele fixate. Unii preferă să-l dea cu o seringă fără ac.

Trebuie să se evite să se dea acest vaccin la copiii care suferă de diaree, pentru că eficacitatea sa este atenuată și accentuează sindromul diareic.

Administrarea pe gură a vaccinului antipoliomielitic se face în același timp cu injecția cu vaccin DTP.

Vaccinul omorât injectabil Salk este mult mai scump. El dă o mai bună protecție individului, dar nu acționează la nivelul intestinului contrar vaccinului viu. El se practică pe cale injectabilă, asociat cu DTP.

Reacții secundare. În cazuri rare scaunele devin moi pentru una până la două zile. Nu se ia nici o măsură; cel mult în loc de ceaiuri se va da apă (decoct) de orez (vezi pag. 224). Rareori se observă o diminuare a apetitului.

8.3.5. Haemophilus influenzae typ b

Bacteria *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) produce o serie de infecții grave, care pun în pericol viața copilului: meningita, infecțiile pulmonare, laringita, otita medie. Vaccinarea se poate face simplă sau combinată cu DTP. După a treia inoculare apărarea imunitară durează ani de zile. Copiii fără imunizarea de bază pot fi apărați până în al patrulea an de încă o injecție.

Reacții secundare. Vaccinarea este foarte bine tolerată. Febra se combate cu Paracetamol sau Nurofen, iar roșeața cu o compresă umedă cu apă rece. Pentru reacții mai violente se anunță medicul.

8.3.6. Vaccinul antirujeolos (VVR)

Vaccinul viu antirujeolos (VVR) conține virus rujeolos viu atenuat. Conferă o protecție împotriva rujeolei de circa 90%. Este bine tolerat și complicațiile sunt excepționale în comparație cu cele produse de rujeola naturală.

Vârsta. Vârsta medie la care poate fi administrat este între a 12-a și a 16-a lună de viață. Poate fi administrat de la vârsta de 9 luni. Sub această vârstă (9 luni) sugarii pot să răspundă la vaccinare, datorită anticorpilor transmiși de la mamă. Revaccinarea se face la 6-7 ani (clasa I).

Calea de administrare: subcutanată (sau intramusculară).

Prezentare: izolat (recomandat oficial la noi); asociat rujeolă-rubeolă-oreion la noi în țară facultativ; în alte țări (Germania, Franța, Anglia; SUA este asociat).

Toleranță: foarte bună toleranță la locul injecției; între a 5-a și a 12-a zi după vaccinare este posibil să apară reacții care amintesc semnele rujeolei (febră, secreție nazală, apetit diminuat, somnolență sau agitație și erupție rujeoliformă ușoară).

Vaccinarea oricărui copil care ar fi făcut boala sau care ar fi fost vaccinat este fără riscuri. În consecință vaccinul triplu rujeolă-rubeolă-oreion se poate face la orice vârstă. Această vaccinare se poate face chiar dacă subiectul respectiv a fost imunizat față de una din aceste boli prin boală sau vaccinare.

Contraindicații: boli infecțioase acute cu afectarea stării generale (amigdalite, pneumonii, otite etc.), tuberculoză evolutivă, boli transmisibile și infecțioase pe o perioadă de 14 zile de la începutul fazei acute, copii tratați cu steroizi (cortizon), citostatice și iradiieri (cancer) sau cu SIDA, alergii severe. De asemenea, nu se vaccinează copiii care sunt în contact strâns cu femei gravide.

8.3.7. Vaccinul contra hepatitei B (vaccin inactivat)

Este un vaccin antiviral inactivat preparat dintr-o fracțiune antigenică și neinfecțantă. Produce o imunitate împotriva hepatitei B în proporție de circa 90%. Imunitatea apare la o lună după a doua injecție și persistă circa 5 ani.

În planul de injecții de la noi sunt prevăzute inoculări: la nou-născut, la 2 luni, la 6 luni, între 7 și 9 ani și la studenții de la facultățile de medicină și stomatologie, respectiv de la școlile sanitare postliceale.

Mod de administrare: la sugari și copii mici în coapsă, iar la adulți în mușchiul deltoid (braț). Injecții intramusculare; calea subcutanată se folosește în caz de risc hemoragic grav (hemofilie etc.).

Contraindicații: infecții febrile severe.

Efecte nedorite (rare și benigne): durere locală moderată (20 la 25%) și/sau febră ușoară, care durează mai puțin de 24 ore, indurație locală foarte rară (7%), grețuri și/sau diaree (foarte, foarte rare).

În pagina 325 este reprodus textul despre "Vaccinări" din volumul al 2-lea de "Protocoale în îngrijirea copilului", publicat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu".

8.4. Creștere. Dezvoltare. Evaluări

În cadrul măsurilor de prevenire în asistența copilului, un obiectiv esențial este *diagnosticul precoce al dezvoltării*.

Prin termenul de "dezvoltare" se înțelege ansamblul fenomenelor care participă la transformarea progresivă a ființei umane de la concepție până la vârsta adultă.

Dezvoltarea fizică este rezultatul unui proces de creștere și a unui proces de *maturație*.

Creșterea somatică este creșterea corporală, este mărirea în lungime (talie), greutate, în suprafață sau în volum a diferitelor părți ale corpului, ale tuturor organelor și țesuturilor ce-l compun.

Maturația reprezintă mai mult de un proces de multiplicare, o *perfecționare* a structurilor și funcțiilor

lor în evoluția spre starea adultă (ex.: maturația neuromotorie, dentară, sexuală etc.).

Dezvoltarea psihică interesează diferite sectoare. Ele sunt separate din rațiuni didactice și practice. Astfel se pot distinge: o dezvoltare motorie, senzitivă, cognitivă, afectivă și socială. De fapt, toate acestea sunt interdependente și denumite în general psihomotor.

8.4.1. Dezvoltarea somatică (corporală, fizică)

Factorii care intervin în dezvoltarea somatică sunt:

Mama și copilul

- cu rolul cel mai important: genetici și rasiali; talia copiilor se evaluează în funcție de talia părinților;

- nutriționali: taliile mici sunt legate de carențe nutriționale;

- endocrinieni: hormonii care intervin în primul rând în mecanismul de reglare executând programe "genetice" sunt: în primul rând hormonul de creștere (staturală), dar și hormonii tiroïdieni și sexuali (de maturare);

- psihoafectivi: un mediu foarte nefavorabil poate fi responsabil de unele nanisme zise "psihoafective".

În practică, creșterea este evaluată prin măsurările taliei, greutateii, perimetrului cranian și examenul dentiției.

8.4.2. Curbele ("culoarele") de creștere

Așa cum s-a scris în cuprinsul acestei cărți (capitolele în care se prezintă examenele lunare la sugar și anuale la copilul mai mare), de fiecare dată au fost măsurate: greutatea, talia, perimetrul cranian.

- în fiecare lună până la vârsta de 6 luni;
- în fiecare lună sau la 2 luni până la un an;
- apoi mai spațiate: până la 3 ani de 4 ori pe an (trimestrial), și 1-2 ori pe an până la 18 ani.

La examenele periodice prevăzute de I.O.M.C., de fiecare dată medicul măsoară greutatea, talia (lungimea), perimetrul cranian (până la 5 ani) și perimetrul toracic (0-2 ani). Familia va consemna pe caietul întocmit din momentul nașterii măsurătorile periodice. După vârsta de 2 ani este recomandabil să se însemne pe tocul unei uși din apartamentul familiei progresele anuale staturale.

În Carnetele de sănătate folosite legislativ în străinătate, "Carnetul meu" publicat de I.O.M.C. urmărirea creșterii se face prin *curbe de creștere*.

În prima parte a acestei cărți sunt descrise tehnica acestor măsurători (greutate, lungime, perimetre).

Parametrii de creștere ai fiecărui copil sunt trasați (de către medic sau părinți) și se compară cu datele înscrise în curbele de creștere ale unei populații de referință. Datele antropometrice trasate

de aceste curbe sunt acceptate de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) încă din 1979 ca standarde internaționale. Cifrele obținute la fiecare măsurătoare sunt notate pe acest grafic și comparate cu curbele de creștere internațional-valabile tipărite pe aceste reprezentări grafice. În paginile următoare sunt preluate din "Carnetul meu" elaborat de I.O.M.C. (pag. 331).

Curbele de creștere astfel obținute permit:

- pe de o parte să se compare un copil cu media vârstei, reprezentată pe curbele de creștere cu standardele internaționale;

- pe de altă parte, să se aprecieze dinamica creșterii proprii (viteza de creștere).

Curbele sunt exprimate în deviații standard (DS).

Datele obținute pot, de asemenea, să fie cifrate în centile. Evaluările se fac în ordine crescândă (mediana situându-se la 50 centile): 50% dintre copii se situează deasupra acestei mediane și 50% dedesubt de aceasta. O populație normală se situează între a 3-a și a 97-a centilă. Această metodă de referință este mai potrivită pentru greutate. La noi în țară, nu s-a generalizat folosirea curbelor de creștere. În plus, în tabelul 8.2 sunt prezentate câteva repere în evoluția normală a greutateii, taliei și perimetrului cranian.

TABELUL 8.2

REPERE DE CREȘTERE (CIFRE MEDII)

Vârsta	Greutatea		Lungimea		Perimetrul cranian 32 cm
	Fete	Băieți	Fete	Băieți	
Naștere	3000	3200	50 cm	52 cm	
3 luni	5300-5500	5750-6000	60 cm	60 cm	39-40 cm
6 luni	7000-7200	7400-7600	64	65	42-43
9 luni	8000-8500	8000-9000	68	69	44
1 an	9200 (de 3 ori greutatea de la naștere)	9700-10000	72	74	45-47
4 ani	16 kg	16 kg	102	104	50 cm
6 ani	21 kg	24 kg	118	124	50-52 cm
8 ani	26 kg	26 kg	130	129	-
10 ani	32,5 kg	32,5 kg	140	140	-
12 ani	41,5 kg	40 kg	153	150	-
14 ani	52,5	50 kg	162	163	-

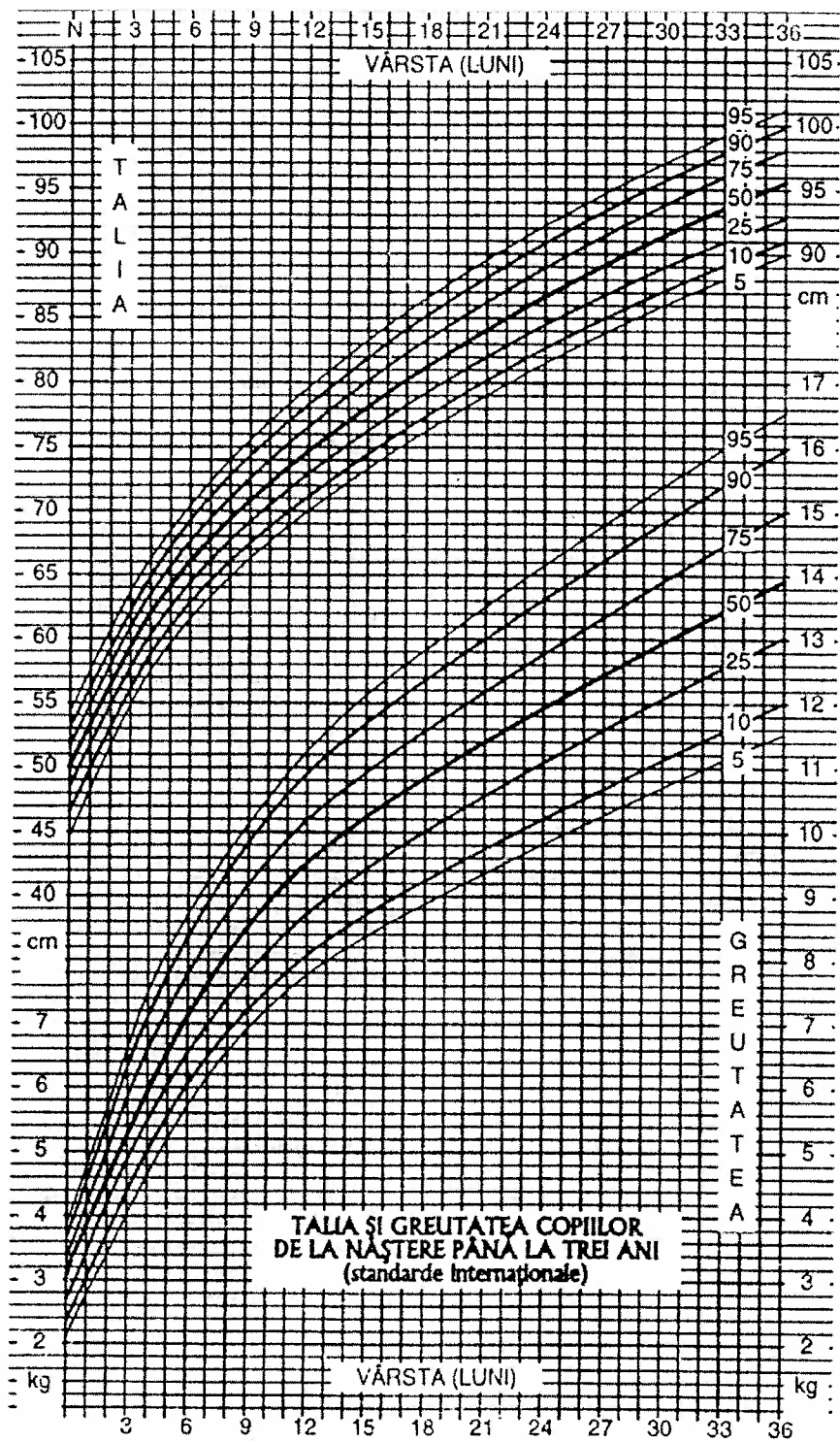
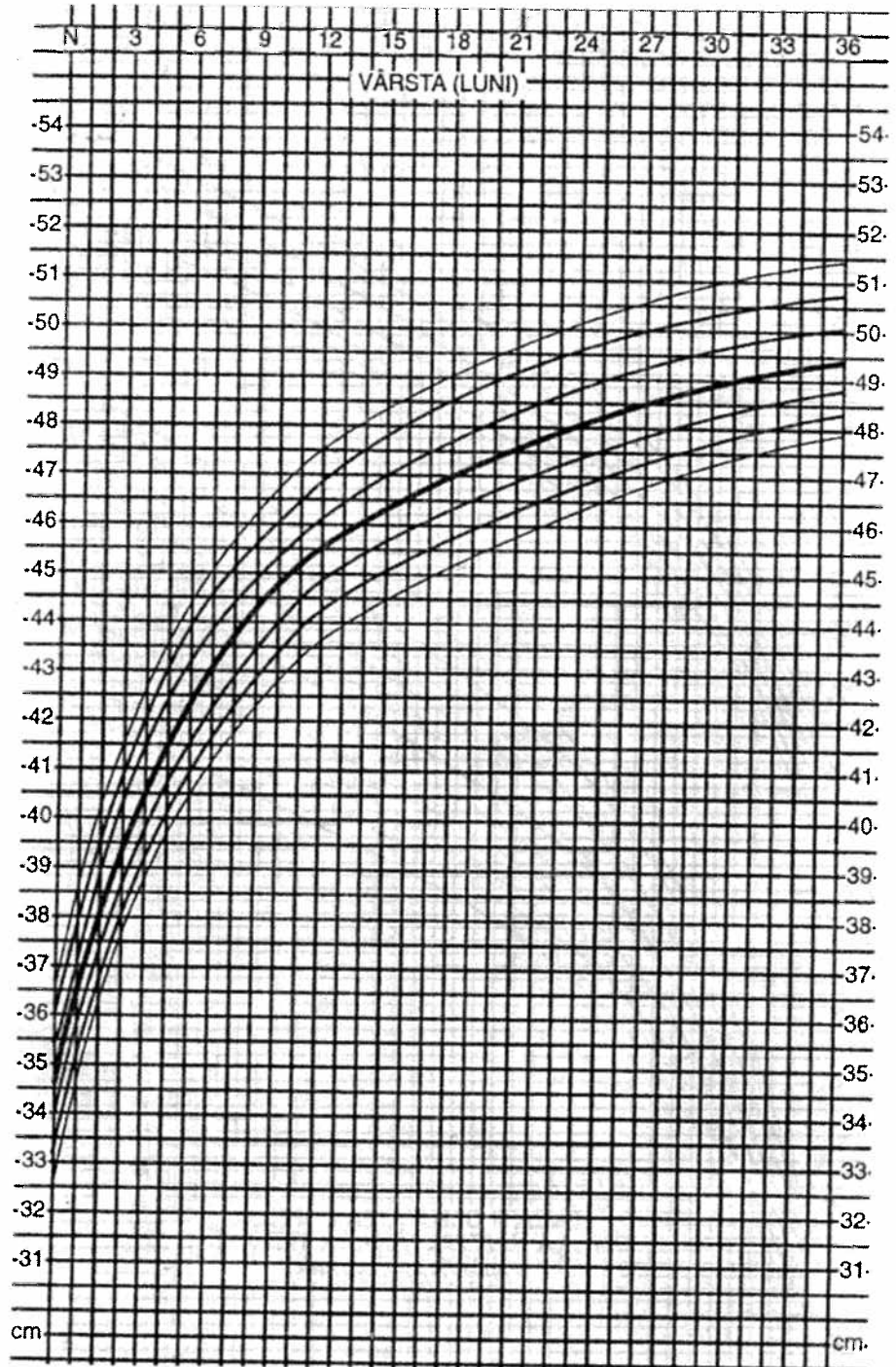


Fig. 8.1.



PERIMETRUL CRANIAN DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA 36 LUNI
(standarde internaționale în percentile)

Fig. 8.2.

Trebuie reamintit că, atunci când un copil crește, el nu ia numai în greutate și lungime, ci se dezvoltă psihic și social. Fiecare copil are propriul său "tempo" și măsurătorile trebuie apreciate în linii mari. În ce privește dezvoltarea psihică și socială, situațiile sunt și mai dificile. Granițele normalului sunt și mai greu de delimitat. La examenele medicale periodice, medicul întrebă pe părinți despre observațiile lor și este singurul în măsură să-și dea cu părerea și să răspundă la întrebările și îndoielile părinților.

8.4.2.1. Prea mare sau prea mic?

Cât va fi de mare? Așa cum s-a spus mai sus, talia ține de factorul genetic (moștenit). Cât despre înălțimea aproximativă pe care o va avea la vârsta adultă, părinții pot face următorul calcul:

Pentru băieți: $\frac{\text{talie tatălui} + \text{talie mamei}}{2} + 6 \text{ cm.}$

Pentru fete: $\frac{\text{talie tatălui} + \text{talie mamei}}{2} - 6 \text{ cm}$

8.5. Câteva sublinieri despre alimentație

În primele luni de viață, copilul primește numai alimente gata preparate. După aceea bazele unei alimentații corecte sunt aceleași ca și pentru alimentația adultului: multe fructe și zarzavaturi, cereale, lactate, puțină carne și mezeluri, cu evitarea excesului de dulciuri și limonade furnizate comercial.

8.5.1. Primele 4 luni: perioada laptelui

Cea mai bună soluție pentru sugar în primele luni de viață este alimentația la sân. Laptele de mamă conține tot ce trebuie pentru sănătatea copilului; creștere, componente care-l apără împotriva infecțiilor. Din incidentele ușoare ale alăptării care dau uneori mult de furcă mamei sunt "colicile".

Ce trebuie să știe o mamă: NU poate alăpta:

- în cazul în care suferă de o boală infecțioasă;
- dacă fumează;
- dacă ia unele medicamente ca: preparate cu ergotamină, tireostatice, sulfonamide.

Mama trebuie să aibă o alimentație corectă în toate, îndeosebi lichide, lactate, fructe, zarzavaturi, cereale, carne, pește; să evite alimente care au gust sau miros neplăcut (ardei, usturoi, piper, ceapă etc.) sau care fac rău mamei.

Tot mai recent, se insistă asupra prezenței peștelui în alimentația mamei.

De subliniat că alăptarea este bine să se înceapă cât mai repede după naștere (în prima oră!) cu punerea nou-născutului la sân. De la 3 sau 4 zile de la naștere nou-născutul are nevoie de 5 până la 6 mese pe zi "la cerere".

Când mama nu poate alăpta, se va trece la produse industriale de lapte pentru sugari, denumite "formule" sau preparate adaptate (cu prefix Pre-) sau parțial adaptate (produse de start, de durată). Ambele forme sunt tot așa de bune. La sugarii alergici, care nu tolerează produsele mai sus amintite se poate apela la produsele hipoalergice (notate cu HA).

În situații deosebite, de condiții socio-economice precare, de obicei în mediul rural, în mod excepțional, se poate da sugarului lapte de vacă diluat cu apă după vârsta sugarului și cu adaos de zahăr, făină de orez și ulei de floarea-soarelui (vezi pagina 115). Deși este mai ieftin, laptele de vacă modificat prin procedee casnice implică mari riscuri: nu se realizează cantitățile, proporțiile și formele apropiate de laptele matern, iar în drumul lung de la producător la consumator adesea survin încălcări ale curățeniei și păstrării corespunzătoare. Aceasta duce la alterarea și/sau infecția laptelui respectiv la îmbolnăvirea sugarului.

8.5.2. Din a 5-a lună: diversificarea

Prin "diversificare" se înțelege introducerea în alimentația sugarului pe lângă lapte (la sân sau din produse adaptate sau parțial adaptate) a unor alimente de origine vegetală sau animală (cereale, zarzavaturi, fructe, carne, pește, gălbenuș de ou) sub formă solidă.

Spre deosebire de trecut, unele mame sunt nedumerite că în prezent diversificarea se poate începe la 4 luni și că de-abia la 5 luni trebuie să se introducă alt aliment decât laptele. Mai mult, repetăm, sugarul alimentat la sân nu are nevoie de alte alimente în afara laptelui de mamă. În ce privește diversificarea sunt încă unele controverse. Școala americană începe diversificarea cu o masă de lapte cu cereale, în timp ce Școala europeană (Germania, Austria, Elveția, Țările Europei Centrale și cele Nordice) introduc mai întâi masa de legume (vezi fig. 3.8 B, pag. 149; fig. 3.8.C, pag. 150; tabelul 3.1, pag. 125).

Între 4 și 5 luni se înlocuiește o masă de lapte cu o masă de cereale la început de orez (fără gluten) cu sau fără fructe (de tipul bananelor și merelor).

După 5 luni se mai înlocuiește încă o masă de lapte (cea de la "prânz"). La început cu piure de morcovi care se introduce treptat și în cantități mici. Când se ajunge la circa 100 g se adaugă puțin ulei de floarea-soarelui ($\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ linguriță) și ceva cartofi. Spre 6 luni se ajunge la o masă completă de piure de morcovi și cartofi plus și alte zarzavaturi colorate (verzi sau/și galbene), ulei de floarea-soarelui și carne de pasăre sau vită (3-4 ori pe săptămână). În săptămânile următoare se introduce și gălbenușul de ou proaspăt (de 2 ori pe săptămână).

La 7 luni: iaurtul simplu sau cu adaos de cereale, fie cu biscuiți măcinați.

La 8 luni: tot felul de zarzavaturi, orez, tăieței, de încercat ca zarzavaturile să fie sfărâmate cu furculița.

Între 8 și 9 luni, se poate da în loc de produse pentru copii ("formule", lăpturi parțial adaptate), lapte de vacă integral (3,5% grăsimi).

La un an copilul poate să mănânce din meniul familiei. Lactatele rămân alimente permanente în meniul zilnic al copilului.

După aceea copilul este bine să mănânce cu familia. Pentru ca mesele să se desfășoare fără evenimente negative și să nu survină "lupte", v-am sugera câteva idei:

- Nu forțați copilul să mănânce;
- Realizați o atmosferă destinsă;
- Este benefică *regularitatea*; încercați să mâncați la aceeași oră și în același loc. Nu lăudați prea mult copilul chiar dacă a mâncat tot;
- Copiii preferă să li se dea legumele, cartofii, carnea, fructele separate pe farfurie și nu în amestec (piure);
- Majoritatea copiilor nu doresc meniuri variate, acceptând aceeași mâncare pe durată lungă;
- Dulciurile și lichidele îndulcite, date între mese, umplu stomacul, dau senzația de sațietate și reduc pofta de mâncare;
- Orice formă de alimentație care prevede o dietă cu un singur tip de alimente, cu înlăturarea substanțelor nutritive esențiale implică riscuri pentru sănătate, în general, iar la copil pentru dezvoltare.

8.5.3. Grupe de alimente

Pentru asigurarea unei creșteri armonioase, este necesar ca la copilul de toate vârstele (sugar, copil mic, școlar, adolescent) să fie prezente toate elementele nutritive indispensabile creșterii printr-o alimentație echilibrată și adaptată funcțiilor digestive, hepatice și renale. Aceste elemente nutritive (sau nutrimente) sunt aduse prin alimente (hrană).

Alimentele sunt clasificate din punct de vedere nutrițional (tabelul 8.3). În interiorul aceluiași grup, alimentele posedă caracteristici comune care permit a le înlocui unele cu altele și a varia astfel alegerea.

De notat că laptele este alimentul exclusiv în primele luni de viață ale sugarului și permite să se acopere totalitatea nevoilor nutriționale.

În tabelul 8.3 sunt reprezentate cele 7 grupe de alimente.

TABELUL 8.3

CELE ȘAPTE GRUPE DE ALIMENTE
(după Chr. Courton, J. Ph. Lisardet, Sylviane Machinot, 1993)
(modificat)

Diferite grupe	Reprezentate prin alimentele următoare	Aporturi în comun	Caracteristici
1 - Lăpturi și alimente lactate	Formule de lapte (lăpturi adaptate, parțial adaptate, de durată). Alte lăpturi: laptele de vacă și derivatele sale (brânzeturii, iaurt)	Protide și lipide animale, calciu, fosfor, vitaminele A, B, D, fier (în lăpturile de continuare)	Alimente plastice (de creștere)
2 - Alimente carmate și pește 2 a-Mezeluri, paste, tocături, măruntaie, cârnați	carne, pește, ficat, ouă	Protide și lipide animale, fosfor, vitaminele A și B ₁₂	Alimente plastice
3 - Materii grase 3 a	Unt, creme proaspete, smântână Uleiuri vegetale, margarină	Lipide animale, vitaminele A și D Lipide vegetale (acid linoleic, vitamina A)	Alimente energetice
4 - Feculente (cereale)	Fămurii pentru copii, orez, griș, paste, pâine, biscuiți, cartofi, legume uscate	Amidon (glucide), protide, vitamina B ₆	Alimente energetice
5 - Vegetale 5 a	Zarzavaturi și fructe proaspete, oleaginoase Fructe (uleioase) uscate	Glucide (glucoză, zaharoză, fructoză), pentru amidon, celuloză-fibre, vitamina C, potasiu, fier, sodiu Lipide vegetale, proteine vegetale, zaharoză, fibre, margarină	Alimente protectoare Alimente energetice
6 - Produse zaharoase	Zahăr, prăjituri, miere, bomboane, jeleurii, ciocolată	Zaharoză	Alimente energetice
6 a - Produse îndulcite	Patiserie, prăjituri cu cremă sau frișcă, biscuiți, înghețată	Lipide și produse animale, zaharoză	
7 - Băuturi	Ceaiuri îndulcite, compoturi, băuturi manufacturate (cola, limonade etc.), apă minerală, sucuri de fructe sau zarzavaturi concentrate sau diluate, apă potabilă, apă plată etc.	Lichide, vitamine, minerale, fructoză	Asigură nevoia de lichide și vitamine (minerale, vitamine, fructoză, alcool)

8.5.3.1. Alimentele din grupa 1

Alimentele din grupa 1 constituie baza alimentației sugarului și copilului mic pentru că aduc elementele necesare creșterii (mai ales proteinele, calciul și fosforul). Sunt alimente care trebuie să fie în meniul zilnic al copiilor de toate vârstele. Din cauza caracteristicilor nutriționale comune, se pot substitui unele cu altele la copilul mic și școlar după următoarele echivalențe:

$125 \text{ ml lapte} = 1 \text{ borcan de iaurt de } 125 \text{ g}$
 $100 \text{ g brânză de vaci} = 4 \text{ mici triunghiuri de brânză topită} = 30 \text{ g de brânză telemea}$.

8.5.3.2. Alimentele din grupa a 2-a

Alimentele din grupa a 2-a devin utile în cursul diversificării. Cărnurile, peștele, ouăle și/sau ficatul vor fi date în jurul vârstei de 6 luni, sub formă omogenizată (mixată sau foarte, foarte fin tăiată) și mai târziu sub formă de bucăți mici (perişoare, chifteluțe), când copilul va ști să mestece. Ele sunt introduse în pireul de legume în cantități de circa 30 g de la 6 luni la un an și de 50 g până la vârsta de 2 ani. Previn și/sau contribuie la tratamentul anemiei carentiale.

Echivalențele permanente permit alegerea alimentelor din grupa a II-a.

$50 \text{ g carne} = 50 \text{ g pește} = 1 \text{ ou}$

8.5.3.3. Alimentele din grupa a 3-a

Alimentele din grupa a 3-a, respectiv materiile grase, sunt alimente energetice și purtătoare de vitamine A, D și E. Aceste vitamine sunt distruse prin fierbere sau prăjeală prelungită. Consumate crude în cantități raționale sunt alimente necesare digestiei și echilibrului alimentar. În exces, duc la obezitate.

8.5.3.4. Alimentele din grupa a 4-a

Alimentele din grupa a 4-a (feculentele) sunt alimente furnizoare de energie. Consumate în mod rațional, ar trebui să figureze în orice meniu zilnic, alături de alimentele din grupa 1 și a 2-a.

8.5.3.5. Alimentele din grupa a 5-a

Alimentele din grupa a 5-a (vegetale) trebuie să figureze în toate zilele în alimentația copiilor începând de la vârsta de 6 luni și până la cea de adult. Nu îngrașă, potolesc foamea la mâncăi, asigură nevoile de lichide, de "fibre", săruri minerale și de unele vitamine.

8.5.3.6. Alimentele din grupa a 6-a

Alimentele din grupa a 6-a (produsele îndulcite). Sunt alimente "de plăcere" al căror gust este foarte apreciat de majoritatea copiilor. Date în cantități raționale, contribuie la completarea rației calorice a copilului. Date între mese și/sau în exces reduc pofta de mâncare și contribuie la instalarea obezității, a cariilor dentare și a unor carențe (anemie, hipocalcemie etc.).

8.5.3.7. Băuturile

Este necesar să se acopere nevoile de lichide dând copiilor apă de bună calitate (apă plată, apă din fântâni cu apa potabilă, apă fiartă și răcită), sucuri de fructe diluate, zeamă de compot, apă minerală.

Sunt interzise: băuturile alcoolice, cola (la copiii mici și mijlocii), sucurile cu aditive interzise etc.

8.5.4. Reguli de alimentație

Societatea germană pentru alimentație a recomandat următoarele 10 reguli:

- prima regulă: de toate - dar nu mult;
- a 2-a regulă: mai puțină grăsime și mai puține alimente bogate în grăsimi;

- a 3-a regulă: aromat, dar nu sărat;
- a 4-a regulă: puțin îndulcit;
- a 5-a regulă: mai multe produse cu cereale integrale;
- a 6-a regulă: zarzavaturi și fructe din belșug, cartofi (nu prăjiți!);
- a 7-a regulă: mai puține proteine animale;
- a 8-a regulă: să bea rațional;
- a 9-a regulă: mese dese și mici;
- a 10-a regulă: mâncarea să fie pregătită cu gust, cu atenție și frumos prezentată.

8.5.5. Repartizarea meselor principale și a gustărilor

Se recomandă 3 mese principale și 2 gustări.

Masa de dimineață trebuie să fie bogată și variată cu alimente aducătoare de energie și de substanțe nutritive absolut necesare vieții.

Gustarea de la ora 10 se recomandă atât la preșcolar, cât și la școlar. Este o masă "ușoară".

Masa de prânz: este în general cea mai importantă din cuprinsul unei zile, trebuind să ofere atât substanțe nutritive furnizoare de energie, cât și pentru creștere. *Această masă trebuie să fie caldă.*

Gustarea de după amiază este importantă mai ales pentru activitatea corporală în sport și joc. Dar nu trebuie să fie copioasă.

Masa de seară nu trebuie să fie servită prea târziu și să fie mai ușoară.

De insistat. Copilul primește apă când vrea și cât vrea. Pe lângă apă de bună calitate, este bine să se dea copilului băuturi (sucuri) din zarzavaturi (morcovi, tomate) sau din fructe de sezon, diluate și fără adaos de zahăr sau miere. Apa minerală cu concentrații mai mici de minerale și oligoelemente poate fi dată periodic.

8.6. Profilaxia rahitismului

Rahitismul se datorește carenței în vitamina D. Nevoile la sugar sunt de 400 la 1 000 unități internaționale (u.i.) pe zi.

Aportul alimentar de vitamina D este foarte slab. Chiar laptele matern nu conține decât 30 la 100 u.i.

pe zi. Majoritatea vitaminei D este sintetizată la nivelul pielii unde anumiți steroizi inactivi (pre-vitamina D) sunt activați prin razele ultraviolete ale soarelui.

Vitamina D permite absorbția intestinală activă a calciului, iar pe de altă parte mineralizarea osu-

lui (fixarea calciului în oase) și eliminarea urinară a calciului.

Semnele clinice apar între 3 luni și 2 ani. Amintim câteva:

Cranio-tabesul. Prin aceste semne se desemnează o înmuierie (zona de ramoliment) a boltei craniene în zona parieto-occipitală. La palparea oasele dau impresia unei mingi de celuloză (ping-pong). Acest semn are valoare numai dacă persistă dincolo de 4-5 luni.

Brățări. La nivelul pumnilor apar bureleți epifizari, vizibili și palpabili, traducând lărgirea extremităților inferioare ale radiusului (antebraț) și tibiei.

Torace. Semnul caracteristic vizibil și palpabil se cheamă "mătăniile costale" și apare sub formă de nodozități costale de ambele părți și simetrice, dispuse de fiecare parte a peretelui costal după o linie oblică în jos și în afară. Semn caracteristic și ușor de diagnosticat, dar foarte rar în ultimul timp prin administrarea corectă și generalizată de vitamină D. Tot la nivelul toracelui pot să mai apară: șanț submamelonar, evazarea marginilor coastelor și "înfundarea" sternului.

Membre inferioare. Mai des se întâlnesc în jurul vârstei de un an deformările membrelor inferioare: picioare în X sau în O.

Întârzierea închiderii fontanelei și a erupției dentare sunt puse prea des pe seama rahitismului.

Hipotonia musculară, abdomenul mare, hiperlaxitatea ligamentară, întârzierea statului pe șezut sunt mai rar semne de rahitism.

Trebuie spus că, în prezent, formele clasice de rahitism grav constituie rarități din cauza administrării sistematice a vitaminei D și a "îmbogățirii" unor lăpturi pentru copii cu vitamina D.

Diagnosticul precis în formele de rahitism discutabil se face prin radiografia oaselor și a unor analize de laborator (calcemia, fosforemia, fosfatazele alcaline).

8.6.1. Medicamentele

Profilaxia (profilaxie înseamnă prevenire) constă în administrarea de vitamină D. Metoda fiziologică fără efecte secundare nedorite constă în

administrarea zilnică de vitamina D. Dozele zilnice sunt valabile de la o țară la alta. În S.U.A., Anglia și țările scandinave doza zilnică recomandată este de 400 unități internaționale (u.i.). În Franța doza recomandată este de 800-1 200 u.i., iar în Germania de 500 u.i. La noi în țară dozele recomandate sunt de 500-1 000 u.i. pe zi la sugarul normal cu "adaptări" recomandate de medic la prematuri și gemeni. Preparatele folosite la noi în ultimul timp sunt STEROGYL Franța (1 picătură = 400 u.i.); casa producătoare recomandă 1 200 u.i. și VIGANTOL - Germania, în doză de 500-1 000 u.i. pe zi. Formele comerciale de Vigantol sunt: a) picături - 1 picătură = 500 u.i.; tablete - Vigantolekten de 1 000 u.i. și de 500 u.i.; b) tablete de F-Vigantolekten 1 000 (conțin fluor 0,25 mg și vitamina D 1 000 u.i.) și tablete de F. Vigantolekten (fluor 0,25 mg și Vitamina D 500 u.i.), casa producătoare mai lansează comprimate de 10 000 u.i. și 200 000 u.i. folosite în tratamentul rahitismului constituit.

Profilaxia rahitismului este: zilnic de la vârsta de 2 săptămâni până la 18 luni; în anii următori în toate lunile cu litera R (septembrie, octombrie, noiembrie, decembrie, ianuarie, februarie, martie și aprilie).

O altă metodă de profilaxie a rahitismului constă în administrarea de vitamina D sub formă injectabilă în doze mari, de șoc ("Stosstherapie"), care cu toate rezervele unor efecte secundare concomitente sau ulterioare, este singura eficientă în anumite situații. Schema acestei metode de administrare este următoarea: câte o injecție intramusculară a unei fiole de vitamina D₂ sau D₃ de 200 000 u.i. după următorul "calendar": la naștere, la 2 luni, la 4 luni, la 6 luni, la 9 luni, la 12 luni, la 15 luni și la 18 luni.

Profilaxia cu vitamina D sub formă de injecții se recomandă:

- la sugarii și copiii din familii cu probleme sociale (nivel educativ și economic deficitar, mame nedisciplinate și neconștințioase; copii din familii cu domiciliu instabil; copii care suferă de diaree recidivante sau cronice, sindroame de malabsorbție, boală celiacă, tratamente prelungite cu barbiturice, cum este cazul în epilepsie, rahitismele vitamino-rezistente familiale, unele boli rare renale sau metabolice moștenite.

Mama și copilul

Riscurile de supradozare sunt importante. Se poate vorbi de o greșeală în dozele fixate să se dea zilnic sau prin injecții. Uneori se administrează concomitent atât în doze zilnice pe gură, cât și în injecții. Alteori se dau doze zilnice foarte mari. Medicul de familie la fiecare vizită va înscrie pe caietul copilului doza de vitamină D. Hipervitaminosa D este gravă! Părinții trebuie să cunoască semnele de alarmă:

- inapetență, constipație, palpate;
- sete, micțiuni (urinări) frecvente;
- grețuri, vărsături, dureri abdominale;
- tulburări de comportament.

Medicul avizat va efectua câteva investigații de laborator și radiografii pentru a preciza diagnosticul. Tratamentul constă în oprirea oricărui aport de vitamină D și de calciu.

8.6.2. Prevenirea anemiei carentiale feriprive

Anemia carentială feriprivă este o boală datorată scăderii concentrației de hemoglobină sub 11 g/decilitrul de sânge, produs de deficitul de fier. Este considerată cea mai comună boală a omeniirii. Studii recente arată că anemia carentială feriprivă afectează 30% din sugari, 20% din preșcolari și 27% din școlari. Cercetările efectuate recent de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului (I.O.M.C.) în cadrul Programului Național de Supraveghere Nutrițională a copiilor sub 5 ani au depistat o prezență mare a anemiei mai ales la copiii cu vârste cuprinse între 10 și 14 luni.

Profilaxia anemiei carentiale la sugar și copilul mic:

8.6.3. Tratamentul profilactic din timpul sarcinii, la mamă

a) efectuarea sistematică a hemogramei (hemoglobină, hematocrit, aspectul frotiului) din luna a V-a – a VI-a;

b) regim alimentar corespunzător al mamei: să se asigure că în dieta mamei: carne, ficat sau pește, ouă, zarzavaturi "colorate" în verde sau galben (morcovi, roșii, salate, ardei, ceapă verde,

fasole sau mazăre verde etc.) și fructe (coacăze, afine, piersici, struguri, mere, zmeură, căpșuni etc.);
c) când hemoglobina este sub 12 g/dl, medicul instituie un tratament cu preparate de fier (sirop sau drajeuri).

Tratamentul profilactic la copil:

a) Alimentație la sân cât mai îndelungată.

b) Diversificarea alimentației la 4-4½ luni la sugarii alimentați cu lapte de vacă sau cu lapte de vacă standard ("clasic"); la 5-6 luni la cei alimentați la sân cu "lăpturi pentru sugari" (adaptat sau parțial adaptat de durată).

În cadrul diversificării la pireul de zarzavat (morcovi, cartofi, verdețuri) destul de repede se va introduce carnea (de pui sau găină, de mânzat), ficatul proaspăt (cu concentrația cea mai mare de fier și de vitamine), iar mai târziu gălbenușul de ou proaspăt și peștele slab (șalăul, păstrăvul, știuca, codul etc.). Trebuie subliniat că fierul este în cantitate mult mai mare în ficat, carne, gălbenuș de ou sau pește față de cel conținut în zarzavaturi și fructe.

Tot în cadrul diversificării un adaos de fier (și alte minerale sau săruri) se găsește în produsele de lapte parțial adaptate, treapta a II-a și notate cu cifra 2 (Milumil 2, Humana 2, 2 etc.) sau în "formulele" americane "fortificate". De asemenea, toate cerealele cu care se face diversificarea din luna a IV-a sunt "îmbogățite" cu fier.

c) La prematuri, dismaturi, gemeni, sugari cu rată de creștere în greutate mai mare se introduc preparate de fier sub formă de picături sau sirop (Ferrum Hausmann, Ferronat, Fer-in-sol etc.) la 6-8 săptămâni.

d) La toți sugarii născuți la termen cu greutate normală de la 6 luni se recomandă preparate de fier amintite la punctul c.

Dozele, durata și modul de administrare sunt fixate de către medic. De amintit că la unii sugari, administrarea de preparate de fier poate determina apariția de scaune diareice și/sau colorate în cenușiu-verzui. În caz de diaree se întrerupe tratamentul și după o anumită perioadă se reia cu doze mai mici. Colorația brună a scaunelor este un fenomen normal și nu se ia vreo măsură.

La copiii mai mari se va asigura o alimentație corespunzătoare care să cuprindă carne și în mod periodic ouă, pește. Zarzavaturile, fructele și cerealele "integrale" trebuie să fie prezente zilnic în dieta copilului mai mare.

8.7. Aprecierea dezvoltării neuropsihice la copilul între 0 și 3 ani

În paginile care urmează, vor fi prezentați în mod condensat parametrii de dezvoltare psihomotorie a copilului de la naștere și până la vârsta de 3 ani. Sunt repere generale. Repetăm, ca de atâtea ori în această carte, că există variații individuale, mai mult sau mai puțin importante. Variațiile pot fi de "întârziere" sau, dimpotrivă, de "precocitate". În practică fiecare copilăș reprezintă un unicat și nu trebuie comparat cu alții. Medicul este singurul care decide dacă aceste variații, în plus sau minus, constituie motive de îngrijorare.

Nou-născutul (0-28 zile)

a) Motricitatea

- mișcări numeroase, haotice ale unor grupe musculare mai mici sau mai mari;
- mișcări ale buzelor și ale feței ("grimase") care sugerează zâmbetul.

Motricitatea fină: mișcări involuntare de apucare; apucă cu 4 degete, fără degetul mare ("prindere simiană").

b) *Somnul și veghea* sunt egal repartizate ziua și noaptea. Adunând perioadele scurte de somn se ajunge la 16-18 ore/24 ore. Între somnul profund al nou-născutului greu de trezit și starea de extremă agitație care exprimă ceea ce se cheamă "se simte rău", există mai multe stadii intermediare (în total 6). Somnul este ușor perturbat de foame.

c) *Organele de simț.* Reacționează la scutecele umede, la stimulii tactili (luatul în brațe, mângâierea îi liniștește) și la stimulii puternici luminoși (plasați la circa 20-30 cm de ochi) puternici și la zgomote. Mirosul este foarte bine dezvoltat; unii nu acceptă să sugă de la altă femeie.

d) *Limbajul.* Emite sunete nedefinite și țipetele sunt primele mijloace de comunicare ale nou-născutului. Sunt normale dacă nu se însoțesc de tulburări ale respirației, de paloare, de cianoză (învinețire). Intonația țipătului este variată și, foarte curând, mama deosebește țipetele de foame, de durere (colici), mânie, oboseală. Aceste zgomote sunt primele elemente de limbaj, de experiența prin

care suscită și obține un răspuns potrivit din partea anturajului.

e) *Contactul social* se face exclusiv prin stimularea pielii sau a mucoaselor. Contactul cu pielea (luatul în brațe, ținut în poziția cangurului), de dorit "piele la piele" este suficient pentru a opri plânsul nou-născutului. Nou-născutul simte bruschețea sau blândețea gesturilor de îngrijire (luatul și ținutul în brațe, schimbarea chiloților absorbantă, îmbrăcătul, îmbăierea, cum i se dă să mănânce, cum este culcat în pat etc.).

Sugarul de o lună

a) Motricitatea

Culcat pe burtă, decelează bărbia și ridică capul intermitent pentru cel puțin 3 secunde în mod intermitent și neregulat. Poate pune capul pe o parte. Se sprijină pe antebrățe plasate la nivelul umerilor și urechilor. Schițează târârea. Șoldurile sunt ridicate la 3-4 degete.

Susținut de axile (subsuoară). Ține capul pe spate într-o poziție intermediară cel puțin 10 secunde. Se sprijină pe ambele tălpi și "dansează".

Culcat pe spate. Capul este în poziție asimetrică, de cele mai multe ori este întors pe dreapta, cu obrazul drept așezat pe pat. Când este atras spre poziția așezat din cea de culcat, copilul "scăpă" înapoi și, de aceea, când este ridicat sau ținut în brațe, capul trebuie sprijinit de mâna adultului. Membrele sunt în "triplă flexie", sugarul având în mod normal un tonus ridicat.

Pumnii. Pumnii sunt strânși și nu apucă nimic cu mâinile. Dacă i se pune un obiect în mână, îl ține strâns și-l lasă imediat. Reflexul de apucare (agățare) persistă.

b) Somnul și veghea

4-5 perioade de somn, aproape egal repartizate. Somnul de noapte are o durată ceva mai lungă. Din cele 24 de ore, 15 sunt de somn.

c) Organe de simț

Reacționează la stimulii optici și auditivi. Începe să urmărească fețele umane și obiectele strălucitoare (ochelari, jucărie viu colorată). Con-

Mama și copilul

templează mama care-i vorbește. Deschide și închide gura în același timp cu ea și clatină capul. Încetează să plângă când se apropie mama, simțind-o după miros și voce.

d) *Limbajul și contactul social*

Emite sunete guturale, nedefinite. Contactul social se face în special prin stimuli cutanați. Se liniștește când este alăptat sau luat în brațe și ținut în poziția "cangurului", se simte bine în baia caldă. Își "simte" mama, o cunoaște și recunoaște prin contact corporal (căldură, miros, mângâiere, voce și mai târziu prin privire). Începe să zâmbească. Plânge cu lacrimi.

e) *Jucării*

Mici jucării mobile viu colorate și care emit o melodie, fixate deasupra patului.

Sugarul de 2 luni (8 săptămâni)

a) *Ce face un sugar de 2 luni (motricitate generală)*

- Culcat pe burtă, poate ridica capul și pieptul (până la mameloane) deasupra patului. Planul feței face un unghi de 45° cu planul patului. Capul nu mai este întors totdeauna pe o parte ca în timpul primelor săptămâni.

- Culcat pe spate și ridicat de umeri ține capul pentru câteva secunde, apoi scapă înapoi dincolo de linia coloanei vertebrale. Triplă flexie a membrilor. Începe să pedaleze.

Ținut pe șezut pentru o perioadă mai lungă, ține capul drept în poziție mediană cu mici clatinări înainte.

- Susținut de axile, controlează capul mai mult de câteva secunde, se sprijină pe ambele tălpi, intermitent pe vârfuri.

b) *Somnul*

Perioada de somn de noapte se prelungeste. Durata somnului pe 24 de ore este de circa 14 ore. Stare de veghe predominant în timpul zilei, spre seară.

c) *Organe de simț*

- Ascultă sunete și zgomote. Întoarce capul spre persoana care-i vorbește.

- Învăță să urmărească și să fixeze cu privirea. Culcat pe spate, urmărește cu ochii un obiect sau o lumină care se deplasează spre mijloc. Adesea, el nu vede imediat obiectul, ci după un timp de latență până îl captează. Unii "descoperă" mama cu

privirea și petrece din ce în ce mai mult timp privind-o.

d) *Contactul social și limbajul*

- Zâmbește ca răspuns la alt surâs. La unii acest comportament apare după 3 luni. Sugarul zâmbește la tot ce se aseamănă cu fața mamei. „Zâmbetul sugarului de 2 luni este un element foarte puternic care îi permite să farmece un adult. Este o tactică de supraviețuire eficace pentru mica creatură total dependentă” (White).

- Realizează că poate atrage atenția anturajului prin plânsetele sale. Țipetele sunt diferite după cum sunt datorate foamei, oboselii sau durerii.

- Este atent la vocile din jur. Rămâne nemișcat când aude o voce familiară.

- Gângurește.

e) *Jocurile favorite*

- o plimbare cu căruciorul

- o suzetă

- o jucărioară viu colorată sau un clopoțel care să se legene.

Sugarul de 3 luni

Ce face sugarul de 3 luni (motricitate generală)

- Este vârsta "pedalării". Culcat pe spate el "dă din picioare"; întinde și flectează gambele, le ține și le mișcă în aer.

- Ține mâinile în dreptul feței sale și le privește îndelung. Unii își "descoperă" și picioarele, le privesc și uneori reușesc să le ducă la gură.

- Fiecare braț și fiecare mână pot să se miște independent una de cealaltă. Mișcările încep să fie coordonate:

· privire-apucare-supt; cuprinde un obiect cu ochii, îl apucă și-l duce la gură;

· întinde mâna spre un obiect strălucitor (ochelari, jucărie viu colorată), dorește să-l apuce, dar nu-l atinge pentru că nu apreciază distanța;

· prinde păturica și o duce la gură și piept până la mameloane;

· din culcat pe burtă, ridică capul și pieptul sprijinindu-se pe antebrățe, fixate în față. Planul feței față de pat este de 45-90°;

· susținut de axile (subsuoară) nu se mai sprijină pe tălpi și nu mai "dansează";

· a dispărut reflexul de apucare. Mâinile nu mai sunt închise, ci aproape totdeauna deschise;

• culcat pe spate și dacă este atras înainte pentru a-l pune în șezut, la mulți capul mai atârână puțin dincolo de linia coloanei vertebrale;

• încearcă (unii reușesc) să se întoarcă pe o parte și să apuce cu degetele.

b) Somnul și veghea

În timpul zilei este activ, iar noaptea are un somn prelungit. Somnul de noapte este de 10 ore (total 13-14 ore/zi).

Somnul de după amiază scade la circa 1½ ore. 40% din sugari se trezesc dimineața la ora 5.

c) Ce vede

Reacționează prin zâmbet când se apropie mama și uneori la altă persoană.

Culcat pe spate, urmărește un obiect sau o persoană și dincolo de câmpul lui vizual. Își mișcă și-și privește degetele minute întregi.

d) Limbajul și sociabilitatea

- Este vârsta "bunei dispoziții cronice" (White).

- Urmărește și zâmbește la orice față umană.

- Recunoaște vizual mama și-i surâde dacă-i vorbește.

- Râde și-i face plăcere să vocalizeze. Chiuiie de bucurie.

- Când vede biberonul, încetează să plângă și se bucură. Este primul semn de instruire. Anticipează și știe ceea ce urmează.

- Apar multe schimbări de comunicare cu mama (râs, emisiuni de sunete, își agață mâinile și picioarele).

- Îi place să morfolescă.

e) Jucării

- O jucărioară viu colorată, inele colorate, o oglindă.

Sugarul de 4 luni

a) Motricitate generală și fină (ce poate face la 4 luni)

- Culcat pe burtă sau pe spate, poziție simetrică.

- Culcat pe burtă, ridică capul și umerii la un unghi de 90°. Se sprijină pe antebrate fixate în față, șoldurile sunt ridicate la patru lățimi de deget.

- Încearcă să se întoarcă și trece din poziția pe spate în cea pe o parte.

- Își unește mâinile, se joacă cu ele și le duce la gură ("le gustă"). Mâinile sunt deschise. Dacă i

se dă o jucărioară sunătoare, o ține ceva mai mult, o agită, o schimbă dintr-o mână în alta.

- Din poziția culcat, când este apucat de mâini și ridicat în șezut ține foarte bine capul și contribuie și el la mișcare ținând strâns degetele adultului.

- Poate apuca și ține obiectele cu patru degete și palma, fără police (degetul mare). Bate din palme.

- Ridicat în picioare și susținut de subsuoară, se sprijină pe ambele plante.

b) Somnul și veghea

Ca la 3 luni.

c) Organe de simț

- Ascultă vocea umană.

- Recunoaște obiectele din mediul înconjurător.

- Apucă un obiect, îl cuprinde cu ochii și-l duce la gură, urmărindu-l cum se deplasează.

- Întinde mâna pentru a apuca un obiect, dar mâna depășește intenția sa. Nu s-a ajuns la coordonare între mișcare și vedere.

d) Limbaj și contact social

- Este "vârsta fotografului"; sugarul este fericit, zâmbăreț, este vârsta fotografiilor cu copiii mici pentru publicitate.

- Râde și chiuiie mai ales când anturajul îi surâde sau îl mângâie. Râde în hohote când este gădilat.

- Se miră când este dus într-o cameră străină.

- Unii reacționează când li se spune numele, întorcând capul.

e) Jucării

Jucării din cauciuc sau plastic, sonore.

Sugarul la 5 luni

a) Motricitate generală și fină

- Stă în șezut cu un ușor suport. Ține bine capul.

- Atras din poziția culcat pe spate, ridică și ține bine capul, se prinde strâns de mâinile adultului.

- Se întoarce de pe spate pe burtă.

- Culcat pe burtă se sprijină pe brațele în extensie.

- Dacă atinge obiecte, le apucă opunând degetul mare la celelalte degete.

b) Somnul

Somnul se diferențiază vizibil: noaptea doarme, ziua este treaz. Somnul de noapte durează în jur de 10 ore (între 19 și 5).

c) *Organe de simț*

- Fixează o bilă.

Dacă dă drumul la o jucărie, o caută cu ochii.

- Măinile sunt ghidate de ochi. El întinde mâna spre obiectul dorit și deschide degetele înainte de a-l atinge anticipând deci apucarea.

- Unii surâd la imaginea din oglindă.

d) *Limbaj. Contact social*

- Dimineața și seara se ocupă cu emiterea de sunete.

- Își dorește anturaj permanent. Plânge când o persoană pleacă de lângă el.

- Râde și emite diferite vocalize. Este vesel tot timpul.

- Începe să se folosească de contactele fizice (agățarea mâinilor, pipăit etc.) pentru a comunica.

- El explorează obiectele cu degetele și cu gura.

Sugarul de 6 luni

a) *Ce face? Motricitate generală și fină*

- Din culcat pe spate, se rostogolește pe burtă și invers.

- Culcat pe burtă, se sprijină pe mâini întinzând brațele pentru a se redresa.

- Din poziția culcat pe spate, ridică capul și întinde brațele pentru a fi atras spre poziția așezat.

- Unii se așează timp de câteva momente fără vreun ajutor dacă sunt plasați într-o poziție potrivită. Încearcă să se așeze el însuși. Se poate rota în jurul axului corpului său.

- Ținut în picioare, el se sprijină bine pe gambe.

- Culcat pe spate, el își poate apuca picioarele și duce degetele piciorului la gură.

- Lasă cubul pe care-l ține dacă i se prezintă un altul.

- Începe să apuce folosind și degetul mare. Dexteritatea degetelor este încă redusă.

- Susținut de axile, în picioare se sprijină pe gambe.

b) *Somnul și veghea*

Somnul este scurt în cursul dimineții și după amiază (circa 1-1½ ore). Are două perioade de veghe distincte (după amiază mai prelungită; dimineața mai scurtă).

c) *Organele de simț*

- Deosebește biberonul de păpușă.

- Surâde și vocalizează în fața unei oglinzi.

- Încearcă să prindă o jucărie care i-a scăpat.
- Regăsește un obiect ascuns dacă o parte rămâne - vizibilă.

d) *Limbaj și contact social*

- La unii, în timpul plânsului apare consoana "m-m".

- Surâde și vocalizează în fața oglinzii.

- Încearcă să reprimă un obiect care i-a scăpat.

Sugarul de 7 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Stă în șezut nesprrijinit pentru scurt timp. Dacă se așează, se înclină înainte, sprijinindu-se pe mâini.

- Culcat pe burtă, se sprijină pe o singură mână.

- Culcat pe spate, ridică capul ca și când ar încerca să se așeze.

- Țopăie când este susținut de axile și ținut în picioare.

- Poate trece o jucărie dintr-o mână în cealaltă cu mai mult sau mai puțin succes.

- Se întoarce cu ușurință de pe spate pe burtă.

- Încearcă să prindă jucăria cu o singură mână.

- Duce totul la gură.

- Începe să se târască.

- Dă mult ("pedalează") din picioare.

b) *Somnul și veghea*

Perioada de veghe este exclusiv ziua. Somnul de noapte este între 18 (19) și 6. 30% din sugari se trezesc la ora 5 dimineața.

c) *Organele de simț*

- Privește obiecte și din afara razei lui de apucare.

- Sesizează obiectele noi din jurul lui.

- Mângâie imaginea sa din oglindă.

- Dacă se ascunde una din jucăriile sale sub un fular, el nu o caută.

d) *Limbajul și contactul social*

- Vorbește cu jucăriile.

- Se bucură când emite sunete.

- Aproape toți sugarii la această vârstă, când plâng, emit un sunet compus din consoanele "m-m".

- Emite sunete polisilabice cu consoană și vocală (da, ba, ea).

- Unii încep să se teamă de străini.

Să se prevină! Este cel mai bine

- Trecerea bruscă de la răs la plâns arată instabilitatea emotivă.

- Caută în mod activ contactul cu familia, atrăgând atenția prin unele sunete, tuse sau făcând zgomot.

Sugarul de 8 luni

a) Motricitate (Ce face)

- Culcat pe burtă se întoarce în jurul unui ax.

- Se așează adesea singur și rămâne așezat un răstimp mai lung.

- Dacă este susținut de axile, se sprijină bine pe gambe.

- Ține strâns un obiect; întinde mâna să apuce.

- "Gustă", mușcă, mestecă și privește ("studiază") jucăriile.

- Coordonarea ochilor și mâinilor este completă.

b) Somnul și veghea

- Somn la prânz de 1 $\frac{1}{2}$ - 2 ore (între orele 13 și 15). Durata totală de somn este de 12-14 ore/24 ore.

c) Organe de simț

- Privește îndelung obiectele. Închide ochii dacă un obiect este apropiat de fața lui.

d) Limbajul. Contactul social

- Emite sunete nearticulate și chiote înalte. Începe să asocieze silabe (ba-ba, da-da etc.).

- Se joacă de-a v-ați ascunselea organizat.

- Este posibilă, dar nu obligatorie, "teama de străini din luna a 8-a".

- Reacționează dacă i se spune "nu".

- Instabilitatea emotivă se manifestă prin treceri bruște de la răs la plâns.

Sugarul de 9 luni

a) Motricitate (Ce face)

- Coordonarea mișcărilor este bună. Stă singur în șezut; se ridică singur. El poate rămâne așezat 10 minute. Poate să se aplece înainte și să-și reia echilibrul.

- Apucă, ridică și duce tetina la gură.

- Bea singur din biberon.

- El se târăște în loc de a aluneca așezat: sugarul stă pe burtă, cu abdomenul lipit de pat, iar capul și umerii sunt susținuți de coate. Corpul este tras înainte prin acțiunea brațelor, în timp ce gambelile sunt târâte. Mișcărilor gambelor seamănă cu ale unui înotător.

- Unii sugari se deplasează în patru labe de la 9 luni. Corpul este ridicat și paralel cu solul. Pentru a avansa, sugarul folosește mâinile și genunchii.

- Unii se ridică pe marginea patului sau pe o mobilă scundă, dar nu reușesc să se așeze.

- Dacă este susținut de axile, se poate ridica și sprijini în picioare.

- Unii reușesc să adune mici obiecte apucându-le cu degetul mare și arătător (nasturi, sfori, scame etc.). Este stadiul apucării cu "pensa-deget mare - arătător", moment important în maturitatea motricității fine a ființei umane.

- Introduce singur un cub într-o cutie mai mare.

- Dacă li se dă o coajă de pâine sau un biscuit încep s-o "morfolescă".

b) Somnul și veghea

De la această vârstă, ca în luna anterioară.

c) Văzul

Apropie două cuburi unul de celălalt ca pentru a le compara.

d) Limbajul și contactul social

- Apariția primelor cuvinte cu două silabe: "pa-pa".

- Țipă pentru a atrage atenția asupra sa sau dacă este iritat ori stânjenit.

- Își recunoaște numele și pe al altor persoane din familie.

- Reacționează corespunzător la unele ordine (dă, ține etc.).

- Vesel în sânul familiei, reținut față de străini.

e) Jucării și jocuri

- O minge din pânză.

- Un animal sau o păpușă suplă.

- Cuburi colorate.

Sugarul de 10 luni

a) Motricitate (Ce face)

- Se ridică în picioare, ținându-se de marginea patului.

- Se așează cu ușurință pentru un timp nedeterminat.

- Nu-i mai place să rămână culcat.

- Trece ușor de la o poziție la alta (din așezat la poziția pe burtă, se deplasează fie de-a bușilea, fie în patru labe etc.).

- Susținut de axile încearcă să pășească.

- Îi face mare plăcere să descopere unele obiecte: firimituri, scame, să le apuce cu "pensa police-index" și să le ducă la gură.

Mama și copilul

- Morfolește o coajă de pâine și mănâncă singur un biscuit.

- Începe, în mod voluntar, să scape un obiect.

b) *Limbaaj. Contact social*

- În timp ce este în cărucior, urmărește uneori ce este în jur.

- Se bucură în sânul grupului familial, dar preferă să fie singur cu o persoană. Atrage atenția adulților asupra persoanei sale.

- Pronunță unul sau două cuvinte dar "fără adresă".

- Reacționează la numele său.

- Îi plac jocurile de-a v-ați ascunselea (cu-cu bau etc.).

- El face "bravo" și la revedere ("pa").

- Începe să aibă preferință pentru o anumită jucărie, pe care o mângâie și o ține lângă el.

- Începe să înțeleagă sensul lui "nu".

c) *Jucării*

- Cutii, borcănase de iaurt, jucării care se stivuiesc sau se încastrează, rondele de cauciuc sau de plastic.

Sugarul de 11 luni

a) *Motricitate (Ce face)*

- Se ridică pe marginea patului, adesea pășește deplasându-se lateral, dar nu "poate" să se așeze.

- Ținându-se de mobilă se deplasează lateral.

- Susținut de axile sau de rădăcina brațelor pășește.

- În poziție șezândă, se întoarce într-o parte și în alta pentru a aduna diferite obiecte.

- Ia obiecte de pe masă, le dă drumul cu abilitate.

b) *Somnul și veghea*

Se trezește între orele 5 și 7 dimineața. Somnul de prânz este de 2-3 ore. Durata pe 24 de ore este de 12 ore somn.

c) *Limbaaj. Sociabilitate*

- Pronunță cuvinte mono- și bisilabice (pa, mama, tata, papa, apa etc.).

- Imită chiar și în absența modelului.

- Limbajul pasiv (prin semne, imitații) este în plină desfășurare. Înțelege și comunică prin imitații, semne, mișcări ale brațului). La mulți copii, limbajul pasiv rămâne multă vreme unicul mijloc de comunicare. Arată cu privirea sau cu mâna unele obiecte din cameră.

- Ridică o cuvertură pentru a recupera jucăria care a alunecat dedesubt.

- Reacționează la numele lui și la interdicții (nu! nu!).

- Se joacă cu plăcere de-a "cu-cu-bau".

- Este suspicios în mediu necunoscut.

- Trece ușor de la râs la plâns.

Copilul de un an

a) *Motricitate generală (Ce face)*

- Nevoie permanentă de mișcare.

- Merge ținut de antebrațe (până acum de brațe); mai rare situațiile când pășesc ținută de o singură mână.

- Cei mai mulți se ridică și stau singuri în picioare pentru un răstimp mai mult sau mai puțin lung și încep să facă câțiva pași și avansează de la o mobilă la alta, ținându-se cu o mână sau atingând un zid.

- Din poziția în picioare el se poate așeza fără ajutor.

- Merge în patru labe ca un urs.

- Poate să țină un creion și să mângâiească o foaie.

- Se bucură să dea și să prindă jucării în mână de la un adult.

- El poate să adune firimituri de pâine și să le ducă la gură.

- Poate bea cu ceașca și să mănânce cu lingurița dacă este ajutat.

- El începe să coopereze din ce în ce mai mult la îmbrăcat.

- Dacă a început să meargă, poate și-i face mare plăcere să ridice și să aducă șosetele pentru a fi încălțat.

b) *Limbaajul*

- În afară de "mama" și "tata" el cunoaște încă 4-6 cuvinte mono-și/sau bisilabice.

- Limbaajul său crește foarte încet, din momentul în care a învățat să meargă. Îl pasionează numai performanțele fizice (mișcare, mers, "lupta" cu mobilele; scotocirea prin dulapuri și cotloane) și nu cele intelectuale sau educative.

- Se supune ordinelor. Înțelege sensul lui "nu".

- Înțelege și execută mici ordine.

- Este gelos, îi place "societatea", să fie lăudat, să fie mângâiat. Este egocentric și se interesează numai de el și de jucăriile lui.

Copilul de un an și jumătate

a) Motricitate generală și fină (Ce face)

- Merge bine (alternează pașii, calcă pe ambele tălpi, bază largă), când aleargă, mai cade.
- Urcă scările, fără ajutor, ținându-se de balustradă, nu alternează pașii.
- Se urcă pe un scaun, cățărându-se pentru ca apoi să se întoarcă și să se așeze.
- Se cațără pe mobile și scotocește peste tot.
- Întoarce mai multe pagini dintr-o carte.
- Poate construi un turn din 3 cuburi, bagă un cub într-un orificiu.

- Duce ceașca la buze și bea bine. Dă ceașca mamei sau o lasă să cadă.

- El poate umple lingurița cu pireu, dar îi este greu să ducă în gură. Când o apropie de gură, nu mai reușește să o întoarcă, răsturnând conținutul. Reușește să se folosească de degete pentru a duce din mâncare la gură.

b) Limbajul

- Bagaj de 10-20 cuvinte. Subliniază cuvintele prin gesturi.

- Reacționează când i se face "pa-pa".

- Arată un obiect simplu (încălțăminte, balon, păpușă etc.).

- La cerere, el poate atinge nasul său, ochii săi, gura sa.

- El execută ordine simple: "vino la tata", "pune asta pe masă" etc.

c) Jucăriile

- Introduce o jucărie într-o cutie și o scoate.

- Schimbă jucăriile: păpușa, ursulețul, lingurile, oala.

- Se joacă singur.

- Perioade scurte de atenție.

- Face un turn din 4 cuburi.

- Se joacă cu mingea stând în picioare.

d) Perceperea lumii înconjurătoare

- Observă activitățile adulților, le imită.

- Observă de la fereastră mașini, oameni, păsări etc.

- Atenția sa trece rapid de la un obiect la altul.

Se deplasează repede și-și bagă nasul peste tot, scotocind prin dulapuri și cotloane. Este un adevărat explorator. Este vârsta periculoasă: prize electrice, medicamente de uz casnic, cosmetice, detergenți, vase cu apă clocotită.

e) Contactul social

- Devine mai tandru cu mama; este "umbra mamei".

- Rezistă la somn când este pus în pat și-și cheamă mama.

- Are accese de furie când este contrariat.

- Își sugere degetul, acest obicei atinge punctul său culminant, începând înainte de somn și durând uneori toată noaptea.

Copilul de 2 ani

a) Motricitate (Ce face)

- Are un mers mai bun: stabil, regulat, pașii sunt cu amplitudine egală, alternativi.

- Aleargă și cade rar; în fugă, poate bate un balon de cauciuc.

- Urcă și coboară scările punând un picior după altul pe fiecare treaptă și ținându-se de balustradă sau de zid.

- Întoarce paginile una după alta.

- Întoarce cheia dintr-o ușă și deschide lacătele.

- Se încalță și încearcă să-și îmbrace și pantalonii.

- Își spală mâinile.

- Bea dintr-o ceașcă ținută cu o singură mână.

b) Limbajul

- Formează propoziții cu 3 cuvinte.

- Bagajul de cuvinte: 100-200.

- El numește 3 obiecte curente.

- Își cunoaște numele și prenumele.

- Începe să deosebească culorile.

c) Jocurile

- Începe să se joace cu mai multă perseverență.

- Îi place jocul cu mașini, roți, obiecte mici de bucătărie din plastic, nisip și apă.

d) Percepția lumii înconjurătoare

- Se bucură de un obiect în mișcare.

- Regăsește o poză într-o carte. Identifică trei imagini când i se cere "ce este asta?" și 5 imagini când i se cere: "unde este?".

e) Contactul social

- Afețiunea pentru mamă devine și mai manifestă (vizibilă).

- Se joacă aproape de alți copii, dar singur. Se comportă ca și cum ceilalți copii sunt obiecte, pentru a-i strânge în brațe sau de a-i respinge. Ar vrea să-și facă prieteni, dar nu știe cum să-i apropie.

Mama și copilul

Este stadiul de "joc paralel". Nu există interacțiuni cu ceilalți copii chiar dacă au o activitate identică. Singura interacțiune posibilă este de a apuca jucăriile altora, de a-i lovi cu piciorul, de a-i trage de păr, de a-i mușca.

- El nu vrea să "împartă". Are un simț prea net de ceea ce este al lui, dar nu conștiința a ceea ce este a altuia.

- El folosește adesea și sistematic "nu", ceea ce îi permite să se opună anturajului.

- Începe să fie curat și-și exprimă dorința de a folosi olița.

- El nu deosebește binele de rău.

- El are un "ritual al culcatului"; îi place să se culce cu o jucărie preferată și își exprimă multe pretenții înainte de a adormi.

Copilul de 2 ani și jumătate

a) Motricitate (Ce face)

- Merge pe vârfurile picioarelor dacă i se cere.

- Se ține vertical sprijinit pe un singur picior.

- Poate duce un pahar plin cu apă fără a-l vărsa.

- Poate lansa un balon mare la 1 sau 2 metri.

- Ține un creion cu degetele și poate desena, copiind o linie orizontală sau verticală.

b) Limbajul

- Bagajul de cuvinte: 500.

- Folosește cuvintele pentru a vorbi singur.

- Începe să folosească "eu", "mie", "tu".

Vorbește sâsâit.

c) Jocurile

- Construiește lucruri simple cu cuburi (până la 8).

- Se joacă cu mai multe jucării deodată.

- Nu-i place să i se întrerupă jocul.

- Când i se cere poate să denumească 5 obiecte sau animale. Pe ultimele le denumește după modul cum se manifestă (ham-ham, miau-miau etc.).

d) Contactul social

- Afecțiunea se manifestă cu ceremonialul sărutului.

- Agresivitate față de străini sau alți copii.

- Demontează sau strică obiectele ("vârsta distrugerii").

- Ține la o anumită ordine și la ceremoniale.

- Gelozie pe frații mai mici.

- Este vârsta lui "nu" (fază de negativism).

Copilul începe să descopere conceptul de "eu" pornind de la comportamentele persoanelor care au o semnificație pentru el (mai ales părinții). El începe să capete conștiința de el însuși ca individ și încearcă să controleze unele aspecte ale comportamentului său cu scopul de a se conforma la exigențele sociale.

- Folosește olița, dar nu reușește să se ștergă.

Copilul de 3 ani

a) Motricitatea

- Urcă și coboară scara alternând picioarele.

- Poate sta într-un picior.

- Merge cu tricicleta.

- Încearcă să danseze, cu toate că-i lipsește un oarecare echilibru.

- Toarnă un lichid dintr-un pahar în altul.

- Începe să folosească foarfeca.

- Se îmbracă și se dezbracă singur dacă este ajutat: la încheierea nasturilor, la diferențierea spatelui de față și încălțăminte de dreapta, de stânga.

b) Limbajul

- Reproduce poezii.

- Relatează situații din viața lui.

- Cunoaște sensul pluralului.

- Pune întrebări (vârsta lui "de ce?").

- Numără până la 10.

c) Jocurile

- Recunoaște lipsa unei părți dintr-o jucărie.

- Sortează obiectele după formă, mărime, culoare.

- Cunoaște pozițiile spațiale: sus, jos, în față sau în spate.

- Reproduce construcția unui pod cu 3 cuburi.

d) Contactul social

- Pune neîncetat întrebări.

- Știe care este sexul său.

- Știe numele de familie.

- Păstrează ritualul de culcare. Poate să se teamă de întuneric și de animale.

- Este în plină criză de personalitate și se opune viguros la orice pentru a se afirma.

- Broca de A.** – Le développement de l'enfant, Edit. Masson, Paris, 2000.
- Burkert Annelore** – Das Babybuch, Falken, Niedernhausen/Ts, 1996.
- Caniola I., Palicari Georgeta, Căpraru Herta, Nanu Rodica** – Alimentația copilului și adolescentului, Edit. Medicală, București, 1983.
- Căruntu F.** – Cartea surorii de boli infecțioase, Edit. Medicală, București, 1954.
- Debray-Ritzen P.** – La sexualité infantile, Edit. Fabre-Lausanne, 1982.
- Dodson F.** – Tout se joue avant six ans, Edit. Marabout, Paris, 1978.
- Dumont Thompson Eleanor** – Pediatric Nursing, ediția a V-a, Edit. W.B.Saunders, Philadelphia, 1985.
- Droese W., Stolley Helga** – Die Ernährung des Kleinkindes und des Schulkindes, Kinderarzt: 7, 933-939, 1978; 8, 1949-1953, 1978; 9, 1979-1985, 1978.
- Flehming Inge** – Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen, ediția a V-a, Edit. Thieme, Stuttgart, 1996.
- Frankenburg K.W., Thornton Susanne** – Endwicklung Diagnostik bei. Kinderarzt, Edit. Thieme, Stuttgart, 1991.
- Hurgoiu Voichița** – Alimentația copilului sănătos și bolnav, Edit. Medicală, București, 1999.
- Illingworth S.R.** – The Normal Child, ediția a VI-a, Edit. Churchill-Livingstone, London, 1977.
- Illing S., Spranger S.** – Pädiatrie, ediția a 3-a, Edit. Jungjohann, Nerkarsulm, 1995.
- Kendel H.** – Kinderkrankheiten, Edit. Gräfe und unser Verlag, München, 1999.
- Klaieger Cornelia** – Die richtige Ernährung für ihr Baby. Edit. Urania. Berlin, 1996.
- Kühl G. și colab.** – Kinder-Krankenpflege, ediția a IV-a, Edit. G. Fischer, 1998.
- Kurz R., Muntean W.** – Präventive Pädiatrie, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1990.
- Mixon Lewis Clara** – Nutrition and Nutritional Therapy in Nursing. Edit. Appleton-Century Crofts/Norwalk, Connecticut, 1994.
- Ness-Delaval Barbara** – Wenn Kinder Krank werden, Edit. Falken, Niedernhausen/Ts, 1996.
- Ness-Delaval Barbara** – Wir Werden Eltern, Edit. Falken, Niedernhausen/Ts, 1991.
- Rossant Lyonel** – Votre enfant, Edit. R. Laffont, Paris, 1987.
- Sizonenko G.P., Griscelli Cl.** – Précis de Pédiatrie, Edit. Payot, Lausanne, 1996.
- Smith J.M., Goodman A.J., Lockwood Ramsey N.** – Child and Family, ediția a II-a, Edit. Mc.Graw-Hill Book Comp., New-York, 1987.
- Spock B.** – Comment soigner et eduquer l'enfant, Edit. Paramount, Liège, 1979.
- Vasiliu G.** – Sfaturile medicului de copii, Edit. Medicală, București, 1967.
- Wachtel Ursula, Hilgarth Rosemarie** – Ernährung und Diätetik in Pädiatrie und Jugend medizin, Band 1, Edit. G. Thieme, Stuttgart, 1993.
- *** Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu”: Promovarea adaptării prin asistența primară. Protocoale în îngrijirea copilului, vol. 1 și 2. Carnetul meu.
- Wingeler B., Kraemer R.** – Berner Datenbuch der Pädiatrie, ediția a V-a, Edit. G. Fischer, Stuttgart, 1999.
- *** Promovarea alăptării prin asistența primară, redactat de IOMC „Alfred Rusescu”, Edit. Anima, 1998.

INDEX ALFABETIC

A

Abdomenul 65
Accidente 140, 188, 204, 309
Adolescentul 242-262
-, alegerea profesiei 246
-, cunoașterea 247
-, dezvoltarea morală 247
-, alimentația (sublinieri) 333-336
-, hiperhidroza 252
-, îngrijiri 252
-, ochii 252
-, obezitatea 248
-, părul 252
-, sănii 253
-, sexualitatea 257
-, sportul 253
Afectivitatea 121, 129, 131
-, Al 110-291
Alergia pielii 304
Alimentația
-, adolescent 248
-, copil bolnav 273
-, copil mare 201
-, gravida 9
-, lăuză 38, 107
-, mamă 107
-, nou-născut maternitate 32-38
-, - - familie 94-122
-, obiecte necesare 110
-, prematuri 116
-, preșcolar 212
-, școlar 212
-, sugar luna a 2-a 123
-, - - a 3-a 135
-, - - a 4-a 142
-, - - a 5-a 147
-, - - a 6-a 157
-, - - a 7-a 164
-, - - a 8-a 168
-, - - a 9-a 172
-, - - a 10-a 175
-, - - a 11-a 177
-, - - a 12-a 181
Alimente (grupe) 22
Amigdalitele acute (vezi anșina)
Anemia feriprivă 158, 164, 169, 338-339
Anginele 293
Animalele de casă 221
Apa 122, 202
Apetitul 202
Apgar (scorul) 28
Aptami 114, 115, 125, 128, 135, 143
Apucarea 137, 146, 166, 170, 177
Asistenta de familie (ocrotire) 33, 57
Astmul bronșic 298
Auzul 75, 137, 146, 156, 162

B

Baia 133, 156, 163, 167
- generală 81
- parțială 79
Biberonul 105, 111, 116, 117, 120, 128, 143
Beba 114, 115, 125, 128, 135, 143, 153, 168
- Vita 126
Bebelac 115, 116, 125, 126
Boala hemolitică (n. n.) 106
Bodys 88, 91, 92
Boli metabolice 68
Bosa serosanguină 63
Bronșita acută 296
Buza de iepure 106

C

Caiet de sănătate (copilului) 53
Camera copilului 45-48
-- , aerisirea 46
-- , coșul 47
-- , curățenia 46
-- , masa de înfășat 48, 57
-- , mobilierul 47
-- , pardoseala 45
-- , patul 47, 56
-- , perdelele 45
-- , pereții 45
-- , prizele electrice 45
-- , sistemul de încălzire 46
-- , temperatura 46
Capul 133
Carne 151, 158, 164
Căruciorul 48
Carii dentare 158
Căscatul 70
Cefalhematomul 63
Celuloza 169
Cereale 127, 147, 202
- Nestlé 127
Chiloții 132
Ciocolata 202
Circumcizia 66
Cântarul 48
Comportamentul 70, 170, 174, 197
Clavicula (fractură) 65
Colicele abdominale 76
Conjunctivita 64
Concepția 20
Constipația 138
Consultul medical 146, 183, 204
Contactul social 74, 77, 137, 156, 161, 166, 170

Mama și copilul

Controlul sfincterelor 205
Convulsiile 308
Copilul bolnav 263
-- , rolul părinților 263
-- , febra 273
-- , pielea 264
-- , regimul alimentar 273
- mic (1-3 ani) 191-207
-- , accidente 204
-- , alimentația 201
-- , apetitul 202
-- , asistența medicală 204
-- , dezvoltarea psihomotorie 191
-- , greutatea 191
-- , înălțimea 191
-- , intoxicații 204
-- , limbajul 191
-- , percepția 201
- preșcolar (3-6 ani) 207-223
-- , alimentația 212
-- , animalele de casă 221
-- , comportamentul 210
-- , greutatea 207
-- , îngrijiri 215
-- , jocul 218
-- , limbajul 209
-- , motricitatea 208
-- , perimetrul toracic 207
-- , somnul 214
-- , sportul 214
Conjunctivita 64
Cordonul ombilical 29
Craniul 61
- , fontanelele 62
- , hidrocefalia 63
- , microcefalia 63
Cremele 79
Creșa 55, 205
Creșterea 327
Criza genitală 31
Cruste seboreice 278

D

Degetele (malformații) 67
Dezvoltarea neuropsihică 339-346
Dezvoltarea somatică (corporală) 327-333
Dentiția 159
Diareea 106
- acută 288
Dificultăți de adaptare din partea mamei 102-104
----- , calitatea laptelui 104
----- , crăpăturile 103
----- , durerile sânilor 104
----- , hipergalactia 104
----- , nodulii 103
----- , umflarea sânilor 103, 104
----- , sugarului 104-106

----- , boala hemolitică 106
----- , diareea 106
Dificultăți de adaptare din partea mamei, dinții 64
----- , malformațiile gurii 106
----- , regurgitațiile 105
----- , refuzul de a suge 105
----- , vărsăturile 105
Dismaturul 27, 28
Diversificarea alimentației 144, 148, 334
Dulciuri 181, 202

E

Ectopia testiculară 65
Epiziotomia 39
Eritemul fesier 84
Examene preventive 321
Examenul medical 57, 69, 146, 183, 204

F

Fața 63, 129
Febra 31, 273
Fierul 122
Fenilcetonuria 68
Fimoza 66
Finkelstein (formula) 119
Fluorul 122
Foliculita 302
Fontanelele 62
Formule de lapte 114, 115, 116
Frișca 202
Fruite 168, 202
Furunculele 303

G

Gânguritul 130
Gâtul 28, 64
Geamătul 70
Gimnastica sugarului 183
Gravida 7
- , alimentația 9
- , amețeli 17
- , arsurile la stomac 16
- , cărceii 17
- , comportamentul sexual 14
- , constipația 13
- , durerile de șale 17
- , factorii de mediu 17
- , gestoze 17
- , grețurile 13
- , hemoragiile 16
- , îmbrăcămintea 16
- , igiena organelor genitale 14
- , indicații generale 18
- , infecțiile pielii 14
- , îngrijirea corpului 14
- , - dinților 15

Gravida, medicamente 17
 -, mijloace de transport 16
 -, micțiunile frecvente 17
 -, modul de viață 7
 -, salivația excesivă 13
 -, sânii 17
 -, sarea de bucătărie 12
 -, semne de alarmă 17
 -, sfatul genetic 8
 -, subalimentația 13
 -, sportul și călătoriile 16
 -, umflarea picioarelor 17
 -, varicele 17
 -, vărsăturile 13
 -, vergeturile 15
 -, vitamina D 13
 Greutatea 333
 Gura 64, 82, 155
 - de lup 100
 Gustul 76
 Gușa 12

H

Hepatitele virale 283
 Hernia ombilicală 65, 133
 Herniile inghinale 65
 Hidrocefalia 63
 Hidrocelul 65
 Hipp-produse 157, 168
 Hiperhidroza 252
 Humana 115, 125, 128, 135

I

Icterul fiziologic 30
 Imperforația canalului lacrimal 64, 75
 Impetigo 303
 Intoxicația prin nitriți 69
 Intoxicații 309
 Intradermoreacția la tuberculină 286
 Iodul 12
 Iritabilitatea generală 70

Î

Îmbrăcămintea sugarului 48
 --, bodys 56, 88, 91, 92
 --, bonete 49, 57
 --, cămășuțe 49
 --, pampers 61, 67, 78, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 132, 200
 --, pătura 56

Îmbrăcămintea sugarului, sacul de dormit 57
 --, scutece 48, 56
 Îmbrăcarea 92, 142
 Înfășatul 56, 85, 89, 147
 Întărcarea 142, 178
 Întepăturile veninoase

J

Jocul 134, 162, 186, 218
 Jucăriile 140, 162

L

Lacrimile 75
 Lapte cu cereale 126
 Laptele de mamă 32
 - - vacă 113, 117, 127, 143, 158
 - fără lactoză 116
 -, fierbere 110
 -, formule 114, 115, 116
 - praf degresat 117
 - - integral 117
 Laringita acută 295
 Lăpturi de început 143
 Lehuzia 38
 -, alăptarea după cezariană 38
 -, - gemenilor 37
 -, alimentația 38, 107
 -, gimnastică 43
 -, îngrijirea sânilor 35
 -, îngrijiri 42
 -, măsuri anticoncepționale 43
 -, modificările corpului 39
 Limba 64, 161
 Limbajul 74, 130, 137, 146, 155, 166, 182, 199
 Lungimea 59, 129, 136, 154
 Luxația congenitală de șold 66

M

Masa de înfășat 48, 57
 Mamele copil 31
 Materiile fecale (vezi Scaunele)
 Medicul de familie 320
 Membrele 66
 Menstruația 136
 Microcefalia 132
 -, microunde 158
 -, mierea 202
 Milubrei 125, 126
 Milumil 1 114, 115, 116, 125, 143
 - 2 22, 115, 135, 148, 153, 164, 168
 Mirosul 76
 Mixoedemul congenital 68
 Mixturile 79

Moartea subită 119, 128
Morinaga 115, 116, 125, 135, 143
Motricitatea 129, 136, 145, 154, 159, 165, 169, 173, 174
Milupa HN 25-116
Muguetul 31, 61

N

Nan 114, 115, 125, 135, 143, 148
Nasul 28, 76, 82
Nașterea 20-22
Nou-născutul (în maternitate) 20-37, 321
----, adaptare 28
----, alimentația 32
----, capul 23
----, căile respiratorii 29
----, cântărire 23, 30
----, cordonul ombilical 28, 29
----, criza genitală 31
----, descuamarea 31
----, dismaturul 27
----, eritemul alergic 31
----, factori de risc 27
----, febra de sete 31
----, identificare 30
----, îngrijiri - sala de naștere 28
----, mameloane 31
----, măsurare 23
----, meconiul 32
----, nasul 28
----, ochii 28
----, pielea 28, 30
----, prematur 25
----, sângerări și secreții genitale 31
----, scaune 32
----, scorul Apgar 29
----, scăderea fiziologică 30
----, testiculele 30
----, unghiile 23
-- (în familie) 45-122, 321
----, alimentația artificială 110
----, - naturală 95
----, baia generală 81
----, boli metabolice 68
----, bosa sero-sanguină 63
----, camera copilului 49
----, cosmeticele 78
----, cefalhematomul 63
----, craniul 61
----, dezvoltarea fizică 58
----, - psihomotorie 71
----, examenul medical 57
----, fața 63
----, gâtul 63
----, greutatea 58
----, gura 64
----, lungimea 58

Nou-născutul (în maternitate), luxația congenitală de șold 66
----, medicul de familie 57, 320
----, organele genitale 65
----, perimetre 59
----, pielea 59
----, scutecele 85, 89, 93
----, toracele 65
Nutricare 115, 116, 125, 135, 143
Nutrilon premium 115, 116, 153, 164, 168
Nutrilon plus 115, 116, 125, 128, 143, 148

O

Obezitatea 305
Obiecte pentru baie 77
-- îngrijire 78
Ochii 28, 29, 64, 82, 129, 159
Olița 179, 205
Ombilical 29, 65
Oreionul 281
Otitele 295
Oul 151, 164, 168, 202

P

Pampers 61, 67, 78, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 132
Panarițitul 61
Paralizia facială 64
- plexului brahial 67
Patul copilului 47, 56
Părul 28, 84
Perimetrul cranian 328
Pește 158, 178
Pete albe pe gingii 61
Picioare în "O" 178
Piciorul strâmb 67
Pielea (boli) 302
-, nou-născut 59
Plânsul 69
Pojarul (vezi Rujeola)
Prematurul 25, 116
Premergătorul 163
Prizele electrice 45
Preșcolarul (Vezi copilul preșcolar)

R

Rahitismul 121, 128, 136, 336-338
Rația alimentară 101, 110, 119, 127
Răceala 291
Reflexe 72
Reanimarea cardiorespiratorie 143
Rețete 223-240
Rinofaringita acută 292
Rujeola 275

S

- Sacul de dormit 57, 93
 Salteaaua 92
 Sarcina 7-20 (vezi Gravida)
 - depășită 60
 -, investigații 9
 -, teste de depistare 9
 Sarea 181
 Sângerarea nazală 315
 Scaune 32, 60, 89, 104, 132, 138, 156, 168, 171
 Scăderea fiziologică 30
 Scoaterea la aer 89
 Sfatul genetic 7, 8
 Similac 89, 114, 115, 116, 125, 143, 148, 153, 168
 Simțul tactil (pipăitul) 76
 Somnul 56, 69, 132, 138, 147, 163, 167, 176, 179, 214
 Sportul 219
 Sterogyl 121, 128
 Stomatita albicantă (vezi Muguetul)
 Sucurile 136, 142, 145, 157
 Sudamina 60
 Sughitul 71
 Supa de morcovi 226
 Sugarul 1-2 luni 123, 322
 ----, afectivitatea 129
 ----, alimentația 123
 ----, fața 129
 ----, foamea 131
 ----, greutatea 128
 ----, îmbrăcămintea 132
 ----, limbajul 129
 ----, lungimea 129
 ----, motricitatea 129
 ----, ochii 129
 ----, ombilicul (hernia) 132
 ----, percepția 131
 ----, scaunele 132
 ----, setea 131
 ----, somnul 132
 ----, suptul degetului 133
 ----, temperatura camerei 132
 ----, țipetele 129
 ----, veghea 132
 ----, zâmbetul 131
 - 2-3 luni 135
 ----, accidente 140
 ----, alimentația 135
 ----, boli infecțioase 139
 ----, contactul social 137
 ----, greutatea 136
 ----, ochii 137
 ----, limbajul 137
 ----, lungimea 136
 ----, menstruația mamei 136
 ----, motricitatea 136
 ----, părul 139
 ----, scaunele 138
 Sugarul 2-3 luni, strabismul 139
 ----, suptul degetului 140
 ----, suzeta 141
 ----, văzul 137
 - 3-4 luni 142, 322
 ----, alimentația 142
 ----, apucarea 146
 ----, auzul 146
 ----, contactul social 146
 ----, dezvoltarea motorie 145
 ----, greutatea 145
 ----, înfășatul 147
 ----, limbajul 146
 ----, lungimea 145
 ----, sucurile de fructe 145
 ----, somnul 147
 ----, vederea 146
 - 4-5 luni
 ----, alimentația 147
 ----, auzul 156
 ----, baia 156
 ----, contactul social 156
 ----, greutatea 154
 ----, gura 155
 ----, igiena în bucătărie 152
 ----, limbajul 155
 ----, lungimea 154
 ----, materiile fecale 156
 ----, urina 156
 ----, vaccinările 156
 - 5-6 luni 157, 322
 ----, alimentația 157
 ----, anemia 158
 ----, auzul 162
 ----, baia 163
 ----, dentiția 158, 159
 ----, greutatea 159
 ----, jucăriile 162
 ----, motricitatea 159
 ----, ochii 159
 ----, premergătorul 163
 ----, somnul 163
 ----, vederea 162
 ----, vitaminele 158
 - 6-7 luni
 ----, alimentația 164
 ----, apucarea 166
 ----, baia 167
 ----, contactul social 166
 ----, greutatea 165
 ----, limbajul 166
 ----, motricitatea 165
 ----, somnul 167
 ----, vederea 167
 - 7-8 luni
 ----, alimentația 168
 ----, apucarea 170
 ----, auzul 171

Sugarul 7-8 luni, comportamentul emoțional 170

- , contactul social 170
- , greutatea 169
- , încălțăminte 172
- , legănatul 172
- , limbajul 170
- , lungimea 169
- , motricitatea 169
- , perimetrul cranian 169
- , scaunele 168
- , somnul 172

- 8-9 luni

- , alimentația 172
- , comportamentul 174
- , contactul social 174
- , greutatea 173
- , lungimea 173
- , motricitatea 173
- , somnul 174
- , vaccinările 174
- , vitamina D 174

- 9-10 luni 174

- , alimentația 175
- , dezvoltarea psihomotorie 176
- , olița 179
- , picioare în "O" 176
- , somnul 176

- 10-11 luni

- , alimentația 177
- , apucarea 177
- , încălțăminte 180
- , limbajul 179
- , somnul 179

- 11-12 luni

- , alimentația 181
- , consultul medical 183
- , dezvoltarea 181
- , dentiția 181
- Supa de morcovi 226
- Suptul degetului 95, 133, 140
- Suzeta 141

Ș

Școlarul mic, adolescent 237-263

- , alimentația 239, 240, 248
- , condiții de lucru 241
- , dificultăți școlare 241
- , dezvoltarea fizică 237, 239, 240, 244
- , - normală 247
- , - funcției de cunoaștere 244
- , -socioemoțională 238
- , Ghid pentru părinți 238
- , îngrijiri 252
- , prevenirea accidentelor 239
- , profesie (alegere) 246
- , sexualitatea 257
- , sporturile 257

T

- Teama de persoane străine 170
- Tetina 112
- Torticolis 65
- Tremurăturile bărbiei 70
- Tresările 70
- Turgorul 59, 60
- Tusea convulsivă 280
- Talia 333

Ț

- Țarcul 163
- Țipătul 28, 70, 130

U

- Urechile 75, 82
- Unghiile 84

V

- Vaccinările 38, 139, 156, 286, 324-327
- Vaccinul antirujeolic 326
- împotriva difteriei, tetanusului și tusei convulsive (DTP) 325
- hepatitei B 327
- Haemophilus influenzae tip b 326
- tuberculozei (BCG) 324
- Vaccinarea împotriva poliomielitei (AP) 326
- Varicela 277
- Vărsăturile 105
- Văzul 75, 137, 146, 156, 162
- Vegetațiile adenoide 294
- Vigantol 121, 128 337
- Vitamina C 122
- , D 13, 38, 121, 128, 136, 158

Z

- Zahărul 113, 153
- Zarzavaturile 153
- Zăbăluța 303
- Zepter, vase 158
- Zâmbetul 131
- Zymafluor 158

Noua adresă a Editurii și Librăriei Medicale este:
B-dul Pache Protopopescu, nr. 131, sector 2, București.

Telefon: – 252.51.86
 – 252.51.87
 – 252.51.88
Fax: – 252.51.89

WWW.ed.medicala.ro
ed-medicala@fx.ro