

Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»**

**Кафедра поликлинической педиатрии
с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми**

**Профилактическая работа
с детьми раннего возраста
в поликлинике**

Учебное пособие для студентов медицинских вузов

Издание второе, переработанное и дополненное

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 060103 65 — Педиатрия

**ИВАНОВО
2009**

УДК 616-08-039.57-053.37.
ББК 57. 33
П 78

Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике:
учебное пособие для студентов / Л. А. Жданова, Г. Н. Нуждина, А. В. Шишова,
Л.К. Молькова, И. М. Прощина, С. И. Мандров, И. Е. Бобошко, М. Н. Салова,
О. С. Рунова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Иваново, ГОУ ВПО ИвГМА Рос-
здрава, 2009. — 308 с.
ISBN 978-5-89085-142-0

Настоящее издание посвящено вопросам организации и проведения профилакти-
ческой работы с детьми от рождения до 3 лет в условиях поликлиники, представленным
в Государственном образовательном стандарте подготовки студентов по специальности
«Педиатрия».

Предназначено для студентов, интернов, ординаторов, может использоваться в
практической деятельности участковых врачей, медицинских сестер.

— 2-е изд., перераб. и доп. — Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009. —
308 с.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии
ФДППО ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава **Р. М. Ларюшкина**
доктор медицинских наук, профессор кафедры детских
болезней лечебного факультета ГОУ ВПО ИвГМА
Росздрава **Е. В. Шниткова**

Редактор С. Г. Малытина

Подписано в печать Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная. Уч.-изд. л.
24,5
Тираж 135 экз.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Иванов-
ская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
153 012, г. Иваново, просп. Ф.Энгельса, 8

ISBN 978-5-89085-142-0

© ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2009

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВСТУПЛЕНИЕ	4
II. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА	11
– Дородовые патронажи	11
– Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе	13
– Профилактические мероприятия на антенатальном этапе	23
– Консультативно-экспертная комиссия беременных и родильниц	39
III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕ-ГО ВОЗРАСТА	41
Организация наблюдения за новорожденными	41
Контроль состояния здоровья и профилактика его отклонений у детей из групп риска	63
Организация жизни ребенка в период новорожденности	77
– Режим	77
– Санитарно-гигиенический уход	77
– Вскармливание новорожденного	84
– Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение	86
– Питание и режим кормящей матери	90
– Физическое воспитание	91
– Стимуляция нервно-психического развития	93
Организация наблюдения детей первых трех лет жизни	94
– Объем и сроки профилактических осмотров	94
– Контроль физического развития	96
– Контроль нервно-психического развития	102
– Оценка поведения	111
– Оценка резистентности	113
– Комплексная оценка состояния здоровья	114
Организация жизни детей первых трех лет жизни	115
– Режим	115
– Вскармливание детей первого года жизни	116
– Вскармливания детей с 1 года до 3 лет	132
– Физическое воспитание	134
– Закаливание детей раннего возраста	152
– Воспитание детей раннего возраста	162
Профилактика фоновых заболеваний	170
Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение	180
Организация профилактических прививок	197
Гигиеническое воспитание и обучение населения	207
Медсестринские патронажи	209
Медико-педагогические рекомендации	220
Особенности профилактических приемов детей раннего возраста	236
IV. ПРИЛОЖЕНИЯ	272
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	300
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	306
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	307

I. ВСТУПЛЕНИЕ

Основным принципом охраны здоровья детей является профилактическое направление, цель которого заключается в воспитании здорового ребенка и предупреждении возможных заболеваний и нарушений его развития.

Для детей раннего возраста особенно важное значение имеет **первичная профилактика**, под которой понимают комплекс медико-психолого-педагогических и правовых мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья путем ликвидации или снижения влияния управляемых неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды.

Успешное решение задачи сохранения здоровья, снижения заболеваемости и смертности во многом зависит от правильной организации профилактической работы с детьми раннего возраста.

Ранний возраст (от 0 до 3 лет) имеет особое значение в развитии организма ребенка, так как в этом периоде закладывается основа физического, нервно-психического здоровья, основы интеллектуального развития.

Современные взгляды на здоровье с позиций адаптивных возможностей человека определили направленность первичной профилактики в педиатрии на оценку, прогнозирование и управление функциональными возможностями ребенка и уменьшение цены его адаптации к различным факторам внешней среды.

Непрерывный рост детского организма обуславливает неразрывную связь проблемы здоровья в педиатрии с понятием «онтогенез», которое дословно переводится как «развитие существа». По определению И.А.Аршавского, биологический смысл этого развития заключается в достижении физиологической полноценности организма при вступлении в самый ответственный детородный период.

Индивидуальное развитие наследственно обусловлено. Сроки реализации генетической программы существенно зависят от окружающей среды, факторы которой действуют как «механизмы декодирования» этой программы. В период интенсивного развития органов и систем наблюдается их повышенная чувствительность к действию необходимых биологических или социальных факторов. Такие периоды называют критическими.

Научной основой первичной профилактики в педиатрии является принцип «системогенеза», разработанный П.К. Анохиным в рамках его учения о функциональных системах адаптации. Суть его заключается в том, что на разных этапах развития организма происходит избирательное и ускоренное созревание определенных структурных образований и функций, что обеспечивает выживаемость организма. Первыми в онтогенезе созревают функциональные системы, обеспечивающие наиболее ранние приспособительные функции. Следовательно, основной движущей силой индивидуального развития является необходимость адаптироваться к тому или иному возмущающему фактору. В интересах наиболее полноценного индивидуального развития условия среды должны несколько отличаться от оптимума, т.е., быть возмущающими, тренирующими (например, закаливание).

Согласно другому принципу, обозначенному как принцип «минимального обеспечения функциональной системы», созревание функциональной системы идет не сразу, вначале созревает несколько функциональных единиц, которые объединяются в минимальную и несовершенную систему, развивающуюся в дальнейшем. Поэтому в развитии отдельных органов и систем наблюдается непропорциональность (гетерохронность) созревания.

В связи с этим при подборе ребенку стимулирующих нагрузок мы должны учитывать степень возрастной зрелости его организма.

Весь этап созревания человека разделен на несколько возрастных периодов.

В понятие **возрастной период** входит тот отрезок времени, в пределах которого процесс роста и развития, а также физиологические особенности организма тождественны, а реакции на раздражители более или менее однозначны. В то же время возрастной период — это время, необходимое для завершения определенного этапа морфофункционального развития организма и достижения готовности к той или иной деятельности.

В педиатрии принята следующая периодизация детского возраста.

I. Внутривутробный этап.

1. Фаза эмбрионального развития — от зачатия до 2—3 мес.:
 - а) зародышевый период — 1 неделя;
 - б) период имплантации — 40 часов;
 - в) эмбриональный период — 5—6 недель;
 - г) эмбрио-фетальный период — 2 недели.
2. Фаза плацентарного развития (фетальный период) — от 3 мес. до рождения:
 - а) ранний фетальный период — до 28 недель;
 - б) поздний фетальный период — до рождения.

II. Внеутробный этап.

1. Период новорожденности — от 0 до 3—4 недель:
 - а) ранний неонатальный период — от 0 до 7 дней;
 - б) поздний неонатальный период — от 8 до 28 дней.
2. Период грудного возраста — с 29 дней до 12 мес.
3. Преддошкольный период (старший ясельный) — от 12 мес. до 3 лет.
4. Дошкольный возраст — от 3 до 7 лет.
5. Младший школьный возраст — от 7 до 11 лет.
6. Старший школьный возраст — от 12 до 17 лет (в этом периоде можно выделить средний школьный возраст — от 12 до 14 лет).

Развитие организма проходит через **критические периоды — периоды интенсивного избирательного роста и развития отдельных функциональных систем**. В эти периоды адаптивные возможности организма ограничены, а чувствительность его к экзогенным воздействиям повышена. Это ведет к более высокому риску развития пограничных и патологических состояний.

В критические периоды возможно, с одной стороны, наиболее эффективное формирование здоровья путем правильного подбора внешних стимулирующих воздействий. Их отсутствие в эти периоды может привести к существенной задержке развития. С другой стороны, очень вероятна утрата здоровья в связи с повышенной ранимостью быстро развивающихся структур. Поэтому стимулы должны быть адекватны адаптивным возможностям.

Поэтому очень важна конкретная характеристика отдельных этапов развития, определение границ смены одного периода развития другим, т.е. возрастная периодизация. И.А.Аршавский предложил в качестве основного критерия для каждого этапа выделение ведущих функций, характеризующих способность взаимодействия организма с внешней средой.

Ниже представлена краткая характеристика периодов внутриутробного развития и раннего детства.

I. Внутриутробный этап.

1. Фаза эмбрионального развития — от зачатия до 2—3 мес.:

- а) зародышевый период — 1 неделя (период оплодотворения яйцеклетки до имплантации бластоцита в слизистую оболочку матки);
- б) период имплантации — 40 часов;
- в) эмбриональный период — 5—6 недель (закладка и органогенез почти всех внутренних органов);
- г) эмбрио-фетальный период — 2 недели (формирование плаценты, плацентарного кровотока и окончание формирования большинства органов).

2. Фаза плацентарного развития (фетальный период) — от 3 мес. до рождения:

- а) ранний фетальный период — до 28 недель (интенсивный рост и тканевая дифференцировка органов плода);
- б) поздний фетальный период — до рождения (депонирование многих компонентов питания, в т.ч. микроэлементов, трансплацентарная передача иммуноглобулинов матери, созревание сурфактанта).

На этапе внутриутробного развития **выделяют два критических периода: первый и последний триместры беременности.**

В первый триместр идет интенсивная дифференцировка тканей, формирование органов плода. При воздействии тератогенных факторов могут возникать генные и хромосомные мутации в тех структурах, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Это приводит к гибели зародыша из-за формирования грубых пороков развития.

В последний триместр беременности происходит интенсивный прирост массы, синтез сурфактанта и трансплацентарная передача иммуноглобулинов матери плоду. В этот период развитие плода в значительной мере зависит от состояния плаценты и маточно-плацентарного кровотока. Гестозы, плацентарная недостаточность, анемия беременных приводят к задержке внутриутробного развития, внутриутробному инфицированию, рождению детей с гипотрофией, иммунодефицитными состояниями, поражением дыхательной системы (синдром дыхательных расстройств), поражением центральной нервной системы (ЦНС).

II. Внеутробный этап.

3. Период новорожденности — от 0 до 3—4 недель:

- а) ранний неонатальный период — от 0 до 7 дней (адаптация к внеутробному существованию, начало легочного дыхания и функционирования малого круга кровообращения, увеличение периферического кровотока, особенно легких и сердца, начало энтерального питания и микробная колонизация кишечника, изменение энергообмена и терморегуляции, водно-солевого гомеостаза).

Как отражение приспособления к внеутробной жизни у новорожденных отмечаются «переходные», или физиологические, состояния:

- физиологическое падение массы тела (связано с отхождением мочи, мекония, высыханием пуповинного остатка, срыгиванием околоплодных вод и недостаточностью питания и др);
- простая эритема и шелушение кожных покровов (реакция кожных сосудов с последующей десквамацией эпидермиса);
- физиологическая желтуха (проявление незрелости ферментов печени);
- гормональный (половой) криз (действие материнских половых гормонов (эстрогенов), переданных ребёнку трансплацентарно);
- мочекишечный инфаркт (особенность обмена веществ в первые дни жизни);
- физиологическая диспепсия (переходный стул);

- б) поздний неонатальный период — от 8 до 28 дней (полной адаптации к внеутробной жизни еще не наступило, отмечаются генерализованные реакции ЦНС, происходит полное прекращение деления нейронов, усиленное формирование межнейрональных связей; преобладает влияние подкорковых структур; связь с внешним миром происходит посредством безусловных рефлексов; идет интенсивное развитие анализаторов, особенно зрительного, возникновение зрительного, эмоционального и тактильного контакта с матерью — первая улыбка, преобладает гуморальный иммунитет, слабая способность формирования активного иммунитета).

Весь период новорожденности выделяется как критический. Для этого периода характерно: формирование питания ребенка и матери; проявление внутриутробного поражения ЦНС, врожденных пороков развития, наследственных болезней; склонность к генерализованным реакциям, нередко возникает пупочный сепсис; синдром дыхательных расстройств; проявление признаков внутриутробного инфицирования.

Особенно критическим является ранний неонатальный период, поскольку именно в эти сроки наиболее часто реализуются неблагоприятные факторы, действующие на ребенка внутриутробно и в процессе родов. Не случайно период с 28 недели беременности до 7 дня жизни, включающий поздний фетальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды, объединяют под общим названием — перинатальный период.

4. Период грудного возраста — с 29 дней до 12 мес.

Само название подчеркивает необходимость хотя бы частичного кормления ребенка грудью матери, а, значит, по-прежнему, очень тесный контакт матери и ребенка. Для этого периода характерно интенсивное физическое развитие, высокий обмен веществ с преобладанием анаболических процессов. Отсюда понятна особая актуальность полноценного сбалансированного питания ребенка. Его неадекватность быстро приводит к нарушению физического развития и НПР, возникновению рахита и анемии. Незрелость органов пищеварения, высокая проницаемость слизистой для аллергенов способствуют развитию желудочно-кишечных расстройств, аллергодерматозов. К 2—3 мес. ослабевает первоначальный пассивный иммунитет, а способность к активному иммуногенезу снижается, что ведет к частой острой респираторной заболеваемости. Нередки проявления аномалий конституции: аллергического, лимфатического и мочекишечного диатеза. В этот период происходит совершенствование высшей нервной деятельности, моторных функций, речи. Неблагоприятно сказывается на этом процессе дефицит стимулирующих воздействий взрослых, ограничение движений ребенка. Нередко причиной нарушения НПР является перинатальное поражение ЦНС (ПП ЦНС), которое в этот период еще не полностью компенсировано и может проявляться в виде мышечной гипотонии, судорожной готовности, гипертонивно-гидроцефального синдрома.

Критический период — возраст с 3 до 6 мес. жизни. В это время могут проявиться отклонения в НПР, нарушение формирования отношений матери и ребенка; снижение местного иммунитета и склонность к заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и органов дыхания, нарастание пищевой аллергии, усугубление лимфатического диатеза, возникновение рахита, гипотрофии, анемии.

5. Преддошкольный период — от 1 года до 3 лет.

Анаболические процессы преобладают над катаболическими, что определяет почти линейный рост тела, хотя темп его несколько снижен по сравнению с предыдущим периодом; идет усиленный рост тканей и их дифференцировка. Завершается миелинизация нейронов проводящих путей. Интенсивно развивается кора головного мозга, активно формируются условные рефлексы и развивается речь, двигательные навыки. Условные связи (позитивные, негативные) отличаются прочностью и сохраняют значение на последующих этапах развития. Эмоциональная сфера ребенка существенно развивается, нередко проявляются отрицательные эмоции вплоть до истерических бурь. Ведущая сфера деятельности — игра, через которую возможно обучение ребенка. Активное формирование лимфоидной ткани в сочетании с функциональной недостаточностью часто приводит к ее гиперплазии. На многие антигены сохраняется первичный иммунный ответ и физиологический дефицит отдельных

субклассов иммуноглобулинов, недостаточность местного иммунитета, но активно развивается хелперная функция лимфоцитов, имеется склонность к кетозу.

Критическая фаза — второй год жизни. Для этого периода характерны социализация; ломка привычных стереотипов с риском развития невротических реакций; проявление малых дисфункций мозга; задержка развития речи; склонность к повторным вирусным и микробно-воспалительным заболеваниям; нарастание частоты детских инфекций (коклюш, скарлатина); возможность развития заболеваний аутоиммунной и иммунокомплексной природы; четкие проявления атопии, хронического тонзиллита; учащение бытового травматизма (падения, ожоги, отравления); рост общей заболеваемости по сравнению с предыдущим периодом; при заболеваниях — быстрый возврат к заданной программе развития (гомеорезис).

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что **цель первичной профилактики** ориентирована на повышение уровня здоровья ребенка, т.е. функциональных возможностей его организма.

Основными учреждениями профилактического направления в системе обеспечения медико-санитарной помощи детскому населению в городах являются детские поликлиники.

Задачи детской поликлиники можно условно подразделить на два блока:

I. Оптимизация физического, психического развития детей, их социальная адаптация (блок первичной профилактики):

- 1) создание оптимальных условий для полноценного развития здорового ребенка, начиная с антенатального этапа;
- 2) динамический контроль за развитием и здоровьем для раннего выявления и коррекции отклонений;
- 3) подбор тренирующих воздействий, стимулирующих развитие ребенка (рациональный выбор физических и интеллектуальных нагрузок позволяет не только скорректировать отставание, но и добиться его ускорения).

II. Снижение заболеваемости, предупреждение детской инвалидности и смертности (блок вторичной и третичной профилактики):

- 1) профилактика заболеваний, в том числе работа с детьми из групп риска;
- 2) лечение острых заболеваний и обострений хронических болезней, реабилитация детей после перенесенного заболевания и дальнейшее оздоровление;
- 3) восстановительное лечение детей с хроническими заболеваниями и утраченными функциями для профилактики инвалидизации.

Профилактическое направление в работе детской поликлиники включает следующие разделы:

- 1) антенатальная охрана плода (для участкового педиатра эта работа сводится к своевременному проведению дородовых патронажей и работе с беременной женщиной;
- 2) динамический контроль за здоровьем детей (эта работа осуществляется путем проведения плановых профилактических осмотров в наиболее уязвимые, так называемые, декретированные возрастные периоды; цель этих осмотров состоит в комплексной оценке здоровья и назначении оздоровительных мероприятий, а при необходимости, терапевтических воздействий;
- 3) вакцинопрофилактика;
- 4) работа по гигиеническому воспитанию и обучению населения;
- 5) подготовка детей к поступлению в детские образовательные учреждения, контроль течения адаптации.

На современном этапе профилактическое направление реализуется по системе **прогностического слежения** за здоровьем ребенка. Работа осуществляется поэтапно:

- 1) на прогностическом этапе проводится прогнозирование особенностей развития и риска ряда наиболее часто встречающихся заболеваний. Для этого существует и продолжает разрабатываться целая серия прогностических алгоритмов, предусматривающих анализ факторов социального и биологического анамнеза;
- 2) на диагностическом этапе проводится комплексная оценка здоровья по основным критериям: уровень физического и нервно-психического развития, резистентности, реактивности и выявляются симптомы заболеваний;
- 3) на оздоровительном этапе назначаются немедикаментозные мероприятия, способствующие нормальному развитию и тренировке защитных сил организма;
- 4) корректирующий этап проводят в случае нарушения здоровья.

II. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

Эффективность первичной профилактики важнейших заболеваний у детей раннего возраста значительно возрастает при проведении мероприятий, начиная с антенатального периода развития ребенка.

Период жизни женщины, предшествующий наступлению беременности, планирование беременности, сама беременность — факторы, формирующие здоровье будущего ребенка задолго до его рождения. Эффективное формирование здоровья ребенка невозможно без учета состояния здоровья его матери.

Поэтому организация медицинской помощи по рождению здорового ребенка должна осуществляться в условиях единого **акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК)**, представляющего объединение учреждений акушерской, обще-лечебной и педиатрической сети на основе функционального, административного и смешанного типов комплексирования.

Интеграция функций врачей единого АТПК в системе непрерывного слежения за здоровьем матери и ребенка осуществляется следующим образом. Акушер-гинеколог в течение 10—12 дней с момента первой явки беременной организует ее обследование и получение полной информации о здоровье семьи от терапевта, узких специалистов, совместно обслуживающих данную семью.

Дородовые патронажи

Сведения о взятии беременной женщины на учет поступают из женской консультации в регистратуру детской поликлиники по телефону и заносятся в журнал учета беременных.

Для врача-педиатра работа по охране здоровья плода сводится к **проведению дородовых патронажей**, в процессе которых он решает две задачи:

- выявление факторов риска социально-биологического анамнеза и оценка их направленности на возможное формирование патологии будущего ребенка в раннем возрасте (прогноз групп риска);
- проведение антенатальной профилактики прогнозируемой патологии.

Первый дородовый патронаж проводится **участковым педиатром и медицинской сестрой** через 10—12 дней после получения сигнала из женской консультации о взятии беременной на учет.

К этому времени женщина имеет на руках обменную карту с результатами проведенных инструментальных и лабораторных обследований и заключениями всех специалистов о состоянии ее здоровья, балльной оценки риска перинатальной патологии будущего ребенка.

Цель первого дородового патронажа — прогнозирование возможной патологии у будущего ребенка и подбор индивидуальных мероприятий, необходимых для предотвращения реализации выявленного риска.

Задачи первого патронажа:

- выявление факторов риска (наличие экстрагенитальной патологии у матери, особенности ее акушерско-гинекологического анамнеза, выявление профессиональных вредностей родителей, выяснение данных о здоровье членов семьи (генеалогический анамнез не менее, чем в трех поколениях), получение информации о материально-бытовых и социальных условиях беременной; выявление особенностей внутриутробного развития плода);
- проведение раннего дородового прогнозирования возможной патологии будущего ребенка;
- проведение прогноза и профилактики гипогалактии;
- информирование беременной о выявленном риске у ожидаемого ребенка;
- положительный психологический настрой родителей на рождение ребенка;
- подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска; пропаганда здорового образа жизни; приглашение в школу матерей; беседа о преимуществах грудного вскармливания;
- определение срока второго дородового патронажа.

Медицинская сестра осуществляет патронаж беременной на дому и решает часть перечисленных выше задач. Этот патронаж социальный и его целью является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния здоровья, наличия вредных привычек у матери и отца. Она обращает внимание на самочувствие беременной, сон, аппетит, соблюдение режима труда и отдыха, дает рекомендации по режиму труда и отдыха, питанию, гигиене, рациональной одежде, обуви. Особое внимание уделяется беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную посетить кабинет здорового ребенка в детской поликлинике и занятия в «Школе матерей», где будущая мать познакомится с правилами ухода за ребенком.

Педиатр, получив сведения из сестринского патронажа, из обменной карты беременной, оценивает степень и направленность риска у будущего ребенка, разрабатывает комплекс мероприятий по профилактике реализации выявленного риска. Свое заключение педиатр вносит в обменную карту беременной. Рекомендации немедикаментозного характера педиатр дает к исполнению непосредственно беременной, а медикаментозные назначения проводятся в женской консультации акушером-гинекологом с учетом группы риска, установленной педиатром, его рекомендаций.

Второй дородовый патронаж осуществляется участковым педиатром и медсестрой на 30 неделе беременности в период начала декретного отпуска женщины.

Цель второго патронажа — контроль выполнения назначений врача женской консультации и педиатра, переоценка факторов риска и направленности риска, коррекция рекомендаций. Особое внимание уделяется посещению бе-

ременной «Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.

Задачи второго патронажа:

- получение информации о течении беременности, перенесенных заболеваниях, применении медикаментов, изменении условий труда, быта;
- получение информации о выполнении предшествующих назначений и их эффективности;
- переоценка факторов риска и направленности риска;
- коррекция рекомендаций соответственно вновь выявленному риску;
- подготовка семьи к встрече новорожденного;
- проведение повторного прогноза гипогалактии и профилактика гипогалактии; подготовка молочных желез к лактации;
- уточнение предполагаемого срока родов;
- уточнение адреса, по которому будут жить мать с ребенком.

Возможен **третий дородовой патронаж** в сроке беременности 36 недель, который проводится педиатром к женщинам из группы высокого перинатального риска, определяемого акушером-гинекологом.

После каждого патронажа педиатр оформляет документы:

- бланк дородового патронажа, в котором указан риск возможной патологии у ребенка и даны рекомендации. Бланки хранятся в картотеке дородовых патронажей в кабинете здорового ребенка (КЗР);
- обменную карту беременной, куда вносит свои рекомендации по антенатальной профилактике риска возможной патологии у ребенка.

Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе

Прогноз здоровья ребенка должен проводиться в период его внутриутробного развития и после рождения. На каждом из этапов необходим учет всех факторов риска, способствующих развитию нарушений в состоянии здоровья. Разработано множество прогностических алгоритмов в отношении той или иной патологии у детей.

В основу распределения детей по группам риска положена предполагаемая **направленность риска**, а не сами факторы, т.к. часто разные заболевания могут обуславливаться одними и теми же факторами риска.

Практикуется выделение следующих групп риска (табл. 1).

Таблица 1

Группы риска детей раннего возраста

№ группы риска	Направленность риска
1	Дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации.
2	Дети с риском патологии ЦНС.
3	Дети с риском возникновения рахита, анемии и дистрофии.
4	Дети с риском гнойно-септических заболеваний и период новорожденности.
5	Дети с риском врожденных пороков развития органов и систем.
6	Дети с риском аллергических заболеваний.
7	Дети из неблагоприятных микросоциальных условий.
8	Риск нарушения репродуктивного здоровья.
	Риск развития синдрома внезапной смерти (СВС).
	Риск развития синдрома увеличенной вилочковой железы (СУВЖ).
	Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза.
	Риск развития тяжелого дисбактериоза.
	Риск развития пороков челюстно-лицевой системы и кариеса (ЧЛС).

Методы выявления групп риска: качественные (табл. 2) и количественные (табл. 3,4).

Наиболее точным является количественный метод прогноза с использованием прогностической значимости факторов риска. Это дает возможность устанавливать не только направленность риска, но и его степень.

Таблица 2

Поисковая таблица для определения риска патологии у детей

Группы риска Факторы риска									Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧЛС
	1	2	3	4	5	6	7	8					
Экстрагенитальная патология матери													
Анемия	+		+							+			+
Артериальная гипертензия		+	+										
Бронхиальная астма						+							
Дегенеративное заболевание нервной системы		+											
Заболевания почек		+											

Группы риска Факторы риска									Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧЛС
	1	2	3	4	5	6	7	8					
Заболевания щитовидной железы		+	+	+					+	+	+	+	+
Крапивница						+							
Краснуха				+	+				+				+
Листериоз									+				+
Нейродермит						+							
Ожирение			+							+			
Отек Квинке						+							
Очаги инфекции									+	+		+	+
Пищевая и другие виды аллергии						+							
Пороки сердца		+	+		+				+			+	+
Сахарный диабет		+	+		+				+	+	+	+	+
Сифилис									+				+
Токсоплазмоз		+		+					+				+
Умственная отсталость		+											
Хронический гастрит				+									
Хронический колит				+									
Хронический пиелонефрит				+									
Хронический холецистит				+									
Хроническое заболевание бронхолегочной системы	+			+					+				
Цитомегалия				+					+				+
Наследственная отягощенность													
Кровнородственный брак					+								
Хромосомные болезни у одного из супругов					+								
Врожденные иммунодефицитные заболевания					+				+	+	+	+	+
Патология эндокринной системы									+	+	+	+	+
Психические заболевания									+				
Неврологические заболевания									+				
Онкология										+			
Ферментопатии											+		

Группы риска Факторы риска	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧЛС
Отягощенный акушерский анамнез													
Выкидыши		+			+	+							
Мертворождение		+			+								
Рождение детей с мас- сой менее 2000 г		+											
Многплодная беремен- ность		+											
Бесплодие		+											
Дети, родившиеся с ВПР			+		+								
Воспалительные заболева- ния гениталий		+		+									
Анатомически узкий таз		+											
Социальный анамнез													
Возраст матери:		+							+				
– до 16 лет													
– более 30 лет			+		+								
Возраст отца более 40 лет					+								
Противоречивое воспитание ребенка	+												
Семьи с плохим психологи- ческим климатом							+		+				
Жесткость родителей							+						
Злоупотребление алкого- лем, курением	+	+			+		+		+				
Нудовлетворительные бы- товые условия	+						+				+		
Неполная семья							+						
Голодание									+				
Течение данной беременности													
Токсикоз первой половины		+	+		+	+				+			
Токсикоз второй половины		+	+			+							+
Угроза невынашивания		+				+				+			
Множкратная угроза до 10 недель					+								
Многоводие		+			+				+				
Патология плаценты		+											
Гипотрофия плода			+							+			+

Группы риска Факторы риска									Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧЛС
	1	2	3	4	5	6	7	8					
Ионизирующее излучение до 12 недель					+								
Прием лекарств в первые 12 недель					+								
Прием лекарственных препаратов во время беременности					+	+					+		+
Переливание крови, кровезаменителей						+					+		
4 и более беременности			+							+			
Период между предыдущими и настоящими родами 1 год и менее			+										
Инфекционные болезни матери в первую треть беременности	+	+			+					+			+
Инфекционные болезни матери в конце беременности и родах	+			+							+		+
Частые острые инфекционные и обострения хронических заболеваний матери во время беременности	+			+		+							
Профессиональные вредности		+			+	+							
Течение настоящих родов													
Затяжные или стремительные роды		+							+	+			
Слабость родовой деятельности		+											
Длительный безводный период				+							+		
Преждевременная отслойка плаценты		+											
Инструментальные вмешательства (щипцы, вакуумэкстрактор), кесарево сечение		+							+	+			

Группы риска Факторы риска	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧДС
Обвитие пуповиной		+							+	+			
Ранняя отслойка плаценты									+				
Тазовое предлежание плода в сочетании с многоводием и ЗВУР					+								
Постнатальный период													
Иммунологическая несовместимость крови матери и ребенка		+							+				+
НМК II ст.									+			+	
Асфиксия новорожденного	+	+							+	+		+	
Переношенность		+							+				
Недоношенность, незрелость	+									+			
Дети из двоен				+						+			+
Дети с массой при рождении более 4000 г	+	+	+						+				
Уровень стигматизации более 5 стигм		+			+								+
Дети, получавшие противосудорожные препараты			+										
Частое применение антибактериальной терапии у детей						+					+		
Стойкая желтуха		+											
Отклонения в акте сосания,		+											
Иммунологическая несовместимость крови матери и ребенка		+							+				+
НМК II ст.									+			+	
Мышечная гипотония		+											
Транзиторная лихорадка, рвота		+											
Повышенная сонливость или возбудимость		+											
Внутричерепная родовая травма	+								+	+		+	
ОРВИ в первые 3 месяца	+									+	+	+	

Продолжение табл. 2

Группы риска Факторы риска	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск СВС	Риск СУВЖ	Риск дисбактериоза	Риск инфекционного токсикоза	Риск пороков ЧДС
Эндокринопатии	+		+										
Раннее искусственное вскармливание	+		+								+		
Несоответствие режима сна и кормления возрасту	+					+							+
Дети с неустойчивым стулом			+										
Высокий темп физического развития			+										
Метаболические и иммунологические нарушения	+		+										
Рахит	+												
Анемия	+												
Гипотрофия	+								+	+			
Паратрофия									+	+			
Аллергический диатез	+									+	+	+	
Лимфатико-гипопластический диатез	+		+	+		+			+	+	+	+	+
Нервно-артритический диатез		+	+										+
Врожденные пороки развития	+												
Дети с заболеваниями ЦНС	+												
Наследственная патология	+												
Дети ДЧБ	+		+										
Дети с хронической патологией	+												
Гнойничковые заболевания матери				+							+		
Мастит у матери				+							+		
Инфекционные заболевания у членов семьи				+									
Гиподинамия													+
Перегревание ребенка													+

Оценка результатов: необходимо найти группы риска по каждому из отягощающих факторов, имеющихся у ребенка. Считать риск развития патологии у ребенка действительным, если номер группы риска повторился один и более раз.

Ниже представлены прогностические таблицы для выявления **степени риска** таких состояний, как частая респираторная заболеваемость, перинатальная энцефалопатия, рахит, анемия, гипотрофия, аллергия (табл.3) синдром внезапной смерти младенцев (табл. 4).

Таблица 3

Значимость факторов риска в возникновении основной патологии у детей грудного возраста (по коэффициенту ассоциации)

Факторы риска	Частые ОРЗ	Энцефалопатия	Рахит, анемия, гипотрофия	Аллергия
Экстрагенитальная патология матери	0,78	0,70	0,43	0,70
Аллергия у родителей	0,27	0,47	0,38	0,56
Частые ОРЗ у матери (отца)	0,50	0,28	0,12	0,22
Гинекологическая патология матери	0,50	0,33	0,31	0,26
Проф.вредности у родителей	0,36	0,18	0,38	0,43
Отягощенный акушерский анамнез	0,42	0,38	0,30	0,61
Период между предыдущими родами, абортom и настоящей беременностью — менее 1 года	0,54	0,17	0,37	0,12
Высокий порядковый номер беременности	0,16	0,27	0,10	0,26
Токсикоз второй половины беременности	0,14	0,31	0,17	0,10
Угроза прерывания беременности во второй половине	0,38	0,38	0,43	0,43
Острые и обострение хронических заболеваний:				
— во время беременности	0,50	0,36	0,37	0,42
— в первую половину	0,18	0,33	0,37	0,12
— во вторую половину	0,50	0,16	0,37	0,42
Анемия во время беременности	0,10	0,12	0,15	0,11
Гипотрофия плода	0,38	0,26	0,38	0,26
Масса при рождении более 4000 г	0,10	0,12	0,11	0,10
Асфиксия в родах	0,90	0,82	0,38	0,18

Оценка результатов:

- при сумме баллов 0,3—0,5 прогнозируется слабая степень риска;
- при 0,5—0,7 — средняя степень риска;
- более 0,7 — высокая степень риска.

Синдром внезапной смерти (СВС) — это неожиданная ненасильственная смерть видимо здорового ребенка первого года жизни, при которой отсутствуют адекватные данные анамнеза и патоморфологического исследования для объяснения причины смерти. (Определение принято на II Международной конференции по проблеме младенческой смертности).

СВС младенцев занимает важное место в структуре постнеонатальной смертности в возрасте 2—4 месяцев в большинстве промышленно развитых стран мира.

В Международной классификации болезней X пересмотра данный синдром обозначен как «внезапная смерть грудного ребенка» под рубрикой R 95 в разделе «неизвестные причины смерти».

Среди возможных механизмов развития синдрома наибольшего внимания заслуживают две основные гипотезы — респираторных нарушений, основанная на регистрации у детей, погибших в дальнейшем от СВС, дыхательных нарушений в виде апноэ, и кардиальная теория, в основе которой лежит развитие жизнеугрожающей аритмии. Исследованиями последних лет установлено, что СВС представляет собой одно из патологических состояний, при котором ***функциональная и морфологическая незрелость являются ведущими предрасполагающими факторами.***

Ведущее значение имеют такие факторы риска, как недоношенность и низкая масса тела при рождении, наличие признаков морфофункциональной незрелости.

К факторам риска можно также отнести некоторые дефекты ухода за ребенком раннего возраста: положение ребенка на животе во время сна, тугое пеленание, перегрев ребенка, а также наличие в кроватке мягких игрушек, подушек и других посторонних предметов, которые могут препятствовать полноценному дыханию.

Существенно увеличивают риск СВС предшествующие эпизоды угрожающих жизни состояний на фоне полного здоровья, которые характеризуются развитием резкой бледности или цианоза, апноэ, брадикардии, мышечной гипотонии и гипорефлексии.

СВС чаще встречается в холодное время года (осень — зима). Отмечается определенный возрастной пик СВС — 2—4 месяца. СВС у мальчиков регистрируется в 1,5 раза чаще, чем у девочек. Вероятность СВС выше в ночное время, а пик смертности приходится на ранние утренние часы (с 4:00 до 6:00).

С учетом всех вышеперечисленных факторов **к группе высокого риска по развитию СВС** относятся:

- дети, перенесшие очевидные жизнеугрожающие состояния;
- сибсы жертв СВС, у которых вероятность развития данного синдрома в 4—7 раз выше, чем в целом в популяции;
- недоношенные дети с массой тела при рождении менее 2000 г.

Ниже представлена диагностическая Таблица 4, в которой перечислены наиболее значимые факторы риска и их прогностическая значимость, что позволяет установить степень риска развития СВС.

Оценка результатов:

- **при сумме более 70 баллов** ребенок должен быть отнесен к группе риска по развитию СВС и взят на диспансерное наблюдение участковым педиатром в течение первого года жизни;
- **при сумме более 100 баллов** ребенок должен быть отнесен к группе высокого риска по развитию СВС. В данном случае обязательным является диспансерное наблюдение участковым педиатром в течение первого года жизни и постановка на учет в специализированном кардиологическом центре.

Таблица 4

Диагностическая таблица для определения степени риска СВС у детей первого года жизни

Факторы риска	Градация факторов	ПК
Социальные факторы риска		Баллы
Образование матери	– Среднее – Неполное среднее или начальное	-2 -5
Образование отца	– Среднее – Неполное среднее или начальное	-6 -7
Метраж на одного человека в квартире (кв. м на человека)	– Менее 3 – 3—7	-4 -2
Неполная семья		-5
Курение матери	– Во время беременности – После родов	-10 -3
Алкоголизм	– Матери – Отца	-31 -3
Перинатальные факторы риска		
Порядковый номер родов	– Вторые – Третьи – четвертые и более	-1 -5 -32
Интервал между данными и предшествующими родами менее 14 мес.		-12
Число предшествующих медицинских абортов	– 1—2 – 3 и более	-1 -3
Число предшествующих беременностей три и более		-3
Возраст на момент первой беременности	– Менее 17 – 18—21	-3 -1
Случаи предшествующей скоропостижной смерти детей		-20
Сроки постановки на учет в женской консультации	– Позже 16 недель – Не состоялась	-2 -30
Гипотония у матери во время беременности		-6
Многоплодная беременность		-6
Оценка по шкале Апгар (на 5-й минуте)	– 6—7 баллов – 5 баллов и менее	-3 -8
Вес ребенка при рождении (кг)	– 4 и более – 2—2,5 – Менее 2	-6 -6 -12
Наличие признаков морфо-функциональной незрелости		-10

Профилактические мероприятия на антенатальном этапе

Профилактические мероприятия по охране здоровья будущего ребенка начинаются с правильной организации антенатальной охраны здоровья плода. Часть рекомендаций носит общий характер для всех беременных. Другая группа мероприятий назначается индивидуально соответственно выявленному риску с целью уменьшения влияния неблагоприятных факторов на здоровье будущего ребенка.

Мероприятия, проводимые в женской консультации:

- ранняя явка к врачу акушеру-гинекологу женской консультации — в сроке до 12 недель беременности и систематическое наблюдение беременной;
- полноценное питание, режим, достаточный сон;
- охрана соматического здоровья беременной, профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний, внутриутробных инфекций плода и новорожденного (ВУИ-, TORCH-инфекции);
- УЗИ контроль (скрининг) в следующие сроки:
 - до 15 нед.
 - с 18 по 24 нед.
 - с 32 по 34 нед.
- рутинные обследования, дополнительные диагностические обследования;
- консультация терапевта;
- по показаниям — консультация генетика;
- профилактика врожденных пороков развития (ВПР) — прием фолиевой кислоты в первые три месяца беременности.

Роль педиатрической службы в профилактике реализации выявленного риска:

- своевременная организация дородовых патронажей беременной участковым педиатром и медицинской сестрой;
- прогнозирование и профилактика гипогалактии;
- прогнозирование риска возможной патологии будущего ребенка;
- санитарно просветительная работа с родителями о влиянии факторов риска социально-биологического анамнеза на состояние здоровья ребенка и профилактика простудных заболеваний;
- рекомендации по питанию, режиму дня, закаливанию, физическому воспитанию беременной.

Антенатальная профилактика гипогалактии предполагает:

- обеспечение здоровья будущей матери, начиная с детства;
- прогнозирование риска развития гипогалактии;
- профилактику и лечение осложнений беременности и экстрагениальной патологии;

- устранение, по возможности, социальных причин, влияющих на лактацию;
- полноценное питание, удовлетворительные условия учебы и быта, профилактика вредных привычек у девушек-подростков, занятия физкультурой;
- санитарно-просветительные мероприятия по пропаганде естественного вскармливания;
- дородовую подготовку молочных желез.

Профилактика гипогалактии в родильном доме:

- правильное ведение родов;
- раннее прикладывание к груди;
- совместное пребывание матери и ребенка в одной палате;
- правильная техника кормления грудью.

Прогноз гипогалактии (табл. 5) проводится участковым педиатром при каждом патронаже к беременной женщине и после выписки новорожденного в поликлинику.

Таблица 5

Прогнозирование гипогалактии	
Факторы риска	ПК
При первичном патронаже	Первичная гипогалактия
Эндокринная патология	+13,0
Возраст первородящей старше 34 лет	+13,0
Нарушение репродуктивной функции в анамнезе	+13,0
	Вторичная гипогалактия
Токсикоз первой половины беременности	+11,6
Наличие хронической патологии у матери	+8,2
Наследственная предрасположенность (снижение лактации у матери)	+8,0
Состояние предыдущей лактации	+5,9
Неполная семья	+3,5
При вторичном патронаже	
Тяжелые формы токсикоза второй половины беременности	+6,5
Угроза прерывания	+3,1
После родов	
Операция кесарево сечение	+7,4
Позднее прикладывание к груди:	– позднее 6 часов
	– позднее 3 суток
Неблагоприятный период новорожденности	+13,4
Болезни матери в период кормления грудью	+13,0
Нервное и физическое истощение (переутомление)	+11,3

Прогноз в отношении лактации будет неблагоприятным при сумме прогностических коэффициентов (ПК) более +13,0.

Дородовая подготовка к грудному вскармливанию

К кормлению ребенка женщина должна готовиться еще до беременности. С самого раннего детства у девочек необходимо вырабатывать в семье, в коллективе положительную ориентацию на грудное вскармливание, подчеркивать его преимущества в процессе воспитания. Такая работа должна проводиться в школе, в среднем и высшем учебном заведении, работниками радио и телевидения, редакциями различных газет и журналов.

С момента взятия на учет в женской консультации необходимо внушить женщине уверенность в возможности и успешности грудного вскармливания. Особое внимание следует обращать на правильную организацию режима, уклада жизни, питания, проведения мероприятий по профилактике заболеваний молочных желез.

Важно внушать женщине, что малышке необходимо грудное молоко, оно положительно отражается на ее здоровье и здоровье малыша.

Грудное молоко является уникальной, лучшей пищей для ребенка первых месяцев жизни.

Рождение ребенка всегда влияет на изменение формы груди, независимо от того, кормит она или нет. Кормление грудью не портит фигуру женщины, наоборот, оно должно помочь ей сбросить вес после родов.

Размер и форма груди не играет никакой роли в грудном вскармливании. Молоко в достаточном количестве вырабатывается как в маленькой, так и в большой груди, хотя имеют определенное значение генетические особенности лактации.

Дородовая подготовка молочных желез и сосков. К кормлению ребенка женщине необходимо вплотную готовиться во время беременности. Очень важна здесь психологическая настроенность к кормлению грудного ребенка. Отсутствие ее может привести к гипогалактии.

В течение всей беременности молочные железы готовятся к своей послеродовой функции — кормлению. Грудь увеличивается, тяжелеет, поэтому необходимо носить удобный бюстгальтер, который поддерживает, но никак не стесняет грудь.

На седьмом месяце беременности следует заняться подготовкой молочных желез и сосков.

От формы и реакции сосков во многом зависит успех будущего кормления, хотя количество молока мало зависит от формы, а зависит больше от способности индивидуума к лактации. Большинство женщин способно секретировать достаточное количество молока для ребенка.

Уверенное и длительное кормление возможно в случае, когда сосок матери достаточно удлинен, чтобы при сосании достигать твердого неба ребенка. Плоские соски следует несколько вытянуть во время беременности. Специальная подготовка сосков заключается в том, что дважды в день в течение последнего триместра надо проделывать простое упражнение — ритмично сжимать основание соска между двумя пальцами рук, сначала в горизонтальной плоскости, затем по вертикали, стараясь его несколько вытянуть.

Упражнения продолжают несколько минут. Рациональным является массаж молочных желез.

Советы женщинам по подготовке грудных желез к кормлению:

- несколько раз в день проводить воздушные ванны для груди;
- носить удобный, поддерживающий грудь бюстгальтер;
- принимать контрастный душ 2 раза в день, делать массаж груди с помощью душа по часовой стрелке;
- каждый день делать массаж груди со специальным кремом (для поддержания эластичности тканей и кожи).

Режим и питание беременной женщины

В начале беременности у женщин часто имеет место снижение аппетита, отвращение к пище, отмечаются тошнота, рвота. Не следует отчаиваться. Это явление временное, все пройдет. В этом случае рекомендуются более частые приемы пищи небольшими порциями. После еды следует немного полежать.

Эти знания очень важны, так как нерациональное питание (недостаток в пище жиров, белков, витаминов, минеральных солей и др.) — это недостаток их в организме беременной и плода, а отсюда — неправильное формирование органов и тканей, малокровие (анемия), задержка внутриутробного развития плода, мозговой ткани и др.

В первой половине беременности количественное питание не отличается от обычного питания небеременной женщины детородного возраста, однако поскольку в первые три месяца начинают формироваться органы плода, очень важно, чтобы оно было полноценно по содержанию белков, витаминов, минеральных веществ.

Особая повышенная потребность во всех пищевых веществах и энергии в новых физиологических нормах обозначена для беременных женщин на сроках 5—9 мес. и кормящих матерей.

Во время беременности надо питаться разнообразно, но не за двоих.

Будущей матери нужно почти вдвое больше витаминов и минеральных веществ.

Ниже приведены рекомендации в виде кратких и лаконичных памяток, которые желательно иметь в печатном виде и выдавать на руки беременным женщинам.

Советы по питанию беременным (памятка)

- Во время беременности не следует резко менять свои пищевые привычки, если у Вас до этого не было грубейших нарушений принципов рационального питания, пристрастия к алкоголю.
- Меню беременных должно по возможности содержать все основные виды продуктов; молоко и молочные продукты, мясо и мясопродукты, птицу, рыбу, яйца, хлеб, крупы, овощи, фрукты, ягоды, соки и кондитерские изделия.
- Основные продукты, необходимые беременной женщине:
 - мясо, птица — 170 г
 - рыба — 70 г
 - молоко 2,5% жирности (в любом виде) — 0,5 л

- творог 9% жирности — 50 г
 - сыр — 15 г
 - яйцо — 1 шт.
 - овощи — 500 г, из них картофель — не более 200 г
 - фрукты — 300 г
- В первой половине беременности нет необходимости в ограничении питания, а во второй целесообразно уменьшить прием соли и жидкости до 3—4 стаканов в день, включая чай, молоко, суп, напитки. Это необходимо для предупреждения развития отеков и повышенного артериального давления.
 - Во второй половине беременности необходимо исключить жареные блюда, рацион должен включать в основном тушеные и отварные блюда, ограничить прием цитрусовых, шоколада и других аллергизирующих продуктов.
 - Очень важно обеспечение регулярного опорожнения кишечника, что обеспечивает освобождение организма от токсических продуктов, образующихся в кишечнике. Для этого следует шире использовать в питании продукты, стимулирующие двигательную активность кишечника (хлеб из муки грубого помола, пшеничную, гречневую, перловую крупы, овощи и фрукты, в том числе свеклу, морковь, капусту, сухофрукты, соки с мякотью).
 - Пища должна содержать достаточное количество незаменимых пищевых продуктов — аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, а также минеральных солей, микроэлементов и витаминов.
 - Не прислушивайтесь к многочисленным советам знакомых и незнакомых людей, подруг. Ориентируйтесь всегда на здравый смысл и выполняйте рекомендации врача.
 - На протяжении беременности вы должны соблюдать режим труда, быта, отдыха. Можно продолжать работать и вести домашние дела, исключив только тяжелые физические нагрузки. Во время прогулок вас должны сопровождать супруг или другие члены семьи, чтобы беречь от неприятных встреч, случайных травм.
 - Чтобы родился здоровый ребенок, необходимо отказаться от вредных привычек: курения, приема алкоголя и др.
 - Основными источниками белков должны стать молоко и молочные продукты, мясо и рыба.
 - Следует использовать мясо молодых животных, лучше в отварном виде.
 - В последний триместр беременности желательно исключить бульоны, мясные и рыбные супы, потребление мяса ограничить до 3—4 раз в неделю, а в последний месяц беременности — до 1 раза в неделю (с целью облегчения работы почек).
 - В первой половине беременности количество рыбы и рыбных изделий должно быть равным количеству мяса, но в последнем триместре беременности сушеную, вяленую и копченую рыбу исключают.
 - Молоко и молочные продукты в случае хорошей переносимости можно употреблять на протяжении всей беременности, в среднем 0,5—0,8 л молока в день.
 - Организм беременных лучше усваивает жиры, содержащиеся в молоке и молочных продуктах, а также растительном масле.

- Часть сливочного масла рекомендуется заменить сметаной и включить в суточный рацион 15—30 г растительного масла.
- Тучным женщинам в период беременности жиры также необходимы, поскольку с ними поступают жирорастворимые витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.
- Нежелательно увеличение количества сахаров.
- Обязательно включают в рацион овощи, фрукты и ягоды.
- Из круп предпочтение отдают гречневой. Рафинированные крупы (рис, манная крупа), не содержащие защищенных углеводов, должны быть ограничены.

Режим питания

- В первые месяцы беременности следует ориентироваться на 4-разовое питание, во второй половине — на 5-разовое, а в последние 2 месяца — на 6-разовое.
- Промежутки между приемами пищи не должны превышать 4—5 ч.
- Рекомендуется 1-й завтрак — в 7—8 ч, 2-й завтрак — в 12 ч, обед — в 17 ч и ужин — в 21 ч.
- Во второй половине беременности вводится дополнительный прием пищи между 2-м завтраком и обедом или после обеда, но тогда обед переносится на 14 ч.
- Мясные и рыбные блюда лучше включать в состав завтрака или обеда, а на ужин рекомендуются молочные и молочно-растительные блюда.
- На ночь рекомендуется выпивать стакан теплого молока, кефира.
- Необходимо избегать обильного приема пищи.
- Организм беременных нуждается в повышенном количестве минеральных веществ и витаминов.

Примерное меню женщины во второй половине беременности

Кормление (часы)	Наименование блюд
Завтрак (7.00)	Яйцо (омлет), кефир, свежие фрукты
Второй завтрак (9.30)	Салат из сырых овощей, сосиска, молоко (чай с молоком), хлеб с маслом и сыром
Обед (12.00—13.00)	Суп овощной, вегетарианский со сметаной, отварное мясо (курица, рыба, субпродукты) с овощами, фруктовый сок
Полдник (15.30—16.00)	Творог, кефир, свежие фрукты (ягоды)
Первый ужин (18.00)	Молочная каша, свежие фрукты
Второй ужин (20.30)	Винегрет, кефир, печеное яблоко, отвар шиповника

С учётом дефицита в рационе российских женщин белка и ряда витаминов представляется необходимой **рационализация питания беременных и кормящих женщин с помощью специализированных продуктов питания.**

В настоящее время компанией **Nestle** выпускается полноценная сухая молочная смесь «**Клинутрен Оптимум**», которая может использоваться в пи-

тании беременных и кормящих женщин. Смесь рекомендуется вводить в рацион беременных и кормящих женщин по 1—2 стакана в день (второй завтрак, полдник).

Смесь «Клинутрен Оптимум» благодаря своему многокомпонентному составу (содержит все необходимые витамины, микро- и макроэлементы) обеспечивает профилактику нарушений (или коррекцию) питания беременной и кормящей женщины, улучшает качество грудного молока.

Режим труда и отдыха (памятка)

Для правильного развития эмбриона и плода очень важно снабжение его кислородом, нормальный обмен веществ в организме матери. Поэтому на протяжении всей беременности женщина должна соблюдать правильный режим труда, быта, активного и пассивного отдыха, строго соблюдать меры личной гигиены. Следует больше отдыхать, не переутомляться, чаще бывать на свежем воздухе, избегать стрессовых ситуаций и тяжелой физической работы. Необходимы ежедневные прогулки на свежем воздухе 2—3 раза в день, особенно перед сном.

Помните! Недостаток кислорода плохо отражается на развитии плода, на состоянии его центральной нервной системы.

- Спать следует не менее 8 часов в сутки.
- Ежедневно принимать гигиенический душ.
- Обмывать грудные железы и подмывать область промежности 2 раза в день теплой водой с мылом.
- Одежда должна быть удобной, не стягивающей живот.
- С 6 мес. беременности полезно носить бандаж, плотно прилегающий к телу для облегчения движений и удержания ребенка в правильном положении.
- Молочные железы следует поддерживать бюстгалтером из хлопчатобумажной ткани, 2 раза в день следует проводить массаж грудных желез.

В таблице 6 представлен еще один вариант рекомендаций, касающихся различных разделов жизни и деятельности беременной женщины.

Таблица 6

Справочная таблица, предлагающая перечень того, что разрешено, в чем следует соблюдать осторожность и что запрещено беременной женщине*
«Светофор» для беременной женщины

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
П И Т А Н И Е	- Постное мясо всех сортов, хорошо прожаренное и проваренное. - Рыба хорошо прожаренная и проваренная.	- Большое количество «пустых» углеводов — кондитерские изделия, макароны, белый хлеб (при запорах лучше употреблять продукты из цельного зерна).	- Строго вегетарианская пища (исключительно зелень и овощи и зерновые). - Диеты для похудения

*Краснов М. В., Краснов В. М. Питание детей раннего возраста, 2004

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
П И Т А Н И Е	- Продукты из цельного зерна (балластные вещества, полезные для пищеварения и богатые витаминами и минералами). - Фрукты всех видов (слива может вызвать вздутие кишечника). - Овощи всех видов (капуста и бобовые могут вызвать вздутие кишечника). - Пища для сыроедения (продукты перед употреблением тщательно вымыть). - Молоко и молочные продукты (с низким содержанием жира). - 1—1,5 л жидкости в сутки (лучше всего содержащую мало углекислоты). - Йодированная соль, обычные пряности. - Сахар и его заменители. - Растительное масло.	- Кислые фруктовые соки (вздутие кишечника, особенно в первые 6 мес.). - Много сахара и прочих сладостей (они крадут у вас витамины). - Не желательно много жиров, в том числе «скрытых» в колбасе, мясе, кондитерских изделиях, жареных продуктах. - Густые соусы, подливки (лишние калории, холестерин). - Соль в больших количествах (связывает воду, лучше употреблять приправы). - Привычка все время жевать	- Сырое мясо и бифштексы с кровью, пробовать сырой фарш (опасность токсоплазмоза). Чрезмерное увлечение напитками, содержащими хинин (тоник), горькими сортами лимонада и тониками (можно нанести вред глазам ребенка при приеме в больших количествах, хотя прием в небольших количествах время от времени не нанесет вреда). - Еда за двоих.
Л Е К А Р С Т В А	- По предписанию врача витамины и минеральные вещества (например, фолиевая кислота, железо, фтор, йод). - Без предписания врача витамин С около 60 мг в сутки (при угрозе простуды). - Отпускаемые без рецепта болеутоляющие средства, состоящие из какого-либо одного активного вещества, одобренного вашим врачом. - Валериана как успокоительное и снотворное. - Отвар Melissa (для успокоения против изжоги и отрыжки). - Льняное семя. - Местное обезболивание при лечении зубов.	- Витамин А, если в нем нет явного недостатка (при передозировке имеется опасность новообразований). - Антибиотики (только по предписанию врача, разрешаются некоторые виды пенициллина и цефалоспорины). - Рентгеновское обследование (при крайней необходимости закрыть нижнюю часть тела защитным свинцовым устройством, рентген зубов проблемы не представляет).	- Самолечение. Любые лекарства — только с разрешения врача. Особенно это относится к лекарствам от мигрени, снотворным, успокоительным, антидепрессантам, таблеткам от тошноты, рвоты, головокружения. - Слабительные и мочегонные, поливитамины - Глюкокортикостероиды - Средства от прыщей (содержат большое количество витамина А). Грязевые аппликации.

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
ПУТЕШЕСТВИЯ	- Противопоказаний нет, пока самочувствие хорошее. - Между 4—6 мес. недолгие (на 2—3 ч) поездки и лишь в зоны умеренного климата.	- Полеты в самолете начиная с 28 нед. беременности (нехватка кислорода, повышенное УФО, долгое сидение). - Поездки в горы высотой выше 2 тыс. м.	- Полеты на самолете начиная с 37 нед. беременности. - Вождение машины, если подвержены приступам дурноты (опасность аварий). - Вождение непосредственно перед родами (начинающиеся схватки). - Подъем на скоростных лифтах и поездки по канатным дорогам в горы на высоту выше 1500 м.
НАПИТКИ	2-3 чашки кофе, какао или чая в день.	- Черный чай для женщин, которые едят мало мяса и много овощей (тормозит усвоение железа).	- Алкоголь (исключение составляют бокал вина, шампанского или безалкогольного пива (по особым случаям)). - Злоупотребление кофе или чаем (большие дозы повредят будущему ребенку).
СПОРТ	- Все спокойные виды спорта, не требующие большого напряжения, например, гимнастика, плавание, легкая растяжка, пешие прогулки, лыжи (в том числе на длинные дистанции — для тренированных). - Для тренированных женщин все другие любимые виды спорта (обсудить предварительно с врачом). - Сауна по 7—10 мин в 1—3 захода. Ванна для всего тела, температура не более +37°C, максимальная продолжительность — 10 мин. - Солнечные ванны в полутени, максимальная продолжительность — 30 мин., в солярии — 10 мин.	- Йога, верховая езда, езда на велосипеде в горах (при отсутствии должных навыков). - Лыжи и коньки (опасность выкидыша вследствие падения).	- Все виды спорта, связанные с достижением результата (соревнования) или с большим напряжением - Повышение спортивного мастерства - Подъем в горы выше 1500 м (нехватка кислорода, нагрузка, повышенное УФО) - Парные и сауны более 10 мин. и перегрев - Интенсивные солнечные ванны (опасность возникновения пигментных пятен, выкидыша — летальные blastopatii).

	Разрешается	Осторожно	Запрещается
С Е К С	- Не возбуждается вплоть до родов при нормальном течении беременности, только избегать резких толчкообразных движений. - Выбирать позы, при которых живот женщины менее всего подвергается давлению.	- Начиная с 32 недели рекомендуется пользоваться презервативами, поскольку содержащиеся в сперме простаглан-дины иногда могут вызывать преждевременные схватки. - В последние недели беременности оргазм может вызывать схватки.	- При кровянистых выделениях или угрозе выкидыша. - При сильных болезненных сокращениях матки при половом сношении или после оргазма.

Профилактика риска на антенатальном этапе

При выявлении риска перинатальной патологии на антенатальном этапе назначаются дополнительные диагностические обследования и профилактические мероприятия согласно направленности установленного риска (табл. 7).

Таблица 7

Профилактические мероприятия, проводимые на антенатальном этапе, в зависимости от направленности риска

Направленность риска	Профилактические мероприятия
III группа риска Риск возникновения рахита, анемии, дистрофии	– Профилактика анемии: С 14—16 недель в течение 10 дней: ■ липоевая кислота или липамид — 0,025×3 р.; ■ пантотенат кальция — 0,1—0,2×3 р.; ■ витамин В1 или кокарбоксилаза — 50 мг в/м (при аллергической настроенности витамин В1 в комплекс не включают). В 24—26 нед. курс повторяют. В 32 нед. при гемоглобине ниже 120 г/л назначают третий курс и препараты железа в течение 1 мес. в дозе 120—150 мг. – Женщинам не старше 30 лет — вит. D в дозе 400—500 МЕ в сутки в течение 2 последних месяцев беременности. Витаминно-кислородные коктейли с 14—15 недель. – Поливитамины для беременных: матерна, витрум-пренатал, нова вита, олиговит, прегнавит, мультитабс с бета-каротином. – Смеси для беременных (например, сухая молочная смесь «Клинутрен Оптимаум» фирмы Nestle (Швейцария))
IV группа риска Риск гнойно-септических заболеваний в период новорожденности	– Санация очагов инфекции у беременной женщины. – Раннее прикладывание ребенка к груди, желательно в первые 2—6 часов после рождения. – Сохранение и стимуляция лактации (способствует становлению нормального биоценоза кишечника у ребенка, создает иммунологическую защиту).

V группа риска Риск врождённых пороков развития органов и систем	– Генетик — при взятии женщины на учет по беременности. – УЗС плода в 12 и 20—24 недели, в дальнейшем — по показаниям.
VI группа риска Риск развития аллергических заболеваний	– Гипоаллергенная диета. – Гипоаллергенный быт. – Выявление гастроэнтерологической патологии.
VII группа риска Неблагоприятные микросоциальные условия	– Привлечение к работе с семьей общественных организаций.
VIII группа риска Риск нарушения репродуктивного здоровья	– Правильное половое воспитание, пропаганда медицинских знаний (целомудрие, сублимация — переключение на другую деятельность и др.). – Диспансеризация девочек-подростков, угрожаемых на нарушение репродуктивной функции, оздоровление мальчиков и девочек, полноценное питание. – Планирование беременности (гормональные контрацептивы, биологический метод, внутриматочные спирали и др.), прекоцепционная профилактика — назначение фолиевой кислоты до беременности. – Правильный режим, полноценное питание, достаточное количество необходимых нутриентов. – Медико-генетическая консультация. – Организация микрорасположенной среды, здоровый образ жизни семьи.
Риск развития СВС	– УЗС плода в 12 и 20—24 недели, в дальнейшем — по показаниям. – Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств. – Своевременное выявление факторов риска. – Профилактика преждевременных родов (санитарно-просветительская работа в семьях, планирующих рождение ребенка, пропаганда здорового образа жизни). – Контроль за рождаемостью (предупреждение нежелательных, частых и ранних беременностей). – Снижение физических нагрузок во время беременности. – Прекращение курения.
Риск развития СУВЖ	– Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств.
Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза	– УЗС плода в 12 и 20—24 недели, далее — по показаниям. – Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств.

После выполнения каждого патронажа к беременной женщине заполняется бланк дородового патронажа.

Схема первого дородового патронажа

Дата проведения « ____ » _____ 200 ____ г.

Срок беременности _____ недель. Предполагаемый срок декретного отпуска _____, предполагаемый срок родов _____.

Женская консультация № _____, акушерско-гинекологический участок № _____, взрослая поликлиника № _____, терапевтический участок _____

Фамилия, Имя, Отчество беременной _____ Возраст _____

Домашний адрес _____

Фамилия, Имя, Отчество мужа _____ Возраст _____

Брак зарегистрирован (да, нет), в разводе, брак первый, повторный _____

Дети, возраст _____

Ближайшие родственники беременной женщины (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) _____

Образовательный уровень членов семьи:

Образование женщины _____ Профессия _____

Место работы _____ проф. вредности _____

Образование мужа _____ Профессия _____

Место работы _____ проф. вредности _____

Психологический микроклимат семьи:

– знают ли родственники о наличии беременности (да, нет); отношения с мужем _____

– отношения с родителями _____

– вредные привычки женщины _____ мужа _____

Бытовые условия, гигиена жилища _____

Материальная обеспеченность _____

Генеалогический анамнез

Состояние здоровья беременной женщины _____ мужа _____

детей _____ ближайших родственников _____

Биологический анамнез:

Беременность по счету _____ желанная (да, нет). Период между предыдущими родами и настоящей беременностью I год и менее (да, нет). Родилось живых детей _____, мертворожденных _____, недоношенных _____, выкидыши _____, мед. аборты _____. Аномалии развития детей _____, неврологические нарушения _____, масса доношенных менее 2500 _____, и более 4000 _____.

Бесплодие в браке _____ лет, гинекологическая патология: рубец на матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, узкий таз, воспалительные заболевания.

Течение настоящей беременности: гестоз, угроза невынашивания, многоводие, патология плаценты, признаки гипоксии плода и т.д. Перенесенные во время беременности заболевания:

– острые (срок беременности, лечение) _____

– обострение хронических (срок беременности, лечение) _____

– травмы, операции (срок беременности) _____

– внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) _____

Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) _____

Результаты осмотра врачами-специалистами:

- акушером-гинекологом _____
- ЛОР _____
- стоматологом _____
- окулистом _____
- терапевтом _____

Результаты лабораторных методов исследования _____

Результаты инструментальных методов исследования _____

Неблагоприятные условия труда исключены (да, нет), указать.

Питание: кратность приема пищи в сутки, в том числе горячей _____
использование в питании молока, творога, масла, мяса, овощей, фруктов —
ежедневно (да, нет)

Аллергические реакции на продукты питания _____

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (да, нет), др. факторы риска _____

Заключение: Беременность № _____, срок _____, недель, желанная (да, нет).

Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка _____

Рекомендации:

- 1) по режиму дня;
- 2) по диете (рекомендации с учетом выявленных нарушений);
- 3) рекомендации с учетом выявленных факторов риска;

Второй дородовой патронаж _____ дата, _____ место проведения

Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Пример первого дородового патронажа

Дата проведения «**17 сентября 2007 г.**»

Срок беременности **14 недель**. Предполагаемый срок декретного отпуска

15.01.08г. Предполагаемый срок родов **26.03.08г.**

Женская консультация № **1**, акушерско-гинекологический участок № _____,

взрослая поликлиника № **5**, терапевтический участок **3**

ФИО беременной **Семенова Вера Николаевна**. Возраст **26 лет**

Домашний адрес: **г. Иваново, ул. Запрудная, д. 10, кв. 18.**

ФИО мужа **Семенов Павел Борисович**. Возраст **27 лет**

Брак зарегистрирован (**да**, нет), в разводе, брак первый, повторный _____

Дети, возраст **мальчик, 3 года**

Ближайшие родственники беременной женщины (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) **бабушка по линии матери, 56 лет, пенсионерка, возможна помощь в уходе за ребенком**

Образовательный уровень членов семьи:

Образование женщины **высшее**. Профессия **учитель начальных классов**

Место работы **школа № 34**

проф. вредности **эмоциональные нагрузки**

Образование мужа **высшее** Профессия **инженер**

Место работы **завод станкостроения** проф. вредности **производственный шум**

Психологический микроклимат семьи:

- знают ли родственники о наличии беременности (да, нет);
- отношения с мужем дружные
- отношения с родителями взаимопонимание
- вредные привычки женщины отсутствуют мужа курит 1 пачку сигарет в день

Бытовые условия, гигиена жилища 2-х комнатная коммунальная квартира, 28 м, со всеми удобствами, в квартире чисто

Материальная обеспеченность достаточная

Генеалогический анамнез: состояние здоровья:

- беременной женщины миопия средней степени, гипертоническая болезнь,
- мужа остеохондроз позвоночника, хрон.гастрит
- детей старший сын часто болеет ОРЗ
- ближайших родственников У бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь

Биологический анамнез: беременность по счету 3 желанная (да, нет). Период между предыдущими родами и настоящей беременностью 1 год и менее (да, нет). Родилось живых детей 1, мертворожденных -, недоношенных -, выкидыши -, мед.аборты 1. Аномалии развития детей -, неврологические нарушения гипертензивный синдром, масса доношенных менее 2500 -, и более 4000 -

Бесплодие в браке - лет, гинекологическая патология: рубец на матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, узкий таз, воспалительные заболевания (указать).

Течение настоящей беременности: гестоз, угроза невынашивания, многоводие, патология плаценты, признаки гипоксии плода и т.д. Перенесенные во время беременности заболевания:

- острые (срок беременности, лечение) -
- обострение хронических (срок беременности, лечение) -
- травмы, операции (срок беременности) -
- внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) -

Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) -

Результаты осмотра врачами-специалистами:

- акушером-гинекологом беременность 14 недель
- ЛОР здорова
- стоматологом полость рта санирована
- окулистом миопия средней степени
- терапевтом гипертоническая болезнь

Результаты лабораторных методов исследования ОАК от 7.09.07: Эр. — 5,4 Т/л Нb — 143г/л, ЦП — 0,89, Лейк. — 68,6 Г/л, Эоз. — 3, Нейтр. п/я — 2, с/я — 68, Лимф. — 20, Мон. — 7, СОЭ — 17 мм/ч.

ОАМ: у.в. — 1024, прозрачная, желтая, сахар и белок отсутствуют, эпит.кл. — 4—6 в п/зр, лейкоц. — 5—7 в п/зр., эритроц. — 0, оксалаты ++

Инструментальных методов исследования

Неблагоприятные условия труда исключены (да, нет), указать.

Питание: кратность приема пищи в сутки, в том числе горячей — 2 раза в день использование в питании молока, творога масла, мяса, овощей, фруктов — ежедневно (да, нет).

Аллергические реакции на продукты питания нет

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (да, нет), другие факторы риска недостаточный ночной сон, не гуляет, мало отдыхает

Заключение: Беременность № 3, срок 14 недель, желанная (да, нет). Риск перинатальной патологии 11 баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии 18,8 баллов: неблагоприятный

Группы риска ребенка 1,2,3,4,6

Рекомендовано:

- 1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;
- 2) прием пищи 4—5 раз в день, исключить облигатные аллергены;
- 3) реабилитация старшего ребенка в гр.ДЧБ (даны рекомендации);
- 4) метаболический комплекс в течение 10 дней, затем повторить в 24—26 недель:
 - липоевая кислота или липамид — по 0,025×3 раза в день;
 - пантотенат кальция — по 0,2 ×3 раза в день;
 - витамин В₁ или кокарбоксилаза — 50 мг в/м ежедневно № 10;
 - препараты железа — 100—150 мг в день в течение месяца;
- 5) проведена беседа о выявленных факторах риска, в т.ч., гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;
- 6) посещение «Школы матери»;
- 7) второй дородовой патронаж в 30 недель дата 17 декабря 2007 г место проведения КЗР в поликлинике.

Подпись врача _____ Подпись медсестры _____

Схема второго дородового патронажа

Ф.И.О. женщины _____

Дата патронажа _____ Срок беременности _____

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности. Степень риска антенатальной патологии (в баллах).

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре.

Изменение условий труда.

Изменение условий быта.

Выдерживался ли правильный режим сна.

Режим питания беременной.

Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в терапевтическом стационаре, ОГБ и др., профилактика рахита, анемии.

Санация очагов инфекции.

Производится ли подготовка сосков.

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений.

Подготовка к принятию новорожденного.

Заключение:

Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка _____.

Рекомендации:

Подпись врача _____

Пример второго дородового патронажа

Ф.И.О. женщины Семенова Вера Николаевна

Дата патронажа 17.12.07 г. Срок беременности 29 недель

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности **ОРЗ в легкой форме в 19 нед., получала фитотерапию, угроза прерывания в 17 недель, лечилась в стационаре, анемия легкая (Hb 100г/л)**

Степень риска перинатальной патологии (в баллах) 15 баллов

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре:

метаболический комплекс не принимала

Изменение условий труда. Нет

Изменение условий быта. Нет

Выдерживался ли правильный режим сна. Режим дня не соблюдается

Режим питания беременной. Соблюдает

Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в терапевтическом стационаре, ОПБ и др., профилактика рахита, анемии.

Санация очагов инфекции. Проведена

Производится ли подготовка сосков. Да

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений. Удовлетворительное

Подготовка к принятию новорожденного. Создается уголок новорожденного

Заключение: Риск перинатальной патологии 15 баллов (высокий).

Прогноз гипогалактии 21,9 баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка 1,2,3,4,5,6.

Рекомендации:

- 1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;
- 2) продолжить соблюдение рекомендаций по организации питания;
- 3) метаболический комплекс в течение 10 дней:
 - липоевая кислота или липамид — по 0,025×3 раза в день;
 - пантотенат кальция — по 0,2 ×3 раза в день;
 - витамин В₁ или кокарбоксилаза — 50 мг в/м ежедневно № 10;
 - препараты железа — 100—150 мг в день в течение месяца;
- 4) витамин D — по 400—500 МЕ ежедневно в течение 2-х последних месяцев беременности;
- 5) проведена беседа о вновь выявленных факторах риска, в т.ч. гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;
- 6) даны рекомендации по подготовке приданого новорожденного, подготовке грудных желез.

Консультативно-экспертная комиссия беременных и родильниц

Все действия педиатра и других специалистов, наблюдающих беременную (терапевт, акушер-гинеколог и др.), проходят экспертизу качества. Для этого организуются заседания консультативно-экспертной комиссии беременных и родильниц (КЭК) в женской консультации в соответствии с «Положением о работе КЭК». Эксперты оценивают выполненные мероприятия и, при необходимости, корректируют наблюдение. В детскую поликлинику информация о выявленных дефектах в работе педиатров поступает через копию «Ведомости КЭК».

Положение о консультативно-экспертной комиссии беременных и родильниц

Консультативно-экспертная комиссия (КЭК) создается на базе женской консультации в целях повышения эффективности диспансеризации беременных и родильниц.

1. Состав КЭК:

- заведующая женской консультацией (председатель);
- заведующие терапевтическими отделениями поликлиники для взрослых;
- заведующая педиатрическим отделением детской поликлиники;
- терапевт женской консультации;
- старшая медсестра женской консультации (секретарь).

2. Функции КЭК:

2.1. Контроль качества диспансеризации беременных женщин:

- оценка правильности намеченного врачами женской консультации и поликлиники комплекса лечебно-профилактических мероприятий на период беременности;
- оценка своевременности выполнения врачами мероприятий комплексного плана профилактики нарушений здоровья матери и ребенка.

2.2. Коррекция оценки здоровья беременной и намеченного врачами комплекса профилактических мероприятий.

2.3. Контроль качества диспансеризации женщины детородного возраста в период первого года после родов:

- оценка правильности определения акушером-гинекологом риска нарушения здоровья женщины, показаний для послеродовой реабилитации здоровья, для диспансерного наблюдения;
- оценка правильности намеченного акушером-гинекологом плана лечебно-оздоровительных мероприятий.

2.4. Коррекция оценки здоровья женщины в период после родов и намеченного врачом комплекса профилактических мероприятий.

2.5. Контроль и коррекция правильности последующей диспансеризации женщины (ежегодно).

3. Права КЭК:

3.1. Комиссия имеет право выносить на рассмотрение кустового АТП Совета и администрации учреждений комплекса предложения, обеспечивающие квалифицированное и ответственное осуществление диспансеризации беременных, родильниц и женщин детородного возраста на этапе подготовки к повторной беременности врачами комплекса.

3.2. Комиссия имеет право вносить заключения по качеству диспансеризации женщины в ее первичную медицинскую документацию женской консультации и поликлиники, представляемую на комиссию.

4. Порядок работы КЭК:

4.1. Заседания комиссии проводятся в фиксированные дни и часы.

Разбор случаев осуществляется согласно ведомости, включающей:

- беременных, взятых на учет акушерами-гинекологами за период от предыдущей комиссии;
- беременных, достигших срока 32 недели, за период от предыдущей КЭК;
- случаи, направленные на разбор повторно в связи с большим объемом дефектуры ведения, выявленном при предыдущей КЭК;
- женщин, поступивших под наблюдение консультаций после родов за период от предыдущей КЭК;
- женщин детородного возраста, состоящих на диспансерном учете по окончании года от предыдущей КЭК.

4.3. Каждый случай, вынесенный на комиссию, докладывается акушером-гинекологом с указанием:

- при первичном разборе случая, взятого на учет по беременности: результатов обследования у специалистов поликлиники и консультации, выявленных им факторов риска и направленности его действия, намеченного плана лечебно-оздоровительных мероприятий;
- при повторном разборе случая (в сроке 32 недели беременности) оценки здоровья на момент доклада комиссии, эффективности профилактики угрожаемой акушерской, экстрагенитальной и перинатальной патологии, объема выполнения плана профилактики;
- при разборе женщины повторно в период явки ее после родов указывается группа здоровья, показания для проведения реабилитации, план диспансерного наблюдения.

4.4. Заключения КЭК фиксируются в амбулаторной карте поликлиники и индивидуальной карте беременной и родильницы (или амбулаторной карте гинекологической больной) и являются обязательными для медицинского персонала комплекса.

4.5. Обобщение дефектов, выявляемых в ходе разбора случаев на КЭК, проводится председателем ежемесячно и является основой для формирования тематики постоянно действующего семинара для врачей по линии КЭК.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Организация наблюдения за новорожденными

Сигнал о выписке из роддома новорожденного поступает в регистратуру детской поликлиники по телефону. Регистратор записывает сведения (ф.и.о. ребенка, дату рождения, дату выписки, длину и массу при рождении, сделанные прививки, состояние при выписке) в журнал о новорожденных. Педиатр обязан посетить новорожденного в день выписки из родильного дома или на следующий день.

Новорожденный ребенок в течение первого месяца жизни наблюдается на дому. Педиатр посещает ребенка ежедневно до 10-го дня жизни, затем на 14-й и 21-й день.

Медицинская сестра посещает ребенка ежедневно до 14 дня, затем на 21-й, 28-й день жизни и приглашает мать с ребенком в возрасте 1 мес. на прием к участковому педиатру в поликлинику.

Первичный патронаж к новорожденному врач педиатр выполняет совместно с участковой медицинской сестрой. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком.

Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорожденного участковый врач анализирует выписку из родильного дома. В ней должны быть указаны следующие данные: течение беременности, характер родов, оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребенка в первые дни жизни, сроки отпадения остатка пуповины; максимальная потеря массы тела, с какого дня началось восстановление этой потери; отмечались ли проявления гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции; на какие сутки приложен к груди, как сосал; сведения о вакцинации против туберкулеза и гепатита В; диагноз, группа здоровья и группы риска, проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия.

Основной задачей врача-педиатра при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорожденного, лактационных возможностей матери и условий среды, где будет находиться ребенок.

Врач должен собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско-гинекологический, биологический (анте-, интра-, постнатальный) и социальный анамнез (табл.8).

Генеалогический анамнез собирается методом составления родословной семьи ребенка (пробанда) не менее трех поколений, включая ребенка. Собирается анамнез педиатром независимо от возраста ребенка. Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья и причинах смерти.

В родословной выявляют наличие наследственных заболеваний (болезнь Дауна, фенилкетонурия, муковисцидоз, целиакия, лактозная недостаточность и др.).

Затем определяют индекс отягощенности (ИО) генеалогического анамнеза. Для этого необходимо сосчитать общее число длительно текущих, хронических и врожденных пороков развития у всех родственников, о которых есть сведения (А), и общее число родственников (Б), исключая пробанда.

$$\text{ИО} = \text{А} : \text{Б}$$

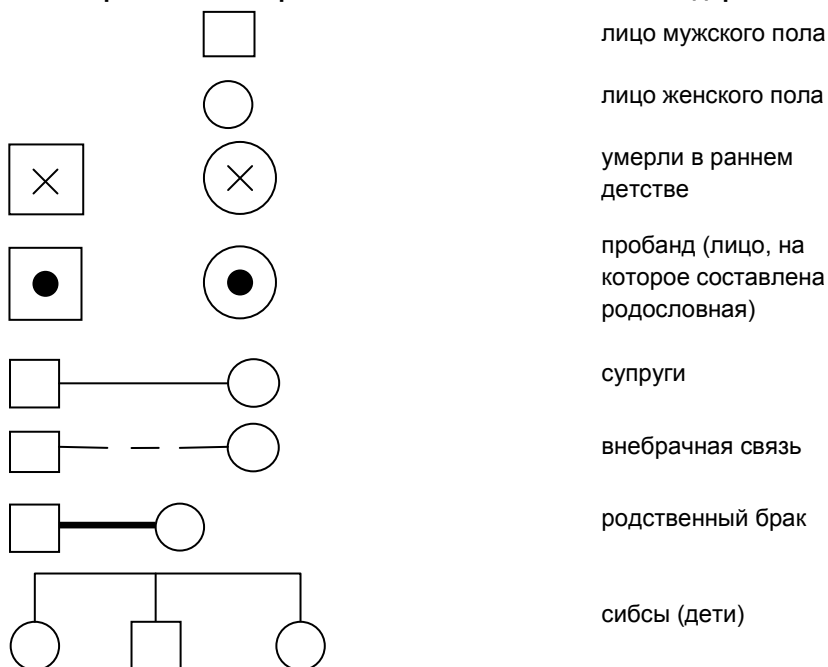
Наследственный анамнез считается:

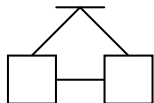
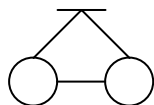
- **благополучным** — при ИО от 0,1 до 0,3;
- **условно благополучным** — при ИО от 0,4 до 0,7;
- **неблагополучным** — при ИО более 0,7.

Устанавливают направленность отягощенности:

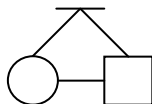
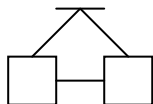
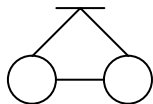
- **однонаправленность** отягощенности, если в поколениях родословной выявляются хронические заболевания одних и тех же органов и систем;
- **мультифакториальная** отягощенность, если в поколениях родословной выявляются хронические заболевания разных органов и систем.

Символы родословной, применяемые при составлении генеалогического дерева





однойцевые
близнецы



двуяйцевые
близнецы



медицинский аборт



выкидыш



умерли

Биологический анамнез ребенка включает сведения об особенностях течения раннего онтогенеза, антенатального, интранатального, раннего неонатального, позднего неонатального, постнатального периодов.

Антенатальный период:

- токсикозы I и II половины беременности;
- угрозы выкидыша, кровотечение;
- экстрагенитальные заболевания матери, прием лекарств;
- профессиональные вредности у родителей;
- отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител;
- хирургические вмешательства;
- вирусные заболевания во время беременности;
- неправильное положение плода, многоплодие, многоводие, переносимая беременность.

Интранатальный период:

- нефропатия в родах, преэклампсия, эклампсия;
- несвоевременное излияние околоплодных вод;
- быстрые роды, слабость или стимуляция родовой деятельности;
- предлежание, преждевременная отслойка плаценты;
- преждевременные роды;
- патология пуповны (выпадение, обвитие);
- пособия в родах, оперативное родоразрешение, акушерские щипцы.

Ранний неонатальный период:

- оценка по Апгар;
- когда закричал, характер крика;
- родовая травма;
- асфиксия;
- недоношенность, пренатальная гипотрофия;
- гемолитическая болезнь;
- заболевания в роддоме, прием лекарств;
- время прикладывания к груди, характер вскармливания;
- время отпадения пуповины;
- день выписки из роддома.

Поздний неонатальный период:

- ранний перевод на искусственное вскармливание;
- состояние пупочной ранки;
- заболевания, перенесенные в первый месяц жизни.

Варианты заключения:

- биологический анамнез **благополучный** (нет факторов риска ни в одном из периодов раннего онтогенеза);
- биологический анамнез **с факторами риска** (есть факторы риска в одном из периодов раннего онтогенеза);
- биологический анамнез **неблагополучный** (есть факторы риска в одном или более периодах онтогенеза)

Таблица 8

Параметры социального анамнеза и их краткая характеристика

№	Параметры	Оценка	
		Благоприятный	Неблагоприятный
1	Состав, полнота семьи	Не менее двух взрослых разного пола	Один взрослый
2	Образование членов семьи	Среднее специальное и высшее (неполное высшее)	Нет среднего специального образования
3	Психологический микроклимат семьи: – отношения между взрослыми членами семьи	Редкие ссоры, разногласия, разрешаемые в отсутствие ребенка	Один из пунктов этого параметра имеет отрицательную оценку
	– отношение к ребенку	Единые требования к ребенку, отношения дружеские, полные любви	
	– наличие или отсутствие вредных привы-	Нет алкоголизма, курения, наркомании, токсикомании	

	чек		
--	-----	--	--

№	Параметры	Оценка	
		Благоприятный	Неблагоприятный
4	Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи	Общепринятые государственные нормативы	Ниже нормативов
5	Санитарно-гигиенические условия содержания помещения, предметов ухода и одежды ребенка	Удовлетворительные	Неудовлетворительные

Оценка результатов: каждый благоприятный фактор социального анамнеза оценивается в 1 балл. Любой неблагоприятный параметр оценивается в 0 баллов.

Варианты заключений:

- социальный анамнез **благополучный** — при оценке в 5 баллов;
- социальный анамнез **с факторами риска** — при оценке в 4 балла;
- социальный анамнез **неблагополучный** — при оценке в 3 балла.

Если оценка социального анамнеза — 3 и менее баллов, ребенок относится к группе риска по социальному анамнезу. В 80 % случаев отмечается совпадение неблагополучного социального и биологического анамнеза, и тогда оценка формулируется следующим образом — **неблагоприятный социально-биологический анамнез**.

Объективное обследование новорожденного

Оценка неврологического статуса — важная особенность первого осмотра новорожденного участковым врачом. Педиатр должен оценить общую двигательную активность, мышечный тонус и рефлексы новорожденного. Осмотр ребенка нужно проводить быстро (10—15 мин), т.к. новорожденные склонны к достаточно быстрому переохлаждению. При обследовании ребенка необходимо придерживаться следующих правил:

- исследование должно проводиться в комнате при температуре +24—27°C; освещенность должна быть достаточной, но падающий на ребенка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуется ребенок, должна быть мягкой, но не прогибающейся;
- исследование новорожденного надо проводить минимум через 30—40 мин, максимум — через 1,5—1 час после кормления; он должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения нерезко выражены;
- необходимо выяснить, когда ребенок кормился, какая у него температура тела, был ли стул, не получала ли мать или он лекарств, возбуждающих или угнетающих нервную систему;

- все обследование должно проводиться в такой последовательности, которая является наименее травмирующей для ребенка: вначале осматривают ребенка в положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз, в последнюю очередь — на животе.

Для новорожденного в бодрствующем состоянии характерна симметричная сгибательная мышечная гипертония — руки согнуты, приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки, ноги согнуты и слегка отведены в бедрах, при этом голова может быть слегка запрокинута назад. В приводящих мышцах бедер тонус повышен, поэтому при попытке отвести разогнутые ноги в стороны ощущается сопротивление этому. Движения конечностей здорового новорожденного практически постоянны. Повышение тонуса мышц-сгибателей конечностей физиологично до 1,5—2 мес.

Далее четко описывается форма головы: долихоце-фалическая (вытянутая в передне-заднем направлении), брахицефалическая (вытянута в поперечном направлении), башенная (вытянута вертикально). Это варианты нормы. В ряде случаев имеет место деформация головы, связанная с наличием кефалогематомы или родовой опухоли. Затем измеряется окружность головы, которая составляет 32—37 см в соотношении с ростом, массой тела, окружностью грудной клетки. Окружность головы при рождении не должна превышать окружность грудной клетки более чем на 2 см. Если имеется нахождение костей черепа друг на друга, то окружность головы может быть меньше.

После этого обследуется большой родничок и швы. Большой родничок не должен превышать 2,5—3 см. Коронарный шов к моменту рождения должен быть закрыт, сагитальный шов может быть раскрыт, но не более чем на 0,3—0,5 см.

К симптомам, подозрительным на внутричерепную гипертензию, необходимо отнести следующие:

- раскрытие сагитального шва более чем на 0,5 см;
- выбухание или напряжение большого родничка;
- тенденция к башенному черепу с высоким лбом («лоб Сократа»);
- долихоцефалический череп с резко выступающим («нависающим») затылочным бугром с тенденцией головки к излишнему запрокидыванию назад, которое превышает физиологическое умеренное запрокидывание в связи с преобладанием тонуса в разгибателях шеи;
- тремор кистей с тенденцией к их раскрытию;
- симптом Грефе;
- симптом «заходящего солнца».

Необходимо помнить, что небольшие размеры большого родничка при нормальной окружности головы, правильном темпе ее роста, нормальном психическом развитии сложно считать вариантом нормы.

Очень тщательно проверяется состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорожденных. Знание педиатром общей практики основных критериев оценки неврологического статуса новорожденного необходимо для того, чтобы дифференцировать симптомы фи-

зиологической незрелости ЦНС от перинатальных и постнатальных ее заболеваний. Кроме того, эти знания необходимы для обеспечения новорожденному своевременной консультативной помощи неврологом, окулистом.

К моменту рождения все анализаторы ребенка способны воспринимать раздражения и формировать ответные реакции на них. Ребенок реагирует на болевые и тактильные раздражители: прикосновение к ресницам вызывает мигательную реакцию, появляются рефлекс чихания, икоты, испуга в виде общего вздрагивания. На световые раздражения реагирует зрачковыми реакциями, миганием, зажмуриванием. Горькое, кислое, соленое вызывает гримасу недовольства, поэтому предпочитает пить сладкую воду. Но у новорожденного ни один из органов чувств не развит так сильно, как осязание.

Новорожденные не плачут, а могут только сильно кричать. Крик — это первый и наиболее важный эмоциональный сигнал, имеющий негативную окраску и сообщающий о голоде, телесном дискомфорте или боли. У здорового новорожденного крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлинённым выдохом. Крику приписывают важное значение для развития речи.

Исследование безусловных рефлексов новорожденных проводят в теплой, хорошо освещенной комнате, на ровной полужесткой поверхности. Ребенок должен быть в состоянии бодрствования, сытым и сухим. Обследование проводится в положении на спине, в состоянии вертикального подвешивания, на животе. Оно не должно причинять боли, иначе рефлексы могут подавляться реакциями на дискомфорт.

Исследовать все безусловные рефлексы практически очень трудно, т.к. это истощает ребенка. Кроме того, не все рефлексы имеют одинаковую значимость для диагноза.

С точки зрения удобства надо исследовать рефлексы не по анатомическому признаку — принципу замыкания дуг (спинальные, нижнестволовые, верхнестволовые), а по тем позициям ребенка, в которых эти рефлексы исследуются.

Рефлексы в позиции ребенка на спине.

- Оральная группа: поисковый рефлекс, сосательный рефлекс, ладонно-ротовой рефлекс (Бабкина), хоботковый рефлекс.
- Рефлекс «объятия» (Моро).
- Хватательный рефлекс (Робинзона).
- Рефлекс Бабинского.

Рефлексы в вертикальной позиции.

- Рефлекс опоры.
- Рефлекс автоматической походки.

Рефлексы в позиции на животе.

- Защитный рефлекс.
- Рефлекс ползания (Бауэра).
- Рефлекс спинного хребта (Галанта).
- Рефлекс Переза.

Поисковый рефлекс. Штриховое раздражение кожи в области угла рта без прикосновения к губам сопровождается опусканием нижней губы, отклонением языка и поворотом головы в сторону раздражителя. Рефлекс особенно хорошо выражен перед кормлением.

Сосательный рефлекс. Вкладывание в полость рта ребенка соски приводит к активным сосательным движениям. Рефлекс физиологичен до года жизни.

Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина. Надавливание большим пальцем на ладони ребенка близ тенора вызывает открывание рта и сгибание головы.

Вышеперечисленные рефлексы физиологичны до 2-3 месяцев жизни.

Хоботковый рефлекс. Удар пальцем по губам ребенка вызывает сокращение круговой мышцы рта и вытягивание губ хоботком.

Рефлекс Моро. Вызывается различными приемами: ребенка, находящегося на руках у врача, резко опускают сантиметров на 20, а затем поднимают до исходного уровня; можно быстрым движением разогнуть нижние конечности или произвести удар по поверхности, на которой лежит ребенок, на расстоянии 15—20 см от его головы. В ответ на эти действия сначала происходит отведение рук в стороны и разгибание пальцев, а затем возвращение их в исходное положение. Движение рук носит характер обхватывания. Рефлекс угасает в 4 месяца.

Хватательный рефлекс состоит в захвате и прочном удерживании пальцев врача, вложенных в ладони ребенка. Иногда при этом удается приподнять ребенка над опорой (рефлекс Робинсона). Надавливая на подошву у основания II—III пальцев, можно вызвать подошвенное сгибание пальцев стопы.

Рефлекс Бабинского. Штриховое раздражение подошвы по наружному краю стопы в направлении от пятки к пальцам обуславливает тыльное разгибание большого пальца и подошвенное сгибание остальных пальцев, которые иногда веерообразно расходятся. В норме рефлекс сохраняется до 18—20 месяцев.

Рефлекс опоры. Врач берет ребенка за подмышечные впадины со стороны спины, поддерживая указательными пальцами голову. Приподнятый в таком положении ребенок сгибает ноги в тазобедренных и коленных суставах. Опущенный на опору, упирается на нее полной стопой, «стоит» на полусогнутых ногах, выпрямив туловище.

Рефлекс автоматической походки. В положении рефлекса опоры ребенка слегка наклоняют вперед, при этом он совершает шаговые движения по поверхности, не сопровождая их движениями рук.

Реакция опоры и автоматическая походка физиологичны до 1,5 месяцев жизни.

Защитный рефлекс. При выкладывании на живот ребенок поворачивает голову в сторону.

Рефлекс ползания Бауэра. Ребенка выкладывают на живот так, чтобы голова и туловище были расположены по средней линии. В таком положении он на несколько мгновений поднимает голову и совершает ползающие движения (спонтанное ползание). Если подставить под его подошвы ладонь, то эти движения оживятся, в «ползание» включаются руки, и ребенок начинает активно отталкиваться ногами от препятствия. Определяется до 4 месяцев жизни.

Рефлекс Галанта. У ребенка, лежащего на животе, врач поочередно проводит указательным пальцем по паравертебральным линиям в направлении от шеи к ягодицам. Раздражение кожи вызывает выгибание туловища дугой, открытой в сторону раздражителя. Иногда при этом разгибается и отводится нога на стороне вызывания рефлекса.

Рефлекс Переса. В положении ребенка на животе проводят большим пальцем по остистым отросткам позвоночника в направлении от копчика к шее, что вызывает выгибание туловища, сгибание верхних и нижних конечностей, приподнимание головы, таза, иногда мочеиспускание, дефекацию и крик. Этот рефлекс вызывает боль, поэтому его нужно исследовать последним.

Данные рефлексы физиологичны до 3—4-месячного возраста.

Степень выраженности безусловных рефлексов новорожденного может варьировать, что определяется типом нервной деятельности ребенка и его физиологическим состоянием, поэтому, если рефлекс не вызывается или вызывается с трудом, его следует повторить несколько раз с некоторыми интервалами. Если рефлекс вызвать не удается, несмотря на повторные попытки, это свидетельствует о его угнетении. При чрезмерной живости рефлекса, вызываемого даже очень слабым раздражением, говорят о его патологическом усилении (особенно это касается поискового, сосательного, хоботкового, ладонно-ротового и рефлекса Моро).

Оценивая результаты исследований безусловных рефлексов новорожденных, учитывают:

- наличие или отсутствие рефлекса и силу ответа (0 — отсутствие, + слабый ответ, ++ хороший ответ, +++ резко усиленный рефлекс);
- его симметричность;
- соответствие возрасту ребенка (если рефлекс продолжает вызываться у ребенка в возрасте, в котором уже должен отсутствовать, то он считается патологическим).

Наиболее зрелыми к моменту рождения являются хватательный, Бабинского, Робинсона, Бабикина, Галанта, Переса, Бауэра.

Врожденные рефлексы являются клиническими критериями нормального физиологического созревания различных уровней ЦНС. Любое их нарушение (запаздывание в созревании, отсутствие, слабость выражения) указывает на фундаментальный факт — отклонение созревания данного индивидуума от видовой нормы.

При оценке НПР новорожденного можно ориентироваться на следующие показатели:

В 10 дней:

Аз — удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).

В 18—20 дней:

Аз — удерживает в поле зрения неподвижный предмет.

Ас — успокаивается при сильном звуке.

В 1 мес.:

Аз — сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное проследивание движущегося предмета.

Ас — прислушивается к звуку, голосу взрослого.

До — лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать.

Э — первая улыбка на разговор взрослого.

Ра — издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

Оценку физического развития новорожденного проводят путем сравнения фактической массы, длины тела, окружности головы и груди ребенка с должными значениями его гестационному возрасту параметрами (табл. 9).

Большое значение при оценке физического развития имеет выявление клинических признаков нарушенного питания: пониженного (гипотрофии) или избыточного (паратрофии). Косвенным показателем упитанности является соотношение массы тела (в граммах) к длине тела (в см), т.е. массо-ростовой показатель, который у доношенных новорожденных равен 60—80.

Таблица 9

Основные параметры физического развития новорожденного в зависимости от гестационного возраста ($M \pm \sigma$) (Г.М. Деметьева, Е.В. Короткая, 1981)

Гестационный возраст, недель	Масса тела, кг	Длина тела, см	Окружность головы, см	Окружность груди, см	Массо-ростовой показатель
28	1124±183	35,9±1,8	26,6±1,9	23,9±1,9	31,2±3,9
29	1381±172	37,9±2,0	28,0±1,5	25,7±1,7	36,3±3,3
30	1531±177	38,9±1,7	28,9±1,2	26,4±1,4	39,4±3,7
31	1695±212	40,4±1,6	29,5 ±1,5	26,7±1,6	41,9±4,3
32	1827±267	41,3±1,9	30,2±1,6	27,9±1,9	44,1±5,3
33	2018±241	42,7±1,8	30,6±1,2	28,1±1,7	46,4±4,6
34	2235±263	43,6±1,7	31,3±1,3	28,9±1,7	49,9±4,9
35	2324±206	44,4±1,5	31,9±1,3	29,6±1,6	51,7±4,6
36	2572±235	45,3±1,7	32,3±1,4	30,1±1,9	53,6±4,9
37	2771±418	46,7±2,3	33,7±1,5	31,7±1,7	57,9±6,6
38	3145±441	49,6±2,0	34,7±1,2	31Д±1,6	63,6±6,9
39	3403±415	50,8±1,6	35,5±0,9	34,3±1,2	66,9±6,6
40	3546±457	51,7±2,1	35,7±1,3	35,0±1,7	68,8±7,5
41—42	3500±469	51,5±2,0	35,3±1,2	34,6±1,9	67,8±7,3

Далее врач должен обследовать другие органы и системы новорожденного: телосложение, питание, состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки; плотность костей черепа, форму грудной клетки, разведение в тазобедренных суставах; провести перкуссию, пальпацию, аускультацию сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем; оценить форму живота, размеры печени, селезенки; состояние ануса, половых органов; стул, мочеиспускание; стигмы дисэмбриогенеза (за порог стигматизации принимается 5—7 стигм).

До 7 стигм — низкий уровень стигматизации, 8—10 стигм — умеренная стигматизация, 11—15 стигм — выраженная стигматизация, 16 и более стигм — высокий уровень стигматизации (статус дизрафикус).

Стигмы дисэмбриогенеза (малые аномалии развития)

Особенности формы черепа:

- асимметричный череп;
- башенный череп;
- брахицефалия (увеличение поперечного диаметра черепа);
- выступающий затылок;
- долихоцефалия (увеличение продольного диаметра черепа);
- плагицефалия (уплощенный свод черепа);
- «ягодицеобразный череп»;
- другие особенности формы черепа.

Особенности строения глаз и лица:

- антимонголоидный разрез глаз;
- высокое нёбо;
- гетерохромия;
- гипотелоризм;
- другие особенности строения глаз;
- искривление носовой перегородки;
- колобома радужки;
- короткая уздечка;
- микрогнатия;
- микрофтальмия;
- монголоидный разрез глаз;
- переносица выступающая;
- переносица западающая;
- переносица широкая;
- прогнатизм;
- птоз;
- «рыбий»/«карпий» рот;
- ретрогнатия;
- сросшиеся брови;
- узкая глазная щель;
- эпикант.

Аномалии строения органов слуха:

- гипоплазия отдельных структур раковины уха;
- «звериное» ухо;
- измененный противозавиток;
- низко расположенные уши;
- примитивная форма раковин;
- приросшая мочка;
- другие деформации раковины уха.

Особенности строения зубов:

- диастема,
- дисплазия,
- дистрофичные зубы,
- короткая шея;
- крыловидные складки;
- другие особенности строения зубов.

Особенности строения шеи:

- очень длинная шея;
- другие особенности строения шеи.

Особенности строения грудной клетки и позвоночника:

- асимметричная грудная клетка;
- гипертелоризм сосков;
- короткое или длинное туловище;
- низкое расположение пупка;
- отсутствие мечевидного отростка;
- раздвоенный мечевидный отросток;
- расхождение прямых мышц живота;
- широкое пупочное кольцо;
- другие особенности строения грудной клетки и позвоночника.

Особенности строения конечностей:

- арахнодактилия;
- брахидактилия;
- выступающая пятка;
- двузубец на стопе;
- девиации мизинца;
- искривление пальцев;
- клинодактилия;
- короткий большой палец на ногах;
- короткий большой палец на руках;
- плоскостопные стопы;
- полидактилия;
- поперечная «складка на ладони»;
- птеродактилия;
- сандалевидная щель;
- синдактилия;

- трезубец на стопе;
- укорочение мизинца;
- четвертый палец короче второго;
- другие особенности строения кисти и стопы.

Особенности развития мочеполовой системы:

- крипторхизм;
- незаращение крайней плоти;
- увеличенный клитор и др.

Здоровый новорожденный выписывается на участок на 5—7 день жизни, поэтому необходимо обратить внимание на **переходные состояния**, которые еще могут сохраниться у ребенка после выписки из родильного дома. Эти состояния возникают после перехода из внутри- во внеутробные условия жизни), отражают процесс приспособления (адаптации) к родам, новым условиям жизни. Синонимы переходных состояний: **транзиторные** (временные); **пограничные** — такие состояния, которые могут принимать патологические черты, т.е. могут явиться патогенетической основой патологических процессов при определённых условиях, прежде всего в зависимости от гестационного возраста при рождении, особенностей течения внутриутробного периода и родового акта, условий внешней среды после рождения, ухода, вскармливания, наличия у ребенка заболеваний.

Физиологическое падение массы — транзиторная потеря первоначальной массы тела (у 100% новорождённых):

- снижение массы в пределах 3—10% от массы тела при рождении;
- максимум падения — к 3—5-му дню жизни;
- восстановление происходит к 7—14-му дню жизни;
- причины: голодание (дефицит молока и воды) в первые дни жизни, потеря воды с мочой, испражнениями, потом, при дыхании, при высыхании пуповинного остатка, срыгивании околоплодных вод и др.

Потеря массы более 10% свидетельствует о заболевании ребенка или нарушениях ухода, а именно: крупная масса тела (более 4000—4500 г), недоношенность, затяжные роды, родовая травма, болезнь ребёнка и др., позднее прикладывание к груди, гипогалактия у матери, высокая температура и недостаточная влажность воздуха в помещении.

Для профилактики больших потерь и для более успешного восстановления массы тела в домашних условиях необходимы:

- кормление ребёнка по потребности, в том числе в ночные часы;
- своевременное выявление гипогалактии и рациональная тактика по устранению её причины и лечению (см. раздел «Питание»);
- оптимальный температурный режим в помещении, где находится ребёнок (20—22 °С);
- рациональная одежда (избегать перегревания).

Простая эритема — реактивная краснота кожных покровов, возникающая после удаления первородной смазки и первой ванны:

- максимальная яркость на вторые сутки, затем уменьшается и исчезает к концу первой недели жизни;

- до 2—3 недель держится у недоношенных, новорождённых, родившихся от матерей с сахарным диабетом, что требует особого внимания.

Лечения не требует

Физиологическое шелушение кожных покровов встречается у детей с особенно яркой простой эритемой при её угасании, у переносивших детей:

- возникает на 3—5-й день жизни;
- носит крупнопластинчатый характер;
- преимущественно локализуется на животе и груди.

Лечения не требует, шелушение проходит самостоятельно при проведении ежедневных гигиенических ванн.

Токсическая эритема — красноватые, слегка плотноватые пятна, в центре которых могут быть серовато-желтоватые папулы или пузырьки:

- встречаются у 5—10% новорождённых;
- элементы сыпи единичные или обильные, покрывающие все тело, расположены чаще группами, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, на ягодицах, груди, реже — на животе и лице;
- не бывает на ладонях, стопах, слизистых оболочках (отличие от врожденного сифилиса);
- появляются на 2—3-й день жизни;
- в течение 1—3 дней могут быть подсыпания;
- общее состояние не нарушено, температура тела нормальная (при обильных высыпаниях возможно беспокойство и учащение стула);
- элементы сыпи держатся несколько дней и бесследно исчезают.

Лечение обычно не требуется, но при очень обильной сыпи целесообразно назначить дополнительное питье (30—60 мл 5 % раствора глюкозы), димедрол или фенкарол (0,002 г 3 раза в день внутрь) на 3—4 дня.

Физиологическая желтуха характеризуется желтушным окрашиванием кожи, слизистой оболочки полости рта, несколько меньше — склер. Связана с высокой скоростью образования билирубина за счет физиологической полицитемии, малым сроком жизни эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин, катаболической направленностью обмена веществ, снижением функциональной способности печени к выведению билирубина, повышением повторного поступления свободного билирубина из кишечника в кровь. Встречается:

- у 60—70% новорождённых, причем примерно у половины доношенных и у большинства недоношенных детей (транзиторная гипербилирубинемия — у 100%);
- появляется на 2—3-й день жизни, максимально выражена на 4—5 день;
- моча и кал нормальной окраски;
- общее состояние удовлетворительное;
- исчезает к 7—14-му дню жизни.

Признаки, позволяющие заподозрить патологическую желтуху, имеются при рождении или появляются в первые сутки либо на второй неделе жизни; сочетаются с признаками гемолиза — анемия, высокий ретикулоцитоз, бледность, гепатоспленомегалия; длительное течение более одной недели у доношенных и

более двух недель у недоношенных; повторное нарастание интенсивности желтухи после периода её уменьшения или исчезновения; изменение цвета мочи и кала; изменение общего состояния (вялость, частые срыгивания и др.), увеличение паренхиматозных органов. Необходима госпитализация.

Гормональный (половой, генитальный) криз (половое созревание в миниатюре) — это собирательное понятие, объединяющее несколько признаков, встречается у 2/3 новорождённых, чаще у девочек, редко у недоношенных; развивается вследствие реакции организма новорожденного ребенка на освождение от материнских гормонов.

Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия):

- появляется на 3—4-й день жизни;
- максимальное увеличение — на 7—10-й день жизни, иногда на 5—6-й или на 10-й день;
- увеличение желёз всегда симметричное, диаметром до 1,5—2 см;
- железы подвижны, а кожа над ними не изменена (важные отличия от воспалительного процесса);
- самостоятельно или при пальпации из сосков может выделяться жидкость, вначале сероватого, а потом и бело-молочного цвета;
- нормальные размеры достигаются к концу периода новорождённости;

Лечения не требует, но при выраженном нагрубании и бело-молочном отделяемом из желез используется теплая стерильная повязка для предохранения от раздражения одеждой, иногда делают компресс с камфорным маслом.

Физиологический (деквамативный) вульвовагинит:

- встречаются у 60—70% девочек;
- характеризуется обильными слизистыми выделениями серовато-беловатого цвета из половой щели;
- появляется в первые 3 дня жизни;
- держится 1—3 дня и постепенно исчезает.

Лечения не требует, проводятся обычные гигиенические процедуры (подмывание).

Физиологическое кровотечение из влагалища — метроррагия:

- встречаются у 5—10% девочек;
- возникает на 5—8-й день жизни;
- длительность до 1—3 дней;
- объем кровопотери до 1 мл.

Лечения не требует.

Отёк наружных половых органов (мошонки у мальчиков, больших половых губ у девочек):

- отмечают у 5—10% новорождённых;
- держатся до 2 нед. (иногда дольше).

Лечения не требует, проходят самостоятельно.

Гиперпигментация кожи вокруг сосков и мошонки у мальчиков:

- отмечают у 5—10% новорождённых;
- держатся до 2 нед. (иногда дольше).

Лечения не требует, проходят самостоятельно,

Умеренное гидроцеле — скопление прозрачной, желтоватой жидкости между листками tunica vaginalis propria; проходит без всякого лечения на второй неделе или в середине — конце периода новорожденности.

Угри новорождённых (милиа) — развиваются вследствие закупорки выводных протоков сальных желез при их обильной секреции;

- встречаются у 40% новорождённых;
- беловато-желтоватые узелки размером 1—2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи;
- расположены чаще на крыльях носа, переносице, в области лба и подбородка;
- держатся до 1—2 нед..

Лечения не требуют, при признаках легкого воспаления вокруг узелков проводится обработка воспаленных мест 0,5 % раствором калия перманганата 2—3 раза в день.

Мочекислый инфаркт — отложение мочевой кислоты в виде кристалликов в просвете собирательных трубочек почек вследствие катаболической направленности обмена веществ и распада большого количества клеток (в основном, лейкоцитов), из нуклеиновых кислот ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований:

- встречается у 25—30% доношенных новорождённых, у 10—15% недоношенных;
- моча жёлто-кирпичного цвета, мутноватая, оставляет на пелёнке соответствующего цвета пятна; в связи с отложением кристалликов бурого цвета у наружного отверстия мочеиспускательного канала возможно развитие раздражения тканей и воспалительного процесса;
- держится приблизительно до середины второй недели жизни.

Лечение: показан обильный питьевой режим, при затянувшемся течении — госпитализация.

Физиологическая диспепсия (переходный катар кишечника) — встречается у 100% новорождённых вследствие изменения характера питания и первичного бактериального заселения кишечника:

- развивается с середины первой недели жизни;
- стул учащается, становится неомогенным (комочки, слизь, жидкая часть); неоднородным по окраске (участки тёмно-зелёного цвета чередуются с зеленоватыми, желтоватыми и даже беловатыми); каловые массы водянистые и оставляют на пелёнке заметное пятно воды; возможна пенистость, часто сопровождается метеоризмом;
- через 2—4 дня стул становится кашицеобразным, жёлтого или цвета растёртой горчицы, с кисловатым запахом;
- при введении молочных смесей стул становится пастообразным, крошковидным, беловато-жёлтым, с гнилостным запахом.

При патологической диспепсии (вследствие неадекватности питания, инфицирования условно-патогенной и патогенной флорой) имеет место изменение общего состояния (повышенная температура тела, вялое сосание, частые срыгивания, рвота, обезвоживание); очень частый стул с наличием патологических примесей (гной, кровь, большое количество слизи). Необходима госпитализация.

В большинстве случаев переходные состояния у новорожденных проходят к концу раннего неонатального периода на 6—7 сутки жизни. Однако при усилении воздействия неблагоприятных факторов или при развитии соматической патологии у ребенка, особенно на фоне неблагоприятного течения беременности и родов, недоношенности, гипотрофии, возможен срыв компенсаторных механизмов. При сохранении признаков переходных состояний у новорожденных 7-дневного возраста следует расценивать их как патологию и принимать меры для дополнительного обследования ребенка.

На основании полученных данных врач-педиатр дает **итоговую комплексную оценку состояния здоровья новорожденного**, в которой отражается:

- направленность риска;
- физическое развитие;
- нервно-психическое развитие;
- резистентность;
- функциональное состояние органов и систем;
- диагноз;
- группа здоровья.

Группы здоровья новорожденных детей

I группа здоровья — новорожденные, родившиеся от практически здоровых матерей, не имевших осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Апгар 8—10 баллов, массой тела от 3 до 4,5 кг, массоростовым коэффициентом 60—80, нормально протекающим периодом адаптации, с потерей массы тела не более 6—8%, находящиеся на естественном вскармливании, выписанные из роддома на 5—6 сутки. Обычно таких детей на участке 5—8%.

II группа здоровья — новорожденные из групп риска по срыву адаптации и развитию заболеваний (все пять групп риска). Такие дети на участке составляют около 40—60%.

III и IV группы здоровья — новорожденные с глубокой незрелостью, хронической патологией в стадии компенсации и субкомпенсации (количество детей в этих группах около 20%):

- недоношенные с I, II и III степенью недоношенности;
- с пренатальной гипотрофией II и III степени;
- с задержкой внутриутробного развития;
- перенесенные с III степенью перенесенности;
- с эмбриофетопатией неинфекционного генеза;
- с асфиксией тяжелой степени;

- с тяжелой родовой травмой;
- с гемолитической болезнью в тяжелой форме;
- с внутриутробными инфекциями;
- с врожденными пороками развития;
- с врожденной патологией обмена веществ;
- с хромосомными болезнями и др.

Дети из III и IV групп здоровья поступают из роддома под наблюдение участкового педиатра, специалистов узкого профиля и заведующего отделением. Участковый педиатр наблюдает такого ребенка не менее трех раз в течение первого месяца жизни. В месячном возрасте ребенок осматривается участковым педиатром, заведующим отделением и соответствующим специалистом узкого профиля.

Оценив критерии здоровья, участковый педиатр совместно с заведующим отделением может пересмотреть группу здоровья новорожденного, установленную при первичном патронаже.

V группа здоровья — дети с хронической патологией в стадии декомпенсации (10%). Обычно эти дети из роддома поступают в стационар, где им проводится соответствующая терапия.

Выделение групп риска новорожденных и групп здоровья позволяет участковому педиатру наметить пути профилактики развития манифестных состояний или хронических заболеваний.

С учетом уровня здоровья новорожденного и его индивидуальных особенностей, назначаются **профилактические и оздоровительные мероприятия** по следующим разделам:

- режим дня;
- санитарно-гигиенические условия;
- вскармливание и питание;
- физическое воспитание и закаливание;
- носпитательные воздействия;
- иммунопрофилактика;
- профилактика реализации риска патологии;
- профилактика пограничных состояний и их прогрессирования;
- коррекция отклонений в развитии.

При повторных патронажах на 14-й и 21-й день врач-педиатр обращает внимание на адаптацию малыша к новым для него условиям жизни, оценивает эффективность ранее назначенных профилактических мероприятий, вносит в них коррекцию при появлении отклонений в здоровье и развитии ребенка. Особое внимание обращает на выполнение матерью всех рекомендаций врача и медицинской сестры, на организацию режима дня и воспитания ребенка. При малейшем подозрении на отклонение в состоянии здоровья новорожденного участковый врач должен в максимально короткие сроки установить его причины и назначить соответствующее лечение, привлекая в случае необходимости заведующего отделением, врачей-специалистов или лабораторно-диагностическую службу.

Врач-педиатр должен направить мать к терапевту и акушеру-гинекологу для контроля за состоянием её здоровья.

При наличии неблагоприятных социально-бытовых факторов рекомендуется направить женщину на консультацию к юристу, установить контакт с администрацией и общественными организациями по месту ее работы.

При патронажах врач советует родителям популярную литературу по уходу за ребенком, его вскармливанию и воспитанию. Родителей информируют о графике работы детской поликлиники. Проводится беседа о возможном развитии некоторых состояний у новорожденного, которые требуют немедленной помощи медицинских работников (беспокойство, нарушение аппетита, сна, дыхания, повышение температуры тела, появление кожных высыпаний, срыгивания, рвота и др.). Матери надо объяснить, куда ей следует обратиться в случае заболевания ребенка.

Главной целью профилактической работы медсестры с детьми является практическое обучение родителей основным методам ухода, вскармливания, закаливания и воспитания детей первых трех лет жизни, повышение санитарной культуры родителей.

Участковая медицинская сестра при посещении новорожденного на 28-й день жизни знакомит мать с расписанием работы участкового врача и приглашает ее с ребенком в поликлинику в дни приема здоровых детей. Рекомендует пройти осмотры у специалистов, при необходимости оставляет направления на общие анализы крови и мочи. Проводит беседу о предстоящих прививках.

Среди новорожденных целесообразно выделение **групп по степени риска**. К группе высокого риска можно отнести:

- новорожденных, перенесших внутриутробно или сразу после рождения какое-либо заболевание, патологическое состояние;
- детей с внутриутробным инфицированием, после асфиксии, родовой травмы, гемолитической болезни;
- недоношенных и переношенных, незрелых новорожденных;
- детей от многоплодной беременности.

К группе риска можно отнести детей, не имеющих после рождения явной клинической картины заболевания, но с неблагоприятными факторами в биологическом (пренатальном и интранатальном периодах) и генеалогическом анамнезах:

- профессиональные вредности и алкоголизм родителей;
- экстрагенитальные заболевания матери;
- нарушения режима и питания матери во время беременности;
- возраст матери моложе 18 и старше 30 лет к моменту родов;
- патология беременности: токсикозы, угрозы прерывания, кровотечения, инфекции;
- затяжные, стремительные роды, длительный безводный период, оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины, неправильное положение плода, крупный плод;

- наличие в родословной родственников с аллергической патологией, метаболическими нефропатиями, эндокринными заболеваниями, поражениями костной системы, нервными и психическими болезнями, онкологической патологией, иммунодефицитными состояниями.

Заведующий педиатрическим отделением должен быть информирован участковым врачом о поступлении на участок всех детей из групп риска. Детей с высокой степенью риска заведующий отделением консультирует в течение первого месяца жизни.

В зависимости от направленности и степени риска участковый врач составляет **индивидуальный план диспансерного наблюдения** ребенка на первом году жизни, который включает: частоту осмотров педиатром, узкими специалистами, сроки лабораторно-диагностических исследований, лечебно-оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия, показания и противопоказания к профилактическим прививкам, мероприятия по оказанию социально-правовой помощи семье.

Для более тщательного контроля за развитием ребенка необходимо ведение комплексного экспертного контроля. Эффективным средством контроля является **консультативно-экспертная комиссия новорожденных и детей первого года жизни (КЭК)**. На КЭК детской поликлиники оценивается и корректируется качество ведения ребенка не позднее 2 недель с момента поступления его под наблюдение поликлиники, затем — в возрасте 1, 3, 6 и 12 мес.

Заведующий педиатрическим отделением знакомится с данными на новорожденного, оформленными в виде заключения, которое содержит: комплексную оценку здоровья, факторы риска, направленность риска, индивидуальный план диспансерного наблюдения ребенка на первом году жизни, и подписывает его.

Схема оформления первичного врачебного патронажа к новорожденному

Дата « _____ »

Ребенок: мальчик (девочка) в возрасте _____ дней, осмотрен на _____ день после выписки из родильного дома № _____ (отделения патологии новорожденных, 2-го этапа выхаживания недоношенных детей).

Доношен, недоношен (подчеркнуть)

Генеалогический анамнез:

Социальный анамнез:

Биологический анамнез: родился от _____ беременности, _____ родов.

Сведения о предыдущих беременностях и родах _____

Течение настоящей беременности _____

Течение родов _____

Длительность родов _____ безводный период _____, потуги _____

Состояние ребенка после рождения _____

Оценка по Апгар _____ баллов, Довнесу _____ баллов, Петрусу _____ недель гестации. Врожденные уродства, пороки, выявленные при рождении _____.

Родился в асфиксии да (нет), меры оживления.

Масса тела при рождении _____ г, длина _____ см, окр. головы _____ см, окр. гр. клетки _____ см.

Минимальная масса тела на _____ день жизни, _____, физиологическая убыль массы тела _____%. Масса тела при выписке _____ г. Восстановил (не восстановил) массу тела при рождении на _____ день жизни.

Пуповинный остаток отпал на _____ день жизни, пупочная ранка зарубцевалась (да, нет).

Приложен к груди через _____ часов после рождения, на 2—3-й день жизни, сосал активно (не активно), не сосал, кормился через зонд до _____ дня. К выписке высасывал из груди (за последние сутки _____ мл, за одно кормление _____ мл, лактация). Лактация достаточна, не достаточна.

Докорм с _____ дня жизни, смесью _____

Особенности течения периода новорожденности в родильном доме: физиологическая желтуха (конъюгационная желтуха), признаки асфиксии, родовой травмы энцефалопатии, ГБН, ВУИ и т.д.

Проведено обследование на фенилкетонурию _____, гипотиреоз _____ остроту слуха _____ дата, результат _____

Лабораторные методы исследования _____

Иструментальные методы исследования _____

Клинический диагноз при выписке _____

группа здоровья _____ группы риска _____

Вакцинирован _____

против гепатита В: дата _____ доза _____ серия _____

против туберкулеза: дата _____ доза _____ серия _____

Проведено лечение _____

Рекомендации при выписке _____

Состояние здоровья матери после родов _____ После выписки из родильного дома за ребенком ухаживает мать (отец), помощь родственников _____.

Поведенческие реакции ребенка: сон, бодрствование, активность сосания, срыгивания, рвота после кормления. Прогулки, купание после выписки из родильного дома проводились (не проводились).

Организация вскармливания: вскармливание грудное (смешанное, искусственное), _____ получает _____ смесь _____

режим кормления: свободный, по требованию или по часам, ночные кормления _____

питьевой режим _____

Телосложение (пропорции тела) _____

Питание _____

Стигмы дизэмбриогенеза _____

Habitus новорожденного _____

Кожные покровы _____ пупочная ранка _____

пальпация пупочных сосудов _____

подкожно-жировая клетчатка _____

Отеки _____

Лимфатические узлы _____

Видимые слизистые _____ Зев _____
 Возраст _____ дней Жалобы матери _____
 Т°С тела _____ Общее состояние _____
 ЧД _____ в мин. Тяжесть состояния обусловлена _____
 ЧСС _____ уд. в мин. (укажите основной синдром, синдромы) _____
 Б.родничок _____ см Поведение: сон, бодрствование, крик _____

Антропометрия:

длина _____ см	Выражение лица, мимика _____
масса _____ г	Положение (поза) _____
окр.головы _____ см	Двигательная активность (спонтанная и в ответ на раздражение) _____
окр.гр.клетки _____ см	Мышечный тонус _____
весо-ростовой коэффициент _____ %	Сухожильные рефлексы _____
Психометрия:	Безусловные рефлексы _____
Аз _____ Ас _____	Поведенческие реакции во время осмотра _____
Риск гипогалактии _____ баллов	положение, движение глазных яблок _____
Риск ЖДА _____ баллов	слуховое внимание _____
Риск СВС _____ баллов	зрительная ориентация _____
	защитные рефлексы _____
	раздражительность _____

Костная система

голова: конфигурация, швы, роднички, кефалогематома, родовая опухоль, подвижность, плотность, дефекты костей черепа _____

осмотр лица _____ глаз _____

шея: осмотр и пальпация _____

грудная клетка: форма _____ положение ребер _____

ключиц _____ признаки травмы (костная мозоль) _____

конечности, суставы _____ в том числе движения в тазобедренных суставах (ограничение подвижности, симптом "щелчка") _____

Органы дыхания: тип, ритм, глубина дыхания, перкуссия и аускультация грудной клетки _____

Сердечно-сосудистая система: видимая пульсация сосудов, перкуссия границ: относительной сердечной тупости, аускультация сердца: звучность тонов, ритмичность сердечных сокращений, чистота, раздвоение, расщепление тонов
 Пальпация живота, печени, селезенки _____

Мочеиспускание _____ Характер стула _____

Наружные половые органы _____

Заключение

- Направленность риска
- Физическое развитие
- Нервно-психическое развитие
- Резистентность
- Функциональное состояние
- Диагноз
- Прогноз адаптации к ДООУ

- Группа здоровья

Рекомендации по уходу за ребенком

- Режим дня
- Санитарно-гигиенические условия
- Вскармливание
- Физическое воспитание и закаливание
- Иммунопрофилактика
- Профилактика реализации риска патологии
- Профилактика пограничных состояний и их прогрессирования
- Коррекция отклонений в развитии
- Воспитательные воздействия

Рекомендации по охране здоровья матери

- По режиму дня и питанию
- По профилактике гипогалактии, анемии, рахита
- По санитарно-гигиеническому режиму

Дата следующего посещения _____

Подпись врача _____

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей из групп риска

Большое медико-социальное значение имеет выделение новорожденных со II группой здоровья, так как функциональные возможности детей, отнесённых к этой группе, ещё не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определённых оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении.

Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах. При выявлении признаков усиления функциональных расстройств педиатр проводит лечебно-коррекционные мероприятия или направляет таких детей на обследование к врачам-специалистам.

Дети I группы здоровья проходят профилактические осмотры в полном объёме в сроки, определённые приказом № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» от 28.04.07 г.:

- **Педиатр** — до 1 года ежемесячно
- **Невролог** — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- **Хирург** — в 1, 9, 12 мес.
- **Ортопед-травматолог** — в 1 и 12 мес.
- **Окулист** — в 1(±), 12 мес.
- **ЛОР** — в 12 мес.
- **Стоматолог** — в 9, 12 мес.
- **ОАК** — в 3, 12 мес.
- **ОАМ** — в 3, 12 мес.
- **Аудиологический скрининг** — в 1 мес.
- **УЗИ**, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.

- ЭКГ — в 12 мес.

Новорожденные с II группой здоровья составляют 60—80%). У этих детей выявляются неблагоприятные факторы в биологическом и социальном анамнезе, но нарушения со стороны органов и систем отсутствуют, они практически не отличаются от детей I группы здоровья

При выявлении у ребенка какой-либо группы риска (как правило, при хорошо собранном анамнезе выявляется риск не одного, а нескольких патологических состояний) участковый врач составляет **индивидуальный план наблюдения** ребенка, определяя частоту осмотров ребенка педиатром, специалистами, дополнительных методов исследования, особенности вакцинопрофилактики, длительность наблюдения в группе риска и назначает мероприятия по профилактике выявленного риска.

Далее изложены особенности наблюдения и профилактические рекомендации для новорожденных и детей раннего возраста из групп риска (текст, указывающий на особенности, отличающиеся от стандарта наблюдения по приказу № 307, выделен подчеркиванием).

I группа риска

Дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации (наблюдаются до 3 лет)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно.
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР-врач — до 1 года — 1—2 раза в год, по показаниям — чаще, до 3 лет — 2 раза в год, по показаниям — чаще.
- Стоматолог — в 9, 12 мес., до 3 лет — 2 раза в год, по показаниям — чаще.
- ОАК — в 3 и 12 мес.
- ОАМ — в 3 и 12 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- ЭКГ — в 1 год
- Иммунолог, фтизиатр, аллерголог — по показаниям.
- Иммунограмма — по показаниям.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, положительно влияющих на становление иммунитета, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2.

4. Подготовка детей к дошкольному образовательному учреждению (ДОУ) и организация жизни детей в период адаптации.
5. После перенесенного острого заболевания:
 - фитотерапия (подорожник, зверобой, мать-и-мачеха) в течение 1—2 мес.;
 - панангин — по 1 драже ×1 раз в день в течение 10 дней;
 - липоевая кислота — 0,025×1 раз в день после еды в течение 10 дней.
6. Весной и осенью в период повышенной заболеваемости — общеукрепляющее лечение:
 - фитотерапия в течение 2—3 недель — отвар зверобоя, мать-и-мачехи, корня солодки и др.;
 - элеутерококк (при астеническом синдроме) — по 1—2 капли на год жизни 3 раза в день в течение 1 мес.;
 - витамины С, А в профилактических дозах — в течение 2—3 недель;
 - апилак, пентоксил — по показаниям;
 - УФО;
 - промывание носа, полоскание зева отварами трав (календула, ромашка, зверобой), физиологическим раствором.
6. В период повышенной вирусной заболеваемости — витамин С в лечебной дозе, дибазол — 10—15 дней, оксолиновая мазь или интерферон в нос.
7. Своевременная санация очагов инфекции.
8. Прививки желательно сделать не менее, чем за 1 мес. до поступления ДОУ. Не рекомендуется проводить прививки в период адаптации.

II группа риска Дети с риском патологии ЦНС (наблюдаются до 1 года)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1(не позднее 2 мес.), 3, 6, 9, 12 мес., далее 1 раз в квартал
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1 и 12 мес. (глазное дно).
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- Психолог — в 12 месяцев.
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- УЗИ головного мозга.
- ЭКГ — в 12 мес.

Обращают внимание на динамику физического и нервно-психического развития, неврологический статус ребенка, в том числе нарастание окружности головы.

Профилактические мероприятия

1. Профилактика гипогалактии.
2. Охранительный режим, прогулки на свежем воздухе.
3. Психотерапия кормящей матери.
4. Музыкотерапия.
5. Сухая иммерсия.
6. Тактильная стимуляция с 3 недель.
7. Массаж и гимнастика, плавание.
8. Закаливание.
9. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен 1 prebio, Нестожен 2 prebio.
10. Борьба с аэрофагией. Отказ от насилия в кормлении.
11. Прием глутаминовой кислоты (1% р-р)
 - в 1 мес. — по ½ ч.л. 3 раза в день в течение 2 недель,
 - в 6 мес. — по 1 ч.л. 3 раза в день в течение 30 дней.
12. При заболеваниях борьба с гипертермией, гипоксией.
13. Прививки не противопоказаны.

III группа риска

Дети с риском возникновения рахита, анемии и дистрофии

(наблюдаются до 1 года)

- Педиатр — до 3 мес. жизни 2 раза в мес. затем — до 1 года ежемесячно.
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 1,3,6,9,12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Проба по Сулковичу — 1 раз в 2-4 нед.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Обращают внимание на динамику физического и нервно-психического развития, расчет питания и его коррекция — 1 раз в месяц.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Тактильная стимуляция — с 3 недель.
3. Массаж и гимнастика — с 1,5 мес.
4. Закаливание

5. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН, 3, НАН Кисломолочный, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2, более раннее введение прикормов.
6. Метаболический комплекс:
на 1 мес. жизни — 2 раза в день в течение 10 дней:
 - липоевая кислота — 0,003—0,006
 - пантотенат кальция — 0,02
 - витамин В₁ — 0,002—0,003с 1—1,5 мес. — в течение 1—2 мес.:
 - аскорбиновая кислота — 0,03
 - пангамовая кислота — 0,006
 - пантотеновая кислота — 0,003
 - витамины В₁, В₂, В₆ — по 0,001
7. Витамин D
 - доношенным детям — с 3—4 недель жизни по 400—500 ежедневно в течение осенне-зимне-весеннего периода года на первом и втором году жизни;
 - детям с недоношенностью I ст. — с 10—14 дня жизни так же, как доношенным;
 - детям с недоношенностью II—III ст. — с 10—20 дня жизни по 800 МЕ и более.
8. Препараты железа в профилактической дозе — 1,0—1,5 — 2 мг/кг/сутки:
 - доношенным — с 2 мес.
 - недоношенным с 1 мес.
9. Контроль за весовыми прибавками (приобретение весов для взвешивания ребенка дома).
10. Прививки не противопоказаны.

IV группа риска

**Дети с риском гнойно-септических заболеваний
в период новорожденности
(наблюдаются до 4—6 месяцев)**

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 1, 3, 6, 9, 12 мес. и при заболеваниях.
- ОАМ — в 3 и 12 мес. и при заболеваниях.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

При осмотре обращают внимание на отделяемое из пупка, кожные покровы, характер стула, активность сосания, прибавки массы тела, срыгивания, геморрагический синдром, динамику физического и нервно-психического развития. Проведение термометрии 3 раза в день.

Профилактические мероприятия

1. Профилактика гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика, плавание, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, способствующих адекватному становлению иммунитета, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2.
4. Соблюдение санитарно-гигиенического режима:
 - Ежедневные гигиенические ванны с антисептиками.
 - Туалет пупочной ранки 4—6 раз в день.
 - Обработка грудных желез перед кормлением.
 - Кипячение и проглаживание белья с двух сторон.
5. Борьба с запорами.
6. Бифидумбактерин — по 2,5 дозы 1—2 раза в день в первые 2 нед. жизни.
7. При ОРВИ с выраженным токсикозом — назначение антибиотиков.
8. Срочная госпитализация при изменении состояния и любых кожных высыпаниях воспалительного характера.
9. Матерям и лицам, принимающим участие в уходе за новорожденным ребенком, рекомендуется чаще менять свою личную одежду и тщательно мыть руки. Уход за ребенком лучше осуществлять в хлопчатобумажной одежде, которая легко стирается.
10. Прививки не противопоказаны.

V группа риска

Дети с риском врождённых пороков развития органов и систем
(наблюдаются до 1 года)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- Кардиолог — по показаниям
- Генетик — по показаниям
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.

- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.
- ЭЭГ — по показаниям.
- Эхокардиография — по показаниям

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика, плавание, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.
4. Тщательный анализ генеалогического анамнеза.
5. Выявление стигм дизэмбриогенеза.
6. Тщательное наблюдение за состоянием внутренних органов и систем.
7. Прививки не противопоказаны.

VI группа риска

Дети с риском развития аллергических заболеваний
(наблюдаются до 3 лет)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — 1—2 раза в год, по показаниям чаще.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- Иммунолог — в 3 мес. перед прививкой
- Аллерголог — по показаниям.
- ОАК — в 3, 12 мес. (уровень эозинофилии)
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Массаж, гимнастика, плавание, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей — НАН гипоаллергенный 1 или 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 или 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.
4. Гипоаллергенная диета матери и ребенка.
5. Гипоаллергенный быт.

6. Своевременная санация очагов инфекции.
7. Выявление гастропатологии.
8. При заболеваниях применять физио- и фитотерапию, по возможности избегать использования лекарственных средств (антибиотиков), полипрогмазии.
9. Прививки не противопоказаны.

VII группа риска

Дети из неблагоприятных микросоциальных условий
(наблюдаются до 18 лет)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 ($\pm$), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1($\pm$), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Обращают внимание на признаки психической депривации, минимальной мозговой дисфункции, невротизации, ретардации психомоторного развития.

Профилактические мероприятия

1. Санпросветработа о здоровом образе жизни.
2. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
3. Контроль за вскармливанием, физическим воспитанием, закаливанием.
4. При любых заболеваниях обязательная госпитализация ребенка в стационар.
5. Внеплановые выходы в семью.
6. Внеочередное раннее устройство в ясли.
7. Обеспечение бесплатным питанием и медикаментами до 2 лет.
8. Прививки не противопоказаны.

VIII группа риска

Дети с риском нарушения репродуктивного здоровья (наблюдаются до 18 лет)

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 ($\pm$), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1($\pm$), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог в 9, 12 мес.
- Эндокринолог, гинеколог, андролог в декретированные сроки, по показаниям — чаще.
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Профилактические мероприятия

1. Профилактика гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика, плавание, закаливание.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.
4. Своевременное выявление и лечение заболеваний эндокринной и половой сферы.
5. Прививки не противопоказаны.

Дети, имеющие риск развития синдрома внезапной смерти (СВС) (наблюдаются до 1 года)

- Педиатр — до 3 мес. 2 раза в мес., затем — до 1 года ежемесячно.
- Зав. педиатрическим отделением — на 1 мес. жизни на дому.
- Невролог — в 1, 3, 6 ($\pm$), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1($\pm$), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- Иммунолог — по показаниям.
- ОАК — в 1,3,6,9,12 мес.

- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.
- По показаниям:
 - УЗИ головного мозга;
 - копрограмма;
 - анализ кала на дисбактериоз.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование, профилактика и лечение гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика.
3. Закаливание (осторожно).
4. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.
5. Госпитализация ребенка при всех острых заболеваниях.
6. При невозможности госпитализации — ежедневный осмотр на дому до выздоровления.
7. Бифидумбактерин — 3 дозы 1—2 раза в день 3 недели на 1 мес. жизни.
8. Прививки не противопоказаны.
9. Подготовка к вакцинации и проведение ее в условиях дневного стационара.

Современные подходы к профилактике СВС младенцев:

- адекватное медицинское наблюдение за детьми, угрожаемыми по развитию данного синдрома;
- рекомендации родителям по уходу за ребенком: не выкладывать ребенка спать на живот, сон только на спине и на плотном матрасе, не применять тугое пеленания, не перегревать ребенка, не курить в помещении, где находится ребенок, а также стремиться сохранить естественное вскармливание;
- особо пристальное внимание следует уделять ребенку в период острых респираторных инфекций, во время которых частота наступления синдрома внезапной смерти повышается;
- непрерывный мониторинг дыхательного и/или сердечного ритма в период, критический по развитию синдрома внезапной смерти младенцев, то есть первые 4—6 месяцев жизни. Контроль функции дыхания особенно показан детям недоношенным, незрелым, а также уже имеющим в анамнезе приступы остановки дыхания (апноэ). Крайне актуальной является проблема респираторного мониторинга для семей, ранее потерявших ребенка. В этих случаях, согласно разработанным стандартам, мониторингирование дыхательной деятельности должно производиться до возраста смерти первого ребенка плюс 2 месяца.

**Дети, имеющие риск развития
синдрома увеличения вилочковой железы (СУВЖ)
(наблюдаются до 3 лет)**

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 ($\pm$), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1($\pm$), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- Иммунолог — по показаниям
- Эндокринолог — по показаниям
- ОАК — в 3,9,12 мес. (абсолютное количество нейтрофилов и лимфоцитов)
- По назначению иммунолога — клеточный и гуморальный иммунитет.
- По показаниям — АКТГ, ТТГ, КС, СТГ.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ в — 12 мес.
- Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции или УЗИ вилочковой железы — по показаниям.

Обращают внимание на состояние периферических лимфатических узлов, миндалин, аденоидные разрастания, размеры сосудистого пучка, размеры вилочковой железы при пальпации в яремной ямке при запрокинутой голове или плаче, размеры щитовидной железы, печени, селезенки.

Важно своевременное выявление признаков сдавления органов средостения увеличенной вилочковой железой (затрудненное стридорозное дыхание, коклюшеподобный кашель, пероральный цианоз, набухание шейных вен, расширение сосудистой сети на грудной клетке, осиплость голоса, особенно в горизонтальном положении; упорные срыгивания, рвоту при отсутствии других причин).

Возможны признаки надпочечниковой недостаточности: темный оттенок кожи кистей, стоп, области суставов и складок, пигментированные и депигментированные пятна, мышечная гипотония, гипертензия, тяготение к соленой пище.

Отмечаются аллергические реакции, в том числе на прививки.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование гипогалактии.
2. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН Н.А 1, НАН Н.А. 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.

3. Гипоаллергенная диета матери и ребенка.
4. Массаж и гимнастика.
5. Закаливание (воздушные и водные процедуры).
6. Своевременная санация очагов инфекции
7. Профилактика фоновой патологии.
8. Контроль физического развития и НПР.
9. При изменении иммунологических показателей — иммуномодулирующие препараты.
10. При возникновении острых заболеваний — госпитализация или ежедневное наблюдению на дому с учетом возможного появления синдрома сдавления органов средостения, острой надпочечниковой недостаточности, аллергических состояний, длительного субфебрилитета.
11. При наличии тимомегалии:
 - питание без избыточной калорийности;
 - закаливание;
 - санация очагов инфекции;
 - гипосенсибилизирующие препараты.
12. Прививки не противопоказаны.

**Дети, имеющие
риск развития тяжелого инфекционного токсикоза
(наблюдаются до 1 года)**

- Педиатр — до 3 мес. 2 раза в мес. затем — до 1 года ежемесячно.
- Невролог — в 1, 3, 6 ($\pm$), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1($\pm$), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 3 и 12 мес.
- ОАМ — в 3 и 12 мес.
- Копрограмма — по показаниям
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование, профилактика и лечение гипогалактии.
2. Массаж и гимнастика.
3. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен 1 prebio, Нестожен 2 prebio.

4. Своевременная госпитализация ребенка при острых заболеваниях.
5. Курсы биопрепаратов.
6. Антиоксиданты — витамин Е внутрь.
7. Витамины С, В₁, В₂, В₆ в профилактических дозах.
8. Прививки не противопоказаны.

Дети, имеющие риск развития дисбактериоза (наблюдаются до 3 лет)
--

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Копрограмма — по показаниям
- Анализ кала на дисбактериоз — по показаниям
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ в — 12 мес.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Своевременная санация очагов инфекции.
3. Своевременное лечение гнойно-септических заболеваний матери.
4. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических условий.
5. Строго обоснованное назначение антибиотиков, особенно в периоде новорожденности.
6. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, способных оптимизировать состав кишечной микрофлоры — Нестожен 1, Нестожен 2, НАН 1 и НАН 2, НАН кисломолочный 1 и 2.
7. Прививки не противопоказаны.

**Дети, имеющие риск формирования
пороков развития тканей зубов, кариеса и аномалий прикуса
(наблюдаются до 3 лет)**

- Педиатр — до 1 года ежемесячно
- Невролог — в 1, 3, 6 (±), 12 мес.
- Хирург — в 1, 9, 12 мес.
- Ортопед-травматолог — в 1 и 12 мес.
- Окулист — в 1(±), 12 мес.
- ЛОР — в 12 мес.
- Стоматолог — в 9, 12 мес.
- ОАК — в 3, 12 мес.
- ОАМ — в 3, 12 мес.
- Аудиологический скрининг — в 1 мес.
- УЗИ, в том числе тазобедренных суставов — в 1 мес.
- ЭКГ — в 12 мес.

Профилактические мероприятия

1. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
2. Профилактика фоновой патологии.
3. Своевременная санация очагов инфекции.
4. Физическое воспитание и закаливание.
5. Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, например, НАН 1, НАН 2, НАН 3, НАН Кисломолочный 1 и 2, Нестожен prebio 1, Нестожен prebio 2.
6. Питание, исключающее одностороннее мучное и молочное вскармливание, подслащенное питье, ограничение приема сладостей.
7. При снижении содержания фтора в воде менее 0,8—1,0 мг/л назначение в первые 6—8 мес. жизни «Витафтора» по 1 капле на 1 кг массы тела в течение 150—160 дней.
8. Гигиеническое содержание полости рта: научить мать очищать поверхность зубов от налета и методике реминерализирующей терапии (накладывание марлевых полосок, смоченных 1% р-ром глюконата кальция а течение 10—15 дней с повторением курсов 1 раз в каждые 3—4 месяца).
9. Устранение вредных привычек (сосание пальца, пустышки, губ, языка).
10. Создание условий для активного сосания груди или соски, правильной позы ребенка во время сна с сомкнутыми губами.
11. Для профилактики стоматологических заболеваний следует обратить внимание на позу новорожденного в кроватке — ребенок не должен лежать с запрокинутой головой и подбородком, прижатым к груди.
12. Прививки не противопоказаны.

Организация жизни ребенка в период новорожденности

Режим

В соответствии с анатомо-физиологическими потребностями ребенка до 9 месяцев жизни должна быть следующая последовательность режимных моментов — сон, кормление, бодрствование. Произвольное увеличение периода бодрствования может вызвать у ребенка отрицательные эмоции, капризность, повышенную возбудимость. До 3 месяцев жизни ребенку назначают режим № 1 (табл. 10).

Таблица 10

Примерные возрастные режимы детей раннего возраста

(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Возраст	№ режима	Кормления		Бодрствование, час.	Сон			
		Кол-во	Интервалы, час.		Дневной		Ночной, час.	Общая длительность сна, час.
					Кратность	Длительность, час.		
До 3 мес.	1	7	3	1—1,5	4	2—1,5	10—11	18,5—17,5

Санитарно-гигиенический уход

Матери необходимо объяснить, что несоблюдение санитарно-гигиенического ухода может отрицательно сказаться на состоянии его здоровья ребенка, физическом и умственном развитии. В истории развития врач фиксирует выявленные в уходе за ребенком недостатки, дает соответствующие назначения для их исправления.

Уголок новорожденного. Для новорожденного необходимо выделить комнату или отдельный уголок в комнате. Ещё до рождения ребёнка должен быть проведён ремонт (при необходимости) или генеральная уборка (перед выпиской из роддома).

Это должно быть самое светлое, удобное и безопасное помещение без лишних вещей и предметов, в том числе цветов, а главное — ковровых изделий, открытых книг, картин (перечисленные предметы — коллекторы аллергенной домашней пыли).

Температура воздуха в помещении должна быть в пределах +20—22 °С. Ежедневно следует проводить влажную уборку (в летнее время, когда скапливается особенно много уличной пыли, уборка проводится 2 раза — утром и вечером). Частота проветривания зависит от погодных условий, но не менее 4 раз по 15—20 мин; даже в холодное время года форточку открывают на 10—15 мин несколько раз в день, при этом температура воздуха должна понизиться не менее чем на 2°С; летом окно (форточку, фрамугу) держат открытыми целый день, предусматривая затягивание их марлей или сеткой (за-

щита от укусов насекомых). Вначале во время проветривания ребёнка следует выносить в другое помещение (или пойти на прогулку), а затем его приучают находиться в комнате и при открытой форточке (при условии отсутствия сквозняка).

В этой комнате нельзя стирать, сушить бельё, пользоваться предметами бытовой химии и парфюмерными средствами (типа дезодорантов) и, конечно же, курить (даже на балконе; пассивное курение опасно, особенно для детского организма в связи с большим риском респираторных и аллергических заболеваний).

В уголке ребенка ставится кровать, столик для белья, выделяется полка или маленький столик для предметов ухода.

Кровать:

- должна быть с такими боковыми стенками, которые свободно пропускали бы воздух (сетчатые, решётчатые);
- должна быть изготовлена из материала, который можно мыть и ежедневно протирать;
- на дно кровати кладут жёсткий матрас, который покрывают клеёной, а затем простынкой;
- в подушке новорождённый не нуждается, он должен лежать на ровной поверхности, под голову кладут пелёнку, сложенную в несколько раз, при необходимости (например, при частых срыгиваниях) можно приподнять головной отдел кровати на 2—3 см;
- использовать постельные принадлежности из пуха и пера нельзя, так как они способствуют искривлению позвоночника (из-за мягкости), повышают риск перегревания и возникновения аллергических реакций;
- не следует пользоваться коляской как кроватью: она мало пропускает для воздуха, во время прогулки пачкается, а длительный сон в ней способствует перегреванию, искривлению позвоночника и раздражению вестибулярного аппарата, что негативно сказывается на ребёнке;
- укладывают новорождённого только на бок и ни в коем случае на спину лицом вверх (опасность аспирации при срыгиваниях); укладывать на живот ребёнка можно только во втором полугодии жизни (из-за риска расстройства дыхания во сне в первом полугодии);
- рядом с кроватью необходимо расположить стол для пеленания, тумбочку для предметов ухода;
- положение на животе во время сна со 2-го полугодия считают физиологичным и полезным — свободная поза, нет опасности аспирации, профилактика деформаций костной системы, укрепление затылочных и спинных мышц.

С целью профилактики деформации костей черепа желательно обеспечить подход к кровати с двух сторон. Не следует занавешивать кровать, так как это нарушает вентиляцию воздуха и, кроме того, лишает ребенка столь необходимого ему света и окружающего пространства. Кровать надо поставить подальше от отопительной системы, так как слишком сухой, теплый воз-

дух вызывает сухость слизистых носа и полости рта, а иногда — перегревание. Прямые солнечные лучи из окна, поток воздуха из открытой фрамуги не должны быть направлены прямо на кровать.

Стол застилается мягким байковым одеялом, а сверху покрывается клеенкой и используется для пеленания ребенка, проведения массажа и гимнастики.

Необходимо ежедневно протирать влажной тряпкой окна, двери, мебель, пол. Комнату надо хорошо проветривать несколько раз в день. Окно рекомендуется занавешивать только в верхней трети легкой занавеской. Летом окна должны быть открыты весь день и, по возможности, всю ночь. Окна следует затягивать марлей или сеткой, чтобы не залетели комары и мухи. В холодное время года для проветривания открывают форточку или фрамугу, сначала во время отсутствия ребенка, а затем и в его присутствии. В комнате, где живет ребенок, нельзя курить, в также стирать и сушить белье.

Предметы, необходимые для ухода за ребенком:

- термометр для измерения температуры тела;
- термометр для измерения температуры воды;
- термометр для измерения температуры воздуха;
- газоотводная трубка;
- баллончик для клизмы;
- баночка стерильная с крышкой для гигроскопической ваты;
- баночка с пипетками (отдельно для глаз и носа);
- ножницы обычные;
- ножницы для подстригания ногтей;
- раствор марганцовокислого калия (порошок марганцовокислого калия должен храниться в отдельном шкафчике);
- средства для обработки кожи: стерильное растительное масло или детский крем или лосьон.

Уход за кожей и слизистыми оболочками. Медицинская сестра обучает мать проведению утреннего туалета.

Ежедневно ребенку умывают лицо и руки теплой водой, водопроводную воду можно не кипятить.

Ушные раковины протирают влажной ваткой, а слуховые проходы осторожно очищают ватным жгутиком. Кожные складки (шейные, подмышечные, за ушными раковинами, локтевые, паховые, подколенные) смазывают стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом либо специальными детскими кремами.

Уши обрабатывают 1 раз в неделю (или по мере необходимости), использование твердых предметов (спичек, шпилек) исключается (как и для обработки носовых ходов). Открыть рот ребёнка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую оболочку полости рта; при отсутствии патологических изменений слизистую оболочку рта не обрабатывают, так как она сухая и легко травмируется.

Нос чистят ватным жгутиком, смоченным вазелиновым маслом. Жгутик можно смачивать грудным молоком или предварительно закапывать 1—2 капли молока в нос.

Для туалета глаз используется раствор фурацилина (1:5000), глаза протирают ваткой, смоченной этим раствором, по направлению от наружного угла к внутреннему.

Обработать естественные складки каким-либо гигиеническим средством для детей: растительным маслом (наносить на ватный тампон), кремом или присыпкой. Обработку проводят в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные складки; паховые и ягодичные складки в силу максимальной загрязнённости всегда нужно обрабатывать в последнюю очередь. Гигиенические средства «выбирает» кожа ребёнка с учётом её индивидуальной чувствительности. Если используют детскую присыпку, то необходимо предусмотретькрытие половой щели у девочек (во избежание раздражения слизистой вульвы). Естественные складки обрабатывают 2—3 раза в день (например, утром и после гигиенической ванны).

Ноги стригут 1 раз в 5—7 дней, на руках округло, на ногах — прямолинейно; ножницы (лучше специальные детские) предварительно протирают этанолом.

После дефекации ребёнка обязательно подмывают под проточной водой (37—36 °С), можно с использованием марлевых салфеток. Положение ребёнка — на предплечье и кисти, лицом кверху; движения руки — спереди назад, в последнюю очередь сам анус (особенно у девочек с целью профилактики попадания инфекции в половые органы и мочевыделительную систему). Просушивание осуществляют промокательными движениями.

Нецелесообразно проводить подмывание после каждого мочеиспускания. Лучше это делать после каждого 3—4-го мочеиспускания, хотя это весьма индивидуально.

Ноги на руках и ногах надо стричь 1 раз в 5 дней, не очень коротко. Ножницы предварительно протирают спиртом, их концы должны быть закругленными.

Необходимо оберегать новорождённого от инфекции (для него представляет опасность даже условно-патогенная флора): не целовать ребёнка в лицо и руки, ограничить общение со взрослыми, для прогулок выбирать малолюдные места, следить за чистотой сосок, игрушек, пустышек, то есть предметов, попадающих ребёнку в рот (соски моют и кипятят после каждого кормления, пустышку — каждый раз после того, как она выпала изо рта и др.).

Обработка пупочной ранки. Пупочная ранка — потенциальные входные ворота для инфекции, поэтому её обработке необходимо уделять серьезное внимание. Заживление (эпителизация) у доношенного новорождённого происходит к 7—10-му (иногда 14-му) дню, у недоношенного — позднее. Если ранка заживает успешно, то обработка проводится 1—2 раза в день (утром и после гигиенической ванны); при мокнущем же пупке — 3—4 раза в день. Лучше всего, если медицинская сестра сама продемонстрирует обработку пупочной ранки при проведении первичного патронажа.

Процедура обработки: уложить ребёнка на пеленальный стол, хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцем левой руки (это обязательное условие, даже при образовавшейся корочке), капнуть из пипетки в ранку 1—2 капли 3% раствора перекиси водорода, удалить стерильной ватной палочкой образовавшуюся «пену». Затем движением изнутри наружу, обработать пупочную ранку, не затрагивая кожу вокруг неё, 70% этиловым спиртом или спиртовыми настояками багульника, хлорофиллипта.

Если ранка чем-либо настораживает (уплотнение пупочного кольца, появление лёгкого покраснения кожи вокруг ранки), то необходим ежедневный патронаж и контроль состояния пупочной ранки.

Гигиенические ванны. Купать ребенка необходимо с первого дня после выписки из роддома. Рекомендации начинать купать новорожденных лишь после заживления пупочной ранки недостаточно обоснованны, поскольку кожа, слизистые оболочки у новорожденного подвергаются бактериальному обсеменению во время родов или вскоре после родов, с кожи возбудители инфекции быстро попадают в пупочную ранку. Ранние и регулярные купания позволяют избежать массивного бактериального обсеменения кожи, слизистых оболочек и соответственно пупочной ранки.

Недоношенных детей в первые 2—3 мес. купают в кипяченой воде.

До заживления пупочной ранки (первые 10—19 дней) новорожденного купают в бледно-розовом растворе перманганата калия. Сначала готовят концентрированный раствор, затем его добавляют в ванну с водой. Если у ребенка есть опрелости, сыпь, раздражение кожи, полезно добавлять в воду настой ромашки, отвар дубовой коры. Температура воздуха в помещении, где купают грудного ребенка, должна быть +22—25 °С.

Предметы, необходимые для купания ребенка:

- ванночка;
- детское мыло;
- детский шампунь;
- стерильные ватные шарики или тампоны;
- мягкая салфетка из махровой ткани (вместо мочалки);
- большое банное полотенце; чистая пеленка или одежда;
- детская присыпка

Перед каждым купанием ванночку тщательно моют водой с мылом, желательно обдать ее кипятком.

В первые 6 мес. купать ребенка следует ежедневно, в последующем — 2—3 раза в неделю. Купать ребенка лучше перед последним вечерним кормлением, продолжительность ванны не должна превышать 5—7 мин; 2 раза в неделю ребенка нужно мыть детским мылом, намыливать нужно рукой, поскольку губкой можно повредить кожу. Температура воды для купания — 37 °С (для недоношенных детей — 38 °С).

В воду ребенка опускают осторожно, положив его голову и спину на левую руку, а правой поддерживают ягодицы и ноги. Затем правую руку освобождают, кисть левой руки перемещают в левую подмышечную впадину ребенка, а

его спину и голову поддерживают левым предплечьем. Правой свободной рукой ребенка моют.

После купания ребенка нужно ополоснуть чистой водой температуры 36—37°C, обсушить его тело проглаженной простыней, промокая, а не вытирая кожу, чтобы не травмировать ее, смазать детским кремом или стерильным растительным маслом.

Комплект белья для детей первых месяцев жизни

Вид одежды	Количество на один день
Распашонка из белой хлопчатобумажной ткани	6—8
Распашонка из фланели	5—6
Пеленка тонкая из хлопчатобумажной ткани размером 100 x 100 см	20—24
Пеленка теплая из фланели размером 100x100 см	8—15
Подгузник из марли размером 50x50 см	20—24
Памперсы	10—20
Косынка тонкая на голову	2—3
Пододеяльник	2—3
Одеяло байковое	2
Одеяло шерстяное	1
Одеяло ватное	1
Клеенка детская размером 100x100 см	1
Клеенка детская размером 30x30 см	1

Все новые вещи необходимо выстирать и прокипятить. В дальнейшем белье стирают по мере необходимости и проглаживают с обеих сторон утюгом. Белье детей первого года жизни стирают только детским мылом.

На новорожденного надевают две распашонки — тонкую и теплую. Обе распашонки с длинными рукавами, зашитыми наглухо или имеющими клапан. Распашонки подгибают наружу так, чтобы их нижний край находился на уровне пупка. Затем ребенка пеленают.

Пеленание. В настоящее время используют метод «свободного пеленания» (оставляют небольшое пространство в пелёнках для свободного движения ребёнка). Исключается использование булавок для закрепления пеленок.

В первые дни при пеленании покрывают руки и голову, со 2—3-го дня жизни их оставляют свободными, но на ночь после купания лучше пеленать с руками.

На пеленальном столе расстилают фланелевую пеленку, сверху тонкую хлопчатобумажную, а на нее кладут подгузник, сложенный треугольником. Ребенка укладывают так, чтобы верхний край прямоугольных пеленок располагался на уровне подмышечных впадин, а широкая часть подгузника — под спиной. Нижний конец подгузника проводят между ног ребенка на живот, боковые заворачивают поочередно вокруг туловища. Затем оборачивают вокруг туловища сначала один, затем другой край прямоугольной тонкой пеленки,

нижний край загибают кверху, и концы подворачивают кзади. Таким же образом оборачивают и фланелевую пеленку.

Вместо подгузника (из марли, пелёнки, ветоши) можно надевать памперсы, но постоянное их ношение, особенно в период новорождённости, не рекомендуют.

Запеленатого ребенка помещают в хлопчатобумажный конверт на байковое одеяло, сложенное в несколько слоев. Если нет конверта, ребенка (в зависимости от времени года) завертывают в байковое одеяло или покрывают льянным покрывалом.

В жаркую погоду ребенка оставляют без покрывала.

Шапочку (чепчик) надевают после гигиенической ванны, на время прогулок, при температуре воздуха в комнате ниже +20 °С.

Менять пеленки нужно перед кормлением, а также после каждого мочеиспускания и дефекации. Использованные пеленки нужно обязательно стирать. Нельзя подсушивать мокрые пеленки, так как оставшиеся на них соли раздражают кожу ребенка.

Следует соблюдать следующие **правила хранения чистого и грязного белья, стирки, проглаживания**:

- детское бельё хранят и стирают отдельно от белья других членов семьи (это правило хранения касается как грязного, так и чистого белья);
- пелёнку, которую ребёнок обмочил в первый раз, достаточно прополоскать в тёплой воде и просушить;
- если пелёнка обмочена во второй раз, её необходимо простирать с мылом (лучше детским);
- пелёнки, запачканные фекальными массами, замачивают в тазу и сразу же стирают;
- накопившееся за день грязное бельё не только простирывают, но и кипятят (особенно это важно до заживления пупочной ранки);
- в первые месяцы (особенно первый) лучше использовать мыло и затем только стиральный порошок, предназначенный для детского белья;
- прополаскивание должно быть тщательным (неоднократным);
- высушенное бельё проглаживают с двух сторон, но только до достижения ребёнком 1 мес.; в последующие сроки — с одной стороны, чтобы не нарушить пористость ткани, а значит, и её воздухопроницаемость;
- новое одеяло (шерстяное, ватное) проглаживают через влажную тряпку; недопустимо подсушивать мокрые пелёнки, не простирывая их (это чревато раздражением кожи кристалликами мочевой кислоты, возникновением опрелостей, инфицированием, пиодермией).

Прогулки. Гулять с ребенком желательно ежедневно в любое время года. В летнее время начинают гулять сразу после выписки из роддома, а зимой — с 3—4-й недели жизни при температуре воздуха не ниже -10 °С.

Первый раз выходят на прогулку на 15—20 минут с постепенным увеличением времени пребывания на воздухе. Длительность прогулок в дальнейшем зависит от погоды: в осенне-зимнее время она не должна превышать 2 ч. Гулять с ребенком нужно не менее 2—3 раз в день. Летом ребенок должен быть на свежем воздухе в тени по возможности целый день.

Одевают ребенка для прогулки в зависимости от погоды. В зимнее время поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, завертывают в байковое одеяло, затем — в ватное. Лицо ребенка во время прогулки закрывать не следует.

Недоношенных детей в летнее время можно выносить на прогулку не ранее чем с двухнедельного возраста при температуре воздуха $+25\text{—}26^{\circ}\text{C}$ и отсутствии ветра. Осенью и весной разрешаются прогулки только детям с 1,5-месячного возраста с массой тела не менее 2500 г при температуре воздуха не ниже -10°C . Зимой можно гулять с детьми, достигшими 2 мес. и имеющими массу тела не менее 2800—3000 г, при температуре воздуха не ниже -8°C .

Вскармливание новорожденного

Организация рационального вскармливания новорожденных — одна из важнейших задач врача-педиатра. В настоящее время рекомендуется **свободный режим** вскармливания грудных детей, когда ребенок сам регулирует интервалы между кормлениями, просыпаясь к моменту приема пищи, вполне допустим в условиях достаточно высокой культуры семьи и, конечно, при безупречном состоянии здоровья ребенка.

Прикладывание ребенка к груди должно осуществляться с первого дня по требованию ребенка, по любому знаку голода или дискомфорта со стороны ребенка. Знаками голода могут быть активные сосательные движения губ или вращательные движения головки с различными звуковыми явлениями.

Частота прикладывания к груди определяется потребностью от 8—10 до 12 и более раз. Число кормлений может широко варьировать в зависимости от состояния лактации и качества молока у матери, активности и самочувствия ребенка. Наибольшую сложность при такой системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка (необходимо научиться различать крик голодного ребенка).

Длительность кормления может составлять 20 минут и более. К концу первого месяца жизни частота кормлений снижается до 7—8 раз, и их продолжительность уменьшается.

Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Длительность прикладывания сначала не должна ограничиваться, даже когда ребенок практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании может носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения.

Техника и правила вскармливания новорожденного ребенка:

- перед каждым кормлением мать должна чисто вымытыми руками осторожно обмыть грудь кипяченой водой;
- сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются случайные бактерии, легко попадающие в периферические отделы выводных протоков;
- принять удобное для кормления положение;
- кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, так же как и он, должен иметь возможность использовать кормление для изучения лица матери, особенностей ее мимики, глаз;

- необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, чтобы носовое дыхание было свободным, для чего грудь несколько оттягивается назад вторым и третьим пальцем поддерживающей ее руки;
- по окончании кормления грудь необходимо тщательно обсушить тонкой полотняной тряпочкой, прикрыть сосок стерильной салфеткой, оберегая его от трения и раздражения бельем и одеждой;
- после кормления одной грудью полностью сцедить остатки молока;
- при нормальной лактации можно не сцеживать молоко.

Если Вы хотите помочь матери в прикладывании ребенка к груди, Вы должны посмотреть, как она кормит ребенка. Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении:

- ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней;
- лицо ребенка находится близко от груди;
- рот широко открыт;
- нижняя губа вывернута наружу;
- над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней;
- заметно, как ребенок делает медленные сосательные движения;
- ребенок расслаблен и доволен, в конце кормления наступает состояние удовлетворения;
- мать не испытывает боли в области сосков;
- слышно, как ребенок глотает молоко.

Неправильное положение ребенка при кормлении грудью может стать причиной:

- воспаления и трещин сосков;
- неудовлетворительного поступления молока и медленного роста ребенка;
- неудовлетворенности ребенка, постоянно требующего есть;
- нагрубания груди.

Для успешного становления грудного вскармливания необходимо устранить факторы, снижающие продолжительность, эффективность и частоту сосания груди. К этим факторам относятся:

- кормление по расписанию;
- ограничение времени кормления;
- неправильное положение матери и ребенка при сосании;
- использование сосок, пустышек, имитирующих грудь;
- использование воды, чая для снятия голодного возбуждения.

Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10—15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам.

Если мать не может приспособиться к «свободному» вскармливанию, необходимо перейти на кормление по часам. Наиболее целесообразно число кормлений для детей первых 1,5—2,5 недель 6—7 раз в сутки.

Часы кормлений:

- при 7 кормлениях: 6.00, 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, ночной перерыв 6 часов.

- при 6 кормлениях: 6.00, 9.30, 13.00, 16.30, 20.00, 23.30, ночной перерыв 6,5 часов.

При кормлении сцеженным молоком из бутылочки через соску необходимо дозировать количество пищи, так как ребенок не прекратит сосания, несмотря на то что большой объем высосанного молока будет вызывать перерастяжение желудка.

1. В первые 7—10 дней жизни суточное количество молока = $n \times 70$ или 80, где n — день жизни, то есть надо число дней жизни ребенка умножить на 70 (при массе тела на момент рождения ниже 3200) или на 80 (при массе тела свыше 3200).
2. Разовый объем молока (при 7-кратном кормлении ребенка) равняется $n \times 10$, где n — день жизни.
3. В возрасте после 10 дней объем молока на сутки определяется из расчета $1/5$ массы тела или 120—125 ккал/кг.
4. По формуле Зайцевой (в периоде новорожденности): суточное количество молока = $2\%M \times n$, где M — масса тела при рождении, n — день жизни.

Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение

При первом патронаже педиатр должен провести **прогноз риска гипогалактии**, осмотреть молочные железы матери для оценки состояния лактации, дать рекомендации по стимуляции лактации, профилактике гипогалактии. При повторных патронажах, в случае подтверждения гипогалактии, назначить ее лечение.

Признаки хорошей лактации:

- хорошо развитая и правильно сформированная молочная железа;
- хорошо выраженная венозная сеть;
- полосы растяжения на груди;
- большое количество отчетливо пальпируемых гипертрофируемых долек железы;
- сильно брызжущие струйки молока при надавливании на грудную железу;
- некоторый остаток молока в груди после 15—20-минутного энергичного сосания;
- температура тела под молочной железой выше на $0,1—0,5^{\circ}\text{C}$.

Признаки гипогалактии и недокорма:

- голодный крик, жадное захватывание груди или бутылочки с водой;
- беспокойство ребенка, он не выдерживает интервалов между кормлениями, то есть требует кормления через более короткие промежутки времени;
- малая прибавка массы тела за месяц;
- симптом «сухих пеленок», свидетельствующий об уменьшении суточного количества мочи;
- голодный стул (скудный, зеленоватый, жидкий).

Контрольное взвешивание. В течение 2—3 суток подряд проверяют количество молока, высосанного ребенком при каждом кормлении грудью. Последнее устанавливается взвешиванием спеленатого ребенка до и после кормления и вычисления разницы между данными обоих взвешиваний.

Нередко даже при достаточном количестве молока мать прекращает кормить ребенка грудью вследствие отказа младенца от груди. Это проявляется так:

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;
- он кричит и сопротивляется при попытке матери дать ему грудь;
- минуту сосет, затем отрывается от груди, давась от плача;
- берет одну грудь, но отказывается от другой. Причины могут быть самыми разными:
 - нарушение организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);
 - избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;
 - кормление ребенка по часам, а не по требованию;
 - неправильный захват соска, сопряженный с интенсивной аэрофагией;
 - заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, ОРЗ, грипп и другие инфекции, молочница, стоматит);
 - прорезывание зубов, отрицательные эмоции у ребенка.

Профилактика гипогалактии в условиях детской поликлиники:

- правильный режим жизни и питания кормящей матери;
- достаточный сон не только в ночное время, но и днем;
- обязательная прогулка днем;
- полноценное питание матери;
- полное освобождение молочных желез от остатков молока после каждого кормления;
- достаточно частое и регулярное кормление ребенка грудью;
- профилактика, своевременное выявление и рациональное лечение трещин сосков и мастита, так как они нередко являются причиной вторичной гипогалактии;
- профилактика семейных конфликтов, стрессовых ситуаций в семье;
- обучение приемам гигиенического ухода за ребенком;
- нерегламентированное кормление ребенка грудью в первые 1,5—2 месяца жизни: «по требованию»;
- пропаганда естественного вскармливания, советы по сохранению лактации.

Для становления и сохранения лактации необходимо:

- раннее прикладывание ребенка к груди;
- свободное вскармливание с первого дня жизни;
- совместное пребывание матери и новорожденного в родильном доме в палате «мать и дитя»;
- исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев);
- отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек;
- профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаз);

- спокойная и доброжелательная обстановка в семье;
- помощь со стороны близких по уходу за ребенком;
- рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины, ее сбалансированное питание, включающее дополнительный прием жидкости (чая, соков и других напитков).

Алгоритм мероприятий по устранению гипогалактии:

- 1) провести контрольное кормление не менее 4—5 раз в день в течение 2—3 суток для уточнения степени гипогалактии, затем продолжить контроль высосанного молока 2—3 раза в день, а по возможности и чаще, то есть вести дневник кормления ребенка;
- 2) кормить ребенка по требованию, то есть частота кормления грудью определяется потребностями ребенка, при необходимости прикладывать ребенка к обеим молочным железам;
- 3) сцеживать остатки молока после каждого кормления, рекомендуется использовать молокоотсосы. Сцеженное молоко можно использовать для докорма ребенка;
- 4) наладить полноценное и регулярное питание кормящей матери, объемом жидкости увеличить на 50—60%;
- 5) кормящим женщинам следует употреблять специализированные белково-витаминные продукты:
 - сухие молочные смеси: «Клинутрен Оптимум» (Швейцария), «Фемилак», «Нутритек» (Россия), «Энфамема», «Мид Джонсон» (США), «МД-мил Мама» (Франция), «Думил Мама Плюс» (Дания) и др.;
 - сухую смесь на основе белков сои, содержащую лактогенную добавку (траву гелегу), «Млечный путь»; «Лактамил» (Россия);
 - белковый коктейль для беременных и кормящих женщин «Мадонна», «Валетек» (Россия).
- 6) в качестве лактогенных напитков можно рекомендовать настои семян укропа, тмина, чай с душицей, мелиссой, морковный сок, настой и напиток из аниса, фенхеля, душицы, а также чаи для беременных и кормящих матерей, например, «ХиПП» (Австрия), «Крюгер» (Польша), «Дани» (Дания), «Тип-Топ» (Россия);
- 7) организовать режим достаточного отдыха и сна женщины, провести комплекс медицинских мероприятий.

Медикаментозная аллопатическая терапия

- Комплексные витаминные и витаминно-минеральные препараты: Матерна (США), Фарма-Мед Леди с формулой для беременных и кормящих (Канада), Нова-вита (пренатал формула) (США), Прегнавит (Германия), Витрум-Пренатал (США), Мульти Таббс Перинатал (Дания), Гендевит (Россия) и др. — по 1—2 др. в зависимости от препарата в сутки в течение всего периода кормления грудью.
- Метод Снегирева — никотиновая кислота по 0,05—0,1; 4 раза в день за 15 минут до кормления — 10—12 дней.
- Апилак в таблетках по 0,01 под язык до полного рассасывания за 30 минут до кормления 3 раза в день — 10—15 дней.

- Глутаминовая кислота по 0,5—1,0 через 20 минут после еды, запивая теплым сладким чаем, 3 раза в день — 7—8 дней.
- Витамин Е токоферол ацетат по 0,1 г в капсулах; 3 раза в день в течение 15—20 дней.
- Сухие пивные дрожжи по 1 чайной ложке 4 раза в день в течение 7—10 дней.
- Из новых лекарственных препаратов следует отметить пирроксан. Особенно показан эмоционально лабильным женщинам, кормящим матерям, страдающим гипертонической болезнью. Лактопоэтический эффект пирроксана позволяет рекомендовать его для лечения гипогалактии, одной из возможных причин которой явился поздний токсикоз беременности.
- В настоящее время используется комплексный гомеопатический препарат Млекоин, который включает: Уртика уренс С200, Агнус кастус С200 и Пульсатилла С200 по 5—7 крупинок сублингвально не позже, чем за 15 минут до кормления 1—3 раза в день.

Физиотерапевтические мероприятия

- УФО (ультрафиолетовое облучение) молочных желез начинают с 0,25 дозы, постепенно увеличивая. Схема: 1-й, 2-й день — 0,25 биодозы, 4-й, 5-й день — 0,5 биодозы, 7-й, 8-й день — 0,75 биодозы, 10-й, 11-й день — 1 биодоза, 12-й, 13-й день — 1 биодоза (3-й, 6-й, 9-й, 11-й дни — перерыв).
- Ультразвуковое облучение молочных желез, курс — 8—10 процедур, при этом после двух дней облучения — 1 день перерыв.
- Франклинизация на молочные железы, курс 10—15 дней.
- Электромагнитный вибрационный массаж молочной железы круговыми движениями от основания железы к соску — по 2—3 мин 10 процедур.
- Обработка молочной железы после кормления горячим душем при температуре воды 44—45°С в течение 10 минут на фоне душа проводится разминающий массаж от центра к периферии и сверху вниз, через каждые 2—3 минуты — сцеживание остатков молока. В день проводится 4 процедуры (по 2 для каждой железы).

Акупунктура — иглоукалывание и электропунктура.

Аурикулопунктура — электростимуляция посредством раздражения активных точек ушной раковины. Регулирует приход молока, помогает справиться с дезадаптацией и восстановить гомеостаз.

Для лечения первичной гипогалактии рекомендуются гормональные препараты: окситоцин — в/м по 2 МЕ 2 раза в день непосредственно перед кормлением грудью в течение 5—6 дней. Лактин — в/м по 70—100 МЕ 1—2 раза в сутки, 5—6 дней. Маммофизин — по 1 мл в/м или п/к, особенно в комбинации с пролактином, курс лечения — 5—7 дней.

Через 7—15 дней (в зависимости от степени гипогалактии и дефицита массы ребенка) после начала мероприятий по борьбе с гипогалактией решить вопрос об ее успешности и необходимости введения докорма.

Лечение первичной гипогалактии

- окситоцин — в/м по 2 МЕ 2 раза, в день непосредственно перед кормлением грудью в течение 5—6 дней;
- лактин — в/м по 70—100 МЕ 1—2 раза в сутки, 5—6 дней;
- маммофизин — по 1 мл в/м или п/к, особенно в комбинации с пролактином, курс лечения 5—7 дней.

Через 7—15 дней (в зависимости от степени гипогалактии и дефицита массы ребенка) после начала мероприятий по борьбе с гипогалактией решить вопрос об ее успешности и необходимости введения докорма.

Питание и режим кормящей матери.

Питание матери, кормящей своего ребёнка грудью, должно быть полноценным в отношении количества и качества пищевых веществ, содержать достаточное количество минеральных солей и витаминов.

Примерный суточный набор продуктов кормящей матери:

- Мясо — 170 г (предпочтительно говядина, тощая свинина, баранина, курица, индейка, кролик, но не колбасные изделия);
- рыба — 70 г;
- молоко и кисло-молочные продукты 2,5 % жирности — 600 мл;
- творог 9 % жирности — 50 г;
- сыр — 15 г;
- яйцо — ½ шт.;
- сливочное масло — 25 г;
- растительное масло — 15 г;
- овощи — 500 г (из них картофель — не более 200 г);
- фрукты свежие — 300 г;
- соки — 150 мл.
- сахар и кондитерские изделия (зефир, пастилу, мармелад, нежирные торты, пирожные) следует потреблять в ограниченном количестве.

Лактации способствуют: мёд, грецкие орехи, грибные супы, дрожжевые продукты, блюда из судака, трески, морковь, редька, тмин, укроп, крапива, одуванчик, анис.

Для возбуждения аппетита можно включать в рацион в небольшом количестве сельдь, квашеную капусту, салаты из свежих овощей, винегреты, заправленные растительным маслом.

Рекомендуется употребление специализированных белково-витаминных продуктов для беременных и кормящих женщин: сухие молочные смеси: «Клинутрен Оптимаум» Nestle, «Фемилак-2», «Нутритек», «Энфа-мама», «Мид-Джонсонс», «МД-мил Мама», «Думил Мама Плюс»; белковый коктейль «Мадонна», «Валетек».

Количество жидкости должно быть не менее 2 л, включая все жидкие блюда.

Следует избегать продуктов, оказывающих высокоаллергизирующее действие (цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, крепкие мясные бульоны, консервированные продукты промышленного изготовления, колбасы,

избыток яиц), острых приправ, избыточного количества пряностей, чеснока, лука, придающих неприятный вкус и запах молоку.

Исключить: алкогольные напитки, пиво.

Режим питания кормящей матери рекомендуется согласовать с режимом питания ребёнка. Целесообразно принимать пищу 5—6 раз в день за 30—40 минут до кормления, это способствует лучшей секреции молока.

Режим дня: ночной сон — не менее 8 часов, дневной сон — 1—2 часа, обязательны прогулки на свежем воздухе, спокойная остановка. Физическая нагрузка должна быть умеренной.

Примерное меню для кормящих матерей

6⁰⁰ — кефир — 200 г

Полдник

Кефир — 150 г

Завтрак:

Каша гречневая молочная — 300 г

Яйцо — 1 шт.

Чай с молоком — 200 г

Хлеб с маслом — 30/10 г

Сухарик из пшеничного хлеба — 50 г

Фрукты — 300 г

Ужин

Суфле творожное с молочным соусом — 210/50 г

Чай с лимоном — 200 г

Второй завтрак:

Фрукты, сок — 200 г

Перед сном

Кефир (простокваша) — 150 г

Хлеб пшеничный — 35 г

Компот из сухофруктов — 250 г

Хлеб пшеничный/ ржаной — 35/100 г

Обед:

Салат из тертой моркови — 130 г

Щи из свежей капусты — 300 г

Отварное мясо с картофелем в молоке — 75/250 г

Физическое воспитание

Для правильного физического развития необходимо с двухнедельного возраста **выкладывать новорожденного на живот** перед кормлением на 2—3 минуты с постепенным увеличением времени до 10 минут. Вначале ребенка выкладывают на живот 1—2 раза, затем 3—4 раза в день.

Тактильный массаж можно проводить только здоровому ребенку с периода новорожденности при положительном эмоциональном тоне. Перед массажем нужно обнять, прижать к себе, поцеловать малыша, а во время массажа — разговаривать с ним, напевать, поддерживать зрительный контакт.

При отрицательном эмоциональном настрое ребенка массаж надо прекратить и успокоить его. Начинать массаж можно с любой части тела, движения должны плавно переходить одно в другое. Продолжительность массажа — не более 10 минут.

Самым маленьким детям необходимо время, чтобы привыкнуть к массажу, поэтому не нужно спешить массировать всю спину сразу, делают это постепенно,

поднимая ребенка, чтобы прижать его к себе, обнять. Может пройти несколько недель, прежде чем ребенок будет получать удовольствие от всей процедуры.

Грудь

- Положить обе руки на середину груди и, слегка надавливая, развести руки к бокам ребенка, как будто разглаживая страницы книги. Не отрывая рук, движением, траектория которого напоминает по форме сердечко, вернуть их в исходное положение.
- Начиная с нижней части грудины, нежно, но с усилием, погладить круговыми движениями всю поверхность груди подушечками больших пальцев. Дойдя до верхней части грудины, продолжить движение до области ключицы. В заключение провести руками вниз по ручкам ребенка.

Руки

- Каждую ручку массируют отдельно. Нежно, но крепко удерживают предплечье одной рукой, массируя ручку ребенка выше локтя пальцами другой руки.
- Уверенными круговыми движениями большого пальца массируют плечо между локтем и подмышкой с небольшим усилием.
- Закончив массаж плеча, проводят рукой сначала по груди, а затем вниз по ручкам.
- Повторить те же движения на предплечьях и ладонях. Пальчики массируют указательным и большим пальцами.

Живот

- Поместить основание ладони чуть выше гениталий, слегка надавив на лобковую кость. Широко развести пальцы, поворачивая ладонь по часовой стрелке. Повторить несколько раз.
- Вернувшись в нижний правый угол живота, подушечками двух первых пальцев легко массируют его мелкими круговыми движениями. Начиная с правой стороны, продвигаются по траектории арки налево.
- Завершают массаж несколькими широкими движениями разведенных в стороны пальцев по животику, груди и ручкам.

Ноги

- Ножки массируют так же, как ручки.
- Поддерживая голень, круговыми движениями большого пальца массируют в направлении от колена к тазу и паху. Повторяют те же движения от лодыжки к колену и заканчивают маленькими полукружьями на колене.
- Стопы массируют так же, как ладони и пальчики. Закончив массаж одной ноги, делают широкое соединительное движение вниз по бокам, ножкам и лодыжкам. Массаж больших пальцев ног выполняют указательным и большим пальцами руки.

Спина

- Выполняют соединительное движение широким поглаживанием половины спины до плеча и вниз по ручке до ладони и пальчиков.
- Совершая легкие, но уверенные круговые движения, продвигаются вверх по правой от позвоночника стороне спины, проводят вниз по плечу и по ручке, выполняя, как и раньше, соединительное движение. Помассировав всю поверхность спины, выполняют соединительное движение сверху вниз по ножкам и стопам.
- Каждую ягодицу массируют круговыми движениями пальцев по направлению к позвоночнику и талии.

Стимуляция нервно-психического развития

Большое значение в период новорожденности имеет правильная организация бодрствования и общения с ребенком. Ласково разговаривая с малышом, необходимо пытаться вызвать у него зрительное и слуховое сосредоточение, улыбку. В кроватке ребенка на специальном кронштейне следует подвесить крупную игрушку на расстоянии 70 см от груди, или более мелкую — на расстоянии 50—60 см от груди. Медленным перемещением подвешенной звучащей игрушки, стимулировать зрительное и слуховое сосредоточение ребенка. Чрезвычайно важно в этом возрасте охранять зрительный и слуховой анализаторы от переутомления (не использовать слишком яркие игрушки, избегать громких и резких звуков).

С первых дней и недель жизни в периоды бодрствования ручки и ножки ребенка должны быть свободными, перед каждым кормлением его необходимо выкладывать на живот, развивая умение поднимать и удерживать голову. Такие свободные движения головой укрепляют мышцы шеи и спины, формируют правильный изгиб позвоночника, улучшают кровообращение мозга. Время от времени (но не слишком часто) ребенка обязательно надо брать на руки, придавая ему вертикальное положение. Этим стимулируется удержание головы, фиксация взора на лицах матери, отца и других родных и знакомых.

Для профилактики стоматологических заболеваний следует обратить внимание на позу новорожденного в кроватке (не должен лежать с запрокинутой головой и подбородком прижатым, к груди). Пустышку следует давать не более, чем на 10—15 минут.

Организация наблюдения детей первых трех лет жизни

Схема диспансеризации здоровых детей первых трех лет жизни в соответствии с приказом № 151 МЗ РФ «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» от 7.05.98 г. и приказом № 307 «О стандарте диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни» от 28.04.07 г. представлена в таблице 11.

Таблица 11

Объем и сроки профилактических осмотров детей от 0 до 3-х лет

Вид деятельности	Ново-рожден-ные	1-й год жизни	2-й год жизни	3-й год жизни
Диагностика отклонений и оценка состояния здоровья детей				
Сбор анамнеза, жалоб	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Антропометрия	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Диагностика НПР	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Оценка функционального состояния	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Анализ частоты, длительности и тяжести острых заболеваний	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Оценка поведения	+	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Оценка результатов лабораторного исследования				
Анализ крови		3, 12 мес.	2 г.	3 г.
Анализ мочи		3, 12 мес.	2 г.	3 г.
Анализ кала на яйца глистов			2 г.	3 г.
Аудиологический скрининг		1 мес.		
УЗИ, в т.ч. тазобедренных суставов		1 мес.		
ЭКГ		12 мес.		
Педиатр	Ежедневно до 10 дня жизни, 14-й и 21-й день	1 раз в мес.	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес.
Невролог		1,3,6(±), 12 мес.		3 г.
Хирург		1,9,12 мес.		3 г.*
Ортопед-травматолог		1, 12 мес.		3 г.
Офтальмолог		1(±)12 мес.		3 г.
ЛОР		12 мес.		3 г.*
Стоматолог		9,12 мес.	2 г.	3 г.
Логопед				3 г.*
Прогнозирование адаптации к ДОУ		1,3,6,9,12 мес.	За 6 мес. и перед поступлением в ДОУ	

* Хирург, ЛОР-врач и логопед дают заключение при поступлении ребенка в ДОУ в возрасте 3 лет согласно приказу № 241 МЗ РФ «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 03.07.2000 г.

Вид деятельности	Ново-рожден-ные	1-й год жизни	2-й год жизни	3-й год жизни
Заключение о состоянии здоровья ребенка				
Направленность риска	+	+	+	+
Физическое развитие	+	+	+	+
Нервно-психическое развитие	+	+	+	+
Резистентность	+	+	+	+
Диагноз	+	+	+	+
Группа здоровья	+	+	+	+
Оценка психологической готовности к ДОУ. Оценка готовности к ДОУ по медицинским параметрам. Прогноз адаптации к ДОУ.		1,3,6,9,12 мес.	За 6 мес. и перед поступлением в ДОУ	
Рекомендации				
Режим дня	+	+	+	+
Санитарно-гигиенические условия	+	+	+	+
Вскармливание и питание	+	+	+	+
Физическое воспитание, закаливание	+	+	+	+
Воспитательные воздействия	+	+	+	+
Иммунопрофилактика	+	+	+	+
Профилактика реализации риска	+	+	+	+
Профилактика пограничных состояний и их прогрессирования	+	+	+	+
Коррекция отклонений в развитии	+	+	+	+

Дети, отнесенные к группам риска, должны наблюдаться участковым педиатром и врачами-специалистами по индивидуальному плану.

Участковая медсестра наблюдает здорового ребенка на первом году жизни на дому ежемесячно, выполняя тематические патронажи, содержание которых схематично представлено в приложениях. Беседуя с родителями, она выясняет уровень их знаний по уходу за ребенком и его воспитанию, контролирует выполнение данных ранее рекомендаций и докладывает об этом врачу, проводит беседу на тему, актуальную для данного момента и возраста. Полученные сведения заносятся в у.ф. 112/у.

Дети посещают поликлинику с целью профилактического осмотра в ***дни здорового ребенка***. Целесообразно сначала направлять ребенка в ***кабинет здорового ребенка (КЗР)*** для выполнения доврачебного этапа профилактического осмотра и обучения родителей методам и приемам воспитания ребенка с учетом его возраста.

На доврачебном этапе медсестра участковая или кабинета здорового ребенка может проводить:

- 1) антропометрию с оформлением доврачебного заключения по физическому развитию;
- 2) оценку ведущих показателей НПР;
- 3) переоценку факторов риска;
- 4) обучение матери навыкам ухода, приемам воспитания, массажа и гимнастики, ориентированным на возраст ребенка.

После посещения КЗР мать с ребенком направляются к участковому педиатру. В декретированные сроки до осмотра у педиатра необходимо сдать лабораторные анализы и пройти осмотр врачей-специалистов (невролога, офтальмолога, хирурга-ортопеда, стоматолога).

Врач во время профилактического приема:

- 1) осуществляет контроль за выполнением рекомендаций, данных матери на предыдущем приеме;
- 2) проводит комплексную оценку состояния здоровья ребенка;
- 3) в 1,3,6,9 и 12 мес. переоценивает группы риска и группу здоровья.
- 4) дает заключение о состоянии здоровья ребенка в соответствии со стандартом, в котором отражается:
 - направленность риска;
 - физическое развитие;
 - нервно-психическое развитие;
 - резистентность;
 - функциональное состояние органов;
 - диагноз;
 - группа здоровья;
 - прогноз адаптации к ДООУ.
- 5) назначает оздоровительные мероприятия:
 - режим дня;
 - санитарно-гигиенические условия;
 - вскармливание;
 - физическое воспитание и закаливание;
 - воспитательные воздействия (стимуляция НПР);
 - иммунопрофилактика;
- 6) назначает (при необходимости) корректирующие мероприятия.

Контроль физического развития

Методика антропометрии детей до 2 лет. Длина тела измеряется горизонтальным ростометром в виде широкой доски длиной около 100 см и шириной 40 см. Вверху доски имеется неподвижная поперечная планка, внизу — подвижная поперечная планка, которая легко передвигается по сантиметровой шкале, нанесенной с левой стороны доски ростомера. Для измерения длины тела ребенка укладывают на спину, чтобы макушка головы прикасалась к неподвижной поперечной планке. При этом голова фиксируется помощником так, чтобы верхний край козелка уха и нижний край глазницы находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены и прижаты к доске ростомера; к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подводят подвижную планку ростомера. Расстояние между обеими планками ростомера и будет длиной тела.

Массу тела определяют на специальных детских весах с максимально допустимой нагрузкой до 25 кг и точностью измерения до 10 г. Для этого весы устанавливают горизонтально и уравнивают, ориентируясь на указатель равновесия. Затем взвешивают пеленку, которую кладут на лоток весов. При закрытом коромысле на весы и ранее взвешенную пеленку укладывается полностью раздетый ребенок таким образом, чтобы его голова и плечевой пояс находились на широкой части лотка, а ножки — на узкой. Если ребенок умеет сидеть, то его можно посадить на широкую часть весов, поместив ноги на узкой части. Взвешивающий стоит прямо перед коромыслом весов, правой рукой перемещая гири, а левой страхуя ребенка от падения. Показания снимают с той стороны гири, где имеется вырезка, нижняя гиря помещается только в имеющиеся на шкале гнезда. Для определения массы тела ребенка из показаний весов необходимо вычесть вес пеленки.

Методика антропометрии детей старше 2 лет. Измерение длины тела осуществляется с помощью деревянного станкового ростомера или складного антропометра. На вертикальной стойке ростомера нанесены шкалы, одна — для измерения роста стоя, другая — для измерения длины корпуса (роста сидя). Порядок измерения: ребенка ставят босыми ногами на площадку ростомера спиной к шкале. Его тело должно быть выпрямлено, руки свободно опущены, стопы сдвинуты. Голова устанавливается так, чтобы нижний край глазницы и верхний край козелка уха находились в одной горизонтальной плоскости. Обследуемый должен касаться шкалы тремя точками: межлопаточной областью, ягодицами и пятками. Необходимо следить за тем, чтобы он не прислонился затылком к стойке ростомера. Подвижная планка ростомера плотно, но без надавливания прижимается к голове. Длина тела отсчитывается от нижнего края планки по правой шкале ростомера. Точность измерения длины тела — до 0,5 см.

Определение массы тела необходимо проводить всегда в одно и то же время, лучше утром натощак после мочеиспускания и дефекации. Масса тела у детей старшего возраста измеряется на медицинских весах. Перед взвешиванием весы устанавливают горизонтально и уравнивают. Ребенок должен входить на площадку весов и сходить с нее при неподвижном коромысле. При взвешивании обследуемый становится на середину площадки весов, стоит спокойно. Точность измерения — до 100 г.

Для оценки данных антропометрии используются ориентировочные формулы (табл. 12, 13, 14, 15), таблицы региональных стандартов.

На первом году жизни антропометрические показатели ребенка изменяются следующим образом:

увеличение длины тела:

- в первую четверть года — на 9 см;
- во вторую — на 7,5 см;
- в третью — на 4,5—5,5 см;
- в четвертую — на 3 см;
- средняя длина тела годовалого ребенка — 75 см.

прибавка масса тела:

- за 1-й мес. — на 600 г;
- за 2 и 3-й мес. — по 800 г
- каждый следующий месяц прибавка массы уменьшается на 50 г по сравнению с предыдущим месяцем;
- к 4 месяцам масса тела при рождении удваивается;
- к 10—10,5 месяцам масса тела при рождении утраивается;
- средняя масса тела годовалого ребенка — 10 кг.

увеличение окружности головы:

- за первые 3 мес. — на 4 см;
- за последующие 3 мес. — на 3 см;
- за последующие 6 мес. — на 3—4 см;
- за первый год жизни окружность головы увеличивается на 11—12 см;
- в 4 месяца размеры головы и груди сравниваются;
- затем скорость увеличения грудной клетки опережает рост головы;
- к году окружность головы у мальчиков — 47см;
- к году окружность головы у девочек — 45,5см.

У детей старше года антропометрические показатели ребенка изменяются следующим образом:

- масса увеличивается ежегодно на 2000—2500 г;
- длина тела увеличивается:
 - на втором году — на 12 см;
 - на третьем году жизни — на 8 см.

Таблица 12

Динамика антропометрических показателей ребенка в возрасте до 1 года

Показатели	Коррекция на каждый недостающий месяц (вычесть указанное число из показателя в 6 мес.)	Показатели в 6 мес.	Коррекция на каждый последующий месяц (прибавить указанное чис- ло к показателям в 6 мес.)
Длина	- 2,5 см	66 см	+ 1,5 см
Масса	- 800 г	8200 г	+ 400 г
Окр. головы	- 1,5 см	43 см	+ 0,5 см
Окр.груди	- 2 см	45 см	+ 0,5 см

Таблица 13

Динамика антропометрических показателей ребенка старше 1 года

Показатели	Коррекция на каждый недостающий год	Показатели в указанном возрасте	Коррекция на каждый последующий год
Длина	$100 - 8 (4 - n)$ n — число лет	В 4 года = 100 см	$100 + 6 (n - 4)$ n — число лет
Длина от 2 до 15 лет	- 8 см	В 8 лет = 130 см	+ 5 см
Масса от 1 до 11 лет		В 1 год = 10,5 кг	+ 2 кг
Масса	- 2 кг	В 5 лет = 19 кг	+ 3 кг
Окр. головы от 2 до 5 лет	- 1 см	В 5 лет = 50 см	+ 0,6 см
Окр. груди	- 1,5 см	В 10 лет = 63 см	+ 3 см

Таблица 14

Динамика массы и длины тела у детей первого года жизни

Возраст (в месяцах)	Прибавка массы за месяц (г)	Прибавка массы за истекший период (г)	Прибавка длины тела за месяц (см)	Прибавка длины тела за истекший период (см)
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	2,5	8,5
4	750	2950	2,5	11
5	700	3650	2,0	13
6	650	4300	2,0	15
7	600	4900	2,0	17
8	550	5450	2,0	19
9	500	5950	1,5	20,5
10	450	6400	1,5	22
11	400	6800	1,5	23,5
12	350	7150	1,5	25

Таблица 15

Антропометрические индексы, используемые для характеристики возрастных изменений пропорций тела

Индексы	Формула для расчета	Норматив
Индекс Эрисмана — свидетельствует о гармоничности и упитанности (показатели объемного роста)	Окр. груди — половина длины тела	До 1 года = 13,5 см 2—3 года = 9 см 6—7 лет = 4 см
Индекс Чулицкой II — свидетельствует об упитанности	3 окр. плеча + окр. бедра + окр. голени — рост	До 1 года = 20—25 см 2—3 года = 20 см 6—7 лет = 10—15 см

Индивидуальную оценку физического развития детей проводят с использованием оценочных таблиц сигмального и перцентильного типов.

Таблицы для индивидуальной оценки физического развития в виде шкал регрессии устанавливают для конкретных вариантов длины тела в каждой возрастно-половой группе детей диапазон нормальных колебаний массы тела (от $M - 1\delta_R$ до $M + 1\delta_R$ у детей до 3 лет и от $M - 1\delta_R$ до $M + 2\delta_R$ у детей старше 3 лет).

При оценке физического развития в соответствующей полу и возрасту ребенка таблице находят его рост (длину тела), затем строго по горизонтальной строке — соответствующий данному росту диапазон «нормы» массы тела. В зависимости от того, попадает ли фактическое значение массы тела в данный диапазон, окажется ниже минимальной или выше максимальной его границы, оценивается физическое развитие ребенка.

Использование данных таблиц позволяет определить варианты физического развития детей.

Нормальное физическое развитие (масса тела в пределах нормальных вариантов — для детей до 3 лет — от $M - 1\delta_R$ до $M + 1\delta_R$, после 3 лет — масса от $M - 1\delta_R$ до $M + 2\delta_R$ относительно роста).

Отклонения в физическом развитии:

- 1) **дефицит массы тела** (масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно роста);
- 2) **избыток массы тела** (масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно роста);
- 3) **низкий рост** — варианты роста меньше, указанных в таблице.

Дети с избыточной массой тела направляются на консультацию к эндокринологу.

Дети с низким ростом также направляются к эндокринологу для решения вопроса, имеет ли место общая задержка развития или низкий рост ребенка обусловлен генетическими факторами (низкорослость родителей).

Дети с дефицитом массы тела подлежат наблюдению педиатром для установления причин этого дефицита.

Высокий рост при условии соответствия ему массы тела рассматривается как вариант нормы.

При оценке физического развития центильным методом определяют уровень каждого антропометрического признака по его положению в одном из центильных «коридоров» (табл. 16).

Каждый измеряемый признак (рост, масса тела, окружность груди) может быть помещен в «свою» область центильной шкалы в соответствующих таблицах. Рост ребенка, попавший в «коридор» № 1, следует рассматривать как очень низкий, в «коридор» № 2 — низкий, в «коридор» № 3 — ниже среднего, в «коридоры» № 4 — средний, в «коридор» № 5 — выше среднего, в «коридор» № 6 — высокий, в «коридор» № 7 — очень высокий рост.

**Уровни антропометрических признаков по положению
в центильных коридорах (Воронцов И.М., 1984)**

Зона, или «коридор», 1 (до 3 центиля)	Зона «очень низких величин», встречающихся у здоровых детей редко (не чаще 3%). Ребенок с таким уровнем признака должен проходить специальное консультирование и, по показаниям, обследование.
Зона, или «коридор», 2 (от 3 до 10 центиля)	Зона «низких величин», встречающихся у 7% здоровых детей. Показано консультирование и обследование при наличии других отклонений в состоянии здоровья или развития.
Зона, или «коридор», 3 (от 10 до 25 центиля)	Зона величин «ниже среднего», свойственных 15% здоровых детей данного пола и возраста.
Зона, или «коридор», 4 (от 25 до 75 центиля)	Зона «средних величин», свойственных 50% здоровых детей и поэтому наиболее характерных для данной возрастно-половой группы.
Зона, или «коридор», 5 (от 75 до 90 центиля)	Зона величин «выше среднего», свойственных 15% здоровых детей.
Зона, или «коридор», 6 (до 90 до 97 центиля)	Зона «высоких величин», свойственных 7% здоровых детей. Медицинское решение зависит от существа признака и состояния других органов и систем.
Зона, или «коридор», 7 (от 97 центиля)	Зона «очень высоких» величин, свойственных не более чем 3% здоровых детей. Вероятность патологической природы изменений достаточно высока, поэтому требуется консультирование и обследование.

При скринирующем антропометрическом исследовании использование центильной шкалы позволяет ориентировочно выделить три группы детей:

- а) условная норма;
- б) диспансерная группа риска;
- в) дети, требующие дополнительного обследования.

В группу условной нормы включаются дети с антропометрическими признаками в диапазоне от 10 до 90 центилей (3—5 коридоры).

Диспансерная группа риска представлена детьми, имеющими антропометрические признаки в диапазоне 3—10 (2 коридор) и 90—97 центилей (6 коридор).

Дети, требующую дополнительного обследования, имеют антропометрические признаки, выходящими за пределы 3 и 97 центилей (1 и 7 коридоры).

При развернутой оценке антропометрических данных может применяться следующая схема (табл. 17).

Таблица 17

**Варианты заключений
при оценке физического развития центильным методом**

Вариант физического развития	Положение параметров в зонах	
	длина тела	масса тела
Нормальное физическое развитие	3—6	3—5
Отклонения в физическом развитии		
Повышенная масса тела при нормальном значении длины тела	3—6	6
Высокая масса тела при нормальном значении длины тела	3—6	7
Сниженная масса тела при нормальном значении длины тела	3—6	2
Низкая масса тела при нормальном значении длины тела	3—6	1
Сниженная длина тела при нормальном значении массы тела	2	3—5
Сниженная длина тела при повышенной и высокой массе тела	2	6—7
Сниженная длина тела при пониженной и низкой массе тела	2	2—1
Высокая длина тела	7	при любых значениях массы тела
Низкая длина тела	1	при любых значениях массы тела

Контроль нервно-психического развития

Методика диагностики НПР детей первых трех лет жизни подробно изложена в методическом пособии «Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений» (2006).

Показатели НПР детей с рождения до трех лет представлены в таблицах 18, 19, 20.

Таблица 18

Показатели НПР детей первого года жизни
(Шелованов Н.М., Кистяковская М.О., Кривина С.М., Фрухт Э.Л., 1980)

Возраст	Показатель	Уровень развития
10 дней	Аз	Удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).
18—20 дней	Аз	Удерживает в поле зрения неподвижный предмет.
	Ас	Успокаивается при сильном звуке.
	Э	Первая улыбка на разговор взрослого.
	До	Лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать.
	Ра	Издаёт отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

Возраст	Показатель	Уровень развития
1 мес.	Аз	Сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета.
	Ас	Прислушивается к звуку, голосу взрослого.
	Э	Первая улыбка на разговор взрослого.
	До	Лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать.
	Ра	Издаёт отдельные звуки в ответ на разговор с ним.
2 мес.	Аз	Длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым.
	Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого.
	До	Лежа на животе, приподнимается и непродолжительно удерживает голову.
	Э	Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке.
	Ра	Повторно произносит отдельные звуки.
3 мес.	Аз	Сосредоточение в вертикальном положении на лице говорящего с ним взрослого или игрушке.
	Э	Комплекс оживления при общении с ним.
	До	Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко поднимая голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, удерживает голову в вертикальном положении (на руках взрослого).
	Др	Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью.
4 мес.	Аз	Узнает мать, радуется
	Ас	Поворачивает голову и находит глазами невидимый источник звука.
	Э	Громко смеется в ответ на обращение. Во время бодрствования часто и легко возникает комплекс оживления. Ищет взглядом ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему. По-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии.
	Др	Рассматривает и захватывает висящую игрушку.
	До	То же, что и в 3 месяца, но ярче выражено.
	Ра	Гулит.
	Н	Придерживает рукой бутылочку или грудь матери.
5 мес.	Аз	Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует).
	Ас	Узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонации.
	Др	Четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее в руке.
	До	Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается, устойчиво стоит при поддержке.
	Ра	Певуче гулит.
	Н	Ест с ложки густую или полугустую пищу.

Возраст	Показатель	Уровень развития
6 мес.	Ас	По-разному реагирует на свое и чужое имя.
	Др	Свободно берет игрушку из разных положений, переключается из одной руки в другую.
	До	Переворачивается с живота на спину и со спины на живот, передвигается, переставляя руки, немного ползает.
	Ра	Произносит отдельные слоги (начало лепета).
	Н	Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами Небольшое количество жидкости пьет из чашки.
7 мес.	Др	Игрушкой стучит, размахивая, бросает.
	До	Хорошо ползает.
	Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте.
	Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
	Н	Пьет из чашки.
8 мес.	Др	Игрушками занимается долго, подражая действиям взрослого: катает, стучит, вынимает.
	До	Сам садится, ложится, встает, держась за барьер.
	Рп	На вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др.
	Н	Ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый.
9 мес.	Ас	Плясовые движения на плясовую музыку.
	Др	Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.).
	До	Переходит от предмета к предмету, слегка придерживаясь за них руками.
	Рп	Знает свое имя, находит предметы независимо от места их расположения.
	Ра	Подражает взрослому, повторяя за ним слоги (или его манере).
	Н	Пьет из чашки придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.
10 мес.	Др	Самостоятельно по просьбе выполняет различные разученные действия, открывает, вынимает, выкатывает и др.
	До	Влезает на диван, ступеньку, ящик и слезает с них.
	Рп	По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», прячется).
	Ра	Подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете.
	Н	То же, что и в 9 месяцев.

Возраст	Показатель	Уровень развития
11 мес.	Э	Радуется приходу детей. Избирательно относится к детям.
	Др	Овладевает новыми движениями и выполняет их по слову взрослого: накладывает, снимает, надевает кольца.
	До	Стоит самостоятельно, делает первые шаги.
	Рп	Первые обобщения в понимаемой речи (по слову находит мяч, все машины и пр.).
	Ра	Произносит первые слова («дай», «на», «ав», «па» и др.).
12 мес.	Аз	Узнает на фотографии знакомого взрослого. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика).
	Э	Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет игрушку, спрятанную другим ребенком.
	Др	Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает).
	До	Ходит самостоятельно, без опоры.
	Рп	Понимает слово «нельзя», выполняет поручения.
	Ра	Легко подражает новым словам, произносит до 10 облегченных слов.
	Н	Самостоятельно пьет из чашки (берет ее руками, ставит на стол).

Прмечание:**Аз** — анализатор зрительный;**Ас** — анализатор слуховой;**До** — движения общие;**Др** — движения руки;**Ра** — речь активная;**Рп** — понимание речи;**Э** — эмоции;**Н** — навыки.

По результатам диагностики ребенка относят к одной из групп НПР (табл. 21).

Порядок определения группы НПР:

- выявить, есть ли задержка в НПР;
- найти показатель с самым низким уровнем развития и по нему установить группу развития;
- посмотреть, равномерна ли задержка (опережение) НПР;
- если задержка в НПР равномерна, то оценить ее степень.

Показатели НПР могут отставать от нормы на различную глубину (на различное число эпикризных сроков), что свидетельствует о дисгармоничности НПР.

О дисгармоничном развитии свидетельствует диапазон между показателями, равный одному эпикризному сроку.

О резко дисгармоничном развитии свидетельствует диапазон между показателями в два и более эпикризных срока.

К группе с нормальным развитием относятся дети:

- с развитием по всем показателям в соответствии с возрастными нормативами;
- с опережением в развитии по одному или нескольким показателям на один эпикризный срок.

Кроме этого выделяют группы риска по НПР (табл. 22):

Группа внимания:

- дети с опережением в развитии по одному или нескольким показателям на два и более эпикризных срока;
- дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на один эпикризный срок.

Группа риска:

- дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на два эпикризных срока.

Группа высокого риска:

- дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на три эпикризных срока.

Группа диспансерная:

- дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 4—5 эпикризных сроков;
- дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 6 и более эпикризных сроков;
- дети с уровнем интеллекта, не подлежащим оценке НПР.

**Прогнозирование НПР детей первого года жизни
по результатам его комплексной оценки (Лильин Е.Т., 2002)**

Уровень развития	Классификация развития	Прогноз	Медико-педагогические рекомендации
Соответствует возрасту	Нормальное развитие	- Основа для нормального развития личности.	- Соответствующие следующему возрастному периоду.
Опережает на один эпикризный срок развития	Нормальное развитие	- Основа для нормального развития.	- Соответствующие уровню развития.
Опережает на два эпикризных срока и более	Группа внимания «а»: по части показателей возможно нормальное развитие и опережение на один эпикризный срок	- Есть вероятность патологического развития личности.	- Направление на выравнивание развития в соответствии с нормой или равное ускорение развития по всем показателям (не форсировать развитие по опережающим показателям).
Отставание на один эпикризный срок	Группа внимания «б»: по части показателей возможно опережение и нормальное развитие	- Основа для нормального развития. - Есть вероятность замедленного развития.	- Соответствующие уровню развития.
Отставание на два эпикризных срока	Группа риска: по некоторым показателям возможно опережение, нормальное развитие и отставание на один эпикризный срок	- Есть основа для нормального развития. - Вероятность углубления отставания, патологического развития личности.	- Усилить воспитательные воздействия в соответствии с уровнем развития. - Консультация ребенка у специалистов (невролога, логопеда, отоларинголога и др.)
Отставание на три эпикризных срока	Группа высокого риска: по некоторым показателям возможно опережение, нормальное развитие, отставание 1—2 эпикризных срока	- Вероятность патологического развития личности. - Возможность улучшения развития (уменьшения глубины отставания).	- Взятие на диспансерный учет специалистами (невропатологом, психиатром и др.). - Ведение ребенка специалистами. Воспитательные воздействия в соответствии с уровнем развития и назначениями специалистов.

Уровень развития	Классификация развития	Прогноз	Медико-педагогические рекомендации
Отставание на 4—5 эпикризных сроков	Диспансерная группа «а»: по некоторым показателям возможно опережение, нормальное развитие, отставание на 1—3 эпикризных срока	- Вероятность патологического развития личности. - Вероятность патологического изменения личности. - Возможность улучшения развития (уменьшения глубины отставания).	- Взятие на диспансерный учет специалистами (невропатологом, психиатром и др.). - Ведение ребенка специалистами. - Воспитательные воздействия в соответствии с уровнем развития и назначениями специалистов.
Отставание на 6 эпикризных сроков и более	Диспансерная группа «б»: по некоторым показателям возможно опережение, нормальное развитие, отставание на 1—5 эпикризных сроков	- Вероятность патологического развития личности. - Патологическое развитие. - Возможность уменьшения глубины отставания.	- Взятие на диспансерный учет специалистами. - Ведение ребенка специалистом. - Воспитательные воздействия в соответствии с уровнем развития и назначениями специалистов.
Отсутствие развития	Диспансерная группа «в»:	- Патологическое развитие личности. - Глубокое отставание в развитии.	- Состоит на учете у специалистов. - Ведут специалисты. - Воспитатель осуществляет уход и поддерживает положительное эмоциональное состояние.

Оценка поведения

Параметры поведения детей первого года жизни

- Преобладающее эмоциональное состояние (положительное, отрицательное, неустойчивое, малоэмоциональное)
- Сон:
 - засыпание (быстрое, медленное, спокойное, беспокойное, с дополнительными воздействиями);
 - характер сна (глубокий, неглубокий, спокойный, беспокойный, прерывистый);
 - длительность сна (укороченный, длительный, по возрасту).
- Аппетит (хороший, неустойчивый, плохой, повышенный, избирательное отношение к пище, отказ от пищи).

4. Бодрствование: характер бодрствования (активный, пассивный, малоактивный).
5. Индивидуальные особенности (застенчив, обидчив, контактен, навязчив, ласков, инициативен, боязлив, легко обучаем, подвижен, уравновешен, возбудим, вялый, легко утомляющийся).
6. Отрицательные привычки: сосание пальца, пустышки.

Параметры поведения детей второго и третьего года жизни

1. Настроение (бодрое, спокойное, раздражительное, подавленное, неустойчивое).
2. Сон:
 - засыпание (быстрое, медленное, спокойное, беспокойное, с дополнительными воздействиями);
 - характер сна (глубокий, неглубокий, спокойный, беспокойный, прерывистый);
 - длительность сна (укороченный, длительный, соответствующий возрасту).
3. Аппетит (хороший, неустойчивый, плохой, повышенный, избирательное отношение к пище, отказ от пищи).
4. Характер бодрствования (активный, пассивный, малоактивный).
5. Индивидуальные особенности (контактен, доброжелателен, застенчив, обидчив, навязчив, ласков, инициативен, боязлив, легко обучаем, подвижен, уравновешен, возбудим, вялый, агрессивен, легко обучаем, легко утомляющийся).

Оценка поведения:

- **нормальное поведение** — если все параметры имеют положительную характеристику;
- **начальные или незначительные отклонения в поведении** — один, несколько или все параметры поведения имеют отрицательную характеристику, но при этом известна причина отклонений (остро действующий фактор — острое заболевание, прививка, стрессовая ситуация), их длительность не превышает 2—3 месяца, и они поддаются медико-педагогической коррекции без дополнительного обследования и медикаментозного лечения;
- **выраженные или значительные отклонения в поведении** — один, несколько или все параметры поведения имеют отрицательную характеристику под влиянием неизвестной или постоянно действующей причины (хроническое заболевание или тяжелое функциональное расстройство, постоянная стрессовая ситуация); длительность отклонений — более 3 месяцев, предполагается затруднение медико-педагогической коррекции, требуется дополнительное обследование и лечение.

Оценка резистентности

Степень сопротивляемости организма оценивается частотой острых заболеваний (в том числе обострений хронических болезней) за предшествующий осмотру год.

Для определения степени резистентности используют подсчет кратности острых заболеваний у детей на протяжении одного года жизни. Резистентность считается:

- **высокой** — острые заболевания 0—1 раз в год, без осложнений и недлительно текущие (не более 14 дней);
- **средней** — острые заболевания 2—3 раза в год;
- **сниженной** — острые заболевания 4—7 раз в год;
- **резко сниженной** — острые заболевания 8 и более раз в год.

На основании критериев, предложенных В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым, детей относят в группу часто болеющих (табл. 23).

Таблица 23

Критерии включения детей в группу часто болеющих (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1986)

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
до 1 года	4 и более
1—3 года	6 и более
4—5 лет	5 и более
старше 5 лет	4 и более

Для детей первого года жизни при оценке резистентности организма может быть использован количественный показатель «индекс острой заболеваемости» (табл. 24). Индекс острой заболеваемости (I) рассчитывается по формуле:

$$I = N : t,$$

где N — количество острых заболеваний;

t — возраст ребенка (мес.)

Таблица 24

Индекс острой заболеваемости детей первого года жизни (Черток Т.Я., Нибш Г., 1987)

Возраст (мес.)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Индекс острой заболеваемости	0,6 6	0,5 8	0,4 0	0,4 6	0,3 1	0,2 9	0,3 5	0,2 4	0,3 5	0,2 4	0, 2

У детей старше 3-летнего возраста в качестве критерия для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка.

ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2—0,3, а у детей из группы ЧБД — 1,1—3,5.

С целью унифицирования подходов к градации детей в зависимости от числа рецидивов ОРВИ М.А. Куршин и Л.Т. Садовнича (1986) предложили определять индекс рецидивности (ИР). Он рассчитывается путем деления числа заболеваний на число месяцев жизни с начала рецидивирующей респираторной инфекции и выражается в процентах.

В зависимости от величины индекса рецидивности следует выделять три группы детей:

I — ИР = 33—40% — относительно часто болеющие;

II — ИР = 41—50% — часто болеющие;

III — ИР = 50% — очень часто болеющие.

Комплексная оценка состояния здоровья

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр. В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к одной из групп здоровья.

К I группе здоровья относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

Ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1\sigma_R$) или избыточной массой тела (масса более $M+2\sigma_R$), дети часто и/или длительно болеющие ОРЗ; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

К III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций. Степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста.

К IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей. Дети с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии. Дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

К V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии. Дети-инвалиды, дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Организация жизни детей первых трех лет жизни

Организация режима, т. е. научно обоснованного распорядка жизни с учетом возрастных и функциональных возможностей, обеспечивающего правильное чередование во времени определенную длительность основных физиологических состояний ребенка — сна и бодрствования, должна проводиться с первых дней жизни ребенка.

Для первого года жизни разработаны три возрастных режима, для второго года — два и для третьего — один режим (табл. 25).

Задача участкового врача — проследить за необходимым чередованием отрезков сна и бодрствования и обязательным соблюдением достаточного времени дневного сна, а также за обеспечением наилучших условий для бодрствования. Важно во время бодрствования способствовать образованию у ребенка положительных эмоций и активного поведения, являющихся благоприятным стимулом физического и нервно-психического развития.

Таблица 25

Примерные возрастные режимы детей раннего и дошкольного возраста

(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Возраст	№ режима	Кормления		Бодрствование, час.	Сон			
		Кол-во	Интервалы, час.		Дневной		Ночной, час.	Общая длительность сна, час.
					Кратность	Длительность,		
до 3 мес	1	7	3	1—1,5	4	2—1,5	10—11	18,5—17,5
3—6 мес.	2	6	3,5	1,5—2	4	2—1,5	10—11	17,5—16,5
6—9 мес.	3	5	4	2—2,5	3	2—1,5	10—11	16,5—15,5

Возраст	№ режима	Кормления		Бодрствование, час.	Сон			
		Кол-во	Интервалы, час.		Дневной		Ночной, час.	Общая длительность сна, час.
					Кратность	Длительность,		
9—12 мес.	4	5 — 4	3,5—4,5	2,5—3,5	2	1-й —2,5 2-й — 2—1,5	10—11	15,5—14,5
1—1,5 года	5	4	3,5—4,5	3,5—4	2	1-й — 2,5—2 2-й — 1,5—1	10—11	14,5—13,5
1,5—2 года	6	4	3,5—4,5	5—5,5	1	3	10—11	14,5—13
2—3 года	7	4	3,5—4,5	5,5—6,5	1	2,5—2	10	13—12

Вскармливание детей первого года жизни

При организации рационального вскармливания детей первого года жизни необходимо соблюдать следующие основные правила:

- поддерживать, поощрять и максимально длительно сохранять грудное вскармливание;
- при недостатке грудного молока и невозможности получать донорское молоко своевременно переводить ребенка на смешанное или искусственное вскармливание адаптированными смесями;
- объем докорма при смешанном вскармливании определяют по итогам контрольных кормлений, которые проводят 2—3 раза в часы прикладывания ребенка к груди в разное время суток;
- своевременно с учетом возраста, вида вскармливания, индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион соки, фруктовые пюре, докорм, прикорм. Нужно обратить внимание матери на то, что докорм следует давать после кормления грудью и не из ложечки, а из рожка с соской;
- периодически (до 3 мес. ежемесячно, а затем 1 раз в три месяца) проводить расчеты химического состава пищи, фактически получаемой ребенком, чтобы при необходимости внести соответствующую коррекцию. Для облегчения трудоемкой работы по расчету питания в кабинете здорового ребенка целесообразно иметь картотеку расчетов питания. Принцип составления картотеки — возрастной (6 разделов на первые 6 месяцев). Внутри каждого раздела карточки распределяются по видам вскармливания, а внутри вида вскармливания — в зависимости от массы тела при рождении;

- правильно организовать методику кормления. При введении докорма ребенка надо держать на руках, как и при кормлении грудью.

Особое внимание следует уделять недоношенным, детям от многоплодной беременности, родившимся с крупной массой тела, находящимся на искусственном вскармливании, страдающим гипотрофией. Для этих детей желательно организовать взвешивание на дому, особенно в первые месяцы жизни, для чего поликлиника выдает весы на дом во временное пользование. Целесообразно, чтобы мать под контролем медсестры вела дневник питания.

Режим кормлений детей грудного возраста. Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10—15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам. Распределение кормлений у детей первого года жизни представлено в таблице 26.

Таблица 26

Примерные часы и число кормлений

Режим	Возраст	Кормления			Ночной перерыв
		Число	Интервалы (часы)	Часы	
Свободный	До 1—2 мес.	Кормления по «требованию» ребенка			Отсутствует
Регламентированный	До 1—2 мес.	7	3	6 ⁰⁰ —9 ⁰⁰ —12 ⁰⁰ —15 ⁰⁰ —18 ⁰⁰ —24 ⁰⁰	6 часов
		8	3	6 ⁰⁰ —9 ⁰⁰ —12 ⁰⁰ —15 ⁰⁰ —18 ⁰⁰ —24 ⁰⁰ —3 ⁰⁰	Отсутствует
	С 2 до 5—6 мес.	6	3,5	6 ⁰⁰ —9 ³⁰ —13 ⁰⁰ —16 ³⁰ —20 ⁰⁰ —23 ³⁰	6,5 часов
		7	3,5	6 ⁰⁰ —9 ³⁰ —13 ⁰⁰ —16 ³⁰ —20 ⁰⁰ —23 ³⁰ —3 ⁰⁰	Отсутствует
	2-е полугодие	5	4	6 ⁰⁰ —10 ⁰⁰ —14 ⁰⁰ —18 ⁰⁰ —22 ⁰⁰	8 часов

Объем суточного количества молока ребенку первого года жизни наиболее часто рассчитывают объемно-весовым способом:

Возраст ребенка	Объем молока в сутки в зависимости от массы тела
2 недели—2 месяца	1/5 массы тела (600—900 мл)
от 2 до 4 месяцев	1/6 массы тела (800—1000 мл)
от 4 до 6 месяцев	1/7 массы тела (900—1000 мл)
старше 6 месяцев	1/8 массы тела (не более 1000 мл)

Питьевой режим. Практика отечественных педиатров показывает, что новорожденные и дети более старшего возраста, находящиеся на исключительно грудном вскармливании, иногда нуждаются в допаивании. Такое состояние может быть связано с пониженной влажностью в квартире, повышенной температурой окружающей среды, обильной жирной пищей, съеденной матерью накануне и пр. В этих ситуациях можно предложить ребенку воду из ложки, если он начал охотно пить, значит, он нуждался в ней. Кроме того, допаивание необходимо больным детям, особенно при заболеваниях, сопровождающихся высокой лихорадкой, диарей, рвотой, выраженной гипербилирубинемией.

Алгоритм назначения диеты здоровому ребенку первого года жизни на естественном вскармливании

Исходные данные: возраст, масса при рождении.

Необходимо учитывать:

- индивидуальные особенности;
- время года;
- национальные особенности питания;
- питание кормящей матери, качественный состав материнского молока.

Алгоритм действий.

1. Рассчитать должную массу тела ребенка.
2. Определить суточный объем питания.
3. Указать режим кормления ребенка.
4. Рассчитать разовый объем питания.
5. Определить, сколько раз и в какие часы ребенок получает блюда прикорма.
6. Указать блюда прикорма.
7. При необходимости ввести продукты прикорма: фруктовый сок, фруктовое пюре, творог, яичный желток.
8. Составить диету на один день.

Алгоритм назначения диеты здоровому ребенку первого года жизни, находящемуся на смешанном и искусственном вскармливании

Исходные данные: возраст, масса при рождении, количество грудного молока, получаемого ребенком за сутки; смеси, используемые в питании ребенка, реакция организма ребенка на введение смеси.

Необходимо учитывать: индивидуальные особенности ребенка (ребенок выбирает смесь), время года, национальные особенности питания.

Алгоритм действий:

1. Рассчитать должную массу тела ребенка.
2. Определить суточный объем питания.
3. Указать режим кормления.
4. Рассчитать разовый объем питания.
5. Выбрать смесь, оптимальную для ребенка.
6. Определить объем смеси, необходимый на одни сутки, на одно кормление.
7. Указать, сколько раз и в какие часы ребенок получает смесь.
8. При смешанном вскармливании указать, сколько раз и в какие часы ребенок кормится грудью.
9. При искусственном вскармливании: определить, сколько раз и в какие часы ребенок получает блюда прикорма, и указать их;
10. При необходимости ввести продукты прикорма: фруктовый сок, фруктовое пюре, творог, яичный желток.
11. Составить диету на один день.

Правила введения прикорма

- ребенок должен быть абсолютно здоров в течение последних 2—3 недель;
- нежелательно вводить прикорм в жаркую погоду и во время проведения профилактических прививок;
- блюда прикорма следует давать до кормления грудью (только с ложечки, а не через соску); после этого можно приложить ребенка к груди для сохранения лактации;
- новые блюда и продукты прикорма лучше вводить в утренние часы, чтобы проследить за реакцией ребенка; следует наблюдать за поведением, стулом, состоянием кожи ребенка;
- каждый новый продукт необходимо вводить постепенно, с небольшого количества (сок — с нескольких капель, кашу и пюре — с ½ чайной ложки), внимательно наблюдая за его переносимостью; если стул не изменился, то ежедневно увеличивают количество прикорма и доводят до необходимого объема;
- учитываются индивидуальные особенности детей: у возбудимых адаптация к новой пище происходит в течение 5—6 дней, у тормозных — не ранее, чем на второй неделе;
- введение любого нового вида пищи следует начинать с монокомпонентного продукта, постепенно переходя к смеси из двух, а затем и нескольких продуктов данной группы (поликомпонентные);
- нельзя вводить два новых вида прикорма одновременно; введение нового вида прикорма возможно только после привыкания к предыдущим;
- по консистенции блюда прикорма в начале должны быть однородными и иметь полужидкую консистенцию, чтобы не вызывать затруднения при глотании; затем их следует делать более густыми, а позже и более плотными, приучая ребенка к жеванию, продвижению пищи в глотку и к проглатыванию; с 9—10 месяцев следует практиковать «кусочковое» питание;

- сначала кашу и овощное пюре готовят без добавления в них соли, сахара и масла;
- после введения прикорма в полном объеме разового питания режим кормления — 5 раз через 4 часа, ночной перерыв — 8 часов; часы кормления: 6.00, 10.00, 14.00, 18.00, 22.00;
- при хорошей переносимости блюд прикорма и должном аппетите ребенка объем одной порции кормления может к 3—4 кварталу первого года жизни перейти за 200—240 г; в этих случаях число кормлений может быть уменьшено до четырех в день, не считая возможных ночных кормлений, а сразу после года можно попытаться перейти на три основных кормления и одно облегченное (молочная формула, сок или фрукты в часы второго завтрака или полдника).

В последнее время активно дискутируются вопросы, связанные со сроками введения прикорма, особенно при естественном вскармливании. Согласно Резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г. и № 59.13 от 4 мая 2006 г. детям, находящимся на исключительно грудном вскармливании, рекомендуется назначать прикорм с 6-ти месяцев.

Отечественные ученые считают, что это возможно только в отношении здоровых детей, родившихся с нормальной массой тела (без гипотрофии или задержки внутриутробного развития) при полноценном питании матери с использованием специализированных обогащенных продуктов или комплексных витаминно-минеральных препаратов. В данном случае первым видом прикорма должны быть не традиционно используемые в России в настоящее время фруктовые соки и пюре, а продукты с высокой энергетической плотностью — каши промышленного производства, обогащенные всеми необходимыми ребенку в этом возрасте минеральными веществами и витаминами.

До настоящего времени в Российской Федерации действовала схема введения прикорма, утвержденная Минздравом РФ в 1999 г., приведенная в методических указаниях №225 «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни».

Проведенные научные исследования и накопившийся опыт позволяют внести некоторые коррективы и дополнения в указанную схему.

Введение прикорма целесообразно проводить в возрасте 4—6 месяцев. Минимальный возраст, при котором возможно введение первых продуктов прикорма — 4 месяца. Ранее этого срока ребенок еще не подготовлен к усвоению иной пищи, чем женское молоко или детская молочная смесь.

Поздний прикорм (после 6 мес.) может вызвать выраженный дефицит микронутриентов (железа, цинка и др.), необходимость быстрого введения сразу большого ряда продуктов, что приводит к большой антигенной нагрузке, а также к задержке формирования навыков жевания и глотания густой пищи.

Для сохранения лактации **в период введения продуктов и блюд прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.**

Сроки и последовательность введения прикорма устанавливаются индивидуально для каждого ребенка, с учетом особенностей развития пищеварительной системы, органов выделения, уровнем обмена веществ, а также степенью развития и особенностями функционирования центральной нервной системы, то есть его готовностью к восприятию новой пищи.

Детям со сниженной массой тела, учащенным стулом в качестве первого основного прикорма целесообразно назначать каши промышленного производства, обогащенные железом, кальцием, цинком, йодом, при паратрофии и запорах — овощное пюре.

Схема введения прикорма может быть единой при естественном и искусственном вскармливании, так как современные адаптированные молочные смеси содержат большой набор витаминов и минеральных добавок, и нет необходимости проводить коррекцию по этим веществам в более ранние сроки при искусственном вскармливании.

В питании ребёнка можно использовать как продукты и блюда, приготовленные в домашних условиях, так и в условиях промышленного производства, которым отдается предпочтение, так как они производятся из высококачественного сырья, соответствуют строгим гигиеническим требованиям и показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав, в том числе витаминный, независимо от сезона, различную степень измельчения.

С учетом рекомендаций **«Национальной программы по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации»**, принятой в 2008 году, предлагается следующая схема введения прикорма детям первого года жизни (табл. 27).

Таблица 27

Схема введения прикорма детям первого года жизни

(Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, 2008)

Наименование Продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (мес.)			
	4—6	7	8	9—12
Фруктовые соки, мл	5—60	70	80	90—100
Фруктовое пюре, мл	5—60	70	80	90—100
Овощное пюре, г	10—150	170	180	200
Молочная каша, г	10—150	150	180	200
Творог, г *	10—40	40	40	50
Желток, шт.	-	0,25	0,5	0,5
Мясное пюре, г *	5—30	30	50	60—70
Рыбное пюре, г	-	-	5—30	30—60
Кефир и кисломолочные напитки, мл	-	-	200	200
Сухари, печенье, г	-	3—5	5	10—15
Хлеб пшеничный, г	-	-	5	10
Растительное масло, г	1—3	5	5	6
Сливочное масло, г	1—4	4	5	6

* — не ранее 5,5 месяцев

Фруктовое пюре обозначается как «педагогический», или «обучающий», прикорм. Получая его, ребёнок постепенно привыкает к более густой пище, что очень важно для последующего введения зернового и овощного прикорма:

- фруктовое пюре вводят с 4 месяцев постепенно: начинают с $\frac{1}{2}$ ч.л., к 6 месяцам доводят до 60 г, в 9—12 месяцев — до 90—100 г в сутки;
- при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные соки и фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания;
- фруктовое пюре дают сразу после кормления грудью матери; если ребёнок отказывается после кормления грудью от новой пищи, ее можно предложить перед кормлением, когда малыш проголодался, или через 1—1,5 часа после кормления;
- суточное количество фруктового пюре можно рассчитать по формуле: $n \times 10$, где n — количество месяцев жизни. Объем фруктового пюре входит в суточный объем питания ребенка;
- первым рекомендуется вводить яблочное, затем грушевое пюре; эти пюре особенно показаны детям при неустойчивом стуле, так как богаты пектиновыми веществами, благоприятно влияют на процессы пищеварения;
- позднее можно вводить пюре из абрикосов, персиков, слив (особенно при склонности к запорам);
- детям старше 5 месяцев можно вводить пюре из ягод и овощей, включая пюре из черной и красной смородины, вишни, моркови, тыквы и др.
- при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания.

Фруктовый сок. В настоящее время изменились подходы к срокам введения фруктовых соков. По мнению ряда авторов, ввиду низкой питательной ценности соков их следует вводить в рацион питания ребенка после введения основного прикорма, то есть не ранее 5—6 месяцев.

Правила введения соков:

- соки вводят постепенно, вначале с капель, а затем по $\frac{1}{2}$ —1 ч.л. в день; это количество за 5—7 дней постепенно увеличивают на 5 мл и в течение недели доводят до 30 мл; в 5 месяцев ребенок получает 40—50 мл сока в сутки, в 9—12 мес. — 90—100 мл;
- суточный объем сока ребенок получает за 2—3 приема после кормления грудью или в интервале между кормлениями;
- первым рекомендуется вводить яблочный сок; лучше из яблок зеленых сортов: антоновки, семеринки, которые редко дают аллергические реакции в отличие от красных; затем вводят грушевый, черносмородиновый, вишневый; после 6 месяцев с осторожностью вводят соки с мякотью, соки цитрусовых, малиновый;
- очень кислые и терпкие соки могут инициировать срыгивания, вызвать нарушение стула, поэтому их следует разводить кипяченой водой или слегка подслащивать сахарным сиропом;

- соки следует готовить перед употреблением; исключения составляют черная смородина, облепиха, которые можно заготавливать впрок;
- наиболее богаты витамином С соки, приготовленные из черной смородины, цитрусовых, шиповника;
- при введении соков необходимо учитывать характер стула: вишневый, гранатовый, черносмородиновый, черничные соки полезны детям с неустойчивым стулом; детям со склонностью к запорам лучше использовать морковный, сливовый, капустный соки;
- в течение дня необходимо избегать разнообразия соков, достаточно 1—2 видов;
- не рекомендуются детям первого года жизни виноградный сок, сок дыни и арбуза; клубничный и томатный соки могут вызвать аллергические реакции, нарушение функции кишечника;
- соки тропических и экзотических фруктов (манго, папайя, гуава) назначают с учетом индивидуальной переносимости (не ранее 6—7 месяцев);
- суточное количество соков легко рассчитать, пользуясь формулой: $n \times 10$, где n — количество месяцев жизни. Объем соков в суточный объем питания не входит.

Злаковый (крупяной) прикорм:

- для приготовления каши вначале лучше использовать безглютеновые злаки — рис, гречу, кукурузу, так как глютенсодержащие злаки (овес, пшеница) могут вызвать у детей раннего возраста развитие глютеневой энтеропатии;
- первой рекомендуется вводить наиболее легко усваивающуюся рисовую кашу, затем гречневую, кукурузную, овсяную и в последнюю очередь — манную (в 8—9 месяцев);
- при приготовлении каши в домашних условиях используют крупу или муку соответствующих злаков; вначале крупу хорошо разваривают на воде, затем добавляют горячее молоко (на 100 г каши — 75 мл молока) и доводят до кипения; в готовую кашу добавляют сливочное масло сначала на кончике ножа, к 7 месяцам увеличивают до 3 г, а с 9 месяцев — до 5 г;
- для приготовления каши из муки последнюю разводят в холодной воде, вливают в кипящее молоко, проваривают в течение 5 минут, а затем добавляют сливочное масло;
- вначале готовят 5% кашу на женском молоке или адаптированной молочной смеси; через 1—2 недели кашу варят более густой — 10%; ребенок привыкает к этому виду прикорма в течение 1—2 недель; каша хорошо сочетается с фруктовым пюре;

Овощное пюре:

- введение овощного пюре следует начинать с одного вида овощей (исключить аллергию); затем из 2—3 видов, при этом картофель не должен составлять более $\frac{1}{2}$ объема, так как содержит крахмал;
- последовательность введения овощей зависит от содержания в них клетчатки: наименьшее — в кабачках, цветной капусте, более высокое — в картофеле, тыкве, белокочанной капусте, максимальное — в репе, зеле-

ном горошке, моркови, фасоли; в такой последовательности и надо вводить овощи в диету ребенка; репчатый лук можно вводить в небольшом количестве с 8 месяцев, пряную зелень (укроп, петрушку, сельдерей) — с 9 месяцев;

- овощи отваривают в небольшом количестве воды и не разогревают для повторного применения, так как повторное их нагревание способствует переходу нитратов в нитриты; вареные овощи протирают через сито, разводят до консистенции густой сметаны; в домашних условиях для разведения овощей рекомендуется добавлять грудное молоко или адаптированные пресные молочные смеси (формулы № 2), приблизительно 30 мл на 100 г овощей; в овощное пюре добавляют растительное масло (кукурузное, подсолнечное, оливковое), начиная с капель и доводя до 3 мл ($\frac{1}{2}$ чайной ложки), а с 8 месяцев — до 5 мл (1 чайная ложка);
- объем порций овощного пюре зависит от возраста; начинают введение с $\frac{1}{2}$ чайной ложки, постепенно в течение первой недели (при хорошей переносимости) доводят до 100 г, в 6—7 мес. — до 150 г, в 9 мес. — до 180 г, в 10—12 мес. — до 200 г; это примерный объем блюд;
- ребенок сам определяет, какое количество пищи ему нужно: следует продолжать кормление, если ребенок тянется к ложке или открывает рот при ее приближении; если же он отворачивает голову, отводит руку кормящего, закрывает лицо руками, капризничает, кормление следует прекратить; не надо заставлять ребенка съесть еще одну «последнюю» ложку;
- если второй прикорм введен в 5,5 месяцев, то в 6 месяцев ребенок два раза будет получать блюда прикорма (в 10.00 и в 18.00) и три раза грудь матери (в 6.00, 14.00, 22.00); по желанию матери для сохранения лактации можно рекомендовать прикладывание ребенка к груди после приема блюд прикорма.

Творог вводится с 6 месяцев (не ранее 5,5 мес.):

- раннее введение творога нецелесообразно, поскольку дети, находящиеся на естественном вскармливании, необходимое количество белка получают с женским молоком; в домашних условиях творог может быть приготовлен из свежепрокипяченного коровьего молока при строгом соблюдении правил гигиены; нельзя использовать жирный творог из магазина или рынка;
- творог дают перед одним из кормлений грудью; начинают с $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ чайной ложки, смешав его с небольшим количеством грудного молока; постепенно объем порции увеличивают до 30 г, в 8 месяцев — до 40 г, а с 10 месяцев — до 50 г в день.

С 8-тих месяцев в рацион рекомендуется вводить мясо:

- начинают с нежирной говядины;
- для приготовления мясного пюре в домашних условиях мясо отваривают и измельчают в кухонном комбайне или 2 раза пропускают через мясорубку; в первый день ребенок получает $\frac{1}{2}$ чайной ложки и постепенно объем увеличивают до 30 г (1—1,5 ст.л.), с 8 месяцев — до 50 г (2—2,5 ст.л.), а с 9—12 месяцев — до 60—70 г (3—3,5 ст.л.);

- наряду с говядиной можно использовать мясо курицы, индейки, кролика, нежирную свинину; к 10 месяцам мясное пюре заменяется фрикадельками, а к 1 году — мясным суфле, паровыми котлетами; мясное пюре лучше всего давать одновременно с овощным;
- к 10—12 месяцам можно давать непротертые овощи и мясо, а только размятые вилкой вареные овощи и провернутое через мясорубку мясо («кусочковое» питание).

В 7 месяцев в рацион вводят желток сваренного вкрутую яйца:

- желток дают в протертом виде, смешав с небольшим количеством грудного молока; начинают с минимальной дозы на кончике ложки; при отсутствии аллергических реакций дозу увеличивают до 1/8—1/4, а с 7—8 месяцев — до ½ желтка в день, добавляя в кашу или овощное пюре; желток дают 3—4 раза в неделю;
- аллергическая реакция на введение желтка проявляется в виде сыпи, поноса или запора.

Кисломолочные продукты детского питания (детский кефир, биокефир, йогурты) в рацион питания ребенка можно вводить не ранее 8-месячного возраста в количестве не более 200 мл в сутки. По данным некоторых авторов, лучше это делать не ранее 10 месяцев жизни ребенка.

Альтернативой кефиру являются «последующие» смеси («НАН кисломолочный 2»); их можно ввести в рацион питания в 7,5—8 месяцев.

Коровье молоко не рекомендуется использовать как основной молочный продукт до 12 месяцев; хотя небольшое его количество можно добавлять к продуктам прикорма, например, при приготовлении каш.

Таким образом, с 8 месяцев, еще одно кормление грудью заменяют третьим видом прикорма — протертым творогом с кефиром. Сохраняется 2 кормления грудью — в 6.00 и в 22.00.

В 8—9 месяцев расширяют ассортимент продуктов, вводя рыбу:

- рыба может вызвать аллергические реакции, поэтому ее вводят с особой осторожностью: вначале ребенок получает ½ ч.л. рыбного пюре, постепенно количество рыбы увеличивают до 30 г, а с 10 месяцев — до 50—60 г; рыбу дают 1—2 раза в неделю вместо мясного пюре; рекомендуются нежирные сорта: треска, хек, судак, минтай и др.

Показания к искусственному вскармливанию

1. Гипогалактия IV степени, отсутствие молока у матери.
2. Заболевания матери:
 - хронические заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации;
 - злокачественные новообразования;
 - психические заболевания (возможность кормления грудью согласовывается с психиатром);
 - инфекционные заболевания: гепатит С, ВИЧ-инфекция, заражение сифилисом после 6—7 месяца беременности;
 - открытая форма туберкулеза.

3. Использование некоторых лекарственных препаратов при лечении заболеваний матери: антибиотики, цитостатики, гормональные препараты, седативные и др.
4. Гнойный мастит, инфицирование молока матери, избыточное содержание в молоке энтеропатогенной кишечной палочки, стафилококка, сальмонелл и других бактерий.
5. Заболевания ребенка: наследственные заболевания обмена веществ: фенилкетонурия, галактоземия, лейциноз, болезнь «моча с запахом кленового сиропа».
6. Причиной перевода ребенка на искусственное вскармливание может быть отказ матери от кормления ребенка грудью, вредные привычки матери (алкоголизм, курение), отсутствие у ребенка матери.

Алгоритм выбора смеси

1. При выборе смеси следует учитывать: возраст ребенка — в первые 2—3 недели жизни предпочтительнее назначать пресные, а не кисломолочные заменители женского молока. В первые месяцы жизни соотношение пресных и кисломолочных смесей должно быть 2:1 или 1:1. В последующем удельный вес кисломолочных смесей может быть увеличен. Наиболее целесообразным является соотношение кислых и пресных смесей 1:1, либо 1:2. Желательно сочетание смесей одной фирмы-производителя.
2. Степень адаптированности смеси.
 - Чем меньше возраст ребенка, тем в большей степени он нуждается в максимально адаптированных смесях. Это «стартовые», или «начальные», смеси, предназначенные для детей от 0 до 5—6 месяцев жизни. В первом полугодии жизни можно использовать смеси «от 0 до 12 мес.».
 - С 5—6 мес. назначаются заменители женского молока (ЗЖМ) — «последующие» формулы.
 - Неадаптированные кисломолочные смеси (КМС) не рекомендуются до 10-месячного возраста ребенка. Альтернативой к их использованию являются «последующие» формулы.
3. Социально-экономические условия семьи.
4. Индивидуальная переносимость смеси. Ребенок выбирает смесь по вкусу, функциональным возможностям желудочно-кишечного тракта.
5. Критерием правильного выбора смеси является хорошая толерантность ребенка к данному продукту:
 - ребенок с удовольствием ест смесь;
 - нет диспепсических расстройств: срыгиваний, рвоты, жидкого стула;
 - нет проявлений атопического дерматита;
 - не развиваются дефицитные состояния (гипотрофия, паратрофия, фоновые заболевания).

Классификация адаптированных молочных смесей (АМС)

АМС значительно отличаются по своему составу, характеристикам отдельных компонентов, технологии приготовления. Детские молочные смеси подразделяются на следующие группы:

1. В зависимости от возраста ребенка, которому предназначены АМС:

- а) **«начальные» или «стартовые» смеси (формула 1)** для детей первых 4—6 месяцев жизни. К ним относятся: «НАН 1», «Нестожен 1» (Швейцария), «Нутрилон 1», «Фрисолак 1» (Голландия), «Агуша 1», «Нутрилак 0—6» (Россия), «Галия 1» (Франция), «Мамекс Плюс» (Дания), «Симилак Формула Плюс 1», «Энфамил 1» (США), «Сэмпер Бэби 1» (Швеция), «ХипП 1» (Австрия) и др. (табл. 28);
- б) **«последующие» смеси (формула 2)** используются в питании детей второго полугодия жизни. Это смеси: «НАН 2», «Нестожен 2», (Швейцария), «Нутрилон 2», «Фрисомел» (Голландия), «Агуша 2», «Нутрилак 6—12» (Россия), «Галия 2» (Франция), «Мамекс 2 Плюс» (Дания), «Симилак 2 Формула Плюс», «Энфамил 2» (США), «ХипП 2» (Австрия) и др. (табл. 29);
- в) **смеси «от 0 до 12»** применяются на протяжении всего первого года жизни. В эту группу входят: «Бэби» (Словения), «Нутрилак 0—12», (Россия), «Туттели», «Бона» (Финляндия), «Мамекс Плюс» (Дания), «Энфамил» (США) и др.;
- г) **смеси для детей старше первого года жизни (формула 3):** «НАН 3» — с 10 месяцев, «Клинутрен Юниор» (Швейцария), «Нутриэн Юниор» (Россия), «Фрисолак 3», «Нутрилон 3» (Голландия), «МД Мил Юниор» (Франция), «Мамил Плюс Юниор» (Дания), «ХипП 3» (Австрия).

2. По белковому компоненту выделяют смеси с преобладанием сыворо- роточных белков или казеина:

- а) **смеси с преобладанием сыворо-роточных белков:** «НАН 2» (Швейцария), «Галия 2» (Франция), «Нутрилак 6—12» (Россия), «Бэби» (Словения), «Мамекс Плюс» (Дания), «МД Мил» (Франция).
- б) **«казеиновые» формулы:** «Малютка 1 Плюс» (Россия), «Нутрилон 2» (Голландия), «Мамекс 2 Плюс» (Дания), «Энфамил 2», «Симилак Формула Плюс» (США).

3. По уровню рН: пресные и кисломолочные смеси (табл. 30). Кисломолочные смеси подразделяются на:

- а) **сухие специализированные адаптированные кисломолочные смеси:** «НАН кисломолочный 1 с бифидобактериями», «НАН кисломолочный 2 с бифидобактериями» (Швейцария), «Галия — лактофидус 1», «Галия — лактофидус 2» (Франция), «Нутрилак кисломолочный» (Россия) (табл. 30).
- б) **жидкие кисломолочные продукты:**
 - **адаптированные** — для вскармливания детей с первых недель жизни, приближенные по составу к женскому молоку: «Агуша 1», «Бифилин»; ацидофильная смесь «Малютка» используется в пи-

тании детей 4—12 месяцев; во втором полугодии жизни можно использовать смесь «Агуша 2»;

- **к частично адаптированным** смесям могут быть отнесены ацидофильная смесь «Малютка» и «Бифилин», так как белок в них в основном представлен казеиновой фракцией;
- **неадаптированные**: кефир детский, бифидкефир, кефир «Бифи» Агуша, «Тонус» и др., а также различные виды простокваш, в том числе ряженка, йогурты;

в) пастообразные кисломолочные продукты: творог, в том числе «детский», творожная паста, сметана и др.

4. По содержанию функциональных компонентов (табл. 31):

а) смеси с пребиотиками: «Нестожен 1», «Неестожен 2» (Швейцария), «Нутрилон Комфорт 1», «Нутрилон Комфорт 2» (Голландия), «Фрисолак 1», «Фрисолак 2» (Голландия), «Мамекс 2 Плюс», «Мамекс 2 ночная формула», «Мамекс Плюс» (Дания), «Хумана Фольгемилх 2» (Германия), «Агуша 1 Golq», «Агуша Golq 2» (Россия);

б) смеси с пробиотиками: «НАН 2», «НАН 3» (Швейцария), «Нутрилак Бифи», «Агуша Golq 1», «Агуша Golq 2» (Россия);

в) смеси с нуклеотидами: «НАН 1» (Швейцария), «Фрисолак 1 с нуклеотидами», «Фрисолак 2 с нуклеотидами» (Голландия), «Симилак 1 Формула Плюс», «Симилак 2 Формула Плюс», «Энфамил 1», «Энфамил 2» (США), «Мамекс Плюс» (Дания), «МД Мил» (Россия/Франция), «Агуша Golq 1», «Агуша Golq 2» (Россия).

5. По консистенции смеси бывают сухими (инстантные) и жидкими, то есть готовыми к употреблению.

Правила искусственного вскармливания детей первого года жизни:

- объем питания определяется по тем же формулам, которые приводились для расчета объема молока при естественном вскармливании;
- режим кормления от 0 до 2 мес. — 6—7 раз через 3—3,5 часа; с 2 до 4—5 мес. — 6 раз через 3,8 часа, с 5 мес. — 5 раз через 4 часа;
- потребность в белках, жирах, углеводах, калориях такая же, как и при естественном вскармливании;
- внезапный перевод ребенка на искусственное вскармливание требует осторожности. Выбор смеси зависит от возраста ребенка и вида смеси. В первые несколько дней вводится смесь, максимально приближенная по составу к женскому молоку. Убедившись в хорошей переносимости смеси, назначают питание соответственно возрасту ребенка;
- расчет потребности в пищевых ингредиентах и калориях проводят не реже 1 раза в месяц, по показаниям — чаще;
- предпочтительнее вместо кефира использовать «последующие формулы»: «НАН 2», «НАН 3», «НАН Г.А. 2» (Швейцария) «Нестожен 2 prebio» (Швейцария), «Нутрилон 2», «Нутрилон Комфорт 2», «Галлия 2».
- сроки и последовательность введения продуктов и блюд прикорма при искусственном вскармливании такие же, как при естественном (табл. 27).

Клиническая оценка питания ребенка:

- хорошее состояние ребенка;
- его радостное эмоциональное отношение к окружающему;
- устойчивые положительные сдвиги в физическом развитии;
- нормальное психомоторное и интеллектуальное развитие;
- отсутствие патологических изменений внутренних органов при физических и специальных видах обследования;
- нормальные лабораторные показатели.

Ранние клинические признаки недостаточности питания:

- изменение поведения ребенка: возбудимость, беспокойство, невротизация;
- изменяется отношение к воде: жадно начинает пить и сразу бросает;
- стул становится редким;
- изменяется кривая массы, происходит ее уплощение; быстро уменьшается толщина подкожно-жирового слоя на груди и животе, затем на конечностях; рост может идти удовлетворительно;
- «торможение» нейropsychического развития;
- дистрофические изменения кожи и слизистых оболочек, волос;
- диспепсические расстройства;
- гипохромия эритроцитов, анемизация;
- симптомы полигиповитаминоза и минеральной недостаточности, прежде всего железа.

Таблица 28

Начальные смеси для вскармливания детей первых 6 месяцев

Название продукта	Фирма, страна производитель	Ингредиенты (в 100 мл готовой смеси)			Энергетическая ценность, ккал в 100 мл
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
«НАН* 1 с бифидобактериями»	«Нестле», Швейцария	1,24	3,6	7,5	67,0
«Нестожен 1prebio» **	«Нестле», Швейцария	1,4	3,48	7,46	67,0
«Агуша-1 пресная»	Москва, Россия	1,6	3,5	7,2	67,0
«Бebelак 1»	«Истра-Нутриция», Россия	1,6	3,5	7,4	68,0
«Галлия 1»	«Данон» Франция	1,5	3,6	7,2	67,0
«Мамекс Плюс*», **	«INC» Дания	1,46	3,61	7,38	67,3
«Нутрилак 0—6»	«Нутритек», Россия	1,4	3,61	7,5	68,0
«Нутрилон 1»*	«Нутриция», Голландия	1,4	3,5	7,5	67,0
«Симилак Формула Плюс 1»*	«Эббот Лабораториз», США	1,4	3,65	7,3	68,0
«Бэби 1»	«Сэмпер АВ», Швеция	1,5	3,5	7,2	66,0
«Фрисолак*» / **	«Фризленд Ньютришн», Голландия	1,4	3,5	7,4	67,0
«Хипп Пре» (до 2-3 мес)	«Хипп», Австрия	1,5	3,2	7,5	65,0
«Хипп 1»	«Хипп», Австрия	1,4	3,2	7,7	65,0
«Хумана 1»	«Хумана», Германия	1,4	3,7	7,5	69,0
«Энфамил 1» *	«Мид Джонсон», США	1,5	3,7	7,0	67,6

* содержит нуклеотиды

** содержит олигосахариды

Таблица 29

Последующие смеси для вскармливания детей старше 6 месяцев

Название продукта	Фирма, страна-производитель	Ингредиенты (в 100 мл готовой смеси)			Энергетическая ценность, ккал в 100 мл
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
НАН 2***	Нестле, Швейцария	1,34	3,2	8,24	67,0
«Нестожен 2 prebio»**	Нестле, Швейцария	2,02	3,09	7,81	67,0
«Агуша-2» пресная	Москва, Россия	2,0	3,7	8,0	73,0
«Бebelак 2»	«Истра-Нутриция», Россия	2,1	3,5	7,4	74,0
«Галлия 2»	«Данон», Франция	2,2	3,2	8,6	72,0
«Мамекс2 Плюс»	«INC», Дания	2,57	2,97	7,4	66,0
«Нутрилак 6—12»	«Группа Нутритек», Россия	1,6	3,7	7,9	70,7
«Нутриллон 2»	«Нутриция», Голландия	1,8	3,4	8,1	70,0
«Симилак Формула Плюс 2»	«Эббот Лабораториз», США	1,5	3,6	7,3	68,0
«Сэмпер Бэби 2», «Сэмпер АВ»	Швеция		1,8	3,5	70,0
«Фрисомел»*	«Фризленд Ньютришн», Голландия	1,8	3,3	9,2	74,0
«Хипп 2»	«Хипп», Австрия	2,1	3,4	7,6	69,0
«Хумана 2»	«Хумана», Германия	1,5	3,7	8,2	72,0
«Хумана» «Фольгемильх 2»	«Хумана», Германия	1,7	3,6	9,1	76,0
«Энфамил 2»	«Мид Джонсон», США	2,2	3,0	8,0	68,0

*содержит нуклеотиды

** содержит олигосахара

*** содержит пробиотики

Таблица 30

Кисломолочные смеси

Название продукта	Фирма, страна-производитель	Ингредиенты (в 100 готовой смеси)			Энергетическая ценность, ккал в 100 мл
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
«НАН кисломолочный 1»	«Нестле», Швейцария	1,34	3,6	7,4	67,0
«НАН кисломолочный 2»	«Нестле», Швейцария	1,51	3,2	8,0	67,0
«Агуша-2 Кисломолочная»	Москва, Россия	2,0	3,7	8,0	73,0
«Лактофидус 1»	«Данон», Франция	1,8	3,2	8,3	70,0
«Галия Лактофидус 2»*	«Данон», Франция	2,2	3,2	8,7	72,0
«Нутрилак кисломолочный» *	«Данон», Франция	1,5	3,4	7,4	67,0

* сухие смеси

** жидкие смеси

Таблица 31

**Продукты детского питания, способствующие колонизации
кишечника нормальной микрофлорой**

Жидкие смеси	
Название продукта	Используемая закваска
«Агуша-1»	Ацидофильная палочка + бифидобактерии
«Агуша-2»	Ацидофильная палочка + бифидобактерии
«Ацидолакт»	Ацидофильная палочка
«Биолакт»	Ацидофильная палочка
«Наринэ»	Ацидофильная палочка
«Бифилин»	Бифидобактерии
Кефир	Кефирные грибки
Бификефир, биокефир	Кефирные грибки + бифидобактерии
Сухие смеси	
«НАН 2 и 3» («Нестле», Швейцария)	Бифидобактерии, лактобациллы
«НАН кисломолочный 1 и 2» («Нестле», Швейцария)	Бифидобактерии
«Нестожен 1 и 2» («Нестле», Швейцария)	Галактоолигосахариды, фруктоолигосахариды
«Семпер-бифидус» («Семпер», Швеция)	Лактолактоза
«Лактофидус» («Данон», Франция)	Термофильный стрептококк, бифидобактерии
«Нутрилак БИФИ» (ОАО «Нутритек», Россия)	Бифидобактерии

Потребность в пищевых веществах и энергии детей первого года жизни определяется возрастом ребенка и не зависит от вида вскармливания (табл. 32).

Таблица 32

**Нормы потребления
пищевых веществ и энергии для детей первого года жизни**
(Утверждены Коллегией МЗ РФ 31.05.1991г.)

Пищевые вещества	Единицы измерения	Возраст, мес.		
		0—3	4—6	7—12
Энергетическое обеспечение	ккал/кг	115	115	110
Белок (всего)	г/кг	2,2	2,6	2,9
Белок животный	г/кг	2,2	2,5	2,3
Жир (всего)	г/кг	6,5	6,0	5,5

Организация вскармливания детей с 1 года до 3 лет

Режим питания:

- завтрак — 7.30—8.30
- обед — 11.30—12.30
- полдник — 15.00—16.00
- ужин — 19.00—20.00

Некоторые дети от 1 года до 1,5 лет могут питаться 5 раз в сутки. Пятый приём пищи состоит из

- кефира или молока, которые предлагаются в 6.00 или 23.00, если ребёнок просыпается.

Распределение калорийности при 5-кратном кормлении:

- первый завтрак — около 20%,
- второй завтрак — 10—15%,
- обед — 30—35%,
- полдник — 10—15%,
- ужин — 20%.

Распределение калорийности при 4-кратном кормлении:

- завтрак около — 25%,
- обед — 35—40%,
- полдник — 10—15%,
- ужин — 25%

Суточный объем пищи:

- от 1 до 1,5 лет — 1000—1200 мл
- от 1,5 до 3 лет — 1200—1400 мл
- на каждый последующий год объем пищи увеличивается приблизительно на 100 мл.

Потребности детей старше года в пищевых веществах и энергии:

- соотношение белков, жиров и углеводов должно составлять 1:1:4;
- потребность в белках животного происхождения и возрастом уменьшается; животные белки по отношению к общему количеству белков в суточном рационе должны составлять для детей 1—3 лет — 70%, 4—6 лет — 65%, старше 6 лет — 60 %;
- необходимый белковый минимум определяется не столько общим количеством белков, сколько характером входящих в них аминокислот; к безусловно необходимым аминокислотам относятся триптофан, лизин, цистин, аргинин.
- полноценные белки содержатся в мясе, молоке, яйцах, стручковых растениях, картофеле;
- в пищу детей старше года, кроме сливочного масла, надо обязательно вводить растительное масло, содержащее ненасыщенную линолевую и линоленовую жирные кислоты;

- жиры растительного происхождения должны составлять 10% суточной потребности жиров у детей с 1 до 3 лет и 20% — у детей старше 3 лет; при этом доля линолевой кислоты составляет 4% от общей калорийности;
- к наиболее полноценным жирам относят сливочное масло и яичный желток;
- углеводы должны покрывать 50% суточной потребности в калориях; легко усваивающиеся углеводы (глюкоза, фруктоза, лактоза, мальтоза) должны составлять $\frac{1}{3}$ от суточного количества углеводов, $\frac{2}{3}$ приходится на полисахариды (крахмал, гликоген, клетчатка, пектиновые вещества), регулирующие деятельность кишечного тракта;
- основными источниками углеводов являются растительные продукты.

***Особенности кулинарной обработки пищи для детей
в возрасте от 1 г. 6 мес. до 1 г. 6 мес.***

Всю пищу следует готовить в протертом виде. Необходимо постепенно приучать ребенка к более плотной пище и более расширенному ассортименту блюд. В рацион питания детей от 1 года до 1,5 лет можно включать:

- супы: молочные с заправкой из протертых овощей или круп, вегетарианские супы, суп-пюре овощной, суп вермишелевый, суп рыбный, бульон с яичными хлопьями, щи, борщ — вегетарианские;
- блюда из круп: протертые молочные каши (овсяная, рисовая, гречневая), манная каша;
- блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке;
- блюда из творога: можно давать творог в натуральном виде только в том случае, если он приготовлен из стерильного молока (творог из молочной кухни, специального промышленного приготовления для детского питания);
- сметану в натуральном виде детям не дают, а используют для приготовления соусов;
- мясные блюда: лучше всего усваивается вареное мясо, поэтому детям с 1 года до 1 года 6 месяцев рекомендуются фарш, пюре или соте, суфле, гаше из вареного мяса;
- рыбные блюда: лучше использовать рыбное филе, из него можно приготовить рыбное суфле, соте;
- овощные блюда: картофельное, овощное пюре;
- фрукты и ягоды: фруктовые или ягодные пюре, соки, яблоко;
- детям до 1,5—2 лет можно для улучшения аппетита рекомендовать протертый сыр неострых сортов, селедочный форшмак.

***Особенности кулинарной обработки пищи для детей
в возрасте от 1 г. 6 мес. до 3 лет***

После 1,5 лет у ребенка прорезываются коренные зубы, поэтому можно давать непротертую и более плотную пищу, требующую жевания. Расширяется ассортимент продуктов. На обед обязательно включение салатов из вареных и сырых овощей. Для возбуждения аппетита можно давать соленые овощи (огурцы, помидоры).

В рацион питания включают:

- супы: непротертые, на мясном бульоне или с мясом, вегетарианские, рыбные, молочные с вермишелью, щи, борщи; уха с двух лет;
- блюда из круп: непротертые полувязкие каши; в течение недели можно дать гречневую или овсяную — по 2 раза, манную, рисовую — 1 раз и 1 раз — отварную вермишель;
- блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке, вермишель с сыром или яйцом;
- блюда из творога: творожный пудинг; с двух лет — сырники;
- мясные блюда: с 1,5 лет мясные тефтели, с двух лет — мясной рулет с рисом и яйцом, жареные котлеты, сосиски;
- рыбные блюда: рыбные тефтели — с 1,5 лет, с двух лет — рыбные котлеты;
- овощные блюда: с двух лет — овощное рагу, картофельные, морковные котлеты; в овощном пюре и рагу постепенно расширяется ассортимент овощей (морковь, свекла, репа, кабачки, капуста, зеленый горошек и т. д.);
- на обед ежедневно салат из свежих или вареных овощей, заправленный растительным маслом; винегрет — с двух лет;
- фрукты: свежие ягоды, соки, компот из свежих или сухих фруктов;
- блюда из яиц: можно приготовить омлет; детям с 1,5 лет — яичницу с булкой.

Основные правила составления суточных рационов питания для детей раннего возраста

1. Придерживаться суточных наборов продуктов для питания детей (табл.34, 35)
2. Каждый день необходимо включать всю суточную норму молока, сливочного и растительного масла, сахара, хлеба. Рекомендуется включать в рацион питания детей мясо 5—6 раз в неделю.
3. Рыбу, яйца, сыр, творог, сметану можно давать не каждый день, но в течение недели количество этих продуктов должно быть использовано в полном объеме в возрастной норме.
4. Составлять суточный рацион ребенка лучше с обеда, в состав которого входит максимальное количество мяса или рыбы, а также значительная часть масла и овощей:
 - в состав обеда обязательно должен входить салат из свежих овощей. В качестве первого ребенок получает суп. Второе — мясное или рыбное блюдо с гарниром из овощей (преимущественно) или круп. На третье — фруктовый сок или компот;
 - на завтрак, как и на ужин, детям можно давать различные молочные каши, следя за разнообразием применения круп и отдавая предпочтение гречневой, овсяной. Каши желательно готовить с овощами или фруктами (морковью, тыквой, яблоками, изюмом, курагой). Молочные каши следует чередовать с блюдами из овощей. Кроме каши и овощей на завтрак и ужин рекомендуются блюда из творога, особенно в

сочетании с фруктами и овощами. По возможности в состав завтрака следует включать блюда из мяса, рыбы, яиц (для детей старше трех лет). Очень хорошо, если есть возможность приготовить на завтрак и ужин салат из свежих овощей, что значительно повышает пищевую ценность рациона и улучшает процессы пищеварения;

- в качестве питья на завтрак дети могут получать злаковый кофе на молоке, чай с молоком. Какао не рекомендуется, так как часто вызывает проявления аллергического диатеза. На ужин дети получают кефир или молоко, реже — чай с молоком. При достаточном использовании молока в течение дня на ужин в качестве питья можно дать сок, отвар шиповника или просто сладкий чай;
 - полдник, как правило, состоит из молочно-кислых продуктов (кефир, йогурт и др.) и выпечки или кондитерских изделий (сухари, печенье, вафли). Вместо молочно-кислых продуктов можно дать цельное молоко (но не чай). В состав полдника желательно включать свежие ягоды и фрукты, а при их отсутствии — консервированные фруктовые пюре для детского питания.
5. Важно установить равномерное распределение продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи. Молоко, сыр, яйца, мясо, высокосортные субпродукты, рыбу, сельдь распределяют так, чтобы в каждый прием пищи одно или два блюда содержали полноценные белки. Такое распределение продуктов, богатых белками животного происхождения, увеличивает биологическую ценность растительных белков, содержащихся в хлебе, крупах, фасоли, муке и др.
 6. Правильно составленное меню характеризуется рациональным сочетанием блюд. Если первое блюдо овощное, то ко второму мясному подается гарнир из круп и макаронных изделий. В один прием пищи не следует включать несколько блюд с кислым вкусом (щи, борщи — на первое в сочетании с киселем из клюквы, смородины — на третье). Если суп заправлен крупой, то на гарнир можно давать только овощи. Если на завтрак дается каша, то на обед лучше приготовить овощные блюда.
 7. Следует принять за правило: ежедневно ребенок получает два овощных блюда и один раз кашу. На обед к мясным и рыбным блюдам рекомендуется готовить сложные гарниры.
 8. Необходимо обращать внимание на то, чтобы одно и то же блюдо не повторялось не только в течение дня, но и в ближайшие дни.
 9. Химический состав и калорийность пищи должны распределяться равномерно.
 10. Замену одного продукта на другой проводят с таким расчетом, чтобы это минимально отразилось на химическом составе рациона, особенно в отношении белковой части. Если при этом возникает недостаток или избыток углеводов, жира, то следует ввести или исключить из рациона соответствующее количество сахара, сливочного масла.

Условия приёма пищи для детей раннего возраста

- правильная организация режима дня; отдых и спокойная игра в течение 15—20 минут повышают аппетит перед едой; а длительные прогулки и подвижные игры снижают выделение пищеварительных соков;
- необходимо создать спокойную обстановку во время еды, не отвлекать ребёнка во время приема пищи;
- важно, чтобы у ребенка выработалось положительное отношение к приему пищи, чтобы он не был раздраженным или утомленным;
- заинтересовать ребенка едой, разговаривать о приятном вкусе и виде приготовленных блюд, полезности пищи;
- не кормить насильно, не навязывать то, что не нравится;
- если ребенок испытывает жажду, то перед едой можно дать немного воды;
- не позволять есть, «что попало» и в каком угодно количестве;
- для хорошего аппетита и усвоения пищи большое значение имеет сервировка стола, внешний вид и качество приготовленной пищи, культура процесса кормления;
- дети за столом должны иметь постоянное место; стол и стул должны соответствовать физическому развитию ребенка (размерам тела);
- продолжительность приема пищи: завтрак и ужин — 15—20 мин, обед — 30 мин; очень быстрая или очень медленная еда отрицательно влияет на усвоение пищи;
- при подаче на стол температура первого блюда должна быть +75°, второго — +65°, холодного блюда — +4° — +14°;
- детей с плохим аппетитом нельзя кормить насильно; им можно во время еды предложить небольшое количество воды, ягодного или фруктового сока; можно дать сначала второе блюдо, а потом немного супа.

Признаки недостаточности питания:

- изменение поведения, гиподинамия;
- повышенная утомляемость, возбудимость, плаксивость;
- нарушение аппетита;
- бледность кожных покровов, признаки полигиповитаминоза;
- дистрофические изменения кожи, слизистых;
- дефицит массы тела;
- анемия, лейкопения;
- снижение иммунитета;
- нарушения переваривания пищи (по результатам копрологического исследования);
- пищевая аллергия.

Типичные ошибки при организации питания детей раннего возраста:

- перекорм или недокорм;
- однообразное кормление (длительный прием одного продукта в неумеренном количестве);
- нарушение режима питания;
- нарушение процесса кормления.

Алгоритм назначения диеты здоровому ребенку раннего возраста

Исходные данные: возраст.

Необходимо учитывать:

- индивидуальные особенности;
- время года;
- национальные особенности питания;
- особенности кулинарной обработки пищи;
- распределение суточного калоража в течение дня.

Алгоритм действий:

1. Использовать суточные наборы продуктов.
2. Ежедневно включать в меню всю суточную норму молока, масла, хлеба, сахара, мяса (5 раз в неделю), не каждый день — рыбу (2 раза в неделю), яйца, сыр, творог, сметану.
3. Установить равномерное распределение продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи.
4. Использовать рациональное сочетание блюд.
5. Учитывать разовый объем блюд.
6. Ежедневно включать в питание салаты из сырых овощей.
7. Начинать составлять суточный рацион с обеда, затем — завтрак, ужин, полдник.

Таблица 34

Примерный набор продуктов на один день для детей (г)

Продукты	Возраст	
	1—1,5 года	1,5—3 года
Хлеб пшеничный	40	60
Хлеб ржаной	45	30
Мука пшеничная	10	16
Мука картофельная	-	3
Крупа, бобовые, макаронные изделия	20	30
Картофель	100	150
Овощи разные	150	210
Фрукты свежие/сухие	100/10	130/10
Соки	100	150
Кондитерские изделия	5	7
Сахар	40	50
Масло сливочное	12	17
Масло растительное	4	6
Яйцо, шт.	0,5	0,5
Молоко	600	600
Творог	50	50
Мясо	60	85
Рыба	25	25
Сметана	-	5
Сыр	-	3
Чай	0,2	0,2

Таблица 35

Рекомендуемый объем блюд для детей (г)

Блюда		Возраст	1—1,5 года	1,5—3 года
Завтрак:	Каша или овощное блюдо		180	200
	Омлет или мясное, рыбное блюдо		-	-
	Кофе		100	150
Обед:	Салат		30	40
	Суп		100	150
	Мясная котлета, суфле		50	60
	Гарнир		100	100
	Компот		100	100
Полдник:	Кефир, молоко		150	150
	Печенье, булочка		15	15/45
	Фрукты		100	150
Ужин:	Овощное блюдо или каша		180	200
	Молоко, чай		100	150
	Хлеб на весь день: пшеничный		40	70
		ржаной	10	30

Физическое воспитание

Физическое воспитание оказывает положительное воздействие на организм в целом: активируются неспецифические факторы защиты (лизоцим, компоненты комплемента и др.), в результате чего повышается сопротивляемость к вирусно-бактериальной инфекции; улучшаются кровоснабжение и обмен веществ; усиливается выработка кортикостероидов корой надпочечников; нормализуются процессы возбуждения и торможения в ЦНС и регулирующая функция эндокринной системы, что положительно отражается на работе мозга и всех внутренних органов.

Физическое воспитание детей первого года жизни предполагает проведение индивидуальных занятий по комплексам, включающим массаж, гимнастику (рис. 1—6, табл. 36) и специальные методы закаливания: воздушные и свето-воздушные ванны, местные и общие водные процедуры, плавание грудных детей. Сестра кабинета здорового ребенка обучает мать методике их проведения. Участковая медсестра при патронажном посещении на дому контролирует правильность их выполнения. Все эти данные фиксируются в истории развития ребенка. Под особым наблюдением должны находиться ослабленные дети, часто болеющие ОРВИ. Очень важно, чтобы гимнастика и массаж проводились систематически с постепенным усложнением упражнений и приемов массажа. Если контроль за проведением массажа и гимнастикой недостаточен со стороны врача и медсестры, если на приемах не фиксируется внимание родителей на огромную важность физического воспитания, то естественно, что эффективность их значительно снижается.

Комплексы гимнастики и массажа для детей до 1 года

Комплекс 1 (для детей 1,5—3 мес.) (рис. 1)

Особенности развития ребенка от 1,5 до 3 месяцев.

- Резкое повышение тонуса мышц-сгибателей; пассивные движения встречают резкое сопротивление и поэтому противопоказаны. Показан поглаживающий массаж.
- Оборонительный рефлекс в положении лежа на животе и кожные рефлексы ярко выражены: они используются для активных рефлекторных движений.

Воспитательные задачи комплекса.

- Содействие исчезновению гипертонии мышц путем поглаживающего массажа и частого общения с ребенком. Общение с взрослыми стимулирует у ребенка первых трех месяцев жизни так называемый «комплекс оживления», включающий следующие компоненты: улыбку, которая с анатомической точки зрения представляет собой расслабление мимических мышц; оживленные движения конечностями, связанные с разгибанием, т.е. с расслаблением мышц-сгибателей.

Продолжительность выполнения — 8—10 мин.

1. *Массаж рук.* Малыша кладут на спину ногами к массажисту. Мать берет левой рукой правый лучезапястный сустав младенца, вкладывает свой большой палец в его кисть и вытягивает его руку. Поглаживание осуществляется по направлению от кисти к плечу вначале по внутренней, а затем по наружной поверхности руки. 4—6 раз.
2. *Массаж ног.* Мать держит правой рукой правую ногу малыша за стопу, а ладонью левой руки поглаживает в направлении от ступни к паховой области. Затем так же массируется левая нога.
3. *Массаж живота.* Правой ладонью делают легкие круговые поглаживающие движения по часовой стрелке. Нельзя надавливать на область правого подреберья, где располагается печень. 6—8 раз.
4. *Массаж стоп.* Указательным пальцем мать держит стопу малыша, а большим пальцем гладит тыльную сторону стопы в направлении от пальцев к голеностопному суставу. Область сустава массируется так же. 4—6 раз.
5. *Массаж спины.* Малыша кладут на живот ногами к массажисту. Обеими ладонями мать поглаживает мышцы спины в направлении от затылка к ягодицам, затем делает возвратное движение от ягодиц к голове, произведя поглаживание теперь тыльной поверхностью кистей.
6. *Выкладывание на живот.* Малыша кладут на живот, руки сгибают в локтях и подкладывают ему под грудь.
7. *Пританцовывание.* Малыша берут под мышки лицом к себе и пытаются поставить на стол. 6—8 раз.
8. *«Шагание».* Ребенка берут под мышки, ставят на стол спиной к себе и за тем наклоняют его вперед. У малыша в этом положении возникает «шагательная» реакция. 5 раз.

9. *Ползание на животе.* Малыша кладут на живот, согнутые в локтях его руки подкладывают под грудь. Мать подпирает рукой подошвы стоп ребенка. Если рука взрослого достаточно крепко зафиксирована, ребенок отталкивается от нее и ползет вперед.
10. *Плавание.* Поместив правую руку под грудь лежащего на животе ребенка, и взяв его левой рукой за стопы и голени вытянутых ног, мать поднимает его. В ответ на это малыш рефлексорно разгибает спину и откидывает голову назад. 2 раза.

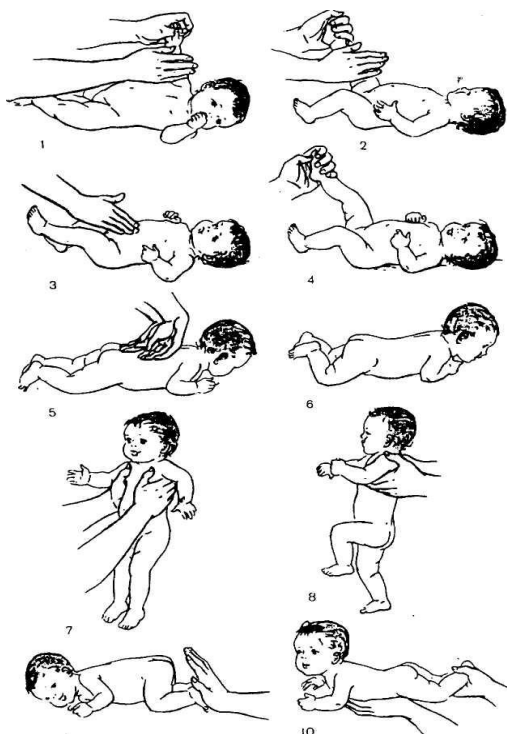


Рис. 1. Комплекс 1.

Проводят комплекс спустя 30—40 минут после еды или за 20—30 минут до приема пищи.

При проведении массажа поглаживающие движения рук должны быть легкими, лавными и направленными от периферии к центру.

Например, массаж рук проводят от кисти ребенка к плечу по внутренней и наружной поверхностям предплечья и плеча; поглаживание ног — от стопы к паховому сгибу по наружной и задней поверхностям голени и бедра, обходя коленную чашечку снаружи и снизу, избегая толчков в области коленного сустава.

Комплекс 2 (для детей 3—4 мес.) (рис. 2)

Особенности развития в данном возрасте.

- Гипертония верхних конечностей исчезла — показаны пассивные движения рук. Гипертонус ног сохраняется — пассивные движения ног противопоказаны.
- Окрепили задние мышцы шеи — для них вводятся активные (рефлекторные) упражнения в положении на весу, на животе (в положении пловца).
- Появляются попытки повернуться на живот — вводится упражнение в повороте со спины на живот.

Воспитательные задачи комплекса.

- Создать условия для развития хватания.
- Добиться нормального мышечного тонуса нижних конечностей.
- Воспитать навык в самостоятельных поворотах со спины на живот.

Продолжительность выполнения — 8—10 мин.

1. *Массаж рук* (см. упражнение 1, комплекс 1). 6—8 раз.
2. *Скрещивание рук на груди и разведение их в стороны*. Ребенка кладут на спину ногами к матери. Она вкладывает свои большие пальцы в кисти малыша, он тотчас рефлекторно крепко их охватывает. Руки ребенка осторожно разводят в стороны и скрещивают на груди, попеременно накладывая одну на другую. 6—8 раз.
3. *Массаж живота*. Вначале производят (8—10 раз) круговое поглаживание живота ладонью правой руки по часовой стрелке. Затем приемом растирания массируют живот (6—8 раз). Обе ладони кладут на живот и осуществляют растирающие движения вдоль его средней линии. При этом движения рук должны иметь противоположные направления. Затем выполняют растирание живота (6—8 раз). Направления движения рук — от поясничной области к срединной линии, при этом пальцы матери должны соединяться над областью пупка. Завершают процедуру круговым поглаживанием (до 10 раз).
4. *Массаж ног*. Ребенка кладут на спину ногами к матери. Процедуру начинают с поглаживания, затем мелкими движениями ладони производят растирание в направлении от спины к тазобедренному суставу по наружной стороне голени и бедра. После этого большим и указательным пальцами обеих рук производят спиралеобразные растирающие движения по наружной и внутренней стороне голени и по наружной стороне бедра в направлении от стопы к паховой области (кольцевидное растирание). Каждый прием массажа выполняют 8—12 раз. В завершение осуществляется поглаживание (4—6 раз).
5. *Поворот со спины на живот*. Мать берет левой рукой левую кисть малыша, а правой слегка поворачивает его за таз. Поворот в противоположную сторону выполняется с помощью правой руки. Голову ребенок должен поворачивать сам. По 2 раза в ту и другую сторону.
6. *Массаж спины*. Ребенка кладут на живот, процедуру начинают с поглаживания (6—8 раз), затем выполняют растирание (4—6 раз) обеими ладонями от шеи к ягодицам и обратно по обеим сторонам позвоночника по ходу мышц.

7. *Плавание* (см. упражнение 10, комплекс 1).
8. *Массаж грудной клетки*. Ребенка кладут на спину. Ладонями обеих рук выполняют поглаживание (4—6 раз) по ходу грудных мышц по направлению к подмышечным впадинам. Затем, охватив руками грудную клетку, круговыми движениями пальцев сдвигают и незначительно поднимают кожу грудной клетки и спины. Упражнения делают 6—10 раз, заканчивая поглаживанием.
9. *Поднимание на ноги*. Мать берет малыша за локти и слегка поднимает его, побуждает встать вначале на колени, а затем и на ноги. 2 раза.
10. *Массаж стоп*. Вначале производят поглаживание, после чего используют приемы растирания и поколачивания. Растирания пальцев стопы выполняют, поместив их между ладонями матери. Поколачивание осуществляется тыльной стороной среднего и указательного пальцев по подошве стопы малыша.
11. *Пританцовывание* (см. упражнение 7, комплекс 1).

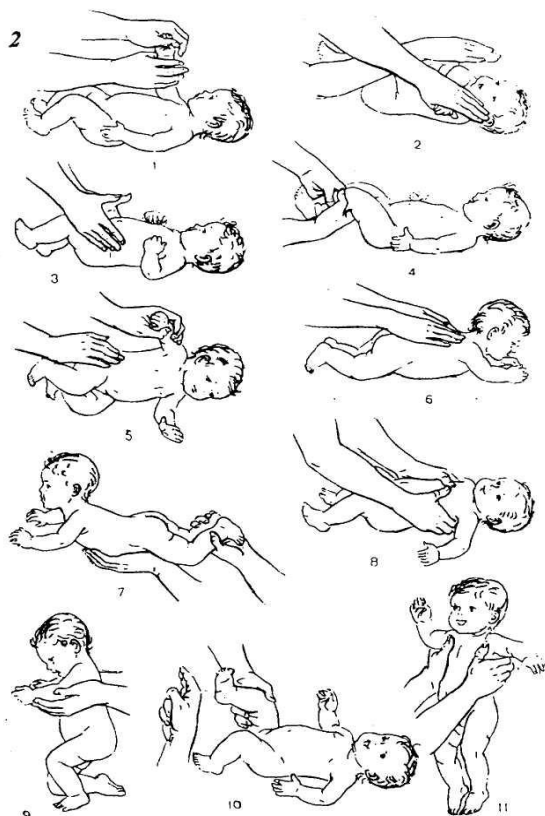


Рис. 2. Комплекс 2.

Комплекс 3 (для детей 4—6 мес.) (рис. 3)

Особенности развития в данном возрасте.

- Исчезает гипертония мышц нижних конечностей — вводятся пассивные упражнения для ног.
- Окрепли передние мышцы шеи — вводится активное (рефлекторное) упражнение в положении на весу (парение на весу).
- Появляются попытки сесть — вводится упражнение в поднимании туловища из положения на спине.

Воспитательные задачи комплекса.

- Научить ребенка удерживать предметы в руках.
- Воспитание чувства ритма путем выполнения упражнений под счет «раз, два, три, четыре».
- При выполнении упражнений для рук и плечевого пояса ребенку дается возможность самостоятельно держаться за пальцы взрослого.

Продолжительность выполнения — 8—10 мин.

1. *Массаж рук* (см. упражнение 1, комплекс 1). 8—10 раз.
2. *Скрещивание рук на груди и разведение их в стороны* (См. упр. 2, комплекс 2). 4-6 раз.
3. *Массаж живота* (см. упражнение 2, комплекс 2). 4—6 раз.
4. *Массаж ног*. (см. упражнение 4, комплекс 2). Выполняют 8—10 раз поглаживание, 4—6 раз — растирание и 4—6 раз — кольцевидное растирание. Затем производят разминание ног. Для этого мышцы захватываются между большими и остальными пальцами обеих рук одновременно и разминаются по наружной и внутренней стороне голени и по наружной стороне бедра в направлении от стопы к тазобедренному суставу. Кроме того, проводят глубокое разминание. Оно выполняется спиралеобразными движениями соединенных вместе второго и третьего пальцев в направлении от стопы к паховой области по внешней стороне голени и бедра. Выполнение указанных приемов массажа чередуется поглаживанием.
5. *Сгибание и разгибание ног вместе и попеременно*. Ребенка кладут на спину. Мать обхватывает его голени так, чтобы большие пальцы легли вдоль внешней поверхности нижней части голени, мизинцы — поперек ступни, остальные пальцы — по задней поверхности голени. Осуществляется поочередное сгибание ног и в тазобедренных и коленных суставах. Движения постепенно ускоряют до темпа медленного бега (6—10 раз). Производится также одновременное сгибание обеих ног с небольшим нажимом на живот и последующее разгибание.
6. *Поворот со спины на живот* (см. упражнение 5, комплекс 2).
7. *Массаж спины*. Сначала выполняют поглаживание и растирание (см. упражнение 6, комплекс 2). Затем производят разминание спиралеобразными движениями соединенных вместе пальцев рук по обеим сторонам позвоночника в направлении от ягодиц к шее. Используется и еще один прием массажа — похлопывание. Оно осуществляется тыльной стороной паль-

цев рук по ходу мышц спины по обеим сторонам позвоночника, исключая область почек. Похлопывание производят вначале одним, потом двумя, тремя и, наконец, всеми пальцами обеих рук. По окончании каждого приема массажа осуществляется поглаживание.

8. *Разгибание позвоночника и ног в положении лежа на животе, на весу.* Малыша кладут на живот, мать подкладывает свои ладони под его живот, соединяет мизинцы и поднимает его над столом. В ответ на это у ребенка возникает рефлекторное разгибание ног в тазобедренных суставах и позвоночника с одновременным отклонением головы назад.
9. *Поднимание ребенка на ноги из положения лежа на животе при поддержке под локти* (см. упражнение 9, комплекс 2).
10. *Массаж грудной клетки.* Ребенка кладут на спину. Вначале выполняется поглаживание грудной клетки (см. упражнение 8, комплекс 2). Затем слегка согнутыми пальцами обеих рук производят растирание спиралеобразными движениями между ребрами одновременно с обеих сторон (3—4 раза). После растирания деляется вибрация мышц грудной клетки по ее передней поверхности. Мать охватывает руками грудную клетку малыша плотно с обеих сторон и выполняет ритмичные движения вверх-вниз вдоль грудной клетки с легкой вибрацией (8—12 раз). Все приемы массажа грудной клетки завершаются поглаживанием.
11. *Сгибание и разгибание рук ребенка в положении лежа на спине.* Мать дает малышу обхватить ее большие пальцы, затем сгибает и разгибает его руки в локтевых и плечевых суставах попеременно 6—8 раз.
12. *Присаживание за разведенные в стороны выпрямленные руки.* Малыша кладут на спину. Мать дает ему обхватить ее большие пальцы, остальными держит руки ребенка выше кисти, разводит их, выпрямив в стороны и побуждает малыша сесть, потягивая за руки. 2—3 раза.
13. *Массаж стоп* (см. упражнение 4, комплекс 1).
14. *Переступание при поддержке под мышки.* Мать ставит малыша лицом к себе. Поддерживая ребенка под мышки, она побуждает его к переступанию. 1—2 раза.

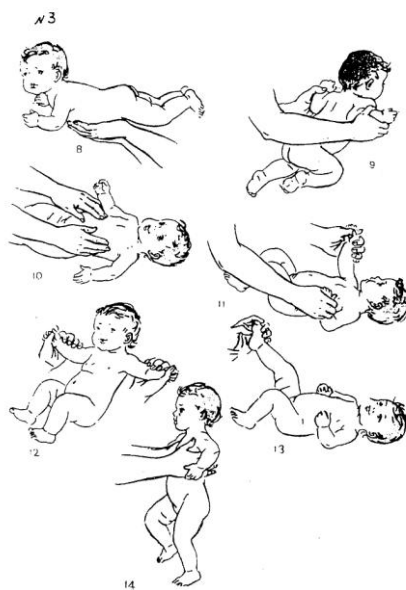
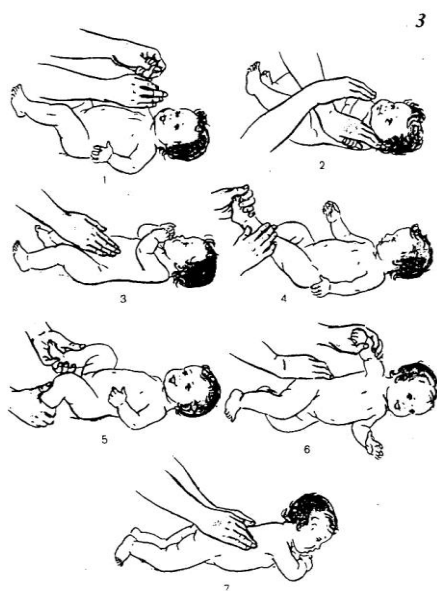


Рис. 3. Комплекс 3.

Комплекс 4 (для детей 6—9 мес.) (рис. 4)

Особенности развития в данном возрасте.

- Удерживает предметы в руках — в упражнения для рук вводятся кольца.
- Пытается сидеть без опоры и стоять с опорой — вводится упражнение для развития ползания с целью укрепления мышц спины и ног.
- Развивается понимание речи. Массовое появление условных связей через все анализаторы — вводятся комплексные условные раздражители-сигналы с использованием первой (игрушка, потягивание за руки, за ноги), а затем второй сигнальной систем (слово).

Воспитательные задачи комплекса.

- Воспитание навыков ползания — 7 мес.
- Воспитание понимания речевой инструкции — 10 мес.

Продолжительность выполнения — 8—10 мин.

1. *Круговые движения руками.* Малыша кладут на спину. Мать дает ему обхватить руками ее большие пальцы, выпрямляет его руки и затем выполняет ими круговые движения в плечевых суставах. 4—6 раз.
2. *Массаж живота* (см. упражнение 2, комплекс 2).
3. *Поднимание (пассивное) выпрямление ног в положении лежа на спине.* Мать обхватывает голени малыша сзади и поднимает выпрямленные в коленях ноги вертикально, сгибая их в тазобедренных суставах. 5—6 раз.
4. *Массаж: стоп* (см. упражнение 4, комплекс 1).
5. *Поворот влево и вправо со спины на живот.* Осуществляя поворот, мать придерживает малыша только за ноги, не касаясь рук.
6. *Массаж спины* (см. упражнение 6, комплекс 2).
7. *Отведение плеч назад до сведения лопаток.* Малыша кладут на живот ногами к матери. Мать дает ему обхватить руками ее указательные пальцы и выпрямляет его руки вперед. В это время голова малыша немного поднимается над столом. В последующем руки ребенка сгибают в локтях, опускают вниз и отводят назад до максимального сближения лопаток. 1—2 раза.
8. *Приподнимание за руки из положения лежа на животе при поддержке за кисти рук или под локти.* Ребенка кладут на живот. Мать дает ему обхватить руками ее указательные пальцы, выпрямляет вперед его руки до полного разгибания в плечевых и локтевых суставах, приподнимает их, отводя назад. При потягивании за руки мать побуждает малыша встать на ноги. 1—2 раза.
9. *Массаж грудной клетки* (см. упражнение 10, комплекс 2).
10. *Попеременное сгибание и разгибание рук.* (см. упражнение 11, комплекс 3). Когда ребенок научится самостоятельно сидеть, это упражнение выполняется в положении сидя.

11. *Присаживание потягиванием за согнутые в локтях руки.* Малыша кладут на спину ногами к матери, мать вкладывает свои указательные пальцы в ладони малыша и легко тянет его за руки. Ребенок активно (при небольшой помощи матери) должен садиться.
12. *Пассивное топтание.* Малыша кладут на спину, мать обхватывает его стопы сверху ладонями, расположив указательные пальцы на передней поверхности голеней, сгибает ноги малыша в коленных и тазобедренных суставах, упирает ступни в стол и осуществляет быстро попеременно сгибает и разгибает ноги со скольжением стоп по столу и топтанием. 10—15 раз.
13. *Разгибание и сгибание туловища.* Малыша кладут на спину, мать обхватывает голени ребенка левой рукой и приподнимает его ноги кверху. Правой рукой она одновременно поднимает его за спину. Ребенок при этом упирается затылком в стол. Вторая часть упражнения: мать левой рукой держит голени малыша, а правой, придерживая его под спину, помогает ему поднять туловище на свою согнутую в локте руку до положения сидя. Затем выполняются движения в обратном порядке: туловище опускается до упора головой в стол, ноги одновременно разгибаются. Упражнения выполняют медленно.
14. *Вращение ног в тазобедренных суставах.* С мальчиками упражнение делают следующим образом: малыша кладут на спину, мать, обхватив руками голени соединенных вместе полусогнутых ног ребенка, выполняет медленные круговые движения в тазобедренных суставах (2—3 раза в каждую сторону). То же упражнение — для девочек: ребенка кладут на спину. Мать обхватывает голени его соединенных вместе выпрямленных ног и сгибает их в тазобедренных и коленных суставах до прикосновения бедер к животу. Затем медленно и осторожно разводя ноги в стороны, опускает их вниз до первоначального положения (2—3 раза). Затем упражнение выполняется в обратном порядке. Мать вначале слегка разводит ноги дочери в стороны, потом сгибает их до прикосновения бедер к животу, после этого, соединив их вместе, опускает вниз на стол.
15. *Положение на животе.* Исходное положение малыша — лежа на животе. Перед ребенком на расстоянии чуть более вытянутой руки кладут интересную игрушку. Мать сгибает ноги малыша в тазобедренных и коленных суставах и подпирает ладонью левой руки его стопы. Обычно при этом ребенок 3-й четверти года начинает ползти к игрушке. Если он не ползет самостоятельно, мать подкладывает свою руку под грудь малыша и продвигает его вперед.
16. *Переступание при поддержке под мышки* (см. упражнение 14, комплекс 3). Позднее это упражнение выполняется при поддержке ребенка за кисти рук. Переступая, малыш должен сделать 5—8 шагов.

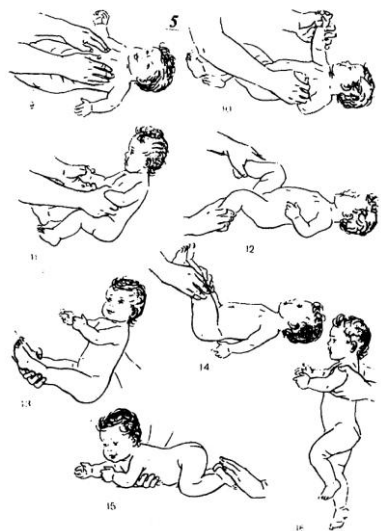
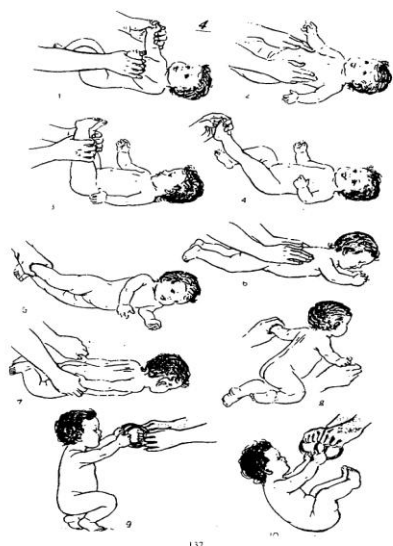


Рис. 4. Комплекс 4.

Комплекс 5 (для детей 9—12 мес.) (рис. 5)

Особенности развития в данном возрасте.

- Стоит и ходит без опоры — вводятся упражнения из исходного положения стоя.
- Понимает речь — некоторые упражнения, прежде пассивные, выполняются ребенком самостоятельно по речевым инструкциям, для правильного выполнения упражнения применяются пособия.

Воспитательные задачи комплекса.

1. Стимулировать самостоятельное выполнение упражнений, инструкций при обязательном обеспечении правильности движений пособиями: кольца, палки.

Продолжительность выполнения — 8—10 мин.

1. *Круговые движения руками с кольцами* (см. упражнение 1, комплекс 4). Дополнение: малыш должен держать в руках небольшие кольца, за которые одновременно держится и мать.
2. *Поднимание выпрямленных ног*. Ребенка кладут на спину, мать держит на высоте выпрямленных в вертикальном положении ног малыша игрушку, цветную палочку или другой яркий предмет и предлагает ему коснуться игрушки ногами (2—3 раза). Вначале ребенку следует показать, чего от него добиваются, помогая ему руками, затем надо побуждать его выполнять упражнение самостоятельно.
3. *Активное топание*. Малыша кладут на спину. Ноги его согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы упираются в стол. Мать, повторяя "топ-топ-топ", добивается, чтобы ребенок самостоятельно имитировал бег на месте. 10—12 раз.
4. *Поворот со спины на живот*. По словесному предложению (можно для привлечения внимания использовать игрушку) малыш должен самостоятельно переворачиваться несколько раз со спины на живот.
5. *Вставание на ноги из положения лежа на животе*. Малыш встает на ноги, держась за кольца, находящиеся в руках матери.
6. *Наклоны и выпрямления туловища*. Малыша ставят на стол, прислоняют к себе спиной, у его ног кладут красивую и удобную для захватывания игрушку. Колени ребенка левой рукой прижимают к себе, правой поддерживают его под живот, предлагают ему достать игрушку и выпрямиться. 2—3 раза.
7. *Присаживание*. Малыша кладут на спину, мать фиксирует (легонько придавливает руками к столу) ноги ребенка ниже коленных суставов и предлагает сесть. 2—3 раза.
8. *Сгибание и разгибание рук в положении сидя с использованием колец*. Ребенок и мать одновременно держатся за кольца. Производится попеременное сгибание и разгибание рук в локтевых и плечевых суставах. 6—8 раз.

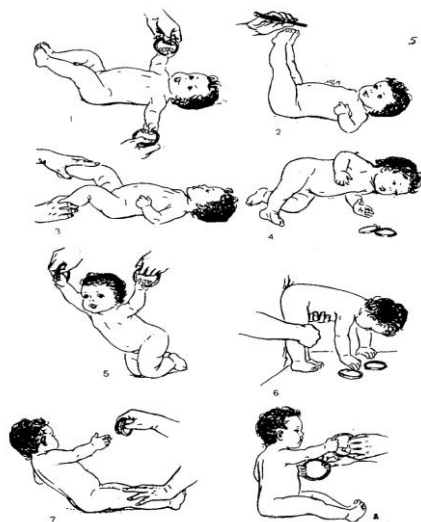


Рис. 5. Комплекс 5.

Таблица 36

**Примерные комплексы гимнастики для занятий
с детьми второго и третьего года жизни**

Название упражнений	Исходное положение	Для какой мускулатуры
Комплекс 6. От 1 г. 2 мес. до 1 г. 6 мес.		
1. Сгибание и разгибание рук (бокс) с кольцами.	Стоя лицом друг к другу (взрослый выполняет вместе с ребенком).	Для рук и плечевого пояса.
2. Поднятие выпрямленных ног до палки.	Лежа на полу на спине.	Для брюшного пресса.
3. Наклон туловища с выпрямлением, с фиксацией колен.	Стоя на столе.	Для спины и ног.
4. Присаживание, держась за палку.	Лежа на полу на спине	Для рук и плечевого пояса.
5. Напряженное прогибание позвоночника (с помощью палки).	Лежа на животе на столе.	Для плечевого пояса и межлопаточных мышц.
6. Приседание с кольцами.	Стоя лицом друг к другу (со взрослым).	Для ног и стоп.
7. Присаживание самостоятельно с фиксацией колен.	Лежа на спине.	Для брюшного пресса.
8. Пролезание под гимнастическую скамью (или любое другое препятствие высотой 40 см).	Лежа на животе.	Для спины, позвоночника, ног.
9. Ходьба по ребристой поверхности (резиновый коврик, специальный тренажер для стоп).	Стоя.	Для стоп и упражнение в правильной ходьбе.

Название упражнений	Исходное положение	Для какой мускулатуры
Комплекс 7. От 1 г. 6 мес до 2 лет		
1. Круговые движения руками.	Взрослый выполняет вместе с ребенком.	Для рук и плечевого пояса.
2. Приседание, держась за гимнастическую палку.	Стоя.	Для брюшного пояса и стоп.
3. Поднятие выпрямленных ног до гимнастической палки.	Лежа на спине на полу.	Для брюшного пресса, стоп.
4. Напряженное прогибание позвоночника (с помощью палки).	Лежа на животе на столе.	Для плечевого пояса и межлопаточных мышц.
5. Присаживание, держась за палку.	Лежа на спине на полу.	Для рук и плечевого пояса.
6. Пролезание под гимнастическую скамью, любое другое препятствие высотой 40 см.	Лежа на животе.	Для спины, позвоночника, ног.
7. Присаживание с фиксацией колен и стоп.	Лежа на спине на гимнастической скамье.	Для брюшного пресса.
8. Ходьба по ребристой поверхности.	Стоя.	Для профилактики плоскостопия.
9. Перешагивание через препятствия.	Стоя.	Для выработки координации движений.
Комплекс 8. От 2-х до 3-х лет		
1. Круговые движения руками или сгибание и разгибание рук.		Для рук и плечевого пояса.
2. Пролезание под гимнастическую скамью.	Лежа на животе.	Для спины, позвоночника и ног.
3. Приседание, держась за палку.	Стоя.	Для ног и стоп.
4. Поднятие ног до гимнастической палки.	Лежа на спине.	Для брюшного пресса и стоп.
5. Ходьба по дорожке шириной 15 см.	Стоя.	Упражнение в правильной ходьбе.
6. Присаживание, держась за палку.	Лежа на спине.	Для рук и плечевого пояса.
7. Перешагивание через ряд препятствий, расположенных на расстоянии 40 см друг от друга.	Стоя.	Для выработки координации движений.
8. Присаживание с фиксацией стоп.	Лежа на спине.	Для брюшного пресса.
9. Ходьба по ребристой поверхности.	Стоя.	Для профилактики плоскостопия.

Закаливание детей раннего возраста

Закаливание — это система мероприятий, направленных на тренировку защитных физиологических механизмов терморегуляции организма.

Основные задачи: развитие выносливости организма при изменяющихся факторах окружающей среды; повышение его сопротивляемости к различным заболеваниям.

Процессы закаливания протекают с участием всех органов и систем человека, в первую очередь нервной и эндокринной, что отражается на регуляции всех физиологических процессов организма. Начальные стадии закаливания сопровождаются усилением деятельности гипофиза, надпочечников и щитовидной железы. По мере приспособления организма напряжение эндокринной системы снижается.

Закаливание оказывает специфическое и неспецифическое действие на организм.

Специфический эффект проявляется в повышении устойчивости организма к воздействию метеорологических факторов, что совершенствует реакции гомеостаза.

Неспецифический эффект выражается в том, что под влиянием закаливания повышается устойчивость организма к различным неблагоприятным воздействиям (в том числе к возбудителям инфекционных заболеваний).

В детском возрасте закаливание создает основу для нормального физиологического и психического развития, формирует сознательное активное отношение к физическому воспитанию, то есть закаливание — это активный процесс.

Основные принципы закаливания. Наибольший эффект от проведения закаливания достигается только при условии грамотного осуществления и обязательного соблюдения следующих принципов:

1. *Постепенность увеличения закаливающих воздействий.* При закаливании детей недопустимо быстрое, форсированное снижение температуры или увеличение продолжительности процедуры.
2. *Систематичность*, т.е. регулярное повторение закаливающих воздействий на протяжении всей жизни.
3. *Учет индивидуальных особенностей ребенка:* состояния его здоровья, физического и психического развития, типологических особенностей нервной системы, чувствительности к действию закаливающих агентов. В соответствии с этими особенностями назначается закаливающая нагрузка.
4. *Проведение закаливания при положительном эмоциональном настрое ребенка.* Важно, чтобы процедуры носили игровой характер, а холодное и тепловое воздействие не сопровождалось негативными реакциями.
5. *Многофакторность* обязывает использовать при закаливании несколько физических воздействий: холод, тепло, облучение видимыми, ультрафиолетовыми, инфракрасными лучами, механическое воздействие движения воздуха, воды и др.

6. *Полиградиентность* основана на необходимости тренировок ребенка к слабым и сильным, быстрым и замедленным, средним по силе и времени действия охлаждениям. Это необходимо для того, чтобы искусственно не закреплялись узкие стереотипы закаленности только к одному диапазону перепадов температур, а вырабатывалась готовность организма без повреждений воспринимать различные естественные температурные воздействия, встречающиеся в его повседневной жизни.

7. *Сочетание общих и местных охлаждений*. Оптимальная устойчивость организма ребенка достигается при чередовании общих закаливающих охлаждений с местными, направленными на наиболее чувствительные к действию холода области (стопы, носоглотка, поясница).

8. *Выполнение закаливающих процедур на разном уровне теплопродукции организма* для повышения его устойчивости к температурным воздействиям как в покое, так и в движении.

9. *Учет предшествующей деятельности, состояния организма* предусматривает уменьшение дозы охлаждения после воздействия выраженных физических, психоэмоциональных нагрузок и необычных раздражений, которые негативно влияют на процесс термовосстановления.

10. *Учет сезонных ритмов* необходим для правильной организации закаливания, поскольку резистентность и адаптационные возможности организма имеют сезонные колебания. Так, сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям повышена летом и снижается в зимне-осенний период. Поэтому оптимальное время для начала закаливающих процедур — лето.

11. *Обязательный медицинский контроль и самоконтроль*. Перед началом закаливания необходимо проконсультироваться с врачом, получить рекомендацию по выбору оптимальной схемы закаливания. При проведении самой процедуры закаливания обычно отмечается побледнение или покраснение тела, самочувствие ребенка хорошее, внешний вид бодрый, реакция на закаливание позитивная. Если процедура дозируется неправильно, то ребенок ежится, у него появляется озноб, гусиная кожа, дрожь, он плачет и сопротивляется проведению процедуры. Если в процессе закаливания отмечается ухудшение самочувствия, снижается аппетит, возникает бессонница, снижение работоспособности, необходимо прекратить закаливание и обратиться к врачу.

Нарушение этих принципов приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливания, а иногда и к гиперактивации нейроэндокринной системы и последующему ее истощению.

Показания и противопоказания к закаливанию. Постоянных противопоказаний к закаливанию нет. Ограничивается только доза (температура, площадь) закаливающей процедуры и длительность воздействующего фактора.

Временными противопоказаниями к закаливанию являются:

- лихорадочное состояние;
- обширные поражения кожных покровов;
- выраженные травмы;
- пищевые токсикоинфекции;

- другие заболеваний со значительными нарушениями деятельности нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем.

Как только острое состояние патологического процесса миновало, необходимо приступать к закаливанию, сначала с использованием местных и далее — общих процедур.

При перерыве в закаливании от 5 до 10 дней при возобновлении закаливания следует ослаблять холодовые воздействия на 2—3°C по сравнению с температурой последней перед перерывом процедуры. После острого периода заболевания длительностью до 10 дней величина холодового воздействия ослабляется на 2—3°C по сравнению с температурой последних процедур. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется возвратиться к начальной методике закаливания.

Все закаливающие мероприятия разделяются на специальные и неспециальные.

Неспециальные — те элементы закаливания, которые используются в повседневной жизни ребенка:

- поддержание температуры воздуха в помещении в пределах нормы;
- регулярное проветривание помещения;
- воздействие пульсирующего микроклимата за счет перепадов температуры воздуха в разных помещениях;
- подбор одежды, обеспечивающей тепловой комфорт;
- частичные воздушные ванны в облегченной одежде;
- воздушные ванны при переодевании в течение 3—5 минут;
- прогулки (3,5—4 часа) в любую погоду в одежде, не стесняющей активную деятельность ребенка;
- дневной сон детей без ночных рубашек и маек;
- сон детей в помещении с открытыми фрамугами;
- ежедневные гигиенические процедуры — умывание, мытье рук до локтя, шеи, мытье ног;
- проведение утренней гимнастики на игровых площадках.

Специальные методы закаливания — строго дозированное воздействие естественных факторов природы; в качестве основных средств используются водные, воздушные и солнечные.

Закаливающие мероприятия для детей условно можно разделить на два режима:

- первый (начальный), когда происходит становление холодовой (тепловой) устойчивости организма при постепенном усилении воздействия закаливающего фактора;
- второй (закрепляющий), в течение которого поддерживается приобретенная готовность ребенка воспринимать температурные и другие воздействия внешней среды без функциональных нарушений.

Закаливающее воздействие следует индивидуализировать, т.е. дифференцировать в зависимости от возраста ребенка, состояния его здоровья, уровня зака-

ленности. Поэтому при проведении закаливающих мероприятий целесообразно выделять три группы детей:

- 1 группа** — здоровые, ранее закаливаемые дети;
- 2 группа** — здоровые, но ранее не закаливаемые дети или дети с функциональными отклонениями (из группы риска);
- 3 группа** — ослабленные дети (часто болеющие, имеющие хронические очаги инфекции, реконвалесценты заболеваний и т.д.).

При назначении закаливающих процедур детям 2 и 3 групп начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2—4 градуса выше, чем для детей 1 группы, а темп ее снижения более медленным. Выделяют три режима закаливания: начальный — тренирует только физические механизмы терморегуляции (короткие процедуры с постоянным агентом, обязательно заканчивающиеся теплом); оптимальный — стандартная методика; специальный — интенсивное закаливание с участием химических процессов терморегуляции. Детям 1 группы сразу возможно назначение оптимального режима с переходом в последующем на специальный. Детям 2 группы закаливание проводят с начального режима, затем переходят на оптимальный. Вопрос о специальном режиме решается индивидуально. Детям 3 группы длительно (не менее 1,5 мес.) закаливание ведется по начальному режиму с постепенным переходом на оптимальный. Специальный режим для этой группы детей не используется.

При проведении закаливающих процедур детям из группы риска рекомендуется учитывать преобладающий тонус вегетативной нервной системы (табл. 37).

Таблица 37

Алгоритм и тактика подбора индивидуальной схемы закаливания для детей 2 группы здоровья (Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Параметры	Преобладающий тонус вегетативной нервной системы	
	Симпатикотония	Ваготония
Конституциональный тип	Нервно-артритический	Лимфатико-гипопластический и экссудативно-катаральный
Тип терморегуляции	1-й тип — лабильный — «спринтеры»	2-й тип инертный — «стайеры»
Реакция организма на закаливание	Интенсивная непродолжительная	Малоинтенсивная длительная
Вид охлаждения	От замедленных слабых (на 2—3°C за 120 с) до быстрых слабых и сильных охлаждений (от 2—3°C за 2—3 с до 10—12°C за 10 с)	Все виды охлаждения
Тип закаливающих процедур	Кратковременные, лучше контрастные процедуры постепенно нарастающей интенсивности	Холодовые процедуры постепенно нарастающей интенсивности
Тип интенсивных закаливающих процедур	Кратковременные интенсивные контрастные процедуры. Горячие водные процедуры	Интенсивные холодные процедуры различной длительности

Неспециальные методы закаливания включают подбор одежды ребенка в соответствии с температурой окружающей среды и создание пульсирующего теплового режима в помещении (табл. 38,39).

В период новорожденности не проводят специальных закаливающих процедур, поскольку ребенок должен адаптироваться к тем условиям среды, которые его окружают. Вместе с тем именно в первые недели жизни необходимо правильно организовать воздушный и температурный режимы в помещении, подобрать рациональную одежду.

Одежда имеет существенное значение в адаптации к средовым факторам и закаливанию ребенка, она предотвращает переохлаждение и, что не менее важно, перегревание детей. При систематически неправильном, чрезмерном одевании у детей могут возникнуть явления токсикоза и эксикоза, усиливается потоотделение, снижается аппетит. Перегревание снижает рост и развитие детей, уменьшает иммунобиологическую реактивность организма.

Таблица 38

**Вид одежды ребёнка
при различной температуре воздуха в помещении**
(по данным Г. В. Терентьевой)

Температура воздуха	Вид одежды
+23° С и выше	Одно-двухслойная одежда: тонкое хлопчатобумажное бельё, лёгкое хлопчатобумажное платье с короткими рукавами, носки, босножки
от +21° до +22°С	Двухслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинными рукавами.
от +18° до +20°С	Двухслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, плотное хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинными рукавами.
от +16° до +17° С	Трёхслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, трикотажное или шерстяное платье с длинным рукавом, колготы, туфли (тёплые тапочки)

Таблица 39

**Схема одевания детей раннего возраста
при различной температуре воздуха в безветренную погоду**

Температура воздуха	Вид одежды
от 0° до +5°С	Ватное одеяло, для ослабленных детей и байковое одеяло
от +5° до +10°С	Только ватное одеяло, детям до 6 мес. снимают байковую кофточку
от +10° до +15°С	Байковое одеяло при обычной одежде
от +15° до +22°С	Байковое одеяло, снимают байковую кофточку
от +22°С и выше	Простыня

Одевая ребенка в соответствии с температурными условиями, мы должны предусмотреть тренировку организма к холодным воздействиям.

Существенное значение имеет правильное одевание ребенка, начиная с периода новорожденности. При температуре воздуха +21...+22°C ребенка первых месяцев жизни во время бодрствования необходимо одевать в легкую распашонку и байковую кофточку. При температуре воздуха в комнате +21...+22°C ситцевую или байковую шапочку носят только до двухнедельного возраста. Позднее шапочку ребенку не надевают. Во время бодрствования малыш осуществляет большое количество движений. Уже в возрасте 1 мес., когда удлиняется период бодрствования, детям можно надевать ползунки, в которых свободно осуществляются движения.

Рациональная одежда во время прогулок способствует повышению адекватной двигательной активности. Воздействие закаливающих факторов на фоне повышенной теплопродукции является наиболее эффективным. Особенно это важно в холодное время года. Для зимы достаточно 4—5 слоев одежды: нательная рубашка и трусы, колготки, верхняя рубашка и штаны (для девочек — платье), теплая кофточка. Наилучшей верхней одеждой для детей 3—7 лет является комбинезон из шерстяной ткани и ватина с надеваемым на голову шлемом. Комбинезон могут заменить рейтузы и пальто. В зимний период надевают валенки с калошами или теплые сапожки. Во время мороза — до -15 °C дополнительно надевают шерстяные носки.

Сон на воздухе. Оздоровительное действие воздуха необходимо использовать при дневном сне уже в раннем возрасте, закаливающий эффект при этом можно получить при правильно подобранной одежде ребенка.

Важно правильно организовать сон на свежем воздухе. Матрацы в холодное время года не должны храниться на веранде. Они должны переноситься туда лишь непосредственно перед сном детей, в противном случае матрацы будут переохлаждаться. Нельзя также оставлять матрац детской коляски все время на улице в холодное время года. Его стелят в коляску лишь непосредственно перед прогулкой. Во время сна ребенку необходимо обеспечить тепловой комфорт путем рационального подбора одежды соответственно температуре воздуха.

Неспециальное закаливание возможно и при проведении гигиенических процедур:

- в первые месяцы жизни лицо ребенка умывают теплой водой, температура которой +32—33 °C. Затем температуру воды постепенно снижают;
- начиная со 2-го полугодия жизни, моют не только лицо и руки, но и шею, и верхнюю часть груди. Сразу после умывания ребенка насухо обтирают полотенцем до небольшого покраснения кожи;
- начиная с 2—3 лет, детей умывают водой комнатной температуры, постепенно снижая ее температуру до +18—19 °C.

Важно приучать детей ходить босиком по земле, по траве, по песку у реки. Сначала можно ходить в легкой обуви, открытой сверху, затем в носках (сначала — толстых, затем — тонких) и далее босиком (желательно в летнее время).

Оптимальный температурный режим необходимо соблюдать как в домашних условиях, так и в основных помещениях образовательных учреждений, т.к. только при его правильном выполнении мы можем вводить в режим дня детей закаливающие процедуры.

Для того чтобы температурный режим помещений способствовал закаливанию и оказывал тренирующее воздействие на организм ребенка, необходимо сделать его «пульсирующим». Критерием прекращения сквозного проветривания помещения является температура воздуха, которая снижается от 2—4°С до 4—5°С, при этом температура воздуха в помещении может опускаться до +14—16°С. Сквозное проветривание проводится в отсутствии детей в помещении: утром перед приходом детей, перед занятиями, перед возвращением детей с прогулки, во время дневного сна, после полдника.

Рациональное проведение неспециальных закаливающих мероприятий с самого раннего возраста способствует укреплению здоровья детей, подготовке организма ребенка к проведению дальнейших — уже специальных закаливающих процедур.

Специальные методы закаливания требуют не только полного здоровья, но и большей исходной устойчивости, резистентности организма к средовым факторам.

Специальные закаливающие процедуры различаются:

- по силе воздействия: местные (обтирание, обливание, ножные или ручные ванны), общие (обтирание, обдувание воздушным потоком, обливание, ванна, купание);
- по действующему фактору и его продолжительности и по (воздух, вода, солнце).

Следует учитывать, что:

- проведение специальных закаливающих процедур осуществляется с учетом всех принципов закаливания;
- подбор методик проводится исходя из конкретных условий образовательного учреждения и в соответствии с сезоном года;
- процедуры начинают с местных воздействий;
- закаливание воздухом должно предшествовать закаливанию водой и солнцем;
- через 1—2 недели после проведения воздушных ванн начинаются водные методики закаливания;
- наиболее эффективен такой подбор специальных закаливающих процедур, при котором они равномерно распределены в режиме дня каждой возрастной группы образовательного учреждения;
- процедуры закаливания должны выполняться родителями и в домашних условиях.

Солнечно-воздушные ванны. С учетом интенсивной инсоляции (при заливании солнечными лучами) лучшим является время от 10 до 12 часов. Солнечная ванна должна начинаться не ранее, чем через 1,5 часа после еды, и заканчиваться не позднее, чем за 30 минут до еды.

Контрастные воздушные ванны. Контрастные воздушные ванны проводятся с разницей температур между помещениями в 5–8°C. Ребенок в течение 1,5–2 минут выполняет 3–4 физических упражнения, затем перебегают в более холодное помещение, 1–1,5 минут делает циклические движения средней интенсивности (бег, ходьба) или играет подвижные игры. Всего делается 4–6 заходов.

Хожение босиком. Предупреждению заболеваний способствует обливание стоп — как самостоятельная процедура, так и в комплексе с хождением босиком по полу, холодному и горячему песку. Хождение босиком начинают при температуре пола не ниже +18°C. В течение 3–5 дней ребенок ходит в носках, затем без них по 3–4 минуты с увеличением времени на 1 минуту в день до 15–20 минут. После хождения босиком проводится обливание стоп при температуре воды в начале закаливания +37—36°C с постепенным снижением в процессе закаливания до +20°C.

Схемы закаливания водой здоровых детей раннего возраста представлены в таблице 40.

Таблица 40

Закаливание водой здоровых детей раннего возраста

Процедура	Температура воды	
Местное обливание	Начальная t°	+30 °C
	Конечная t°	+18 °C
	Скорость снижения температуры	Через 3—4 дня на 2 °C
Общее закаливание	Начальная t°	+35 °C
	Конечная t°	+26 °C
	Скорость снижения температуры	Через 3—4 дня на 2 °C
Местное контрастное обливание	Начальная теплая t°	+35—36 °C
	Начальная холодная t°	+25—26 °C
	Конечная теплая температура	+38 °C
	Конечная холодная температура	+20 °C
	Контрастное закаливание	X — T — X (*)

(*) X — холодная вода; T — теплая вода

Купание в открытом водоеме, плавание в бассейне. Занятия по плаванию проводятся не ранее, чем через 30–40 минут после приема пищи и не позднее, чем за 1,5–2 часа до ночного сна. Наиболее целесообразное время проведения занятий: утром до завтрака — с 7.30 до 8.30, после завтрака — с 9.30 до 12.30, после дневного сна — с 15.15 до 17.00. При проведении занятий с 7.30 до 8.30 ребенку должен быть предложен легкий завтрак (печенье, полстакана кефира). Выход на прогулку в теплый период года возможен практически сразу после купания. При умеренно холодной погоде и слабом ветре в осенне-зимний период — через 25–30 минут после занятий плаванием (если волосы у детей хорошо высохли). Занятие состоит из разминки («сухое купание») и плавания. Общая длительность занятия — от 10–15 до 30–40 минут (на суше — не более 3–5 минут).

Полоскание рта и горла прохладной кипяченой водой. Ребенок начинает полоскать горло водой +36—37°C с последующим снижением температуры через каждые 3—4 дня на 1—2°C, доводя ее до 8—10°C. Детям раннего возраста, не умеющим полоскать горло, рекомендуется по такой же схеме пить прохладной воды.

К интенсивным (нетрадиционным) методам закаливания относят любые методы, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела человека со снегом, ледяной водой, воздухом отрицательной температуры. Применение такого закаливания у детей до настоящего времени остается дискуссионным.

Реакция организма на действие любых раздражителей обозначается как общий адаптационный синдром, в котором выделяют три стадии:

- стадию тревоги (активация функции коры надпочечников, вследствие чего уменьшается объем вилочковой железы, селезенки, лимфатических узлов);
- стадию резистентности (развитие гипофункции коры надпочечников);
- стадию истощения.

Физиологическая незрелость организма детей раннего возраста, в первую очередь незрелость нейроэндокринной системы, является нередко причиной не повышения, а наоборот, подавления иммунной активности, быстрого развития стадии истощения при чрезмерном закаливании ребенка к холоду.

Поэтому практически все авторы, занимающиеся вопросами закаливания детей раннего возраста, считают купание детей в ледяной воде противопоказанным (Воронцова И. М., Беленький Л. А., 1990.).

Русская баня. Во многих регионах нашей страны широко используется закаливающий эффект русской бани. Основой его является строгое соблюдение контрастного цикла: нагревание - охлаждение - отдых, формула закаливающего цикла — 1:1:2. Для детей раннего возраста, только привыкающих к русской бане, достаточно одного цикла. В парильном отделении вначале следует находиться не более 3—5 минут, через несколько посещений можно увеличить время до 5—10 минут. Вначале охлаждение лучше проводить обливанием, затем холодным душем, позднее — купанием в холодной воде, в том числе и в проруби, обливанием снегом. Постепенно количество заходов в парную увеличивают до 4—5.

В баню рекомендуется ходить через 3—4 дня, курс — 5—8 процедур.

Закаливание детей раннего возраста

Мероприятия	Возраст			
	1—3 мес.	3—6 мес.	7—12 мес.	1—3 года
Температура в помещении (° C)	20—22°	20—22°	20—22°	20—19°
Сон на воздухе при температуре (° C)	От -10° до +30°	От -15° до +30°	От -15° до +30°	от -15° до +30°
Умывание. Температура воды (° C)	+28°	+25—26°	+24—26°	В начале закаливания — +20°, затем ее постепенно снижают до +18—16°. Детям старше 2 лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя
Общая ванна при температуре воды (° C)	+36—37° в течение 5-6 мин.	+36—37° в течение 5—6 мин. с последующим обливанием водой +34—35°	+36—37° с последующим обливанием водой +34—35°	+36° в течение 5 мин. с последующим обливанием водой +34°, перед ночным сном 2 раза в неделю
Воздушная ванна во время пеленания и массажа		6—8 мин.	10—12 мин.	При смене белья после ночного и дневного сна, детям старше 2 лет — во время утренней гигиенической гимнастики и умывания
Летом пребывание под рассеянными лучами солнца		2—3 раза в день до 5—6 мин.	2—3 раза в день до 10 мин.	
Летом пребывание под прямыми лучами солнца				С 5—6 минут до 8—10 минут 2—3 раза в день
«Сухие обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи			В течение 7—10 дней, далее влажные обтирания водой +35° с постепенным понижением до +30°	
Прогулка				2 раза в день при

				температуре воздуха от -15° до $+30^{\circ}$
--	--	--	--	--

Мероприятия	Возраст			
	1—3 мес.	3—6 мес.	7—12 мес.	1—3 года
Общее обливание после прогулки				Начальная температура воды +35—34°. Затем ее постепенно снижают до +26—24°
Обливание ног перед дневным сном				Начальная температура воды +28° С. Затем ее постепенно снижают до +18°

Контроль эффективности закаливания осуществляется по следующим показателям:

- 1) поведение детей в различные режимные моменты — снижение возбудимости, быстрое засыпание, глубокий сон, хороший аппетит, повышение внимания и активности на общеобразовательных занятиях;
- 2) желание детей выполнять закаливающие процедуры, положительный эмоциональный настрой во время их проведения;
- 3) совершенствование вегето-сосудистой реакции у детей — повышение кожной температуры кистей рук и стоп (теплые руки и ноги в течение дня);
- 4) динамика заболеваемости детей по сезонам года — осень, зима, весна:
 - уменьшение числа часто болеющих детей;
 - число случаев заболеваний ОРЗ на одного ребенка;
 - сокращение длительности одного заболевания (в днях);
 - число дней, пропущенных одним ребенком по болезни за год;
- 5) комплексная оценка здоровья детей и перераспределение по группам здоровья.

Воспитание детей раннего возраста

Воспитание и занятия с ребенком первого года жизни

Необходимо помнить, что темпы развития и последовательность в формировании различных движений, умений, а также речи у детей первого года жизни зависят не только от их индивидуальных особенностей, но и от воздействия на ребенка взрослых людей, ухаживающих за детьми, от окружающей обстановки.

Воспитание ребенка от 1 до 3 месяцев. В этом возрасте интенсивно развиваются слуховой и зрительный анализаторы. К трехмесячному возрасту у ребенка должно сформироваться взаимодействие зрительного и слухового анализаторов: он начинает локализовать звук в пространстве.

Кроме того, в этом возрасте развиваются тактильный и двигательные анализаторы. Очень важный процесс в этом возрастном диапазоне — формирование эмоций, поскольку радостное состояние ребенка снимает

физиологический гипертонус, способствует развитию голосовых мышц и является предпосылкой дальнейшего оптимального развития.

Для реализации программы развития в этом возрастном диапазоне необходимы: анатомическая целостность анализаторов и систем, создание специальных условий в семье.

Условия для развития и занятия с ребенком. Следует ласково разговаривать, петь ребенку, сначала выпрямившись, а затем склоняясь над его лицом. Перемещаясь вокруг кровати, стимулировать сначала сосредоточение, а затем слежение и локализацию звука. Вызывать улыбку и поддерживать оживленное состояние (на третьем месяце).

Перед каждым кормлением и сном, а на третьем месяце и в середине бодрствования, следует выкладывать ребенка на живот, периодически подставляя к стопам ребенка свою ладонь, вызывая при этом феномен ползания. В результате развивается умение поднимать и удерживать голову, укрепляется тонус брюшных мышц. При признаках утомления следует повернуть ребенка на спину.

Рекомендуется брать ребенка на руки сначала в горизонтальном положении, а с 1,5 месяцев — в вертикальном с целью повышения эмоционального тонуса и развития умения поднимать и удерживать голову в вертикальном положении.

С середины третьего месяца следует периодически опускать игрушку над грудью ребенка, чтобы он мог натолкнуться на нее, размахивая руками, при этом стимулируется выпрямление руки, подготавливая ее к захватыванию игрушки.

Рекомендуемые, игрушки: простой формы, крупные, яркие, но не многоцветные (обилие цветов утомляет ребенка), звучащие погремушки и шары (дети руками их не трогают, а только рассматривают).

Воспитание ребенка от 3 до 6 месяцев. В этом возрастном диапазоне формируется способность различать. Узнавание — это начало развития памяти. В этом возрасте уже появляется возможность и необходимость воспитания определенных поведенческих стереотипов: к шести месяцам необходимо выработать реакцию на интонацию слова «нельзя».

Гуление, появляющееся в этом возрасте, — подготовительный этап для формирования активной речи. Для появления гуления необходимы целостность голосовых связок, положительные эмоции и перекличка со взрослыми. Существует четкая связь между правильной методикой кормления (своевременное введение ложки) и правильным развитием артикуляционного аппарата.

Двигательные навыки, формирующиеся в этом возрастном диапазоне, обеспечивают перемещение ребенка в горизонтальном положении и создают условия для периода предыгры.

Условия для развития и занятия с ребенком. Необходимо чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки (лепет) и поддерживая радостное состояние, улыбку, смех. Приблизительно в возрасте пяти месяцев должна формироваться ответная реакция на слово «нельзя» (по интонации).

Часто и на более длительное время следует класть ребенка в манеж или на стол на живот, помещать на близком расстоянии перед ним игрушки с целью стимуляции ползания. Показом сбоку яркой игрушки стимулируется поворачивание и переворачивание сначала со спины на живот, а потом с живота на спину (можно помочь ребенку, слегка подтягивая его за руку). В этом возрасте ни в коем случае не следует ни сажать, ни ставить ребенка.

Подвешивать игрушку над грудью ребенка нужно на уровне его вытянутых рук. В этом возрасте можно прикладывать игрушку к ладоням ребенка, побуждая захватить ее и удержать сначала двумя, а затем одной рукой.

Необходимо побуждать ребенка к активности при еде (невнимание к активности маленького ребенка при приеме пищи и, особенно, насильственное его кормление приводят к понижению аппетита и длительному неумению есть самостоятельно). С 4,5—5 месяцев следует приучать ребенка есть с ложки, снимая пищу губами, а не сосывая ее, как это делают дети первых месяцев жизни. Для воспитания этого навыка ложку с пищей подносят ко рту ребенка, вкладывая ему в рот, что побуждает малыша к соответствующим движениям.

Рекомендуемые игрушки: яркие целлулоидные погремушки, удобные для захватывания, кольца с привязанными к ним игрушками, колокольчики, звоночки. Игрушки в форме шариков и ячеек неудобны для захватывания в этом возрасте, так как они далеко откатываются при прикосновении ребенка, легко выскальзывают из его рук. Полезно давать ребенку для исследования кусочки различной по фактуре ткани (хлопок, шерсть, шелк, бархат). Полученные тактильные ощущения способствуют развитию мозга.

Воспитание ребенка от 6 до 12 месяцев. Темп развития ребенка в этом возрасте замедляется, общие движения происходят в основном в горизонтальном положении. Для нормального развития ребенка в этом возрасте необходимо своевременное овладение навыком ползания. Важно помнить тезис «ползать раньше, чем сидеть».

На этом возрастном этапе формируется понимание речи, развивается условная связь слова с предметом и действием. Понимание речи необходимо для развития активной речи.

В этом возрасте развивается мелкая моторика кисти и умение действовать с предметами: в 6—7 месяцев — превалирует самоподражание, в 8—9 месяцев — подражание взрослому, затем появляется предыгра.

Условия для развития и занятия с ребенком. Вначале стимулируют лепет, вступая в переключку с ребенком. Когда у него появляется лепет (6 месяцев), следует вызывать подражание произносимым слогам (с 6 месяцев) и простым словам: «мама», «дай», «киса» и др. (12 месяцев). Развивая понимание речи, нужно много разговаривать с ребенком, называть окружающих людей, предметы, действия, учить выполнению некоторых движений и действий по слову взрослого, вначале подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание (с 7—8 месяцев — «ладушки»,

«дай ручку», «до свидания», с 9—10 месяцев — «дай игрушку», имея ввиду, что ребенок должен найти данную игрушку среди нескольких других и подать ее и т.п.).

В 11—12 месяцев слова «нельзя» и «плохо» должны регулировать поведение ребенка.

В этом возрастном диапазоне ребенка побуждают к ползанию (с 5,5 — 6 месяцев), вставанию (с 7,5 месяцев), ходьбе с опорой (с 8—9 месяцев), а позднее (с 11—12 месяцев) и без нее, подманивая ребенка яркой игрушкой, ласково подзывая его к себе, иногда немного помогая ему.

В целях поддержания хорошего эмоционального тонуса, а также для гармоничного развития ребенка полезно проводить веселые игры — «догоню, догоню», «ладушки».

Для получения ребенком новых впечатлений и развития речи следует показывать животных, заводные игрушки, а с 10 месяцев — и картинки. Игрушки уже не подвешивают, а кладут в кроватку, манеж, на пол. Необходимо показывать элементарные действия с предметами, побуждая ребенка к подражанию.

Для воспитания навыков при приеме пищи необходимо:

- с 6,5 — 7 месяцев во время кормления давать ребенку в руку кусочек белого хлеба, печенья, приучать его есть самостоятельно;
- с 7 — 8 месяцев приучать ребенка пить из чашки (широкой), которую сначала держит взрослый, а потом сам ребенок (в 12 месяцев ребенок самостоятельно пьет из чашки);
- с 8—9 месяцев детей, умеющих сидеть, следует во время кормления сажать на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

Во время кормления ребенка первого года жизни надо следить, чтобы его лицо и платье были чистыми (приучение к аккуратности и выработка отрицательного отношения к неопрятности во время еды).

Воспитание гигиенических навыков — умывание рук, лица:

- необходимо воспитывать у ребенка положительное, спокойное отношение к процессу умывания;
- проводить умывание осторожно, не доставляя малышу неприятных ощущений;
- побуждать ребенка к активности при умывании;
- в 8—9 месяцев ребенок должен протягивать руки к струе воды.

Воспитание навыков саморегуляции физиологических отпавлений:

- с 5—6 месяцев следует держать ребенка над горшком после сна (если ребенок проснулся сухим), перед сном и периодически во время бодрствования, но не раньше, чем через 30 минут. После кормления, стараясь угадать появление у ребенка потребности к мочеиспусканию (не вызывая отрицательной реакции);
- в 8—9 месяцев ненадолго (на 3 минуты) высаживать на горшок в одно и то же время дня. Горшок должен быть теплым, подходить по размеру. Необходимо поддерживать у ребенка хорошее настроение,

сделав процедуру высаживания на горшок приятной. Приучать проситься на горшок, для чего сопровождать высаживание словами «пи-пи», «а-а», вызывая у ребенка подражание словам (к одному году ребенок спокойно относится к высаживанию, к 1 г .6 месяцам днем просится, а к 2 годам должен проситься и ночью). Ночью детей до одного года не следует высаживать, а менять мокрое белье — по мере надобности.

С 11—12 месяцев следует побуждать ребенка к активности при одевании и раздевании — протянуть ногу дня надевания колготок, сапожек, поднять руки при снятии платяца и др.

Рекомендуемые игрушки: разнообразные и более сложные, многокрасочные, звучащие игрушки из разного материала: куклы, птички, зайчики, рыбки и др. Для развития действия с предметами следует давать детям мячи и игрушки для катания, всевозможные легко открывающиеся коробочки, игрушечные кастрюльки для закрывания и открывания, пятистенные полые кубики, складные матрешки, небольшие пирамидки (из 2—3 толстых колец). Полезно использовать для той же цели пластмассовые и металлические мисочки, небольшие бидончики и т.д. Ребенок сможет вкладывать в них шарики и небольшие игрушки.

Воспитание и занятия с ребенком второго года жизни

На втором году с целью стимулирования понимания речи следует:

- увеличивать число запоминаемых слов (названия продуктов, мебели, одежды, животных, птиц, растений и др., названия частей тела, одежды и т.д., качества предметов, основных действий);
- укреплять связи между предметами и обозначениями их словами. Развивать понимание связей и отношений между предметами («птичка клюет зернышко»);
- научить выполнять инструкции и поручения взрослого: в первом полугодии состоящие из 1-2 действий, во втором полугодии — из нескольких звеньев («пойди туда-то», «возьми то-то», «принеси мне»).

С целью стимуляции активности речи необходимо:

- увеличивать число произносимых слов в первом полугодии до 30 простых («дай», «иди», «дядя») и звукоподражаний («ав-ав», «би-би»), во втором полугодии — до 300 и более сложных слов, не только существительных и глаголов, но и обозначающих качество предмета и отношение между предметами (наречия, глаголы, прилагательные и т.д.). Приучать употреблять в речи 2—3 сложные фразы и вносить в речь грамматические изменения;
- совершенствовать подражание звуко сочетаниям и словам, учить отвечать на речь взрослого не только движениями и действиями, но и доступными словами. Побуждать ребенка к воспроизведению слов, обозначающих знакомые предметы, которые в данное время отсутствуют («где же наш мячик?», «скажи, где же наш мячик?»).

Для развития движений нужно:

- совершенствовать и делать целевыми ходьбу (учить ходить по ограниченной и наклонной плоскости — по доске, перешагивать через одиночные препятствия, удерживать равновесие), лазанье (учить вле-

зять на стремянку, перелезть через бревно, подлезть под скамейкой), бросание (учить бросать мяч в корзинку). Во втором полугодии развивать умение бегать. Учить простейшим элементам пляски. Прыгать с высоты дети второго года жизни не должны из-за особенностей анатомического строения стопы (плоскостопие);

- развивать (во втором полугодии) различные подражательные движения («как мишка ходит», «как зайка бежит»);
- приучать выполнять различные действия, движения по словесному предложению, а в конце года даже по словам (стишки, песенки, сначала одному, а потом и группе детей).

Различные действия с предметами:

- научить ребенка внимательно наблюдать за действиями взрослого и воспроизводить их;
- обучать проделывать с предметами и сюжетными играми разнообразные целевые действия (в первом полугодии — закрывать и открывать, снимать и надевать, во втором полугодии — наливать жидкость, насыпать песок в просторную посуду и т.д.); сюжетная игра на втором году жизни только зарождается (ребенок воспроизводит отдельные действия шофера, продавца и т.д.);
- развивать умение доводить до конца освоенное действие (например, собрать всю пирамидку);
- использовать занятия с предметами для развития речи (называть предметы, их свойства, действия с ними).

Воспитание навыков при приеме пищи:

- с 1 года 2 месяцев во время кормления необходимо давать ребенку в руку десертную или чайную ложку, направляя ее ему в рот своей рукой (ребенок сначала держит ложку в кулачке);
- с 1 года 4-5 месяцев следует побуждать ребенка самостоятельно есть густую пищу, а затем жидкую, лишь помогая ему регулировать движения. Учить самостоятельно пользоваться салфеткой (в 1 г. 6 месяцев ребенок ест ложкой любую пищу, но еще нередко проливает ее, пользуется сам салфеткой при напоминании). К двум годам ест аккуратно, не обливается, пользуется салфеткой без напоминаний.

Воспитание гигиенических навыков:

- на втором году жизни ребенок должен уметь снять низко висящее полотенце, потереть руки мылом;
- с 1 года 2-4 месяцев следует обращать внимание на грязные руки, лицо, мокрый нос, вызывать отрицательное отношение к грязи (словом, тоном), тотчас вымыть ребенку запачканные руки, вытереть нос, добиваясь, чтобы ребенок привыкал быть чистым и впоследствии сам просил вымыть его или вытереть;
- с 1 года 6 месяцев необходимо учить самостоятельно пользоваться носовым платком, обращая внимание ребенка на грязный нос и предлагая вытереть его (к двум годам по мере необходимости он сам пользуется платком).

Воспитание навыков одевания и раздевания:

- с 1 года ребенок может самостоятельно стянуть колготки, сапожки, кофточку (в 1 год 2-3 месяца ребенок охотно сам пытается раздеваться и одеваться);
- с 1 года 6 месяцев снимает и надевает колготки, штанишки, расшнуровывает ботинки;
- с двух лет снимает и надевает с помощью взрослого часть туалета в определенной последовательности — платье, штанишки, рубашку. При раздевании аккуратно складывает одежду на стул.

Рекомендуемые игрушки: пирамидки, более сложные матрешки, песочницы, обручи, игрушечные телефоны, мячи. Сюжетные игрушки: одетые куклы, кукольная мебель, алюминиевая посуда, игрушечные животные. Примитивный строительный материал. Различные тачки, тележки, машины, «мелочь» в мешочке или коробочке (с 1 года 6 месяцев). Песок (с 1 года 6 месяцев) и вода (к концу второго года) для игры. Заводные игрушки, живые животные для показа и рассказа, простые музыкальные инструменты, вроде барабана или бубна. Мыльные пузыри.

Для игры детей второго года жизни следует оборудовать уголок в комнате, покрыть пол чистым ковриком, т.к. в этом возрасте ребенок любит играть один на полу.

Воспитание и занятия с ребенком третьего года жизни

С целью дальнейшего развития понимания речи следует:

- показывать все новые и более сложные предметы, действия, картинки, сопровождая знакомство с ними словесными пояснениями. Обогащать впечатления ребенка;
- приучать понимать устную речь без сопровождения наглядными образами, слушать небольшие рассказы, короткие стихотворения.

С целью стимуляции активной речи нужно:

- учить говорить предложениями, правильно произносить слова и изменять окончания слов, согласовывать слова в фразах;
- продолжать развивать у ребенка эмоциональную выразительность голоса, побуждать к подпеванию и пению;
- вызывать активные высказывания ребенка — учить передавать словами впечатления (рассказ по картинке и т.д.), отвечать на вопросы.

Для развития движений необходимо:

- способствовать дальнейшему развитию координации общих движений (одновременные, экономичные и ловкие движения рук и ног) при ходьбе, беге, лазаньи, бросаний (устранять лишние движения);
- приучать по сигналу приостанавливать движения, переходить от одного движения к другому, изменять темп движения;
- развивать чувство ритма, вводить танец под музыку;
- продолжать развивать координацию мелких движений, игру и действия с предметами;
- освоенные с помощью взрослых предметы передаются для самостоятельной деятельности (следить, чтобы предметы использовались ребенком правильно, закреплять приобретенные умения);

- развивать сюжетные игры, основанные на подражании взрослому и старшим детям, стимулировать инициативу и выдумку ребенка в игре;
- при пользовании предметами уточнять их число, цвет, размер и т.д. — заставляя называть эти свойства предметов, подбирать их по заданию.

При воспитании навыков при приеме пищи в этом возраста необходимо обратить внимание на воспитание с помощью словесных указаний и собственного примера культурного поведения за столом — держать ложку в правой руке, а хлеб — в левой, не размачивать хлеб в супе, чае, не выходить из-за стола с полным ртом, говорить «спасибо».

Воспитание гигиенических правил:

- под контролем взрослого ребенок может самостоятельно намылить руки, не обливаясь, вымыть лицо и руки под узкой струей воды, вытереть их насухо;
- следует приучать ребенка по собственной инициативе умываться утром и вечером, мыть руки перед едой или после загрязнения, вытираться только своим полотенцем (в 3 года ребенок хорошо и аккуратно моет руки, вытирает их, вытирает нос и др.);
- Ребенка 2—3 года жизни можно высаживать на горшок ночью не более одного раза, если он в этом нуждается, предварительно выяснив, в какое время у него возникает такая потребность. Если ребенок всю ночь спит сухим, его не высаживают.

Навыки одевания и раздевания:

- с 2 лет 6 месяцев ребенок может самостоятельно расстегивать и застегивать пуговицы, развязывать и завязывать шнурки (к 2 годам ребенок снимает некоторые предметы туалета — колготки, ботинки, штанишки, а в 2 года 6 месяцев одевается и раздевается сам, но без застегивания и расстегивания пуговиц, развязывания шнурков);
- в 3 года ребенок одевается и раздевается почти самостоятельно, может застегивать пуговицы, завязывать шнурки.

Рекомендуемые игрушки: те же, что для детей второго года жизни, но более сложные, например, велосипед, строительные материалы различной величины и формы, более разнообразная игрушечная мебель и посуда, наборы — конструкторы, предметы одежды и др. Более сложные картинки и первые книжки для раскрашивания, пластилин или глина, первое лото, живые животные, птички, рыбки, диапроектор для показа и рассказа. Необходимы целевые прогулки и экскурсии для расширения кругозора ребенка.

Общие задачи воспитания ребенка, связанные с формированием его как будущего члена коллектива. Особое внимание на втором—третьем году жизни ребенка имеют:

- выработка умения самостоятельно заниматься, не мешая старшим (на втором году), играть друг с другом (жалеть «обиженного», помочь «пострадавшему»), поддерживать порядок в игрушках, беречь их;
- приучение к самообслуживанию и взаимопомощи;
- развитие любознательности, смелости, настойчивости, стремление преодолеть препятствия и довести начатое дело до конца.

По окончании периода раннего детства воспитательный процесс осуществляется педагогами, медицинские аспекты в воспитании постепенно отходят на второй план.

Нервно-психическое развитие идет в теснейшем контакте с физическим развитием и является одной из составных частей здоровья. Нарушение или отставание в физическом развитии часто приводит к задержке нервно-психического развития. У ребенка, часто болеющего, физически ослабленного задерживается формирование условных рефлексов, различных умений, трудно вызывается радость. Поэтому врачу-педиатру необходимо помочь родителям создавать оптимальные условия для развития ребенка.

Профилактика фоновых заболеваний детей раннего возраста

Профилактика рахита

Профилактика рахита складывается из антенатальной и постнатальной. Она может быть специфической и неспецифической.

Антенатальная неспецифическая профилактика рахита начинается еще задолго до рождения малыша. Беременная женщина должна соблюдать режим дня с достаточным отдыхом днем и ночью. Очень важно, чтобы она ежедневно, в любую погоду не менее 1-2-х часов находилась на свежем воздухе.

Большое значение имеет рациональное питание беременной женщины (ежедневное употребление не менее 170 г мяса, 70 г рыбы, 50 г творога, 15 г сыра, 220 г хлеба, 500 г овощей, 300 г свежих фруктов, 150 мл сока, 500 мл молока или кисломолочных продуктов). Лучшим пищевым источником кальция являются молочные продукты (сыры, молоко, кефир, творог) (*см. раздел «Антенатальная охрана плода»*).

В настоящее время разработаны специальные молочные напитки, предназначенные для женщин во время беременности и кормления грудью, способные предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена у матери, плода и младенца во время беременности и кормления грудью. Подобные молочные напитки для мам содержат высококачественные сывороточные белки, обладающие высокой питательной ценностью, углеводы (лактозу), стимулирующие рост нормальной микрофлоры кишечника, а также всасывание кальция и магния в кишечнике.

При их отсутствии можно рекомендовать курсовой прием поливитаминных препаратов и препаратов кальция. Согласно методическим рекомендациям МЗ СССР «Профилактика и лечение рахита у детей раннего возраста» (1990), для полного обеспечения организма матери и плода всеми необходимыми питательными веществами показан регулярный ежедневный прием в течение всей беременности поливитаминного препарата «Гендевит» в количестве одного драже 1 или 2 раза (в зависимости от состояния питания и здоровья женщины).

В настоящее время преимущество отдается специальным препаратам, содержащим витамины, минеральные вещества и микроэлементы («Матерна Витрум пренал», «Нова вита», «Олиговит», «Прегнавит», «Мульти-табс с бета-каротином» и др.).

Аntenатальная специфическая профилактика рахита. Всем беременным в зимний и весенний периоды года с 28 по 32 недели назначается витамин D в дозе 400 МЕ в сутки. Беременным женщинам из группы риска (нефропатия, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ревматизм) витамин D назначается в той же дозе вне зависимости от времени года.

Постнатальная неспецифическая профилактика рахита прежде всего предусматривает организацию правильного питания. Наилучшим для ребенка является грудное вскармливание. Для успешной и продолжительной лактации кормящая женщина должна уделять внимание соблюдению режима дня и рациональному питанию (см. раздел «Организация наблюдения за новорожденными»).

Целесообразно продолжать прием поливитаминных препаратов и вышеуказанных специальных молочных напитков (не менее 3 стаканов в день), начатый еще во время беременности.

При отсутствии грудного молока рекомендуются современные адаптированные смеси, имеющие сбалансированное соотношение кальция и фосфора (соответственно 1,2:2,0) и содержащие колекальциферол (витамин D₃). В настоящее время при использовании современных адаптированных заменителей женского молока не рекомендуется раннее введение прикормов.

Следует отметить, что дети, не имеющие факторов риска по развитию рахита и находящиеся на вскармливании современными адаптированными смесями, содержащими все необходимые витамины и микроэлементы в физиологических дозах, не нуждаются в дополнительном приеме поливитаминных препаратов.

Чтобы малыш рос здоровым, нужно вовремя использовать все методы профилактики рахита. Особенное внимание нужно уделять физическому развитию ребенка и его закаливанию. Помимо прогулок на свежем воздухе, водных процедур, большое значение при рахите имеют лечебная гимнастика и массаж, которые должны проводиться регулярно, длительно, с постепенным и равномерным увеличением нагрузки.

Постнатальная специфическая профилактика рахита проводится всем детям (доношенным и недоношенным) витамином D в течение первых двух лет, исключая летние месяцы. В летний период при недостаточной инсоляции (пасмурное, дождливое лето), особенно в северных регионах России, также целесообразно назначать витамин D с профилактической целью.

Профилактическая доза для доношенных детей раннего возраста составляет 400 МЕ в сутки и назначается с 4-недельного возраста.

Специфическая профилактика рахита недоношенным детям проводится с 10—14 дня жизни:

- при недоношенности I степени — по 400—500—1000 МЕ в сутки;
- при недоношенности II степени — по 1000—2000 МЕ в сутки.

Профилактика проводится в течение 1,5—2 лет (на 2-м году профилактики доза снижается до 400 МЕ).

Для специфической профилактики рахита целесообразно использовать препараты, содержащие витамин D₃ (колекальциферол) (табл. 42).

Ребенку, перенесшему рахит, витамин D назначается в дозе 200—400 МЕ с ноября по апрель в течение 2— 2,5 лет

В настоящее время в России зарегистрированы водорастворимый витамин D₃ (фирмы «Терполь») и масляный раствор витамина D₃, или вигантол (фирмы «Мерк»). Водорастворимый витамин D₃ имеет значительные преимущества: он быстрее всасывается из ЖКТ, хорошо переносится и удобно дозируется. Особенно показан этот препарат недоношенным детям, имеющим незрелость ферментов кишечника.

Таблица 42

Препараты витамина D

Наименование препарата	Содержание витамина D в 1 мл	Содержание витамина D в 1 капле
Водный раствор колекальциферола (D ₃) — «Аквадетрим»	—	500 МЕ
Масляный раствор колекальциферола (D ₃) — «Вигантол»	20000 МЕ	500 МЕ
Раствор эргокальциферола в масле 0,0625% (D ₂)	25000 МЕ	625 МЕ
Раствор эргокальциферола в масле 0,125% (D ₂)	50000 МЕ	1250 МЕ

Противопоказаниями к назначению профилактической дозы витамина D могут быть: идиопатическая кальциурия (болезнь Вильямса-Бурне), гипофосфатемия, органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноза.

Дети с малыми размерами большого родничка или его ранним закрытием имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина D. При нормальных показателях прироста окружности головы и отсутствии признаков органической патологии ЦНС специфическая профилактика рахита у этих детей проводится по обычной методике. В отдельных случаях им можно проводить отсроченную специфическую профилактику рахита, начиная с 3—4 месяца жизни.

УФО с профилактической целью назначается с $\frac{1}{8}$ биодозы до $1\frac{1}{5}$ биодоз (минимальное расстояние — 1 м) ежедневно или через день в течение 24—26 дней.

У детей, находящихся на естественном вскармливании, родившихся недоношенными, необходимо контролировать **достаточное поступление с пищей минеральных веществ, в первую очередь солей кальция и фосфора**, и при их дефиците проводить коррекцию питания или назначать препараты кальция и фосфора кормящей женщине или ребенку. В последнее время вновь рекомендуют использовать кальцинированный творог.

Кальцинированный творог готовят путем добавки 10% хлористого кальция в количестве 19,0 мл на 1 л коровьего молока, которое нагревают до кипения (не кипятят) и, быстро сняв с огня, охлаждают до комнатной температуры, затем процеживают.

Хорошим источником солей кальция является яичная скорлупа — по $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ чайной ложки с лимонным соком (в разведении водой 1:4) или с раствором цитратной смеси в течение 10—12 дней по 1 чайной ложке 3 раза в день.

Препараты кальция назначают детям, находящимся на естественном вскармливании в первом и втором полугодии жизни в течение трех недель. Доза глицерофосфата кальция составляет 0,05 г (2—3 раза в день), глюконата кальция — 0,15—0,25 г (2—3 раза в день). Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, в дополнительном приеме препаратов кальция обычно не нуждаются.

Профилактика железодефицитной анемии

Аntenатальная профилактика: всем женщинам во второй половине беременности целесообразно профилактическое назначение пероральных ферропрепаратов или поливитаминов, обогащенных железом.

Постнатальная профилактика: естественной профилактикой **ЖДА у детей первых месяцев жизни** является исключительно грудное вскармливание до 4—6 месяцев жизни. Известно, что концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2—0,4 мг/л, однако этого достаточно для обеспечения потребностей растущего организма младенца в железе, благодаря его высокой биодоступности. Показано, что в организме ребенка четырех месяцев, получающего грудное молоко в объеме 800 мл/сутки, абсорбция железа из него достигает 50%, что составляет 0,12 мг/сутки.

При искусственном вскармливании целесообразно использовать обогащенные железом смеси (табл. 43) у детей, относящихся к группе риска по развитию ЖДА (недоношенные, маловесные дети), что является высокоэффективной мерой профилактики дефицита железа. Содержание железа в «последующих» молочных смесях возрастает до 10—14 мг/л.

Таблица 43

Заменители грудного молока, обогащенные железом

Название смеси	Производитель	Fe, мг/100мл
«НАН 1»	«Нестле», Швейцария	0,8
«Нестожен»	«Нестле», Швейцария	0,84
«Нэнни Новая Зеландия»	«Вайтакер», Великобритания	0,85
«Дамил»	«АРЛА ФУДС Ингредиенте», Дания	0,89
«Симилак с железом»	«Эббот Лабораториз», США	0,91
«Галлия 1»	«Данон», Франция	1,0
«Фрисомел»	«Фризленд Н्यूтришн», Голландия	1,0
«СМА ГОЛД»	«Вайт-Лейдерле», США	1,2
«Энфамил Юниор»	«Мир Джонсон», США	1,2
«Нутрилон 2»	«Нутриция», Нидерланды	1,3
«Энфамил 2»	«Мир Джонсон», США	1,2
«Галлия 2»	«Данон», Франция	1,4
«Бebelак 2»	«Истра-Нутриция», Россия-Нидерланды	1,3

К моменту удвоения массы тела ребенка (5—6 месяцев) в его организме антенатальные запасы железа истощаются. С этого периода организм ребенка становится абсолютно зависимым от количества элемента, поступающего с пищей. Включение в питание детей продуктов прикорма, обогащенных железом (фруктовые соки, фруктовые и овощные пюре, instantные каши) заметно повышает количество железа, поступающего с пищей в организм ребенка. Необходимо своевременное (с 6—7 месяцев) введение мясного пюре.

Согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ, использование коровьего молока в питании детей до 9 месяцев не рекомендуется. Оптимальным сроком введения неадаптированных молочных продуктов, в первую очередь коровьего молока, в рацион питания детей раннего возраста является 12 месяцев.

Железо всасывается в двух формах (табл. 44):

- гемовой (10%), источниками которой являются гемоглобин и миоглобин в составе продуктов животного происхождения, таких как мясо, рыба, птица;
- негемовой (90%), находящейся в продуктах растительного происхождения, таких как овощи, фрукты, злаки, а также молоко.

Количество железа, поступающее в течение суток с пищей, содержит 10—12 мг железа (гемовое + негемовое), но только 1—1,2 мг микроэлемента из этого количества абсорбируется. Железо, содержащееся в продуктах в виде гема (мясо, печень, рыба), лучше усваивается в организме, чем из других соединений, и составляет 17—22%.

Таблица 44

Содержание железа в продуктах животного происхождения *

Продукты	Суммарное содержание Fe (мг/100 г)	Основные железосодержащие соединения
Печень	6,9	ферритин, гемосидерин
Язык говяжий	4,1	гем
Мясо кролика	3,3	гем
Мясо индейки	1,8	гем
Мясо курицы	1,6	гем
Говядина	2,8	гем
Скумбрия	1,7	ферритин, гемосидерин
Сазан	0,8	ферритин, гемосидерин
Судак	0,5	ферритин, гемосидерин
Хек/треска	0,7	ферритин, гемосидерин

Продукты растительного происхождения, несмотря на высокое содержание железа в некоторых из них (табл. 45), не обеспечивают потребность растущего детского организма, так как содержащиеся в них танины, фитины, фосфаты образуют с железом нерастворимые соединения и выводятся с калом. Неблагоприятно влияют на абсорбцию железа практически неперевариваемые пищевые волокна, которыми богаты крупы, свежие овощи, фрукты. Железо, фиксируясь на их поверхности, выводится с калом. Повышают биодоступность и абсорбцию железа аскорбиновая кислота, животный белок (мясо, рыба).

Таблица 45

Содержание железа в растительных продуктах (мг/100 г)*

Продукты	Железо	Продукты	Железо
Морская капуста	16	Укроп	1,6
Шиповник свежий	11,5	Капуста цветная	1,4
Гречка	6,7	Капуста брюссельская	1,3
Геркулес	3,6	Свекла	1,4
Толокно	3,0	Курага	3,2
Пшено	2,7	Инжир	3,2
Кукуруза	2,7	Чернослив	3,0
Орехи	2,0-5,0	Хурма	2,5
Хлеб бородинский	3,9	Груша	2,3
Сушки простые	2,9	Яблоки	2,2
Батон нарезной	2,0	Алыча	1,9
Чечевица, зерно	11,8	Облепиха	1,4
Соя, зерно	9,7	Смородина черная	1,3
Горох, зерно	6,8	Шиповник	1,3
Шпинат	3,5	Земляника	1,2
Щавель	2,0	Малина	1,2
Петрушка	1,9	Гранаты	1,0

*Химический состав российских пищевых продуктов (под ред. И.М.Скурихина, В.А.Тутельяна), 2002.

Необходимо отметить также, что продукты из мяса, печени, рыбы в свою очередь увеличивают всасывание железа из овощей и фруктов при одновременном их применении.

Большая часть поступающего с пищей железа представлено негемовой его формой. Биодоступность железа во многом зависит от преобладания в рационе факторов, ингибирующих либо потенцирующих кишечную ферроабсорпцию (WHO, 1989) (табл. 46).

Таблица 46

Факторы, усиливающие и ингибирующие всасывание негемового железа в кишечнике
(Monsen E. R., 1978; WHO, 1989)

Усиливают ферроабсорпцию	Снижают ферроабсорпцию
Аскорбиновая кислота	Соевый протеин
Мясо (белок)	Фитаты
Мясо птицы (белок)	Кальций
Рыба (белок)	Пищевые волокна (образуется соединение инозитола с фосфатами, снижающее абсорпцию железа)
Молочная кислота	Полифенолы, содержащиеся в бобах, орехах, чае, кофе и некоторых овощах

Детям, угрожаемым по анемии (недоношенным, детям от многоплодной беременности, родившимся с крупной массой тела, имеющим бурные темпы массо-ростовой прибавки), с двух месяцев до конца первого полугодия рекомендуется профилактический прием препаратов железа в дозе, равной $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ суточной терапевтической дозы элементарного железа (1,0—1,5 мг/кг/сутки).

Требования к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике:

- достаточная биодоступность;
- высокая безопасность;
- хорошие органолептические характеристики;
- лекарственные формы, удобные для пациентов различных возрастов;
- комплаентность.

В наибольшей степени этим требованиям отвечают препараты железа(III)—гидроксид полимальтозного комплекса («Феррум Лек», «Мальтофер»), поэтому во всех случаях предпочтительно назначение этих препаратов в соответствующей возрасту форме: детям раннего возраста назначают капли, сироп (табл. 47).

Таблица 47

Препараты железа, применяемые у детей раннего возраста

Препарат	Количество активного железа в препарате
«Феррум Лек», сироп	в 1 мл — 10 мг
«Мальтофер», капли	в 1 капле — 2,5 мг
«Гемофер», капли	в 1 капле — 1,5 мг
«Актиферрин», капли	в 1 капле — 0.53 мг

Хорошо известно, что солевые препараты железа в просвете кишечника взаимодействуют с компонентами пищи, лекарствами, затрудняя абсорбцию железа. В связи с этим солевые препараты железа рекомендуют назначать за один час до приема пищи, постепенно увеличивая дозу.

Назначение препаратов Fe (III)—гидроксид полимальтозного комплекса не требует применения методики постепенного наращивания дозы. Препараты этой группы назначаются сразу в необходимой дозе.

Профилактика гипотрофии

Профилактику гипотрофии следует начинать еще в антенатальный период. Они направлены на своевременное выявление и лечение заболеваний у женщин, на профилактику и лечение токсикозов беременности, организацию правильного режима, сна, труда женщины.

С этой целью разработаны специальные режимы, определены показания для перевода беременных на более легкую и лишенную производственных вредностей работу.

Большое значение имеет соблюдение основных принципов питания, которые изложены в специально разработанных методических рекомендациях.

Профилактика врожденной гипотрофии: при осложненном течении беременности связана с ранним ее выявлением и своевременным проведением лечебных мероприятий, направленных на устранение явлений гипоксии, нормализацию функции плаценты, улучшение трофики и функциональной зрелости плода.

Учитывая, что нарушение внутриутробного развития плода создает условия, предрасполагающие к осложненному течению родов и возникновению у ребенка асфиксии, аспирационного синдрома, внутричерепной родовой травмы, следует обратить внимание на совершенствование методов родоразрешения, своевременное и четкое проведение целенаправленных реанимационных мероприятий у этих детей.

Необходимо четко организовать систематический патронаж новорожденных детей сестрой и врачом. Большое внимание следует уделять созданию оптимального температурного режима, регулярному (не менее 3—4 раз в сутки) проветриванию и влажной уборке (2—3 раза в день) помещения, где находится ребенок, гигиене его одежды. Особой тщательности требует уход за кожей ребенка.

Необходимо своевременно проводить профилактику рахита, анемии, гиповитаминозов, осуществлять мероприятия, направленные на улучшение лактации и предупреждение гипогалактии.

Первостепенное значение в профилактике и лечении гипогалактии имеет полноценное питание матери, правильный режим питания, сна, отдыха, достаточное пребывание на свежем воздухе.

Особую роль в профилактике гипотрофии играет рациональное вскармливание и питание детей. Необходимо тщательно осуществлять контроль за вскармливанием ребенка, начиная с первых дней жизни, взвешивать его до и после кормления, учитывать объем фактически съеденной пищи, проводить

расчеты основных пищевых компонентов и своевременно проводить коррекцию.

При смешанном и искусственном вскармливании в целях профилактики гипотрофии целесообразно назначать адаптированные молочные смеси, которые по содержанию белка, солей, аминокислотному, жирнокислотному и витаминному составу максимально приближены к составу женского молока: «НАН 1», «НАН ГА 1», НАН Кисломолочный 1 и 2» Нестле Швейцария, «Нутрилон 1», «Нутрилон Комфорт 1» («Нутриция»), «Малютка 1» («Истра-Нутриция», россия), «Агуша-1», «Галия-1» (Франция), «Мамекс Плюс» (Дания), «Фрисолак» (Голландия), «ХиПП 1» (Австрия).

Необходимо своевременно и правильно вводить прикормы, фруктовые и овощные соки, пюре. Нельзя допускать насильственного кормления, так как это может приводить к появлению отрицательных реакций на пищу и развитию анорексии.

Кормить детей следует в спокойной обстановке, нецелесообразно в это время развлекать их пением песен, показом ярких игрушек и т.д., так как это отвлекает от еды.

Диетопрофилактика пищевой аллергии у детей из групп высокого риска по развитию атопии

Для ранней профилактики необходимо: знание основных причин формирования атопии у детей; выделение групп высокого «риска» по ее развитию; максимально отсроченное введение высоко аллергенных продуктов или их полная элиминация из питания грудных детей с наследственной предрасположенностью к развитию атопических заболеваний; устранение контактов с неблагоприятными факторами окружающей среды, прежде всего с табачным дымом.

Диетопрофилактика является важным методом предупреждения аллергии. Опыт отечественной школы детских нутрициологов и педиатров указывает на важность соблюдения сбалансированной *гипоаллергенной диеты*, содержащей полноценный белок, обогащенной витаминами, минеральными веществами, в первую очередь кальцием, полиненасыщенными жирными кислотами и другими незаменимыми факторами питания, необходимыми для адекватного состояния беременной женщины и развивающегося плода.

Важным фактором профилактики аллергии является сохранение грудного вскармливания до 4—6 месяцев.

При невозможности осуществления естественного вскармливания необходимо отсрочить контакт ребенка с белками коровьего молока. Для этого в питании детей используют специализированные смеси, созданные на основе гидролизатов молочного белка.

Высоко гидролизированные смеси обеспечивают более существенную защиту от аллергии в раннем возрасте.

Вместе с тем предполагается, что использование частичных гидролизатов («НАН ГА 1 и 2, Нутрилак ГА, Нутрилон ГА 1 и 2», Фрисолак ГА 1 и 2,

ХиПП ГА 1 и 2, Хумана ГА 1 и 2), в отличие от высоко гидролизированных смесей, обеспечивает формирование оральной толерантности.

Частично гидролизированные смеси более физиологичны по сравнению с продуктами, созданными на основе высоко гидролизованного белка, так как содержат лактозу. Лактоза обладает следующими ценными свойствами:

- стимулирует рост бифидобактерий;
- способствует всасыванию ряда минеральных веществ: кальция, магния, марганца;
- является источником галактозы, необходимой для синтеза галактоцереброзидов головного мозга, участвующих в миелинизации нейронов.

Преимуществом гипоаллергенных смесей является не только низкая аллергенность, но и лучшие вкусовые качества и относительно меньшая стоимость.

С большой осторожностью следует относиться к введению прикорма детям из групп «высокого риска» по развитию аллергических заболеваний. Его введение целесообразно начинать с 5—6 месяцев.

Предпочтение рекомендуется отдавать продуктам с низким аллергизирующим потенциалом:

- светлым сортам ягод, фруктов и овощей;
- гипоаллергенным безмолочным безглютеновым кашам;
- свинине, конине, индейке, мясу кролика;
- целесообразно использовать специализированные детские консервы промышленного производства.

В период начала введения прикорма следует ограничить ассортимент вводимых продуктов (например, только один вид зерновых, 1—2 овоща, 1—2 фрукта, один вид мяса).

Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение (ДОУ)

Цель этой работы — привести психофункциональные возможности ребенка в соответствие с предъявляемыми ему требованиями новой микросоциальной среды. Поэтому она должна осуществляться задолго до того, как ребенок поступит в дошкольное учреждение.

Всю организационную и методическую работу детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в ДОУ возглавляет заведующий педиатрическим отделением. Подготовка осуществляется участковым врачом — педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета здорового ребенка и состоит из двух основных разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка — это проведение систематических, начиная с периода новорожденности, профилактических осмотров детей на педиатрическом участке, комплексной оценки здоровья и назначение индивидуальных оздоровительных и корригирующих мероприятий.

При подготовке детей раннего возраста к поступлению в ясли необходимо учитывать, что легче адаптация к ДОУ протекает у детей первого полугодия жизни и старше 1,5 лет, а тяжелее — в возрасте с 7 до 18 месяцев. Это связано с различной реакцией организма детей на изменение микро-социальной среды:

- 1) в первое полугодие жизни прочный динамический стереотип еще не сформирован, поэтому привыкание к новым условиям протекает легко;
- 2) возраст с 7 до 18 месяцев жизни характеризуется установлением прочного динамического стереотипа за счет активного взаимодействия ребенка с окружающей средой. Однако способность к его перестройке и формированию новых коммуникативных отношений с детьми и взрослыми ограничена. Поэтому в этот период адаптация к новой социальной среде протекает тяжелее, чем в первые 6 месяцев жизни;
- 3) в возрасте старше 18-ти месяцев дети могут быть ориентированы на предстоящее изменение условий посредством речевого общения. Это обеспечивает более быструю перестройку динамического стереотипа и облегчает социальную адаптацию.

Специальная подготовка начинается не позднее, чем за 6 месяцев до поступления ребенка в детское дошкольное учреждение. Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в ДДУ. В форме № 112/у в листе уточненных диагнозов ставится отметка о начале подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение.

Специальная подготовка включает в себя следующие мероприятия:

- прогнозирование течения адаптации;
- санитарно-просветительную работу с родителями;
- комплексную оценку состояния здоровья ребенка;
- проведение оздоровительных мероприятий;
- реабилитацию детей с выявленными нарушениями здоровья.

Прогнозирование течения адаптации к ДДУ

Для прогноза наиболее информативными являются следующие признаки, расположенные в порядке уменьшения значимости:

Для детей раннего возраста при поступлении в детские ясли:

- 1) частые заболевания матери;
- 2) несоответствие домашнего режима ясельному
- 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев;
- 4) токсикоз второй половины беременности;
- 5) заболевания у матери во время беременности;
- 6) вредные привычки у ребенка;
- 7) асфиксия при рождении;
- 8) низкий культурный уровень семьи;
- 9) злоупотребление алкоголем отца;
- 10) резкие отношения между родителями;
- 11) отставание в НПР;
- 12) раннее искусственное вскармливание;
- 13) рахит 2—3 степени;
- 14) отсутствие закаливания и подготовки к яслям;
- 15) 2-я и 3-я группы здоровья;
- 16) масса тела при рождении менее 2,5 и более 4 кг;
- 17) частые заболевания отца;
- 18) заболевания ребенка на первом году жизни;
- 19) содержание гемоглобина менее 116 г/л;
- 20) хронические заболевания у родителей.

Для дошкольников при поступлении в детский сад:

- 1) частые заболевания ребенка (более 4-х раз в год);
- 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям;
- 3) злоупотребление алкоголем отца;
- 4) резкие отношения между родителями;
- 5) неправильное воспитание до поступления в детский сад;
- 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям;
- 7) злоупотребление алкоголем матерью;
- 8) мужской пол ребенка;
- 9) медленная ориентация в новой среде;
- 10) низкий культурный уровень семьи;
- 11) осложнения в родах;
- 12) масса тела при рождении до 2,5 кг;
- 13) отклонения в физическом развитии.

При наличии у ребенка 4—5 и более факторов риска, особенно указанных выше под № 1—6, наиболее вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.

Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды — в начале подготовительной работы (за 6 месяцев до поступления в ДДУ) и непосредственно перед поступлением детей в детское дошкольное учреждение.

Санитарно-просветительная работа с родителями. Ее цель — научить родителей основным приемам подготовки детей к поступлению в дошкольное учреждение. Основные формы санитарно-просветительной работы:

- организация «Школы матерей» и проведение родительских конференций со следующей медицинской и педагогической тематикой: «Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение», «Организация режима дня ребенка в период привыкания к условиям детских яслей и сада», «Питание детей раннего и дошкольного возраста», «Закаливание детей и профилактика простудных заболеваний», «Режим дня детей первых трех лет жизни», «Вредные привычки у детей и пути их устранения», «Роль игрушки в воспитании ребенка» и др. В проведении родительских конференций принимают участие заведующий отделением, опытные врачи и педагоги дошкольного учреждения. Конференции проводятся один раз в месяц по фиксированным дням. Возможно заочное обучение, для чего в детской поликлинике должны быть оформлены папки по указанным темам;
- оформление витрин, стендов, уголков для родителей детей, поступающих в ясли и сад, в которых отражаются основные моменты этой подготовки. Необходимо иметь стендовую справку о том, какие документы и анализы нужны при устройстве ребенка в детское учреждение;
- организация для родителей консультаций педагогов ДОУ один-два раза в неделю по фиксированным дням. Целью этих консультаций является освещение вопросов воспитания детей в семье и подготовке их к поступлению в образовательные учреждения.

За 1—2 месяца до поступления ребенка в ДОУ в процесс подготовки активно включается персонал дошкольного учреждения. Необходимо объяснить родителям правила приема и возможные изменения в поведении ребенка при адаптации к новым микросоциальным условиям, а также мероприятия по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода. Работники детского учреждения при непосредственном контакте с ребенком и родителями изучают его индивидуальные особенности, условия воспитания и быт. Это позволяет им осуществлять индивидуальный подход к детям в период адаптации.

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. За 2—3 месяца до поступления проводятся профилактические осмотры детей врачами-специалистами (окулистом, неврологом, отоларингологом, хирургом, стоматологом) и участковым педиатром, проводятся лабораторные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов). Желательно, чтобы к моменту поступления в ДОУ ребенок был привит в соответствии с календарем профилактических прививок. Непосредственно перед поступлением в ДОУ проводится бактериологическое исследование кала.

Проведение оздоровительных мероприятий, направленных на повышение резистентности и расширение адаптационных возможностей организма: организация домашнего режима дня, максимально приближенного к режиму детского учреждения, рациональное питание, фитопрофилактика, фи-

зическое воспитание и закаливание, массаж общий и массаж биологически активных точек (БАТ).

Реабилитация детей с выявленными нарушениями здоровья.

На этом этапе обязательно привлекаются врачи-специалисты по профилю имеющейся у ребенка патологии.

В случае острого заболевания в период подготовки к ДОУ ребенок может быть направлен в детский коллектив не ранее, чем через 2 недели после выздоровления.

Работа по подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение отражается в истории развития ребенка (форма №112/у). Участковый врач делает записи о начале и окончании подготовки, о результатах профилактических осмотров и проведенном оздоровлении и реабилитации, пишет эпикриз в истории развития ребенка и выписку для ДОУ по унифицированной форме с указанием прогноза адаптации, дает рекомендации на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию, индивидуальному подходу, лечебно-оздоровительным мероприятиям. Родителям выдается выписка из истории развития на ребенка, впервые идущего в ДОУ, и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.

Контроль состояния здоровья детей в периоде адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в ДОУ. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией» (табл. 48), первая страница которого заполняется педагогами-воспитателями; вторая страница — медицинскими работниками. В период адаптации ребенка «Лист наблюдения за адаптацией» находится у воспитателя.

Медицинская сестра при участии воспитателя ДОУ осуществляет наблюдение за адаптацией детей по следующим критериям.

1 критерий — динамика эмоционально-поведенческих реакций.

Контроль эмоционально-поведенческих реакций воспитатель в детских яслях проводит ежедневно.

С помощью специальных шкал (табл. 49) оцениваются следующие поведенческие реакции:

- сниженное настроение;
- социальные контакты;
- игровая деятельность;
- познавательная деятельность;
- дисциплина, агрессия, страх;
- двигательная активность;
- сон;
- аппетит.

**Шкала для определения эмоционального профиля
детей раннего возраста**
(Студеникин М. Я., Макаренко Ю.А., Баркан А. И., 1978)

Характеристика поведенческих реакций		Баллы
I Отрицательные эмоции	1 Нет	+3
	2 Хныканье за компанию	0
	3 Хныканье с перерывом	-1
	4 Продолжительное, периодическое хныканье	-2
	5 Плач за компанию	-3
	6 Продолжительный плач	-4
	7 Приступообразный плач	-5
	8 Сильный продолжительный плач	-7
	9 Депрессия	-8
	10 Депрессия с приступами плача	-10
II Гнев	1 Нет	+2
	2 Появляется редко и в слабой форме	+1
	3 Умеренный	-1
	4 Частый, хорошо выраженный	-5
	5 Очень частые приступы гнева	-7
III Страх	1 Нет	+3
	2 Проявляется редко и в слабой форме	-2
	3 Умеренный	-6
	4 Частый, хорошо выраженный	-8
	5 Очень частые реакции страха	-10
IV Познавательная деятельность	1 Отсутствует	-4
	2 Проявляется непостоянный интерес к играм	+1
	3 Проявляется интерес к окружающим незнакомым людям	+3
	4 Установившийся интерес к окружающим, может долго играть	+5
	5 Долго играет, трудно отвлекается от игры, интересуется новыми предметами и людьми	+7
V Положительные эмоции	1 Нет	-5
	2 Слабо и редко вокалирует	+1
	3 Адекватно улыбается	+5
	4 Веселый жизнерадостный ребенок, мало плачет	+8
	5 Много смеется, улыбается взрослым	+10
VI Социальные контакты	1 Легко вступает в контакт	+5
	2 Просится на руки, приглашает играть	+3
	3 Сдержанно вступает в контакт	+2
	4 Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+1
	5 Просится на руки с целью сочувствия	0
	6 Робок	-2
	7 Недоверчив, хмур, стремится убежать	-4
	8 Плача, вступает в контакт, требуя отвести себя к родителям	-6
VII Двигательная активность	1 Много лежит или сидит	-4
	2 Замедлен, вял в движениях	-2
	3 Средняя подвижность	+5
	4 Высокая подвижность	-1
	5 Очень большая подвижность	-5

		Характеристика поведенческих реакций	Баллы
VIII Сон	1	Отсутствие сна, плач	-8
	2	Засыпает и просыпается с плачем	-2
	3	Неспокоен, засыпает с плачем	-5
	4	Беспокоен	-3
	5	Спокоен, засыпает с плачем	-1
	6	Засыпает с задержкой, без плача	0
	7	Сон спокойный, засыпает с хныканьем	+2
	8	Сон спокоен	+6
	9	Сон очень спокоен, глубокий	+8
IX Аппетит	1	Отсутствует	-4
	2	Плохой	-1
	3	Средний	+3
	4	Хороший	+6
	5	Повышенный	+2
	6	Чрезмерный	-3

Характеристика поведенческих реакций проводится по 10 балльной системе — от -10 до +10. Воспитатель суммирует баллы по всем параметрам. Оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции и сумму баллов он заносит в соответствующую таблицу в листе адаптации. Наблюдение за течением адаптации проводят до стабилизации суммарной оценки эмоционально-поведенческих реакций на уровне не ниже +40 баллов (две-три оценки).

После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психо-эмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию у ребенка. Медсестра информирует об этих детях врача-педиатра.

2 критерий — возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей в ДОУ 1 раз в неделю.

АНКЕТА

для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, не появились ли у него перечисленные ниже жалобы. Если появились, просим указать, какие, и сроки их появления, а также длительность этих жалоб. Если эти жалобы были раньше, просим указать, с какого времени они появились и после чего.

1. Нарушение сна:

- более длительный период засыпания_____
- поверхностный беспокойный сон-_____
- разговаривает во сне _____
- вскакивает во сне _____

2. Нарушение аппетита:
 - отказ от пищи _____
 - снижение аппетита _____
3. Головные боли (указать время суток) _____
4. Боли в области сердца _____
5. Боли в животе (связаны ли с приемом пищи) _____
6. Повышенная потливость _____
7. Недержание мочи и кала _____
8. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость _____
9. Появились «лишние» движения, т. е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач _____
10. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание _____
11. Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить _____
12. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) _____
13. Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи) _____
14. Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивания лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм) _____
15. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло _____
16. Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования _____
17. Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний _____
18. Другие жалобы _____

Слабо выраженные невротические реакции проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации.

При умеренно выраженных невротических реакциях наряду с выраженной астенизацией увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляется гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорригированы режимными и педагогическими мероприятиями.

Значительно выраженные невротические реакции — это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего года, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями. Большинство таких детей в течение всего учебного года так и не адаптируются к ДОУ.

3 критерий — определение уровня нервно-психического развития (используется только у детей раннего возраста) проводится один раз в 5—7 дней.

4 критерий — динамика массы тела, измерение этого показателя проводит медицинская сестра у детей раннего возраста — 1 раз в 3 дня, у дошкольников — 1 раз в 5—7 дней.

5 критерий — контроль гемоглобина проводится по назначению врача, если вес ребёнка снижается или не имеет тенденции к увеличению.

6 критерий — частота острой респираторной заболеваемости (ОРЗ), появление хронических заболеваний и число их обострений.

Результаты наблюдения за адаптацией детей по 2—6 критериям медицинской сестрой заносятся в раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей» листа адаптации.

Медицинская сестра ДОУ еженедельно анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Эти дети консультируются педиатром, а по показаниям — психологом и врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по облегчению адаптации. Результаты обследования и назначенные мероприятия вносятся в форму № 026/у. В листе адаптации указываются медицинские рекомендации по ее облегчению.

За адаптацией детей наблюдают не только медицинские работники, но и педагоги, воспитатели и психологи.

Детям, имеющим негативную динамику эмоционально-поведенческих реакций, с нарушением адаптации в коллективе воспитатели и психологи дают рекомендации по облегчению адаптации, которые заносятся в соответствующий раздел листа адаптации.

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу проводят врач и медсестра. Выделяют следующие варианты течения адаптации (табл. 50).

Таблица 50

Варианты течения адаптации к ДОУ

Благоприятное	Условно-благоприятное	Неблагоприятное
– допускаются слабо выраженные симптомы невротизации (в течение 1—2 недель), не требующие специальной коррекции; – кратковременная потеря массы тела не более чем на 50 граммов; – у ребенка не возникло никаких нарушений в состоянии здоровья; – продолжительность адаптации в среднем составляет около 20 дней.	– симптомы невротизации выражены умеренно, необходимы коррекционные мероприятия; – у детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития не более чем на один эпилептический срок; – потеря массы не более 100—150 г; – за период адаптации ребенок не болел или перенес одно острое респираторное заболевание в легкой форме; – продолжительность адаптационного периода — до 45 дней.	– В случае более выраженных изменений течение адаптации оценивается как неблагоприятное. – Продолжительность адаптации затягивается до 75 дней и более.

Вариант заключения по течению адаптации подчеркивается в листе адаптации и при необходимости даются рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком.

Организация жизни детей в период адаптации

Цель — создание оптимальных условий для повышения запаса прочности тех систем организма ребенка, которые испытывают напряжение в периоде адаптации к ДООУ.

В целях облегчения адаптации детей к ДООУ очень важно правильно организовать момент первичного поступления.

Первичный прием ребенка должен проводиться совместно врачом-педиатром (при его отсутствии старшей медицинской сестрой или фельдшером) и педагогом (воспитателем). При этом собираются сведения по анамнезу жизни, состоянию здоровья и поведению ребенка, назначаются медико-педагогические мероприятия на период адаптации с учетом группы здоровья, развития и индивидуальных особенностей.

Правила ведения ребенка в период адаптации к ДООУ:

- *постепенное* формирование групп вновь поступающими детьми;
- *укороченное* пребывание в дошкольном учреждении (2—3 часа), время пребывания в группе увеличивается постепенно на 1—2 часа в день в зависимости от поведения ребенка;
- первые 1—2 дня разрешить *присутствие родителей*, если ребенок сильно плачет, отказывается есть и спать;
- разрешить *привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон*, если он отказывается от принятого в ДООУ;
- кормить осторожно, *не настаивать* в случае отказа от еды и в этом случае информировать родителей о *необходимости дополнительного питания* в домашних условиях;
- *чаще предлагать ребенку теплое питье* в детском учреждении и дома, учитывая повышенное, как правило, мочеиспускание, слезоотделение;
- *обеспечить состояние теплового комфорта*; одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения (холодные руки, нос, ноги) или перегревания (потливость лба, верхней губы, покраснение кожи лица);
- в первые дни *организовать бодрствование* вновь поступившего ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он сам не проявит интерес и желание играть с ними. Организовать его деятельность ближе к воспитателю, общаясь с ним каждые 2—3 минуты. В случае необходимости иногда брать на руки на 1—2 минуты с тем, чтобы успокоить и направить на игру;
- чаще привлекать к любым занятиям, но если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его;
- *не проводить в ДДУ травмирующих медицинских манипуляций*, которые могут вызвать отрицательные эмоциональные реакции у ребенка;
- *не применять специальных мер закаливания* до полной адаптации;

- на физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений;
- обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.

При переводе детей из яслей в детский сад рекомендуется осуществлять постепенный переход от одного режимного момента к другому. В течение последних 10—15 дней полезно организовать посещение соответствующей группы в яслях-саду для знакомства детей с новыми условиями жизни. Необходимо сформировать у ребенка мотивацию, желание перейти в детский сад, создать обстановку радостного события. Желателен переход всей группы детей из яслей в один детский сад.

Всю работу по переводу детей из яслей в детский сад координирует заведующая яслями или яслями-садом при активном участии медицинских работников, педагога, воспитателя.

Для снижения эмоционального напряжения эффективным средством является функциональная музыка; она может сопровождать основные режимные моменты: игры, отход ко сну и подъем. Основным критерием подбора музыки является соответствие ее темпа и ритма функциональному состоянию ребенка. Так, в период засыпания должна звучать тихая мелодия, например, колыбельная; при подъеме — бодрая музыка с нарастающим темпом. Ритмичная, маршевая мелодия возбуждает, повышает эмоциональный тонус. Медленная мелодичная музыка успокаивает, расслабляет. Выбрать музыку в соответствии с этими принципами может педагог совместно с врачом и музыкальным работником.

В целях повышения резистентности организма применяют массаж биологически активных точек. Для профилактики перекрестного инфицирования проводят кварцевание групповых помещений, осуществляют ионизацию воздуха в помещениях и распыление летучих фитонцидов (анис, березовые и сосновые почки).

Учитывая важную роль белков, витаминов, особенно группы В, в приспособительных реакциях детей, следует обратить внимание на качество питания и его сбалансированность до поступления ребенка в новый коллектив и при адаптации к нему. При снижении аппетита у детей недостающее количество пищевых ингредиентов нужно вводить в виде концентрированных добавок (творог, яичный белок, сливки, пивные дрожжи и т.д.). Детям старше 1 года с целью белковой дотации можно рекомендовать смесь «Клинутрен Юниор» (Швейцария).

Индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации. Этот этап медико-психолого-педагогической коррекции всегда индивидуален и проводится по результатам диагностического этапа и по мере выявления дизадаптационных расстройств. При выявлении признаков нарушения адаптации (симптомов пограничных нервно-психических расстройств, снижении массы тела, учащении ОРЗ и т.д.) педиатром назначаются корректирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

Корректирующие мероприятия можно отнести к трем группам.

- I. Повышение неспецифической резистентности организма ребенка.
- II. Нормализация метаболических процессов и функционального состояния ЦНС.
- III. Уменьшение силы эмоционального стресса.

I. Повышение неспецифической резистентности.

При учащении ОРЗ в период адаптации назначаются препараты, направленные на повышение резистентности организма ребенка.

1. Иммуотропные средства — иммуномодуляторы:

а) противовирусные препараты с иммуностимулирующим эффектом:

- **арбидол** (таблетки 50 мг и капсулы 100 мг). Сезонная профилактика: 2—6 лет — 50 мг, 6—12 лет — 100 мг, старше 12 лет — 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель. Экстренная профилактика (при контакте с больным ОРВИ и гриппом): 2—6 лет — 50 мг, 6—12 лет — 100 мг, 6—12 лет — 200 мг ежедневно в течение 10—14 дней.
- **гриппферон** (капли) детям старше 1 года по 2 капли 2 раза в сутки.

б) иммуностимуляторы с вакцинальным эффектом:

- **бронхомунал П** (капсулы) детям до 12 лет, **бронхомунал** (капсулы) детям старше 12 лет и взрослым. Принимают утром натощак по 1 капсуле в день последовательно 10 дней в месяц на протяжении 3 месяцев.
- **рибомунил** (таблетки, пакетики). Принимать утром натощак по 3 таблетки или гранулят из одного пакетика, предварительно растворенный в воде, первый месяц — 4 дня в неделю — 3 недели, 2—5 месяц — 4 дня в месяц.
- **ИРС-19** (суспензия для интраназального введения). По 2 впрыскивания в сутки в каждую ноздрю в течение 2—4 недель.

в) гомеопатические препараты:

- **анаферон** (таблетки). Детям старше 6 месяцев по 1 таблетке сублингвально 1 раз в день. Курс — 1—3 месяца.
- **афлубин** (капли). Принимать внутрь 1 год — 1 капля, 1—12 лет — 3—5 капель 2 раза в день в течение 3 дней (экстренная профилактика), в течение 3 недель (плановая профилактика).
- **инфлюцид** (таблетки). До 12 лет — по 1 таблетке 3 раза в день, старше 12 лет — по 1—2 таблетки 3 раза в день за полчаса до еды или через полчаса после еды, медленно рассасывая.

г) деринат (дезоксирибонуклеинат натрия) (раствор): закапывать по 2 капли в каждый носовой ход 2—4 раза в день.

д) препараты на основе эхинацеи пурпурной:

- содержащие сок эхинацеи (иммунал, иммунорм, иммунекс);
 - содержащие экстракт эхинацеи: «Доктор Тайсс» настойка эхинацеи, эстифана таблетки, эхинацин ликвидум.
- Курс — не менее 1 и не более 8 недель.

Иммунал (капли). Детям в возрасте от 1 года до 6 лет дают по 5—10 капель три раза в день, от 6 до 12 лет — 10—15 капель три раза в день. Старше 12 лет — 3 раза в день по 20 капель с небольшим количеством жидкости.

Иммунал — таблетки растолочь и смешать с небольшим количеством воды, чая или сока, детям в возрасте 4—6 лет — по 1 таблетке 1—2 раза в сутки, 6—12 лет — по 1 таблетке 1—3 раза в сутки, старше 12 лет — по 1 таблетке 3—4 раза в сутки.

Иммуноорм — таблетки (100 мг), раствор для приема внутрь. Принимать внутрь независимо от приема пищи, взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке (можно сосать, жевать, глотать, запивая водой) 3—4 раза в сутки или по 2,5 мл раствора (предварительно растворив в достаточном количестве воды) 3 раза в сутки.

Иммунекс (сироп) — для профилактики принимают по 5 мл 3 раза в день.

Доктор Тайсс (настойка эхинацеи) — внутрь, короткое время держать во рту, не глотая, для профилактики — по 20—30 капель 3 раза в сутки.

Эхинацин ликвидум (раствор для приема внутрь) — принимают с небольшим количеством жидкости, в начальной дозе — 40 капель, затем — по 20 капель каждые 1—2 часа, в дальнейшем — по 40 капель 3 раза в сутки.

2. Общетонизирующие средства, адаптогены — это препараты растительного происхождения, обладающие общетонизирующим действием на функции ЦНС, обменные процессы, повышающие адаптацию организма к неблагоприятным условиям.

Общетонизирующие средства и адаптогены выпускают в виде спиртовых экстрактов и настоек: экстракты элеутерококка, родиолы розовой, левзеи, заманихи, лимонника китайского; настойки аралии, заманихи; пантокрин, сапал. Их применение в педиатрической практике ограничено и должно иметь строгие показания: анорексия, астения после перенесенных заболеваний.

Противопоказания: повышенная возбудимость, эпилепсия, артериальная гипертензия. Из этой группы широкое применение в педиатрии получил только экстракт элеутерококка. Назначаются растительные адаптогены из расчета 1—2 капли/год жизни (разовая доза) обычно в 2 приема в первую половину суток (до 17.00) за 30 минут до еды курсами по 2—3 недели.

3. Энерготропная терапия — препараты, стимулирующие метаболические процессы: оротат калия, левокарнитин (элькар, карнитон, карнитен).

Оротат калия обладает анаболическим действием, его используют при нарушениях белкового обмена и как общий стимулятор обменных процессов. При его назначении проводят расчет питания ребенка, особенно белкового компонента, и при недостаточном поступлении с пищей белка осуществляют коррекцию рациона питания. Оротат калия (таблетки 0,1 и 0,5) принимать внутрь за 1 час до или через 4 часа после еды. Назначают детям из расчета 10—20 мг на 1 кг массы тела в сутки в 2—3 приема, взрослым — 0,5—1,5 г в день (по 0,25—0,3 г 2—3 раза в день). Курс — 3—5 недель.

Элькар улучшает аппетит, стимулирует рост и увеличение массы тела, уменьшает проявления астенических расстройств, возбудимость, раздражительность, общую слабость. Элькар (левокарнитин) — 20% раствор для приема внутрь принимать детям до 1 года — по 0,03—0,075 г (4—10 капель) 3 раза

в сутки, от 1 года до 6 лет — по 0,1 г (14 капель) 2—3 раза в сутки, от 6 до 12 лет — по 0,2—0,3 г (28—42 капли) 2—3 раза в сутки. Взрослым — по 0,5—2 г (1/2—2 ч.л.) 2 раза в сутки. Курс — 1 месяц.

Карнитен — раствор для приема внутрь (10 мл — 1 г), жевательные таблетки (1 г). Внутрь, разовую дозу из флакона разводят стаканом воды. Детям до 2 лет — 150 мг/кг в сутки, 2—6 лет — 100 мг/кг в сутки, 6—12 лет — 75 мг/кг в сутки, от 12 лет и взрослым — 2—4 г/кг в сутки

Карнитон — таблетки 0,5 г, детям 7—14 лет — ½ таблетки, старше 14 лет — 1 таблетка. Принимать 1 раз в день во время еды. Курс — 1 месяц.

Карнитон — 40% раствор. (1 мл — 0,5 г). Детям 3—7 лет — 4—5 капель (0,25 мл), 7—14 лет — 17 капель (1 мл), старше 14 лет — 34 капли (2 мл). Курс — 1 месяц.

II. Всем детям с неблагоприятным и условно-благоприятным течением адаптации проводится терапия, направленная на нормализацию метаболических процессов и функционального состояния ЦНС. Для этой цели используют:

- **витамины-антиоксиданты: витамин С** — регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, регулирует иммунологические реакции (активирует синтез антител, С3-компонента комплемента, интерферона), способствует фагоцитозу, повышает сопротивляемость организма инфекциям. Профилактическая доза — 50—100 мг/сутки, детям — по 25 мг/сутки. Курс — 10—15 дней;

- **энзимовитамины (коферментные витамины)** — витамины, работающие в составе активных центров различных ферментов: витамины В₁, В₂, липоевая, пантотеновая кислоты.

Витамин В₁ (тиамин) в качестве кофермента входит в состав многочисленных декарбоксилаз, участвует в метаболизме пирувата, защищает мембраны клеток от токсического действия продуктов перекисного окисления. Принимать внутрь после еды детям до 3 лет по 5 мг через день, 3—8 лет — по 5 мг 3 раза в день через сутки, старше 8 лет — по 10 мг 1—3 раза в день. Курс — 10 дней.

Витамин В₂ (рибофлавин) поддерживает процесс фагоцитоза, влияет на морфологию и функцию вегетативной и центральной нервной систем. Принимать внутрь по 5—10 мг, детям — 2—5 мг 1—3 раза в день. Курс — 10 дней.

Липоевая кислота является коферментом окислительного декарбоксилирования пировиноградной кислоты и альфа-кислот, нормализует энергетический, углеводный и липидный обмены. Принимать внутрь по 300—600 мг 1 раз в сутки утром. Курс — 10—15 дней.

Пантотеновая кислота, кальция пантотенат стимулирует синтез коэнзима ацетилирования, в составе которого участвует в обменных процессах. Принимать внутрь 2 раза в день: детям 1—3 лет — по 0,005—0,1 г, 3—14 лет — 0,1—0,2 г; взрослым — 2—4 раза в день по 0,1—0,2 г. Курс — 10 дней.

Возможно применение в течение 10—15 дней метаболических комплексов, содержащих названные препараты в профилактических дозировках.

Кудесан — водорастворимая форма коэнзима Q10, раствор для приема внутрь — 20 мл (1 мл — коэнзима Q10 30 мг и витамина Е — 4,5 мг). Внутрь, предварительно растворив в кипяченой воде или напитках, во время еды взрослым и детям старше 12 лет — по 10—11 капель (0,5 мл) 1 раз в сутки.

В настоящее время выпускается большое количество отечественных и зарубежных комбинированных витаминных препаратов в различных лекарственных формах. Многие из них являются многокомпонентными, содержат не только витамины, но и микроэлементы. Их использование приветствуется при благоприятном течении периода адаптации, а также при нарушениях этого периода, в том числе и при учащении острой респираторной заболеваемости.

III. При возникновении пограничных нервно-психических расстройств, негативных эмоционально-поведенческих реакций для уменьшения силы эмоционального стресса используют седативные фитосредства: валериана, пустырник, мята, хмель, Melissa, душица и др. Их используют в виде ванн, фиточаев, настоев, настоек и экстрактов, а также при проведении ароматерапии.

Валериана способствует естественному засыпанию, обладает слабым спазмолитическим действием, замедляет сердечный ритм.

Мята обладает умеренным седативным, антиангинальным, антигипоксическим эффектом, оказывает холеретическое, антисептическое, обезболивающее, противорвотное действие.

Боярышник оказывает седативное, гипотензивное, антиаритмическое, кардиотоническое, антиангинальное, антигипоксическое, спазмолитическое, гипохолестеринемическое, желчегонное действие.

Хмель оказывает седативное, болеутоляющее, противовоспалительное, антиаллергическое действие.

Чабрец оказывает успокаивающее, спазмолитическое, противовоспалительное, ранозаживляющее, отхаркивающее и болеутоляющее действие. а ночь можно принять теплую ванну с отваром седативных трав. Возможен прием успокоительных трав внутрь: 1 ч.л. травы (валериана, пустырник, мята, Melissa, душица) на 0,5 стакана кипятка, заварить, настоять 20 минут, принимать в теплом виде на ночь в течение 2 недель.

Валериана может использоваться также в виде настоя, настойки или экстракта. Для детей настой валерианы разводится водой из следующего расчета: детям раннего возраста — 2 г на 100 мл, старшим детям — 6—10 г на 180—200 мл. Препарат дозируют ложками, назначают в раннем возрасте — по 1 ч. л., в дошкольном — по 1 д. л. 3—4 раза в день.

Настойка валерианы на 70% спирте (1:5). Выпускается во флаконах по 30 мл, разовая доза — 1 капля/год жизни.

Экстракт валерианы выпускается в виде таблеток, покрытых оболочкой. Содержание экстракта в таблетке составляет 0,02 г, действие их несколько слабее, чем у свежеприготовленного препарата валерианы (экстракта или настойки).

Настойка пиона выпускается во флаконах по 200 мл. Принимают из расчета 1 капля/год жизни (разовая доза) 3 раза в день, курс до — 1 месяца.

С седативной целью применяется также **сбор успокоительный** (Species sedativae), в состав которого входят: корневище с корнями валерианы

— 1 часть, листья мяты перечной и трилистника водяного — по 2 части, шишки хмеля — 1 часть. Для приготовления настоя берут 1—2 ст. л. сбора, заливают 2 стаканами кипятка и настаивают в течение 30 минут, потом процеживают, охлаждают. Дозируют настоем по $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ стакана дважды в день (утром и вечером).

Хорошим эффектом обладает **сложный седативный сбор**, составными компонентами которого являются равные части корня валерианы, шалфея, боярышника, багульника, пустырника, зверобоя, мяты перечной и душицы. Для приготовления настоя берут 2 ст.л. сбора, заливают 2 стаканами кипятка и выдерживают в течение 2 часов в термосе. После процеживания и охлаждения настой употребляют внутрь до еды утром и вечером (дважды в сутки) в дозе $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ стакана в зависимости от возраста пациента.

Используют стандартизированные лекарственные средства:

Пассифит (сироп) содержит густой экстракт валерианы, жидкий экстракт хмеля и чабреца, настойку боярышника, мяту. Оказывает седативное действие, нормализует многие жизненно важные функции организма (сердечно-сосудистую деятельность, функционирование ЖКТ, иммунной системы).

При повышенной нервной возбудимости — по 5 мл 3 раза в сутки, курс 2—4 недели. При нарушении сна — по 10 мл за 30 минут до сна. Курс — 2—4 недели. Применяется у детей с 12 лет.

Новопассит представляет собой комбинацию экстрактов ряда лекарственных трав с седативным действием и гвайфенезина. Кроме успокаивающего, обладает также и легким миорелаксирующим и анксиолитическим эффектами. Выпускается во флаконах из темного стекла емкостью 100 мл.

Баю-бай (капли). Препарат содержит экстракт плодов боярышника, пустырника, душицы, пиона, мяты перечной. Принимать детям старше 5 лет 0,3—1,2 г (5—20 капель) 3 раза в день во время еды. Курс — 1 месяц.

При неэффективности перечисленных фитопрепаратов проводится консультация невролога и решается вопрос о назначении **транквилизаторов** (эпелениума, седуксена).

Ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил, аминалон, глутаминовая кислота, фенибут, пантогам, глутаминовая кислота и др.) назначаются неврологом детям, имеющим нарушение социальной адаптации, а также детям, имеющим в анамнезе перинатальное поражение нервной системы.

Пирацетам (ноотропил) (капсулы по 0,2 или 0,4 г и ампулы 20% раствора по 5 мл (1 г препарата в одной ампуле)). Принимают внутрь до еды дети до 5 лет — в суточной дозе до 0,8 г, в более старшем возрасте — до 1,2 г.

Аминолон (таблетки по 0,25, покрытые оболочкой). Применение: до еды — по $\frac{1}{2}$ таблетки 3 раза в день (суточная доза колеблется от 0,5 до 3 г в зависимости от возраста). Курс — от 2—3 недель до 6 месяцев, при необходимости через 6—8 недель повторный курс.

Фенибут. Кроме ноотропного эффекта препарат обладает умеренным транквилизирующим действием. Назначают внутрь до еды 3 раза в день в первую половину суток, доза для детей до 8 лет — 50—100 мг, 8—14 лет — 200—300 мг. Формы выпуска — таблетки по 0,25.

Пантогам (таблетки по 0,25 и 0,5 г). Препарат принимают через 15—30 минут после еды внутрь в разовой дозе 0,125—0,5 г 1—2 раза в сутки.

Глютаминовая кислота: таблетки, покрытые оболочкой (по 0,25 г), таблетки без покрытия (по 0,5 г) и таблетки, растворимые в кишечнике (по 0,25 и 0,5 г). В педиатрии не рекомендуется пользоваться таблетками без оболочки. Препарат применяют за 15—30 минут до еды, детям от 1 года до 2 лет в дозе 0,15 г, 3—4-х лет — 0,25 г, 5—6 лет — 0,4 г на прием. Средство дается 2—3 раза в день, курс — 1—2 месяца.

Анализ эффективности всей системы профилактических мероприятий по предупреждению срыва адаптации рекомендуется осуществлять по следующим показателям: число детей с благоприятной, условно благоприятной и неблагоприятной адаптацией; сравнение данных прогноза и реального течения адаптации.

Преимуществом представленной системы является возможность дифференцированного подхода к детям, раннее выявление минимальных отклонений в состоянии здоровья и своевременного назначения корректирующих мероприятий по индивидуальным показаниям.

Организация профилактических прививок

Вакцинопрофилактика инфекционных болезней в Российской Федерации проводится согласно приказу №229 МЗ РФ «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» от 27.07.01 г. и приказу № 773 Минздрасоцразвития «О внесении изменений в приказ № 229 Минздрава России от 27 июня 2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» от 30.10.07 г. Он включает в себя проведение:

- плановых прививок;
- прививок по эпидемическим показаниям.

Плановые прививки могут быть подразделены на две группы.

Первая группа — вакцинация во всех регионах страны согласно национальному календарю профилактических прививок (табл. 51).

Вторая группа — вакцинация следующих категорий граждан:

- населения, проживающего на территориях, эндемичных по природно-очаговым и зоонозным инфекционным болезням;
- групп с высоким риском заражения (профессиональным, социальным и др.);
- лиц, представляющих опасность для окружающих в случае их заболевания.

Прививки по эпидемическим (экстренным) показаниям проводят:

- в случае возникновения неблагоприятной эпидемиологической ситуации;
- в случае контакта восприимчивого (непривитого) лица с источником инфекции.

В первом случае это прививки против гриппа, менингококковой инфекции, особо опасных инфекций, а во втором — прививки в очагах инфекционных заболеваний, а также экстренная профилактика столбняка, антирабические прививки.

Группы населения, подлежащие вакцинации при возникновении неблагоприятной эпидемической ситуации, определяют органы управления здравоохранением субъектов РФ.

Согласно Закону об иммунопрофилактике, родители ребёнка имеют право на отказ от вакцинации. Отказ фиксируют подписью родителей или, в случае их нежелания подписывать отказ, двумя подписями медицинских работников.

Таблица 51

**«О Национальном календаре профилактических прививок
и календаре профилактических прививок
по эпидемическим показаниям»**

Возраст	Наименование прививки
Новорожденные (в первые 24 часа жизни)	Первая вакцинация против гепатита В ^{1,3,4}
Новорожденные (3—7 дней)	Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ-М или БЦЖ) ²
1 месяц	Вторая вакцинация против гепатита В ³ (дети из групп риска)
2 месяца	Третья вакцинация против гепатита В ³ (дети из групп риска)
3 месяца	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ , первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
4,5 месяца	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
6 месяцев	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ , против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита ⁵
12 месяцев	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В ³ (дети из групп риска), вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
6—7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
7 лет	Ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ)
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка, ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ) ² , третья ревакцинация против полиомиелита
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 до 17 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В ¹

Возраст	Наименование прививки
Дети от 1 до 17 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, девушки от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые ранее	Иммунизация против краснухи
Дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1—11 классов, студенты высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.), взрослые старше 60 лет	Вакцинация против гриппа
Подростки и взрослые в возрасте до 35 лет, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори; контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори — без ограничения по возрасту	Иммунизация против кори

¹ — Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 часа жизни ребенка, включая детей рожденных здоровыми матерями и детей из групп риска, которые включают новорожденных, родившихся от матерей — носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, а также отнесенных к группам риска: наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HbsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее — группы риска).

² — Вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ-М; вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом.

Ревакцинация против туберкулеза проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям в 7 и 14 лет.

В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет.

³ — Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0—1—2—12 (первая доза — в первые 24 часа жизни, вторая доза — в возрасте 1 месяца, третья доза — в возрасте 2 месяцев, четвертая доза — в возрасте 12 месяцев) новорожденным и детям из групп риска.

⁴ — Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0—3—6 (1 доза — в момент начала вакцинации, 2 доза — через 3 месяца после 1 прививки, 3 доза — через 6 месяцев от начала иммунизации) новорожденным и всем детям, не относящимся к группам риска.

⁵ — Вакцинация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной против полиомиелита (ИПВ) трехкратно всем детям первого года жизни.

Примечания:

1. Иммунизация в рамках Национального календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в Российской Федерации в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.
2. Для проведения иммунизации против гепатита В детей первого года жизни рекомендуется использовать вакцину, не содержащую консервант (тиомерсал).
3. Вакцинация против вирусного гепатита В по схеме 0—1—6 (первая доза — в момент начала вакцинации, вторая доза — через месяц после первой прививки, третья доза — через 6 месяцев от начала иммунизации) проводится детям, не получившим прививку в возрасте до 1 года и не относящимся к группам риска, а также подросткам и взрослым, не привитым ранее.
4. Применяемые в рамках Национального календаря профилактических прививок вакцины (кроме БЦЖ, БЦЖ-М) можно вводить с интервалом в один месяц или одновременно разными шприцами в разные участки тела.
5. При нарушении срока начала прививок их проводят: по схемам, предусмотренным Национальным календарем профилактических прививок, и в соответствии с инструкциями по применению препаратов.
6. Иммунизация детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, осуществляется в рамках Национального календаря профилактических прививок (по индивидуальному графику прививок) и в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов.
7. Иммунизация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится с учетом следующих факторов: вида вакцины (живая, инактивированная), наличия иммунодефицита с учетом возраста ребенка, сопутствующих заболеваний.
8. Все инактивированные вакцины (анатоксины), рекомбинантные вакцины вводятся детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, в том числе ВИЧ-инфицированным детям, вне зависимости от стадии заболевания и числа CD4+ лимфоцитов.
9. Живые вакцины вводятся детям с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» после иммунологического обследования для исключения иммунодефицитного состояния. При отсутствии иммунодефицита живые вакцины вводятся в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. При наличии иммунодефицита введение живых вакцин противопоказано.
10. Через 6 месяцев после первичного введения живых вакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи ВИЧ-инфицированным осуществляют оценку уровня специфических антител и при их отсутствии вводят повторную дозу вакцины с предварительным лабораторным контролем иммунного статуса.

Таблица 52

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок Национального календаря

Вакцины	Противопоказания
Все вакцины	Осложнение или сильная реакция на предыдущую дозу (температура тела выше 40°C; в месте введения вакцины — отек, гиперемия — более 8 см в диаметре; анафилактический шок).
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
БЦЖ-вакцина, БЦЖ-М вакцина	Вакцинация: недоношенность II—IV степени; вес ребенка менее 2500—2000 г; внутриутробная инфекция; гнойно-септические заболевания; гемолитическая болезнь новорожденных (среднетяжелая и тяжелая формы); тяжелые поражения центральной нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой; генерализованные кожные поражения; генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье; наличие ВИЧ-инфекции у матери.* Ревакцинация: сомнительная или положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, туберкулез или инфицирование туберкулезными микобактериями, осложненные реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ (келоидный рубец, лимфоаденит и др.)
ОПВ	Абсолютных противопоказаний нет
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)**
АДС, АДС-М	Абсолютных противопоказаний нет
ЖКВ, ЖПВ, вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)	Тяжелые реакции на аминогликозиды, анафилактические реакции на яичный белок***
Вакцина против гепатита В	Анафилактическая реакция на пекарские дрожжи****

Примечания:

* Вакцину БЦЖ не вводят при весе ребенка менее 2500 г, а вакцину БЦЖ-М — при весе менее 2000 г. Данное противопоказание для введения БЦЖ и БЦЖ-М связано с тонкой кожей новорожденного, затрудняющей внутрикожное введение вакцины. Детям, не привитым в период новорожденности, после исключения противопоказаний назначается щадящая иммунизация вакциной БЦЖ-М. Ребенку старше 2 месяцев обязательна предварительная постановка реакции Манту и вакцинация только при ее отрицательном результате (отсутствии инфильтрата, гиперемии или при наличии уколочной реакции — 1 мм). Интервал между постановкой пробы Манту и вакцинацией (ревакцинацией) должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель. Инфицированные туберкулезными микобактериями дети, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту, ревакцинации не подлежат. БЦЖ не вводится детям, имеющим в семье случаи, позволяющие заподозрить наследственное иммунодефицитное заболевание — до выяснения иммунного статуса.

** Дети с фебрильными судорогами в анамнезе должны быть обследованы для исключения эпилепсии, прививки им проводят после уточнения диагноза на фоне противосудорожной терапии. Наличие фебрильных судорог после введении предыдущей дозы не является противопоказанием к продолжению иммунизации АКДС.

*** Зарубежные препараты коревой и паротитной вакцин, а также тривакцина готовятся на культурах клеток куриных эмбрионов и поэтому их не вводят лицам с анафилактическими реакциями на куриный белок (анафилактический шок, отек тканей лица и гортани). Следует учитывать, что отечественная коревая и паротитная вакцины готовятся на яйцах японских перепелов.

**** Перед вакцинацией необходимо выявление лиц, у которых хлеб или другие продукты, содержащие дрожжи, вызывают аллергические реакции.

Таблица 53

Дополнительная иммунизация населения против гепатита В, краснухи, полиомиелита инактивированной вакциной и гриппа
(приложение к приказу № 27 МЗ и социального развития РФ от 17.01.06)

Возраст	Наименование прививки
Дети: – раннего возраста с клиническими признаками иммунодефицитного состояния (частые гнойничковые заболевания); – ВИЧ-инфицированные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей; – с установленным диагнозом онкогематологических заболеваний и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; – находящиеся на втором этапе выхаживания и достигшие трехмесячного возраста; – воспитанники домов ребенка (вне зависимости от состояния здоровья); – из семей, где имеются больные с иммунодефицитными заболеваниями.	Вакцинация против полиомиелита инактивированной вакциной

При острых заболеваниях плановая вакцинация откладывается до окончания острых проявлений и выздоровления ребенка, **а при хронических** заболеваниях — до окончания обострения. Сроки окончания обострения и наступления ремиссии, определяющие возможность вакцинации, выбираются индивидуально; в большинстве случаев они не должны превышать 1 —2 месяцев. Маркером возможности проведения вакцинации у больных с хронической патологией может быть гладкое течение интеркуррентной инфекции, например, ОРВИ. Поддерживающая терапия во время ремиссии (кроме иммуносупрессивной) не препятствует вакцинации. Допускается при нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях проводить прививки сразу же после нормализации температуры тела.

Эпидситуация играет ведущую роль при определении сроков и способов введения вакцинных препаратов у детей с острой и хронической патологией. По эпидемическим показаниям допускается:

- введение некоторых вакцин (АДС или АДС-м, ЖКВ, ОПВ, ВГВ) лицам с нетяжелыми заболеваниями (ОРВИ с температурой тела до 38°C, нетяжелая диарея и т.п.);
- оправдан такой подход и в ситуациях, когда повторная явка для вакцинации после окончания болезни не может быть обеспечена;
- введение ОПВ детям с диареей не противопоказано, но с учетом возможного снижения ее приживаемости в кишечнике дозу ОПВ желательно повторить;
- прививка может быть проведена ребенку с хронической патологией в отсутствие ремиссии на фоне активной терапии заболевания. Ориентиром является сопоставление риска развития осложнений болезни в связи с вакцинацией с риском для ребенка отсутствия прививки.

Вакцинация детей, имеющих противопоказания, может явиться причиной:

- более тяжелого течения основного заболевания;
- поствакцинальной аллергии;
- неполноценного иммунного ответа.

Согласно рекомендации Европейского бюро ВОЗ, прививки разрешаются при острых респираторных заболеваниях или диарее с температурой тела до 38,5°C. По российским же правилам любое острое заболевание является противопоказанием к вакцинации.

В настоящее время следует отказаться от тезиса «по мере возможности избежать вакцинации» и, наоборот, считать обязательной установку: «ни один ребенок не должен лишаться иммунизации без серьезного рассмотрения последствий как для ребенка, так и для общества».

В последние годы значительно увеличился охват детей прививками в связи со значительным сокращением перечня медицинских противопоказаний. Преодолен барьер предвзятого отношения и недоверия к прививкам, что значительно улучшило эпидемическую ситуацию по ряду управляемых инфекционных заболеваний.

Нормальная поствакцинальная реакция характеризуется:

- стереотипными клиническими проявлениями (специфические проявления в зависимости от вида вакцины);
- возникновением в определенные сроки после вакцинации;
- отсутствием серьезных расстройств жизнедеятельности организма;
- не требуется применение лечебных мер;
- ребенок не заразен для окружающих.

Общие реакции проявляются повышением температуры тела до субфебрильных значений, недомоганием и др. и возникают:

- при вакцинации живыми вакцинами после «инкубационного периода», необходимого для размножения микроба;
- при иммунизации инактивированными вакцинами уже через несколько часов (реакции более кратковременны — 1—2 суток).

Местные реакции могут быть в виде незначительной гиперемии, болезненности, инфильтрата в месте введения препарата.

Медицинские работники регистрируют сроки появления и характер поствакцинальных реакций, делая отметки в учетных формах № 063/у и № 112 — у неорганизованных детей и в учетных формах № 063/у и № 026/у — у детей, посещающих образовательные учреждения.

Нормальная вакцинальная реакция после прививки **против туберкулеза** (БЦЖ и БЦЖ-М) развивается в виде инфильтрата размером 5—10 мм в диаметре с небольшим узелком в центре и с образованием корочки по типу оспенной, в ряде случаев отмечается пустуляция. Иногда в центре инфильтрата появляется узелок небольшого некроза с незначительным серозным отделяемым. Нормальная прививочная реакция появляется:

- при вакцинации — через 4—6 недель;
- при ревакцинации — через 1—2 недели;
- реакция подвергается обратному развитию в течение 2—3 месяцев, иногда и в более длительные сроки.

Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

У 95% привитых на месте прививки образуется поверхностный рубчик до 10 мм в диаметре.

Врачи-педиатры и медсестры через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после иммунизации должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т.д.), обращая внимание на состояние региональных лимфатических узлов (шейных, подмышечных, над- и подключичных).

Вакцинация живой **коревой** вакциной (ЖКВ) у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается — вакцина мало реактогенна. У 5—15% детей с 5-6 по 15 день после прививки развивается **специфическая реакция** в виде:

- повышения температуры;
- катаральных явлений (кашель, незначительный конъюнктивит, ринит);
- не обильной бледно-розовой кореподобной сыпи у 5% привитых;
- данная реакция держится не более 2—3 дней.

При вакцинации **против паротита** у незначительного числа детей с 4 по 12 день после прививки отмечается:

- повышение температуры;
- катаральные явления в течение 1—2 дней;
- редко в сроки до 42-го дня может быть увеличение околоушных слюнных желез;
- кратковременные боли в животе, связанные с вовлечением поджелудочной железы;
- у лиц мужского пола — кратковременное припухание яичек (1:200000).

Вакцинация **против краснухи** у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается, редко может быть:

- кратковременный субфебрилитет;
- гиперемия в месте введения;
- у 2% детей преимущественно подросткового возраста с 5 по 12 день после прививки может быть увеличение затылочных, шейных и заушных лимфоузлов, кратковременные сыпи, артралгии.

В редких случаях после введения **тривакцины (коревая, паротитная, краснушная)** на 17—20 день развивается тромбоцитопения с благоприятным течением.

Вакцина против гепатита мало реактогенна, у 17% привитых может быть:

- гиперемия и уплотнение в месте введения;
- кратковременное нарушение самочувствия;
- повышение температуры тела;
- редко артралгии или миалгии.

Наиболее реактогенна вакцина-АКДС. После ее введения в первые двое суток нередко возникает:

- повышение температуры;
- недомогание;
- в месте инъекции болезненность, гиперемия и отечность;
- после ревакцинации частота развития общих и местных реакций в 1,5—3 раза выше, чем после вакцинации.

АКДС-вакцины с цельноклеточным компонентом значительно более реактогенны, чем с бесклеточным компонентом.

Оральная **полиомиелитная вакцина** наименее реактогенна. К числу крайне редких необычных реакций на ее введение относят легкую кишечную дисфункцию у детей раннего возраста, которая проходит в течение нескольких дней без лечения и не сопровождается нарушением общего состояния.

У детей **с измененной реактивностью, имеющих отягощенную наследственность по атопии, часто болеющих ОРВИ**, поствакцинальные процессы бывают:

- более выраженными;
- выходят за пределы физиологических реакций;
- могут оказывать повреждающее действие.

Так, у детей **с атопией** в поствакцинальном периоде могут наблюдаться аллергические реакции на отдельные компоненты вакцин различной степени выраженности. У предрасположенных детей (особенно с патологией нервной системы) могут наблюдаться выраженные токсические реакции с подъемом температуры тела до высоких цифр, симптомами интоксикации. Подобные реакции возникают преимущественно в первые сутки через 6—10 часов после вакцинации инактивированными вакцинами и не ранее 4—5 дня при вакцинации живыми вакцинами. При этом отмечается ухудшение состояния ребенка, беспокойство или вялость, рвота, потеря аппетита, нарушение сна. На фоне повышения температуры у отдельных детей могут развиваться фебрильные судороги, обычно нетяжелые и непродолжительные. Выраженные токсические

реакции встречаются нечасто и преимущественно после введения АКДС у детей с патологией нервной системы.

Поствакцинальные осложнения (ПВО) — тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок (табл. 54).

Осложнения, связанные с несоблюдением противопоказаний. Указанная причина осложнений встречается крайне редко. Она может возникнуть, например, из-за неучета присутствия в окружении ребенка, прививаемого ОПВ, больного иммунодефицитом; или аллергии к дрожжам перед введением ВГВ, либо к белку куриного яйца перед применением MMR и т.п.

Осложнения, связанные с нарушением техники вакцинации. Нарушения стерильности приводят к развитию нагноений в месте инъекции. Подкожное введение сорбированных вакцин может сопровождаться образованием асептических инфильтратов. При вакцинации БЦЖ возможно развитие абсцесса и/или лимфаденита.

Осложнения, связанные с введением повышенной дозы препарата. Они могут быть обусловлены: введением препарата в большем объеме; плохим перемешиванием сорбированного препарата; подкожным введением вакцин, разведенных для накожной аппликации.

Осложнения, связанные с нарушением режима хранения («нарушение холодовой цепи»). Хранение сорбированных препаратов при высокой температуре или их замораживание приводит к десорбции антигенов. Введение препарата, ставшего несорбированным, будет сопровождаться быстрым поступлением антигенов в кровь, что у лиц с высоким уровнем антител может привести к развитию аллергических реакций немедленного типа. Возможна и бактериальная контаминация треснувших при замерзании ампул.

Осложнения, связанные с повышенной чувствительностью привитого к введенному препарату. Развитие данных осложнений определяется состоянием реактивности организма ребенка. Чаще всего они имеют характер аллергических или неврологических нарушений. Эти осложнения очень сложно заранее прогнозировать.

Присоединение интеркуррентных заболеваний или обострение хронической патологии в поствакцинальном периоде не является поствакцинальным осложнением.

Сроки появления возможных осложнений на прививки

Вакцина	Сроки	Возможные осложнения
АКДС, АДС, ЖКВ, ВГВ, ИПВ	4 часа	Анафилактический шок
АКДС	3 дня	Коллаптоидные состояния: снижение мышечного тонуса, побледнение, потеря сознания или сонливость, сердечно-сосудистая или дыхательная недостаточность
АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 дня 5—15 день	Энцефалопатия: нарушение функций ЦНС, повышение внутричерепного давления, нарушение сознания более 6 час, медленные волны на ЭЭГ Резидуальные судорожные состояния: судороги при температуре тела менее 39°C, если они отсутствовали до и повторялись в течение одного года после прививки
ЖКВ, Краснушная, Тривакцина	7—30 дней	Тромбоцитопеническая пурпура.
АС, АДС, АДС-М	2—28 дней	Неврит плечевого нерва
Краснушная, Тривакцина	5—42 дня	Хронический артрит
ОПВ	30 дней	Паралитический полиомиелит (ВАП): – у привитого здорового
	6 мес.	– у привитого иммунодефицитного
	любой	– у контактного лица

Гигиеническое воспитание и обучение населения

Гигиеническое воспитание членов семьи, особенно молодых родителей, обучение их мастерству воспитания здорового ребенка должны вестись индивидуально с учетом культурного и общеобразовательного уровня семьи, психологического климата и многих других факторов.

На каждом педиатрическом участке должен быть составлен годовой план санитарно-просветительной работы с населением, в соответствии с которым педиатр и медицинская сестра систематически организуют лекции и беседы.

Санитарное просвещение осуществляется при проведении дорожных патронажей, во время активных посещений на дому, на врачебном приеме в поликлинике, в кабинете здорового ребенка, на специальных занятиях в школе молодых матерей, школе отцов и др. Следует широко использовать вечера вопросов и ответов, выпуск специальных бюллетеней, оформление стендов. Каждому участковому врачу следует иметь достаточное количество отпечатанных типографским способом памяток по основным вопросам воспитания и развития здорового ребенка.

Примерные темы лекций и бесед для молодых родителей на базе кабинета здорового ребенка

1. Уход за новорожденным.
2. Режим дня и питания кормящей матери.
3. Режим дня и его значение в воспитании ребенка.

4. Организация рационального вскармливания и питания детей первого года жизни.
5. Профилактика анемии и у детей.
6. Предупреждение рахита у детей.
7. Нарушения питания в детском возрасте и их профилактика.
8. Физическое воспитание и закаливание детей раннего возраста.
9. Воспитание гигиенических навыков у детей.
10. Профилактические прививки у детей.
11. Предупреждение простудных заболеваний у детей.
12. Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей.
13. Профилактика травматизма.
14. Болезни нервной системы и их профилактика у детей.
15. Как правильно подготовить ребенка к поступлению в дошкольное учреждение и школу.
16. Действующее законодательство в области охраны здоровья и прав женщин и детей.

Принципы педиатрического консультирования семьи по предотвращению травматизма у детей

Рекомендации относительно профилактики травматизма должны быть неотъемлемой частью первичной медицинской помощи. Дети должны расти в безопасном окружении и быть обучены ориентации тела в пространстве.

Врачи, работающие с детьми, должны консультировать родителей о возрастных, сезонных и соответствующих месту профилактических мероприятиях, которые уменьшают частоту серьезных повреждений; медицинская документация должна отражать эти советы.

Проблемы, которые должны обсуждать врачи с родителями детей грудного и раннего возраста

- Контроль психомоторного развития ребенка (ползание, перемещение в пространстве, хождение, переступание, ходьба по лестнице и др.).
- Безопасность дорожного движения: применение одобренных в настоящее время безопасных детских ограничителей (автомобильные кресла); использование самими родителями ремней безопасности.
- Профилактика ожогов: установка и поддержание детекторов дыма в доме; установка температуры подогревателя воды 35—40°C.
- Предотвращение падений: защита окон и лестниц специальными решетками; отказ от младенческих ходунков.
- Профилактика отравлений: хранение медицинских препаратов вне поля зрения и пределов досягаемости в оригинальной и недоступной для детей упаковке.
- Профилактика удушья: кормление детей адекватной возрасту пищей; исключение бега/игры во время еды; наблюдение за приемом пищи; использование адекватных возрасту игрушек.
- Предотвращение утопления: наблюдение за младенцем/маленьким ребенком в ванной или бассейне; опорожнение всех ведер, баков, бассейнов немедленно после использования; установление адекватного заграждения/безопасной защиты у плавательного бассейна; наблюдение

за дошкольниками при отдыхе на воде и плавании (независимо от умения ребенка плавать).

- Тренировка сердечно-легочной реанимации (СЛР): обучение родителей приемам СЛР; информирование родителей о том, как обращаться в местную систему неотложной/скорой помощи.

Медсестринские патронажи

Для облегчения работы и в целях унификации записей предлагается схема совместного врачебно-сестринского патронажа к новорожденному, а также повторных патронажей медицинской сестры, выполненных в течение первого года жизни ребенка (табл. 55).

Таблица 55

Схема медсестринских патронажей

1	Выявление условий для развития ребенка (опрос)	– Социальные условия – Гигиена жилища – Личная гигиена ребенка
2	Контроль за выполнением назначений врача (опрос)	– Режим – Питание – Физическое воспитание – Воспитательные воздействия – Профилактика пограничных (фоновых) состояний – Перенесенные заболевания – Симптоматическая терапия
3	Объективная оценка состояния ребенка (осмотр)	– Состояние, самочувствие, жалобы – Кожа, слизистые, пупочная область, костная система – Физиологические отправления
4	Поведение (осмотр)	– Сон – Appetit – Бодрствование
5	Контроль за НПР (осмотр)	– Оценка показателей НПР
6	Обучение матери уходу и воспитанию (советы)	– Режим – Питание – Физическое воспитание и закаливание – Воспитательные воздействия – Профилактика пограничных (фоновых) состояний
7	Тематические беседы	– Беседы в соответствии с возрастом и эпидобстановкой
8	Рекомендации по исправлению выявленных дефектов ухода и воспитания	
9	Запись в истории развития	

Первичный патронаж к новорожденному

К здоровому новорожденному первичный патронаж выполняется в первые сутки после выписки из родильного дома. При выписке в субботу или в воскресенье новорожденных посещает дежурный педиатр, что не ведет к отмене первичного патронажа участкового врача. Участковый врач-педиатр и медицинская сестра выполняют его совместно в первый рабочий день (понедельник). Описание первичного врачебно-сестринского патронажа изложено в разделе «Организация наблюдения за новорожденными» (стр. 44)

До 14-го дня жизни медицинская сестра посещает ребенка на дому ежедневно. Цель этих патронажей помочь матери получить знания и освоить все манипуляции по уходу за новорожденным. Последующие патронажи медицинская сестра проводит на 21-й и 28-й дни.

Повторный патронаж к новорожденному

Алгоритм действий медицинской сестры.

1. Расспросить мать об изменении состояния здоровья и поведения ее ребенка с момента последнего посещения; выяснить жалобы.
2. Расспросить о самочувствии матери, соблюдении ею режима дня, отдыха, о режиме и рационе питания.
3. Проверить выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, детских вещей, предметов ухода.
4. Особое внимание уделить организации грудного вскармливания:
 - режим кормления ребенка: по часам или по требованию; кормится ли в ночные часы;
 - активность сосания, срыгивания после кормления;
 - проводится ли сцеживание молока после кормления, остается ли молоко в груди;
 - выполняет ли мать правила кормления ребенка грудью;
 - проводится ли массаж грудных желез.
5. Осмотреть ребенка.
6. Дать объективную оценку его состояния.
7. При необходимости обработать пупочную ранку новорожденного; выполнить назначения врача.
8. Обучить мать технике туалета кожи, глаз, ушей, носа, подмывания, купания ребенка, свободного пеленания.

Советы:

1. По исправлению выявленных недочетов ухода и вскармливания. Рекомендации, которые даются матери медицинской сестрой, должны даже в мельчайших деталях совпадать с указаниями участкового врача-педиатра.
2. Провести беседу по организации ухода за новорожденным.
3. Сделать запись в истории развития ребенка.

Некоторые особенности проведения патронажей

На 14 день жизни.

1. Особое внимание уделить процессам адаптации ребенка к новым условиям жизни, а именно — исчезновению клинических проявле-

ний переходных (пограничных, физиологических) состояний новорожденного:

- восстановление физиологической убыли массы тела;
 - исчезновение желтушного окрашивания кожных покровов;
 - исчезновение гормонального криза;
 - восстановление прозрачности мочи;
 - нормализация стула ребенка.
2. Внимательно осмотреть пупочную ранку: к 12—14 дню пупочная ранка эпителизируется.
 3. Оценить состояние мышечного тонуса, рефлексов новорожденного ребенка (может сохраняться транзиторная неврологическая симптоматика: нестойкий тремор, снижение рефлексов Моро, Галанта, шагового, опоры, снижение или повышение физиологического гипертонуса).

Отсутствие нарастания массы тела, сохраняющееся желтушное окрашивание кожных покровов, мастопатия, мутная моча, частый, жидкий стул — эти симптомы должны настораживать в оценке состояния ребенка. Необходимо обследование для исключения заболевания ребенка.

На 21-й день жизни.

1. Из беседы с мамой выявить симптомы лактационного криза, которые впервые появляются при сроке лактации 3—6 недель.
2. Оценить мышечный тонус, рефлексы, транзиторную неврологическую симптоматику (смотри выше).
3. Оценить состояние зрительного и слухового анализаторов: ребенок удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого), успокаивается при сильном звуке.
4. Провести беседу по профилактике гипогалактии.

На 28-й день жизни :

1. Оценить мышечный тонус, рефлексы новорожденного: транзиторная неврологическая симптоматика должна исчезнуть; ее сохранение является признаком перинатального поражения нервной системы.
2. Оценить состояние лактации: выявить признаки ее восстановления или снижения — осмотреть грудные железы матери: выявить наличие или отсутствие признаков хорошей лактации;
 - расспросить мать о поведении ребенка после кормления (лучше понаблюдать за ребенком);
 - оценить степень развития подкожно-жировой клетчатки у ребенка, выявить признаки голодания.
3. Пригласить на первый прием в поликлинику к участковому врачу, врачам-специалистам, в кабинет здорового ребенка (оставить расписание, указать дату и время приема).
4. Оставить направление в лабораторию на анализ крови и мочи.
5. Провести беседу о профилактике рахита, анемии.

Патронаж к ребенку 1,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка.
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим №1), как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие — удерживает ли голову в положении на животе, поворачивает ли голову в сторону звука, улыбается ли при обращении к нему взрослых, издает ли отдельные звуки, осуществляет ли рефлексорный захват игрушки, вложенной в руку; удлиняется ли время бодрствования ребенка.
7. Напомнить о необходимости физического воспитания (комплекс №1) и закаливания ребенка. Оценить умение матери выполнять данный комплекс.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим №1, развивать умение держать голову, выполнять гимнастический комплекс №1.
3. Беседа о подборе игрушек и их значении.

Патронаж к ребенку 2,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования №1, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие — начинает ли опираться на предплечья и локти, лежа на животе, увеличилось ли время удерживания головы в положении ребенка на животе и в вертикальном положении, делает ли он попытки поворота со спины на бок, увеличивается ли объем его движений, появляется ли редкий смех при обращении к нему взрослых, тянется ли к игрушке, есть ли редкое гуление?
7. Выполняют ли гимнастический комплекс №1 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим №1, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, продолжить выполнять гимнастический комплекс №1.
3. Напомнить о профилактическом осмотре в 3 мес. и прививке АКДС, против полиомиелита, вирусного гепатита В.

Патронаж к ребенку 3,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка (введен ли сок, как переносит его ребенок), профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования №3, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе игрушек и их значении.
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие — упирается ли ладошками, лежа на животе, начинает ли приподнимать голову из положения на спине, хорошо ли опирается на ноги при поддержке под мышки, умеет ли поворачиваться со спины на живот, тянется ли к игрушкам, может ли брать игрушку и подносить ее ко рту, выражен ли комплекс оживления при появлении матери, взрослых, усиливается ли гуление?
7. Выполняют ли гимнастический комплекс №2 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Напомнить о необходимости и правилах введения фруктового пюре в 3,5 месяца.
3. Советы по воспитанию: соблюдать режим №3, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, выполнять гимнастический комплекс №2.

Патронаж к ребенку 4,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка? Организован ли маневр?

3. Выполняются ли назначения врача по вскармливанию ребенка: часы кормления, коррекция питания, введение первого прикорма? Правильно ли мать готовит первый прикорм? Как ребенок привыкает к прикорму?
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования №2, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе игрушек и их значении.
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие: узнает ли близких, тянется ли к предметам, поворачивается ли со спины на живот (к 5 мес.), упирается ли на вытянутые руки, лежа на животе, гулит ли певуче, «агукает», произносит ли звуки, захватывает и ощупывает игрушку, придерживает ли грудь матери или бутылочку при кормлении?
7. Напомнить о прививке АКДС и против полиомиелита в 4,5 месяца.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим №2, развивать умение захватывать игрушку — кольцо с шариками, подвешенные низко над грудью, развивать ориентацию по звуку, окликая ребенка, с разных сторон, развивать подражание — тянуть гласные, приучать к опрятности — поддерживать над тазиком или горшком в определенные часы, с целью обеспечения правильного развития позвоночника ни в ком случае не сажать ребенка, дольше оставлять ребенка в положении на животе — подготовка к ползанию, гимнастические упражнения комплекса №2.
3. Беседа о значении прикорма.

Патронаж к ребенку 5,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.
3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли творог? Введен ли и как готовится второй прикорм? Как ребенок его переносит?
4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 2. Как организовано занятие с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводятся ли воздушные ванны, обливания ребенка? Беседа о закаливании.
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие: а) удерживает игрушку в руке; б) переворачивается, устойчиво стоит при поддержке; в) певуче гулит.
7. Проверка правильности выполнения комплекса № 3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Обучить мать приготовлению творога, второго прикорма.

3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 2; б) проводить воздушные ванны во время пеленания и массажа; в) использовать игрушки, удобные для захватывания, яркие погремушки, звучащие игрушки — колокольчики, звоночки; г) стимулировать ползание, укладывая ребенка на живот и помещая перед ним игрушки; д) чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки, выработать реакцию на слово «нельзя»; е) продолжать приучать к опрятности, есть с ложки, вкладывая ложку в рот ребенку; ж) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.
4. Обучить мать методике проведения воздушных ванн, обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды — 34—35°C), солнечных ванн (в летнее время).

Патронаж к ребенку 6,5 месяцев.

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.
3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли яичный желток? Как ребенок его переносит? Даются ли сухарики и печенье?
4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 3. Развивается ли у ребенка ползание? Имеются ли для этого условия? Как организованы занятия с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводится ли закаливание?
5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.
6. Психомоторное развитие: а) перекалывание игрушки из руки в руку; б) переворачивается, ползает; в) произношение отдельных слогов — начало лепета; г) реагирует на свое имя; д) хорошо ест с ложки, пытается пить из чашки.
7. Проверка, правильно ли выполняются гимнастические упражнения комплекса №3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Объяснить матери необходимость дачи яичного желтка. Рассказать о значении более твердой пищи (печенье, сухарики) для развития зубов.
3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 3; б) разнообразить набор игрушек: показывать звучащие (крупные и яркие петух, собака и др.), двигающиеся заводные волчки; лягушки и пр.; в) стимулировать ползание, укладывая игрушки перед ребенком; г) чаще разговаривать с ребенком, вызывая подражание слогам «ма-ма», «па-па», что стимулирует лепет; д) продолжать приучать к опрятности; е) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.
4. Продолжать закаливание, обучить мать методике проведения обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды — 34—35°C).

Патронаж к ребенку 7,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введено ли мясное пюре? Правильно ли оно готовится? Приучается ли ребенок к питью из чашечки? Дается ли корочка хлеба в руку?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим № 3)? Организован ли сон на свежем воздухе? Выполняются ли советы по воспитанию? Проводится ли закаливание воздушными ваннами?
5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.
6. Психомоторное развитие — хорошо ползает, при обращении взрослого к ребенку с вопросом «где лежит ...?» он находит предметы, по-разному действует с игрушкой — стучит, размахивает, подолгу лепечет.
7. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса №4.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложечки, поить из чашки. Обучить мать приготовлению мясного фарша. Провести беседу о сроках хранения пищи для ребенка.
3. По воспитанию: соблюдение режима № 3; часы бодрствования проводить в кроватке-манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения — колготки, шортики, пинетки, башмачки.
4. Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки, крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.
5. Стимулировать развитие речи: перекличка слогами: «ма-ма», «па-па», развивать понимание речи — учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».
6. Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание — «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к вставанию, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.
7. Продолжать приучать к опрятности, к горшку (в определенные часы).
8. Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на воздухе.
9. Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж к ребенку 8,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.
3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введен ли третий прикорм? Приучается ли ребенок к питью из чашечки с самостоятельной поддержкой ее? Дается ли корочка хлеба в руку?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 3? Выполняются ли советы по воспитанию?

- Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.
- Психомоторное развитие — умеет ли вставать, садиться, ложиться, понимание речи — находит ли предметы на вопрос «где?», выполняет ли «ладушки», «дай ручку». Когда, в каком возрасте появились эти умения?
- Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

- Как исправить обнаруженные недочеты?
- По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложки, поить из чашки. Во время кормления сажать ребенка на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.
- По воспитанию: режим № 3; часы бодрствования проводить в кроватке-манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения — колготки, шортики, пинетки, башмачки.
- Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки, крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.
- Стимулировать развитие речи: перекличка слогами «ма-ма», «па-па»; развивать понимание речи — учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».
- Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание — «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к ходьбе с опорой, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.
- Продолжать приучать к опрятности, высаживать ребенка на горшок в одно и то же время на 3 минуты, приучать проситься на горшок.
- Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на свежем воздухе.
- Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж к ребенку 9,5 месяцев.

- Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
- Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
- Правильно ли организовано питание ребенка, разнообразно ли оно, как приготавливаются новые виды пищи (овощное и картофельное пюре, фрикадельки и др.)?
- Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.
- Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка. Проводится ли закаливание?
- Психомоторное развитие — научился ли ребенок ходить с опорой, совершать разные действия с предметами в зависимости от их свойств, повто-

рять ли за взрослым слоги, пить ли из чашки, придерживая ее руками, спокойно относиться к высаживанию на горшок.

7. Правильно ли подобраны игрушки?
8. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса №4.

Советы:

1. По питанию — разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования — режим № 4. Развивать активную и понимаемую речь, учить ребенка выполнять инструкции — «дай игрушку». Стимулировать ходьбу с опорой.
3. Вводить новые игрушки — пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.
4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр. Провести беседу о профилактике травматизма.
5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 4 изакаливание. Обучить мать методике проведения сухих и влажных обтираний.

Патронаж к ребенку 10,5 месяцев.

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Как организован ночной сон ребенка?
5. Выполняются ли советы по воспитанию?
6. Психомоторное развитие — научился ли ребенок самостоятельно выполнять разученные действия, влезать на диван, выполнять действия и движения по просьбе взрослого (игра в прятки), произносить слоги, подражая взрослому.

Советы:

1. По питанию — разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования — режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки.
3. Вводить новые игрушки — пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.
4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.
5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронаж к ребенку 11,5 месяцев.

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.
5. Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка.
6. Психомоторное развитие — делает ли первые самостоятельные шаги, произносит ли первые слова, делает ли обобщения в понимаемой речи.

Советы:

1. По питанию — разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования — режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки. Побуждать ребенка ходить без опоры, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая. Побуждать к целевому действию с предметами — вложить мелкие предметы в большие по размеру, открыть и разобрать матрешку, сложить и разобрать кубики.
3. Вводить новые игрушки — пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий — качать, кормить и т.д., матрешка.
4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.
5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронажи детей с 1-го до 2-х лет

Детей второго года жизни, не посещающих дошкольные учреждения, следует патронировать 4 раза в год в следующие возрастные промежутки:

- 12—15 мес.
- 15—18 мес.
- 18—21 мес.
- 21—24 мес.

При посещении медицинская сестра осуществляет:

- 1) контроль за питанием, соблюдением режима дня, временем пребывания на свежем воздухе;
- 2) контроль психомоторного развития;
- 3) проводит беседы с родителями на темы воспитания (физического, психомоторного), закаливания и предупреждения инфекционных заболеваний (ОКИ, ОРВИ, глистных инвазий), по профилактике травматизма.

При проведении патронажей необходимо обращать внимание на психологический климат в семье, способствовать его улучшению.

Особенности развития детей раннего возраста и медико-педагогические рекомендации по уходу и воспитанию представлены в таблице 56.

Медико-педагогические рекомендации по

Воз- раст	Нервно- психическое развитие	Режим	Питание
10 дней	Аз — удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).	• Вскармливание по требованию, в том числе ночью • Бодрствование — 10-15 мин. после кормления	Грудное молоко или, при необходимости, адаптированная молочная смесь (например, «НАН 1», «Нестожен 1prebio», «НАН Кисломолочный 1») по 80—100 мл на прием 7—8 раз в сутки (вскармливание по требованию)
18—20 дней	Аз — удерживает в поле зрения неподвижный предмет. Ас — успокаивается при сильном звуке.		

физическому воспитанию и нервно-психическому развитию

Массаж и гимнастика (МиГ)	Закаливание	Воспитание
• Перед кормлением и не менее, чем через 30 минут после кормления выкладывать живот. • Для профилактики стоматологических заболеваний следует обратить внимание на позу новорожденного в кроватке (не должен лежать с запрокинутой головой и подбородком, прижатым к груди).	• Короткие воздушные ванны при пеленании. • Ежедневные купания перед сном (19—20 ч.), не ранее, чем через час после кормления или после любого дневного сна перед кормлением. • Сон на воздухе при температуре не ниже — 10 °С и не выше +30 °С. • Температура в помещении — + 20—22 °С.	• Не следует пеленать младенца перед кормлением. • После кормления создать условия для бодрствования: освободить ручки, ножки и пообщаться с ребенком. Брать на руки во время кормления, переодевания, а также на короткое время — до 10 минут. • Ласково разговаривая с малышом, необходимо пытаться вызвать у него зрительное и слуховое сосредоточение, улыбку. • В кроватке ребенка на специальном кронштейне подвесить крупную игрушку на расстоянии 70 см от груди, или более мелкую — на расстоянии 50—60 см от груди. Медленным перемещением подвешенной звучащей игрушки стимулировать зрительное и слуховое сосредоточение ребенка. Не использовать слишком яркие игрушки, избегать громких и резких звуков. • Пустышку следует давать не более, чем на 10—15 минут. • Место для сна — кровать, для переодевания — стол.

	НПР	Режим	Питание
1 мес.	Аз — сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета Ас — прислушивается к звуку, голосу взрослого До — лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать Э — первая улыбка на разговор взрослого Ра — издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним	Режим № 1 • 7 кормлений через 3 ч. (6 — 9 — 12 — 15 — 18 — 21 — 24 ч.) и ночной перерыв — 6 ч. или • 6 кормлений через 3,5 ч. (6⁰⁰ — 9³⁰ — 13⁰⁰ — 16³⁰ — 20⁰⁰ — 23³⁰) и ночной перерыв — 6,5 ч. • Бодрствование после кормления — 1—1,5 ч. • Сон после бодрствования — 2—2,5 ч. • Количество дневных снов — 4 • Ночной сон — 11 ч.	– грудь матери по 110—120 мл 7 раз в день – или при необходимости, адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1», «Нестожен 1prebio», «НАН Кисломолочный 1») по 120—140 мл 6 раз в день
2 мес.	Аз — длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым. Ас — ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого. До — лежа на животе, приподнимается и непродолжительно удерживает голову. Э — быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке. Ра — повторно произносит отдельные звуки.		Грудное молоко, или при необходимости, адаптированная молочная смесь (например, «НАН 1», «Нестожен 1prebio», «НАН Кисломолочный 1») по 130—140 мл 6 раз в день.
3 мес.	Аз — сосредоточение в вертикальном положении на лице говорящего с ним взрослого или игрушке. Э — комплекс оживления при общении с ним. До — лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко поднимая голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, удерживает голову в вертикальном положении (на руках взрослого). Др — случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью.	Режим № 2 (с 3 по 6 мес.) • 6 кормлений через 3,5 ч. • Бодрствование после кормления — 1,5—2 ч. • Сон после бодрствования — 1,5—2 ч. • Количество дневных снов — 4. • Ночной сон — 10—11 ч.	Грудное молоко или, при необходимости, адаптированная молочная смесь (например, «НАН 1», «Нестожен 1prebio», «НАН Кисломолочный 1») по 150—160 мл 6 раз в день.

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс №1 (с 1,5 до 3 мес.) через 30—40 мин. после кормления в течение 5—6 мин. 1—2 раза в день. Содействие исчезновению гипертонии мышц путем поглаживающего массажа и частого общения с ребенком.	• Температура в помещении — +20—22 °С. • Обязательный сон на воздухе при температуре от –10° до +30° С. • Умывание водой температурой — 28° С. • Общая ванна при температуре воды +36—37° С в течение 5—6 минут ежедневно.	• Во время бодрствования надевают ползунки. • Следует ласково разговаривать, петь ребенку, сначала выпрямившись, а затем склоняясь над его лицом. Перемещаясь вокруг кровати, стимулировать сначала сосредоточение, а затем слежение и локализацию звука. Вызывать улыбку и поддерживать оживленное состояние (на третьем месяце). • Перед каждым кормлением и сном, а на третьем месяце и в середине бодрствования, следует выкладывать ребенка на живот, периодически подставлять к стопам ребенка свою ладонь, вызывая при этом феномен ползания. В результате развивается умение поднимать и удерживать голову, укрепляется тонус брюшных мышц. При признаках утомления следует повернуть его на спину. • Рекомендуется брать ребенка на руки сначала в горизонтальном положении, а с 1,5 месяцев — в вертикальном для повышения эмоционального тонуса и развития умения поднимать и удерживать голову в вертикальном положении. • С середины третьего месяца следует периодически опускать игрушку над грудью ребенка, чтобы он мог натолкнуться на нее, размахивая руками, при этом стимулируется выпрямление руки, подготовка ее к захватыванию игрушки.
Комплекс №2 (с 3 до 4 мес.) через 30—40 мин. после кормления 1 раз в день • Создать условия для развития хватания. • Добиться нормального мышечного тонуса нижних конечностей. Воспитать навык в самостоятельных поворотах со спины на живот.		Рекомендуемые, игрушки: простой формы, крупные, яркие, но не многоцветные (обилие цветов утомляет ребенка), звучащие погремушки и шары (дети руками их не трогают, а только рассматривают).

	НПР	Режим	Питание
4 мес.	Аз — узнает мать, радуется Ас — поворачивает голову в сторону невидимого источника звука. Э — громко смеется в ответ на обращение. Во время бодрствования часто и легко возникает комплекс оживления. Ищет взглядом ребенка, радуется, тянется к нему. По-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии. Др — рассматривает и захватывает висящую игрушку. До — то же, что и в 3 месяца, но ярче выражено. Ра — гулит. Н — придерживает рукой бутылочку или грудь матери.	Режим № 2 (с 3 по 6 мес.)	Введение фруктового пюре — с 4 мес., первого прикорма (каша или овощное пюре) — с 4,5 мес. 6⁰⁰ — грудь матери/смесь — 160 10⁰⁰ — 5% каша — с 5 до 150 г + слив.масло — 3 г + при необходимости, гр.матери/смесь 14⁰⁰ — гр.матери/смесь — 120 + фр.пюре — 40 г 18⁰⁰ — гр.матери/смесь — 160 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 160
5 мес.	Аз — отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует). Ас — узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонации. Др — четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее в руке. До — долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается, устойчиво стоит при поддержке. Ра — певуче гулит. Н — ест с ложки густую пищу.	Режим № 2 (с 3 по 6 мес.) При введении прикорма переходят на 5 кормлений через 4 часа (6⁰⁰ — 10⁰⁰ — 14⁰⁰ — 18⁰⁰ — 22⁰⁰)	Введение второго прикорма (каша или овощное пюре) — с 5,5 мес. 6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 8—10% — 150 г + слив. масло — 4 г 14⁰⁰ — гр.матери/смесь — 150 + фр.пюре — 50 г 18⁰⁰ — овощное пюре с 5 до 170 + гр.матери/смесь 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 180 Фруктовый сок между кормлениями — по 25 мл 2 раза

6 мес.	Ас — по-разному реагирует на свое и чужое имя. Др — свободно берет игрушку из разных положений, перекладывает из одной руки в другую. До — переворачивается с живота на спину и со спины на живот, передвигается, переставляя руки, немного ползает. Ра — произносит отдельные слоги (начало лепета). Н — хорошо ест с ложки, снимая пищу губами. небольшое количество жидкости пьет из чашки.	Режим № 3 (с 6 по 9 мес.) 5 кормлений через 4 часа Бодрствование после кормления — 2—2,5 ч. Сон после бодрствования 1,5—2 ч. Количество дневных снов — 3. Ночной сон — 10—11 час.	Введение творога — с 6 мес., мясного пюре с — 6,5 мес., при искусственном вскармливании — адаптированная молочная смесь для детей второго полугодия (например, НАН 2, Нестожен 2 prebio, Швейцария) 6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 4 г + фр.пюре — 50 г 14⁰⁰ — овощн. пюре — 160 г + раст. масло — 3 г + мясн.пюре — 30 г 18⁰⁰ — гр.матери/смесь — 170 + творог — 30 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 30 мл 2 раза
--------	--	--	---

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс 3 (с 5 по 6 мес.) • Научить удерживать предметы в руках. • Воспитание чувства ритма	• Температура в помещении — +20—22° С. • Обязательный сон на воздухе при температуре от –15° до +30°С. • Воздушная ванна во время пеленания и массажа — 6—8 минут. • Умывание. Температура воды — +25—26° С. • Общая ванна при температуре воды — + 36—37°, продолжительность — 5—6 минут с последующим обливанием водой температурой — +34—35° С. • Летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2—3 раза в день до 5—6 минут.	• Необходимо чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки (лепет) и поддерживая радостное состояние, улыбку, смех. Приблизительно в возрасте 5 мес. должна формироваться ответная реакция на слово «нельзя» (по интонации). • Часто и на более длительное время следует класть ребенка в манеж или на стол на живот, помещать на близком расстоянии перед ним игрушки для стимуляции ползания. Показом сбоку яркой игрушки стимулируют поворот и переворот со спины на живот, затем — с живота на спину. В этом возрасте ни в коем случае не следует ни сажать, ни ставить ребенка. • Подвешивать игрушку над грудью ребенка нужно на уровне его вытянутых рук. Можно прикладывать игрушку к ладоням ребенка, побуждая захватить ее и удержать, сначала двумя, а затем одной рукой. • Побуждать ребенка к активности при еде (невнимание к активности маленького ребенка при приеме пищи и, особенно, насильственное его кормление приводят к понижению аппетита и длительному неумению есть самостоятельно). С 4,5—5 мес. следует приучать ребенка есть с ложки, снимая пищу губами, а не сосывая ее. Для этого ложку с пищей подносят ко рту ребенка, вкладывая ему в рот.
Комплекс 4 • Воспитание навыков в ползании к 7 мес. • Воспитание понимания речевой инструкции к 10 мес.	• Температура в помещении — + 20—22°С. • Обязательный сон на воздухе при температуре от –15° до +30°С • Воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования — 10—12 минут. • Умывание. Температура воды — +24—26° С. • Общая ванна при температуре воды — 36—37° С с последующим обливанием, температура воды — 34—35° С.	Рекомендуемые игрушки: яркие целлулоидные погремушки, удобные для захватывания, кольца с привязанными к ним игрушками, колокольчики, звоночки. Игрушки в форме шариков и ячеек неудобны для захватывания в этом возрасте. Полезно давать ребенку для исследования кусочки различной по фактуре ткани (хлопок, шерсть, шелк, бархат). Полученные тактильные ощущения способствуют развитию мозга.

	НПР	Режим	Питание
7 мес.	Др — игрушкой стучит, размахивает, бросает. До — хорошо ползает. Рп — на вопрос «где?» находит взглядом предмет, постоянно находящийся в определенном месте. Ра — подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги. Н — пьет из чашки.	Режим № 3 (с 6 по 9 мес.)	Введение яичного желтка 6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 4 г + фр.пюре — 50 г + $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{4}$ яичн.желт. 14⁰⁰ — овощн.пюре — 160 г + раст.масло — 4 г + мясн.пюре — 30 г + хлеб пшен. — 5 г 18⁰⁰ — гр.матери/смесь — 160 + творог — 40 г + сухарик — 3 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 35 мл 2 раза
8 мес.	Др — игрушками занимается долго, подражая действиям взрослого: катает, стучит, вынимает. До — сам садится, ложится, встает, держась за барьер. Рп — на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др. Н — ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый.		Введение третьего прикорма — «последующих формул» или кефира с 8 мес. 6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 5 г + фр.пюре — 50 г + $\frac{1}{2}$ яичн.желт. 14⁰⁰ — овощн.пюре — 150 г + раст.масло — 5 г + мясн.пюре — 40 г + хлеб пшен — 5 г 18⁰⁰ — смесь — 160 + творог — 40 г + печенье — 5 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фрукт. сок между кормлениями — по 35 мл 2 раза
9 мес.	Ас — выполняет плясовые движения на плясовую музыку. Др — действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.). До — переходит от предмета к предмету, слегка придерживаясь за них руками Рп — знает свое имя, находит предметы независимо от их места нахождения. Ра — подражает взрослому, повторяя за ним слоги (или его манере). Н — пьет из чашки придерживая, ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.	Режим № 4 (с 9 по 12 мес.) 5 кормлений через 4 часа Бодрствование после кормления — 2,5—3,5 ч. Количество дневн. снов — 2: первый сон — 9³⁰—11³⁰ второй сон — 15⁰⁰—16³⁰ Ночной сон — 10—11 ч.	6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 5 г + фр.пюре — 50 г + $\frac{1}{2}$ яичн.желт. 14⁰⁰ — овощн.пюре — 150 г + раст.масло — 5 г + мясн.пюре — 40 г + хлеб пшен. — 5 г 18⁰⁰ — смесь — 150г + творог — 50 г + печенье — 5 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 40 мл 2 раза

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс 4 (с 7 по 10 мес.)	• «Сухие обтирания» фланелевой рукавичкой — до слабого покраснения кожи в течение 7—10 дней, далее — влажные обтирания, температура воды — +35° С, с постепенным понижением до 30° С. • Летом пребывание под рассеянными лучами солнца — 2—3 раза в день до 10 мин.	• Вначале стимулируют лепет, вступая в переключку с ребенком. Когда у него появляется лепет (6 мес.), следует вызывать подражание произносимым слогам (с 6 мес.) и простым словам: «мама», «дай», «киса» и др. (конец года). Развивая понимание речи, нужно много разговаривать с ребенком, называть окружающих людей, предметы, действия, учить выполнению некоторых движений и действий по слову взрослого, вначале подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание (с 7—8 мес. — «ладушки», «дай ручку», «до свидания», с 9—10 мес. — «дай игрушку», имея в виду, что ребенок должен найти данную игрушку среди нескольких других и подать ее и т.п.). • В 11—12 мес. слова «нельзя» и «плохо» должны регулировать поведение ребенка. • с 5,5 — 6 мес. побуждают к ползанию • с 7,5 мес. — к вставанию • с 8—9 мес. — к ходьбе с опорой • с 11—12 мес. — к ходьбе без опоры, подманивая ребенка яркой игрушкой, ласково подзывая его к себе, иногда немного помогая ему. • Для поддержания хорошего эмоционального тона и гармоничного развития ребенка полезны веселые игры — «догоню, догоню», «ладушки». • Для получения ребенком новых впечатлений и развития речи показывают животных, заводные игрушки, а с 10 мес. — картинки. Игрушки уже не подвешивают, а кладут в кроватку, манеж, на пол. Необходимо показывать элементарные действия с предметами, побуждая ребенка к подражанию. • Для воспитания навыков при приеме пищи необходимо: с 6,5—7 мес. во время кормления давать ребенку в руку кусочек белого хлеба, печенья, приучать его есть самостоятельно; с 7—8 мес. приучать ребенка пить из чашки (широкой), которую сначала держит взрослый, а потом сам ребенок (в 12 мес. ребенок самостоятельно пьет из чашки); с 8—9 мес. детей, умеющих сидеть, следует во время кормления сажать на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

	НПР	Режим	Питание
10 мес.	Др — по просьбе выполняет различные разученные действия, открывает, вынимает, выкатывает и др. До — слезает на диван, ступеньку, ящик и слезает с них. Рп — по просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», играет в прятки). Ра — подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете. Н — то же, что и в 9 месяцев.	Режим № 4 (с 9 по 12 мес.)	6⁰⁰ — гр.матери/смесь (например, смесь для детей с 10 мес. — НАН 3, Нестле, Швейцария) — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 6 г + ½ яичн.желт. + фр.пюре — 50 г 14⁰⁰ — овощн.пюре — 150 г + раст.масло — 6 г + мясн.пюре — 50 г + хлеб пшен — 5 г 18⁰⁰ — смесь — 140 г + творог — 50 г + печенье — 10 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 40 мл 2 раза
11 мес.	Э — радуется приходу детей. Избирательно относится к детям. Др — овладевает новыми движениями и выполняет их по слову взрослого: накладывает, снимает, надевает кольца. До — стоит самостоятельно, делает первые шаги. Рп — первые обобщения в понимаемой речи (по слову находит мяч, все машины и пр.). Ра — произносит первые слова («дай», «на», «ав», «па» и др.).		6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 5 г ½ яичн.желт. + фр.пюре — 50 г 14⁰⁰ — салат из свежей тертой моркови — 1 ч.л. + овощн.пюре — 130 г + раст.масло — 6 г + мясн.пюре — 50 г + хлеб пшен. — 5 г 18⁰⁰ — смесь — 140 г + творог — 50 г + печенье — 10 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 50 мл 2 раза
12 мес.	Аз — узнает на фотографии знакомого взрослого. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика). Э — протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет игрушку, спрятанную другим ребенком. Др — выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает). До — ходит самостоятельно. Рп — понимает слово «нельзя», выполняет поручения. Ра — легко подражает новым словам, произносит до 10 облегченных слов. Н — самостоятельно пьет из чашки (берет ее руками, ставит на стол).		6⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 10⁰⁰ — каша 10% — 150 г + слив.масло — 5 г + ½ яичн.желт. + фр.пюре — 50 г 14⁰⁰ — салат из свеж тертой моркови — 1 ч.л. + овощн.пюре — 130 г + раст.масло — 6 г + мясн.пюре — 50 г + хлеб пшен. — 5 г 18⁰⁰ — смесь — 140 г + творог — 50 г + печенье — 10 г 22⁰⁰ — гр.матери/смесь — 200 Фруктовый сок между кормлениями — по 50 мл 2 раза

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс 5 (с 10 мес. до 1 г. 2 мес.) Стимулировать самостоятельное выполнение упражнений, инструкций при обязательном обеспечении правильности движений пособиями: кольца, палки.	То же	• Во время кормления ребенка первого года жизни надо следить, чтобы его лицо и платье были чистыми (приучение к аккуратности и выработка отрицательного отношения к неопрятности во время еды). • Воспитание гигиенических навыков: умывание рук, лица: необходимо воспитывать у ребенка положительное, спокойное отношение к процессу умывания; проводить умывание осторожно, не доставляя малышу неприятных ощущений; побуждать ребенка к активности при умывании; в 8—9 мес. ребенок должен протягивать руки к струе воды. • Воспитание навыков саморегуляции физиологических отпавлений: - с 5—6 мес. следует держать ребенка над горшком после сна (если ребенок проснулся сухим), перед сном и периодически во время бодрствования, но не раньше, чем через 30 мин. после кормления, стараясь угадать появление у ребенка потребности к мочеиспусканию (не вызывая отрицательной реакции); - в 8—9 мес. ненадолго (на 3 мин.) высаживать на горшок в одно и то же время дня. Горшок должен быть теплым, подходить по размеру. Стараться поддерживать у ребенка хорошее настроение, сделав процедуру высаживания на горшок приятной. Сопровождать высаживание словами «пи—пи», «а—а», вызывая у ребенка подражание словам (к 1 году ребенок спокойно относится к высаживанию, к 1 г. 6 мес. днем просится, а к 2 годам должен проситься и ночью). Ночью детей до 1 года не следует высаживать, а менять мокрое белье по мере надобности. - С 11—12 мес. следует побуждать ребенка к активности при одевании и раздевании — протянуть ногу дня надевания колготок, сапожек, поднять руки при снятии платяца и др. Рекомендуемые игрушки: разнообразные и более сложные, многокрасочные, звучащие игрушки из разного материала куклы, птички, зайчики, рыбки. Для развития действия с предметами следует давать детям мячи и игрушки для катания, всевозможные легко открывающиеся коробочки, игрушечные кастрюльки для закрывания и открывания, пятистенные полые кубики, складные матрешки, небольшие пирамидки (из 2—3 толстых колец). Полезно использовать для той же цели пластмассовые и металлические мисочки, небольшие бидончики и т.д. Ребенок сможет вкладывать в них шарики и небольшие игрушки.

1	НПР	Режим	Питание
13—15 мес.	Ра — пользуется лепетом и отдельными облегченными словами в момент двигательной активности и радости. Рп — расширяется запас понимаемых слов. С и Дпр — ориентируется в двух контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см. И — воспроизводит в игре действия с предметами, разученные ранее (нанизывает кольца на стержень, кормит куклу). До — ходит длительно, не присаживаясь; меняет положение: приседает, наклоняется, поворачивается. Н — сам ест ложкой густую пищу.	Режим № 5 (с 1 до 1,5 лет) 4 кормления через 3,5—4,5 часа Бодрствование — 3,5—4 часа Кол-во дневных снов — 2 (1-й — 2,5—2 ч., 2-й — 1,5—1 ч.). Ночной сон — 10—11ч.	Режим питания: • завтрак — 7³⁰ — 8³⁰, • обед — 11³⁰ — 12³⁰, • полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰, • ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰. Дети от 1 г. до 1,5 лет могут питаться 5 раз в сутки. Пятый приём пищи состоит из кефира или молока в 6⁰⁰ или 23⁰⁰, если ребёнок просыпается. Пищу готовят в протертом виде. Постепенно приучают ребенка к более плотной пище и более расширенному ассортименту блюд. Суточный объем пищи — 1000—1200 мл Завтрак: Каша или овощное блюдо — 180 г Кофе злаковый — 100 г Обед: Салат — 30 г Суп — 100 г Мясная котлета, суфле — 50 г Гарнир — 100 г Компот — 100 г Полдник: Кефир, молоко — 150 г Печенье, булочка — 15 г Фрукты — 100 г Ужин: Овощное блюдо или каша — 180 г Молоко, чай — 100 г Хлеб на весь день: пшеничный — 40 г ржаной — 10 г
16—18 мес.	Ра — пользуется словами, облегченными и произносимыми правильно, называет предметы и действия при сильной заинтересованности. Рп — может назвать предмет по его существенному признаку. С и Дпр — ориентируется в 3—4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик, призма). И — отображает в игре отдельные наблюдаемые действия. До — перешагивает через препятствия приставным шагом. Н — сам ест ложкой жидкую пищу.		

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс 6 (с 14 до 18 мес.) - Воспитание правильной осанки, ходьбы, чувства равновесия, координации движений. - Профилактика плоскостопия.	- Температура в помещении — +20—19° С. - Дневной сон на открытом воздухе при температуре от –5° до + 30° С. - Воздушная ванна при смене белья после ночного и дневного сна, детям старше 2 лет — во время утренней гигиенической гимнастики и умывания. - Прогулка 2 раза в день при температуре воздуха от –15° до +30°С. - Умывание. Температура воды в начале закаливания — +20° С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18—16° С. Детям старше 2 лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя. - Общее обливание после прогулки. Начальная температура воды — +35—34° С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 26—24° С. - Обливание ног перед дневным сном. Начальная температура воды 28° С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18° С. - Общая ванна при температуре воды — + 36° С продолжительностью 5 минут с последующим обливанием, температура воды — +34° С, перед ночным сном 2 раза в неделю. - Летом пребывание под прямыми лучами солнца, начиная с 5—6 минут до 8—10 минут 2—3 раза в день	Для стимуляции понимания речи речевой активности необходимо: - увеличивать число запоминаемых слов; - укреплять связи между предметами и обозначениями их словами. Развивать понимание связей и отношений между предметами («птичка клюет зернышко»); - научить выполнять поручения взрослого. - увеличивать число произносимых слов, приучать употреблять в речи 2—3 сложные фразы и вносить в речь грамматические изменения; - совершенствовать подражание звукосокращениям и словам, учить отвечать на речь взрослого доступными словами. Вызывать воспроизведение слов, обозначающих знакомые предметы, которые в данное время отсутствуют. Для развития движения нужно: - совершенствовать и делать целевыми ходьбу (учить ходить по ограниченной и наклонной плоскости — по доске, перешагивать через одиночные препятствия, удерживать равновесие), лазанье (учить влезать на стремянку, перелезать через бревно, подлезать под скамейкой), бросание (учить бросать мяч в корзину). Во втором полугодии развивать умение бегать. Учить простейшим элементам пляски. Прыгать с высоты дети второго года жизни не должны из-за особенностей анатомического строения стопы (плоскостопие); - развивать (во втором полугодии) различные подражательные движения («как мишка ходит», «как заяка бегает»); - приучать выполнять различные действия, движения по словесному предположению, а в конце года даже по словам (стишки, песенки, сначала одному, а потом и группе детей). - учить внимательно наблюдать за действиями взрослого и воспроизводить их;

	НПР	Режим	Питание
19—21 мес.	Ра — во время игры словами и двусловными предложениями обозначает свои действия. Рп — понимает несложный рассказ по сюжетной картинке, отвечает на вопросы взрослого. С и Дпр — ориентируется в 3—4 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см. И — воспроизводит несложные сюжетные постройки: перекрытия типа «ворота», скамейка, дом. До — ходит по ограниченной поверхности шириной 15—20 см, приподнятой над полом на 15—20 см. Н — снимает отдельные предметы одежды с небольшой помощью (шапку, трусы, ботинки).	Режим № 6 (с 1,5 до 2 лет) 4 кормления через 3,5—4,5 часа Бодрствование — 5,5—5 часов Кол-во дневных снов — 1 (3 часа). Ночной сон — 10—11ч.	После 1,5 лет у ребенка прорезываются коренные зубы, поэтому можно давать непертертую и более плотную пищу, требующую жевания. Расширяют ассортимент продуктов. На обед обязательно включение салатов из вареных и сырых овощей. Для возбуждения аппетита можно давать соленые овощи (огурцы, помидоры). Суточный объем пищи — 1200—1400 мл Завтрак: Каша или овощное блюдо — 200 г Кофе злаковый — 150 г Обед: Салат — 40 г Суп — 150 г Мясная котлета или суфле — 60 г Гарнир — 100 г Компот — 100 г Полдник: Кефир, молоко — 150 г Печенье, булочка — 15/45 г Фрукты — 150 г Ужин: Овощное блюдо или каша — 200 г Молоко, чай — 150 г Хлеб на весь день: ржаной — 30 г пшеничный — 70 г
22 — 24 мес.	Ра — пользуется трехсловными предложениями, употребляет прилагательные, местоимения. Рп — понимает рассказ без показа событий, бывших в его личном опыте. С и Дпр — может подобрать 3—4 контрастных цвета, названных взрослым. И — в игре воспроизводит ряд последовательных действий (начало сюжетной игры). До — перешагивает через препятствия чередующимся шагом. Н — надевает отдельные предметы (ботинки, шапку).		

Миг	Закаливание	Воспитание
Комплекс 7 (с 18 до 24 мес.) - Воспитание правильной осанки, ходьбы, чувства равновесия, координации движений. - Профилактика плоскостопия.	То же	- обучать проделывать с предметами и сюжетными играми разнообразные целевые действия (в первом полугодии — закрывать и открывать, снимать и надевать, во втором полугодии — наливать жидкость, насыпать песок в просторную посуду и т.д.); сюжетная игра на втором году жизни только зарождается (ребенок воспроизводит отдельные действия шофера, продавца и т.д.); - развивать умение доводить до конца освоенное действие (например, собрать всю пирамидку); - использовать занятия с предметами для развития речи (называть предметы, их свойства, действия с ними). Воспитание навыков при приеме пищи: - с 1 г. 2 мес. во время кормления необходимо давать ребенку в руку десертную или чайную ложку, направляя ее ему в рот своей рукой (ребенок сначала держит ложку в кулачке); - с 1 г. 4-5 мес. побуждать ребенка есть самостоятельно густую пищу, а затем жидкую. Учить самостоятельно пользоваться салфеткой. Воспитание гигиенических навыков: - на 2-м году жизни ребенок должен уметь снять низко висящее полотенце, потереть руки мылом; - с 1 г. 2-4 мес. вызывать отрицательное отношение к грязи (словом, тоном), тотчас вымыть ребенку запачканные руки, вытереть нос, добиваться, чтобы ребенок привыкал быть чистым и впоследствии сам просил вымыть его или вытереть; - с 1 г. 6 мес. учить самостоятельно пользоваться носовым платком Воспитание навыков одевания и раздевания: - с 1 года ребенок может самостоятельно стянуть колготки, сапожки, кофточку (в 1 г. 2-3 мес. ребенок охотно сам пытается раздеваться и одеваться); - с 1 г. 6 мес. снимает и надевает колготки, штанишки, расшнуровывает ботинки; - с 2-х лет снимает и надевает с помощью взрослого часть туалета в определенной последовательности — платице, штанишки, рубашку. При раздевании аккуратно складывает одежду на стул. Рекомендуемые игрушки: пирамидки, более сложные матрешки, песочницы, обручи, игрушечные телефоны, мячи. <i>Сюжетные игрушки:</i> одетые куклы, кукольная мебель, алюминиевая посуда, игрушечные животные. Примитивный строительный материал. Различные тачки, тележки, машины, «мелочь» в мешочке или корзинке (с 1 г. 6 мес.). Песок (с 1 г. 6 мес.) и вода (к концу второго года) для игры. Заводные игрушки, живые животные для показа и рассказа, простые музыкальные инструменты, вроде барабана или бубна. Мыльные пузыри. Для игры детей второго года жизни следует оборудовать уголок в комнате, покрыть пол чистым ковриком, т.к. в этом возрасте ребенок любит играть один на полу.

1	НПР	Режим	Питание
24—30 мес.	Речь активная: грамматика — говорит многословными предложениями (больше трех слов); вопросы — появление вопросов «где?», «куда?». Сенсорное развитие: восприятие формы — по образцу подбирает геометрические формы на разнообразном материале; восприятие цвета — по образцу подбирает разнообразные предметы четырех основных цветов. Игра сюжетная — игра носит сюжетный характер, отражает связь и последовательность действий. Конструктивная деятельность — сам делает простые сюжетные постройки и называет их. Изобразительная деятельность Навыки: в одевании — одевается, но не застегивает пуговицы; в еде — ест аккуратно. Движения — перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 20—30 см	Режим № 7 (с 2 до 3 лет) 4 кормления через 3,5—4,5 часа Бодрствование — 5,5—6,5 часов Кол-во дневн. снов — 1 (2,5—2 часа). Ночной сон — 10 ч.	То же
30—36 мес.	Речь активная: грамматика — начинает употреблять придаточные предложения; вопросы — появляются вопросы «когда?», «почему?». Сенсорное развитие: восприятие формы — правильно пользуется геометрическими формами и называет их; восприятие цвета — называет четыре основных цвета. Игра сюжетная — появляются элементы ролевой игры. Конструктивная деятельность — появляются сюжетные постройки (дом с забором, дорогой). Изобразительная деятельность — с помощью карандаша изображает простые предметы и называет их. Навыки: в одевании — одевается, застегивает пуговицы с небольшой помощью взрослых; в еде — пользуется салфеткой по мере надобности и без напоминания. Движения — перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 30—36 см.		

МиГ	Закаливание	Воспитание
Комплекс 8 (с 24 до 36 мес.)	То же	Для стимуляции понимания речи, речевой активности нужно - показывать новые и более сложные предметы, действия, картинки, сопровождая знакомство с ними словесными пояснениями; - приучать понимать устную речь без сопровождения наглядными образцами, слушать короткие рассказы, стихотворения. - учить говорить предложениями, согласовывать слова и правильно их произносить; - развивать эмоциональную выразительность голоса, побуждать к подпеванию и пению; - учить передавать словами впечатления (рассказ по картинке и т.д.), отвечать на вопросы. Для развития движений необходимо: - способствовать развитию координации общих движений; - приучать ребенка по сигналу приостанавливать движения, переходить от одного движения к другому, изменять темп движения; - развивать чувство ритма, вводить танец под музыку; - развивать координацию мелких движений и действия с предметами; - развивать сюжетные игры, основанные на подражании взрослому и старшим детям, стимулировать инициативу и выдумку ребенка в игре; - при пользовании предметами уточнять их число, цвет, размер и т.д. — заставлять называть эти свойства предметов, подбирать их по заданию; При воспитании навыков при приеме пищи в этом возрасте необходимо обратить внимание на воспитание с помощью словесных указаний и собственного примера культурного поведения за столом — держать ложку в правой руке, а хлеб — в левой, не размачивать хлеб в супе, чае, не выходить из-за стола с полным ртом, говорить «спасибо». Воспитание гигиенических правил: - под контролем взрослого ребенок может самостоятельно намылить руки, не обливаясь, вымыть лицо и руки под узкой струей воды, вытереть их насухо; - приучать по собственной инициативе умываться утром и вечером, мыть руки перед едой или после загрязнения, вытираться только своим полотенцем (в 3 года ребенок хорошо и аккуратно моет руки, вытирает их, вытирает нос и др.); - с 2 лет высаживать на горшок ночью не более 1 раза, если он в этом нуждается. Навыки одевания и раздевания: - к 2 годам ребенок снимает некоторые предметы туалета — колготки, ботинки, штанишки, в 2,5 г. одевается и раздевается сам, но без застегивания и расстегивания пуговиц, развязывания шнурков; - в 3 года одевается и раздевается почти самостоятельно, может застегивать пуговицы, завязывать шнурки. Рекомендуемые игрушки: те же, что для детей второго года жизни, но более сложные, например, велосипед, строительные материалы различной величины и формы, разнообразная игрушечная мебель и посуда, конструкторы, предметы одежды и др. Более сложные картинки и книжки для раскрашивания, пластилин или глина, лото, живые животные, птички, рыбки, диапроектор. Необходимы целевые прогулки и экскурсии для расширения кругозора ребенка. Общие задачи воспитания ребенка, связанные с формированием его как будущего члена коллектива: выработка умения самостоятельно заниматься, (на 2 году), играть друг с другом (жалеть «обиженного», помочь «пострадавшему»), поддерживать порядок в игрушках, беречь их; приучение к самообслуживанию и взаимопомощи; развитие любознательности, смелости, настойчивости, стремление преодолеть препятствия и довести начатое дело до конца.

Особенности профилактических приемов детей раннего возраста

1 месяц

Показатель	Динамика
Масса	+ 600—800 г
Длина	+ 3 см
Окружность головы	+ 3 см
Окружность груди	+ 2
Большой родничок	≈2,5×3,0 см
Зубы	0
Реакция на БЦЖ	Пятно или папула
ЧД	40—45 в мин.
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.

Рефлексы в 1 мес.	
ладонно-ротовой	+
поисковый	+
сосательный	+
защитный	+
опоры и автоматической походки	+
ползания	+
хватательный	+
Переза и Галанта	+
Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	50,5	51,5	52,8	56,3	57,5	58,7	
	Масса	3,1	3,5	3,8	4,5	5,2	5,6	
	Окр. головы	34,8	35,3	36,0	37,9	39,0	39,8	
	Окр. груди	33,3	34,1	35,4	38,0	38,9	39,4	
Д	Длина тела	49,7	50,7	52,4	55,3	56,9	57,7	
	Масса	3,0	3,3	3,7	4,3	4,6	4,9	
	Окр. головы	33,8	34,8	36,0	38,0	38,,	39,5	
	Окр. груди	32,9	34,0	35,3	37,4	38,1	39,0	

НПР

Аз	Сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета
Ас	Прислушивается к звуку, голосу взрослого
До	Лежа на животе, пытается поднимать голову и удерживать ее
Э	Первая улыбка на разговор взрослого
Ра	Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним

Гемограмма в 2—4 недели

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцит. Формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
5,31	170,0	10,25	26,0	58,0	12,0	3,0	0,5

Особенности приема

1. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
2. Вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска).
3. Назначение режима № 1:
 - 7 кормлений через 3 ч ($6^{00} - 9^{00} - 12^{00} - 15^{00} - 18^{00} - 21^{00} - 24^{00}$) и ночной перерыв — 6 ч;
 - или 6 кормлений через 3,5 ч ($6^{00} - 9^{30} - 13^{00} - 16^{30} - 20^{00} - 23^{30}$) и ночной перерыв — 6,5 ч. (если ребенок выдерживает интервалы между кормлениями).
 - Бодрствование после кормления — 1—1,5 ч.
 - Сон после бодрствования — 2—2,5 ч.
 - Количество дневных снов — 4.
 - Ночной сон — 11 ч.
4. Обучение комплексу массажа и гимнастики (МиГ) № 1 (с 1,5 до 3 мес.).
5. Обучение закаливанию.
6. Аудиологический скрининг.
7. УЗИ, в том числе тазобедренных суставов.
8. Направление к специалистам:
 - ортопед-травматолог;
 - детский хирург;
 - офтальмолог;
 - невролог.

Назначения

1. Режим № 1.
2. Вскармливание*:
 - грудь матери по 100—120 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 7 раз в день с 6-часовым ночным перерывом;
 - при искусственном вскармливании — адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 120—140 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
3. Комплекс МиГ № 1
4. Закаливание.
 - Температура в помещении — $+20 - 22^{\circ}\text{C}$.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до $+30^{\circ}\text{C}$.
 - Умывание. Температура воды — 28°C .
 - Общая ванна при температуре воды $36 - 37^{\circ}\text{C}$ в течение 5—6 минут.
5. Вит. D по 400 МЕ ежедневно
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Метаболическое пособие в течение 1—2 мес.:
 - аскорбиновая кислота — 0,03
 - пангамовая кислота — 0,006
 - пантотеновая кислота — 0,003
 - витамины В1, В2, В6 — по 0,001
8. Рекомендации по воспитанию — во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, неваляшка, погремушка на кольцо и с ручкой.
9. Разрешение на прививку против вирусного гепатита В (дети из групп риска).
10. Индивидуальные назначения — по показаниям.
11. Патронаж медицинской сестры — в 1,5 месяца.
12. Явка на профосмотр — в 2 месяца.

* разовый объем питания детям 1-го года жизни указан в расчете на ребенка с нормальным физическим развитием

2 МЕСЯЦА

Показатель	Динамика
Масса	+ 800 г
Длина	+ 3 см
Окр. головы	+ 2 см
Окр. груди	+ 2 см
Большой родничок	≈2,5×2,5 см
Зубы	0
Реакция на БЦЖ	Папула или пустула
ЧД	40—45 в мин.
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.

Рефлексы в 2 мес.	
ладонно-ротовой	+
поисковый	+
сосательный	+
защитный	±
опоры и автоматической походки	±
ползания	+
хватательный	+
Переза и Галанта	+
Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	53,4	54,3	55,8	59,5	61,0	62,1	
	Масса	3,9	4,3	4,6	5,5	6,2	6,6	
	Окр. головы	36,9	37,3	38,0	40,3	40,9	41,8	
	Окр. груди	35,0	35,7	37,0	40,0	40,8	41,6	
Д	Длина тела	52,2	53,3	55,0	58,6	59,9	60,8	
	Масса	3,7	4,0	4,4	5,0	5,3	5,6	
	Окр. головы	35,6	36,3	37,4	39,8	40,6	41,4	
	Окр. груди	34,6	35,7	37,2	39,1	40,0	40,9	

НПР

Аз	Длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого
До	Лежа на животе, приподнимается и непродолжительно удерживает голову
Э	Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке
Ра	Повторно произносит отдельные звуки

Гемограмма в 2 месяца

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцит. Формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,49	142,8	12,1	25,25	61,25	10,3	2,5	0,5

Особенности приема

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска).
4. Назначение оздоровительных и корригирующих мероприятий.

Назначения

1. Режим № 1.
2. Вскармливание: грудь матери или, при искусственном вскармливании, — адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 130—140 мл 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
3. Комплекс МиГ № 1.
4. Закаливание:
 - Температура в помещении — +20—22 °.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от –10° до +30°С.
 - Умывание водой температурой — 28°С.
 - Общая ванна при температуре воды 36—37°С в течение 5-6 минут ежедневно.
5. Вит. D по 400 ME ежедневно.
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Метаболическое пособие в течение 1—2 мес.:
 - аскорбиновая кислота — 0,03
 - пангамовая кислота — 0,006
 - пантотеновая кислота — 0,003
 - витамины В1, В2, В6 — по 0,001
8. Рекомендации по воспитанию — во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, неваляшка, погремушка на кольцо и с ручкой.
9. Разрешение на прививку против вирусного гепатита В (дети из групп риска).
10. Индивидуальные назначения — по показаниям.
11. Направление к неврологу, на ОАК и ОАМ (к 3 мес.)
12. Патронаж медицинской сестры — в 2,5 месяца.
13. Явка на профосмотр — в 3 месяца.

3 месяца

Показатель	Динамика
Масса	+ 800 г
Длина	+ 3 см
Окр. головы	+ 1,5 см
Окр. груди	+ 2 см
Большой родничок	≈2×2 см
Зубы	0
Реакция на БЦЖ	Пустула
ЧД	40—45 в мин.
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.

Рефлексы в 3 мес.	
ладонно-ротовой	±
поисковый	+
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	+
хватательный	+
Переза и Галанта	+
Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	56,1	57,0	58,6	62,4	64,0	65,5	
	Масса	4,5	4,9	5,4	6,4	7,0	7,5	
	Окр. головы	38,4	38,8	39,5	41,6	42,5	43,3	
	Окр. груди	36,5	37,3	38,4	42,1	43,1	43,8	
Д	Длина тела	55,1	56,1	57,9	61,5	63,0	63,9	
	Масса	4,4	4,6	5,0	5,7	6,1	6,5	
	Окр. головы	36,9	37,7	38,5	41,3	42,2	43,0	
	Окр. груди	36,2	37,3	38,7	40,5	41,2	42,8	

НПР

Аз	Длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого
До	Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, удерживает голову в вертикальном положении (на руках взрослого)
Др	Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью.
Э	Комплекс оживления при общении с ребенком. Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке
Ра	Повторно произносит отдельные звуки

Гемограмма в 3 месяца

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,26	129,2	11,89	27,5	59,0	10,0	2,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка анализов крови и мочи.
3. Осмотр невролога.
4. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
5. Осмотр перед прививкой.
6. Вакцинация против вирусного гепатита В + АКДС + полиомиелит.
7. Назначение нового режима № 2 (с 3 по 6 мес.):
 - 6 кормлений через 3,5 ч.
 - Бодрствование после кормления — 1,5—2 ч.
 - Сон после бодрствования — 1,5—2ч.
 - Количество дневных снов — 4.
 - Ночной сон — 10—11 ч.
8. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики (комплекс № 2) (с 3 до 4 мес.) через 30—40 мин после кормления 1 раз в день.

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: грудь матери или, при искусственном вскармливании, — адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 150—160 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
3. Комплекс МиГ № 2.
4. Закаливание:
 - Температура в помещении — +20—22 °С.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от –10° до +30° С.
 - Умывание. Температура воды — 28°С.
 - Общая ванна при температуре воды 36—37°С в течение 5-6 мин.
5. Рекомендации по профилактике рахита (в зависимости от времени года), анемии.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Разрешение на прививку против вирусного гепатита В + АКДС + полиомиелит.
8. Контроль за реакцией на прививку.
9. Индивидуальные назначения — по показаниям.
10. Патронаж медицинской сестры — в 3,5 месяца.
11. Явка на профосмотр — в 4 месяца.

4 месяца

Показатель	Динамика
Масса	+ 750—800 г
Длина	+ 2,5 см
Окр. головы	+ 1,5 см
Окр. груди	+ 2 см
Большой родничок	≈2×2 см
Зубы	0
Реакция на БЦЖ	Пустула или корочка
ЧД	35—40 в мин.
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.

Рефлексы в 4 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	±
Переза и Галанта	±
Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	58,6	59,5	61,3	65,6	67,0	68,7	
	Масса	5,2	5,6	6,2	7,2	7,9	8,4	
	Окр. головы	39,6	40,2	40,8	42,9	43,8	44,5	
	Окр. груди	38,1	38,8	39,8	43,5	44,5	45,7	
Д	Длина тела	57,4	58,6	60,5	64,1	65,6	66,4	
	Масса	5,0	5,3	5,6	6,5	6,9	7,4	
	Окр. головы	38,2	38,9	39,7	42,4	43,3	44,2	
	Окр. груди	38,1	39,1	40,4	42,1	43,2	44,3	

НПР

Аз	Узнает мать, радуется
Ас	Поворачивает голову и находит глазами невидимый источник звука.
Э	Громко смеется в ответ на обращение. Во время бодрствования часто и легко возникает комплекс оживления. Ищет взглядом ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему. По-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии.
Др	Рассматривает и захватывает висющую игрушку.
До	То же, что и в 3 месяца, но ярче выражено.
Ра	Гулит.
Н	Придерживает рукой бутылочку или грудь матери.

Гемограмма в 4 месяца

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,45	129,2	11,7	27,5	57,75	11,0	2,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Возможно введение фруктового пюре — с 4 мес., первого прикорма (каша или овощное пюре) — с 4,5 мес.

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: разовый объем при 6-ти разовом кормлении может составлять 150—160 мл, при 5-ти разовом — 170—180 мл.

Вариант кормления при введении фруктового пюре

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	150
9 ³⁰	Фруктовое пюре, например, НЕСТЛЕ «Яблоко» Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	С 5 до 40 110
13 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	150
16 ³⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	150
20 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	150
23 ³⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	150

Вариант кормления при введении первого прикорма (перевод на 5 кормлений)

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	160
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Рисовая» + кормление грудью или смесью, пока не будет введена каша в полном объеме	С 5 до 150
14 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1» Фруктовое пюре, например, НЕСТЛЕ «Яблоко»	120 40
18 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	160
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	160

3. Комплекс МиГ №2.
4. Закаливание.
 - Температура в помещении — + 20—22° С.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от –15° до +30°С.
 - Воздушная ванна во время пеленания и массажа — 6—8 минут.
 - Умывание. Температура воды — 25—26° С.
 - Общая ванна при температуре воды — 36—37°, продолжительность — 5-6 минут с последующим обливанием водой температурой 34—35° С.
 - Летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2—3 раза в день до 5-6 минут.
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Рекомендации по воспитанию
7. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Патронаж медицинской сестры — в 4,5 месяца.
10. Приглашение на прививку в 4,5 месяца (АКДС + полиомиелит).

5 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 700—800 г
Длина	+ 2,5 см
Окр.головы	+ 1 см
Окр.груди	+ 2 см
Большой родничок	≈2×2 см
Зубы	0
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	35—40 в мин.
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.

Рефлексы в 5 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	±

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	61,0	61,9	63,4	67,9	69,6	70,9	
	Масса	5,8	6,2	6,8	7,9	8,6	9,1	
	Окр.головы	40,6	41,2	42,0	44,0	45,0	45,9	
	Окр.груди	39,3	40,1	41,1	45,0	46,2	47,4	
Д	Длина тела	59,9	61,0	62,8	66,4	67,8	68,8	
	Масса	5,5	5,8	6,2	7,2	7,7	8,2	
	Окр.головы	39,2	39,9	40,7	43,5	44,4	45,4	
	Окр.груди	39,4	40,5	41,7	43,5	44,6	45,8	

НПР

Аз	Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует).
Ас	Узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонации.
Др	Четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее в руке.
До	Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается, устойчиво стоит при поддержке.
Ра	Певуче гулит.
Н	Ест с ложки густую или полугустую пищу.

Гемограмма в 5 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,55	132,6	10,9	27,0	58,5	10,5	3,0	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики (комплекс № 3) (с 5 по 6 мес.).
Научить ребенка удерживать предметы в руках. Воспитание чувства ритма.
4. Введение второго прикорма (каша или овощное пюре) — с 5,5 мес.

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: разовый объем кормления в 5 месяцев может составлять 200 мл.

Вариант кормления при введении второго прикорма (естественное вскармливание)

Ча-сы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери	
10 ⁰⁰	Каша: НЕСТЛЕ «Гречневая» + Фруктовое пюре: НЕСТЛЕ «Черника»	150 50
14 ⁰⁰	Грудь матери	
18 ⁰⁰	Овощное пюре, например, НЕСТЛЕ «Кабачок» + кормление грудью	С 10 до 170
22 ⁰⁰	Грудь матери	
Сок фруктовый, например, «Яблочный» — по 25 мл 2 раза между кормлениями		

Вариант кормления при введении второго прикорма (искусственное вскармливание)

Ча-сы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Адаптированная смесь, например, «НАН 1»	200
10 ⁰⁰	Каша: НЕСТЛЕ «Гречневая» Фруктовое пюре: НЕСТЛЕ «Черника»	150 50
14 ⁰⁰	Адаптированная смесь, например, «НАН 1»	200
18 ⁰⁰	Овощное пюре, например, НЕСТЛЕ «Кабачок» + Адаптированная смесь, пока не будет введено овощное пюре в полном объеме	С 10 до 170
22 ⁰⁰	Адаптированная смесь, например, «НАН 1»	200
Сок фруктовый, например, «Яблочный» — по 25 мл 2 раза между кормлениями		

3. Комплекс МиГ №3.
4. Закаливание (как в 4 мес.)
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Направление к неврологу, на ОАК и ОАМ (к 6 мес.).
10. Явка на прививку — в 6 месяцев (гепатит В, АКДС, полиомиелит).
11. Патронаж медицинской сестры — в 5,5 месяцев.

6 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 650—800 г
Длина	+ 2,5 см
Окр.головы	+ 1 см
Окр.груди	+ 2
Большой родничок	≈2×2 см
Зубы	Нижние средние резцы — 2
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	35—40 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 6 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	63,0	64,0	65,6	69,9	71,3	72,5	
	Масса	6,4	6,8	7,4	8,6	9,2	9,7	
	Окр.головы	41,5	42,0	42,7	45,3	46,0	46,7	
	Окр.груди	40,6	41,4	42,4	46,3	47,6	49,0	
Д	Длина тела	62,1	63,0	64,3	68,2	69,9	70,8	
	Масса	6,1	6,3	6,8	7,9	8,5	9,0	
	Окр.головы	40,1	40,8	41,5	44,3	45,3	46,3	
	Окр.груди	40,6	41,6	42,9	44,9	46,1	47,2	

НПР

Ас	По-разному реагирует на свое и чужое имя.
Др	Свободно берет игрушку из разных положений, перекладывает из одной руки в другую.
До	Переворачивается с живота на спину и со спины на живот, передвигается, переставляя руки, немного ползает.
Ра	Произносит отдельные слоги (начало лепета).
Н	Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами Небольшое количество жидкости пьет из чашки.

Гемограмма в 6 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,22	129,2	10,9	25,0	60,75	10,5	3,0	0,25

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Осмотр невролога.
4. Вакцинация АКДС + полиомиелит + гепатит В.
5. Перевод на новый режим № 3 (с 6 по 9 мес.):
 - 5 кормлений через 4 часа.
 - Бодрствование после кормления — 2—2,5 ч.
 - Сон после бодрствования — 1,5—2ч.
 - Количество дневных снов — 3.
 - Ночной сон — 10—11 ч.
6. Введение с 6 мес. творога, затем — мясного пюре. При искусственном вскармливании введение адаптированной молочной смеси для детей второго полугодия (последующие формулы).

Назначения

1. Режим № 3.
2. Вскармливание. **Меню ребенка в 6,5 месяцев**

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10 ⁰⁰	Каша: НЕСТЛЕ «Гречневая» Фруктовое пюре: НЕСТЛЕ «Яблоко, банан»	150 50
14 ⁰⁰	Овощное пюре НЕСТЛЕ «Тыква» Мясное пюре, например, НЕСТЛЕ «Цыпленок»	170 С 5 до 30
18 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2» Творог	170 30
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 30 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 3.
4. Закаливание (как в 4 мес.).
 - Температура в помещении — +20—22°С.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от –15° до +30°С
 - Воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования — 10—12 минут.
 - Умывание. Температура воды — 24—26° С.
 - Общая ванна при температуре воды 36—37° С с последующим обливанием, температура воды — 34—35° С.
 - Летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2—3 раза в день до 5-6 минут.
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Разрешение на прививку АКДС + полиомиелит + гепатит В.
10. Контроль реакции на прививку.
11. Явка на профосмотр — в 7 месяцев.
12. Патронаж медицинской сестры — в 6,5 месяцев.

7 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400—600 г
Длина	+ 1,5 см
Окр. головы	+ 0,5 см
Окр. груди	+ 0,5 см
Большой родничок	≈1,5×1,5 см
Зубы	Нижние и верхние средние резцы — 4
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 7 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	65,0	65,9	67,5	71,4	73,0	74,1	
	Масса	6,9	7,4	7,9	9,1	9,8	10,3	
	Окр. головы	42,2	42,8	43,7	46,1	47,0	47,7	
	Окр. груди	41,7	42,5	43,4	47,5	48,9	50,1	
Д	Длина тела	63,7	64,2	66,4	70,0	71,6	72,7	
	Масса	6,5	6,8	7,3	8,5	9,1	9,7	
	Окр. головы	41,0	41,7	42,5	45,3	46,2	47,3	
	Окр. груди	41,8	42,8	44,0	46,0	47,2	48,5	

НПР

До	Хорошо ползает.
Др	Игрушкой стучит, размахивает, бросает.
Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте.
Н	Пьет из чашки.

Гемограмма в 7 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,56	130,9	11,58	26,0	60,0	11,0	2,0	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Обучение новому комплексу МиГ № 4 (с 7 по 10 мес.): воспитание навыков в ползании — к 7 мес. Воспитание понимания речевой инструкции — к 10 мес.
4. Введение яичного желтка

Назначения

1. Режим № 3.
2. Вскармливание

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Овсяная» Яичный желток Фруктовое пюре: НЕСТЛЕ «Абрикосы»	150 $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{4}$ шт. 50
14 ⁰⁰	Овощное пюре, например, НЕСТЛЕ «Картофель, брокколи» Мясное пюре, например, НЕСТЛЕ «Цыпленок» Хлеб пшеничный	165 30 5
18 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2» Творог Сушарик	160 40 3
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 35 мл 2 раза между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 4.
4. Закаливание (как в 4 мес.)
 - Температура в помещении — +20—22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от –15° до +30°C
 - Воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования — 10-12 минут.
 - Умывание. Температура воды — 24—26° С.
 - Общая ванна при температуре воды — 36—37° С с последующим обливанием, температура воды — 34—35° С.
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям
9. Явка на профосмотр — в 8 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры — в 7,5 месяцев.

8 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400—500 г
Длина	+ 1,5 см
Окр. головы	+ 0,5 см
Окр. груди	+ 0,5 см
Большой родничок	≈1×1 см
Зубы	Средние резцы — 4
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 8 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	66,5	67,6	68,9	73,0	74,5	75,7	
	Масса	7,4	7,8	8,4	9,6	10,3	10,8	
	Окр. головы	42,8	43,6	44,2	46,8	47,7	48,4	
	Окр. груди	42,7	43,5	44,4	48,5	49,9	51,1	
Д	Длина тела	65,2	66,1	67,7	71,6	73,1	75,2	
	Масса	7,0	7,3	7,7	9,1	9,7	10,5	
	Окр. головы	41,6	42,3	43,2	45,9	46,9	48,0	
	Окр. груди	42,8	43,7	44,9	46,9	48,3	49,8	

НПР

До	Сам садится, ложится, встает, держась за барьер. Хорошо ползает.
Др	Игрушками занимается долго, подражая действиям взрослого: катает, стучит, вынимает.
Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др.
Н	Ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый.

Гемограмма в 8 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,58	127,5	11,8	25,0	62,0	10,0	2,0	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Введение третьего прикорма: для детей на грудном вскармливании — это адаптированные смеси для детей второго полугодия (последующие формулы), кефир.

Назначения

1. Режим № 3.
2. Вскормливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Гречневая» Яичный желток Фруктовое пюре: НЕСТЛЕ «Чернослив»	150 ½ шт. 50
14 ⁰⁰	Овощное пюре, например, НЕСТЛЕ «Картофель, брокколи» Мясное пюре, например, НЕСТЛЕ «Индейка» Хлеб пшеничный	155 40 5
18 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	155 40 5
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 35 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 4.
4. Закаливание:
 - «сухие» обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи в течение 7—10 дней,
 - влажные обтирания, температура воды — 35°C, с постепенным понижением до 30°C.
 - летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2—3 раза в день до 10 минут.
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Направление к стоматологу, хирургу (к 9 мес.).
10. Явка на профосмотр — в 9 месяцев.
11. Патронаж медицинской сестры — в 8,5 месяцев.

9 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400—500 г
Длина	+ 1,5 см
Окр. головы	+ 0,5 см
Окр. груди	+ 0,5 см
Большой родничок	≈1×1 см
Зубы	Средние резцы — 4 Начало прорезывания верхних боковых резцов — 2
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 9 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	67,8	68,8	70,1	74,5	75,9	77,1	
	Масса	7,8	8,3	8,9	10,1	10,9	11,3	
	Окр. головы	43,5	44,0	44,8	47,4	48,3	49,0	
	Окр. груди	43,6	44,3	45,2	49,3	50,7	52,0	
Д	Длина тела	66,5	67,5	69,3	72,8	74,5	75,8	
	Масса	7,4	7,7	8,2	9,6	10,4	11,2	
	Окр. головы	42,4	42,9	43,7	46,6	47,6	48,5	
	Окр. груди	43,6	44,5	45,6	47,8	49,3	51,0	

НПР

Ас	Плясовые движения на плясовую музыку.
До	Хорошо ползает.
Др	Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.).
Ра	Подражает взрослому, повторяя за ним слоги (или его манере).
Рп	Знает свое имя, находит предметы независимо от их места нахождения.
Н	Пьет из чашки придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.

Гемограмма в 9 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,79	134,3	12,3	26,5	61,5	9,0	2,0	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования у стоматолога и хирурга.
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Введение нового режима № 4 (с 9 по 12 мес.):
 - 5 кормлений через 4 часа
 - бодрствование после кормления — 2,5—3,5 ч.
 - количество дневн. снов — 2:
первый сон — 9³⁰—11³⁰,
второй сон — 15⁰⁰—16³⁰.
5. Ночной сон — 10—11 ч.

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Пшеничная с яблоком молочная» Яичный желток	190 ½ шт.
14 ⁰⁰	Овощное пюре НЕСТЛЕ «Овощи с говядиной» Пшеничный хлеб	195 5
18 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	145 50 5
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 40 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 4.
4. Закаливание:
 - «сухие» обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи в течение 7—10 дней;
 - влажные обтирания, температура воды — 35°C, с постепенным понижением до 30°C.
 - летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2—3 раза в день до 10 минут.
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям
9. Явка на профосмотр — в 10 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры — в 9,5 месяцев.

10 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400—450 г
Длина	+ 1,5 см
Окр.головы	+ 0,5 см
Окр.груди	+ 0,5 см
Большой родничок	≈0,5×0,5 см
Зубы	Средние резцы — 4 Прорезывание верхних боковых резцов — 2
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 10 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	68,8	69,9	71,3	76,1	77,4	78,2	
	Масса	8,0	8,6	9,2	10,6	11,3	11,8	
	Окр.головы	44,0	44,6	45,4	48,0	48,8	49,6	
	Окр.груди	44,3	45,0	46,0	50,0	51,5	52,8	
Д	Длина тела	67,7	68,8	70,5	74,2	75,9	77,1	
	Масса	7,7	9,1	8,7	10,1	11,0	11,3	
	Окр.головы	42,8	43,5	44,3	47,2	48,3	49,2	
	Окр.груди	44,3	45,2	46,2	48,1	50,1	52,0	

НПР

До	Влезает на диван, ступеньку, ящик и слезает с них.
Др	Самостоятельно по просьбе выполняет различные разученные действия, открывает, вынимает, выкатывает и др.
Ра	Подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете.
Рп	По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», играет в прятки).
Н	Пьет из чашки придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.

Гемограмма в 10 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,69	125,8	13,2	31,5	57,0	9,0	1,5	0,25

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 5 (с 10 мес. до 1 г. 2 мес.): стимулировать самостоятельное выполнение упражнений, инструкций при обязательном обеспечении правильности движений пособиями: кольца, палки.
4. Введение адаптированных смесей для детей с 10 мес. — например, «НАН 3»

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 3»	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «3 злака» Фруктовое пюре, например, НЕСТЛЕ «Манго» Яичный желток	150 50 ½ шт.
14 ⁰⁰	Салат из тертой сырой моркови Овощное пюре, например, НЕСТЛЕ «Нежные овощи» Мясное пюре, например, НЕСТЛЕ «Кролик» или мясные фрикадельки Пшеничный хлеб	1 ч.л. 140 50 5
18 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	140 50 10
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости, смесь например, «НАН 3»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 40 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 5.
4. Закаливание (как в 9 мес.)
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Явка на профосмотр — в 11 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры — в 10,5 месяцев.

11 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400 г
Длина	+ 1,5 см
Окр. головы	+ 0,5 см
Окр. груди	+ 0,5 см
Большой родничок	≈0,5×0,5 см
Зубы	Средние резцы — 4 Верхние боковые резцы — 2 Прорезывание нижних боковых резцов — 2
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 11 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4	
	Масса	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3	
	Окр.головы	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0	
	Окр.груди	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6	
Д	Длина тела	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3	
	Масса	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2	
	Окр.головы	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6	
	Окр.груди	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7	

НПР

Э	Радуется приходу детей. Избирательное отношение к детям.
До	Стоит самостоятельно, делает первые шаги.
Др	Овладевает новыми движениями и выполняет их по слову взрослого: накладывает, снимает, надевает кольца.
Ра	Произносит первые слова (дай, на, ав, па и др.).
Рп	Первые обобщения в понимаемой речи (по слову находит мяч, все машины и пр).
Н	Самостоятельно пьет из чашки (берет ее руками, ставит на стол).

Гемограмма в 11 месяцев

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме
2. Комплексная оценка здоровья

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 3»	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Гречневая с черносливом» Яичный желток	190 ½ шт.
14 ⁰⁰	Салат из тертой сырой моркови Мясоовощное пюре например, НЕСТЛЕ «Овощи с говядиной» Пшеничный хлеб	1 ч.л. 190 5
18 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН Кисломолочный 2» или кефир Творог Печенье	140 50 10
22 ⁰⁰	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 3»	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с витамином С», — по 50 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 5.
4. Закаливание (как в 9 мес.)
5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
6. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям.
9. Направление на осмотр к неврологу, хирургу, ортопеду, окулисту, ЛОР-врачу, стоматологу, на ОАК, ОАМ, ЭКГ (к 12 мес.).
10. Явка на профосмотр — в 12 месяцев.
11. Патронаж медицинской сестры — в 11,5 месяцев.

12 месяцев

Показатель	Динамика
Масса	+ 400 г
Длина	+ 1,5 см
Окр. головы	+ 0,5 см
Окр. груди	+ 0,5 см
Большой родничок	Может быть закрыт
Зубы	Резцы средние и боковые — 8 Начало прорезывания первых нижних премоляров — 2
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм
ЧД	30—35 в мин.
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 12 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4	
	Масса	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3	
	Окр.головы	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0	
	Окр.груди	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6	
Д	Длина тела	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3	
	Масса	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2	
	Окр.головы	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6	
	Окр.груди	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7	

НПР

Аз	Узнает на фотографии знакомого взрослого. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика).
Э	Протягивает др. ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет игрушку, спрятанную другим ребенком.
До	Ходит самостоятельно, без опоры.
Др	Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает).
Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте.
Н	Самостоятельно пьет из чашки (берет ее руками, ставит на стол).

Гемограмма в 12 месяцев

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования у невролога, хирурга, ортопеда, офтальмолога, ЛОР-врача, стоматолога, данных ОАМ, ОАК, ЭКГ
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска), против кори, краснухи, эпидемического паротита.
5. Прогноз адаптации к ДОУ.
6. Написание эпикриза на ребенка первого года жизни.
7. Перевод на новый режим № 5 (с 1 до 1,5 лет):
 - 4 кормления через 3,5—4,5 часа;
 - бодрствование — 3,5—4 часа;
 - кол-во дневных снов — 2: первый сон — 2,5—2 ч.; второй сон — 1,5—1 ч.;
 - ночной сон — 10—11 ч.
8. Возможно отлучение ребенка от груди.
9. С 13—14 мес. перевод ребенка на 4 разовый режим кормлений с организацией завтрака, обеда, полдника и ужина. Дети от 1 года до 1,5 лет могут питаться 5 раз в сутки. Пятый приём пищи состоит из кефира или молока в 6⁰⁰ или 23⁰⁰, если ребёнок просыпается.
10. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 6 (вводится с 14 мес.).

Назначения

1. Режим № 5.
2. Вскармливание.

Меню при отлучении от груди

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН 3» или кефир	200
10 ⁰⁰	Каша, например, НЕСТЛЕ «Рисовая с яблоком» Яичный желток	190 ½ шт.
14 ⁰⁰	Салат из тертой сырой моркови Рыбо-овощное пюре НЕСТЛЕ «Лосось с картофелем, зеленью» Пшеничный хлеб	1 ч.л. 190 5
18 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН 3» или кефир Творог Печенье	140 50 10
22 ⁰⁰	Смесь, например, «НАН 3» или кефир	200
Сок фруктовый, например, НЕСТЛЕ «Фруктовый сок с железом», — по 50 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 6 (с 14 мес.).
4. Закаливание.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.
7. Проба Сулковича — 1 раз в 2 недели.
8. Индивидуальные назначения — по показаниям
9. Разрешение на прививку против вирусного гепатита В (дети из групп риска), против кори, краснухи, эпидемического паротита.
10. Явка на профосмотр — в 1 год 3 месяца.
11. Патронаж медицинской сестры в 13—14 месяцев.

15 месяцев (1 год 3 месяца)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 3 см
Окр.головы	+ 1 см
Окр.груди	+ 1,5 см
Большой родничок	Может быть закрыт
Зубы	Резцы — 8 Первые премоляры — 4 Начало прорезывания нижних клыков
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 12 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	+
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	72,9	74,3	76,0	81,2	83,4	84,9	
	Масса	9,2	9,6	10,5	12,2	12,9	13,5	
	Окр.головы	45,3	46,0	46,7	49,5	50,3	51,3	
	Окр.груди	46,0	46,8	47,9	51,9	53,7	55,0	
Д	Длина тела	72,2	73,6	75,2	78,8	81,2	82,4	
	Масса	8,9	9,4	10,0	11,7	12,7	13,3	
	Окр.головы	44,2	45,1	45,9	48,7	49,6	50,5	
	Окр.груди	46,4	47,2	48,1	50,8	52,3	53,9	

НПР

Ра	Лепечет и произносит отдельные облегченные слова в момент двигательной активности и радости.
Рп	Запас понимаемых слов быстро расширяется.
С и Дпр	Ориентируется в двух контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см.
И	Воспроизводит в игре действия с предметами, разученные ранее (нанизывает кольца на стержень, кормит куклу).
До	Ходит длительно, не присаживаясь; меняет положение: приседает, наклоняется, поворачивается, пятится.
Н	Сам ест ложкой густую пищу.

Гемограмма в 1—2 года

Эритро. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. С 13—14 мес. перевод ребенка на 4-разовый режим кормлений с организацией завтрака, обеда, полдника и ужина. Дети от 1 года до 1,5 лет могут питаться 5 раз в сутки. Пятый прием пищи состоит из кефира или молока в 6⁰⁰ или 23⁰⁰, если ребенок просыпается. Пищу готовят в протертом виде. Постепенно приучают ребенка к более плотной пище и более расширенному ассортименту блюд. Суточный объем пищи — 1000—1200 мл.
4. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 6 (с 14 до 18 месяцев). Воспитание правильной осанки, ходьбы, чувства равновесия, координации движений. Профилактика плоскостопия.

Назначения

1. Режим № 5.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 180 г

Кофе злаковый — 100 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 30 г

Суп — 100 г

Мясная котлета, суфле — 50 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

3. Комплекс МиГ № 6 (с 14 мес.).

4. Закаливание:

- Температура в помещении — +20—19°С.
- Дневной сон на открытом воздухе при температуре от -5° до +30°С.
- Воздушная ванна при смене белья после ночного и дневного сна, детям старше 2 лет — во время утренней гигиенической гимнастики и умывания.
- Прогулка 2 раза в день при температуре воздуха от -15° до +30°С.
- Умывание. Температура воды в начале закаливания — 20°С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18—16°С. Детям старше двух лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя.
- Общее обливание после прогулки. Начальная температура воды — 35—34°С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 26—24°С.
- Обливание ног перед дневным сном. Начальная температура воды — 28°С. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18°С.
- Общая ванна при температуре воды 36°С продолжительностью 5 минут с последующим обливанием, температура воды — 34°С, перед ночным сном 2 раза в неделю.
- Летом пребывание под прямыми лучами солнца, начиная с 5-6 минут до 8-10 минут 2—3 раза в день.

5. Рекомендации по профилактике рахита, анемии.

6. Рекомендации по воспитанию.

7. Индивидуальные назначения по показаниям.

8. Явка на профосмотр — в 1 год 6 месяцев.

9. Патронаж медицинской сестры — в 16—17 месяцев.

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15 г

Фрукты — 100 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 180 г

Молоко или чай — 100 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 40 г

ржаной — 10 г

18 месяцев (1 год 6 месяцев)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 3 см
Окр.головы	+ 1 см
Окр.груди	+ 1,5 см
Большой родничок	Закрыт
Зубы	Резцы — 8
	Первые премоляры — 4
	Нижние клыки — 2
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 12 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	±
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	75,0	76,5	78,4	84,4	86,5	88,2	
	Масса	9,6	10,2	11,0	12,8	13,6	14,2	
	Окр.головы	46,0	46,6	47,3	49,9	50,7	51,6	
	Окр.груди	46,5	47,4	48,6	52,4	54,3	55,6	
Д	Длина тела	74,0	74,8	77,5	82,1	84,4	86,0	
	Масса	9,4	9,9	10,6	12,5	13,4	13,9	
	Окр.головы	44,9	45,7	46,4	49,0	49,9	50,9	
	Окр.груди	47,1	47,8	48,7	51,3	52,9	54,5	

НПР

Ра	Пользуется словами, облегченными и произносимыми правильно, называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности.
Рп	Может назвать предмет по его существенному признаку.
С и Дпр	Ориентируется в 3-4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик, призма).
И	Отображает в игре отдельные наблюдаемые действия.
До	Перешагивает через препятствия приставным шагом.
Н	Сам ест ложкой жидкую пищу.

Гемограмма в 1—2 года

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов ОАМ, ОАК, анализа кала на яйца глистов.
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Комплексная оценка здоровья.
5. Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита.
6. Введение нового режима № 6 (с 1,5 до 2 лет):
 - кормления через 3,5—4,5 часа;
 - бодрствование — 5,5—5 часов;
 - кол-во дневных снов — 1 (3 часа);
 - ночной сон — 10—11ч.
7. После 1,5 лет у ребенка прорезываются коренные зубы, поэтому можно давать непротертую и более плотную пищу, требующую жевания. Расширяют ассортимент продуктов. На обед обязательно включение салатов из вареных и сырых овощей. Для возбуждения аппетита можно давать соленые овощи (огурцы, помидоры). Суточный объем пищи — 1200—1400 мл.
8. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 7 (вводится с 18 месяцев).

Назначения

1. Режим № 6.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 200 г

Кофе злаковый — 150 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 40 г

Суп — 150 г

Мясная котлета или суфле — 60 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15/45 г

Фрукты — 150 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 200 г

Молоко, чай — 150 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 70 г
ржаной — 30 г

3. Комплекс МиГ № 7.
4. Закаливание такое же, как в 1 год 3 месяца.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Разрешение на прививку против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита.
7. Индивидуальные назначения — по показаниям.
8. Приглашение на ревакцинация против полиомиелита в 20 месяцев.
9. Явка на профосмотр — в 1 год 9 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры — в 19—20 месяцев.

21 месяц (1 год 9 месяцев)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 3 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	Резцы — 8 Первые премоляры — 4 Клыки — 4 Прорезывание нижних вторых премоляров — 2
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.

Рефлексы в 12 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	±
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	77,2	78,6	80,8	86,8	88,2	91,0	
	Масса	10,1	10,6	11,5	13,5	14,3	14,9	
	Окр. головы	46,5	47,2	47,7	50,3	51,0	52,0	
	Окр. груди	47,0	47,9	49,1	52,9	54,7	56,0	
Д	Длина тела	76,0	78,2	80,2	84,6	87,4	88,8	
	Масса	9,8	10,4	11,1	13,1	13,9	14,6	
	Окр. головы	45,4	46,1	46,9	49,4	50,2	51,2	
	Окр. груди	47,5	48,2	49,1	51,9	53,5	55,0	

НПР

Ра	Во время игры словами и двусловными предложениями обозначает свои действия.
Рп	Понимает несложный рассказ по сюжетной картинке, отвечает на вопросы взрослого.
С и Дпр	Ориентируется в 3-4 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см.
И	Воспроизводит несложные сюжетные постройки: перекрытия типа «ворота», скамейка, дом.
До	Ходит по ограниченной поверхности шириной 15—20 см, приподнятой над полом на 15—20 см.
Н	Снимает отдельные предметы одежды с небольшой помощью (шапку, трусы, ботинки).

Гемограмма в 1—2 года

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 6.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 200 г

Кофе злаковый — 150 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 40 г

Суп — 150 г

Мясная котлета или суфле — 60 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15/45 г

Фрукты — 150 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 200 г

Молоко, чай — 150 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 70 г
ржаной — 30 г

3. Комплекс МиГ № 7.
4. Закаливание.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Индивидуальные назначения — по показаниям.
7. Явка на профосмотр — в 2,5 года.
8. Патронаж медицинской сестры — в 2 года 3 месяца.

24 месяца (2 года)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 3 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	Резцы — 8 Первые премоляры — 4 Клыки — 4 Прорезывание нижних вторых премоляров — 4
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	105 ± 35 уд. в мин.

Рефлексы в 12 мес.	
ладонно-ротовой	-
поисковый	-
сосательный	±
защитный	-
опоры и автоматической походки	-
ползания	-
хватательный	-
Переза и Галанта	-
Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	79,4	81,0	83,0	88,4	92,0	93,8	
	Масса	10,6	11,1	12,0	14,1	14,9	15,4	
	Окр. головы	47,0	47,6	48,1	50,0	51,3	52,3	
	Окр. груди	47,6	48,4	49,	53,2	55,1	56,4	
Д	Длина тела	78,4	80,4	82,6	87,5	90,2	92,2	
	Масса	10,3	10,9	11,6	13,5	14,5	15,2	
	Окр. головы	46,0	46,6	47,3	49,7	50,5	51,5	
	Окр. груди	47,8	48,6	49,5	52,5	54,0	55,6	

НПР

Ра	Пользуется трехсловными предложениями, употребляет прилагательные, местоимения.
Рп	Понимает рассказ без показа событий, бывших в его личном опыте.
С и Дпр	Может подобрать 3—4 контрастных цвета, названных взрослым.
И	В игре воспроизводит ряд последовательных действий (начало сюжетной игры).
До	Перешагивает через препятствия чередующимся шагом.
Н	Надевает отдельные предметы (ботинки, шапку).

Гемограмма в 2—3 года

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования у стоматолога, данных ОАМ, ОАК, анализа кала на яйца глистов.
3. Комплексная оценка здоровья.
4. Введение нового режима № 7 (с 2 до 3 лет):
 - кормления через 3,5—4,5 часа;
 - бодрствование — 5,5—6,5 часов;
 - количество днев. снов — 1 (2,5—2 часа)
 - ночной сон — 10 ч.
5. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 8 (с 2 до 3 лет)

Назначения

1. Режим № 7.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 200 г

Кофе злаковый — 150 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 40 г

Суп — 150 г

Мясная котлета или суфле — 60 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15/45 г

Фрукты — 150 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 200 г

Молоко, чай — 150 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 70 г
ржаной — 30 г

3. Комплекс МиГ № 8.
4. Закаливание как в 1 год 9 месяцев.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Индивидуальные назначения — по показаниям.
7. Явка на профосмотр — в 2,5 года.
8. Патронаж медицинской сестры — в 2 года 3 месяца.

30 месяцев (2 года 6 месяцев)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 4 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	Резцы — 8 Первые премоляры — 4 Клыки — 4 Вторые премоляры — 4
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	105 ± 35 уд. в мин.

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	83,7	85,2	87,5	94,8	97,2	99,0	
	Масса	11,5	12,0	12,8	15,1	16,0	16,5	
	Окр. головы	47,5	48,2	48,8	51,1	52,0	53,0	
	Окр. груди	48,2	49,1	50,3	53,9	55,8	57,3	
Д	Длина тела	83,4	85,6	87,8	92,8	95,6	97,3	
	Масса	11,2	11,7	12,5	14,5	15,5	16,3	
	Окр. головы	47,0	47,5	48,0	50,4	51,0	52,0	
	Окр. груди	48,0	48,9	49,9	53,3	55,0	56,8	

НПР

Ра	Грамматика — говорит многословными предложениями (больше трех слов). Вопросы — появление вопросов «где?», «куда?».
с	Восприятие формы — по образцу подбирает геометрические формы на разнообразном материале. Восприятие цвета — по образцу подбирает разнообразные предметы четырех основных цветов.
Игра сюжетная	Игра носит сюжетный характер, отражает связь и последовательность действий.
Конструктивная деятельность	Сам делает простые сюжетные постройки и называет их.
н	В одевании — одевается, но не застегивает пуговицы. В еде — ест аккуратно.
д	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 20—30 см.

Гемограмма в 2—3 года

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 7.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 200 г

Кофе злаковый — 150 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 40 г

Суп — 150 г

Мясная котлета или суфле — 60 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15/45 г

Фрукты — 150 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 200 г

Молоко, чай — 150 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 70 г
ржаной — 30 г

3. Комплекс МиГ № 8.
4. Закаливание как в 2 года.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Индивидуальные назначения — по показаниям.
7. Явка на профосмотр — в 3 года.
8. Патронаж медицинской сестры — в 2 года 9 месяцев.

36 месяцев (3 года)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 4 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	20
ЧД	25—30 в мин.
ЧСС	105 ± 35 уд. в мин.
АД систол.	92—105
АД диастол.	48—62

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7
М	Длина тела	88,0	89,6	92,1	99,7	102,2	103,9	
	Масса	12,1	12,8	13,6	16,0	16,9	17,5	
	Окр. головы	48,0	48,6	49,5	51,5	52,6	53,5	
	Окр. груди	48,6	49,7	50,8	54,6	56,4	58,2	
Д	Длина тела	88,6	90,8	92,9	98,8	100,8	102,9	
	Масса	11,8	12,5	13,3	15,4	16,5	17,3	
	Окр. головы	47,6	48,1	48,6	51,0	51,7	52,7	
	Окр. груди	48,2	49,1	50,3	54,0	56,0	57,6	

НПР

Ра	Грамматика — начинает употреблять придаточные предложения; Вопросы — появляются вопросы «когда?», «почему?».
С	Восприятие формы — правильно пользуется геометрическими формами и называет их. Восприятие цвета — называет четыре основных цвета.
Игра сюжетная	Появляются элементы ролевой игры.
Конструктивная деятельность	Появляются сюжетные постройки (дом с забором, дорогой).
Изобразительная деятельность	С помощью карандаша изображает простые предметы и называет их.
Н	В одевании — одевается, застегивает пуговицы с небольшой помощью взрослых. В еде — пользуется салфеткой по мере надобности и без напоминания.
Д	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 30—36 см.

Гемограмма в 3—4 года

Эритр. (млн./мм)	НЬ (г/л)	Лейк. (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
			Нейтр.	Лимф.	Мон.	Эоз.	Баз.
4,83	129,2	9,9	38,0	49,0	10,5	2,0	0,5

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования у хирурга, офтальмолога, стоматолога, логопеда (если ребенок устраивается в ДОО с 3 лет), данных ОАМ, ОАК, анализа кала на яйца глистов.
3. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 7.
2. Вскармливание:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰

Каша или овощное блюдо — 200 г

Кофе злаковый — 150 г

Обед — 11³⁰ — 12³⁰

Салат — 40 г

Суп — 150 г

Мясная котлета или суфле — 60 г

Гарнир — 100 г

Компот — 100 г

Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰

Кефир, молоко — 150 г

Печенье, булочка — 15/45 г

Фрукты — 150 г

Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰

Овощное блюдо или каша — 200 г

Молоко, чай — 150 г

Хлеб на весь день: пшеничный — 70 г
ржаной — 30 г

3. Комплекс МиГ № 8.
4. Закаливание.
5. Рекомендации по воспитанию.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Центильные величины антропометрических показателей
детей от 0 месяцев до 3,5 лет**

Таблица 57

Длина тела (см) мальчиков							
Возраст	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
0 мес.	48,0	48,9	50,0	53,2	54,3	55,1	
1	50,5	51,5	52,8	56,3	57,5	58,7	
2	53,4	54,3	55,8	59,5	61,0	62,1	
3	56,1	57,0	58,6	62,4	64,0	65,5	
4	58,6	59,5	61,3	65,6	67,0	68,7	
5	61,0	61,9	63,4	67,9	69,6	70,9	
6	63,0	64,0	65,6	69,9	71,3	72,5	
7	65,0	65,9	67,5	71,4	73,0	74,1	
8	66,5	67,6	68,9	73,0	74,5	75,7	
9	67,8	68,8	70,1	74,5	75,9	77,1	
10	68,8	69,9	71,3	76,1	77,4	78,2	
11	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4	
12	71,0	72,0	73,8	78,5	80,3	81,7	
15	72,9	74,3	76,0	81,2	83,4	84,9	
18	75,0	76,5	78,4	84,4	86,5	88,2	
21	77,2	78,6	80,8	86,8	88,2	91,0	
24	79,4	81,0	83,0	88,4	92,0	93,8	
27	81,4	83,2	85,5	92,2	94,6	96,3	
30	83,7	85,2	87,5	94,8	97,2	99,0	
33	86,0	87,4	90,0	97,4	99,7	101,4	
36	88,0	89,6	92,1	99,7	102,2	103,9	
3,5 года	90,3	92,1	95,0	102,5	105,5	106,8	

Таблица 58

Длина тела (см) девочек							
Возраст	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
0 мес.	47,0	48,0	49,2	52,1	53,3	54,5	
1	49,7	50,7	52,4	55,3	56,9	57,7	
2	52,2	53,3	55,0	58,6	59,9	60,8	
3	55,1	56,1	57,9	61,5	63,0	63,9	
4	57,4	58,6	60,5	64,1	65,6	66,4	
5	59,9	61,0	62,8	66,4	67,8	68,8	
6	62,1	63,0	64,3	68,2	69,9	70,8	
7	63,7	64,2	66,4	70,0	71,6	72,7	
8	65,2	66,1	67,7	71,6	73,1	75,2	

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
9	66,5	67,5	69,3	72,8	74,5	75,8
10	67,7	68,8	70,5	74,2	75,9	77,1
11	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3
12	70,3	71,4	72,8	76,3	78,3	79,3
15	72,2	73,6	75,2	78,8	81,2	82,4
18	74,0	74,8	77,5	82,1	84,4	86,0
21	76,0	78,2	80,2	84,6	87,4	88,8
24	78,4	80,4	82,6	87,5	90,2	92,2
27	80,8	83,0	85,4	90,1	93,0	94,7
30	83,4	85,6	87,8	92,8	95,6	97,3
33	85,9	88,2	90,3	95,5	98,2	100,0
36	88,6	90,8	92,9	98,8	100,8	102,9
3,5 года	91,0	93,4	95,6	101,0	103,9	105,8

Таблица 59

Масса тела (кг) мальчиков						
Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
0 мес.	2,4	2,7	3,0	3,7	4,0	4,4
1	3,1	3,5	3,8	4,5	5,2	5,6
2	3,9	4,3	4,6	5,5	6,2	6,6
3	4,5	4,9	5,4	6,4	7,0	7,5
4	5,2	5,6	6,2	7,2	7,9	8,4
5	5,8	6,2	6,8	7,9	8,6	9,1
6	6,4	6,8	7,4	8,6	9,2	9,7
7	6,9	7,4	7,9	9,1	9,8	10,3
8	7,4	7,8	8,4	9,6	10,3	10,8
9	7,8	8,3	8,9	10,1	10,9	11,3
10	8,0	8,6	9,2	10,6	11,3	11,8
11	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3
12	8,6	9,1	9,8	11,5	12,2	12,7
15	9,2	9,6	10,5	12,2	12,9	13,5
18	9,6	10,2	11,0	12,8	13,6	14,2
21	10,1	10,6	11,5	13,5	14,3	14,9
24	10,6	11,1	12,0	14,1	14,9	15,4
27	11,1	11,6	12,4	14,6	15,4	15,9
30	11,5	12,0	12,8	15,1	16,0	16,5
33	12,0	12,4	13,2	15,6	16,5	17,0
36	12,1	12,8	13,6	16,0	16,9	17,5
3,5 года	12,7	13,4	14,2	17,0	18,0	18,7

Таблица 60

Масса тела (кг) девочек

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
0 мес.	2,3	2,6	3,0	3,5	3,8	4,0
1	3,0	3,3	3,7	4,3	4,6	4,9
2	3,7	4,0	4,4	5,0	5,3	5,6
3	4,4	4,6	5,0	5,7	6,1	6,5
4	5,0	5,3	5,6	6,5	6,9	7,4
5	5,5	5,8	6,2	7,2	7,7	8,2
6	6,1	6,3	6,8	7,9	8,5	9,0
7	6,5	6,8	7,3	8,5	9,1	9,7
8	7,0	7,3	7,7	9,1	9,7	10,5
9	7,4	7,7	8,2	9,6	10,4	11,2
10	7,7	9,1	8,7	10,1	11,0	11,3
11	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2
12	8,3	8,8	9,4	11,0	11,9	12,6
15	8,9	9,4	10,0	11,7	12,7	13,3
18	9,4	9,9	10,6	12,5	13,4	13,9
21	9,8	10,4	11,1	13,1	13,9	14,6
24	10,3	10,9	11,6	13,5	14,5	15,2
27	10,8	11,3	12,0	14,0	15,0	15,7
30	11,2	11,7	12,5	14,5	15,5	16,3
33	11,5	12,1	12,9	14,9	16,0	16,8
36	11,8	12,5	13,3	15,4	16,5	17,3
3,5 года	12,4	13,1	14,0	16,3	17,8	18,6

Таблица 61

Центильные величины массы тела (кг) при различной длине тела (см)
Мальчики

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
Мальчики 0 мес. — 4 лет (50 — 115 см)						
50	2,8	2,9	3,1	3,5	3,7	3,9
51	2,9	3,1	3,3	3,7	3,9	4,1
52	3,1	3,2	3,4	3,8	4,0	4,3
53	3,3	3,4	3,6	4,1	4,3	4,6
54	3,4	3,6	3,8	4,3	4,6	4,8
55	3,6	3,8	4,0	4,6	4,9	5,3
56	3,9	4,1	4,3	4,9	5,3	5,7
57	4,1	4,3	4,6	5,2	5,7	6,1
58	4,3	4,6	4,8	5,5	6,1	6,5

Длина тела	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
59	4,6	4,8	5,1	5,8	6,4	6,9	
60	4,8	5,1	5,4	6,1	6,8	7,3	
61	5,0	5,4	5,7	6,5	7,2	7,7	
62	5,3	5,6	6,0	6,8	7,5	8,0	
63	5,6	5,9	6,3	7,2	7,8	8,4	
64	5,8	6,2	6,6	7,5	8,2	8,8	
65	6,1	6,5	6,9	7,9	8,5	9,1	
66	6,4	6,8	7,2	8,2	8,8	9,4	
67	6,6	7,0	7,4	8,5	9,1	9,7	
68	6,9	7,3	7,7	8,8	9,4	10,0	
69	7,1	7,6	8,0	9,1	9,7	10,2	
70	7,4	7,8	8,2	9,4	10,0	10,5	
71	7,7	8,1	8,5	9,7	10,2	10,8	
72	7,9	8,4	8,8	10,0	10,5	11,1	
73	8,2	8,4	9,1	10,3	10,7	11,3	
74	8,4	8,9	9,4	10,6	11,0	11,6	
75	8,7	9,2	9,7	10,9	11,5	11,9	
76	8,9	9,3	9,8	11,1	11,6	12,2	
77	9,0	9,4	9,9	11,2	11,8	12,3	
78	9,2	9,6	10,1	11,4	11,9	12,5	
79	9,3	9,7	10,1	11,5	12,1	12,7	
80	9,5	9,9	10,4	11,6	12,2	12,8	
81	9,8	10,1	10,5	11,8	12,4	13,0	
82	9,9	10,3	10,7	12,0	12,6	13,2	
83	10,1	10,5	10,9	12,2	12,8	13,4	
84	10,3	10,7	11,0	12,3	13,1	13,7	
85	10,5	10,9	11,3	12,6	13,3	13,9	
86	10,6	11,0	11,5	12,8	13,5	14,3	
87	10,7	11,2	11,7	13,0	13,8	14,5	
88	10,9	11,4	11,8	13,3	14,0	14,7	
89	11,2	11,6	12,0	13,5	14,2	14,9	
90	11,3	11,8	12,2	13,8	14,5	15,2	
91	11,4	11,9	12,5	14,0	14,7	15,4	
92	11,6	12,1	12,6	14,2	15,0	15,6	
93	11,9	12,4	12,9	14,5	15,2	15,8	
94	12,1	12,6	13,1	14,7	15,5	16,1	
95	12,4	12,8	13,4	15,0	15,6	16,3	
96	12,6	13,0	13,7	15,3	15,9	16,6	
97	12,8	13,3	13,9	15,5	16,2	16,8	
98	13,0	13,5	14,2	15,8	16,5	17,1	
99	13,2	14,5	15,1	16,1	16,8	17,4	
100	13,5	14,0	14,8	16,3	17,1	17,6	

Таблица 62

**Центильные величины массы тела (кг) при различной длине тела (см)
Девочки**

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
Девочки 0 мес. — 4 лет (50 — 115 см)						
50	2,6	2,8	3,0	3,4	3,6	3,8
51	2,8	3,0	3,2	3,6	3,8	4,0
52	3,0	3,2	3,3	3,8	4,1	4,3
53	3,1	3,4	3,5	4,1	4,3	4,5
54	3,3	3,5	3,7	4,3	4,5	4,8
55	3,4	3,6	3,9	4,5	4,9	5,1
56	3,6	3,9	4,1	4,9	5,2	5,5
57	3,8	4,2	4,4	5,2	5,6	6,0
58	4,0	4,4	4,7	5,5	5,9	6,4
59	4,3	4,7	4,9	5,8	6,3	6,8
60	4,5	4,9	5,3	6,1	6,6	7,2
61	4,8	5,2	5,5	6,5	7,0	7,6
62	5,1	5,5	5,8	6,8	7,4	7,9
63	5,4	5,8	6,2	7,2	7,7	8,3
64	5,7	6,1	6,5	7,5	8,1	8,7
65	6,0	6,4	6,8	7,8	8,4	9,0
66	6,3	6,6	7,1	8,1	8,7	9,3
67	6,6	6,9	7,4	8,4	9,0	9,6
68	6,8	7,2	7,6	8,7	9,3	9,9
69	7,1	7,4	7,9	9,0	9,6	10,2
70	7,4	7,7	8,2	9,2	9,9	10,5
71	7,5	7,9	8,4	9,5	10,2	10,8
72	7,8	8,2	8,7	9,7	10,4	11,0
73	8,0	8,4	8,9	10,0	10,7	11,2
74	8,3	8,7	9,2	10,2	10,9	11,4
75	8,5	8,9	9,4	10,5	11,2	11,6
76	8,8	9,1	9,6	10,7	11,3	11,7
77	8,9	9,2	9,7	10,9	11,5	11,8
78	9,0	9,3	9,9	11,1	11,6	11,9
79	9,1	9,5	10,0	11,2	11,7	12,0
80	9,3	9,7	10,2	11,3	11,8	12,2
81	9,4	9,9	10,3	11,5	12,0	12,4
82	9,5	10,0	10,5	11,6	12,2	12,6
83	9,7	10,2	10,6	11,8	12,4	12,8
84	9,8	10,3	10,8	12,0	12,6	12,9
85	10,0	10,4	10,9	12,1	12,8	13,2
86	10,2	10,5	11,1	12,3	12,9	13,4
87	10,4	10,7	11,3	12,6	13,2	13,6
88	10,6	10,9	11,5	12,8	13,4	13,8
89	10,7	11,2	11,7	13,0	13,6	14,0

Длина тела	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
90	11,0	11,3	11,9	13,3	13,9	14,4	
91	11,2	11,5	12,1	13,5	14,1	14,6	
92	11,4	11,8	12,4	13,7	14,3	14,8	
93	11,6	12,0	12,6	13,9	14,5	15,1	
94	11,8	12,3	12,8	14,1	14,8	15,3	
95	12,1	12,5	13,1	14,4	15,1	15,6	
96	12,3	12,8	13,3	14,7	15,3	15,8	
97	12,6	13,0	13,6	15,0	15,6	16,1	
98	12,9	13,3	13,8	15,3	15,9	16,5	
99	13,1	13,5	14,1	15,5	16,3	16,9	
100	13,4	13,8	14,4	15,8	16,5	17,2	

Таблица 63

Окружность головы (см) мальчиков

Возраст	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
0 мес.	32,5	33,2	34,0	35,5	36,5	37,7	
1	34,8	35,3	36,0	37,9	39,0	39,8	
2	36,9	37,3	38,0	40,3	40,9	41,8	
3	38,4	38,8	39,5	41,6	42,5	43,3	
4	39,6	40,2	40,8	42,9	43,8	44,5	
5	40,6	41,2	42,0	44,0	45,0	45,9	
6	41,5	42,0	42,7	45,3	46,0	46,7	
7	42,2	42,8	43,7	46,1	47,0	47,7	
8	42,8	43,6	44,2	46,8	47,7	48,4	
9	43,5	44,0	44,8	47,4	48,3	49,0	
10	44,0	44,6	45,4	48,0	48,8	49,6	
11	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0	
12	44,6	45,3	46,2	49,1	49,8	50,7	
15	45,3	46,0	46,7	49,5	50,3	51,3	
18	46,0	46,6	47,3	49,9	50,7	51,6	
21	46,5	47,2	47,7	50,3	51,0	52,0	
24	47,0	47,6	48,1	50,0	51,3	52,3	
27	47,3	47,9	48,5	50,8	51,7	52,7	
30	47,5	48,2	48,8	51,1	52,0	53,0	
33	47,8	48,4	49,2	51,3	52,3	53,3	
36	48,0	48,6	49,5	51,5	52,6	53,5	
3,5 года	48,6	49,2	49,9	52,0	53,0	54,0	

Таблица 64

Окружность головы (см) девочек

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
0 мес.	32,0	33,0	34,0	35,5	36,4	37,0
1	33,8	34,8	36,0	38,0	38,,	39,5
2	35,6	36,3	37,4	39,8	40,6	41,4
3	36,9	37,7	38,5	41,3	42,2	43,0
4	38,2	38,9	39,7	42,4	43,3	44,2
5	39,2	39,9	40,7	43,5	44,4	45,4
6	40,1	40,8	41,5	44,3	45,3	46,3
7	41,0	41,7	42,5	45,3	46,2	47,3
8	41,6	42,3	43,2	45,9	46,9	48,0
9	42,4	42,9	43,7	46,6	47,6	48,5
10	42,8	43,5	44,3	47,2	48,3	49,2
11	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6
12	43,5	44,2	45,0	48,2	49,2	50,1
15	44,2	45,1	45,9	48,7	49,6	50,5
18	44,9	45,7	46,4	49,0	49,9	50,9
21	45,4	46,1	46,9	49,4	50,2	51,2
24	46,0	46,6	47,3	49,7	50,5	51,5
27	46,5	47,0	47,8	50,0	50,7	51,8
30	47,0	47,5	48,0	50,4	51,0	52,0
33	47,3	47,9	48,4	50,6	51,4	52,4
36	47,6	48,1	48,6	51,0	51,7	52,7
3,5 года	47,8	48,3	49,0	51,5	52,3	53,2

Таблица 65

Окружность груди (см) мальчиков

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6 7
0 мес.	31,7	32,3	33,5	36,0	36,8	37,3
1	33,3	34,1	35,4	38,0	38,9	39,4
2	35,0	35,7	37,0	40,0	40,8	41,6
3	36,5	37,3	38,4	42,1	43,1	43,8
4	38,1	38,8	39,8	43,5	44,5	45,7
5	39,3	40,1	41,1	45,0	46,2	47,4
6	40,6	41,4	42,4	46,3	47,6	49,0
7	41,7	42,5	43,4	47,5	48,9	50,1
8	42,7	43,5	44,4	48,5	49,9	51,1
9	43,6	44,3	45,2	49,3	50,7	52,0
10	44,3	45,0	46,0	50,0	51,5	52,8

Возраст	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
11	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6	
12	45,3	46,1	47,0	51,2	52,8	54,3	
15	46,0	46,8	47,9	51,9	53,7	55,0	
18	46,5	47,4	48,6	52,4	54,3	55,6	
21	47,0	47,9	49,1	52,9	54,7	56,0	
24	47,6	48,4	49,	53,2	55,1	56,4	
27	47,8	48,7	49,9	53,5	55,6	56,8	
30	48,2	49,1	50,3	53,9	55,8	57,3	
33	48,4	49,3	50,5	54,2	56,1	57,7	
36	48,6	49,7	50,8	54,6	56,4	58,2	
3,5 года	49,2	50,3	51,5	55,0	57,1	59,0	

Таблица 66

Окружность груди (см) девочек

Возраст	Центили						
	3	10	25	75	90	97	
	Зоны						
	1	2	3	4	5	6	7
0 мес.	30,8	31,8	32,2	35,7	36,4	37,0	
1	32,9	34,0	35,3	37,4	38,1	39,0	
2	34,6	35,7	37,2	39,1	40,0	40,9	
3	36,2	37,3	38,7	40,5	41,2	42,8	
4	38,1	39,1	40,4	42,1	43,2	44,3	
5	39,4	40,5	41,7	43,5	44,6	45,8	
6	40,6	41,6	42,9	44,9	46,1	47,2	
7	41,8	42,8	44,0	46,0	47,2	48,5	
8	42,8	43,7	44,9	46,9	48,3	49,8	
9	43,6	44,5	45,6	47,8	49,3	51,0	
10	44,3	45,2	46,2	48,1	50,1	52,0	
11	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7	
12	45,5	46,3	47,3	49,9	51,4	53,3	
15	46,4	47,2	48,1	50,8	52,3	53,9	
18	47,1	47,8	48,7	51,3	52,9	54,5	
21	47,5	48,2	49,1	51,9	53,5	55,0	
24	47,8	48,6	49,5	52,5	54,0	55,6	
27	47,9	48,8	49,8	53,0	54,5	56,2	
30	48,0	48,9	49,9	53,3	55,0	56,8	
33	48,1	49,0	50,1	53,7	55,5	57,2	
36	48,2	49,1	50,3	54,0	56,0	57,6	
3,5 года	48,6	49,5	51,0	54,3	56,2	57,8	

Таблица 67

Частота пульса и дыхания у детей от 0 месяцев до 5 лет

Возраст	Частота пульса в 1 мин	Частота дыхания в 1 мин
Новорожденный	120—140	40—60
1 год	120	30—35
3 года	105	25—30
5 лет	100	25

Таблица 68

Средние характеристики частоты пульса у детей
(Мазурин А.. В., Воронцов И. М., 1999)

Возраст	Средняя частота	$\pm 2 \sigma$
1-й день	140	50
1-й месяц	130	45
1-е полугодие	130	45
2-е полугодие	115	40
2-й год жизни	110	40
2—4 года	105	35

Таблица 69

Оценка частоты пульса у детей (Bernstein D., 1996)

Возраст	Нижняя граница	Средняя частота	Верхняя граница
Новорожденный	70	125	190
1—11 мес	80	120	160
1—2 года	80	110	130
3—4 года	80	100	120

Таблица 70

Частота дыхания у здоровых детей (по Iliff A. и Lee V.A.)*

Возраст, лет	Мальчики М	Мальчики + 2 σ	Девочки М	Девочки + 2 σ
0—1	31	16	30	12
1—2	26	8	27	8
2—3	25	8	25	6
3—4	24	6	24	6

*Частота дыхания у детей даже в состоянии полного здоровья варьирует довольно широко. Поэтому констатация учащенного дыхания (тахипное) или его урежения (брадипное) может быть надежной только при отклонениях, достигающих 30—40% и более от средних величин. В таблице приведены параметры средних величин и границы двух сигмальных отклонений.

Таблица 71

**Средние величины систолического и диастолического АД
у детей 3 лет (в мм рт. ст.)**

(Учебное пособие / Под ред. проф. Виноградова А. Ф., 1996)

Возраст (годы)	Выраженно пониженное	Умеренно пониженное	Нормальная величина	Умеренно повышенное	Выраженно повышенное
3	84 и ниже 40 и ниже	85—91 41—47	92—105 48—62	106—112 63—70	113 и выше 71 и выше

Таблица 72

**Значения 90 и 95 процентилей систолического и диастолического АД
у мальчиков в возрасте от 1 до 5 лет
в зависимости от их процентильного распределения роста (США, 1996)**

Возраст (лет)	Процентиль АД	Систолическое АД в соответствии с процентилем роста (%)							Диастолическое АД в соответствии с процентилем роста (%)						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67

Таблица 73

Значения 90 и 95 перцентилей систолического и диастолического АД у девочек в возрасте от 1 до 5 лет в зависимости от их процентильного распределения роста (США, 1996)

Возраст (лет)	Процентиль АД	Систолическое АД в соответствии с процентилем роста (%)							Диастолическое АД в соответствии с процентилем роста (%)						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	98	99	100	102	103	104	53	53	53	54	55	56	56
	95	101	102	103	104	105	107	107	57	57	57	58	59	60	60
2	90	99	99	100	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	61	62	62	63	64	65
3	90	100	100	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	63	64
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	65	65	66	67	67	68

Таблица 74

Лабораторные критерии анемии (содержание гемоглобина в крови)
(Шабалов Н. П. (1996), Oski F. A.. (1982), Miller D. R. (1984), WHO (2001))

Возраст детей	Уровень Hb (г/л)
0—14 дней	< 145
15—28 дней	< 120
1 мес.—5 лет	< 110

Таблица 75

Гемограмма здорового ребенка
(Мазурин А. В., Воронцов И. М., 1999)

Возраст детей	Эритроциты (млн //мм)	НЬ (г/л)	Лейко- циты (тыс./мм)	Лейкоцитарная формула (%)				
				нейтро- филы	лимфо- циты	моно- циты	эозинофи- лы	Базо- филы
2—4 нед.	5,31	170,0	10,25	26,0	58,0	12,0	3,0	0,5
12 мес.	4,49	142,8	12,1	25,25	61,25	10,3	2,5	0,5
2—3 мес.	4,41	132,6	12,4	23,5	62,5	10,5	2,5	0,5
3—4 мес.	4,26	129,2	11,89	27,5	59,0	10,0	2,5	0,5
4—5 мес.	4,45	129,2	11,7	27,5	57,75	11,0	2,5	0,5
5—6 мес.	4,55	132,6	10,9	27,0	58,5	10,5	3,0	0,5
6—7 мес.	4,22	129,2	10,9	25,0	60,75	10,5	3,0	0,25
7—8 мес.	4,56	130,9	11,58	26,0	60,0	11,0	2,0	0,5
8—9 мес.	4,58	127,5	11,8	25,0	62,0	10,0	2,0	0,5
9—10 мес.	4,79	134,3	12,3	26,5	61,5	9,0	2,0	0,5
10—11 мес.	4,69	125,8	13,2	31,5	57,0	9,0	1,5	0,25
11—12 мес.	4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5
1—2 года	4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5
2—3 года	4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5
3—4 года	4,83	129,2	9,9	38,0	49,0	10,5	2,0	0,5

Таблица 76

Показатели мочи

Относительная плотность утренней порции	1007—1024
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Слегка мутная
Реакция	Нейтральная, слабокислая, слабощелочная, $6,25 \pm 0,36$
Белок	Отсутствует или следы
Сахар	Не более 0,2 %
Ацетон	Отсутствует
Кетоновые тела	Не более 50 мг/сут.
Уробилиновые тела	Не более 6 мг/сут.
Билирубин	Менее 0,3 мг/100мл
Аммиак	Отсутствует
Порфобилиноген	До 2 мг/л
Гемоглобин	Отсутствует
Микроскопическое исследование осадка мочи	
Плоский эпителий	Незначительное количество
Переходный эпителий	Незначительное количество
Почечный эпителий	Отсутствует
Лейкоциты	3—5 в поле зрения
Эритроциты	Единичные в препарате
Цилиндры	Отсутствуют
Слизь	Незначительное количество
Бактерии	Отсутствуют или незначительное количество
Неорганический осадок	Все соли определяются в незначительном количестве
Проба Зимницкого	Суточное количество мочи составляет 65—75% выпитой жидкости; дневной диурез составляет $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ суточного, относительная плотность — 1004—1024

Таблица 77

Показатели количества мочи и частоты мочеиспусканий
 (Папаян А. В. и соавт., 1997)

Возраст	Суточное кол-во мочи (мл)	Число мочеиспусканий	Разовое кол-во мочи (мл)
до 6 мес.	300—500	20—25	20—35
6—12 мес.	300—600	15—16	25—45
1—3 года	760—820	10—12	60—90
3—5 лет	900—1070	7—9	70—90

ПАМЯТКИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Влияние родительских установок на становление адекватных эмоциональных реакций и процессы социализации детей

Уже внутриутробно ребенок реагирует на звуки, изменения положения тела матери. Специалисты по «дороговому воспитанию» рекомендуют будущим родителям общаться с «внутриутробным ребенком»: разговаривать с ним, ласково поглаживать (через стенку живота матери), петь, читать стихи и сказки — все это поможет ребенку в дальнейшем лучше развиваться.

Важнейшим компонентом в воспитании ребенка на всех этапах жизни является авторитет родителей. В глазах ребенка мать и отец выступают в нескольких «ипостасях»: как источник эмоционального тепла и поддержки, без которых ребенок чувствует себя незащищенным и беспомощным; как власть, директивная инстанция, распорядитель благ, наказаний и поощрений; как образец, пример для подражания, воплощение мудрости и лучших человеческих качеств.

Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Оптимальная родительская позиция отвечает требованиям адекватности, гибкости и прогностичности.

Адекватность родительской позиции может быть определена как умение родителей видеть и понимать индивидуальность своего ребенка, замечать происходящие в его душевном мире изменения.

Гибкость родительской позиции рассматривается как способность адекватного выбора воздействия на ребенка по ходу изменений условий жизни семьи. Кроме того, гибкая родительская позиция должна быть предвосхищающей, прогностичной.

Прогностичность родительской позиции означает, что не ребенок должен вести за собой родителей, а наоборот, стиль общения должен опережать появление новых психических и личностных качеств детей. Только на основе прогностичной родительской позиции можно установить оптимальную дистанцию, выполнить требование независимости воспитания.

Условия успешного семейного воспитания

Успешность семейного воспитания проявляется в индивидуальном развитии у ребенка культуры:

- физической;
- общения с близкими людьми;
- домохозяйства и бытового поведения;
- труда и досуга;
- адекватного поло-ролевого поведения;
- общения;
- самоорганизации времени своей жизни.

Успешное становление личности ребенка в семье достигается, если родители удовлетворяют **базисные потребности ребенка**:

- а) физиологические потребности — в пище, отправлении естественных надобностей, тепле, движениях, жилище, отдыхе;
- б) экзистенциальные — в безопасности своего существования, в определенном постоянстве, порядке, регулярности окружающего социума;
- в) социальные — в привязанности, в общении, в заботе о другом человеке и во внимании к себе;
- г) престижные — в уважении и в признании со стороны значимых для ребенка лиц, в позитивной самооценке;
- д) духовные — в совместной деятельности, в творческом самовыражении:
 - помогают ребенку сохранять душевное равновесие, бодрость духа, ритм активной жизни, оберегают от стрессов;
 - внимательно относятся к тем мыслям, радостям и тревогам, которыми ребенок хочет поделиться с ними;
 - находят в себе силы уважать ребенка и его достоинство, несмотря ни на что, не позволяют себе жестоких слов и грубых действий в отношении ребенка, всегда способны найти в нем то, за что стоит похвалить, сказать слова любви и признания;
 - признают право ребенка на самостоятельный выбор, самостоятельные решения, самостоятельные действия.

Родительские ошибки воспитания

К типичным ошибкам, способствующим психическому неблагополучию ребенка, относятся:

- а) **проецирование** родителем на ребенка своих личностных проблем, неотреагированных чувств — приписывание детям того, что присуще ему самому;
- б) излишняя беспомощная **фиксация на страхах** ребенка;
- в) **разрыв между словом и делом** — когда родительская мораль абстрактна и не подкрепляется делом;
- г) **непоследовательность** требований из-за несогласованности родителей;
- д) неправильные (когда запрещается то, что жизненно необходимо для ребенка, — побегать, пошуметь) и многочисленные **запреты** (слово «нельзя» так часто произносится, что становится невыполнимым) — такие запреты дезорганизуют психическую жизнь ребенка и разрушают фундамент дисциплинированности;
- е) **неблагоприятная оценка** уровня какой-либо деятельности, высказанная самому ребенку, особенно если эта неблагоприятная оценка расширяется до объема всего, что делает ребенок. Негативные оценки, расширенные до объема личности в целом («ты — плохой»), формируют у ребенка «комплекс неполноценности»;
- ж) **сравнение ребенка с другим**, более успешным, также развивает у него «комплекс неполноценности» и, кроме того, способствует разви-

тию зависти, эгоцентризма, тревожности. Родители при этом часто думают, что ребенок не хочет, а он не может.

Ребенку нужен огромный запас оптимизма, чтобы сохранить побуждение учиться всему. Сама природа ребенка рассчитана на этот оптимизм, она исключает отрицательную, спонтанную самооценку и самокритику. Для любого ребенка сознание, что он хуже кого-то, очень вредно. Только взрослые могут ему это внушить.

Для достижения воспитательных целей в семье родители обращаются к разнообразным средствам воздействия: поощряют и наказывают ребенка, стремятся стать для него образцом. **Похвала** родителей, с которыми ребенок находится в дружеских отношениях, обычно более действенна, чем та, которая получена от холодных равнодушных родителей. В результате разумного применения поощрений развитие детей как личностей можно ускорить, сделать более успешным, чем при использовании запретов и наказаний.

Наказание необходимо, но лишь тогда, когда поведение ребенка изменить другим способом практически невозможно. Если все же возникает нужда в наказаниях, то для усиления воспитательного эффекта наказания по возможности должны следовать непосредственно за заслуживающим их проступком. Наказание должно быть справедливым, но не жестоким. Очень суровое наказание может вызвать у ребенка страх или озлобленность. Наказание более эффективно в том случае, если проступок ребенка, за который он наказан, разумно ему объяснен. Ребенок быстрее идет на компромисс, если понимает, почему он должен так поступать. Ребенок, которого часто наказывают или на которого часто кричат, отчуждается от родителей, становится эмоционально индифферентным, проявляет повышенную агрессивность.

Выделяют следующие **нарушения типов семейного воспитания**:

1. **Гиперпротекция** — этот тип воспитания можно охарактеризовать как чрезмерную родительскую заботу. Родители не позволяют никому вмешиваться в их отношения с детьми, стремятся дать своим детям то, чего сами не имели, однако в своем стремлении чрезмерно усердствуют. В результате воспитания по типу гиперпротекции дети становятся пассивными, подчиняемыми и зависимыми, в связи с чем плохо приспосабливаются к любым условиям, заторможенными, невротическими, у них развиваются эмоциональные нарушения, фобии.

Потворствующая гиперпротекция — «кумир семьи» — ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей, что способствует развитию демонстративных черт характера.

Доминирующая гиперпротекция — «мама-наседка», а ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много времени и сил, лишая самостоятельности, ставя многочисленные запреты. Это усиливает желание ребенка выбраться из-под родительского контроля и обуславливает острые аффективные реакции, направленные во вне.

2. **Гипопротекция** — это недостаточность типа воспитания. В семье не осуществляется в необходимой мере удовлетворение физических потребностей ребенка, не учитываются его духовные потребности. Ребенок не ну-

жен родителям. Это воспитание по типу «Золушки», когда вне зависимости от поведения ребенка, его заслуг, связанных с выполнением постоянных поручений и обязанностей, он не только не получает одобрения или поощрения, но и никогда не удостоивается ласки и внимания. Нередко забота о ребенке предоставляется другим лицам. Ребенок предоставлен сам себе, родители не интересуются им, не контролируют его. Это опасно развитием асоциального и антисоциального поведения ребенка.

3. *Чрезмерность запретов* — когда в воспитании усилена критика ребенка, отсутствуют похвалы, поощрения.
4. Воспитание в условиях *повышенной моральной ответственности* характеризуется тем, что ребенку внушается мысль, что он обязательно должен оправдать многочисленные честолюбивые надежды родителей или же на него возлагаются недетские непосильные заботы. Это стимулирует развитие тревожно-мнительных черт характера.
5. *Игнорирование потребностей ребенка* — мать особое значение придает собственной персоне, а не совершенствованию ребенка. Воспитательная формула родителей может быть выражена утверждением: «Не хочу ребенка такого, какой он есть». Оправдывая свои отрицательные чувства его несовершенством, она принимает для себя как руководство к действию необходимость улучшить ребенка (причем любыми способами). Вследствие этого воспитания ребенок перестает верить в свои силы, т. е. не получает одобрения и постоянно испытывает чувство вины.
6. *Жестокое обращение с ребенком* — обобщенная формула родительского отношения формулируется так: «Ненавижу этого ребенка, не буду о нем заботиться, беспокоиться». В поведении родителей проявляются невнимательность к ребенку, жестокость и желание как можно меньше общаться с ним. За малейшую провинность ребенка сурово наказывают, и он растет в постоянном страхе.
7. *Фобии утраты ребенка* — боязнь, что с ребенком что-нибудь случится (болезнь, травма, насилие и др.), боязнь катастроф, катаклизмов, войны, «конца света», боязнь умереть, оставить ребенка сиротой.
8. *Воспитательская неуверенность* — резкая смена стилей, приемов воспитания, формирующая упрямство.

Сопоставляя характер нарушения типа семейного воспитания с социальным статусом ребенка в коллективе, выявлено, что воспитание по типу покровительствующей гиперпротекции («кумир семьи») неблагоприятно влияет на социальный статус ребенка. Эти дети в коллективе сверстников чаще становятся «малопринятыми» и «изолированными», так как у них мало тренируются качества, необходимые для успешной коммуникативности: партнерство, ответственность и самостоятельность, способность с юмором относиться к конфликтам. При доминирующей гиперпротекции дети не способны демонстрировать уверенность, решительность, настойчивость, ответственность, необходимые для лидерства и спонтанности поведения.

Рекомендации для родителей по воспитанию

1. В своих отношениях с ребёнком придерживайтесь "позитивной модели". Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчёркивайте даже незначительные успехи. Помните, что дети игнорируют выговоры и замечания, но чувствительны к малейшей похвале.
2. Не прибегайте к физическому наказанию. Ваши отношения с ребёнком должны основываться на доверии, а не на страхе. Он всегда должен чувствовать Вашу помощь и поддержку. Совместно решайте возникшие трудности.
3. Чаще говорите "да", избегайте слов "нет" и "нельзя".
4. Если Вы что-то запрещаете ребенку, постарайтесь объяснить, почему это делаете.
5. Избегайте завышенных или, наоборот, заниженных требований к ребёнку. Старайтесь ставить перед ним задачи, соответствующие его способностям.
6. Определите для ребёнка рамки поведения — что можно и что нельзя. Вседозволенность однозначно не принесёт никакой пользы. Дети не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, которые применяются к другим.
7. Не навязывайте ему жёстких правил. Ваши указания должны быть указаниями, а не приказами. Требуйте выполнения правил, касающихся его безопасности и здоровья, в отношении остальных не будьте столь придирчивы.
8. Проводите с ним больше времени: играйте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах, переходить улицу и другим социальным навыкам.
9. Поддерживайте дома чёткий распорядок дня. Приём пищи, игры, прогулки, отход ко сну должны совершаться в одно и то же время.
10. Помните! Ваше спокойствие — лучший пример для ребёнка.

Пальчиковая гимнастика

Этот достаточно простой массаж полезен, потому что с его помощью мы активизируем зоны головного мозга, ответственные за движение и речь. Очень важно и то, что через контакт рук мы также учимся общаться с ребенком.

Отмечено, что через попытки раздражения нервных окончаний на ладошках и кончиках пальцев удастся добиться реакции даже от детей с глубокой задержкой развития.

Схема массажа достаточно проста. Ваша задача попеременно сжимать и растягивать (расслаблять) кисть ребенка. У каждого пальчика своя «зона ответственности» в головном мозге, поэтому стоит уделить внимание каждому из них.

Начинать нужно с мягких нежных движений, увеличивая их силу постепенно, чтобы ребенку было приятно. Во время массажа рассказывайте малышу потешки или стишки. Некоторым крохам нравится, когда массаж делают во время купания. Самым последним упражнением должно быть поглаживание ладошек.

Обычно такой массаж начинают с шестимесячного возраста, но поглаживать и разминать пальчики крохи вы можете начать и раньше, если малыш не против!

Основные упражнения.

1. Растираем каждый пальчик, несильно надавливая, заканчивая на ладошке.
2. Слегка потягиваем пальчик, удерживая за кончик.
3. Сгибаем и разгибаем, удерживая за кончик.
4. Потряхиваем несильно ладошку, стараясь попеременно подержаться за кончик каждого пальчика.
5. Расслабляем, поглаживая всю кисть, в том числе и ладошку.
6. Начните с малого, постепенно стараясь увеличить время сеанса до 2-3 минут. Примерно к году можно увеличить силу и амплитуду движений, а также продолжительность занятия до 5 минут.

Стимуляция развития детей первого года жизни

Развитие зрения у детей

- Возбуждайте у малыша любопытство.
- Ребенка очень интересует человеческое лицо, поэтому, когда берете его на руки, держите лицом к себе, гримасничайте, высовывайте язык, закрывайте глаза, улыбайтесь, сопровождайте эти действия смешными звуками.
- Показывайте по очереди яркие одноцветные предметы и называйте цвет.
- Не завешивайте кроватку ребенка занавесками: у него должен быть максимальный обзор на происходящее вокруг.
- Украсьте кроватку: подвесьте игрушки на расстоянии 30 см от глаз ребенка, при игре с ним сдвигайте их в разные стороны, хорошо, если игрушки имеют форму человечков или животных.
- Чаще перемещайте малыша по квартире; когда он может уже сидеть, сажайте его с собой, чтобы он мог наблюдать за вашими действиями.
- В качестве игрушек детям в этом возрасте очень нравятся предметы быта: ложки, журналы, тряпочки и т.д.
- Меняйте вещи, когда увидите, что малышу они надоели, но не давайте одновременно больше трех.

Развитие слуха у детей

- Привлекайте внимание ребенка разными по звучанию, но небольшими по размеру игрушками.
- Чаще разговаривайте с ребенком, занимайтесь звукоподражанием, меняйте интонации.
- Больше пойте ребенку; когда оставляете его одного, включайте ему записи с детскими песенками или классической музыкой.
- Когда ребенок спит, не стоит соблюдать абсолютную тишину, но излишний постоянный шум вреден.
- Не давайте малышу долго плакать, вовремя утешьте его.

Развитие осязания и хватания у детей

- Чаще берите ребенка на руки, особенно когда он плачет, не бойтесь избаловать ребенка этим.
- При купании, массаже нежно гладьте кожу малыша, называйте части тела.
- Купая и массируя ребенка, используйте различные по структуре губки, тряпочки, мочалки.
- Давайте ребенку кусочки ткани различной фактуры (бархат, шелк, атлас, грубое полотно и др.).
- Побуждайте ребенка хватать игрушки, а потом потихоньку вытягивайте их из ручек: важно, чтобы ребенок научился вцепляться в предмет, висеть на нем; потом приучайте брать и отдавать предмет.

Развитие вкуса и обоняния у детей

- Давайте ребенку грызть и жевать предметы различной плотности, но следите, чтобы они были чистыми и малыш не подавился.
- До обеда предложите ребенку тарелочку с кусочками различных овощей и фруктов, называйте ему то, что он ест.
- Берите малыша с собой на кухню, когда готовите еду.
- Давайте ребенку нюхать различные нерезкие парфюмерные запахи.
- Сделайте из ткани маленькие мешочки и положите в них высушенные растения, давайте малышу мешочек и называйте то, что в нем лежит.

Развитие двигательной активности у детей

- Перед каждым кормлением выкладывайте ребенка на животик, делайте легкий массаж и гимнастику:
 - а) скрестите ручки малыша на груди и слегка потяните за них,
 - б) меняйте положение ручек — вверх и вниз,
 - в) скрестите правую ручку и левую ножку, затем поменяйте,
 - г) слегка пощекочите ребенка и опрокиньте назад,
 - д) крепко держа малыша на руках, дайте ему «поплавать» в воздухе.
- Не ограничивайте двигательную активность ребенка кроваткой, диваном или манежем. В возрасте 6 месяцев малыша можно выпускать на пол, но следите, чтобы не было сквозняков.
- Когда ребенок научился стоять, составьте несколько стульев, чтобы ребенок мог ходить вокруг них, а затем постепенно раздвигайте, расширяя поле деятельности малыша.
- Чаще давайте ребенку на прогулке возможность ходить самостоятельно. Если он просится на ручки, понесите его немного, а потом снова попросите пройти ножками.
- Больше гуляйте с ребенком, чтобы он мог наблюдать за играми детей постарше.

Развитие речи у детей

- Больше разговаривайте с малышом, рассказывайте ему разные истории.
- Повторяйте произносимые им звуки — это сближает ребенка и родителей.
- Чаще играйте с малышом в «Ладушки» или «Сороку», ребенок учится прислушиваться к речи, развивается лепет.
- Показывайте малышу все, что его окружает, ясно и четко называйте это.
- Показывайте ребенку книги с картинками, читайте простые рассказы, старайтесь, чтобы ребенок следил за знакомыми картинками.

Мамины объятия жизненно необходимы новорожденному

Никто не станет спорить с тем, что детям нужны любящие объятия и ласковые прикосновения. То, что каждый из родителей считает естественным и необходимым, имеет еще и научное подтверждение.

Сначала — известный исторический факт. По велению Римского императора Фредерика II группу младенцев отлучили от семей и поместили под присмотр няnek, которым строго было предписано удовлетворять лишь первейшие физиологические надобности малышей: кормить, купать и пеленать. Но обязательно — молча, не беря детей на руки, не лаская, не обнимая их. Императору не терпелось узнать, на каком языке заговорят малыши, если они никогда не слышали речи взрослого человека, никогда не засыпали под мелодичные слова колыбельной песенки? Его ожидало полнейшее разочарование: все дети умерли. Историк XIII века объяснил, что «Фредерик старался напрасно, ибо не могли жить младенцы без ласки».

Терапия прикосновения эффективна при широком спектре проблем — от детских кишечных колик и нарушения сна до гиперактивности. Физический контакт мамы и ребенка приносит значительную психологическую пользу.

Но в действительности прикосновение несет в себе гораздо больше, это — один из важнейших стимулов развития центральной нервной системы. Терапия прикосновения стимулирует некоторые ветви черепно-мозговых нервов, активизирует работу кишечного тракта, высвобождая гормон инсулин. Чем выше его содержание, тем более эффективно переваривание пищи, тем быстрее происходит рост малыша. Прикосновения также снимают стресс. Дети грудного возраста, которых много носят на руках, имеют более низкий уровень гормона стресса — кортизола по сравнению с другими детьми. Кортизол, как известно, при высоком содержании убивает важные иммунные клетки.

Научные исследования свидетельствуют о том, что участливое прикосновение необходимо для развития здорового, счастливого человека. И даже не важно, говорим ли мы об укреплении иммунной системы или же о психологическом взаимодействии в семье: «дополнительная доза» ласки, объятий, внимания непременно произведет позитивный эффект.

Гигиена полости рта детей от 6 до 12 мес. Начинать очищение полости рта ребенка, используя прием *протирания*, необходимо с момента прорезывания первого зуба. Процедуру надо проводить быстро, эффективно и безопасно, для чего необходимо расположить ребенка так, чтобы хорошо видеть очищаемые зубы и иметь возможность сдерживать движения ребенка.

Резцы протирают влажной марлей, направляя движения от десны к режущему краю зуба. На марлю желательнее нанести детскую зубную пасту (например, зубная паста «R.O.C.S. baby»), так как она содержит вещества, способствующие удалению зубного налета. Зубы протирают 1—2 раза в день. По мере привыкания ребенка к процедурам начинают применять щетку с маленькой головкой, мягкой щетиной. Щетку увлажняют. Резцы очищают короткими вертикальными движениями от десны к режущему краю.

Родители должны быть обучены способам ухода за полостью рта ребенка заранее: во время визита беременной к акушеру и стоматологу, при посещении педиатра и его патронажной сестры сразу после рождения ребенка, в крайнем случае — во время первого визита членов семьи к стоматологу.

Гигиена полости рта детей от 1 года до 3 лет. В этом возрасте основным способом ухода за полостью рта является чистка зубов щеткой и пастой, соответствующей возрасту малыша. Процедуру выполняют родители, постепенно привлекая к этому ребенка. Ребенок располагается возле умывальника, перед зеркалом, взрослый стоит за его спиной. Для чистки зубов используют мягкие щетки с маленькой головкой и длинной ручкой. Зубную пасту в дозе «с ноготок мизинца ребенка» или «с горошину» используют тогда, когда руки родителей совершают движение щеткой автоматически, при этом не требуется полного зрительного контроля.

Важно приучать ребенка контролировать глотание во время чистки зубов, учить выплевывать ротовую жидкость после чистки зубов, полоскать рот.

До тех пор пока ребенок не научится ополаскивать рот после чистки зубов, лучше отказаться от использования зубных паст, содержащих фтор. Стоит с вниманием относиться и к другим компонентам, потенциально аллергенным: лаурилсульфату натрия и ароматизаторам. Больше подойдет слабо пенящаяся зубная паста с нейтральным вкусом. Важно, чтобы паста включала активные добавки, уменьшающие явления воспаления в период прорезывания зубов и обеспечивающие защиту зубов от кариеса. Сегодня убедительные сведения о противокариозном действии кроме фтора имеются в отношении ксилита.

Подгузники

В последние годы во всем мире большое распространение получили одноразовые подгузники. Подгузники надо менять, когда они мокрые или грязные. Замена пеленок помогает ребенку понять, как приятно всегда чувствовать себя чистым. Заранее надо приготовить: чистый подгузник, немного воды и ваты, салфетку, детский лосьон или масло. Для смены подгузника надо:

- Положить малыша на спину на мягкую подстилку и развернуть использованный подгузник, осторожно приподнять малыша за ножки одной рукой, а другой — снять старый подгузник.
- Перед тем, как надеть новый подгузник, вымыть кожу малыша мягким мылом, сполоснуть водой, насухо промокнуть салфеткой, а затем можно нанести защитный крем или масло.
- Подложить чистый подгузник под попку малыша. Опустить ножки ребенка. Надеть и закрепить подгузник.
- В уходе за ребенком должна принимать участие не только мать, но и отец. Во время переодевания, пеленания, купания укрепляется связь между отцом и ребенком.

Игрушки

В течение первых месяцев жизни грудному ребенку нужно совсем немного игрушек. Их главная функция — развитие слуха и зрения малыша.

Глаза новорожденного ребенка видят мир размытым, он очень медленно учится распознавать формы и контуры предметов, находящихся прямо перед его глазами. Сразу после рождения зрачки ребенка реагируют на свет, но фиксация взгляда вначале очень неустойчивая, лишь к 3-4-й неделе жизни малыш научится фиксировать взгляд на лице матери, яркой игрушке.

Первые игрушки малыша — это крупные и яркие шарики или погремушки красного, оранжевого или желтого цвета, расположенные над кроватью, на которых он фиксирует свой взгляд.

Мобиле, помещенное над кроватью, тоже является классическим аксессуаром для грудных детей. Глаза малыша следят за медленными движениями танцующих фигур, тихая музыка убаюкивает. Однако возбудимого малыша такая игрушка может еще больше возбудить, поэтому необходимо внимательно следить за реакцией малыша на предлагаемые ему игрушки.

Для младенца, особенно для легковозбудимого, лучшим объектом для зрительного и слухового сосредоточения, лучшим успокоительным средством являются лицо, руки и голос матери. Этот голос он слышал еще внутриутробно, привык к нему, теперь он учится соотносить черты лица матери, тепло ее рук с ее голосом и интонациями.

О прогулках

Свежий воздух, солнце нужны новорожденному так же, как молоко матери. Прогулка на воздухе улучшает усвоение пищи, активизирует обмен веществ, нормализует сон, закаляет организм. Солнечные лучи предохраняют ребенка от возникновения рахита. Без свежего воздуха дети становятся капризными, плохо спят, ослабевают, легче подвергаются простудным или другим заболеваниям.

Начинать прогулки надо как можно раньше, лучше вдали от шумных мест с обилием транспорта, загрязняющего воздух. Необходимо избегать сильного ветра и жаркого солнца.

Если младенец родился поздней весной или летом, то гулять начинают с первых дней после выписки из роддома, конечно, при условии, что во дворе нет резкого ветра, пыли.

Малышу, родившемуся в холодное время года, можно находиться на свежем воздухе со второй половины первого месяца жизни, вначале при температуре не ниже -10°C , затем — и в более холодную погоду.

Длительность первой прогулки зимой составляет 5—10 мин, постепенно ее увеличивают до 1 часа, а затем гуляют по 1 часу 2 раза в день. В зимнее время прогулку не следует затягивать более чем на 2 часа.

Лучшее время для прогулок летом — после обеда, когда солнце уже не палит так сильно, а зимой — в полуденные часы.

Дождь, и снегопад прогулке не помеха — всегда можно найти защищенное место.

Профилактика гипогалактии

1. Правильный режим жизни и питания кормящей матери.
2. Достаточный сон не только в ночное время, но и днем.
3. Обязательная прогулка днем.
4. Полноценное питание матери.
5. Полное освобождение молочных желез от остатков молока после каждого кормления.
6. Достаточно частое и регулярное кормление ребенка грудью.
7. Профилактика, своевременное выявление и рациональное лечение трещин сосков и мастита, так как они нередко являются причиной вторичной гипогалактии.

Методика массажа молочных желез. Перед массажем беременная должна вымыть руки с мылом и вытереть их досуха, снять одежду до пояса и, стоя, приступить к проведению массажа (лучше перед зеркалом).

Проводить массаж нужно не пальцами, а всей кистью руки, ладонь должна плотно прилегать к коже, движения — быть медленными и безболезненными. Желательно проводить массаж 2 раза в день по 2-3 минуты.

Первый прием: массаж обеих желез по ходу отводящих лимфатических путей двумя руками в виде 2-3 поглаживаний, начиная сверху молочных желез до середины грудины по направлению к плечу и снизу к подмышечным областям.

Второй прием: одной рукой женщина совершает несколько круговых поглаживаний молочной железы, не затрагивая соска и околососкового кружка. Эти движения можно производить двумя руками на обеих молочных железах.

Третий прием: правой рукой поддерживается и слегка приподнимается сверху правая молочная железа, левая рука располагается сверху, не затрагивая околососкового кружка, после чего обеими руками одновременно делается нажим на молочную железу по направлению к грудной клетке. Такие нажимы повторяются 2-3 раза.

Хранение сцеженного молока. Хранить сцеженное молоко необходимо в холодильнике при температуре не выше $+4^{\circ}\text{C}$. В течение 3—6 часов после

сцеживания и в случае правильного его хранения молоко может быть использовано после подогрева до температуры 36—37°C. При хранении в течение 6—12 часов молоко может быть использовано после пастеризации. Для этого бутылочку с молоком ставят в кастрюлю, наливают теплую воду несколько выше уровня молока в бутылочке; далее воду нагревают до температуры 65—75°C и бутылочку с молоком выдерживают в ней в течение 30 минут.

Как правильно кормить ребенка грудью

Кормить малыша грудью надо в спокойной, расслабляющей обстановке, что способствует более полному оттоку молока и хорошему его усвоению.

Как удобнее устроиться на время кормления. В первые дни после родов лучше кормить ребенка лежа на боку, подложив под голову и спину подушки. Ребенка тоже, пока он мал, следует класть на подушку так, чтобы он чувствовал тепло материнского тела, слышал привычные звуки ее сердцебиения.

Чаще всего матери кормят младенцев в положении сидя. Для этого удобнее низкий стул или кресло, спина опирается на подушку. Под ногу (соответственно той груди, из которой кормится ребенок) следует подставить небольшую скамеечку. Ребенок при этом располагается на коленях у матери. Она, опираясь рукой на согнутое колено или ручку кресла, поддерживает его под головку и спинку, чтобы они находились на одной прямой линии. Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней. Положение «из-за спины» удобнее при кормлении близнецов. Вертикальное положение может быть рекомендовано при кормлении детей, страдающих частыми срыгиваниями. Важно, чтобы во всех случаях это было удобно для матери и ребенка.

Продолжительность кормления. Продолжительность кормления зависит от количества молока, скорости его отделения, а главное — от активности ребенка. В большинстве случаев ребенок находится у груди 15—20 минут. Однако есть очень активные сосуны, которые насыщаются в течение 5—7 минут и сами отказываются от груди. Обычно здоровый ребенок во время кормления высасывает столько молока, сколько ему необходимо. Как правило, малыша следует держать у груди до тех пор, пока он энергично сосет и глотает, а потом сам выпускает сосок.

Ослабленные дети или так называемые ленивые сосуны, держат грудь длительное время, иногда, не успев насытиться, быстро засыпают, не выпуская соска. Не рекомендуется долго держать ребенка у груди, так как это может привести к раздражению и травмированию соска, образованию на нем болезненных трещин. Если ребенок сосет вяло, засыпает у груди, его надо побуждать к активности — слегка потрепать по щечке, сделать попытку отнять грудь. Обычно малыш сразу просыпается и продолжает активно сосать. Если он не проснулся и выпустил сосок, можно сцедить ему в рот несколько капель молока, что вызывает глотательный рефлекс, после чего он снова начинает сосать.

Техника кормления. При каждом кормлении лучше давать только одну грудь, тогда он получит так называемое «заднее» молоко, богатое жиром. «Переднее» молоко содержит много лактозы и воды. Однако если малыш, полностью опорожнив одну грудь, не насытился, ему можно дать вторую.

Следующее кормление надо начинать с той груди, которой закончилось предыдущее кормление.

Для предупреждения срыгивания надо сразу после кормления подержать ребенка в вертикальном положении до тех пор, пока не отойдет проглоченный во время сосания воздух, что определяется по громкой отрыжке. Иногда при этом происходит необильное срыгивание молока, что не должно вызывать опасений.

После кормления ребенка следует укладывать не на спину, а на бок, или на живот, чтобы при срыгивании молоко не попало в дыхательные пути.

Кормление здорового ребенка по требованию в настоящее время считается наиболее правильным и полезным. При этом ребенок может получать грудь до 6—12 раз в сутки, в том числе и в ночное время. Частые кормления стимулируют лучшую выработку молока, обеспечивают спокойное поведение и полноценное развитие младенца. К концу периода новорожденности у малыша вырабатывается свой режим кормления: чаще всего от 6 до 8 раз в сутки и, как правило, без ночного перерыва. Критериями достаточности питания ребенка служат:

- глубокий, крепкий сон;
- активное сосание;
- хорошая прибавка массы тела;
- нормальное мочеиспускание (не менее 6 раз в сутки);
- мягкие испражнения.

Как определить, достаточно ли грудного молока съедает ребенок. Чтобы определить, какое количество молока получает ребенок, проводят контрольное кормление. Ребенка взвешивают до и после каждого кормления (в одной и той же пеленке в течение суток, т.к. в разные кормления он может высасывать разное количество молока). Нормальным для ребенка в возрасте до 2 месяцев является количество пищи, равное $\frac{1}{5}$ его массы тела, а в возрасте от 2 до 4 месяцев — $\frac{1}{6}$ массы.

Как правильно сцеживать грудное молоко

Ручное сцеживание. Наиболее полезный и доступный метод сцеживания — ручной. Женщина может сцеживаться в любых условиях, в любое время. При этом лучше, если она будет это делать сама.

Сцеживать молоко вручную легче, когда грудь мягкая. Тогда при сцеживании молоко свободно вытекает из груди. Полезно перед сцеживанием выпить какой-нибудь теплый напиток (чай с молоком, отвар шиповника, фруктовый сок, компот).

В случае нагрубания сцеживание может причинить боль. Тогда можно приложить к груди теплый компресс или грелку с теплой водой, принять теплый душ. В начале сцеживания необходимо помассировать грудь по направ-

лению к соску, можно провести легкое поглаживание соска и ареолы кончиками пальцев. Хорошее действие оказывает массаж спины, для этого рекомендуется сесть за стол, наклониться вперед, положить перед собой сложенные руки и опереться на них головой. Грудь при этом должна находиться в свободном состоянии. Спина массируется в течение 10—15 минут вдоль позвоночника с обеих сторон на уровне лопаток вращательными движениями больших пальцев.

Техника ручного сцеживания. Перед сцеживанием необходимо:

- тщательно вымыть руки;
- приготовить чистую простерилизованную посуду;
- принять удобное положение;
- максимально расслабиться.

Во время сцеживания:

- захватить грудь так, чтобы большой палец находился на ареоле над соском, а указательный — напротив большого на ареоле под соском;
- надавить пальцами внутрь в направлении к грудной клетке;
- нажать на ареолу за соском, так, чтобы нажатие распространялось на синус под ареолой, с последующим её освобождением;
- делают эти движения в ритме нажать — отпустить.

Молоко может начать вытекать не сразу, а после нескольких таких нажатий, сначала каплями, а потом струйками. Постепенно положение пальцев следует перемещать так, чтобы они сжимали ареолу с боковых сторон, добиваясь равномерного сцеживания молока из всех сегментов молочной железы.

Во время сцеживания нельзя сильно сжимать или вытягивать сосок, это только задерживает вытекание молока. Надо следить также, чтобы пальцы не скользили сильно по коже, травмируя ее.

Продолжительность сцеживания. Сцеживание молока продолжается довольно длительное время. Если молоко сцеживается из обеих грудей, то это занимает около 20—30 минут. Важно не пытаться сцеживать быстро, особенно в первые дни лактации, когда выработка молока ещё не наладилась должным образом.

Сцеживание для недоношенного или больного ребенка. Сцеживание грудного молока следует производить непосредственно перед каждым кормлением. При этом молоко, если его вырабатывается достаточное количество, сцеживается только из одной груди, чтобы обеспечить его более полноценный состав (малыш получает «переднее» и «заднее» молоко).

Только при недостаточной лактации сцеживание каждый раз производится из обеих грудей.

Сцеживание при тугой груди. В тех случаях, когда молоко сцеживается при сильном нагрубании груди с целью освобождения матери от неприятных ощущений и обеспечения более легкого захватывания груди младенцем, эту процедуру следует проводить только до ликвидации чувства распирания груди, после чего соски делаются менее напряженными и ребенок может легко взять грудь. Некоторым матерям приходится сцеживаться перед каждым

кормлением. Иногда сцеживание необходимо произвести 1—2 раза в день. По мере уменьшения нагрубания молочных желез необходимость в сцеживании отпадает.

Сцеживание молокоотсосом. Ручной молокоотсос представляет собой стеклянную трубку с резиновой грушей на конце. Второй конец груши расширен настолько, чтобы можно было охватить не только сосок, но и ареолу с частью груди. Для сцеживания молока надо сначала сжать грушу так, чтобы из нее вышел воздух, затем расположить широкий конец трубки в околососковой области, убедиться, что он герметично охватывает кожу груди, и отпустить грушу. При этом сосок и ареола втягиваются в трубку. После этого надо несколько раз сжать и разжать грушу, и молоко начнет вытекать из груди и собираться в выпуклости трубки. По мере заполнения трубку отнимают от груди, молоко выливают в подготовленную посуду и продолжают сцеживание.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Участковый педиатр пришел на 1-й патронаж к новорожденной девочке 8 дней. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем.

Роды — в срок, масса тела — 3200 г, длина — 50 см. Ребенок заплакал сразу, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. К груди приложен на следующие сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с весом 3100 г. Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери — пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии — подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза — 1,0. Ребенок желанный, из полной семьи, благоприятных материально-бытовых условий, родители со средним специальным образованием.

Вскармливание грудное. При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм глаз и сосков, эпикант, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул — 3 раза в день, кашицеобразный. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).

Задания

1. Дайте заключение по состоянию здоровья ребенка.
2. Проведите комплексную оценку здоровья.
3. Назовите факторы риска и мероприятия по профилактике их реализации на антенатальном и постнатальном этапах.
4. Как должны были быть организованы родовые патронажи?
5. Составьте план наблюдения за этим ребенком в периоде новорожденности и на первом году жизни.
6. Ваши рекомендации матери ребенка.
7. Составьте план вакцинации данного ребенка на первом году жизни.
8. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

2. Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику 18 дней.

Ребенок от 1-й беременности, срочных родов. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок из неполной семьи. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8-й и 32-й неделях). В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок заплакал сразу. Масса тела при рождении — 3200 г, длина — 50 см. Оценка по шкале Апгар — 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин внутримышечно), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизимом (внутримышечно 10 дней). Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью "Туттели". Высасывает 80—90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые чистые. Дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3, селезенка у края реберной дуги. Стул

разжиженный, 3—5 раз в сутки, без патологических примесей. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение), на сильный звук не реагирует.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Назовите факторы риска развития заболевания.
3. Как проводится профилактика данного заболевания?
4. Как должны были быть организованы дородовые патронажи?
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком в периоде новорожденности на первом году жизни.
6. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра.
7. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

3. На профилактическом приеме у врача девочка в возрасте 2 мес. Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, отмечались подъемы АД, срочных родов, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу. Масса тела при рождении — 4000 г, длина — 54 см. В периоде новорожденности перенесла везикуллопустулез. Матери 30 лет, страдает ожирением II степени, нейро-циркуляторной дистонией по гипертоническому типу, долго лечилась от бесплодия. Первые две беременности закончились выкидышами. Семья полная, ребенок долгожданный. Бабушка по линии матери страдает сахарным диабетом.

Жалобы на беспокойство, плохой сон. Вскармливание искусственное с рождения, свободное, с ночными кормлениями. Суточный объем питания составляет до 1200—1300 мл. Мать во время приготовления питания закладывает двойную порцию сухой смеси. В 2 мес. масса тела — 6200 г, длина — 58 см. Большой родничок — 2,5×2,5 см, не выбухает. Кожа и слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Частота дыхания — 36 в минуту, дыхание пузрильное. ЧСС — 132 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание — до 20 раз в сутки, стул — 2—3 раза, оформленный.

Девочка сосредотачивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета. Прислушивается к звуку, голосу взрослого, улыбается на разговор взрослого. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову. Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ней.

Задания

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
2. Выделите факторы риска, направленность риска.
3. Определите группу здоровья ребенка.
4. Укажите ошибки матери при вскармливании ребенка.
5. Укажите возможные причины отсутствия молока у матери.
6. Как проводится лечение данного вида гипогалактии?
7. Проведите коррекцию вскармливания ребенка.
8. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

4. Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приеме ребенок был в возрасте 1 месяца. Девочка находится на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители молодые, здоровые. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок желанный, проживает в благоприятных материально-бытовых условиях. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели бере-

менная перенесла бронхит. Роды — в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Масса тела при рождении — 3200 г, длина — 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела — 4500 г, длина — 57 см, окружность грудной клетки — 38 см. Ребенок беспокоен, плачет. Температура тела — 36,8°C. При осмотре: кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пузрыльное, хрипов нет. ЧД — 128 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, из-под края реберной дуги. Стул — 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. Лежа на животе, опирается на предплечья, хорошо удерживает головку, сосредотачивается на лице говорящего с ним взрослого. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Крепко упирается ногами при поддержке подмышки. Игрушки в руки не берет. Со слов матери, редко улыбается при общении.

Задания

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации, дайте его обоснование.
2. Проведите комплексную оценку здоровья.
3. Перечислите причины возникновения данного состояния.
4. Показана ли данному ребенку госпитализация?
5. Предложите программу лечения больного и дайте ее обоснование.
6. Составьте план наблюдения данного ребенка на 1 году жизни.
7. Составьте план вакцинации ребенка на первом году жизни.
8. Дайте рекомендации матери по стимуляции лактации.
9. Назовите факторы риска развития заболевания.
10. Как проводится профилактика данного заболевания?

5. Мама с мальчиком 3-х месяцев — на профилактическом приеме у врача-педиатра в детской поликлинике.

Родители ребенка здоровы, наследственность неотягощена. Матери 22 года, отцу 23 года, имеют среднее специальное образование. Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Ребенок желанный. Мальчик родился от 1-й беременности, 1-х родов. Течение беременности и родов физиологическое. Роды при сроке гестации 40 недель. Оценка по Апгар — 8/9 баллов, закричал сразу. Масса тела при рождении — 3400 г, длина — 52 см, окружность головы — 34 см, окружность грудной клетки — 32 см. В родильном доме патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Вакцинирован против гепатита «В» и туберкулеза. После выписки из родильного дома регулярно наблюдался врачом-педиатром, медицинской сестрой. В возрасте одного месяца осмотрен врачами специалистами, патологии не выявлено. Сделана вторая вакцинация против гепатита «В». В первые 3 месяца жизни не болел. Проводилась профилактика рахита, анемии.

Антропометрия: длина — 61 см, масса тела — 5600 г, окружность грудной клетки — 38 см, окружность головы — 39 см. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые. Слизистая оболочка рта, миндалин, задней стенки глотки розовая, чистая, влажная. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. В легких дыхание пузрыльное. Тоны сердца звучные; чистые, сокращения ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул — 3 раза в сутки, желтый, кашицеобразный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Реакция на осмотр адекватная. Эмоциональный тонус положительный, проявляет «комплекс оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним мамы. Находясь на руках у мамы, удерживает голову в вертикальном положении. При поддержке под

мышки крепко упирается о твердую опору пеленального стола. Во время врачебного осмотра лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При обращении матери, врача ребенок смотрит на лицо взрослого.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Какая вакцинация проводится ребенку в возрасте трех месяцев?
3. Какая вакцина наиболее реактогенная?
4. Какие местные и общие реакции возможны на введение вакцины АКДС?
5. Как организовать наблюдение за данным ребенком после вакцинации?

6. Мать девочки 3 месяцев вызвала участкового врача на дом.

Накануне ребенку в поликлинике была проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита. Жалобы на повышение температуры тела ребенка до 39°C, беспокойство, покраснение, уплотнение и болезненность в области инъекции. В день проведения прививки вечером отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, применяли парацетамол с кратковременным эффектом, ребенок плохо спал. В области инъекции появился участок уплотнения и покраснения.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Температура — 39,1°C. Беспокоен. В области ягодицы в месте введения вакцины пальпируется болезненный инфильтрат размером до 6 см. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм не нарушен. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Задания

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Нуждается ли ребенок в проведении лечебных мероприятий.
3. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в СЭС?
4. Назовите признаки нормальной поствакцинальной реакции и поствакцинального осложнения после иммунизации вакциной АКДС и против полиомиелита.
5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
6. Составьте план профилактических прививок ребенка на 1 году жизни.

7. На профилактический прием к участковому педиатру пришла мама с ребенком 4 месяцев. Мать жалуется на снижение количества молока. Ребенок находится на естественном вскармливании, к груди прикладывают каждые 2 часа, сосет по 20—30 минут. После кормления последний месяц чаще бодрствует.

Ребенок от 2-й беременности, первая закончилась рождением здорового мальчика. Данная беременность протекала с анемией во второй половине, женщина дважды болела ОРЗ, лечилась симптоматическими средствами. Роды — в срок 40 недель, оценка по Апгар — 7/8 баллов. Закричал сразу. Масса тела при рождении — 3200 г, длина — 51 см. К груди приложен в родовом зале, сосал активно. Выписан из роддома на 6 день жизни с массой тела 3100 г. Матери 20 лет, воспитывает ребенка одна, материальный достаток низкий. В возрасте 1 месяца ребенок весил 3800 г при длине тела — 53 см, в 2 месяца 4500 г при длине 56 см, в 3 месяца — 5200 г при длине 59 см, в 4 месяца — 5900 г при длине тела 60 см.

При осмотре: кожные покровы ребенка влажные, чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой слегка снижен на животе. Тургор удовлетворительный. Мышечный тонус удовлетворительный. Большой родничок — 1,5x2,0 см. Дыхание пуэрильное. Частота дыхания — 40 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, чистые. ЧСС — 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, эластичная, безболезненная, селезенка не пальпируется.

Мочится — до 20 раз в сутки. Стул — 2—3 раза в день, желтого цвета, кашицеобразный. Голову удерживает лежа на животе и в вертикальном положении. При виде взрослых улыбается, издает звуки, при появлении матери усиливается двигательная активность, смеется, тянет ручки к матери. При кормлении придерживает грудь рукой.

Задания

1. Выделите факторы риска у ребенка и определите их направленность.
2. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.
3. Дайте заключение по физическому развитию.
4. Определите группу здоровья ребенка.
5. Оцените вскармливание ребенка. Дайте рекомендации по его организации на первом году жизни.
6. Нуждается ли мать ребенка в лечении гипогалактии? Если да, дайте рекомендации.
7. Составьте план вакцинации ребенка на первом году жизни.

8. Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре ребенка: температура тела — 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Задания

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Как объяснить матери данную ситуацию?
4. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
6. Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии и столбняка законченным?
7. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

9. На приеме у педиатра мальчик 11 мес. Ребенок — от первой физиологически протекавшей беременности, срочных самостоятельных родов, оценка по Апгар — 8/9 баллов, закричал сразу. Масса тела — 3500 г, длина — 32 см, окружность головы — 34 см, окружность груди — 32 см. Брак зарегистрирован. Ребенок желанный. Родители здоровы. Генеалогический анамнез не отягощен. Материально-бытовые условия хорошие. Находится на естественном вскармливании. Имеет массу 10 500 г, рост 74 см. Большой родничок — 0,5х0,5 см. Имеет 4 верхних и 4 нижних зуба. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые, бледно-розового цвета. Частота дыхания — 30 в мин. Дыхание пузильное. Тоны сердца громкие, чистые, ритмичные. ЧСС — 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул — 1—2 раза в сутки, оформленный. В 4 мес. перенес ОРВИ в виде легкого ринофарингита, без осложнений. Прививки по возрасту. Ребенок много двигается, ползает, встает, стоит и опускается, садится и сидит, переступает вдоль барьера, совершает плясовые движения под плясовую музыку. Влезает на диван и слезает с него. По просьбе выполняет разученные действия. Пытается повторять слоги за взрослым. По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним

выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», играет в прятки). Пьет из чашки, придерживая ее руками, не сопротивляется высаживанию на горшок. Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.). Сон спокойный.

Ребенок получил курс общего массажа. Закаливание не проводится. Мать ребенка планирует выйти на работу через 1 мес. Ребенка с 1,5 лет будут устраивать в детские ясли.

Задания

1. Дайте комплексную оценку здоровья ребенка на момент осмотра.
2. Назначьте питание ребенку на один день.
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.
4. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.
5. Какие прививки должен иметь этот ребенок к моменту поступления в детский сад?
6. Составьте план мероприятий по подготовке ребенка к яслям.

10. На профилактическом приеме мама с мальчиком 1 года. Жалоб не предъявляю. Мама желает отлучить ребенка от груди. Время года – июль, температура воздуха + 30 °С. Ребенок находится на естественном вскармливании. Не болен. Получает два грудных кормления, три прикорма. Ребенку проведены прививки: V БЦЖ; V₁V₂ V₃ АКДС; V₁V₂ V₃ полиомиелит; V₁V₂ V₃ гепатит В.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с анемией во второй половине, женщины дважды болела ОРЗ, получала симптоматическое лечение. Матери 34 года, долго лечилась от бесплодия. Роды срочные, оценка по Апгар — 7/8 баллов. Безводный период — 12 часов. Ребенок кричал сразу. Масса тела при рождении — 3500 г, длина — 52 см. К груди приложен на 1-е сутки, сосал активно. Семья полная. Ребенок долгожданный, желанный. Материально-бытовые условия хорошие. Взаимоотношения между родителями спокойные. У матери в анамнезе пищевая аллергия на цитрусовые.

Антропометрия: масса тела — 11800 г, длина — 76 см. При осмотре: кожные покровы умеренно влажные, чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Большой родничок закрыт. У ребенка 8 зубов. Дыхание пузрыльное. ЧД — 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, чистые. ЧСС — 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный, оформленный 2 раза в день. Ребенок узнает на фотографии знакомого взрослого. Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет спрятанную игрушку. Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает). Ходит самостоятельно с 11 месяцев. Понимает слово «нельзя», выполняет поручения. Произносит до 10 облегченных слов. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика). Самостоятельно пьет из чашки.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Какими специалистами должен быть осмотрен ребенок к году?
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.
4. Дайте рекомендации по дальнейшей организации питания ребенка. Составьте диету ребенку на один день.
5. Составьте план вакцинации на втором году жизни.
6. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАТ	— биологически активные точки
ВПР	— врожденные пороки развития
ВУИ	— внутриутробная инфекция
ОУ	— образовательное учреждение
ДОУ	— дошкольное образовательное учреждение
ДЧБ	— дети часто болеющие
ЖДА	— железодефицитная анемия
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
ЗВУР	— задержка внутриутробного развития
ЗЖМ	— заменители женского молока
КЗР	— кабинет здорового ребенка
КМС	— кисломолочные смеси
КЭК	— консультативно-экспертная комиссия
НМК II ст.	— недостаточность мозгового кровообращения II степени
ОАК	— общий анализ крови
ОАМ	— общий анализ мочи
ОРВИ	— острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	— острые респираторные заболевания
ПК	— прогностический коэффициент
ПП ЦНС	— перинатальное поражение ЦНС
ППП ЦНС	— последствия перинатального поражения ЦНС
СВС	— синдром внезапной смерти
СУВЖ	— синдром увеличенной вилочковой железы
СЭС	— санитарно-эпидемиологическая станция
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФО	— ультрафиолетовое облучение
ХВУГП	— хроническая внутриутробная гипоксия плода
ЧЛСК	— челюстно-лицевая система и кариес
ЭХО-КГ	— эхо-кардиография
ЭХО-ЭГ	— эхо-энцефалоскопия

Библиографический список

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: Руководство для врачей. — М., 2004. — 158 с.
2. Диспансеризация детей из групп риска в условиях детской поликлиники: Методические рекомендации МЗ РСФСР. — М., 1988. — 40 с.
3. Доскин В. А., Косенкова Т. В., Авдеева Т. Г., Шестакова В. Н., Никонорова Н. М., Федоров Г. Н., Григорьева В. Н. Поликлиническая педиатрия. — М., 2002. — 503 с.
4. Дроботько Л. Н. Уход за полостью рта маленького ребенка. // Вопр. современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, №4. — С. 142—146.
5. Закаливание детей / Л. А. Жданова, Т. В. Русова, Е. В. Селезнева, А. В. Шишова, Г. Н. Нуждина, Л. К. Молькова, Е. В. Батанова, И. М. Прощина: Учеб. пособие для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов — Иваново, 2005. — 60 с.
6. Капитан Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: Учебник для студентов медвузов. — 2-е изд., доп. — М.: МЕДпресс-информ., 2004. — 624 с.
7. Краснов М. В., Краснов В. М. Питание детей раннего возраста: 2-е изд., перераб. и доп. — Чебоксары, 2004. — 392 с.
8. Краснов М. В., Шарапова О. В., Краснов В. М. Профилактическая работа по охране здоровья детей раннего возраста: Пособие для врачей-педиатров. — М., 2002. — 252 с.
9. Костинов М. П. Иммунокоррекция в педиатрии: Практическое руководство для врачей: Изд. 2-е. М.: Медицина для всех, 2001 — 300 с.
10. Мазурин А. В., Ворнцов И. М. Пропедевтика детских болезней. — СПб: Фолиант, 1999. — 928 с.
11. Мазурин А. В., Запруднов А. М., Григорьев К. И. Общий уход за детьми: Учебное пособие для студентов. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
12. Неонатология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 300 с.
13. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений: Учебно-метод. пособие / Л. А. Жданова, Г. Н. Нуждина, Т. В. Русова, С. И. Мандров. — Иваново, 2003. — 164 с.
14. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие / Под ред. Г. Н. Сердюковской — М., 1993. — 143 с.
15. Питание детей раннего возраста: Учебно-метод. пособие / И. М. Прощина, Л. А. Жданова, Н. И. Конопляник, С. И. Мандров, Г. Н. Нуждина, А. В. Шишова, А. О. Соколов. — Иваново, 2005. — 208 с.
16. Профилактические осмотры детей: Учебное пособие / Л. А. Жданова, А. В. Шишова, Т. В. Русова, Г. Н. Нуждина, И. М. Прощина, Н. Н. Нежкина. — Иваново, 2006. — 236 с.

17. Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к образовательным учреждениям: Учебно-метод. пособие / Л. А. Жданова, Т. В. Русова, А. В. Сорокина, Е. В. Селезнева. — Иваново, 2000. — 52 с.
18. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под. ред. А. А. Баранова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 608 с.
19. Румянцев А. Г., Тимакова М. В., Чечельницкая С. М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: Руководство для врачей — М.: Медпрактика-М, 2004. — 388 с.
20. Система непрерывного слежения за здоровьем матери и ребенка на натенатальном этапе: Метод. разработки для студентов / Л. А. Жданова, Е. А. Мякова, Н. П. Никитина. — Иваново, 1999. — 36 с.
21. Справочник неонатолога / Под ред. В. А. Таболина, Н. П. Шабалова. — Л., 1984. — 320 с.
22. Формирование психофункциональной готовности детей к обучению в школе: Учебно-метод. пособие / Л. А. Жданова, Т. В. Русова, Е. В. Селезнева, А. В. Сорокина. — Иваново, 2000. — 48 с.
23. Школьников М. А., Кравцова Л. А. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста. — М.: Медпрактика, 2004. — 32 с.
24. Коровина Н. А., Чебуркин А. В., Захарова И. Н. Профилактика и лечение рахита у детей: Лекция для врачей. — М., 1998. — 28 с.
25. Рывкин А. И. Рахит у детей. — Иваново, 1998. — 114 с.
26. Приказ № 60 МЗ и медицинской промышленности РФ от 14.03.95 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»
27. Приказ № 151 МЗ РФ от 7.05.98 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»
28. Приказ № 229 Минздрава РФ от 27.06.2001 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
29. Приказ № 621 МЗ РФ от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
30. Постановление № 2 от 26.03.2003 г. «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПин 2.4.1.1249—03».
31. Приказ № 307 Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2007 г. «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни».
32. Приказ № 229 МЗ РФ от 27.07.01 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
33. Приказ № 773 Минздравсоцразвития от 30.10.07 г. «О внесении изменений в приказ № 229 МЗ РФ от 27.07.01 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».