

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра поликлинической педиатрии

**ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ
АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ДОШКОЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Иваново 2022

УДК:616-053.4-084+159.91+373.2(073)

ББК 74.1

П 842

Р е ц е н з е н т ы:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **Ю. А. Алексеева**;

профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук **Е. В. Шниткова**

П 842 Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к дошкольной образовательной организации / Л.А. Жданова, А.В. Шишова, Т.В. Русова, И.Е. Бобошко, С.И. Мандров, Л.К. Молькова, Г.Н. Нуждина: - Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022. – 77 с.

Учебное пособие посвящено одному из важных разделов программы обучения студентов педиатрического факультета – контролю за адаптацией детей в дошкольных образовательных организациях и мероприятиям по ее облегчению.

Пособие освещает работу врача-педиатра, медицинской сестры и педагога по наблюдению за детьми в период адаптации к дошкольной образовательной организации и предупреждению отклонений в состоянии их здоровья. Приводятся критерии оценки типов течения адаптации детей к новым микросоциальным условиям и описывается их клинико-функциональная характеристика. Представлен алгоритм действий врача-педиатра в зависимости от типа течения адаптации ребенка.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 «Педиатрия», может использоваться в практической деятельности врачей-педиатров, медицинских сестер.

Утверждено центральным координационно-методическим советом ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022

© Коллектив авторов

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. Подготовка детей к поступлению в дошкольную образовательную организацию	6
2. Контроль за состоянием здоровья в период адаптации (диагностический этап)	17
3. Организация жизни детей в период адаптации (оздоровительный этап)	21
4. Индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации (коррекционный этап)	25
Приложения	34
Тестовый контроль	64
Ситуационные задачи для контроля и самоконтроля знаний	68
Список литературы	74

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВМК	— витаминно-минеральный комплекс
ДОО	— дошкольная образовательная организация
КОЗ	— комплексная оценка здоровья
НПР	— нервно-психическое развитие
ОАК	— общий анализ крови
ОАМ	— общий анализ мочи
ОРВИ	— острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	— острые респираторные заболевания
ОО	— образовательная организация
ЦНС	— центральная нервная система
ПП ЦНС	— перинатальные поражения центральной нервной системы

ВВЕДЕНИЕ

Поступление ребенка в образовательную организацию сопровождается изменением окружающей его среды, встречей с новыми детьми и взрослыми. При этом меняется режим дня, характер питания, система поведенческих реакций (динамический стереотип) ребенка, возникает необходимость устанавливать новые социальные связи. Эти факторы обуславливают необходимость адаптации к новым условиям жизни с мобилизацией психических и физиологических механизмов, обеспечивающих данный процесс.

В общебиологическом понимании адаптация — приспособление живого организма к постоянно меняющимся условиям существования во внешней среде. Социальная адаптация — это приспособление организма к новым условиям социального существования — поступление в ясли, детский сад, школу, начало профессиональной деятельности и т.д. Механизмы социальной адаптации формируются в ходе индивидуального развития ребенка. Наиболее интенсивно это происходит в раннем возрасте ввиду особой пластичности нервной системы.

Адаптационные изменения в организме характеризуются сдвигами, присущими эмоциональному стрессу: отмечается напряжение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и вегетативной нервной систем, меняется уровень метаболизма, центральное и периферическое кровообращение, может снижаться активность местной защиты. Причем, чем меньше возраст ребенка, тем эмоционально-стрессовая реакция протекает более генерализованно с вовлечением не только центральной и вегетативной нервной систем, но и метаболических процессов и факторов местной защиты. Поэтому срыв адаптации в раннем возрасте чаще бывает в виде острых респираторных заболеваний. В более старшем возрасте основной «удар» эмоционального стресса берет на себя психоэмоциональная сфера и основными клиническими проявлениями дезадаптации становятся функциональные расстройства центральной нервной системы.

В период адаптации к дошкольной образовательной организации (ДОО) у детей могут наблюдаться следующие клинические проявления:

1. Появление негативных эмоционально-поведенческих реакций: страха, агрессии, гнева, депрессии, чрезмерной двигательной активности или общей заторможенности, негативизма, ограничение социальных контактов и познавательной деятельности.

2. У детей раннего возраста при длительном и выраженном стрессе может наблюдаться регресс психомоторного развития. При этом у них утрачивается часть приобретенных ранее навыков, возможно уменьшение речевой активности вплоть до полного исчезновения.

3. Появление пограничных нервно-психических расстройств:

- *гипердинамического синдрома*, проявляющегося двигательной

расторженностью, агрессивностью, взрываемостью;

- *синдрома навязчивых движений* (сосание пальцев, покусывание ногтей, навязчивое покашливание, закручивание волос, выщипывание ресниц и бровей, различные тики и т.д.);

- *фобического синдрома*, проявляющегося пугливостью, различными страхами (ночные страхи, страх плохой отметки, учителя, наказания и т.д.);

- *астенического синдрома*, характеризующегося повышенной утомляемостью, общей слабостью, снижением умственной и физической работоспособности и успеваемости;

- *соматовегетативного синдрома* в виде нарушения сна, головных болей, кардиалгий, респираторно-аффективных приступов, энуреза, снижения аппетита, болей в животе, срыгиваний, рвоты, расстройства стула, энкопреза, беспричинного субфебрилитета, аллергических сыпей;

- *синдрома патохарактерологических реакций* — нежелание выполнять требования старших, уход из дома и др.

4. Недостаточная прибавка или потеря массы тела, возможно замедление темпов роста, снижение уровня гемоглобина, связанные с активацией катаболических процессов.

5. Учащение острой респираторной заболеваемости, формирование хронической патологии.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребенка, уровня его физического и нервно-психического развития, состояния здоровья, т. е. от степени соответствия его психофункциональных возможностей требованиям и условиям образовательного учреждения.

Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дизадаптационного генеза. Эти положения диктуют необходимость организации медико-психолого-педагогического сопровождения детей в периоде их адаптации к образовательному учреждению и проведения мероприятий по профилактике и коррекции дизадаптационных расстройств здоровья.

Медико-педагогические мероприятия по облегчению адаптации детей к дошкольному образовательному учреждению включают в себя работу по следующим направлениям:

- 1) подготовка детей к поступлению в образовательное учреждение; прогнозирование течения адаптации (прогностический этап);

- 2) контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации (диагностический этап);

- 3) организация жизни детей в период адаптации (оздоровительный этап);

- 4) индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации (коррекционный этап).

1. ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

Цель этой работы — устранение влияния неблагоприятных социально-биологических, психологических и других факторов на рост и развитие ребенка, формирование его адаптационных возможностей и приведение психофункциональных возможностей ребенка в соответствие с требованиями новой микросоциальной среды. Поэтому она должна осуществляться задолго до того, как ребенок поступит в дошкольное учреждение.

Всю организационную и методическую деятельность детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в дошкольную образовательную организацию возглавляет заведующий консультативно-диагностическим отделением. Работа осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, врачом 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 (приложение 1).

При подготовке детей раннего возраста к поступлению в ясли необходимо учитывать, что легче адаптация к ДОО 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 микросоциальной среды.

Так, у детей первого полугодия жизни прочный динамический стереотип еще не сформирован, поэтому привыкание к новым условиям протекает легко.

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. Ребенок не воспринимает объяснения взрослого о событиях, которых не было в его личном опыте, т.е. ему трудно объяснить, почему он должен посещать детские ясли.

В возрасте старше 18-ти месяцев дети могут быть ориентированы посредством речевого общения на предстоящее изменение условий. Это обеспечивает более быструю перестройку динамического стереотипа и облегчает социальную адаптацию.

Специальная подготовка начинается не позднее, чем за 6 месяцев до поступления ребенка в дошкольную образовательную организацию. Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в ДОО. В форме № 112/у в листе уточненных диагнозов ставится отметка о начале подготовки ребенка к поступлению в дошкольную организацию.

Специальная подготовка включает в себя следующие мероприятия.

1. Прогнозирование течения адаптации.

Воздействующие на ребенка неблагоприятные как биологические, так и социальные, психологические факторы, могут нарушать процессы адаптации. Их своевременное выявление и, по возможности, устранение особенно важно на этапе подготовки к ДОО. С учетом значимости факторов составлены таблицы для прогнозирования течения адаптации к дошкольному образовательному учреждению (таблица 1).

Таблица 1.

Факторы для прогнозирования неблагоприятного течения адаптации к дошкольному образовательному учреждению

Для детей раннего возраста при поступлении в детские ясли	Для дошкольников при поступлении в детский сад
Частые заболевания матери	Заболевания ребенка более 4 раз в год
Несоответствие режимов дома и дошкольного учреждения	Неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям
Возраст ребенка от 9 до 18 месяцев	Злоупотребление алкоголем отца
Токсикоз второй половины беременности	Резкие отношения между родителями
Заболевания у матери во время беременности	Неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад
Вредные привычки у ребенка	Недружелюбное отношение ребенка к другим детям
Асфиксия при рождении	Употребление алкоголя матерью
Низкий культурный уровень семьи	Мужской пол ребенка
Злоупотребление алкоголем отца	Медленная ориентация в новой среде
Резкие отношения между родителями	Низкий культурный уровень семьи
Отставание в нервно-психическом развитии	Осложнения в родах

Раннее искусственное вскармливание	Масса тела при рождении менее 2,5 кг
Рахит II–III степени	Отклонения в физическом развитии
Отсутствие закаливания и подготовки к яслям	
II и III группа здоровья	
Масса тела при рождении менее 2,5 и более 4 кг	
Частые заболевания отца	
Заболевания ребенка на первом году жизни	
Содержание гемоглобина менее 116 г/л	
Хронические заболевания у родителей	

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 ДОО) и непосредственно перед поступлением детей в ДОО.

В раннем возрасте риск неблагоприятного течения адаптации во многом определяют факторы биологического анамнеза, связанные с патологическим течением беременности и родов у матери и состоянием здоровья ребенка. Однако важно влияние и социальных факторов, связанных с особенностями формирования образа жизни ребенка (режима дня, наличия патологических привычек, внутрисемейных отношений). После трехлетнего возраста значимость биологических факторов уменьшается, возрастает влияние социальных факторов. Поэтому очень важна разъяснительная работа медицинского персонала с родителями по формированию здорового образа жизни семьи в целом и ребенка в частности. При выявлении неблагоприятных управляемых факторов участковому врачу педиатру необходимо проводить работу с родителями по их хотя бы частичному устранению. Возможно привлечение специалистов кабинета здорового ребенка и отделения медико-социальной помощи.

2. *Гигиеническое обучение и воспитание родителей*

Основная цель — довести до сведения родителей и научить их основным приемам подготовки детей к поступлению в дошкольную организацию. В качестве основных форм такой работы рекомендуются 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», «Особенности течения периода адаптации к ДОО и профилактика нарушений здоровья» и др. В проведении родительских конференций принимают участие заведующий отделением, опытные врачи и педагоги дошкольной организации. Конференции проводятся один раз в месяц по фиксированным дням. Возможно заочное обучение, для чего в детской поликлинике должны быть подготовлены папки с методическими материалами по указанным темам.

В поликлинике оформляется уголок для родителей детей, поступающих в ясли и сад, в которых отражаются основные моменты этой подготовки. Необходимо иметь стендовую информацию о том, какие документы и анализы нужны при устройстве ребенка в дошкольную организацию. Для родителей организуют консультации педагогов этих учреждений один-два раза в неделю по фиксированным дням. Целью консультаций является освещение вопросов воспитания детей в семье и их подготовки к поступлению в образовательные учреждения.

В период подготовки необходимо максимально приблизить домашний режим детей к режиму детского учреждения, объяснить родителям правила приема в ДОО и возможные изменения в поведении ребенка при адаптации к новым микросоциальным условиям, а также наметить мероприятия по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода. Важное значение в этот период имеет формирование у ребенка навыков опрятности и приучение к горшку (приложение 2). Более благоприятному течению адаптации способствует формирование правильного пищевого поведения (Приложение 3).

В этот период родителям необходимо создавать у ребенка мотивацию к посещению ДОО. Для этого необходимо:

- настроить малыша как можно положительнее к его поступлению в детский сад. Внушать ему, что это очень здорово, что он дорос до сада и стал таким большим;
- проводить прогулки с ребенком около дошкольной организации, которую он будет посещать;
- проходя мимо детского сада, с радостью напоминать ребенку, как

ему повезло — он сможет ходить сюда;

- рассказывать родным и близким в присутствии малыша об удаче, говорить о гордости за ребенка, ведь его приняли в детский сад;

- информировать ребенка о режиме детского сада: что, как и в какой последовательности он будет делать. Чем подробнее будет рассказ, и чем чаще родители будут его повторять, чем спокойнее и увереннее будет чувствовать себя ребенок, когда пойдет в сад. Малышей пугает неизвестность. Когда ребенок видит, что ожидаемое событие происходит, как и было обещано, он чувствует себя увереннее;

- спрашивать у малыша, запомнил ли он, что будет делать после прогулки, куда складывать свои вещи, кто ему будет помогать раздеваться, что он будет делать после обеда;

- раскрыть малышу «секреты» навыков общения с детьми и взрослыми людьми. Научить малыша знакомиться с другими детьми, обращаться к ним по имени, просить, а не отнимать игрушки; предлагать свои игрушки, услуги другим детям;

- не угрожать крохе детским садом как наказанием за детские грехи, а также за непослушание его;

- готовить ребенка к временной разлуке с родителями и дать понять ему, что это неизбежно лишь только потому, что он уже большой;

- не обсуждать при малыше волнующие родителей проблемы, связанные с детским садом, не показывать свою тревогу;

- отправить в детский сад ребенка лишь при условии, что он здоров;

- если ребенок перенес ОРЗ или другое заболевания, желательно начать первые посещения детского учреждения не ранее 10-14 дней после выздоровления;

- повысить роль закаливающих мероприятий;

- как можно раньше познакомить малыша с детьми в детском саду и с воспитателями группы;

- стараться отдать ребенка в группу сада, где у него есть знакомые ровесники, с которыми он раньше играл;

- учить ребенка дома всем необходимым навыкам самообслуживания;

- разработать вместе с ребенком несложную систему прощальных знаков внимания, и ему будет проще отпускать родителей.

За 1–2 месяца до поступления ребенка в ДОО 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.

3. *Комплексная оценка состояния здоровья ребенка*

Перед поступлением проводится осмотр детей участковым педиатром. При формировании заключения учитывают данные последнего профилактического осмотра. Желательно, чтобы к моменту поступления в ДОО ребенок был привит в соответствии с календарем профилактических прививок (приложение 4). Целесообразно начать посещение ДОО не ранее, чем через один месяц после последней вакцинации.

4. *Оздоровительные мероприятия*

Оздоровительные мероприятия направлены на повышение резистентности и снижение психоэмоционального напряжения. С этой целью ребенку даются рекомендации по режиму, вскармливанию, санитарно-гигиеническому уходу, физическому воспитанию, стимуляции НПР, профилактическим прививкам и т.д.

5. *Реабилитационные мероприятия*

При выявлении отклонений в состоянии здоровья ребенку проводится реабилитация с обязательным привлечением врачей-специалистов по профилю имеющейся патологии.

В случае острого заболевания в период подготовки к ДОО ребенок может быть направлен в детский коллектив не ранее, чем через 2 недели после выздоровления.

Работа по подготовке ребенка к поступлению в дошкольную организацию отражается в истории развития ребенка (форма №112/у). Участковый врач делает записи о начале и окончании подготовки, о результатах профилактических осмотров, проведенном оздоровлении и реабилитации, пишет эпикриз в «Истории развития ребенка» (форма 112/у). Для дошкольной организации участковый врач оформляет «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000), в которой делает запись о комплексной оценке здоровья, указывает прогноз адаптации, дает рекомендации на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию, индивидуальному подходу и лечебно-оздоровительным мероприятиям.

Родителям для передачи в ДОО выдается «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000) и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства.

Схема ориентировочной основы действий при подготовке детей к поступлению в ДОО представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Ориентировочна основа действий при подготовке детей к поступлению в ДОО

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	2	3
I. Осуществите общую подготовку ребенка к ДОО.	Проведение систематических профилактических осмотров ребенка в условиях поликлиники, начиная с периода новорожденности.	Профилактические осмотры в период новорожденности проводятся на дому. В период новорожденности врач проводит патронажи до 10 дня жизни — ежедневно, затем на 14 и 21 день жизни; медсестра — до 14 дня жизни — ежедневно, затем на 14, 21 и 28 день жизни.
		Профилактические осмотры детей 1-го года жизни проводятся ежемесячно, на 2-м году жизни — в 1 год 3 месяца и 1 год 6 месяцев, далее – в 2 года, в 3 года, потом – 1 раз в год.
	Комплексная оценка здоровья ребенка.	Критерии: 1. Наличие / отсутствие функциональных нарушений и/ или хронических заболеваний; 2. Уровень функционального состояния систем организма; 3. Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; 4. Уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.
	Назначение оздоровительных мероприятий, регламентированных возрастом ребенка.	Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой, по профилактике выявленного риска.

	Назначение корректирующих мероприятий соответственно выявленной патологии.	Рекомендации по лечению выявленной патологии (например, ППП ЦНС, частая респираторная заболеваемость, атопический дерматит и т.д.). Рекомендации по диспансерному наблюдению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.
II. 1 . Осуществите специальную подготовку ребенка к ДОО.	Для определения времени начала специальной подготовки ребенка к ДОО узнайте у родителей срок планируемого устройства в ДОО.	Специальная подготовка начинается не позднее, чем за 6 месяцев до поступления ребенка в ДОО.
2. Проведите прогнозирование течения адаптации ребенка к ДОО.	Выявление факторов риска неблагоприятного течения адаптации к ДОО (сбор анамнеза, анализ истории развития ребенка, анкетирование) и определение их значимости для прогноза течения адаптации.	Факторы риска неблагоприятного течения адаптации при поступлении в ясли: 1) частые заболевания матери; 2) несоответствие домашнего режима ясельному; 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев; 4) токсикоз 2-й 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 2500,0 и более 4000,0г; 17) частые заболевания отца; 18) заболевания ребенка на первом году жизни; 19) содержание гемоглобина 116 г/л и менее; 20) хронические заболевания у родителей.
		Факторы риска неблагоприятного течения адаптации при поступлении в детский сад: 1) частые (более 4-х раз в год) заболевания ребенка; 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям; 3) злоупотребление алкоголем отца; 4) резкие отношения между родителями; 5) неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад; 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям; 7) употребление алкоголя 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 2500 г; 13) отклонения в физическом развитии. При наличии 4-5 и более факторов риска, особенно под №№ 1-6, вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.

3.Организируйте гигиеническое обучение и воспитание родителей	Информирование родителей и обучение их основным приемам подготовки детей к поступлению в дошкольное учреждение	Организация «Школы матерей» и проведение родительских конференций с медицинской и педагогической тематикой, отражающей основные моменты подготовки к ДОО
	Оптимизация образа жизни ребенка в период подготовки к поступлению в ДОО	- максимальное приближение домашнего режима детей к режиму детского учреждения, - рекомендации родителям проводить прогулки с ребенком около детской дошкольной организации для создания положительной мотивации к его посещению.
4.Проведите медицинский осмотр ребенка перед поступлением в ДОО.	Проведение комплексной оценки здоровья ребенка. Учет данных последнего профилактического осмотра.	Определение группы здоровья ребенка
5.Проведите оздоровление ребенка.	Составление плана оздоровительных мероприятий, регламентированных возрастом ребенка	Рекомендации по оздоровлению, режиму, питанию, закаливанию, поступлению в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.
6. Проведите коррекцию выявленных у ребенка отклонений.	Составление индивидуального плана мероприятий по коррекции выявленных отклонений	Назначения педиатра и врачей-специалистов по профилю имеющейся патологии.

7. Оформите документацию, отражающую подготовку ребенка к ДОО.	«История развития ребенка» — форма №112/у, «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» — форма 026/у, справка об отсутствии контактов с инфекционными заболеваниями.	В форме №112/у участковый педиатр отмечает: - начало и окончание подготовки (в листе уточненных диагнозов); - результаты профилактических осмотров; - проведенные оздоровительные, реабилитационные мероприятия и их эффективность; - прогноз адаптации к ДОО; - рекомендации на период адаптации по оздоровлению, режиму, питанию, закаливанию, поступлению в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др. В форме 026/у участковый врач заполняет паспортную часть, анамнез (биологический, генеалогический, социальный), жалобы, данные осмотра ребенка педиатром и специалистами, результаты лабораторного обследования, отражает комплексную оценку здоровья, прогноз течения адаптации, проведенные реабилитационные мероприятия и их эффективность, медико-педагогические рекомендации по ведению ребенка в период адаптации. Родителям для передачи в ДОО выдается форма 026/у и справка об отсутствии контактов ребенка с инфекционными больными по месту жительства.
---	--	--

2. КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП)

Контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в дошкольной организации. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией», первая страница которого заполняется педагогами-воспитателями; вторая страница — медицинскими работниками. В период адаптации ребенка «Лист наблюдения за адаптацией» (приложение 5) находится у воспитателя.

Медицинская сестра при участии воспитателя осуществляет наблюдение за адаптацией детей по следующим критериям.

1 критерий — динамика эмоционально-поведенческих реакций. Контроль за ними проводит воспитатель в детских яслях — ежедневно, у дошкольников — 1 раз в 3 дня, а именно на 3,6,9,12 и т.д. день пребывания в ДОО.

С помощью специальных шкал (приложение 6,7) оцениваются следующие поведенческие реакции: сниженное настроение, социальные контакты, игровая деятельность, познавательная деятельность, дисциплина, агрессия, страх, двигательная активность, сон, аппетит. Оценка проводится по 10-балльной системе со знаком + или –, т.е. 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 воспитателем эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное их снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психоэмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию 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 1 раз в неделю. Используется анкета, представленная в приложении 8.

У детей в зависимости от продолжительности, обилия и выраженности симптоматики невротические реакции могут быть слабо, умеренно или значительно выраженными.

Слабо выраженные невротические реакции диагностируются при наличии жалоб в одной или двух анкетах. Они проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к

нарушению социальной адаптации. Умеренно выраженные невротические реакции фиксируются в нескольких анкетах и могут сохраняться до завершения периода адаптации. У этих детей, наряду с выраженной астенизацией, увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляются гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями. Значительно выраженные невротические реакции — это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

3 критерий — определение уровня нервно-психического развития (используется у детей раннего возраста); проводится один раз в 5-7 дней (приложение 9).

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 ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению.

6 критерий — частота острой респираторной заболеваемости (ОРЗ), появление хронических заболеваний и число их обострений.

После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное их снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психоэмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию ребенка. Медсестра информирует об этих детях врача-педиатра.

Медицинская сестра дошкольной организации 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 «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000). В «Листе наблюдения за адаптацией» указываются медицинские рекомендации по ее облегчению.

Детям, имеющим негативную динамику эмоционально-поведенческих реакций педагоги и психологи дают рекомендации по облегчению адаптации, которые заносятся в соответствующий раздел листа наблюдения за адаптацией.

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу

проводят врач и медсестра.

Течение адаптации считается благоприятным, если у ребенка не возникло никаких нарушений в состоянии здоровья, допускаются слабо выраженные симптомы невротизации в течение 1-2 недель, не требующие специальной коррекции, и кратковременная потеря массы тела не более чем на 50 граммов. Продолжительность адаптации в среднем составляет около 20 дней.

Условно-благоприятным считается течение адаптации с умеренно выраженными симптомами невротизации, которые требовали проведения коррекционных мероприятий. У детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития (НПР) не более чем на 1 эпикризный срок, потеря массы — не более 100-150г, 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 наблюдения за адаптацией, и, при необходимости, даются рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком.

В «Листе наблюдения за адаптацией» педиатром подчеркивается вариант заключения по ее течению у данного ребенка. В случае неблагоприятного течения указывается конкретная патология: развитие невротической реакции (какой), учащение ОРЗ, появление соматического заболевания или функциональных расстройств (каких).

По завершению адаптации «Листы наблюдения за адаптацией» вклеиваются в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000).

Схема ориентировочной основы действий по контролю за состоянием здоровья детей в период адаптации представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Оrientировочная основа действий по контролю за состоянием здоровья детей в период адаптации

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
Оцените динамику эмоционально-поведенческих реакций.	Наблюдение за ребенком, опрос и анкетирование родителей.	Наблюдение проводят до стабилизации суммарной оценки на уровне не ниже +40 баллов (две-три оценки). Выявляют детей, имеющих отрицательную сумму баллов и детей, у которых происходит значительное снижение суммы баллов даже при положительном их значении.
Выявите симптомы пограничных нервно-психических расстройств.	Анкетирование родителей	Могут быть выявлены гипердинамический синдром; синдром навязчивых движений; фобический синдром; астенический синдром; соматовегетативный синдром; синдром патохарактерологических реакций. Невротические реакции могут быть слабо, умеренно или значительно выраженными.
Определите уровень НПР и его динамику (у детей раннего возраста)	Сопоставление уровня НПР с возрастными нормативами в динамике.	Заключение: НПР — I _(1,2,3) II III, IV группы развития с указанием степени отставания; При нарушениях адаптации может отмечаться регресс НПР.
Оцените динамику массы тела	Взвешивание детей	Выделяют детей со снижением массы не более 50 г, от 50 до 150 г, и более 150 г
Оцените уровень гемоглобина	Назначение общего анализа крови	Контроль гемоглобина; проводится по назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению. Выявление анемии.

Оцените частоту острой заболеваемости, появление хронических заболеваний, число их обострений	Учет заболеваемости по справкам, данным профилактических осмотров.	Ребенок может не болеть ОРЗ, перенести однократно ОРЗ в легкой форме или переболеть 2 и более раз. Могут быть впервые выявлены хронические заболевания (диагноз по МКБ 10) или увеличиться число обострений имеющихся заболеваний.
Сделайте заключение по течению адаптации.	Анализ критериев контроля за адаптацией.	Течение адаптации может быть благоприятным, условно-благоприятным и неблагоприятным
Оформите документацию	«Листа наблюдения за адаптацией».	В «Листе наблюдения за адаптацией» педиатр подчеркивает вариант заключения по течению адаптации, указывая дизадаптационные проявления. «Листы наблюдения за адаптацией» вклеиваются в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (ф.№ 026/у).

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП)

Цель — создание оптимальных условий для повышения запаса прочности тех систем организма ребенка, которые испытывают напряжение в периоде адаптации к образовательному учреждению.

В целях облегчения адаптации детей к ДОО 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, и индивидуальных особенностей развития.

Необходимо соблюдение следующих правил ведения ребенка в период адаптации к ДОО:

- 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 ДОО;
- 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);
- чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, учитывая повышенное, как правило, мочеиспускание, слезоотделение;
- кормить осторожно, не настаивать при отказе от еды и в этом случае информировать родителей о необходимости дополнительного питания в домашних условиях;
- не проводить в ДОО травмирующих медицинских манипуляций, прививок, которые могут вызвать отрицательные эмоциональные реакции у ребенка;
- 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 деятельность малыша ближе к воспитателю, который должен общаться с ним каждые 2-3 минуты. В случае необходимости иногда брать на руки на 1-2 минуты, чтобы успокоить и направить на игру;

- не применять специальных мер закаливания до завершения периода адаптации; на физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений;
- чаще привлекать к любым занятиям, но, если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его;
- 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. 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.

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 и т.д.).

В период адаптации к ДОО важно, чтобы родители выполняли следующие рекомендации:

- Планировать свой отпуск так, чтобы в первый месяц была возможность оставлять ребенка в ДОО не на целый день.
- Все время объяснять ребенку, что он для мамы и папы, как прежде, дорог и любим.
- Создать спокойный, бесконфликтный климат для него в семье.
- На время прекратить походы в цирк, в театр, в гости, в игровые комнаты в торговых центрах.
- Намного сократить просмотр телевизора, использование компьютера.
- Во время адаптации стараться не посещать развивающие центры, коррекционные занятия и т.д.
- Сообщить врачу и воспитателям о личностных особенностях малыша.
- Не кутать своего ребенка, а одевать его в соответствии с температурой в группе.
- Создать в выходные дни дома для него такой же режим, как и в ДОО.
- Не реагировать на выходки ребенка и не наказывать его за детские капризы.
- При выявленном изменении в обычном поведении ребенка как можно раньше обратиться к детскому врачу, психологу или педагогу.
- Если ребенок с трудом расстается с матерью, то желательно первые несколько недель пусть отводит в детский сад его отец.
- Ребенок всегда четко должен знать, куда уходит мама и когда она его заберет из детского сада.
- Дать ребенку в садик его любимую игрушку, постараться уговорить оставить ее переночевать в садике и на утро снова с нею встретиться. Если ребенок на это не согласится, пусть игрушка ходит вместе с ним ежедневно и знакомится там с другими, спрашивать, что с игрушкой происходило в детском саду, кто с ней дружил, кто обижал, не было ли ей грустно.

Таким образом, родители узнают многое о том, как малышу удастся привыкнуть к садiku.

Схема ориентировочной основы действий по организации жизни детей в период адаптации представлена в таблице 4.

Таблица 4.

**Оrientировочная основа действий по организации жизни
детей в период адаптации в ДОО**

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1.Проведите прием при первичном поступлении ребенка в ДОО.	Изучение педиатром ДОО документации — ф. 026/у.	Сведения, представленные участковым врачом: - комплексная оценка здоровья; - прогноз течения адаптации; - рекомендации по облегчению адаптации.
	Осмотр ребенка врачом ДОО, комплексная оценка здоровья.	Группа НПР — I, II, III, IV, V. ФР нормальное или ФР с отклонениями (указать какими) Заключение: здоров, при наличии отклонений, сформулировать диагноз. Группа здоровья I, II, III, IV, V.
2.Назначьте медико-педагогические мероприятия для облегчения адаптации ребенка к ДОО.	Рекомендации педиатра ДОО по режиму дня, питанию, закаливанию, физическому воспитанию, проведению прививок, с учетом группы здоровья, развития и индивидуальных особенностей	Правила ведения ребенка в период адаптации к ДОО: - постепенное формирование групп вновь поступающими детьми; - укороченное время пребывания в ДОО (2-3 часа) и постепенное его увеличение в зависимости от поведения ребенка; - первые дни разрешить присутствие родителей; привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон; - для обеспечения теплового комфорта одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения или перегревания; - чаще предлагать теплое

		питье в ДОО и дома; - не настаивать при отказе от еды и информировать родителей о необходимости докорма дома; - не проводить в ДОО травмирующих медицинских манипуляций, прививок; не применять специальных мер закаливания до завершения периода адаптации; - организовать бодрствование ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он сам не проявит желание играть с ними. Воспитатель должен чаще общаться с малышом, при необходимости брать его на руки; - на физкультурных занятиях не настаивать на обязательном выполнении упражнений; - чаще привлекать к любым занятиям, но, если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его; - обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.
--	--	---

4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ, ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ (КОРРЕКЦИОННЫЙ ЭТАП)

Этап медико-психолого-педагогической коррекции всегда индивидуален, проводится по результатам диагностического этапа 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 корригирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

Корригирующие мероприятия можно отнести к трем основным группам:

- 1) повышение неспецифической резистентности организма ребенка;
- 2) нормализация метаболических процессов и функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС);
- 3) уменьшение силы эмоционального стресса.

1. ПОВЫШЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Для повышения неспецифической резистентности используется комплекс мероприятий, воздействующих на разные звенья патогенеза, задействованных в снижении защитных сил организма. Применяют иммуностропные средства, энерготропные препараты, энзимотерапию. Важно помнить, что на первом этапе реабилитации приоритет отдается немедикаментозным методам.

1) С профилактической целью бывает достаточно провести коррекцию питания, режима дня, назначить массаж, рекомендовать комплекс дыхательных упражнений, закаливания, подобрать витаминные, витаминоподобные и элементные препараты (в т.ч. витаминно-минеральные комплексы 2-го поколения — Алвитил, Сана-сол, Мультитабс, Компливит, Алфавит, Центрум) и т.п.

Потенцируют фармакологические эффекты иммуномодуляторов следующие продукты питания (за счет содержания фитонцидов, лактоферрина, незаменимых аминокислот, витаминов, пектинов, органических соединений цинка, селена, мышьяка, кремния): чеснок, репа, редис, тыква, чечевица, орехи (особенно кедровые, кроме арахиса), гранат, печень и потроха животных, креветки, маслины, сельдерей, кинза, куркума, ягоды земляники, клюквы, морозики, голубики, козье и лосиное молоко.

При неэффективности указанных мероприятий рекомендуется подключать бактериальные лизаты: ИРС-19, Бронхомунал, Имудон, Бронховаксом и другие иммуномодуляторы.

Если иммунологические показатели (активность макрофагов,

клеточный и гуморальный иммунитет) превосходят критические уровни, то вопрос о назначении иммуномодуляторов решает иммунолог. Более подробная информация об иммунореабилитации и алгоритме назначения иммуномодулирующих препаратов представлена в пособии «Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей», Иваново, 2019

2) Энерготропная терапия. С целью стимуляции анаболических процессов при дефиците роста и массы тела, для уменьшения астении, возбудимости, раздражительности. применяют энерготропные препараты, к которым относят: кофакторы энергообмена (витамины группы В, РР, липоевая кислота, биотин, L-карнитин), вещества, переносящие электроны (коэнзим Q₁₀, янтарная кислота, цитохром С, биофлавоноиды), препараты, снижающие степень лактат-ацидоза (димефосфон), антиоксиданты (витамины С и Е). Целесообразнее использовать схемы с периодическим назначением этих препаратов (1-3 месяца) и отменой (примерно на такой же или несколько больший период). Прием лекарств, стимулирующих процессы клеточного энергообмена должно происходить главным образом утром и в первой половине дня.

Элькар (левокарнитин) — 20% р-р — «витамин роста», витаминоподобное вещество, превращающее жиры в энергию, воздействующее на метаболизм, поставляющее энергию к мышцам и сердцу. Принимают внутрь за 30 минут до еды, разбавив жидкостью. Для детей до 1 года — по 10 капель 3 раза в день; с 1 года до 6 лет — по 14 капель 2-3 раза в день; с 6 до 12 лет — по ¼ ч.л. 2-3 раза в день в течение 1 месяца.

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.

Кудесан — водорастворимая форма коэнзима Q₁₀ — раствор для приема внутрь, 20 мл (1 мл — коэнзима Q₁₀ — 30 мг и витамина Е — 4,5 мг). Назначают взрослым и детям старше 12 лет — по 10-11 капель (0,5 мл) 1 раз в сутки, предварительно разводят в кипяченой воде или напитках, принимают во время еды.

3) Энзимотерапия — один из современных методов лечения и профилактики частых ОРЗ.

Вобэнзим — комбинированный препарат ферментов растительного и животного происхождения, обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, фибринолитическим, противоотечным, антиагрегантным и вторичным анальгезирующим действием (состав: панкреатин 345 ЕД, папаин 90 ЕД, рутозид 50 мг, бромелаин 225 ЕД, трипсин 360 ЕД, липаза 34 ЕД, амилаза 50 ЕД, химотрипсин 300 ЕД). Таблетки, покрытые

кишечнорастворимой оболочкой, принимают не менее, чем за 30 минут до еды, не разжевывая, запивая водой (200 мл). Детям 5- 12 лет — по 1 таблетке на 6 кг массы тела в сутки, старше 12 лет — по 3 таблетки 3 раза в сутки в течение 1,5 мес. Рекомендуется повторение курса 2-3 раза в год.

2. НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦНС

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: витамины-антиоксиданты — витамин С; энзимо-витамины (коферментные витамины) — витамины, работающие в составе активных центров различных ферментов: витамины В₁, В₂, липоевая кислота, пантотеновая кислота.

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 (таблица 5). Их использование приветствуется как при нарушениях адаптационного периода, в том числе и при учащении острой респираторной заболеваемости, так и при благоприятном течении периода адаптации.

Препаратом выбора может быть Мульти-табс® Интелло Кидс с Омега-3 — жевательные капсулы со смородиновым вкусом содержат: рыбий жир, Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (докозагексаеновая и эйкозапентоеновая кислота), витамины Е, С. Препарат нормализуют обмен веществ, способствуют повышению иммунитета, правильному усвоению знаний, развитию интеллекта и помогают противостоять стрессам. Детям 3-5 лет рекомендуется принимать по 2 капсулы в день, детям старше 6 лет — по 3 капсулы в день во время приема пищи. Продолжительность приема — не менее 1 месяца с повторным приемом 2-3 раза в год.

Таблица 5.

Витаминно-минеральные комплексы, применяемые у детей

Название	Форма выпуска	Возраст, с которого возможно применение
«АЛВИТИЛ»*	Сироп	2,5-6 лет
«АЛВИТИЛ»*	Таблетки	старше 6 лет
«АЛФАВИТ детский сад»	Таблетки	3-7 лет
«АЛФАВИТ школьник»	Таблетки	7-14 лет
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	для детей 1-го года жизни
«БИОВИТАЛЬ»	Гель	все возраста
«ВЕТОРОН ДЛЯ ДЕТЕЙ»	Раствор	с 3 лет и старше
«ВИБОВИТ БЭБИ»	Порошок	с 2 месяцев
«ВИТРУМ БЭБИ»	Таблетки	2-5 лет
«ВИТРУМ КИДС»	Таблетки	4-7 лет
«ВИТРУМ ЮНИОР»	Таблетки	с 7 лет и старше
«ДЖУНГЛИ С МИНЕРАЛАМИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
«ДЖУНГЛИ»	Таблетки	с 4 лет и старше
КОМПЛИВИТ АКТИВ*	Таблетки	с 7 лет
«КАЛЬЦИНОВА»*	Таблетки	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС БЭБИ»*	Раствор	для детей 1-го года жизни
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ»*	Таблетки	1-4 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС МАЛЫШ КАЛЬЦИЙ+»*	Таблетки жевательные	с 2 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС	Таблетки	с 4 лет и старше

ЮНИОР»*		
«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО КИДС»*	Таблетки	с 4 лет и старше
«МУЛЬТИ-ТАБС ТИНЕЙДЖЕР»*	Таблетки жевательные	С 11 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕНСИВ»*	Таблетки	С 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС ИММУНО»*	Таблетки	С 12 лет
«МУЛЬТИ-ТАБС В-КОМПЛЕКС»*	Таблетки	
«МУЛЬТИ-ТАБС ИНТЕЛЛО КИДС С ОМЕГА-3»*	Таблетки жевательные	С 3 лет
«ПИКОВИТ»*	Пастилки	с 4 лет и старше
«ПИКОВИТ»*	Сироп	1-14 лет
«ПОЛИВИТ БЭБИ»	Капли	для детей 1-го года жизни
«САНА-СОЛЬ»	Сироп	1-10 лет
«САНА-СОЛ ЭКСТРАВИТ»	Таблетки	С 4 лет и старше
СУПРАДИН	Таблетки шипучие, табл. в оболочке	С 12 лет
«ЦЕНТРУМ ДЕТСКИЙ»	Таблетки	с 2 лет и старше

*Препараты, включенные в Российский национальный педиатрический формуляр под редакцией А.А. Баранова, 2009.

3. УМЕНЬШЕНИЕ СИЛЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

При возникновении пограничных нервно-психических расстройств, негативных эмоционально-поведенческих реакций для уменьшения силы эмоционального стресса применяют седативные фитосредства: валериану, пустырник, мяту, хмель, мелиссу, душицу 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.

На ночь можно принять теплую ванну с отваром седативных трав.

Возможен прием успокоительных трав внутрь: 1 ч.л. травы (валериана, пустырник, мята, мелисса, 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 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) во флаконах по 30 мл, разовая доза — 1 капля/год жизни.

Экстракт валерианы выпускается в виде таблеток, покрытых оболочкой, по 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 настой по 1/5—1/3 стакана дважды в день (утром и вечером).

Хорошим эффектом обладает сложный седативный сбор, составными компонентами которого являются *корень валерианы, лист шалфея, плоды боярышника, трава багульника, пустырника, зверобоя, мяты перечной и душицы* в равных частях. 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 1/5—1/3 стакана в зависимости от возраста пациента.

Используют стандартизированные лекарственные средства, обладающие седативным и ноотропным эффектом: пассифит, ново-пассит, «Баю-бай».

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.

Ново-пассит 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—1,2г (5—20 капель) 3 раза в день во время еды. Курс — 1 месяц.

При неэффективности перечисленных фитопрепаратов проводится консультация невролога для уточнения диагноза и необходимой коррекции.

Ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил, аминалон, глютаминовая кислота, фенибут, пантогам 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 0,4г и ампулы 20% раствора по 5мл (1г препарата в одной ампуле)). Принимают внутрь до еды дети до 5 лет — в суточной дозе до 0,8г, в более старшем возрасте — до 1,2г.

Аминалон (таблетки по 0,25, покрытые оболочкой). Применение: до еды — по 1/2 таблетки 3 раза в день (суточная доза колеблется от 0,5 до 3г 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—100мг, 8—14 лет — 200—300мг. Формы выпуска — таблетки по 0,25.

Пантогам (таблетки по 0,25 и 0,5г). Препарат принимают через 15—30 минут после еды внутрь в разовой дозе 0,125—0,5г 1—2 раза в сутки.

Тенотен детский (таблетки). Препарат назначают с 3 лет по 1 таблетке (держат во рту до полного растворения) вне связи с приемом пищи. При необходимости таблетку, возможно, растворять в небольшом количестве кипячёной воды комнатной температуры. Прием осуществлять не позже, чем за 2 ч до сна. В зависимости от тяжести состояния принимают по 1 таблетке 1-3 раза в сутки. Курс лечения — от 1 до 3 месяцев; при необходимости курс можно продлить до 6 месяцев или повторить через 1-2 месяца.

Коррекции невротических расстройств способствуют занятия, проводимые в комнатах психологической разгрузки, организованных в школах. Комната психологической разгрузки должна иметь 6-10 мягких кресел, стены и шторы должны быть зеленого цвета, необходимо иметь магнитофон с записью медленной, спокойной мелодии, шума моря или леса.

Следует подчеркнуть, что медикаментозная коррекция нарушений, возникающих в процессе адаптации, носит индивидуальный характер и проводится только детям с неблагоприятным течением адаптационного периода, когда организационных и педагогических мероприятий оказывается недостаточно для предупреждения срыва адаптации.

Дети, у которых диагностировано неблагоприятное течение адаптации, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Врач должен составить план лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом характера нарушений здоровья ребенка в адаптационный период (см. пособия «Медико-социальное сопровождение детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы и их последствиями в детской поликлинике», Иваново, 2021 г. и «Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей», Иваново, 2019г.).

Важную роль в успехе дальнейшей реабилитации таких детей имеет семейное медико-психологическое консультирование.

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.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 8 ЛЕТ

N п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами- специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию (в случае отсутствия сведений о его проведении) Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
2.	1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов Эхокардиография Нейросонография Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)

3.	2 месяца	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
4.	3 месяца	Педиатр Травматолог-ортопед	Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
5.	4 месяца	Педиатр	-
6.	5 месяцев	Педиатр	-
7.	6 месяцев	Педиатр	-
8.	7 месяцев	Педиатр	-
9.	8 месяцев	Педиатр	-
10.	9 месяцев	Педиатр	-
11.	10 месяцев	Педиатр	-
12.	11 месяцев	Педиатр	-
13.	12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография
14.	1 год 3 месяца	Педиатр	-
15.	1 год 6 месяцев	Педиатр	-
16.	2 года	Педиатр Детский стоматолог Психиатр детский	Скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития
17.	3 года	Педиатр Невролог Детский хирург	Общий анализ крови Общий анализ мочи

		Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Детский уролог- андролог (в отношении мальчиков)	
18.	4 года	Педиатр Детский стоматолог	
19.	5 лет	Педиатр Детский стоматолог	
20.	6 лет	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Детский уролог- андролог (в отношении мальчиков) Детский эндокринолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Эхокардиография Электрокардиография
21.	7 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
22.	8 лет	Педиатр Детский стоматолог	

ПРИУЧЕНИЕ РЕБЕНКА К ГОРШКУ

Период приучения ребенка к горшку – важный этап в жизни ребенка и его родителей. Часто процесс обучения пользования горшком сопровождается определенными трудностями. Согласно рекомендациям Союза педиатров России, приучение к горшку может идти двумя разными маршрутами – путем формирования сознательного навыка или условного рефлекса.

Исторически более древним считается подход «раннего приучения к горшку» - в течение первого года жизни, чаще после 6 месяцев и введения первого прикорма. Этот способ основан на формировании условного рефлекса: рекомендуется после кормления держать ребенка над горшком. Высаживание на горшок можно практиковать только после того, как малыш сам начнет садиться. Этот подход не учитывает степень зрелости мышц и нервной системы ребенка (в частности, иннервации мочевого пузыря и кишечника) и считается менее физиологичным. Вследствие этого процесс приучения может быть длительным и непродуктивным. При избыточной настойчивости родителей у ребенка могут возникать негативные реакции, а в последующем формирование запоров, энуреза и/или энкопреза. На фоне серьезных заболеваний, стрессовых ситуаций это навык может легко утрачиваться. При использовании такого подхода на приучение к горшку уходит от 9 до 18 мес., то есть формирование навыка происходит в среднем к 15-24 мес.

Проведенные в России исследования показывают, что 95% матерей начинают приучать детей к туалету слишком рано, неправильно определяя готовность младенца к обучению. Большинство из таких матерей начинают приучать детей к горшку начиная с 10-месячного возраста, а 40% матерей приступают к этому по достижении ребенком возраста 6—8 месяцев.

Некоторые родители заявляют, что старшие дети научились пользоваться горшком уже на 1-ом году жизни, но это всего лишь означает, что у них просто выработался условный рефлекс. Нельзя научить ребенка осознано пользоваться горшком, пока он не заявит об этой потребности.

Союз педиатров России рекомендует родителям начинать обучение ребенка туалетным навыкам при выявлении у него признаков готовности:

- моторные умения;
- способность управлять мышцами сфинктера.

Ребенок обычно достигает стадии развития, позволяющей самостоятельно и произвольно контролировать функции своего кишечника и мочевого пузыря, в возрасте около 18 месяцев.

Сроки начала обучения определяются появлением у ребенка следующих признаков:

1. Осознанное управление своим телом, движениями и поведением:
 - понимает простые команды и способен их выполнить;

- может говорить и произнести не менее двух-трех связанных слов;
 - может взять предмет и положить его на нужное место.
2. Другие важные признаки способности контроля ребенком функций дефекации и мочеиспускания:
- дефекация происходит регулярно и в приблизительно предсказуемые интервалы времени;
 - дефекация не происходит в ночное время;
 - ребенок остается сухим после короткого сна или, по меньшей мере, в течение двух часов;
 - выражение лица, издание ребенком характерных звуков или приседание на корточки указывают на то, что ребенок чувствует необходимость дефекации или мочеиспускания;
 - ребенок должен уметь снимать одежду и достаточно хорошо говорить, чтобы выразить свое желание сходить на горшок.
3. Ребенок проявляет эмоциональную готовность к обучению туалетным навыкам.

При этом дети могут обладать следующими умениями:

- сообщать о том, что их подгузник стал мокрым или грязным, и просят сменить его;
- стараться порадовать родителей и выполнить их простые просьбы;
- выражать желание ребенка сходить в туалет или носить нижнее белье («как большой») вместо подгузника;
- выражать желание выглядеть чистым и опрятным; многие дети проходят через период, когда они хотят быть чистыми и организованными;
- выражать интерес к действиям других членов семьи в туалете, а также стараться подражать их поведению.

При таком подходе на приучение ребенка к горшку будет потрачено значительно меньше времени: в среднем это займет от 6 до 12 мес. и к 2-, 2,5 годам ребенок вполне осознанно будет контролировать свои потребности.

Очень важно родителям поговорить с ребенком о том, что такое «мокрый» подгузник, зачем нужен горшок и покажите, как его использовать.

При этом горшок должен быть:

- удобным и теплым;
- желательно, чтобы его сидение повторяло анатомические изгибы, а спинка была удобная (такие горшки называют физиологичными).

Горшок должен стать для малыша привычным предметом, поэтому сначала его можно поставить в комнате. Необходимо предлагать сходить на горшок ребенку, когда видны признаки того, что он хочет в туалет. Постепенно можно высаживать ребенка на горшок в соответствии с распорядком дня — перед сном, перед/после прогулки, после еды.

Очень важно в случае успеха хвалить ребенка. А в случае неудачи, сохранять спокойствие и не показывать свое недовольство.

Отказываться от подгузников необходимо постепенно. Они могут пригодиться во время поездок в транспорте, в течение ночного сна, на прогулке в прохладное время года, в первое время в период дневного сна. Если ребенок просыпается сухой, нужно посадить его на горшок и не забыть похвалить. Горшок не должен восприниматься как игрушка, в связи с этим не стоит поощрять игры с горшком. Часто малыши негативно относятся к горшку, однако с удовольствием садятся на унитаз с использованием специального детского сидения. Совмещать горшок с унитазом — вполне приемлемый вариант, особенно для мальчиков. Также для мальчиков можно использовать детский писсуар, который ставится на пол или прикрепляется к стене с помощью специальной присоски. Писсуары сделаны в форме различных животных и оснащены прицелом, что помогает привлечь внимание ребенка.

Важно помнить, что главное в этом деле — терпение. Если родители спокойны, когда случается «авария», то ребенок не будет испытывать беспокойство и тревогу, и в следующий раз с большей вероятностью добьется успеха.

Памятка для родителей ПРИУЧЕНИЕ К ГОРШКУ БУДЕТ БЫСТРЕЕ И ПРОЩЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК ГОТОВ К ЭТОМУ!

- остается сухим больше 2 часов подряд в дневное время;
- умеет ходить и в состоянии самостоятельно садиться на горшок;
- знает и понимает, для чего предназначен горшок и/или унитаз;
- имеет фразовую речь (не менее чем из двух слов);
- демонстрирует свою независимость при помощи слова «нет»;
- понимает и готов следовать инструкциям родителей;
- умеет самостоятельно снимать трусы, подгузник, колготки при попытке воспользоваться горшком;
- демонстрирует нежелание ходить в запачканном подгузнике;
- проявляет интерес к подражанию действиям других членов семьи в туалете.
- жестами или словами ребенок в состоянии сигнализировать о потребности в осуществлении физиологического акта
- акты дефекации становятся регулярными и предсказуемыми.

Приложение 3.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Согласно наблюдениям педиатров, в конце 1-го и на 2-м году жизни у ребенка нередко возникают проблемы с питанием. В это время несколько уменьшается скорость роста и сокращается потребность в энергии в пересчете на 1 кг массы тела. В то же время ребенок становится более активным и временами настолько устает, что может отказываться от еды. Следует отметить, что попытки родителей заставить детей доест до конца порцию пищи могут негативно сказаться на способности детей к регуляции процесса насыщения, а также привести в дальнейшем к отказу от употребления тех или иных продуктов.

Согласно данным научных исследований, у современных детей отмечается недостаточное потребление витаминов и микроэлементов. В частности, обеспеченность железом двухлетних детей на 22% ниже рекомендованного уровня, трехлетних – на 14,4%. Выявлено, что потребление кальция, витамина А, В1 на 10% ниже возрастной нормы. Обеспеченность детей витамином Д крайне низкое, что связано с недостаточным использованием в питании рыбы. При этом педиатры отмечают избыточное потребление простых углеводов, соли, т.к. 70,3% родителей двухлетних детей и 83,1% родителей трехлетних детей добавляют дополнительный сахар в блюда для детей, дополнительно подсаливают соответственно 70,7% и 80% матерей. Сладости 3 и более раз в неделю получают 24% детей второго и 36% третьего года жизни.

У части детей раннего возраста отмечается нарушение аппетита, причинами которого являются:

- недостаточная продолжительность сна;
- чрезмерное эмоциональное возбуждение, связанное со слишком подвижными играми;
- изменение обстановки и другие отвлекающие факторы;
- смена климатических зон, жаркое время года;
- биологическая обусловленность;
- несоответствие социальных условий и воспитания;
- после проведения профилактических прививок;
- период острых заболеваний и реконвалесценции.

Наиболее физиологичным для детей раннего возраста считается режимом питания с 5-6 приемами пищи, из которых 3 основных и 2 дополнительных кормления. Дополнительным приемом является полдник. Также возможны молочный напиток перед сном и/или 2-й завтрак перед прогулкой. Предпочтительно, чтобы часы приема пищи оставались постоянными. Отклонение от установленного времени не должны превышать 30 минут. Следует избегать стихийных перекусов,

нежелательно использование в промежутках между кормлениями соков, булочек, сладостей.

Основными принципами составления рациона детей раннего возраста являются:

- питание должно удовлетворять основные потребности детей в макро- и микронутриентах;
- необходимо соблюдать разумное разнообразие рациона;
- необходимо ежедневно включать в рацион ребенка все группы продуктов — овощи и фрукты, молочные, мясо/рыбу, злаковые, сливочное и растительные масла;
- высокие органолептические свойства: внешний вид, консистенция, вкус, запах, температура;
- следует учитывать индивидуальные особенности ребенка, семейные традиции и национальные особенности;
- санитарно-эпидемиологическая безупречность и безвредность пищи.

Необходимо соблюдать особенности кулинарной обработки пищи для детей 1 – 1,5 лет. Всю пищу следует готовить в протертом виде. Для питания детей раннего возраста используют:

- супы: молочные с заправкой из протертых овощей или круп и др.;
- блюда из круп: протертые молочные каши;
- блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке;
- блюда из творога: только для детского питания;
- сметану используют только для приготовления соусов;
- мясные блюда: пюре или соте, суфле;
- рыбные блюда: 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.

Для правильного формирования трофологического статуса детей необходимо соблюдать объем порций (таблица 6).

Таблица 6.

Рекомендуемый объем отдельных блюд

Блюда	Возраст			
	1-1,5 года	1,5-3 года	3-4 года	5-6 лет
Завтрак:				
Каша или овощное блюдо	180	200	200	200
Омлет или мясное, рыбное блюдо	-	-	50	50
Кофе	100	150	150	200
Обед:				
Салат	30	40	50	50
Суп	100	150	150	200
Мясная котлета, суфле	50	60	70	70
Гарнир	100	100	110-130	130-150
Компот	100	100	150	150
Полдник:				
Кефир, молоко	150	150	200	200
Печенье, булочка	15	15/45	25/50	35/60
Фрукты	100	150	150	150
Ужин:				
Овощное блюдо/каша	180	200	200	200
Молоко, чай	100	150	150	200
Хлеб на весь день:	40	70	110	110
пшеничный, ржаной	10	30	60	60

Распространенная проблема, с которой встречаются родители — это негативное отношение ребенка к новым продуктам — неофобия. Известно, что чаще отказ от новой пищи отмечается в раннем возрасте, особенно в период введения прикорма, когда ребенок знакомится с продуктами, существенно отличающимися по составу от грудного молока. В дальнейшем неофобия становится значимой проблемой как для родителей, так и для педиатров, поскольку часто приводит к невозможности введения в рацион питания необходимых продуктов.

В отношении вкусовых предпочтений у детей важную роль играет генетическая предрасположенность. Помимо этого на формирование вкусовых привычек определенное влияние оказывает питание беременной и кормящей женщины. Чем более разнообразным является ее рацион, тем проще в дальнейшем ввести ребенку те или иные продукты. Именно поэтому питание беременной и кормящей женщины должно включать все группы продуктов, а ограничения рациона с целью профилактики возможных аллергических

реакций у ребенка не всегда являются обоснованными.

Говоря о факторах, влияющих на формирование вкусовых предпочтений у ребенка, которые подчас трудно изменить, следует все же заметить, что основы пищевого поведения закладываются в семье под влиянием родителей и близких родственников, которые при правильном подходе могут приучить питаться рационально даже самого привередливого в еде малыша.

Важно учитывать и национальные традиции в питании, поэтому рацион ребенка раннего возраста должен формироваться из тех продуктов, которые являются характерными для его среды обитания.

Для ребенка старше 1 года большое значение приобретает внешний вид пищи — красиво оформленные блюда, которые должны обладать приятным ароматом. Суточный рацион питания должен быть максимально разнообразным и обязательно включать любимые блюда. Новые продукты могут быть предложены ребенку в начале приема пищи, когда он еще голоден: при отказе от нового продукта не стоит на нем настаивать. Продукт, приготовленный в другом виде или добавленный в любимые блюда, можно предложить в следующий раз.

Начиная с одного года, дети должны постепенно приучаться принимать пищу за обеденным столом совместно с взрослыми, что способствует обретению определенных навыков питания, улучшению аппетита и стимулирует ребенка пробовать новые продукты, когда он видит, что остальные члены семьи едят их с удовольствием.

Формирование пищевого поведения начинается с первых дней жизни ребенка, однако на втором и третьем году жизни оно становится все более социально обусловленным. Именно поэтому раннее детство считается платформой общего развития ребенка, идеальным периодом для начала формирования многих социальных действий, навыков и привычек. При формировании у ребенка культурно-гигиенических навыков огромное значение имеет поведение взрослого как примера для подражания.

На протяжении второго-третьего годов жизни у детей расширяется рацион питания, за счет накопления разнообразного чувственного опыта появляется эстетическое восприятие пищи. Поэтому необходимо красиво сервировать стол, использовать удобную и яркую посуду.

Ухаживающий взрослый определяет пищевой рацион ребенка, режим кормления, внешние условия и ритуалы приема пищи, правила поведения за столом. Ребенок постепенно усваивает и соблюдает такие нормы поведения, связанные с приемом пищи, как мытье рук, спокойное поведение, слова благодарности, использование столовых приборов и салфеток, полоскание рта после еды.

Для успешного формирования навыков и привычек у ребенка со стороны взрослого требуются обучающие действия, многократное повторение которых приводит к постепенному самостоятельному освоению их ребенком, формированию у него нового умения, перерастающего в привычку.

Материнские установки к кормлению ребенка определяются знаниями мамы в области детского рационального питания, состоянием здоровья ребенка, культурными и национальными традициями приема пищи в семье, социальной и семейной ситуацией, а также личностными особенностями женщины. Большое значение имеет выбор источника информации об организации питания ребенка. Безусловно, наибольшую пользу приносят объективные сведения, получаемые из медицинских источников. Рекомендации врача по питанию малыша помогают матери подобрать для него оптимальный пищевой рацион и режим питания, лучше сориентироваться в широком ассортименте продуктов, в том числе промышленного производства, представленных на рынке. В этом смысле доктор опосредованно через мать прививает ребенку основы здорового питания.

Низкая компетентность родителей в вопросах формирования здорового пищевого поведения у детей требует массовой пропаганды и профессионального их обучения навыкам рационального кормления ребенка, популяризации знаний о психических и физических нормативах развития ребенка, о роли социального фактора (образцов поведения, эмоционального общения, воспитания и обучения) в формировании детской психики.

Приложение 4.

Национальный календарь профилактических прививок (приказ МЗ РФ №1122н от 6.12.2021)

Категория и возраст граждан	Наименование профилактической прививки
Новорожденные (впервые 24 часа жизни)	Первая вакцинация против вирусного гепатита В
Новорожденные (на 3–7-й день жизни)	Вакцинация против туберкулеза
1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В
2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска), первая вакцинация против пневмококковой инфекции
3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита; гемофильной инфекции типа b
4,5 месяца	Вторая вакцинация против

	дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции типа b
6 месяцев	Третья вакцинация против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, гемофильной инфекции типа b
12 месяцев	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (дети из групп риска), вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита; ревакцинация против гемофильной инфекции типа b
20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка, ревакцинация против туберкулеза
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 до 17 лет (включительно), взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее против вирусного гепатита В	Вакцинация против вирусного гепатита В
Дети от 1 до 17 лет (включительно), женщины от 18 до 25 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи; не имеющие	Вакцинация против краснухи, ревакцинация против краснухи

сведений о прививках против краснухи	
Дети от 1 до 17 лет (включительно) и взрослые до 35 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о профилактических прививках против кори; а также взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска (работники медицинских и организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом, и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори.	Вакцинация против кори, ревакцинация против кори
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1–11 классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях, в т. ч. высшего образования; взрослые (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной и социальной сферы); лица, работающие вахтовым методом, сотрудники правоохранительных органов и государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации; работники организаций социального обслуживания и многофункциональных центров; государственные гражданские и муниципальные служащие; беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением.	Вакцинация против гриппа

Приложение 5.

Лист наблюдения за адаптацией к ДОО

Ф.И. ребенка _____ возраст _____ группа _____

Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции

Нервно-психическое развитие

День адаптации	Дата регистрации	Сниженное настроение	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сон	Аппетит	Сумма	Показатель	Неделя адаптации					
													1	2	3	4	5	6
3												Движения общие						
6																		
9																		
12												Сенсорика						
15																		
18																		
21												Навыки						
24																		
27																		
30												Речь активная						
33																		
36																		
39												Речь понимаемая						
42																		
45																		
												Игра						

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Во время контроля за течением адаптации лист находится у воспитателя, по завершении адаптации – вклеивается в медицинскую карту.

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Неделя адаптации						Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4	5	6		
Нарушения сна								Течение адаптации: - Благоприятное - Условно-благоприятное - Неблагоприятное Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком:
Нарушения аппетита								
Головные боли								
Боли в сердце								
Боли в животе								
Энурез, энкапрез								
Раздражительность								
Плаксивость								
Утомляемость (повышенная)								
Истощаемость внимания								
Страхи (ночные, темноты и др.)								
Навязчивые движения								
Двигательная расторможенность								
Вредные привычки								
Число перенесенных заболеваний								
Появление других заболеваний								
Масса тела								
Контроль Нв по показаниям								
Прочие изменения здоровья								

Приложение 6.

ШКАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

(Студеникин М. Я., Макаренко Ю.А., Баркан А. И., 1978)

	Характеристика поведенческих реакций	Баллы
	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
	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
	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
	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
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
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
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
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
	Аппетит	
1.	Отсутствует	-4
2.	Плохой	-1
3.	Средний	+3
4.	Хороший	+6
5.	Повышенный	+2
6.	Чрезмерный	-3

Приложение 7.

**ШКАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ
ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

		Балльная оценка
I.	Пониженное настроение	
1.1.	Поведение без признаков депрессии	+9
1.2.	Появление сниженного настроения эпизодически в связи с обидой, неудачами в игре и проч., сопровождающееся плачем	+7
1.3.	Легкая перемежающаяся депрессия в связи с поступлением в коллектив, из которой ребенок выходит, участвуя в играх и занятиях	+2
1.4.	Депрессия средней выраженности (умеренная): вял, рассеян, задумчив, с трудом вовлекается в игру, занятия, временами плачет	-4
1.5.	Отчетливая депрессия. Постоянная мимика скорби, плач без причин, отказ от участия в играх	-7
1.6.	Выраженная депрессия, негативное отношение к воспитателю, детям, нежелание идти в сад, отказ от пищи, приступы плача	-10
II.	Гнев (агрессия)	
2.1.	Гнев проявляется редко и в адекватной форме	+9

2.2.	Отчетливые, не всегда адекватные и мотивированные проявления гнева в отношении детей (дерется)	-4
2.3.	Гнев отсутствует в силу сниженного настроения	-6
2.4.	Агрессия может принимать генерализованный характер по отношению к детям и персоналу (дерется, кусается, портит игрушки)	-8
2.5.	Агрессия порой принимает характер истерики	-10
III.	Страх	
3.1.	Страх отсутствует. Чувствует себя в саду свободно, непринужденно	+10
3.2.	Поведение ровное, страх появляется только эпизодически, например, при проведении процедур	+7
3.3.	Ребенок несколько насторожен, робок, стеснителен	-3
3.4.	Расстается с матерью со слезами, но постепенно отвлекается. Эпизодически грустен, спрашивает, когда придет мама. Боится процедур, осмотра медсестры, врача	-6
3.5.	Ребенок боится детского сада и незнакомого коллектива, детей, персонала. На уход матери реагирует бурным плачем. Весь день тоскует по дому, пытается уйти домой	-10
IV.	Игровая деятельность	
4.1.	“Заводила” в играх, выдумывает варианты игр, проказничает, хохочет	+10
4.2.	Охотно участвует в играх наравне с другими, инициативен, часто смеется	+7
4.3.	Присматривается к игре с любопытством, легко может быть вовлечен в игру, но шумных игр сторонится	+4
4.4.	Интерес к играм слабый, предпочитает играть один, легко отвлекается	-2
4.5.	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого интереса	-5

	участвовать в некоторых играх	
4.6.	Не проявляет никакого интереса к играм. Попытки вовлечь в игру безуспешны	-9
V.	Социальные контакты	
5.1.	Активно ищет и устанавливает контакты с детьми и воспитателем, дружелюбен	+10
5.2.	Контактирует без принуждения со сверстниками и воспитателем, доверчив	+7
5.3.	Контактирует с детьми осторожно, малоинициативен в общении	-1
5.4.	Замкнут, недоверчив, предпочитает остаться один	-5
5.5.	Попытки установить контакт встречают отрицательную реакцию (плач, агрессивные действия, страх)	-9
VI.	Дисциплина	
6.1.	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, предъявляемые к нему. Послушен	+9
6.2.	Старается быть послушным, но из-за рассеянности, отвлекаемости это не всегда удается	+5
6.3.	Средне послушен: требует постоянного присмотра и наставления воспитателя. Начатое дело не доводит до конца	-1
6.4.	Мало послушен и трудно контролируем. Реагирует на резкие окрики, ориентируется на поведение младших детей	-6
6.5.	Непослушен, замкнут или негативно настроен. Игнорирует или крайне плохо воспринимает нормы поведения в коллективе	-9
VII.	Моторика	
7.1.	Высокая подвижность. Часто бегает, играя со сверстниками	+8

7.2.	Средне подвижен	+8
7.3.	Локомоторные акты вялые, замедленные	-3
7.4.	Малоподвижен, большую часть времени сидит, мимика вялая	-7
7.5.	Чрезвычайно высокая подвижность, ребенок мечется, не может найти себе подходящее место	-8
VIII.	Сон	
8.1.	Сон спокойный, засыпает и просыпается быстро	+9
8.2.	Сон спокойный, но засыпает с трудом	+5
8.3.	Сон беспокойный, долго не засыпает, часто просыпается	-4
8.4.	Резко нарушен режим сна, бессонница, засыпает и просыпается не вовремя	-6
8.5.	Отсутствие сна, хотя раньше дома спал спокойно	-9
IX.	Аппетит	
9.1.	Хороший	+8
9.2.	Умеренный, средний	+4
9.3.	Повышенный	+3
9.4.	Сниженный	-2
9.5.	Чрезмерный	-4
9.6.	Плохой	-5
9.7.	Отсутствует	-8
X.	Познавательная деятельность	
10.1.	Активно участвует во всех видах групповых занятий. Стараются делать лучше, чем другие. Долго играет	+10
10.2.	Без принуждения и с явным интересом участвует в играх и занятиях, старательно выполняет все задания, может	+8

	достаточно долго играть	
10.3.	Проявляет только избирательный интерес к определенным видам занятий (лепка, рисование и др.) и относится безучастно к другим. Интерес к занятиям не постоянный	+4
10.4.	В групповых занятиях не проявляет собственной инициативы, участвует в них без особого желания, часто сидит без дела	-3
10.5.	Не проявляет никакого интереса к занятиям, явно не желает выполнять те или иные задания, мешает другим детям	-7

Приложение 8.

АНКЕТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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, сроки их появления. 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 _____

Приложение 9.

Таблица 7.

Показатели нервно-психического развития детей 1 года жизни
(Н.М. Шелованов, М.О. Кистяковская, С.М. Кривина, Э.Л.Фрухт)

		<i>Уровень развития</i>
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.
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	Издает 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 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.
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 висющую 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.
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.
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.
		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 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.
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», играет в прятки).

	Ра	Подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете.
	Н	То же, что и в 9 месяцев.
11 мес.	Э	Радуетя приходу детей. Избирательное отношение 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).

Аз – анализатор зрительный; Ас – анализатор слуховой; До – движения общие; Др – движения руки; Ра – речь активная; Рп – понимание речи; Э – эмоции; Н – навыки;

И – игра; Изо – изобретательская деятельность; К – конструктивная деятельность;

С – сенсорное развитие.

Таблица 8.

**Показатели психического развития детей 2-го года жизни
(Аскарина Н.М., Печора К.Л.)**

Возраст мес.	Развитие речи		Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
	Понимание	Активная речь				
13 – 15	Запас понимаемых слов быстро расширяется	Пользуется лепетом и отдельными облегченными словами в момент двигательной активности и радости	Ориентируется в 2 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см	Воспроизводит в игре действия с предметами, ранее разученные (нанизывает кольца на стержень, кормит куклу)	Ходит длительно, не присаживаясь, меняет положение (приседает, наклоняется, поворачивается, пятится)	Сам ест ложкой густую пищу
16 – 18	Может назвать предмет по его существенному признаку	Пользуется словами, облегченными и произносимыми правильно, называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности	Ориентируется в 3-4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик, призма)	Отображает в игре отдельные наблюдаемые действия	Перешагивает через препятствия приставным шагом	Сам ест ложкой жидкую пищу
19 – 21	Понимает несложный рассказ по сюжетной картинке, отвечает на вопросы взрослого	Во время игры словами и двусловными предложениями обозначает свои действия	Ориентируется в 3-4 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см	Воспроизводит несложные сюжетные постройки: перекрытия типа «ворота», скамейка, дом	Ходит по ограниченной поверхности шириной 15-20 см, приподнятой над полом на 15-20 см	Снимает отдельные предметы одежды с небольшой помощью (шапку, трусы, ботинки)
22 – 24	Понимает рассказ без показа событий. бывших в его личном опыте	Пользуется трехсловными предложениями, употребляет прилагательные, местоимения	Может подобрать 3-4 контрастных цвета, названных взрослым	В игре воспроизводит ряд последовательных действий (начало сюжетной игры)	Перешагивает через препятствия чередующимся шагом	Надевает отдельные предметы (ботинки, шапку)

Таблица 9.

Показатели психического развития детей 3-го года жизни
(Аскарина Н.М., Пантюхина Г.В.)

Возраст (мес.)	Активная речь		Сенсорное развитие		Сюжетная игра	Конструктивная деятельность	Изобразительная деятельность	Навыки		Движения
	Грамматика	Вопросы	Восприятие формы	Восприятие цвета				В одевании	В еде	
24 – 30	Говорит многословным и предложениям и (больше трех слов)	Появление вопросов «где?», «куда?»	По образцу подбирает геометрические формы на разнообразном материале	По образцу подбирает разнообразные предметы четырех основных цветов	Игра носит сюжетный характер, отражает связь и последовательность действий	Сам делает простые сюжетные постройки и называет их		Одевается, но не застегивает пуговицы	Ест аккуратно	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 20-30 см
30 – 36	Начинает употреблять придаточные предложения	Появляются вопросы «когда?», «почему?»	Правильно пользуется геометрическими формами и называет их	Называет Четыре основных цвета	Появляются элементы ролевой игры	Появляются сюжетные постройки (дом с забором, дорогой)	С помощью карандаша изображает простые предметы и называет их	Одевается, застегивает пуговицы с небольшой помощью взрослых	Пользуется салфеткой по мере надобности и без напоминания	Перешагивает через палку, поднятую над полом на 30-36 см

По результатам диагностики ребенка относят к одной из групп развития (таблица 10). Порядок определения группы развития: а) выявить, есть ли задержка в НППР, б) найти показатель с самым низким уровнем развития и по нему установить группу развития, в) посмотреть, равномерна ли задержка (опережение) НППР, г) если задержка в НППР равномерна, то оценить ее степень.

Таблица 10.

Количественная оценка нервно-психического развития детей первых трех лет жизни
(Печора К.Л., Черток Т.Я., 1980)

1 группа	II группа	III группа	IV группа	V группа
1. Дети с опережением в развитии: - на 2 эпикризных срока – <i>высокое развитие</i> - на 1 эпикризный срок – <i>ускоренное развитие</i> 2. Дети с негармоничным, верхнегармоничным развитием - часть линий выше на 1 срок, часть на 2 срока 3. Дети с нормальным развитием	1. Дети с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок: <i>I степень</i> – задержка 1-2 линий развития (исключая речь активную) <i>II степень</i> – задержка 3-4 линий развития (включая речь активную) <i>III степень</i> – задержка 5-7 линий развития 2. Дети с негармоничным развитием – часть показателей выше, часть – ниже на эпикризный срок	1. Дети с задержкой в развитии на 2 эпикризных срока: <i>I степень</i> – задержка 1-2 линий развития (исключая речь активную) <i>II степень</i> – задержка 3-4 линий развития (включая речь активную) <i>III степень</i> – задержка 5-7 линий развития 2. Дети с негармоничным развитием – часть показателей ниже на 1 эпикризный срок, часть на 2 срока	1. Дети с задержкой в развитии на 3 эпикризных срока <i>I степень</i> – задержка 1-2 линий развития <i>II степень</i> – задержка 3-4 линий развития <i>III степень</i> – задержка 5-7 линий развития 2. Дети с негармоничным развитием – часть показателей ниже на 1 эпикризный срок, часть на 3 срока	1. Дети с задержкой в развитии на 4 и более эпикризных срока <i>I степень</i> – задержка 1-2 линий развития <i>II степень</i> – задержка 3-4 линий развития <i>III степень</i> – задержка 5-7 линий развития 2. Дети с негармоничным развитием – часть показателей ниже на 1 эпикризный срок, часть на 4 и более срока

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. РАБОТУ ПО ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ДОО ВОЗГЛАВЛЯЕТ
 - а) главный врач (заведующий) поликлиники
 - б) заведующий консультативно-диагностическим отделением поликлиники
 - в) заведующий отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях
 - г) участковый педиатр
2. ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОО ВКЛЮЧАЕТ
 - а) только общую подготовку
 - б) только специальную подготовку
 - в) общую и специальную подготовку
3. ОБЩАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОО ПРЕДПОЛАГАЕТ
 - а) назначение индивидуальных оздоровительных мероприятий
 - б) профилактические осмотры детей на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, назначением индивидуальных оздоровительных и корригирующих мероприятий
 - в) назначение индивидуальных корригирующих мероприятий
4. ОБЩАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОО НАЧИНАЕТСЯ
 - а) с рождения ребенка
 - б) с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОО
 - в) за 6 месяцев до поступления ребенка в ДОО
 - г) за 2 месяца до поступления ребенка в ДОО
5. СПЕЦИАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ ДЕТЕЙ К ДОО РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ
 - а) с рождения ребенка
 - б) с момента указания родителями срока поступления ребенка в ДОО
 - в) за 6 месяцев до поступления ребенка в ДОО
 - г) за 2 месяца до поступления ребенка в ДОО
6. БОЛЕЕ ЛЕГКО АДАПТАЦИЯ К ДОО ПРОТЕКАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ
 - а) до 6 месяцев жизни
 - б) с 7 до 18 месяцев жизни
 - в) старше 18 месяцев жизни
7. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ДОО ВКЛЮЧАЕТ МЕРОПРИЯТИЯ
 - а) прогнозирование течения адаптации
 - б) гигиеническое обучение и воспитание родителей

- в) профилактический осмотр
 - г) проведение оздоровительных мероприятий
 - д) реабилитация детей с выявленными нарушениями здоровья
8. ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ
- а) благоприятный и неблагоприятный
 - б) легкий, средне тяжелый, тяжелый
9. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ОО) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ
- а) однократно вначале подготовки к ОО
 - б) однократно в конце подготовки к ОО
 - в) дважды вначале и в конце подготовки к ОО
10. МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРИ ПОДГОТОВКЕ РЕБЕНКА К ДОО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ
- а) за 3 дня до поступления
 - б) за месяц до поступления
 - в) за 2 месяца до поступления
 - г) за 6 месяцев до поступления
11. МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ДОО ПРОВОДИТ
- а) участковый педиатр
 - б) педиатр ДОО
 - в) заведующий консультативно-диагностическим отделением
12. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА В ДОО РОДИТЕЛЯМ ВЫДАЮТ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОКУМЕНТЫ
- а) «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000)
 - б) выписку из истории развития (ф. №191)
 - в) справку об отсутствии контактов с инфекционными больными
 - г) справку произвольной формы о готовности ребенка к ДОО
 - д) историю развития ребенка (форма 112/у)
13. ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДИТ
- а) медицинская сестра
 - б) воспитатель
 - в) врач
14. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДЯТ
- а) ежедневно
 - б) 1 раз в 3 дня

- в) 1 раз в неделю
 - г) 1 раз в месяц
15. У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОЦЕНКУ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРОВОДЯТ
- а) ежедневно
 - б) 1 раз в 3 дня
 - в) 1 раз в неделю
 - г) 1 раз в месяц
16. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ ДО СТАБИЛИЗАЦИИ СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА УРОВНЕ
- а) не ниже +70 баллов
 - б) не ниже +60 баллов
 - в) не ниже +50 баллов
 - г) не ниже +40 баллов
17. ВЫЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ДОО ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
- а) при осмотре детей неврологом
 - б) при осмотре детей педиатром
 - в) путем анкетирования родителей
18. ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ АДАПТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- а) у детей любого возраста
 - б) у детей дошкольного возраста
 - в) у детей раннего возраста
19. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ
- а) 1 раз в 3 дня
 - б) 1 раз в 5-7 дней
 - в) 1 раз в месяц
20. КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ
- а) 1 раз в 3 дня
 - б) 1 раз в 5-7 дней
 - в) 1 раз в месяц
21. КОНТРОЛЬ ГЕМОГЛОБИНА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ПРОВОДЯТ
- а) всем детям
 - б) никому не проводят

в) детям, имеющим снижение массы тела в процессе адаптации

22. НАЗОВИТЕ ВАРИАНТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ТЕЧЕНИИ АДАПТАЦИИ

а) благоприятное, условно благоприятное, неблагоприятное

б) хорошее, удовлетворительное, плохое

в) легкое, средне тяжелое, тяжелое

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ

1	Б	12	А
2	В	13	АБ
3	Б	14	А
4	В	15	Б
5	В	16	Г
6	АВ	17	В
7	Д	18	В
8	А	19	А
9	В	20	Б
10	В	21	В
11	А	22	А

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Задача №1

На прием к участковому врачу пришла мать с девочкой 3 лет для решения вопроса об устройстве ребенка в дошкольную образовательную организацию.

Ребенок из полной семьи, материально-бытовые условия удовлетворительные, родители молодые с высшим образованием. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза второй половины, ОРЗ в 32 недели беременности. Роды в срок 39 недель, длительностью 15 часов, закричал сразу, оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в первые сутки. Вес при рождении 3100 г, рост 50 см. Из роддома выписан на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. В периоде новорожденности отмечалась физиологическая желтуха. Грудное вскармливание до 2 месяцев. На первом году жизни отмечались проявления атопического дерматита в виде гиперемии щек. На втором году жизни болел ОРЗ 5 раз. На третьем году жизни перенес ОРЗ 4 раза, острый бронхит 2 раза.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное. Антропометрия: масса тела – 13 кг, длина – 90 см. Нервно-психическое развитие: ребенок говорит многословными предложениями, много спрашивает: «Когда?», «Почему?», по образцу подбирает предметы различной геометрической формы и разного цвета, пытается играть, выполняя определенные роли (продавец в магазине), пытается строить из конструктора домик с забором (сюжетные постройки), рисует простые предметы и называет их, пытается одеваться сам, но не умеет застегивать пуговицы, ест аккуратно, перешагивает через препятствия чередующимся шагом.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые чистые, розовые, 5 кариозных зубов. Носовое дыхание свободное. Лимфатические узлы по основным группам, не увеличены. По внутренним органам без отклонений. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Возможно ли устройство ребенка в дошкольную образовательную организацию сразу после посещения участкового врача-педиатра? Обоснуйте ответ.

3. Составьте план подготовки к ДОО.
4. Какие советы Вы дадите маме ребенка в период подготовки к поступлению в ДОО?
5. Какие документы Вы оформите для поступления этого ребенка в ДОО.
6. Назовите мероприятия по профилактике срыва адаптации при поступлении в ДОО.

Эталон ответа к ситуационной задаче №1

1. Физическое развитие: масса тела 3 коридор, длина тела 1 коридор – низкий рост. НПР II группа, задержка 2 степени. Резистентность нормальная. Гипертрофия небных миндалин II степени. Кариес. Группа здоровья II.
2. Нет, не проводилась подготовка ребенка к поступлению в ДОО.
3. Прогнозирование течения адаптации, санитарно-просветительная работа с родителями, до поступления медицинский осмотр ребенка участковым педиатром. Санация очагов инфекции, мероприятия по повышению резистентности, закаливание. К моменту поступления в ДОО ребенок должен быть привит в соответствии с календарем профилактических прививок.
4. Необходимо создать мотивацию у ребенка к поступлению в ДОО, гулять около детского сада, максимально приблизить домашний режим ребенка к режиму детского учреждения, избавиться от вредных привычек.
5. Оформляется форма 026/у-2000 и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.
6. В целях облегчения адаптации детей к ДОО необходимо: постепенное формирование групп вновь поступающими детьми, укороченное пребывание в дошкольном учреждении, разрешить привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон, обеспечить состояние теплового комфорта; чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, кормить осторожно, не проводить в ДОУ травмирующих медицинских манипуляций, не настаивать на обязательном выполнении упражнений на физкультурных занятиях.

Задача № 2

Вы врач дошкольной образовательной организации.

2-х летняя девочка посещает детский сад в течение 3-х месяцев.

Со слов матери ребенок стал пугливым, трудно засыпает, часто просыпается с плачем, сон беспокойный, стал кусать ногти. Аппетит снижен. За это время ребенок 3 раза переболел ОРВИ, похудел на 200 грамм.

Из анамнеза известно, что девочка от молодых, здоровых родителей.

Развивалась соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдалась неврологом по поводу перинатального поражения нервной системы.

В группе детского сада замедлена, вялая в движениях, робка, часто просится на руки к воспитателю, не проявляет интереса к контактам с детьми, эмоционально лабильна.

При осмотре: рост 85 см, масса 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 128 уд/мин, АД — 85/55 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Оцените состояние здоровья ребенка на момент осмотра, проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Кто и по каким критериям осуществляет контроль за течением адаптации ребенка в ДОО?
3. Оцените течение адаптации у данного ребенка.
4. Назовите правила ведения ребенка в период адаптации.
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок у данного ребенка в период адаптации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 2

1. Имеют место пограничные нервно-психические расстройства, связанные с периодом адаптации: фобический синдром, синдром навязчивых движений. Физическое развитие нормальное. Резистентность снижена. Функциональное состояние органов и систем ухудшенное. Группа здоровья II.

2. Контроль за адаптацией к ДОО у детей раннего возраста осуществляется по следующим критериям:

- динамика эмоционально-поведенческих реакций - ежедневно
- возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций) - 1 раз неделю,
- динамика массы тела 1 раз в 3 дня,
- контроль гемоглобина (по назначению врача),
- частота острых респираторных заболеваний.

3. Адаптация неблагоприятная, т.к. имелись проявления навязчивого и фобического синдромов, потеря массы тела 200 грамм, учащенная заболеваемость, продолжительность адаптационного периода более 90 дней.

4. Правила ведения ребенка в период адаптации:

- постепенное формирование групп вновь поступившими детьми; укорочение пребывания в ДОО (2-3 часа)
 - первые 1-2 дня разрешено присутствие родителей на группе разрешить привычный способ кормления, укладывания на сон обеспечить состояние теплового комфорта чаще предлагать ребенку пить
 - кормить осторожно, не настаивать при отказе от еды и в этом случае информировать родителей о необходимости дополнительного питания дома.
 - не проводить травмирующих медицинских манипуляций
 - организовать деятельность ближе к воспитателю, общаться с ним каждые 2-3 минуты, при необходимости брать на руки;
 - не применять специальных мер закаливания;
 - чаще привлекать к занятиям, играм, но не заставлять;
 - обеспечить психологический покой.
5. Прививки не противопоказаны.

Задача 3

2-х летний мальчик на приеме у врача педиатра для решения вопроса об устройстве в детский сад.

Жалобы на запоры, периодические боли в животе. Две недели назад при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у ребенка выявлены признаки дисфункции билиарного тракта по гипотоническому типу на фоне аномалии развития желчного пузыря – перегиба в области тела.

Из анамнеза: от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родовом зале. Выписан из роддома на 5-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 4 мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес., стоит с 10 мес., ходит с 1 года. У матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Материально бытовые условия удовлетворительные. Родители молодые, со средним специальным образованием. Отец курит. У бабушки по отцовской линии хронический бронхит. У бабушки по материнской линии желчно-каменная болезнь, гипертоническая болезнь.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Негативен к осмотру. Кожные покровы чистые, бледные. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 28/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, чистые. ЧСС -124 уд/мин, АД - 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненность в правом подреберье, пузырьные симптомы отрицательны. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Стул 1 раз в 2-3 дня.

Антропометрия: рост 90 см, масса 14,5кг.

Психометрия: любит слушать рассказы взрослых, аудио-книги, затем охотно отвечает на вопросы по услышанному, много говорит, речь богата прилагательными, местоимениями, по просьбе взрослого подбирает предметы разного цвета, любит играть в гонки, строительство, хорошо передвигается, перешагивает через препятствия, раздеваться и одеваться не умеет.

Вопросы:

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Проведите прогноз течения адаптации к детскому саду.
3. Составьте план подготовки ребенка к поступлению в детский сад.
4. Назовите критерии контроля за течением адаптации к детскому саду
5. Составьте план оздоровительных и коррекционных мероприятий на этапе подготовки к поступлению в детский сад.

Задача 4

Пятилетний мальчик посещает детский сад в течение 2 месяцев.

В первую неделю посещения сада развилась мигательные тики, которые исчезли в течение двух недель применения настойки пустырника. За это время ребенок перенес 1 ОРВИ, потерял в массе 70 грамм, в настоящее время масса восстановилась. Адаптация завершилась на 40 день.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с гестозом второй половины, желанный, от молодых, здоровых родителей. Родители врачи. Социально – бытовые условия хорошие. Рос и развивался соответственно возрасту. До трех лет состоял на диспансерном учете как часто болеющий ребенок, в дальнейшем практически не болел. Наследственность не отягощена.

Антропометрия: длина тела 114 см, масса 19,5 кг.

Психометрия: В группе детского сада охотно играет с детьми, не ссорится, составляет по картинке рассказ из нескольких предложений, умеет прыгать на месте на одной ноге, продвигаясь вперед, знает стихи соответственно возрасту. При общении с взрослыми легко вступает в контакт.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые оболочки чистые. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 104 уд/мин. АД - 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Вопросы

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Оцените течение адаптации у данного ребенка, обоснуйте, сравните с прогнозом.

3. Предложите оздоровительные мероприятия в период адаптации.
4. Составьте план коррекционных мероприятий при нарушениях течения адаптации у данного ребенка.
5. Оцените и обоснуйте возможность проведения вакцинации и закаливания в период адаптации.

Задача 5

Шестилетний летний мальчик посещает детский сад в течение 1 месяца.

Впервые 20 дней посещения сада развилась онихофагия, периодически отмечались мигательные тики. После применения экстракта валерианы данные нарушения не беспокоят. За это время ребенок не болел, потерял в массе 60 грамм, в настоящее время тенденция к восстановлению массы. Адаптация завершилась на 30 день.

Из анамнеза известно, что мальчик желанный, от молодых родителей. У матери во время беременности – токсикоз второй половины, ОРЗ в 25 недель, анемия второй половины. Социально – бытовые условия хорошие. Родители инженеры. Рос и развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС, гипертензивного синдрома. До пяти лет состоял на диспансерном учете как часто болеющий ребенок, в дальнейшем практически не болел.

Антропометрия: рост 118см, масса 23,5кг.

Психометрия: в группе детского сада охотно играет с детьми, не ссорится, составляет рассказ с сюжетом по картинке, умеет прыгать в длину с места на 75 см., аккуратно и быстро закрашивает круг диаметром 2см., внимателен, знает стихи соответственно возрасту. При общении с взрослыми легко вступает в контакт.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые оболочки чистые. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 100 уд/мин. АД - 95/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Вопросы

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Оцените течение адаптации у данного ребенка, обоснуйте, сравните с прогнозом.
3. Предложите оздоровительные мероприятия в период адаптации.
4. Составьте план коррекционных мероприятий при нарушениях течения адаптации у данного ребенка.
5. Оцените и обоснуйте возможность проведения вакцинации и закаливания в период адаптации.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / Под ред. А.С. Калмыковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 624 с.
2. Основы формирования здоровья детей: учебник / под редакцией Л.А. Ждановой. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 417с.

Дополнительная

1. Комплексная оценка здоровья детей дошкольного и школьного возраста : учебное пособие / Л. А. Жданова, А. В. Шишова, Т. В. Русова, И.Е. Бобошко, Л.К. Молькова, С.И. Мандров, Г.Н. Нуждина; Ивановская государственная медицинская академия, Кафедра поликлинической педиатрии. - Иваново : ИвГМА, 2021. – 111 с
2. Медико-социальное сопровождение детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы и их последствиями в детской поликлинике: Учебное пособие / Л. А. Жданова, М.Н. Салова, А.В. Шишова, И.Е. Бобошко, С.И. Мандров, Т.В.Русова, Л.К. Молькова, Г.Н. Нуждина - Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2021. – 80 с.
3. Наблюдение за детьми раннего возраста в поликлинике, особенности их воспитания: учебное пособие. / Л.А. Жданова, Г.Н. Нуждина, Л.К. Молькова, И.Е. Бобошко, А.В. Шишова, С.И. Мандров, Т.В. Русова, М.Н. Салова, – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 108 с.
4. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте 1 года – 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации /ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. –М.: б.и. , 2019. -36с.
5. Организация группового и персонифицированного оздоровления обучающихся: медико-психолого-педагогическое взаимодействие : монография / под общей редакцией Л.А. Ждановой ; ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. – Иваново : ИвГМА. – 2021. – 110 с.
6. Особенности профилактических приемов детей раннего возраста в поликлинике, подготовка их к поступлению в образовательное учреждение: учебное пособие / Л.А. Жданова, Г.Н. Нуждина, Л.К. Молькова, И.Е. Бобошко, А.В. Шишова, С.И. Мандров, Т.В. Русова, Е.Н. Копышева, Е.В. Шеманаева. – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 120 с.
7. Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 года № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

8. Приказ МЗ РФ от 6 декабря 2021 года № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, национального календаря по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».
9. Профилактическая и оздоровительная работа с группой часто болеющих детей: учебное пособие / Л.А. Жданова, С.И. Мандров, А.В. Шишова, И.Е. Бобошко, Г.Н. Нуждина, Л.К. Молькова, Е.Н. Копышева. Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. 2019. — 68 с.
10. Профилактические осмотры детей: учебное пособие / Л.А. Жданова, Т.В. Русова, А.В. Шишова, И.Е. Бобошко, Л.К. Молькова, Г.Н. Нуждина, С.И. Мандров, М.Н. Салова. — Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. — 60 с.
11. Российский национальный педиатрический формуляр / Под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.
12. Система медико-психолого-педагогической интеграции в оценке психического здоровья школьников : монография // под общей ред. проф. Л.А. Ждановой. — Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. — 2020. — 100 с.

Учебное издание

Жданова Людмила Алексеевна
Шишова Анастасия Владимировна
Русова Татьяна Валентиновна
Бобошко Ирина Евгеньевна
Мандров Сергей Иванович
Молькова Лилия Кавиновна
Нуждина Галина Николаевна

**ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ
К ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Л.А.Ждановой

Подписано к печати Формат 60х84 1/16
Печ. л. 7,25 Усл печ.л. 6,74 Заказ Тираж
100 экз ФГБОУ ВО «Ивановская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
153012, г. Иваново, просп. Шереметевский, 8.