

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии

**Наблюдение за детьми раннего возраста
в поликлинике,
особенности их воспитания**

Иваново 2020

УДК 616-08-039.57-053.37.
ББК 57.33
Н13

Рецензенты:

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. Е. Краснова**

Н13 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.

Настоящее издание раскрывает вопросы профилактической работы с детьми после периода новорожденности до 3 лет в условиях поликлиники. Пособие разработано и дополнено в соответствии с новыми нормативными актами по вскармливанию детей грудного и раннего возраста, организации профилактических осмотров несовершеннолетних, вакцинопрофилактике, оценке резистентности.

Адресовано студентам, может использоваться в практической деятельности участковых врачей-педиатров, медицинских сестер.

УДК 616-08-039.57-053.37.
ББК 57.33

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, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ	8
Содержание и сроки медицинских осмотров детей раннего возраста	8
Контроль физического развития	11
Контроль нервно-психического развития	17
Оценка резистентности	24
Комплексная оценка состояния здоровья	25
ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ	26
Режим	26
Вскармливание детей первого года жизни	27
Вскармливания детей с 1 года до 3 лет	40
Физическое воспитание	53
Закаливание детей раннего возраста	68
Воспитание детей раннего возраста	80
Ситуационные задачи	89
Приложения	94
Рекомендуемая литература	107

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

Задачи детской поликлиники можно подразделить на два блока:

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

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

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

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

Профилактическое направление в работе детской поликлиники включает следующие разделы:

- 1) антенатальная охрана плода (для участкового педиатра эта работа сводится к своевременному проведению дородовых патронажей и работе с беременной женщиной);
- 2) динамический контроль за здоровьем детей (эта работа осуществляется путем проведения плановых профилактических осмотров в наиболее уязвимые, так называемые, декретированные возрастные

периоды; цель этих осмотров состоит в комплексной оценке здоровья и назначении оздоровительных мероприятий, а при необходимости, терапевтических воздействий;

3) вакцинопрофилактика;

4) работа по гигиеническому воспитанию и обучению населения;

5) подготовка детей к поступлению в детские образовательные учреждения, контроль течения адаптации.

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

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

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

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

Научной основой первичной профилактики в педиатрии является принцип «системогенеза», разработанный П. К. Анохиным в рамках его учения о функциональных системах адаптации. Суть его заключается в том, что на разных этапах развития организма происходит избирательное и ускоренное созревание определенных структурных образований и функций, что обеспечивает его выживаемость. Первыми в онтогенезе созревают функциональные системы, обеспечивающие наиболее ранние приспособительные функции. Следовательно, основной движущей силой индивидуального развития является необходимость адаптироваться к той или иной возмущающему фактору.

В интересах наиболее полноценного индивидуального развития условия среды должны несколько отличаться от оптимума, т. е. быть возмущающими, тренирующими (например, закаливание).

Между тем принцип минимального обеспечения функциональной системы ребенка свидетельствует, что даже наиболее зрелая при рождении ребенка функциональная система представлена не полностью и развивается в дальнейшем. Отсюда понятия **возрастная зрелость** или незрелость, что необходимо учитывать при выборе стимулирующих нагрузок.

1. Период грудного возраста – с 29 дней до 12 месяцев.

Этот период предполагает хотя бы частичное кормление ребенка грудью матери, а значит, по-прежнему, очень тесный контакт матери и ребенка. Это время характеризуется интенсивным физическим развитием, происходит высокий обмен веществ с преобладанием анаболических процессов, поэтому особую актуальность приобретает полноценное сбалансированное питание ребенка. Его неадекватность быстро приводит к нарушению физического развития и нервно-психического развития (НПР), возникновению рахита и анемии. Незрелость органов пищеварения, высокая проницаемость слизистой для аллергенов способствуют формированию желудочно-кишечных расстройств, аллергодерматозов. К 2-3-м месяцам ослабевает первоначальный пассивный иммунитет, а способность к активному иммуногенезу снижается, что ведет к частой острой респираторной заболеваемости. Нередки проявления аномалий конституции: аллергического, лимфатического и мочекишечного диатеза. В этот период происходит совершенствование высшей нервной деятельности, моторных функций, речи. Неблагоприятно сказывается на этом процессе дефицит стимулирующих воздействий взрослых, ограничение движений ребенка. Нередко причиной нарушения НПР является перинатальное поражение ЦНС, которое в этот период еще не полностью компенсировано и может проявляться в виде мышечной гипотонии, судорожной готовности, гипертензивно-гидроцефального синдрома.

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

2. Преддошкольный период – от 1 года до 3 лет.

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

Критическая фаза – второй год жизни. Для этого периода характерны социализация; ломка привычных стереотипов с риском развития невротических реакций; проявление малых дисфункций мозга; задержка развития речи;

склонность к повторным вирусным и микробно-воспалительным заболеваниям; нарастание частоты детских инфекций (коклюш, скарлатина); возможность развития заболеваний аутоиммунной и иммунокомплексной природы; четкие проявления атопии, хронического тонзиллита; учащение бытового травматизма (падения, ожоги, отравления); рост общей заболеваемости по сравнению с предыдущим периодом; при заболеваниях – быстрый возврат к заданной программе развития (гомеорезис).

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

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

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

Организация наблюдения детей первых трех лет жизни

Содержание и сроки медицинских профилактических осмотров детей раннего возраста

Профилактические медицинские осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп здоровья и выработки рекомендаций.

Перечень исследований, проводимых в рамках профилактического осмотра детей первых трех лет жизни, представлен в таблице 1 (приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н с изменениями и дополнениями от 3 июля 2018 г., 13 июня 2019 г. «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»)

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

На доврачебном этапе медсестра участковая или КЗР может проводить:

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

После посещения КЗР мать с ребенком направляются к участковому педиатру для осмотра и комплексной оценки состояния здоровья ребенка и получения рекомендаций. В декретированные сроки до осмотра у педиатра необходимо сдать лабораторные анализы и пройти осмотр врачей-специалистов.

В историю развития ребенка вносятся следующие результаты профилактического осмотра:

1. Данные анамнеза:

- о перенесенных ранее заболеваниях (состояниях), наличии функциональных расстройств, хронических заболеваний, инвалидности;
- о результатах проведения диспансерного наблюдения (если установлено) с указанием диагноза заболевания (состояния), включая код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), медицинской организации и врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение;
- о соблюдении рекомендаций врачей-специалистов по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

2. Данные, полученные при проведении профилактического осмотра:
 - объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами;
 - результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований;
 - результаты дополнительных консультаций и исследований, назначенных в ходе проведения профилактического осмотра;
 - диагноз заболевания (состояния), выявленного (установленного) при профилактическом осмотре, с указанием кода по МКБ, выявлено впервые или нет.
3. Оценка физического и нервно-психического развития.
4. Группа состояния здоровья.
5. Рекомендации:
 - по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, иммунопрофилактике, физическому развитию, занятиям физической культурой;
 - о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, по лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и(или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и(или) исследования.

Участковая медсестра наблюдает ребенка на первом году жизни на дому ежемесячно, выполняя тематические патронажи, содержание которых схематично представлено в приложениях.

Беседуя с родителями, она выясняет уровень их знаний и умений по уходу за ребенком и его воспитанию, контролирует выполнение данных ранее рекомендаций и докладывает об этом врачу, проводит беседы на тему, актуальную для данного момента и возраста. Полученные сведения заносятся в учетную форму 112/у.

Таблица 1

**Содержание и сроки профилактических медицинских осмотров
детей раннего возраста**

	Новорожденные	1-й год жизни (месяцы)										2-й год жизни (месяцы)			3-й год жизни (месяцы)
		1	2	3	4	5	7	9	10	11	12	15	18	24	36
Специалисты															
Педиатр	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Невролог		+									+				+
Детский хирург		+									+				+
Травматолог-ортопед				+							+				
Офтальмолог		+									+				+
ЛОП											+				+
Детский стоматолог		+												+	+
Психиатр детский														+	
Акушер-гинеколог (3)															+
Детский уролог-андролог (3)															+
Лабораторные и функциональные исследования															
Неонатальный скрининг (1)	+														
ОАК			+								+				+
ОАМ			+								+				+
АС (2)	+	+	+	+											
УЗИ тазобедренных суставов		+													
УЗИ орг. брюш.полости		+													
УЗИ сердца		+													
УЗИ почек		+													
Нейросонография		+													
ЭКГ											+				
Скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития														+	
Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземию (в случае отсутствия сведений о его проведении)															
АС – аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)															
Осмотр врача-детского уролога-андролога проходят мальчики, врача акушера-гинеколога – девочки															

Контроль физического развития

Методика антропометрии детей до 2 лет.

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

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

Методика антропометрии детей старше 2 лет.

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

Определение массы тела необходимо проводить всегда в одно и то же время, лучше утром натощак после мочеиспускания и дефекации. Масса тела у детей старшего возраста измеряется на медицинских весах. Перед

взвешиванием весы устанавливаются горизонтально и уравниваются. Ребенок должен входить на площадку весов и сходить с нее при неподвижном коромысле. При взвешивании обследуемый становится на середину площадки весов, стоит спокойно. Точность измерения – до 100 г.

Для оценки данных антропометрии используются ориентировочные формулы (табл. 2-5), таблицы региональных стандартов (табл.6).

На первом году жизни антропометрические показатели ребенка изменяются следующим образом:

увеличение длины тела:

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

прибавка масса тела:

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

увеличение окружности головы:

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

У детей старше года антропометрические показатели изменяются следующим образом: масса тела ежегодно увеличивается на 2000-2500 г; длина на втором году увеличивается – на 12 см; на третьем году жизни – на 8 см

Таблица 2

Динамика антропометрических показателей ребенка в возрасте до 1 года

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

Таблица 3

Динамика антропометрических показателей ребенка старше 1 года

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

Таблица 4

Динамика массы и длины тела у детей первого года жизни

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

Таблица 5

**Антропометрические индексы, используемые
для характеристики возрастных изменений пропорций тела**

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

Таблица 6

Сигмальная оценка показателей физического развития

Возраст	Пол	Рост	Масса	Возраст	Пол	Рост	Масса
1 мес.	м	55,31±2,45	4,36±0,40	11 мес.	м	75,26±3,37	10,52±0,89
	д	54,48±2,12	4,16±0,45		д	73,64±2,63	9,95±1,01
2 мес.	м	59,01±3,09	5,37±0,57	1 год	м	76,30±3,84	10,74±1,01
	д	57,05±2,19	4,92±0,47		д	75,32±2,88	10,50±0,81
3 мес.	м	61,80±2,09	6,31±0,61	1г.3мес.	м	78,42±3,88	11,51±0,88
	д	60,94±2,34	5,94±0,48		д	78,49±2,88	11,30±0,72
4 мес.	м	63,41±3,05	6,97±0,79	1г.6мес.	м	81,77±3,71	12,17±0,76
	д	62,76±1,99	6,52±0,56		д	81,73±3,64	11,75±0,72
5 мес.	м	66,12±2,30	7,98±0,85	1г.9мес.	м	85,23±3,68	12,70±0,66
	д	65,55±2,49	7,65±0,66		д	84,99±4,20	12,42±0,98
6 мес.	м	67,86±2,53	8,51±0,69	2 года	м	86,78±3,41	12,95±0,77
	д	66,76±2,55	8,13±0,79		д	87,87±3,58	12,89±0,96
7 мес.	м	69,01±2,62	8,97±0,66	2г.6мес.	м	91,52±3,25	14,08±0,76
	д	67,67±2,63	8,27±0,76		д	90,99±2,89	13,94±0,12
8 мес.	м	71,56±2,63	9,55±0,85	3 года	м	96,65±3,97	14,8±1,20
	д	69,40±3,55	9,25±1,04		д	96,94±3,63	14,47±0,14
9 мес.	м	72,44±3,00	9,82±1,02	3г.6мес.	м	97,20±3,92	15,20±1,06
	д	70,71±2,47	9,38±0,87		д	96,20±3,76	14,80±0,96
10 мес.	м	73,40±3,09	10,32±1,01				
	д	72,63±3,34	9,76±0,86				

Таблица 7

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

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

Таблица 8

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

Вариант физического развития	Центильный коридор	
	длина тела	масса тела
Нормальное физическое развитие	3–6	3–5
Отклонения в физическом развитии		
Повышенная масса при нормальной длине тела	3–6	6
Высокая масса при нормальной длине тела	3–6	7
Сниженная масса при нормальной длине тела	3–6	2
Низкая масса при нормальной длине тела	3–6	1
Сниженная длина при нормальной массе тела	2	3–5
Сниженная длина при повышенной/высокой массе	2	6–7
Сниженная длина при пониженной/ низкой массе тела	2	2–1
Высокая длина тела	7	при любых значениях массы тела
Низкая длина тела	1	

Индивидуальную оценку физического развития детей проводят с использованием оценочных таблиц сигмального (табл. 6) или перцентильного (табл.7, 8) типов.

Таблицы для индивидуальной оценки физического развития в виде шкал регрессии (табл. 6) устанавливают норму длины тела в зависимости от пола и возраста детей и диапазон нормы массы тела у детей до 3 лет в зависимости от длины тела. Для этого в колонке, соответствующей полу и возрасту ребенка, находят его длину (рост), затем строго по горизонтальной строке – соответствующий данной длине/росту диапазон «нормы» массы тела. В зависимости от того, попадает ли фактическое значение массы тела в данный диапазон, окажется ниже минимальной или выше максимальной его границы, оценивается физическое развитие ребенка. Использование данных таблиц позволяет определить следующие варианты физического развития детей.

Нормальное физическое развитие – длина тела оценивается относительно возраста (пределы нормальных вариантов от $M-2\delta$ до $M+2\delta$), а масса тела оценивается относительно роста (для детей до 3 лет пределы нормальных вариантов массы от $M-1\delta_R$ до $M+1\delta_R$).

Отклонения в физическом развитии:

- 1) **дефицит массы тела** (масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно роста);
- 2) **избыток массы тела** (масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно роста);
- 3) **низкий рост** – варианты роста меньше указанных в таблице 20
- 4) **высокий рост** – варианты роста больше указанных в таблице 20

Дети с избыточной массой тела, низким и высоким ростом направляются на консультацию к эндокринологу.

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

При оценке физического развития центильным методом определяют уровень каждого антропометрического признака по его положению в одном из центильных «коридоров» (табл. 7,8, 27-36).

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

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

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

В диспансерную группу риска входят дети, имеющие антропометрические признаки в диапазоне 3-10 (2 коридор) и 90-97 центилей (6 коридор).

Дети, имеющие антропометрические признаки, выходящие за пределы 3 и 97 центилей (1 и 7 коридоры), нуждаются в дополнительном обследовании.

Контроль нервно-психического развития

Методика диагностики НПР детей первых трех лет жизни подробно изложена в методическом пособии «Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений» (2006). Показатели НПР детей с рождения до трех лет представлены в таблицах 9-11.

Таблица 9

Показатели нервно-психического развития детей первого года жизни (Шелованов Н. М., Кистьяковская М. О., Кривина С. М., Фрухт Э. Л, 1980)

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

Возраст, мес.	Показатель	Уровень развития
3 месяца	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 месяца	Аз	Узнает мать, радуется
	Ас	Поворачивает голову и находит глазами невидимый источник звука
	Э	Громко смеется в ответ на обращение. Во время бодрствования часто и легко возникает комплекс оживления. Ищет взглядом ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему. По-разному реагирует на спокойную и плясовую мелодии.
	Др	Рассматривает и захватывает висящую игрушку.
	До	То же, что и в 3 месяца, но ярче выражено.
	Ра	Гулит.
	Н	Придерживает рукой бутылочку или грудь матери.
5 месяцев	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 месяцев	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

Возраст	Показатель	Уровень развития
7 месяцев	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 месяцев	Др	Игрушками занимается долго, подражая действиям взрослого: катает, стучит, вынимает
	До	Сам садится, ложится, встает, держась за барьер
	Рп	На вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др.
	Н	Ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый
9 месяцев	Ас	Плясовые движения под плясовую музыку
	Др	Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.)
	До	Переходит от предмета к предмету, слегка придерживаясь за них руками
	Рп	Знает свое имя, находит предметы независимо от места их расположения
	Ра	Подражает взрослому, повторяя за ним слоги (или его манере)
	Н	Пьет из чашки, придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок
10 месяцев	Др	Самостоятельно по просьбе выполняет различные разученные действия, открывает, вынимает, выкатывает и др.
	До	Влезает на диван, ступеньку, ящик и слезает с них
	Рп	По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», прячется)
	Ра	Подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете
	Н	То же, что и в 9 месяцев

Возраст	Показатель	Уровень развития
11 месяцев	Э	Радуется приходу детей. Избирательно относится к детям
	Др	Овладевает новыми движениями и выполняет их по слову взрослого: накладывает, снимает, надевает кольца
	До	Стоит самостоятельно, делает первые шаги
	Рп	Первые обобщения в понимаемой речи (по слову находит мяч, все машины и пр.)
	Ра	Произносит первые слова («дай», «на», «ав», «па» и др.)
12 месяцев	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	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.

По результатам диагностики ребенка относят к одной из групп НПР (табл. 12).

Порядок определения группы НПР:

- выявить, есть ли задержка в НПР;
- найти показатель, отражающий максимальную задержку в развитии и по нему установить группу развития;
- посмотреть, равномерна ли задержка (опережение) НПР;
- если задержка в НПР равномерна, то оценить ее степень.

Показатели НПР могут отставать от нормы (на разное число эпикризных сроков), что свидетельствует о его дисгармоничности.

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

На резко дисгармоничное развитие указывает диапазон между показателями в два и более эпикризных срока.

К группе с нормальным развитием относятся дети:

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

Таблица 10

Показатели нервно-психического развития детей второго года жизни (Аксарина Н. М., Печора К. Л., 1980)

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 двухсловными 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 11

Показатели нервно-психического развития детей третьего года жизни
(Аксарина Н. М., Пантюхина Г. В., 1980)

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 многословными предложениями (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 необходимости и без напоминания	Перешагивает через палку, поднятую над полом на 30–36 см

Таблица 12

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

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

Оценка резистентности

Степень сопротивляемости организма до настоящего времени оценивалась по частоте острых заболеваний за предшествующий осмотру год. Снижение резистентности констатировалось, если ребенок на 1-м году перенес 4 и более раз ОРЗ, на 2-м и 3-м годах — 6 раз и более.

Этот подход отечественных педиатров по критериям отнесения ребенка в группу детей со сниженной резистентностью отличается от позиции ВОЗ. По международным данным, частота ОРВИ 8 раз в год является нормальным показателем. В последние годы в России также стали говорить о необходимости выделять группу ЧБД, имеющих сниженную резистентность, с учетом не только частоты ОРЗ, но и тяжести их течения и возникновения осложнений. С учетом международных подходов рекомендовано обращать особое внимание на ОРЗ, которые наблюдаются с частотой 8 и более раз в год с длительностью заболевания, превышающей 14 дней. Течение каждого ОРЗ, как правило, тяжелое, с наличием бактериальных осложнений и необходимостью применения антибактериальной терапии.

Нередко педиатры при частых ОРЗ у детей проводят поиск сниженного иммунитета, назначая иммунологическое обследование. При этом может выявляться дисбаланс лимфоцитов, гиперпродукция ИЛ-4, ИЛ-5, гипопродукция ИФН- γ , недостаточность IgA, нарушение фагоцитоза. Однако следует учитывать, что подобные изменения в иммунограмме у детей часто транзиторные, связанные с возрастными особенностями иммуногенеза и в большинстве случаев не свидетельствуют об иммунологической недостаточности.

Признаки,стораживающие в отношении первичных иммунодефицитных состояний:

- наличие в семейном анамнезе смертей в раннем возрасте с клиникой инфекционных заболеваний или выявленного ИДС;
- наличие более 2 тяжелых инфекционных процессов (сепсис, менингит, остеомиелит и др.) в течение жизни;
- более 2 синуситов или 2 пневмоний в год;
- частые гнойные отиты;
- повторные кожные гнойные процессы;
- очаги инфекции необычной локализации (абсцесс печени или мозга);
- отсутствие эффекта от длительной антибиотикотерапии;
- упорная диарея у ребенка первых двух лет жизни;
- упорная молочница старше 1 года жизни
- развитие «вакцинальных» инфекций после вакцинации живыми вакцинами.

Нередко причинами повторных инфекций, особенно одной и той же локализации, являются морфологические дефекты органов и другая не иммунологическая патология. Под маской ЧБД, в том числе и тяжело протекающих, нередко пропускаются пациенты с манифестацией аллергических заболеваний

респираторного тракта, пороками развития бронхолегочной системы, сердца и лор-органов, гастроэзофагальным рефлюксом и др. Поэтому, выявляя детей со сниженной резистентностью по частоте и характеру течения ОРЗ, следует включать не только первичные иммунодефициты, но и такие заболевания, как:

- первичная цилиарная недостаточность;
- пороки развития легких и бронхов;
- респираторные аллергозы;
- бронхолегочная дисплазия;
- рецидивирующий бронхит;
- пороки сердца;
- гельминтозы;
- сахарный диабет;
- муковисцидоз.

Задуматься о наличии сниженной резистентности и начать беспокоиться необходимо в следующих ситуациях:

- затяжное течение заболеваний;
- учащение заболеваний, сопровождающихся крупом;
- снижение слуха, холодные отиты;
- не менее 3 эпизодов обструктивного бронхита;
- пневмония, перенесенная 2 раза до 1 года или трижды до 3 лет.

Комплексная оценка состояния здоровья

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

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

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

К III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими

недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда

К IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций; с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда

К V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями), с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма наличием осложнений, требующими назначения постоянного лечения; с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Организация жизни детей первых трех лет жизни

Режим

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

Для первого года жизни разработаны три возрастных режима, для второго года – два и для третьего – один режим (табл. 13).

Задача участкового врача – проследить за необходимым чередованием отрезков сна и бодрствования и обязательным соблюдением достаточной продолжительности дневного сна, а также за обеспечением наилучших условий для бодрствования. Во время бодрствования важно способствовать образованию у ребенка положительных эмоций и активного поведения, являющихся благоприятным стимулом физического и нервно-психического развития.

Примерные возрастные режимы детей раннего возраста
(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Возраст	№ режима	Бодрствование, ч	Сон			
			Дневной		Ночной, ч	Общая длительность сна, ч
			Кратность	Длительность, ч		
до 3 мес	1	1–1,5	4	2–1,5	10–11	18,5–17,5
3–6 мес.	2	1,5–2	4	2–1,5	10–11	17,5–16,5
6–9 мес.	3	2–2,5	3	2–1,5	10–11	16,5–15,5
9–12 мес.	4	2,5–3,5	2	1-й – 2,5 2-й – 2–1,5	10–11	15,5–14,5
1–1,5 года	5	3,5–4	2	1-й – 2,5–2 2-й – 1,5–1	10–11	14,5–13,5
1,5–2 года	6	5–5,5	1	3	10–11	14,5–13
2–3 года	7	5,5–6,5	1	2,5–2	10	13–12

Вскармливание детей первого года жизни

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

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

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

Режим кормлений детей грудного возраста. Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10-15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам. Распределение кормлений у детей первого года жизни представлено в таблице 14.

Таблица 14

Примерные часы и число кормлений

Возраст	Кормления			Ночной перерыв
	Число	Интервалы, ч	Часы	
До 1-2 мес.	Кормления по «требованию» ребенка*			Отсутствует 6 часов
	7	3	6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 21:00 – 24:00	
	6	3,5	6:00 – 9:30 – 13:00 – 16:30 – 20:00 – 23:30	
С 2 до 5-6 мес. (до введения прикорма)	6	3,5	6:00 – 9:30 – 13:00 – 16:30 – 20:00 – 23:30	6,5 часов
2-е полугодие	5	4	6:00 – 10:00 – 14:00 – 18:00 – 22:00	8 часов

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

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

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

Алгоритм назначения диеты здоровому ребенку первого года жизни на естественном вскармливании

Исходные данные: возраст, масса при рождении. Необходимо учитывать:

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

Алгоритм действий.

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

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

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

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

Алгоритм действий:

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

Организация прикорма

Под прикормом подразумеваются все продукты, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка.

Расширение рациона питания диктуется необходимостью дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком или детской молочной смесью становится недостаточным.

Правила введения прикорма

- ребенок должен быть абсолютно здоров в течение последних 2-3 недель;
- нежелательно вводить прикорм в жаркую погоду и период проведения профилактических прививок;
- блюда прикорма следует давать до кормления грудью (только с ложечки, а не через соску); после этого можно приложить ребенка к груди для сохранения лактации;
- новые блюда и продукты прикорма лучше вводить в утренние часы, чтобы проследить за реакцией ребенка; следует наблюдать за поведением, стулом, состоянием кожи;
- каждый новый продукт необходимо вводить постепенно, с небольшого количества (сок – с нескольких капель, кашу и пюре – с ½ чайной ложки), внимательно наблюдая за его переносимостью; если стул не изменился, то ежедневно увеличивают количество прикорма и доводят до необходимого объема;
- учитываются индивидуальные особенности детей: у возбудимых адаптация к новой пище происходит в течение 5–6 дней, у тормозных – не ранее, чем на второй неделе;
- введение любого нового вида пищи следует начинать с монокомпонентного продукта, постепенно переходя к смеси из двух, а затем и нескольких продуктов данной группы;
- нельзя вводить два новых вида прикорма одновременно; введение нового вида прикорма возможно только после привыкания к предыдущим;
- по консистенции блюда прикорма в начале должны быть гомогенными и иметь полужидкую консистенцию, чтобы не вызывать затруднения при глотании; затем их следует делать более густыми, а позже и более плотными, приучая ребенка к жеванию, продвижению пищи в глотке и к проглатыванию; с 9-10 месяцев следует практиковать «кусочковое» питание;
- сначала кашу и овощное пюре готовят без добавления в них соли, сахара и масла;
- после введения прикорма в полном объеме разового питания режим кормления – 5 раз через 4 часа, ночной перерыв – 8 часов; часы кормления: 6:00, 10:00, 14:00, 18:00, 22:00;

- при хорошей переносимости блюд прикорма и должном аппетите ребенка объем одной порции кормления может к 3–4 кварталу первого года жизни перейти за 200–240 г; в этих случаях число кормлений может быть уменьшено до четырех в день, не считая возможных ночных кормлений, а сразу после года можно попытаться перейти на три основных кормления и одно облегченное (молочная формула, сок или фрукты в часы второго завтрака или полдника).

В соответствии с первым вариантом «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» (2009) введение прикорма детям как на грудном, так и на искусственном вскармливании рекомендовано начинать в возрасте 4-6 мес. Современные исследования подтверждают необходимость назначать прикорм в данном временном интервале, названном «критическим окном» для формирования пищевой толерантности и профилактики микронутриентной недостаточности.

По мнению отечественных ученых, которое совпадает с представлениями экспертов ESPGHAN, исключительно грудное вскармливание до достижения 6 мес. (как это рекомендовано некоторыми международными документами) не всегда обеспечивает достаточный уровень поступления микронутриентов и, особенно, железа. С целью профилактики железодефицитных состояний оптимальным временем введения прикорма у здоровых детей следует признать возраст – 5 мес. При нарушениях нутритивного статуса (недостаточности питания или избыточной массе тела) прикорм может вводиться и в более ранние сроки.

Согласно «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» 2019 года здоровому ребенку предпочтительно ввести прикорм в возрасте 5 месяцев.

В качестве первого прикорма назначается овощное пюре или каша. Его выбор зависит от состояния здоровья, нутритивного статуса и функционального состояния пищеварительной системы ребенка. Так, детям со сниженной массой тела, учащенным стулом в качестве первого прикорма целесообразно вводить каши промышленного производства, обогащенные микронутриентами, при избыточной массе тела и запорах – овощное пюре.

К овощному пюре добавляется растительное масло, к каше - сливочное. В 6 мес. ребенок может получать несколько видов овощей и каш.

В возрасте 6 мес. важно назначить ребенку мясное пюре – источник легкоусвояемого гемового железа.

Затем вводится в рацион фруктовое пюре. Однако его ребенку можно назначить и в первом полугодии жизни, в случаях более раннего введения прикорма (с 4-4,5 мес.), прежде всего это может осуществляться у детей при запорах, когда введение овощного пюре с растительным маслом не оказало желаемого эффекта.

С 7 мес. в питание добавляется желток, а с 8 мес. – пюре из рыбы, которое следует давать 2 раза в неделю вместо мясного блюда.

Соки, учитывая их незначительную пищевую ценность, целесообразно давать после введения всех основных видов прикорма. Кроме того, использование соков, особенно между приемами пищи, повышает риск развития кариеса.

Большой объем соков (выше рекомендуемой нормы) может служить фактором риска избыточной массы тела в дальнейшем.

Неадаптированные кисломолочные напитки (кефир, йогурт, биолакт) вводят ребенку не ранее 8-месячного возраста в объеме не более 200 мл.

С 8 мес. возраста в рацион вводится детский творог в количестве не более 50 г в сутки.

Цельное коровье молоко не может использоваться в качестве основного питания, что согласуется с рекомендациями ESPHGAN, 2017 г.

При назначении прикорма следует соблюдать следующие правила:

- введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до объема, рекомендованного в данном возрасте, при этом внимательно наблюдают за переносимостью;
- новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- каши, овощные и фруктовые пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных продуктов, постепенно добавляя другие продукты данной группы;
- прикорм дают с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью;
- новые продукты не вводят во время острых инфекционных заболеваний, перед и после проведения профпрививок (в течение 3-5 дней);
- в возрасте 9-10 мес. гомогенизированные и пюреобразные продукты следует постепенно заменить на мелкоизмельченные.

Важно вводить прикорм на фоне продолжающегося грудного вскармливания. Для сохранения лактации, в период введения продуктов прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

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

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

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

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

С учетом рекомендаций «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», принятой в 2019 году, предлагается следующая схема введения прикорма детям первого года жизни (табл. 15).

В питании ребенка целесообразно использовать продукты и блюда прикорма, промышленного выпуска, которые изготавливают из высококачественного сырья, соответствуют строгим гигиеническим требованиям к показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав, в том числе витаминный, независимо от сезона, и необходимую степень измельчения. Кроме того, современные продукты прикорма промышленного производства обогащаются биологически активными компонентами, такими как витамины, минеральные вещества, пре- и пробиотики, ДЦПНЖК (омега 3) и др., что придает им функциональные свойства.

Таблица 15

Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни

Наименование продуктов и блюд	Возраст (мес.)				
	4–5	6	7	8	9–12
Овощное пюре, г	10-150	150	150	150	150
Каша, г	10-150	150	150	180	200
Фруктовое пюре*, мл	5-50	60	70	80	90-100
Мясное пюре, г					
•промышленного производ- ства	-	5-30	40-50	60-70	80-100
•пюре из отварного мяса	-	3-15	20-30	30-35	40-50
Желток, шт.	-	-	1/4	1/2	1/2
Творог, г **	-	-	-	10–40	50
Рыбное пюре, г	-	-	-	5–30	30-60
Фруктовый сок, мл	-	-	-	5–60	80–100
Кефир и неадаптированные кисломолочные напитки**, мл	-	-	-	200	200
Печенье, г	-	3-5	5	5	5
Хлеб пшеничный, сухари г	-		-	5	10
Растительное масло, г	1–3	4	5	6	6
Сливочное масло, г	1–4	4	4	5	5

* – не в качестве первого прикорма

** – по показаниям с 6 месяцев.

Овощное пюре:

- введение овощного пюре следует начинать с одного вида овощей (исключить аллергию); затем из 2-3 видов, при этом картофельные должны составлять более $\frac{1}{2}$ объема, так как содержит крахмал;
- последовательность введения овощей зависит от содержания в них клетчатки: наименьшее – в кабачках, цветной капусте, более высокое – в картофеле, тыкве, белокачанной капусте, максимальное – в репе, зеленом горошке, моркови, фасоли; в такой последовательности и надо вводить овощи в диету ребенка; репчатый лук можно вводить в небольшом количестве с 8 месяцев, пряную зелень (укроп, петрушку, сельдерей) – с 9 месяцев;
- овощи отваривают в небольшом количестве воды и не разогревают для повторного применения, так как повторное их нагревание способствует переходу нитратов в нитриты; вареные овощи протирают через сито, раз-водят до консистенции густой сметаны; в домашних условиях для разведения овощей рекомендуется добавлять грудное молоко или адаптированные пресные молочные смеси (формулы № 2), приблизительно 30 мл на 100 г овощей; в овощное пюре добавляют растительное масло (кукурузное, под-солнечное, оливковое), начиная с капель и доводя до 3 мл ($\frac{1}{2}$ чайной ложки), а с 8 месяцев – до 5 мл (1 чайная ложка);
- объем порций овощного пюре зависит от возраста; начинают введение с $\frac{1}{2}$ чайной ложки, постепенно в течение первой недели (при хорошей переносимости) доводят до 150 г, и далее до года – 150 г;
- ребенок сам определяет, какое количество пищи ему нужно: следует продолжить кормление, если ребенок тянется к ложке или открывает рот при ее приближении; если же он отворачивает голову, отводит руку кормящего, закрывает лицо руками, капризничает, кормление следует прекратить; не надо заставлять ребенка съесть еще одну «последнюю» ложку;
- если второй прикорм введен в 5,5 месяцев, то в 6 месяцев ребенок два раза будет получать блюда прикорма (в 10.00 и в 18.00) и три раза грудь матери (в 6.00, 14.00, 22.00); для сохранения лактации можно рекомендовать прикладывание ребенка к груди после приема блюд прикорма.

Злаковый (крупяной) прикорм:

- для приготовления каши вначале лучше использовать безглютеновые злаки – рис, гречу, кукурузу, так как глютеносодержащие злаки (овес, пшеница) могут вызвать у детей раннего возраста развитие глютеневой энтеропатии;
- первой рекомендуется вводить наиболее легко усваивающуюся рисовую кашу, затем гречневую, кукурузную, овсяную и в последнюю очередь – манную;
- при приготовлении каши в домашних условиях используют крупу или муку соответствующих злаков; вначале крупу хорошо разваривают на воде, затем добавляют горячее молоко (на 100 г каши – 75 мл молока)

и доводят до кипения; в готовую кашу добавляют сливочное масло сначала на кончике ножа, к 7 месяцам увеличивают до 3 г, а с 9 месяцев – до 5 г;

- для приготовления каши из муки последнюю разводят в холодной воде, вливают в кипящее молоко, проваривают в течение 5 минут, а затем добавляют сливочное масло;

С 6 месяцев в рацион рекомендуется вводить мясное пюре:

- начинают с нежирной говядины;
- для приготовления мясного пюре в домашних условиях мясо отваривают и измельчают в кухонном комбайне или 2 раза пропускают через мясорубку; в первый день ребенок получает $\frac{1}{2}$ чайной ложки и постепенно объем увеличивают до 30 г (1–1,5 столовой ложки), с 8 месяцев – до 35 г (2–2,5 столовой ложки), а с 9–12 месяцев – до 40–50 г. Мясное пюре промышленного производства дается в большем объеме (табл. 28)
- наряду с говядиной можно использовать мясо курицы, индейки, кролика, нежирную свинину; мясное пюре лучше всего давать одновременно с овощным.

Фруктовое пюре:

- подключают после введения одного или двух основных прикормов, после введения мясного пюре, а также в первом полугодии жизни, если у ребенка есть склонность к запорам, а ранее (с 4–4,5 мес.) введение овощного пюре с растительным маслом не оказало желаемого эффекта;
- начинают с $\frac{1}{2}$ чайной ложки, к 6 месяцам доводят до 60 г, в 9–12 месяцев – до 90–100 г в сутки;
- при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные соки и фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания;
- фруктовое пюре дают перед кормлением, когда малыш проголодался;
- суточное количество фруктового пюре можно рассчитать по формуле:

$$\text{Объем суточный} = n \times 10,$$

где n – количество месяцев жизни ребенка

- Объем фруктового пюре входит в суточный объем питания ребенка;
- первым рекомендуется вводить яблочное, затем грушевое пюре; эти пюре особенно показаны детям при неустойчивом стуле, так как богаты пектиновыми веществами, благоприятно влияют на процессы пищеварения;
- позднее можно вводить пюре из абрикосов, персиков, слив (особенно при склонности к запорам);
- детям старше 5 месяцев можно вводить пюре из ягод и овощей, включая пюре из черной и красной смородины, вишни, моркови, тыквы и др.;
- при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания.

В 7 месяцев в рацион вводят желток сваренного вкрутую яйца:

- желток дают в протертом виде, смешав с небольшим количеством грудного молока; начинают с $\frac{1}{4}$ желтка и при отсутствии аллергических реакций дозу увеличивают с 8 месяцев до $\frac{1}{2}$ желтка в день, добавляя в кашу или овощное пюре; желток дают 3–4 раза в неделю;
- аллергическая реакция на введение желтка проявляется в виде сыпи, поноса или запора.
- Творог вводится с 8 месяцев
- раннее введение творога нецелесообразно, поскольку дети, находящиеся на естественном вскармливании, необходимое количество белка получают с женским молоком;
- творог дают перед одним из кормлений грудью; начинают с $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ чайной ложки, смешав его с небольшим количеством грудного молока; постепенно объем порции увеличивают до 40 г, а с 10 месяцев – до 50 г в день.

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

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

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

Таким образом, с 8 месяцев еще одно кормление грудью заменяют третьим видом прикорма – протертым творогом с кефиром. Сохраняется 2 кормления грудью – в 6:00 и в 22:00.

В 8 месяцев расширяют ассортимент продуктов, вводя рыбу: рыба может вызвать аллергические реакции, поэтому ее вводят с особой осторожностью: вначале ребенок получает $\frac{1}{2}$ чайной ложки рыбного пюре, постепенно количество рыбы увеличивают до 30 г, а с 10 месяцев – до 50–60 г; рыбу дают 1–2 раза в неделю вместо мясного пюре; рекомендуются нежирные сорта: треска, хек, судак, минтай и др.

Фруктовый сок. В настоящее время изменились подходы к срокам введения фруктовых соков. По мнению ряда авторов, ввиду низкой питательной ценности соков их следует вводить в рацион питания ребенка после введения основных прикормов, то есть не ранее 8 месяцев.

Правила введения соков:

- соки вводят постепенно, вначале с капель, а затем по $\frac{1}{2}$ –1 чайной ложке в день; это количество за 5–7 дней постепенно увеличивают на 5 мл и в течение недели доводят до 50 мл; в 8 месяцев ребенок получает 40–50 мл сока в сутки, в 9–12 месяцев – 80–100 мл;
- суточный объем сока ребенок получает за 2–3 приема после кормления

- грудью или в интервале между кормлениями;
- первым рекомендуется вводить яблочный сок; лучше из яблок зеленых сортов: антоновки, семеренко, которые редко дают аллергические реакции в отличие от красных; затем вводят грушевый, черносмородиновый, вишневый; после 6 месяцев с осторожностью вводят соки с мякотью, соки цитрусовых, малиновый;
- очень кислые и терпкие соки могут инициировать срыгивания, вызвать нарушение стула, поэтому их следует разводить кипяченой водой или слегка подслащивать сахарным сиропом;
- соки следует готовить перед употреблением; исключение составляют черная смородина, облепиха, которые можно заготавливать впрок;
- наиболее богаты витамином С соки, приготовленные из черной смородины, цитрусовых, шиповника;
- при введении соков необходимо учитывать характер стула: вишневый, гранатовый, черносмородиновый, черничный соки полезны детям с неустойчивым стулом; детям со склонностью к запорам лучше использовать морковный, сливовый, капустный соки;
- в течение дня достаточно 1–2 видов;
- не рекомендуются детям первого года жизни виноградный сок, сок дыни и арбуза; клубничный и томатный соки могут вызвать аллергические реакции, нарушение функции кишечника;
- соки тропических и экзотических фруктов (манго, папайя, гуава) назначают с учетом индивидуальной переносимости (не ранее 6-7 месяцев);
- суточное количество соков легко рассчитать, пользуясь формулой:

$$\text{Объем сут.} = n \times 10$$

где n – количество месяцев жизни ребенка.

- Объем соков в суточный объем питания не входит.

Алгоритм выбора адаптированной молочной смеси

При гипо- и агалактии у матери на выбор наиболее адекватной для вскармливания ребенка смеси влияет:

- **возраст ребенка** (чем моложе ребенок, тем в большей степени он нуждается в смесях, максимально приближенных по составу к грудному молоку). Детям первых 6 месяцев жизни назначают «начальные», или «стартовые», смеси; с 6 месяцев – «последующие» формулы;
- социально-экономические условия семьи. Все дети грудного возраста нуждаются в современных адаптированных молочных продуктах. Дети из социально незащищенных семей должны получать питание бесплатно (адресная поддержка);
- аллергоанамнез: при отягощенной наследственности первым продуктом выбора должна быть гипоаллергенная смесь;
- индивидуальная переносимость продукта.

Критерием правильного выбора смеси является хорошая толерантность ребенка к данному продукту: ребенок с удовольствием ест смесь, достаточно прибывает в весе, у него отсутствуют диспепсические расстройства (срыгивания, рвота, жидкий, плохо переваренный стул или запоры), проявления атопического дерматита, дефицитные состояния (железодефицитная анемия, гипотрофия).

Классификация адаптированных молочных смесей

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

По возрасту:

- **начальные** (от 0 до 6 месяцев), например, «НАН 1» (Голландия), «Нестожен 1» (Швейцария),
- **последующие** (от 6 месяцев до 1 года), например, «НАН 2» (Голландия), «Нестожен 2» (Швейцария),
- **для детей от 0 до 12 месяцев**, например «Нутрилак 0–12» (Россия).

По рН:

- **пресные:** например, «НАН 1», «НАН 2» (Голландия),
- **кисломолочные:** «НАН кисломолочный 1-3» (Швейцария), «Нутрилак кисломолочный» (Россия).

По консистенции:

- **сухие:** «НАН 1», «НАН 2» (Голландия);
- **жидкие:** «Агуша 1», «Агуша 2», «Бифилин» (Россия).

По наличию функциональных компонентов:

- с **пребиотиками:** «Нестожен 1», «Нестожен 2», «Нестожен 3», «Нестожен 4» (Швейцария);
- с **пробиотиками:** «НАН 1» (Голландия), «НАН 2», «НАН 3», «НАН 4», (Швейцария), «Нутрилак Бифи» (Россия);
- с **нуклеотидами:** «НАН 1» (Голландия)

Правила искусственного вскармливания детей первого года жизни:

- объем питания определяется по тем же формулам, которые приводились для расчета объема молока при естественном вскармливании;
- режим кормления от 0 до 2 месяцев – 6–7 раз через 3–3,5 часа; с 2 до 4–5 месяцев – 6 раз через 3,5 часа, с 5 месяцев – 5 раз через 4 часа;
- потребность в белках, жирах, углеводах, калориях такая же, как и при естественном вскармливании;
- внезапный перевод ребенка на искусственное вскармливание требует осторожности. Выбор смеси зависит от возраста ребенка и вида смеси. В первые несколько дней вводится смесь, максимально приближенная по составу к женскому молоку. Убедившись в хорошей переносимости смеси, назначают питание соответственно возрасту ребенка.
- адаптированные молочные смеси, в том числе и лечебные, вводятся в питание ребенка постепенно. В первые сутки по 10–15 мл в каждое кормление,

во 2-е сутки – по 20 мл, в 3-и – по 30 мл, далее объем новой смеси увеличивается на 30 мл в каждое кормление ежедневно (60 мл, 90 мл, 120 мл и т.д.) до полной замены продукта, который получал ребенок ранее. Новая смесь готовится отдельно и затем смешивается в одной бутылочке с предыдущей.

- расчет объема смеси производится на фактическую массу тела только калорийным методом – 115 ккал/кг на протяжении первых 6 мес. жизни. Однако при этом объем питания у ребенка в возрасте 3-х мес. не должен превышать 850 мл в сутки, 4-х месяцев - 900 мл в сутки, а после 5 мес. – 1000 мл в сутки.
- предпочтительнее вместо кефира использовать «последующие формулы: «НАН кисломолочный 2-3», «НАН 2», «НАН 3», «НАН 4», «НАН гипоаллергенный 2», «Нестожен 2 prebio», «Нутрилон 2», «Нутрилон Комфорт 2»;
- сроки и последовательность введения продуктов и блюд прикорма при искусственном вскармливании такие же, как при естественном (табл. 16).

Таблица 16

**Нормы потребления пищевых веществ и энергии
для детей раннего возраста ***

Возраст	Энергия, ккал	Белки, г		Жиры, г (в том числе растит.)	Углеводы, г
		всего	животные		
0-3 мес	115 ккал/кг	2,2 г/кг	2,2 г/кг	6,5(0,7) г/кг	13 г/кг
4-6 мес	115 ккал/кг	2,6 г/кг	2,5 г/кг	6,0(0,7) г/кг	13 г/кг
7-12 мес	110 ккал/кг	2,9 г/кг	2,3 г/кг	5,5(0,7) г/кг	13 г/кг
1-3 года	1540 ккал	53 г	37 г	53 г	212

Примечание * Методические разработки 2.3.1.24 32-08 «Нормы физиологической потребности в энергии и пищевых веществах различных групп населения РФ»

Клиническая оценка питания ребенка:

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

Ранние клинические признаки недостаточности питания:

- изменение поведения ребенка: возбудимость, беспокойство, невротизация;
- изменение отношения к воде: жадно начинает пить и сразу бросает;
- редкий стул;
- изменение кривой массы, ее уплощение; быстрое уменьшение толщины

подкожно-жирового слоя на груди и животе, затем на конечностях; при этом увеличение длины тела может идти удовлетворительно;

- «торможение» НПР;
- дистрофические изменения кожи и слизистых оболочек, волос;
- диспепсические расстройства;
- гипохромия эритроцитов, анемизация;
- симптомы полигиповитаминоза и минеральной недостаточности, прежде всего железа.

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

Вскармливание детей с 1 года до 3 лет

(По материалам Национальной программы оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации /Союз педиатров России [и др.]. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Педиатр, 2016. – 36 с.

Программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019. — 36 с).

Для детей в возрасте с 1 года до 3 лет темпы роста замедляются по сравнению с первым годом жизни, они остаются достаточно высокими. Для них характерны интенсивные процессы развития и созревания функций органов пищеварения, костно-мышечной и ЦНС. Активно протекают обменные процессы, продолжается формирование иммунологических реакций, совершенствуется способность психического отражения внешнего мира, появляются первые умения и навыки.

Возрастной период от 1 года до 3 лет жизни — ответственный этап перехода к взрослому типу питания. В питание ребенка все активнее включаются продукты и блюда домашнего приготовления, при этом их ассортимент, консистенция, степень измельчения и технология приготовления должны существенно отличаться от питания взрослых. Ранний возраст — критический период для формирования пищевого поведения.

При составлении рациона важно придерживаться основных принципов:

- питание должно удовлетворять основные потребности детей в макро- и микронутриентах;
- необходимо соблюдать разумное разнообразие рациона;
- важно ежедневно включать в рацион ребенка основные группы продуктов — овощи и фрукты, молочные, мясо/рыбу, злаковые, сливочное и растительные масла;
- следует учитывать индивидуальные особенности ребенка, семейные традиции и национальные особенности, не отступая, тем не менее, от принципов рационального питания.

Суточное количество пищи:

- от 1 года до 1,5 лет — 1000–1200 г;
- от 1,5 до 3 лет — 1200–1500 г
- объём пищи в одно кормление не должен превышать 300–350 мл.

Режим питания:

- рекомендуется 5 приемов пищи, из которых 3 основных (завтрак, обед, ужин) и 2 дополнительных кормления (2-й завтрак перед прогулкой/полдник и кисломолочный продукт или 3-я формула перед сном);
- при желании мать может прикладывать ребенка к груди 1–2 раза в сутки до 2-летнего возраста;
- предпочтительно, чтобы часы приема пищи оставались постоянными, отклонения от установленного времени не должны превышать 30 минут.
- Распределение калорийности при пятикратном кормлении:
- первый завтрак – около 25%;
- обед – 30–35%;
- ужин – 20%;
- дополнительные приемы пищи около 10%.

Рекомендуемые нормы физиологических потребностей в основных ингредиентах представлены в таблице 17.

Таблица 17

Рекомендуемые нормы физиологических потребностей в белках, жирах, углеводах и энергии детей 1-3 лет* (г)

Возраст	Белки		Жиры	Углеводы	Энергетическая ценность
	всего	в т.ч. животного происхождения			
	г/сут	%			
Второй год жизни	36	70	40	174	1200
Третий год жизни	42	70	47	203	1400

Примечание * Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии, утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 18 декабря 2008 г. МР 2.3.1.2432-08.

Соотношение белков, жиров и углеводов должно составлять примерно 1 : 1 : 4.

Необходимый белковый минимум определяется не столько общим количеством белков, сколько характером входящих в них аминокислот; к безусловно необходимым аминокислотам относятся триптофан, лизин, цистин, аргинин. Полноценные белки содержатся в мясе, молоке, яйцах, стручковых растениях, картофеле.

Жиры растительного происхождения должны составлять 10% суточной потребности жиров у детей с 1 до 3 лет. При этом доля линолевой кислоты составляет 4% от общей калорийности. К наиболее полноценным жирам относят сливочное масло и яичный желток.

Углеводы должны покрывать 50% суточной потребности в калориях. Легко усваивающиеся углеводы (глюкоза, фруктоза, лактоза, мальтоза) должны составлять $\frac{1}{3}$ от суточного количества углеводов, $\frac{2}{3}$ приходится на полисахариды (крахмал, гликоген, клетчатка, пектиновые вещества), регулирующие деятельность кишечника тракта. Основными источниками углеводов являются растительные продукты.

Особенности кулинарной обработки пищи для детей в возрасте от 1 года до 1 года 6 месяцев

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

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

Особенности кулинарной обработки пищи для детей в возрасте от 1 года 6 месяцев до 3 лет

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

В рацион включают:

- супы: непротертые, на мясном бульоне или с мясом, вегетарианские, рыбные, молочные с вермишелью, щи, борщи; уху с двух лет;
- блюда из круп: непротертые полувязкие каши; в течение недели можно дать гречневую или овсяную – по 2 раза, манную, рисовую – 1 раз и 1 раз – отварную вермишель;
- блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке, вермишель с

- сыром или яйцом;
- блюда из творога: творожный пудинг; с двух лет – сырники;
 - мясные блюда: с 1,5 лет мясные тефтели, с двух лет – мясной рулет с рисом и яйцом, жареные котлеты, сосиски;
 - рыбные блюда: тефтели – с 1,5 лет, с двух лет – котлеты из рыбы;
 - овощные блюда: с двух лет – овощное рагу, картофельные, морковные котлеты; в овощном пюре и рагу постепенно расширяется ассортимент овощей (морковь, свекла, репа, кабачки, капуста, зеленый горошек ит.д.);
 - на обед ежедневно салат из свежих или вареных овощей, заправленный растительным маслом; винегрет – с двух лет;
 - фрукты: свежие ягоды, соки, компот из свежих или сухих фруктов;
 - блюда из яиц: можно приготовить омлет; детям с 1,5 лет – яичницу с булкой.

При составлении меню необходимо придерживаться суточных наборов продуктов для питания детей (табл. 18, 19, 20).

Таблица 18

Примерное трехдневное меню для здоровых детей 12-18 месяцев жизни

Прием пищи	Меню	Объем
1-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	180 мл 30 г 100 мл
Обед	Суп-пюре овощной Мясное суфле Детская вермишель Компот	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Творог Фруктовое пюре	120 мл 50 г 100 г
Ужин	Овощное рагу Куриная котлета паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
2-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Сок	180 мл 30 мл 100 мл
Обед	Суп картофельный с цветной капустой Мясные тефтели Рис отварной Морс ягодный	120 мл 50 г 80 г 100 мл

Прием пищи	Меню	Объем
2-й день*		
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	180 мл 20 г 100 г
Ужин	Картофельное пюре Котлета из индейки паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
3-й день*		
Завтрак	Омлет Хлеб пшеничный/масло сливочное Какао на молоке	80 г 30/5 г 120 мл
Обед	Суп рисовый с морковью Рыбное суфле Овощное рагу Кисель	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье детское Фруктовое пюре	120 мл 15 г 100 г
Ужин	Гречка-продел отварная с маслом Мясная котлета паровая Огурец свежий с растительным маслом Компот	120 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл

Таблица 19

Примерное трехдневное меню для здоровых детей 18-36 месяцев жизни

Прием пищи	Меню	Объем
1-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	200 мл 40 г 100 мл
Обед	Салат овощной с зеленью и растительным мас- лом Суп овощной Мясное суфле Картофель отварной со сливочным маслом Компот	50 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл

Прием пищи	Меню	Объем
1-й день*		
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	200 мл 20 г 100 г
Ужин	Овощное рагу с рисом Куриная котлета Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
2-й день*		
Завтрак	Запеканка творожная Фрукты Кисель	100 г 70 г 120 мл
Обед	Морковь тертая со сметаной Борщ вегетарианский Мясные тефтели Рис отварной со сливочным маслом Сок	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье Фрукты	200 мл 20 г 100 г
Ужин	Вермишель Куриная котлета Салат с помидором и растительным маслом Травяной чай	150 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
3-й день*		
Завтрак	Омлет с сыром Хлеб пшеничный/масло сливочное Фрукты Какао на молоке	100 г 30/5 г 100 г 100 мл
Обед	Помидоры с растительным маслом Суп рисовый с морковью Отварная рыба Овощное рагу Морс	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Пирог с яблоком Фрукты	200 мл 50 г 100 г

Прием пищи	Меню	Объем
3-й день*		
Ужин	Гречка отварная с маслом	120 г
	Мясная котлета	70 г
	Огурец свежий с растительным маслом	30 г
	Фруктовый чай	100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл

* — хлеб пшеничный — 60 г, хлеб ржаной — 30 г в сутки.

Таблица 20

Приблизительный размер порций для детей 2-го и 3-го года жизни

Группа продуктов	Продукт	1 порция	Вес, г
Хлеб, каша, макаронные изделия, картофель	Хлеб		
	• ржаной	1/2 ломтика	20
	• пшеничный	1 ломтик	20
	Булочки	1 (небольшая)	30–60
	Крекер	3–4 шт.	10
	Блины	1 шт.	50
	Оладьи	2 шт.	50
	Картофельное пюре	3–4 ст. ложки	120
	Вареный /печеный картофель	1/2 средней картофелины	80
	Макароны (готовые)	-	100
	Каша рассыпчатая: рис, греча (гарнир)	3–4 ст. ложки	90
Каша вязкая	-	150	
Фрукты	Яблоко	1/2 среднего размера	40–50
	Груша	1/2 среднего размера	40–50
	Мандарин	1 шт.	40–50
	Апельсин	1/2 шт.	40–50
	Бананы	1/2 шт.	40–50
	Курага	3–4 шт.	40
	Изюм	6–10 шт.	10–15
	Фруктовый салат	1/2 чашки	100
	Фруктовое пюре	1/2 чашки	100
	Ягоды, в т ч виноград	3–5 шт	40–50
	Киви	1 шт.	60
	Абрикос, слива	1 шт.	40
	Персик — нектарин	1/2 шт.	50

Группа продуктов	Продукт	1 порция	Вес, г
Овощи	Свекла	2 ст. ложки	50
	Брокколи/цветная капуста	3–4 соцветия	50
	Брюссельская капуста	2–3 качана	50
	Капуста белокочанная	1/2 чашки	50
	Морковь	1/2 (средней)	50
	Огурец/сладкий перец	1/2 шт.	50
	Овощной салат	1/2 чашки	50
	Помидор	1/2 шт.	50
	Овощное рагу	1/2 чашки	50
	Овощной суп	-	90–120
	Творог (через день)	-	70–80
Молочные продукты	Сырники	1 шт.	50–70
	Йогурт (густой)	-	125
	Кисломолочный напиток	-	150–180
	Молочная смесь	-	200–220
	Сыр (не острый)	1 ломтик	20
	Сыр (не острый) Омлет из 1 яйца	1 ч. ложку тертого -	10 60
Мясо, рыба, яйца	Яйцо вареное	-	40
	Котлеты (куриные/мясные)	1 небольшая котлета	60–80
	Мясное пюре	-	60–80
	Мясо отварное/тушеное	1/2–1 ломтик	30–40
	Курица/индейка/кролик	1–2 ломтика	40–60
	Рыба	-	30–50
	Джем*	1 ч. ложка	6–10
Сладкие блюда	Сладкое печенье**	1–2 шт.	10
	Кекс**	1/2–1 шт.	20–25
	Фруктовый пирог (шарлотка, штрудель) *	1/2–1 ломтик	20–25
	Баранки, сушки	1 шт.	10
	Пастила, зефир	1/2–1 шт.	10
	Добавленный сахар*	1 ч. ложка на порцию	5

* – продукты должны ограничиваться по частоте использования – не чаще 1 раза в день; ** – продукты должны ограничиваться — не чаще 1 раза в неделю.

Основные правила составления суточных рационов питания для детей раннего возраста

1. Каждый день необходимо включать всю суточную норму молока, сливочного и растительного масла, сахара, хлеба. Рекомендуется включать мясо 5–6 раз в неделю.
2. Рыбу, яйца, сыр, творог, сметану можно давать не каждый день, но в течение недели количество этих продуктов должно быть использовано в полном объеме в возрастной норме.
3. Составлять суточный рацион лучше с обеда, в состав которого входит максимальное количество мяса или рыбы, а также значительная часть масла и овощей:
 - в состав обеда обязательно должен входить салат из свежих овощей. В качестве первого ребенок получает суп. Второе – мясное или рыбное блюдо с гарниром из овощей (преимущественно) или круп. На третье – фруктовый сок или компот;
 - на завтрак, как и на ужин, можно давать различные молочные каши, следя за разнообразием применения круп и отдавая предпочтение гречневой, овсяной. Каши желательно готовить с овощами или фруктами (морковью, тыквой, яблоками, изюмом, курагой). Молочные каши следует чередовать с блюдами из овощей. Кроме каши и овощей на завтрак и ужин рекомендуются блюда из творога, особенно в сочетании с фруктами и овощами. По возможности в состав завтрака следует включать блюда из мяса, рыбы, яиц. Очень хорошо, если есть возможность приготовить на завтрак и ужин салат из свежих овощей, что значительно повышает пищевую ценность рациона и улучшает процессы **пищеварения**;
 - в качестве питья на завтрак дети могут получать злаковый кофе на молоке, чай с молоком. Какао не рекомендуется, так как часто вызывает проявления аллергического диатеза. На ужин дети получают кефир или молоко, реже – чай с молоком. При достаточном использовании молока в течение дня на ужин в качестве питья можно дать сок, отвар шиповника или просто сладкий чай;
 - полдник, как правило, состоит из молочнокислых продуктов (кефир, йогурт и др.) и выпечки или кондитерских изделий (сухари, печенье, вафли). В состав полдника желательно включать свежие ягоды и фрукты, а при их отсутствии – консервированные фруктовые пюре для детского питания.
4. Важно установить равномерное распределение продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи. Молоко, сыр, яйца, мясо, высокосортные субпродукты, рыбу, сельдь распределяют так, чтобы в каждый прием пищи одно или два блюда содержали полноценные белки. Такое распределение продуктов, богатых белками животного происхождения, увеличивает биологическую ценность растительных белков, содержащихся в хлебе, крупах, фасоли, муке и др.

5. Правильно составленное меню характеризуется рациональным сочетанием блюд. Если первое блюдо овощное, то ко второму мясному подается гарнир из круп и макаронных изделий. В один прием пищи не следует включать несколько блюд с кислым вкусом (щи, борщи – на первое в сочетании с киселем из клюквы, смородины – на третье). Если суп заправлен крупой, то на гарнир можно давать только овощи. Если на завтрак дается каша, то на обед лучше приготовить овощные блюда.
6. Следует принять за правило: ежедневно ребенок получает два овощных блюда и один раз кашу. На обед к мясным и рыбным блюдам рекомендуется готовить сложные гарниры.
7. В рационе должны присутствовать:
 - овощи и/или фрукты — 4 раза в день;
 - молочные продукты — 3 раза в день (включая молоко для приготовления каши, йогурты, кисломолочные напитки, творог, детские молочные смеси, или грудное молоко);
 - злаковые продукты — каши и гарниры — по 1 разу в день;
 - хлеб — 2–3 раза в день;
 - мясные блюда и/или птица — 2 раза в день;
 - рыбные блюда — 2–3 раза в неделю;
 - яйцо — 2–3 штуки в неделю;
8. В состав молочного рациона рекомендуется включать специализированную молочную смесь (3-4-я формулы).
9. Важно соблюдать питьевой режим и для утоления жажды использовать воду, а не сладкие напитки.
10. Консистенция блюд должна соответствовать физиологическим особенностям ребенка.
11. При приготовлении блюд следует использовать минимальное количество соли и сахара. В продукты промышленного выпуска не добавлять соль и сахар.
12. Необходимо обращать внимание на то, чтобы одно и то же блюдо не повторялось не только в течение дня, но и в ближайшие дни.
13. Химический состав и калорийность пищи должны распределяться равномерно.
14. Замену одного продукта на другой проводят с таким расчетом, чтобы это минимально отразилось на химическом составе рациона, особенно в отношении белковой части. Если при этом возникает недостаток или избыток углеводов, жира, то следует ввести или исключить из рациона соответствующее количество сахара, сливочного масла.
15. Если масса тела ребенка и индекс массы тела к возрасту находятся в пределах возрастных параметров, то рацион малыша должен соответствовать физиологическим потребностям. Детям с отставанием в физическом развитии рацион составляется индивидуально.

Специализированные продукты промышленного выпуска

Чтобы перевод ребенка на «общий стол» был постепенным и не оказывал негативного влияния на состояние его здоровья созданы специальные продукты для детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

Большинство из них обогащены витаминами и/или минеральными веществами и другими биологически активными компонентами с учетом физиологических потребностей детей данного возраста.

Молочные смеси (3 и 4 формулы) для детей старше 1 года жизни

Специализированные продукты на молочной основе для детей 1-3 лет, так называемых третьей и четвертой формулы, призваны частично заменить неадаптированные молочные продукты в рационе детей раннего возраста. В них снижено содержание белка (приблизительно на 25-30%), т. е. учтены современные тенденции по уменьшению количества молочного белка в рационах детей раннего возраста. В липидном компоненте насыщенные молочные жиры заменены на растительные, что компенсирует недостаточное поступление ПНЖК с пищей при оптимальном соотношении линолевой и α -линоленовой жирных кислот (7–10:1) для обеспечения их нормального усвоения. Важное значение имеет наличие в составе продуктов ДЦПНЖК ω -3 класса — докозагексаеновой и эйкозапентаеновой кислот, активно участвующих в формировании мозга ребенка раннего возраста. Углеводный компонент смесей представлен лактозой или ее сочетанием с декстринмальтозой. Большинство смесей для детей старше 1 года содержат пребиотики, которые способствуют росту полезной микрофлоры и предупреждают запоры. В отдельные продукты введены пробиотики. Целесообразность использования пре- и пробиотиков обусловлена тем, что в данной возрастной группе увеличивается число контактов с другими детьми и окружающей средой, в связи с чем возрастает риск развития респираторных и острых кишечных инфекций.

Включение витаминов и минеральных веществ в состав указанных продуктов позволяет наиболее полно обеспечить ими потребности детей раннего возраста. Полный комплекс антиоксидантов, включая селен, витамины С и Е, инозита, бета-каротин, цинк, марганец, защищает организм от воздействия свободных радикалов. Для улучшения процессов минерализации костной ткани, особенно интенсивных в этом возрасте, в состав продукта введен витамин D₃, оптимизировано соотношение кальция и фосфора (1,5–2:1). Для профилактики железодефицитной анемии в состав продукта вводится железо в оптимальном соотношении с витамином С (1:10–15), а также цинк и медь.

Условия приёма пищи для детей раннего возраста

1. Правильная организация режима дня; отдых и спокойная игра в течение 15–20 минут повышают аппетит перед едой; а длительные прогулки и подвижные игры снижают выделение пищеварительных соков.
2. Необходимо создать спокойную обстановку, не отвлекать ребёнка во время приема пищи.
3. Важно, чтобы у ребенка выработалось положительное отношение к приему пищи, чтобы он не был раздраженным или утомленным.
4. Следует заинтересовать ребенка едой, разговаривать о приятном вкусе и виде приготовленных блюд, пользе пищи.
5. Не кормить насильно, не навязывать то, что не нравится.

6. Если ребенок испытывает жажду, то перед едой можно предложить немного воды.
7. Не позволять есть, «что попало» и в каком угодно количестве.
8. Для хорошего аппетита и усвоения пищи большое значение имеет сервировка стола, внешний вид и качество приготовленной пищи, культура процесса кормления.
9. Дети за столом должны иметь постоянное место; стол и стул должны соответствовать физическому развитию ребенка (размерам тела).
10. Продолжительность приема пищи: завтрак и ужин – 15–20 минут, обед – 30 минут; очень быстрая или очень медленная еда отрицательно влияет на усвоение пищи.
11. При подаче на стол температура первого блюда должна быть +75°C, второго – +65°C, холодного блюда – +4–14°C.
12. Детей с плохим аппетитом нельзя кормить насильно; им можно во время еды предложить небольшое количество воды, ягодного или фруктового сока; можно дать сначала второе блюдо, а потом немного супа.
13. 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.

Советы по формированию правильного пищевого поведения:

- попытки родителей заставить ребенка доесть до конца порцию пищи при его отказе могут привести в дальнейшем к отказу от употребления тех или иных продуктов;
- новые продукты могут быть предложены ребенку в начале приема пищи, когда он еще голоден: его надо сначала предложить попробовать, и, если понравится, — предложить малышу небольшое количество;
- суточный рацион питания должен обязательно включать любимые блюда;
- начиная с 1 года, дети должны постепенно приучаться принимать пищу за обеденным столом совместно со взрослыми;
- для ребенка старше 1 года большое значение приобретает внешний вид пищи — красивая сервировка, приятный аромат;
- огромное значение имеет поведение взрослого как примера для подражания для усвоения таких норм поведения: как мытье рук, спокойное поведение, слова благодарности, использование столовых приборов и салфеток, полоскание рта после еды.

Признаки недостаточности питания:

- изменение поведения, гиподинамия;
- повышенная утомляемость, возбудимость, плаксивость;
- нарушение аппетита;
- бледность кожных покровов, признаки полигиповитаминоза;

- дистрофические изменения кожи, слизистых;
- дефицит массы тела;
- анемия, лейкопения;
- снижение иммунитета;
- нарушения переваривания пищи (по результатам копрологического исследования).

**Типичные ошибки при организации питания
детей раннего возраста:**

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

**Правила назначения диеты
здоровому ребенку раннего возраста**

Исходные данные: возраст.

Необходимо учитывать:

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

Организация питания:

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

Физическое воспитание

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

Физическое воспитание детей первого года жизни предполагает проведение индивидуальных занятий по комплексам, включающим массаж, гимнастику (рис. 1-6, табл. 34) и специальные методы закаливания: воздушные и световоздушные ванны, местные и общие водные процедуры, плавание. Сестра КЗР обучает мать методике их проведения. Участковая медсестра при патронажном посещении на дому контролирует правильность их выполнения. Все эти данные фиксируются в истории развития ребенка. Под особым наблюдением должны находиться ослабленные дети, часто болеющие ОРВИ. Очень важно, чтобы гимнастика и массаж проводились систематически с постепенным усложнением упражнений и приемов массажа. Если контроль за проведением массажа и гимнастикой недостаточен, если на приемах не фиксируется внимание родителей на огромную важность физического воспитания, то естественно, что эффективность их значительно снижается.

Комплексы гимнастики и массажа для детей до 1 года

Комплекс 1 (для детей 1,5–3 месяцев) (рис. 1)

Особенности развития ребенка от 1,5 до 3 месяцев.

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

Воспитательные задачи комплекса: содействие исчезновению гипертонии мышц путем поглаживающего массажа и частого общения с ребенком, что стимулирует у него так называемый «комплекс оживления»: улыбку, которая с анатомической точки зрения представляет собой расслабление мимических мышц; оживленные движения конечностями, связанные с разгибанием, т. е. с расслаблением мышц-сгибателей.

Продолжительность выполнения – 8–10 минут

1. *Массаж рук.* Малыша кладут на спину ногами к массажисту. Мать берет левой рукой правый лучезапястный сустав младенца, вкладывает свой большой палец в его кисть и вытягивает его руку. Поглаживание осуществляется по направлению от кисти к плечу вначале по внутренней, а затем по наружной поверхности руки. 4–6 раз.

2. *Массаж ног.* Мать держит правой рукой правую ногу малыша за стопу, а ладонью левой руки поглаживает в направлении от ступни к паховой области. Затем так же массируется левая нога.

3. *Массаж живота.* Правой ладонью делают легкие круговые поглаживающие движения по часовой стрелке. Нельзя надавливать на область правого подреберья, где располагается печень. 6–8 раз.

4. *Массаж стоп.* Указательным пальцем мать держит стопу малыша, а большим пальцем гладит тыльную сторону стопы в направлении от пальцев к голеностопному суставу. Область сустава массируется 4-6 раз.

5. *Массаж спины.* Малыша кладут на живот ногами к массажисту. Обеими ладонями мать поглаживает мышцы спины в направлении от затылка к ягодицам, затем делает возвратное движение от ягодиц к голове, произведя поглаживание теперь тыльной поверхностью кистей.

6. *Выкладывание на живот.* Малыша кладут на живот, руки сгибают в локтях и подкладывают ему под грудь.

7. *Пританцовывание.* Малыша берут под мышки лицом к себе и пытаются ставить на стол. 6–8 раз.

8. *«Шагание».* Ребенка берут под мышки, ставят на стол спиной к себе и затем наклоняют его вперед. У малыша в этом положении возникает «шагательная» реакция. 5 раз.

9. *Ползание на животе.* Малыша кладут на живот, согнутые в локтях его руки подкладывают под грудь. Мать подпирает рукой подошвы стоп ребенка. Если рука взрослого достаточно крепко зафиксирована, ребенок отталкивается от нее и ползет вперед.

10. *Плавание.* Поместив правую руку под грудь лежащего на животе ребенка, и взяв его левой рукой за стопы и голени вытянутых ног, мать поднимает его. В ответ на это малыш рефлексивно разгибает спину и откидывает голову назад. 2 раза.

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

При проведении массажа поглаживающие движения рук должны быть легкими, плавными и направленными от периферии к центру. Например, массаж рук проводят от кисти ребенка к плечу по внутренней и наружной поверхностям предплечья и плеча; поглаживание ног – от стопы к паховому сгибу по наружной и задней поверхностям голени и бедра, обходя коленную чашечку снаружи и снизу, избегая толчков в области коленного сустава.

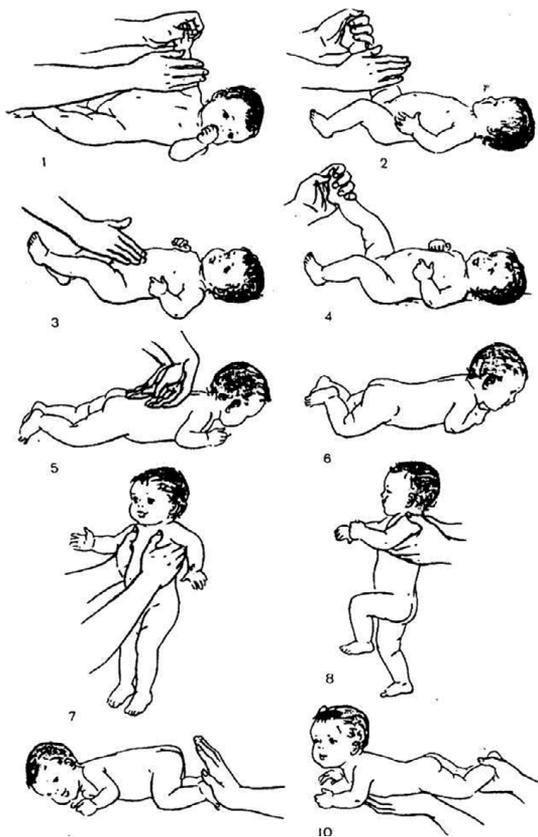


Рис. 1. Комплекс 1

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

Особенности развития:

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

Воспитательные задачи комплекса:

- Создать условия для развития хватания.
- Добиться нормального мышечного тонуса нижних конечностей.

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

1. *Массаж рук* (см. упражнение 1, комплекс 1). 6–8 раз.

2. *Скрещивание рук на груди и разведение их в стороны*. Ребенка кладут на спину ногами к матери. Она вкладывает свои большие пальцы в кисти малыша, он тотчас рефлекторно крепко их охватывает. Руки ребенка осторожно разводят в стороны и скрещивают на груди, попеременно накладывая одну на другую. 6–8 раз.

3. *Массаж живота*. Вначале производят (8–10 раз) круговое поглаживание живота ладонью правой руки по часовой стрелке. Затем приемом растирания массируют живот (6–8 раз). Обе ладони кладут на живот и осуществляют растирающие движения вдоль его средней линии. При этом движения рук должны иметь противоположные направления. Затем выполняют растирание живота (6–8 раз). Направления движения рук – от поясничной области к срединной линии, при этом пальцы матери должны соединяться над областью пупка. Завершают процедуру круговым поглаживанием (до 10 раз).

4. *Массаж ног*. Ребенка кладут на спину ногами к матери. Процедуру начинают с поглаживания, затем мелкими движениями ладони производят растирание в направлении от спины к тазобедренному суставу по наружной стороне голени и бедра. После этого большим и указательным пальцами обеих рук производят спиралеобразные растирающие движения по наружной и внутренней стороне голени и по наружной стороне бедра в направлении от стопы к паховой области (кольцевидное растирание). Каждый прием массажа выполняют 8–12 раз. В завершение осуществляется поглаживание (4–6 раз).

5. *Поворот со спины на живот*. Мать берет левой рукой левую кисть малыша, а правой слегка поворачивает его за таз. Поворот в противоположную сторону выполняется с помощью правой руки. Голову ребенок должен поворачивать сам. По 2 раза в ту и другую сторону.

6. *Массаж спины*. Ребенка кладут на живот, процедуру начинают с поглаживания (6–8 раз), затем выполняют растирание (4–6 раз) обеими ладонями от шеи к ягодицам и обратно по обеим сторонам позвоночника по ходу мышц.

7. *Плавание* (см. упражнение 10, комплекс 1).

8. *Массаж грудной клетки*. Ребенка кладут на спину. Ладонями обеих рук выполняют поглаживание (4–6 раз) по ходу грудных мышц по направлению к подмышечным впадинам. Затем, охватив руками грудную клетку, круговыми движениями пальцев сдвигают и незначительно поднимают кожу –10 раз, заканчивая поглаживанием.

10. *Поднимание на ноги.* Мать берет малыша за локти и слегка поднимает его, побуждает встать вначале на колени, а затем и на ноги. 2 раза.

11. *Массаж стоп.* Вначале производят поглаживание, после чего используют приемы растирания и поколачивания. Растирания пальцев стопы выполняют, поместив их между ладонями матери. Поколачивание осуществляется тыльной стороной среднего и указательного пальцев по подошве стопы малыша.

12. *Пританцовывание* (см. упражнение 7,

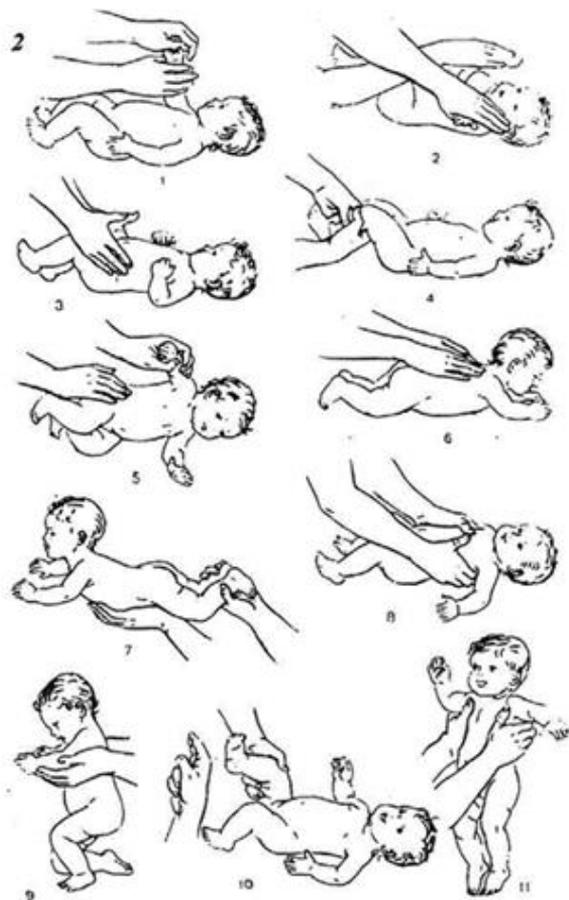


Рис. 2. Комплекс 2

Комплекс 3 (для детей 4–6 месяцев) (рис. 3)

Особенности развития:

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

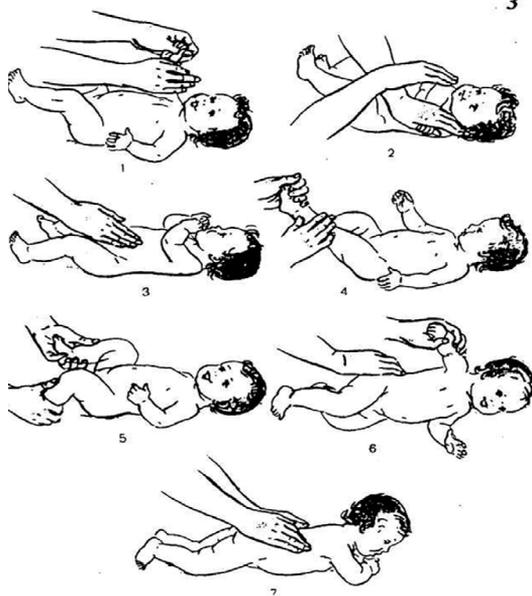
Воспитательные задачи комплекса.

- Научить ребенка удерживать предметы в руках.
- Воспитание чувства ритма путем выполнения упражнений под счет «раз, два, три, четыре».
- При выполнении упражнений для рук и плечевого пояса ребенку да-

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

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

7. *Массаж спины.* Сначала выполняют поглаживание и растирание (см. упражнение 6, комплекс 2).



Затем производят разминание спиралеобразными движениями соединенных вместе пальцев рук по обеим сторонам позвоночника в направлении от ягодиц к шее. Используется еще один прием массажа — похлопывание. Оно осуществляется тыльной стороной пальцев рук по ходу мышц спины по обеим сторонам позвоночника, исключая область почек. Похлопывание производят вначале одним, потом двумя, тремя и, наконец, всеми пальцами обеих рук. По окончании каждого приема массажа осуществляется поглаживание

Рис. 3. Комплекс 3

8. *Разгибание позвоночника и ног в положении лежа на животе, на весу.* Малыша кладут на живот, мать подкладывает свои ладони под его живот, соединяет мизинцы и поднимает его над столом. В ответ на это у ребенка возникает рефлекторное разгибание ног в тазобедренных суставах и позвоночника с одновременным отклонением головы назад.

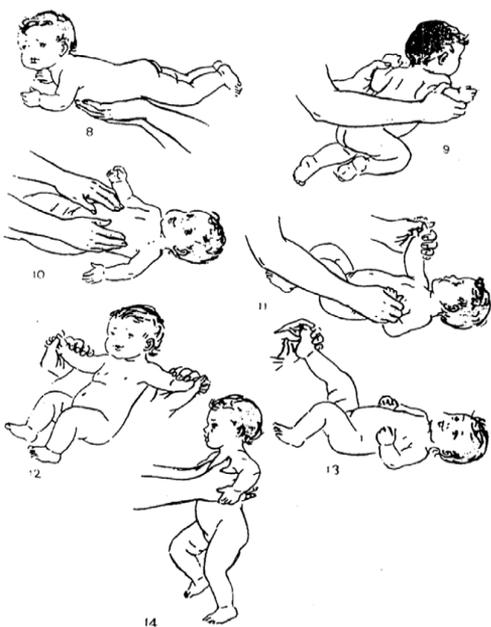
9. *Поднимание ребенка на ноги из положения лежа на животе при поддержке под локти* (см. упражнение 9, комплекс 2).

10. *Массаж грудной клетки.* Ребенка кладут на спину. Вначале выполняется поглаживание грудной клетки (см. упражнение 8, комплекс 2).

11. Затем слегка согнутыми пальцами обеих рук производят растирание спиралеобразными движениями между ребрами одновременно с обеих сторон (3-4 раза).

12. После растирания делается вибрация мышц грудной клетки по ее передней поверхности. Мать охватывает руками грудную клетку малыша плотно с обеих сторон и выполняет ритмичные движения вверх-вниз вдоль грудной клетки с легкой вибрацией (8-12 раз). Все приемы массажа грудной клетки завершаются поглаживанием.

13. Сгибание и разгибание рук ребенка в положении лежа на спине. Мать дает малышу обхватить ее большие пальцы, затем сгибает и разгибает его руки в локтевых и плечевых суставах попеременно 6–8 раз.



14. Присаживание за разведенные в стороны выпрямленные руки. Малыша кладут на спину. Мать дает ему обхватить ее большие пальцы, остальными держит руки ребенка выше кисти, разводит их, выпрямив в стороны и побуждает малыша сесть, потягивая за руки. 2–3 раза.

15. Массаж стоп (см. упражнение 4, комплекс 1).

16. Переступание при поддержке под мышки. Мать ставит малыша лицом к себе. Поддерживая ребенка под мышки, она побуждает его к переступанию. 1–2 раза

Рис. 3. Комплекс 3

Комплекс 4 (для детей 6–9 месяцев) (рис. 4)

Особенности развития:

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

Воспитательные задачи комплекса:

- Воспитание навыков ползания – 7 месяцев.
- Воспитание понимания речевой инструкции – 10 месяцев

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

1. *Круговые движения руками.* Малыша кладут на спину. Мать дает ему обхватить руками ее большие пальцы, выпрямляет его руки и затем выполняет ими круговые движения в плечевых суставах. 4–6 раз.

2. *Массаж живота* (см. упражнение 2, комплекс 2).

3. *Поднимание (пассивное) выпрямление ног в положении лежа на спине.* Мать обхватывает голени малыша сзади и поднимает выпрямленные в коленях ноги вертикально, сгибая их в тазобедренных суставах. 5–6 раз.

4. *Массаж стоп* (см. упражнение 4, комплекс 1).

5. *Поворот влево и вправо со спины на живот.* Осуществляя поворот, мать придерживает малыша только за ноги, не касаясь рук.

6. *Массаж спины* (см. упражнение 6, комплекс 2).

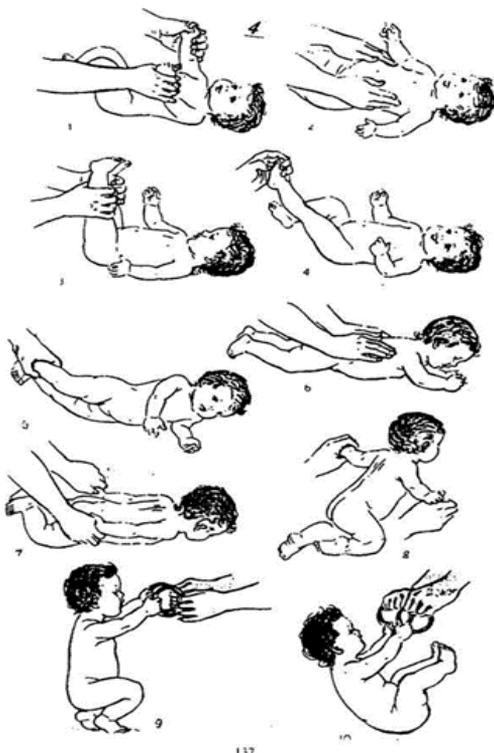


Рис .4. Комплекс 4

7. *Отведение плеч назад до сведения лопаток.* Малыша кладут на живот ногами к матери. Мать дает ему обхватить руками ее указательные пальцы и выпрямляет его руки вперед. В это время голова малыша немного поднимается над столом. В последующем руки ребенка сгибают в локтях, опускают вниз и отводят назад до максимального сближения лопаток. 1–2 раза.

8. *Приподнимание за руки из положения лежа на животе при поддержке за кисти рук или под локти.* Ребенка кладут на живот. Мать дает ему обхватить руками ее указательные пальцы, выпрямляет вперед его руки до полного разгибания в плечевых и локтевых суставах, приподнимает их, отводя назад. При потягивании за руки мать побуждает малыша встать на ноги. 1–2 раза.

9. *Массаж грудной клетки* (см. упражнение 10, комплекс 2).

10. *Попеременное сгибание и разгибание рук* (см. упражнение 11, комплекс 3). Когда ребенок научится самостоятельно сидеть, это упражнение выполняется в положении сидя.

11. *Присаживание потягиванием за согнутые в локтях руки*. Малыша кладут на спину ногами к матери, мать вкладывает свои указательные пальцы в ладони малыша и легко тянет его за руки. Ребенок активно (при небольшой помощи матери) должен садиться.

12. *Пассивное топтание*. Малыша кладут на спину, мать обхватывает его стопы сверху ладонями, расположив указательные пальцы на передней поверхности голени, сгибает ноги малыша в коленных и тазобедренных суставах, упирает ступни в стол и осуществляет быстро попеременно сгибает и разгибает ноги со скольжением стоп по столу и топтанием. 10–15 раз.

13. *Разгибание и сгибание туловища*. Малыша кладут на спину, мать обхватывает голени ребенка левой рукой и приподнимает его ноги кверху. Правой рукой она одновременно поднимает его за спину. Ребенок при этом упирается затылком в стол. Вторая часть упражнения: мать левой рукой держит голени малыша, а правой, придерживая его под спину, помогает ему поднять туловище на свою согнутую в локте руку до положения сидя. Затем выполняются движения в обратном порядке: туловище опускается до упора головой в стол, ноги одновременно разгибаются. Упражнения выполняют медленно.

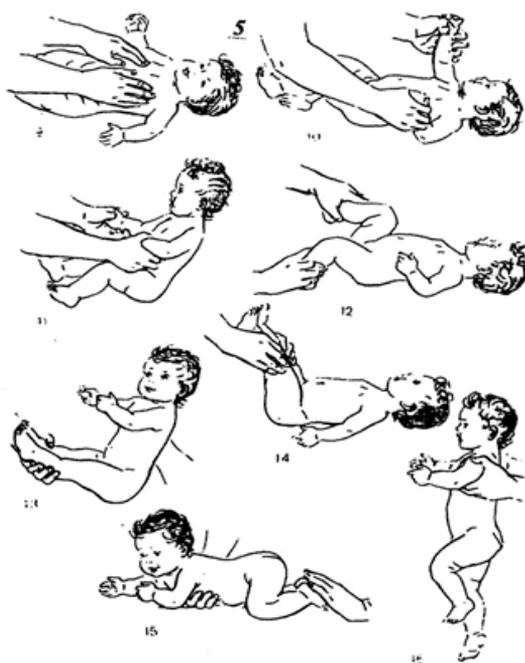


Рис. 4. Комплекс 4

14. *Вращение ног в тазобедренных суставах.* С мальчиками упражнение делают следующим образом: малыша кладут на спину, мать, обхватив руками голени соединенных вместе полусогнутых ног ребенка, выполняет медленные круговые движения в тазобедренных суставах (2–3 раза в каждую сторону). То же упражнение – для девочек: ребенка кладут на спину. Мать обхватывает голени его соединенных вместе выпрямленных ног и сгибает их в тазобедренных и коленных суставах до прикосновения бедер к животу. Затем медленно и осторожно разводя ноги в стороны, опускает их вниз до первоначального положения (2–3 раза).

15. Затем упражнение выполняется в обратном порядке. Мать вначале слегка разводит ноги дочери в стороны, потом сгибает их до прикосновения бедер к животу, после этого, соединив их вместе, опускает вниз на стол.

16. *Положение на животе.* Исходное положение малыша – лежа на животе. Перед ребенком на расстоянии чуть более вытянутой руки кладут интересную игрушку. Мать сгибает ноги малыша в тазобедренных и коленных суставах и подпирает ладонью левой руки его стопы. Обычно при этом ребенок 3-й четверти года начинает ползти к игрушке. Если он не ползет самостоятельно, мать подкладывает свою руку под грудь малыша и продвигает его вперед.

17. *Переступание при поддержке под мышки* (см. упражнение 14, комплекс 3). Позднее это упражнение выполняется при поддержке ребенка за кисти рук. Переступая, малыш должен сделать 5–8 шагов.

Комплекс 5 (для детей 9–12 месяцев) (рис. 5)

Особенности развития:

- Стоит и ходит без опоры – вводятся упражнения из исходного положения стоя.
- Понимает речь – некоторые упражнения, прежде пассивные, выполняются ребенком самостоятельно по речевым инструкциям, для правиль-

Воспитательные задачи комплекса: стимулировать самостоятельное выполнение упражнений, инструкций при обязательном обеспечении правильности движений пособиями: кольца, палки.

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

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

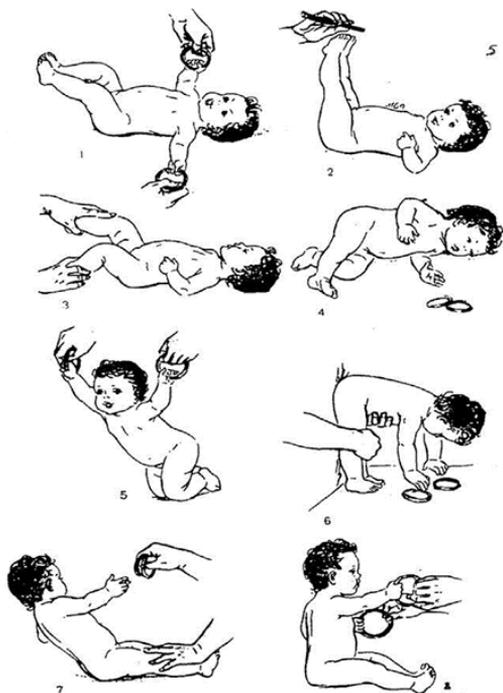


Рис. 5. Комплекс 5

7. Присаживание. Малыша кладут на спину, мать фиксирует (легонышко придавливает руками к столу) ноги ребенка ниже коленных суставов и предлагает сесть. 2-3 раза.

8. Сгибание и разгибание рук в положении сидя с использованием колец. Ребенок и мать одновременно держатся за кольца. Производится попеременное сгибание и разгибание рук в локтевых и плечевых суставах. 6-8 раз.

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

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

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

Название упражнений	Исходное положение	Для какой мускулатуры
9. Ходьба по ребристой поверхности	Стоя	Для профилактики плоскостопия
10. Перешагивание через препятствия	Стоя	Для выработки координации движений
Комплекс 8. От 2-х до 3-х лет		
1. Круговые движения руками или сгибание и разгибание рук		Для рук и плечевого пояса
2. Пролезание под гимнастическую скамью	Лежа на животе	Для спины, позвоночника и ног
3. Приседание, держась за палку	Стоя	Для ног и стоп
4. Поднятие ног до гимнастической палки	Лежа на спине	Для брюшного пресса и стоп
5. Ходьба по дорожке шириной 15 см	Стоя.	Упражнение в правильной ходьбе.
6. Присаживание, держась за палку	Лежа на спине	Для рук и плечевого пояса
7. Перешагивание через ряд препятствий, расположенных на расстоянии 40 см друг от друга	Стоя	Для выработки координации движений
8. Присаживание с фиксацией стоп	Лежа на спине	Для брюшного пресса
9. Ходьба по ребристой поверхности	Стоя	Для профилактики плоскостопия

Закаливание детей раннего возраста

Закаливание – это система мероприятий, направленных на тренировку защитных физиологических механизмов терморегуляции организма.

Основные задачи: развитие выносливости при изменяющихся факторах окружающей среды; повышение сопротивляемости к различным заболеваниям.

Процессы закаливания протекают с участием всех органов и систем человека, в первую очередь нервной и эндокринной, что отражается на регуляции всех физиологических процессов организма. Начальные стадии закаливания сопровождаются усилением деятельности гипофиза, надпочечников и

щитовидной железы. По мере приспособления организма напряжение эндокринной системы снижается. Закаливание оказывает специфическое и неспецифическое действие на организм.

Специфический эффект проявляется в повышении устойчивости организма к воздействию метеорологических факторов, что совершенствует реакции гомеостаза.

Неспецифический эффект выражается в том, что под влиянием закаливания повышается устойчивость организма к различным неблагоприятным воздействиям (в том числе к возбудителям инфекционных заболеваний).

В детском возрасте закаливание создает основу для нормального физического и психического развития, формирует сознательное активное отношение к физическому воспитанию, то есть закаливание – это активный процесс.

Основные принципы закаливания. Наибольший эффект от проведения закаливания достигается только при условии грамотного осуществления и обязательного соблюдения следующих принципов:

1. *Постепенность увеличения закаливающих воздействий.* При закаливании детей недопустимо быстрое, форсированное снижение температуры или увеличение продолжительности процедуры.
2. *Систематичность, т. е. регулярное повторение закаливающих воздействий на протяжении всей жизни.*
3. *Учет индивидуальных особенностей ребенка: состояния его здоровья, физического и психического развития, типологических особенностей нервной системы, чувствительности к действию закаливающих агентов. В соответствии с этими особенностями назначается закаливающая нагрузка.*
4. *Проведение закаливания при положительном эмоциональном настрое ребенка. Важно, чтобы процедуры носили игровой характер, а холодное и тепловое воздействие не сопровождалось негативными реакциями.*
5. *Многофакторность обязывает использовать при закаливании несколько физических воздействий: холод, тепло, облучение видимыми, ультрафиолетовыми, инфракрасными лучами, механическое воздействие движения воздуха, воды и др.*
6. *Полиградиентность основана на необходимости тренировок ребенка к слабым и сильным, быстрым и замедленным, средним по силе и времени действия охлаждениям. Это необходимо для того, чтобы искусственно не закреплялись узкие стереотипы закаленности только к одному диапазону перепадов температур, а вырабатывалась готовность организма без повреждений воспринимать различные естественные температурные воздействия, встречающиеся в повседневной жизни.*
7. *Сочетание общих и местных охлаждений. Оптимальная*

- устойчивость организма ребенка достигается при чередовании общих закаливающих охлаждений с местными, направленными на наиболее чувствительные к действию холода области (стопы, носоглотка, поясница).*
8. *Выполнение закаливающих процедур на разном уровне теплопродукции организма для повышения его устойчивости к температурным воздействиям как в покое, так и в движении.*
 9. *Учет предшествующей деятельности, состояния организма предусматривает уменьшение дозы охлаждения после воздействия выраженных физических, психоэмоциональных нагрузок и необычных раздражений, которые негативно влияют на процесс термовосстановления*
 10. *Учет сезонных ритмов необходим для правильной организации закаливания, поскольку резистентность и адаптационные возможности организма имеют сезонные колебания. Так, сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям повышена летом и снижается в зимне-осенний период. Поэтому оптимальное время для начала закаливающих процедур – лето.*
 11. *Обязательный медицинский контроль и самоконтроль. Перед началом закаливания необходимо проконсультироваться с врачом, получить рекомендации по выбору оптимальной схемы закаливания. При проведении самой процедуры закаливания обычно отмечается побледнение или покраснение тела, самочувствие ребенка хорошее, внешний вид бодрый, реакция на закаливание позитивная. Если процедура дозируется неправильно, то ребенок ежится, у него появляется озноб, гусиная кожа, дрожь, он плачет и сопротивляется проведению процедуры. Если в процессе закаливания отмечается ухудшение самочувствия, снижается аппетит, возникает бессонница, снижение работоспособности, необходимо прекратить закаливание и обратиться к врачу.*

Нарушение этих принципов приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливания, а иногда и к гиперактивации нейроэндокринной системы и последующему ее истощению.

Показания и противопоказания к закаливанию. Постоянных противопоказаний к закаливанию нет. Ограничивается только доза (температура, площадь) закаливающей процедуры и длительность воздействующего фактора.

Временными противопоказаниями к закаливанию являются:

- лихорадочное состояние;
- обширные поражения кожных покровов;
- выраженные травмы;
- пищевые токсикоинфекции;

– другие заболеваний со значительными нарушениями деятельности нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем.

Как только острое состояние патологического процесса миновало, необходимо приступать к закаливанию, сначала с использованием местных и далее – общих процедур.

При перерыве в закаливании от 5 до 10 дней при возобновлении закаливания следует ослаблять холодовые воздействия на 2–3°C по сравнению с температурой последней перед перерывом процедуры. После острого периода заболевания длительностью до 10 дней величина холодового воздействия ослабляется на 2–3°C по сравнению с температурой последних процедур. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется возвратиться к начальной методике закаливания.

Все закаливающие мероприятия разделяются на специальные и неспециальные.

Неспециальные – элементы закаливания, которые используются в повседневной жизни ребенка:

- поддержание температуры воздуха в помещении в пределах нормы;
- регулярное проветривание помещения;
- воздействие пульсирующего микроклимата за счет перепадов температуры воздуха в разных помещениях;
- подбор одежды, обеспечивающей тепловой комфорт;
- частичные воздушные ванны в облегченной одежде;
- воздушные ванны при переодевании в течение 3–5 минут;
- прогулки (3,5–4 часа) в любую погоду в одежде, не стесняющей активную деятельность ребенка;
- дневной сон детей без ночных рубашек и маек;
- сон детей в помещении с открытыми фрамугами;
- ежедневные гигиенические процедуры – умывание, мытье рук до локтя, шеи, мытье ног;
- проведение утренней гимнастики на игровых площадках. Специальные – строго дозированное воздействие естественных факторов природы; в качестве основных средств используются водные, воздушные и солнечные.

Закаливающие мероприятия для детей условно можно разделить на два режима:

- первый (начальный), когда происходит становление холодовой (тепловой) устойчивости организма при постепенном усилении воздействия закаливающего фактора;
- второй (закрепляющий), в течение которого поддерживается приобретенная готовность ребенка воспринимать температурные и другие воздействия внешней среды без функциональных нарушений.

Закаливающее воздействие следует индивидуализировать, т. е. дифференцировать в зависимости от возраста ребенка, состояния его здоровья, уровня закаленности. Поэтому при проведении закаливающих мероприятий целесообразно выделять две группы детей: **основную и ослабленную**.

К основной группе относятся здоровые, ранее закаливаемые дети. В **ослабленную группу** входят:

- здоровые, но ранее не закаливаемые дети или дети с функциональными отклонениями (из группы риска);
- ослабленные дети (часто болеющие, имеющие хронические очаги инфекции, реконвалесценты заболеваний и т.д.).
- При назначении закаливающих процедур детям ослабленной группы начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2–4 градуса выше, чем для детей основной, а темп ее снижения более медленным. Выделяют *три режима* закаливания:
 - начальный – тренируются только физические механизмы терморегуляции (короткие процедуры с постоянным агентом, обязательно заканчивающиеся теплом);
 - оптимальный – стандартная методика;
 - специальный – интенсивное закаливание с участием химических процессов терморегуляции.

Детям основной группы сразу можно назначать оптимальный режим с переходом в последующем на специальный.

Детям из ослабленной группы закаливание длительно (не менее 1,5 месяцев) ведется по начальному режиму с постепенным переходом на оптимальный. Вопрос о специальном режиме решается индивидуально.

При проведении закаливающих процедур рекомендуется учитывать преобладающий тонус вегетативной нервной системы (табл. 21).

Неспециальные методы закаливания включают подбор одежды ребенка в соответствии с температурой окружающей среды и создание пульсирующего теплового режима в помещении (табл. 22, 23).

В период новорожденности не проводят специальных закаливающих процедур, поскольку ребенок должен адаптироваться к тем условиям среды, которые его окружают. Вместе с тем именно в первые недели жизни необходимо правильно организовать воздушный и температурный режимы в помещении, подобрать рациональную одежду.

Одежда имеет существенное значение в адаптации к средовым факторам и закаливанию ребенка, она предотвращает переохлаждение и, что не менее важно, перегревание детей. При систематически неправильном, чрезмерном одевании у детей могут возникнуть явления токсикоза и эксикоза, усиливается потоотделение, снижается аппетит. Перегревание снижает рост и развитие детей, уменьшает иммунобиологическую реактивность организма.

Таблица 21

Алгоритм и тактика подбора индивидуальной схемы закаливания
(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Параметры	Преобладающий тонус вегетативной нервной системы	
	симпатикотония	ваготония
Конституциональный тип	Нервно-артритический	Лимфатико-гипопластический и экссудативно-катаральный
Тип терморегуляции	1-й тип – лабильный – «спринтеры»	2-й тип инертный – «стайеры»
Реакция организма на закаливание	Интенсивная непродолжительная	Малоинтенсивная длительная
Вид охлаждения	От замедленных слабых (на 2–3°С за 120 с) до быстрых слабых и сильных охлаждений (от 2–3°С за 2–3 с до 10–12°С за 10 с)	Все виды охлаждения
Тип закаливающих процедур	Кратковременные, лучше контрастные процедуры постепенно нарастающей интенсивности	Холодовые процедуры постепенно нарастающей интенсивности
Тип интенсивных закаливающих процедур	Кратковременные интенсивные контрастные процедуры. Горячие водные процедуры	Интенсивные холодные процедуры различной длительности

Таблица 22

Вид одежды ребёнка при различной температуре воздуха в помещении (по данным Г. В. Терентьевой)

Температура воздуха	Вид одежды
+23° С и выше	Одно-, двухслойная одежда: тонкое хлопчатобумажное бельё, лёгкое хлопчатобумажное платье с короткими рукавами, носки, босоножки
от +21° до +22°С	Двухслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинными рукавами.
от +18° до +20°С	Двухслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, плотное хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинными рукавами.
от +16° до +17°С	Трёхслойная одежда: хлопчатобумажное бельё, трикотажное или шерстяное платье с длинным рукавом, колготы, туфли (тёплые тапочки)

Таблица 23

**Примерная схема подбора одежды ребенка раннего возраста
зависимости от температуры окружающего воздуха**

Одежда	Температура воздуха, °С						
	От 22 и выше	От 22 до 19	От 18 до 6	От 6 до -2	От -3 до -8	От -9 до -12	От -13 и ниже
Майка	+	+	+	+	+	+	+
Трусы	+	+	+	+	+	+	+
Колготки		+	+	+	+	+	+
Рейтузы или брюки				+	+	++	++
Платье ситцевое или фланелевое	+	+	+	+	+	+	+
Кофта				+	+	+	+
Демисезонные куртка или пальто, или комбинезон			+	+			
Зимние пальто или комбинезон					+	+	+
Тапочки	+ в помещении при любой температуре						
Туфли		+	+				
Сапоги утепленные				+	+	+	+
Носки теплые					+	+	+

В помещении нецелесообразно надевать детям раннего возраста носки или гольфы (это можно делать на короткое время с целью закаливания). При температуре воздуха ниже -15°C количество слоев одежды не меняется, меняется только ее качество (шерстяное платье, теплое белье и др.).

Одевая ребенка в соответствии с температурными условиями, мы должны предусмотреть тренировку организма к холодовым воздействиям.

Существенное значение имеет правильное одевание ребенка, начиная с периода новорожденности. При температуре воздуха $+21\dots+22^{\circ}\text{C}$ ребенка первых месяцев жизни во время бодрствования необходимо одевать в легкую распашонку и байковую кофточку. При температуре воздуха в комнате $+21\dots+22^{\circ}\text{C}$ ситцевую или байковую шапочку носят только до двухнедельного возраста. Позднее шапочку ребенку не надевают. Во время бодрствования малыш осуществляет большое количество движений. Уже в возрасте 1 месяца, когда удлиняется период бодрствования, ребенку можно надевать ползунки, в которых он может свободно двигаться.

Рациональная одежда во время прогулок способствует повышению адекватной двигательной активности. Воздействие закаливающих факторов на фоне повышенной теплопродукции является наиболее эффективным. Особенно это

важно в холодное время года. Для зимы достаточно 4–5 слоев одежды: нательная рубашка и трусы, колготки, верхняя рубашка и штаны (для девочек – платье), теплая кофточка. Наилучшей верхней одеждой для детей 3–7 лет является комбинезон из шерстяной ткани и ватина с надеваемым на голову шлемом. Комбинезон могут заменить рейтузы и пальто. В зимний период надевают валенки с калошами или теплые сапожки. Во время мороза – до -15°C дополнительно надевают шерстяные носки.

Сон на воздухе. Оздоровительное действие воздуха необходимо использовать при дневном сне уже в раннем возрасте, закаливающий эффект при этом можно получить при правильно подобранной одежде ребенка.

Важно правильно организовать сон на свежем воздухе. Матрацы в холодное время года не должны храниться на веранде. Их переносят туда лишь непосредственно перед сном детей, в противном случае матрацы будут переохлаждаться. Нельзя также оставлять матрац детской коляски все время на улице в холодное время года. Его стелют в коляску лишь непосредственно перед прогулкой. Во время сна ребенку необходимо обеспечить тепловой комфорт путем рационального подбора одежды соответственно температуре воздуха.

Неспециальное закаливание возможно и при проведении гигиенических процедур:

- в первые месяцы жизни лицо ребенка умывают теплой водой, температура которой $+32\text{--}33^{\circ}\text{C}$. Затем температуру воды постепенно снижают;
- начиная со второго полугодия жизни, моют не только лицо и руки, но и шею, и верхнюю часть груди. Сразу после умывания ребенка насухо обтирают полотенцем до небольшого покраснения кожи;
- начиная с 2–3 лет, детей умывают водой комнатной температуры, постепенно снижая ее температуру до $+18\text{--}19^{\circ}\text{C}$.

Важно приучать детей ходить босиком по земле, по траве, по песку. Сначала можно ходить в легкой обуви, открытой сверху, затем в носках (сначала – толстых, затем – тонких) и далее босиком.

Оптимальный температурный режим необходимо соблюдать как в домашних условиях, так и в основных помещениях образовательных учреждений, т. е. только при его правильном выполнении мы можем вводить в режим дня детей закаливающие процедуры.

Для того чтобы температурный режим помещений способствовал закаливанию и оказывал тренирующее воздействие на организм ребенка, необходимо сделать его «пульсирующим». Критерием прекращения сквозного проветривания помещения является температура воздуха, которая снижается от $2\text{--}4^{\circ}\text{C}$ до $4\text{--}5^{\circ}\text{C}$, при этом температура воздуха в помещении может опускаться до $+14\text{--}16^{\circ}\text{C}$. Сквозное проветривание проводится в отсутствие детей в помещении: утром

перед приходом детей, перед занятиями, перед возвращением детей с прогулки, во время дневного сна, после полдника.

Рациональное проведение неспециальных закаливающих мероприятий с самого раннего возраста способствует укреплению здоровья детей, подготовке организма ребенка к проведению дальнейших – уже специальных закаливающих процедур.

Специальные методы закаливания требуют как полного здоровья, так и большей исходной устойчивости организма к средовым факторам.

Специальные закаливающие процедуры различаются:

- по силе воздействия: местные (обтирание, обливание, ножные или ручные ванны), общие (обтирание, обдувание воздушным потоком, обливание, ванна, купание);
- по действующему фактору и его продолжительности и по (воздух, вода, солнце).
- Следует учитывать, что:
- проведение специальных закаливающих процедур осуществляется с учетом всех принципов закаливания;
- подбор методик проводится исходя из конкретных условий образовательного учреждения и в соответствии с сезоном года;
- процедуры начинают с местных воздействий;
- закаливание воздухом должно предшествовать закаливанию водой и солнцем;
- через 1–2 недели после проведения воздушных ванн начинаются водные методики закаливания;
- наиболее эффективен такой подбор специальных закаливающих процедур, при котором они равномерно распределены в режиме дня каждой возрастной группы образовательного учреждения;
- процедуры закаливания должны выполняться родителями и в домашних условиях.

Солнечно-воздушные ванны должны начинаться не ранее, чем через 1,5 часа после еды, и заканчиваться не позднее, чем за 30 минут до еды. С учетом интенсивной инсоляции (при закаливании солнечными лучами) лучшим является время от 10 до 12 часов.

Контрастные воздушные ванны проводятся с разницей в температуре воздуха в помещениях в 5–8°C. Ребенок в течение 1,5–2 минут выполняет 3–4 физических упражнения, затем перебегает в более холодное помещение, 1–1,5 минут делает циклические движения средней интенсивности (бег, ходьба) или играет подвижные игры. Всего делается 4–6 заходов.

Хожение босиком. Предупреждению заболеваний способствует обливание стоп – как самостоятельная процедура, так и в комплексе с хождением босиком по полу, холодному и горячему песку. Хожение босиком начинают при температуре пола не ниже +18°C. В течение 3–5 дней ребенок ходит в носках, затем без

них по 3–4 минуты с увеличением времени на 1 минуту в день до 15–20 минут. После хождения босиком проводится обливание стоп при температуре воды в начале закаливания +37–36°C с постепенным снижением в процессе закаливания до +20°C.

Схемы закаливания водой здоровых детей раннего возраста представлены в таблице 24.

Таблица 24

Закаливание водой здоровых детей раннего возраста

Процедура	Температура воды	
Местное обливание	Начальная	+30°C
	Конечная	+18°C
	Скорость снижения температуры	Через 3–4 дня на 2°C
Общее закаливание	Начальная	+35°C
	Конечная	+26°C
	Скорость снижения температуры	Через 3–4 дня на 2°C
Местное контрастное обливание	Начальная теплая	+35–36°C
	Начальная холодная	+25–26°C
	Конечная теплая	+38°C
	Конечная холодная	+20°C
	Контрастное закаливание	X – T – X *

Примечание. * – X – холодная вода; T – теплая вода.

Купание в открытом водоеме, плавание в бассейне. Занятия по плаванию проводятся не ранее, чем через 30–40 минут после приема пищи и не позднее, чем за 1,5–2 часа до ночного сна. Наиболее целесообразное время проведения занятий: утром до завтрака – с 7:30 до 8:30, после завтрака – с 9:30 до 12:30, после дневного сна – с 15:15 до 17:00. При проведении занятий с 7:30 до 8:30 ребенку должен быть предложен легкий завтрак (печенье, полстакана кефира). Выход на прогулку в теплый период года возможен практически сразу после купания. При умеренно холодной погоде и слабом ветре в осенне-зимний период – через 25–30 минут после занятий плаванием (если волосы у детей хорошо высохли). Занятие состоит из разминки («сухое купание») и плавания. Общая длительность занятия – от 10–15 до 30–40 минут (на суше – не более 3–5 минут).

Полоскание рта и горла прохладной кипяченой водой начинают водой +36–37°C с последующим снижением температуры через каждые 3–4 дня на 1–2°C, доводя ее до 8–10°C. Детям раннего возраста, не умеющим полоскать горло, рекомендуется по такой же схеме питье прохладной воды.

К интенсивным (нетрадиционным) методам закаливания относят те, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела человека со снегом, ледяной водой, воздухом отрицательной температуры. Такое закаливание детей до настоящего времени остается дискуссионным.

Реакция организма на действие любых раздражителей обозначается как общий адаптационный синдром, в котором выделяют три стадии:

- стадию тревоги (активация функции коры надпочечников, вследствие чего уменьшается объем вилочковой железы, селезенки, лимфатических узлов);
- стадию резистентности (развитие гипофункции коры надпочечников);
- стадию истощения.

Физиологическая незрелость организма детей раннего возраста, в первую очередь незрелость нейроэндокринной системы, является нередко причиной не повышения, а наоборот, подавления иммунной активности, быстрого развития стадии истощения при чрезмерном закаливании ребенка к холоду.

Поэтому практически все авторы, занимающиеся вопросами закаливания детей раннего возраста, считают купание детей в ледяной воде противопоказанным (Воронцова И. М., Беленький Л. А., 1990.).

Русская баня. Во многих регионах нашей страны широко используется закаливающий эффект русской бани. Основой его является строгое соблюдение контрастного цикла: нагревание – охлаждение – отдых, формула закаливающего цикла – 1 : 1 : 2. Для детей раннего возраста, только привыкающих к русской бане, достаточно одного цикла. В парильном отделении вначале следует находиться не более 3–5 минут, через несколько посещений можно увеличить время до 5–10 минут. Вначале охлаждение лучше проводить обливанием, затем холодным душем, позднее – купанием в холодной воде, в том числе и в проруби, обтиранием снегом. Постепенно количество заходов в парную увеличивают до 4–5.

В баню рекомендуется ходить через 3–4 дня, курс – 5–8 процедур.

Мероприятия, применяемые в зависимости от возраста у детей первых трех лет жизни представлены в таблице 25.

Таблица 25

Закаливающие мероприятия для детей первых трех лет жизни

Мероприятия	Возраст			
	1–3 месяца	3–6 месяцев	7–12 месяцев	1–3 года
Температура в помещении, °С	20–22°	20–22°	20–22°	20–19°
Сон на воздухе при температуре, °С	От -10° до +30°	От -15° до +30°	От -15° до +30°	от -15° до +30°
Умывание. Температура воды, °С	+28°	+25–26°	+24–26°	В начале закаливания – +20°, затем постепенное снижение до +18–16°. Старше 2 лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя
Общая ванна при температуре воды, °С	+36–37° в течение 5–6 мин.	+36–37° в течение 5–6 мин. с последующим обливанием водой +34–35°С	+36–37° с последующим обливанием водой +34–35°С	+36°С в течение 5 мин. с последующим обливанием водой +34°С, перед ночным сном 2 раза в неделю
Воздушная ванна во время пеленания и массажа		6–8 мин.	10–12 мин.	При смене белья после ночного и дневного сна, детям старше 2 лет – во время утренней гигиенической гимнастики и умывания
Летом пребывание под рассеянными лучами солнца		2–3 раза в день до 5–6 мин.	2–3 раза в день до 10 мин.	С 5–6 минут до 8–10 минут 2–3 раза в день
«Сухие обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи			В течение 7–10 дней, далее влажные обтирания водой +35° с постепенным понижением до +30°	
Прогулка				2 раза в день при температуре воздуха от -15° до +30°С

Мероприятия	Возраст			
	1–3 месяца	3–6 месяцев	7–12 месяцев	1–3 года
Общее обливание после прогулки				Начальная температура воды +35–34°С. Затем ее постепенно снижают до +26–24°С
Обливание ног перед дневным сном				Начальная температура воды +28°С. Затем ее постепенно снижают до +18°С

Контроль эффективности закаливания осуществляется по следующим показателям:

- 1) поведение ребенка в различные режимные моменты – снижение возбудимости, быстрое засыпание, глубокий сон, хороший аппетит, повышение внимания и активности на общеобразовательных занятиях;
- 2) желание ребенка выполнять закаливающие процедуры, положительный эмоциональный настрой во время их проведения;
- 3) совершенствование вегетососудистой реакции у ребенка: повышение кожной температуры кистей рук и стоп (теплые руки и ноги в течение дня);
- 4) динамика заболеваемости ребенка по сезонам года – осень, зима, весна;
- 5) уменьшение числа часто болеющих детей;
- 6) число случаев заболеваний ОРЗ на одного ребенка;
- 7) сокращение длительности одного заболевания (в днях);
- 8) число дней, пропущенных одним ребенком по болезни за год;
- 9) комплексная оценка здоровья детей и перераспределение по группам здоровья.

ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Воспитание ребенка первого года жизни

Необходимо помнить, что темпы развития и последовательность в формировании различных движений, умений, а также речи у детей первого года жизни зависят не только от их индивидуальных особенностей, но и от воздействия на ребенка взрослых людей, от окружающей обстановки.

Воспитание ребенка от 1 до 3 месяцев. В этом возрасте интенсивно развиваются слуховой и зрительный анализаторы. К трехмесячному возрасту у

ребенка должно сформироваться взаимодействие зрительного и слухового анализаторов: он начинает локализовать звук в пространстве.

Кроме того, в этом возрасте развиваются тактильный и двигательные анализаторы. Очень важный процесс в этом возрастном диапазоне – формирование эмоций, поскольку радостное состояние ребенка снимает физиологический гипертонус, способствует развитию голосовых мышц и является предпосылкой дальнейшего оптимального развития.

Для реализации программы развития в этом возрастном диапазоне необходимы: анатомическая целостность анализаторов и систем, создание специальных условий в семье.

Условия для развития и занятия с ребенком. Следует ласково разговаривать, петь ребенку, сначала выпрямившись, а затем склоняясь над его лицом. Перемещаясь вокруг кровати, стимулировать сначала сосредоточение, а затем слежение и локализацию звука. Вызывать улыбку и поддерживать оживленное состояние (на третьем месяце).

Перед каждым кормлением и сном, а на третьем месяце и в середине бодрствования, следует выкладывать ребенка на живот, периодически подставлять к стопам ребенка свою ладонь, вызывая при этом феномен ползания. В результате развивается умение поднимать и удерживать голову, укрепляется тонус брюшных мышц. При признаках утомления следует повернуть ребенка на спину.

Рекомендуется брать ребенка на руки сначала в горизонтальном положении, а с 1,5 месяцев – в вертикальном с целью повышения эмоционального тонуса и развития умения поднимать и удерживать голову в вертикальном положении.

С середины третьего месяца следует периодически опускать игрушку над грудью ребенка, чтобы он мог натолкнуться на нее, размахивая руками, при этом стимулируется выпрямление руки, подготавливая ее к захватыванию игрушки.

Рекомендуемые, игрушки: простой формы, крупные, яркие, но не многоцветные (обилие цветов утомляет ребенка), звучащие погремушки и шары (дети руками их не трогают, а только рассматривают).

Воспитание ребенка от 3 до 6 месяцев. В этом возрастном диапазоне формируется способность различать. Узнавание – это начало развития памяти. В этом возрасте уже появляется возможность и необходимость воспитания определенных поведенческих стереотипов: к шести месяцам необходимо выработать реакцию на интонацию слова «нельзя».

Гуление, появляющееся в этом возрасте, – подготовительный этап для формирования активной речи. Для появления гуления необходимо нормальное развитие речевого аппарата. Существует связь между правильной методикой кормления (своевременное введение кормления с ложки) и развитием артикуляционного аппарата. Важно общение (переключки) взрослого с ребенком с целью выработки у ребенка положительных эмоций.

Двигательные навыки, формирующиеся в этом возрастном диапазоне, обеспечивают перемещение ребенка в горизонтальном положении и создают условия для периода предыгры.

Условия для развития и занятия с ребенком. Необходимо чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки (лепет) и поддерживая радостное состояние, улыбку, смех. Приблизительно в возрасте пяти месяцев должна формироваться ответная реакция на слово «нельзя» (по интонации). Часто и на более длительное время следует класть ребенка в манеж или на стол на живот, помещать на близком расстоянии перед ним игрушки с целью стимуляции ползания. Показом сбоку яркой игрушки стимулируется поворачивание и переворачивание сначала со спины на живот, а потом с живота на спину (можно помочь ребенку, слегка подтягивая его за руку). В этом возрасте ни в коем случае не следует ни сажать, ни ставить ребенка. Подвешивать игрушку над грудью ребенка нужно на уровне его вытянутых рук. В этом возрасте можно прикладывать игрушку к ладоням ребенка, побуждая захватить ее и удержать сначала двумя, а затем одной рукой.

Необходимо побуждать ребенка к активности при еде (невнимание к активности маленького ребенка при приеме пищи и, особенно, насильственное его кормление приводят к понижению аппетита и длительному неумению есть самостоятельно). С 4,5–5 месяцев следует приучать ребенка есть с ложки, снимая пищу губами, а не сосывая ее, как это делают дети первых месяцев жизни. Дня воспитания этого навыка ложку с пищей подносят ко рту ребенка, вкладывая ему в рот, что побуждает малыша к соответствующим движениям.

Рекомендуемые игрушки: яркие целлулоидные погремушки, удобные для захватывания, кольца с привязанными к ним игрушками, колокольчики, звоночки. Игрушки в форме шариков и яичек неудобны для захватывания в этом возрасте, так как они далеко откатываются при прикосновении ребенка, легко выскальзывают из его рук. Полезно давать ребенку для исследования кусочки различной по фактуре ткани (хлопок, шерсть, шелк, бархат). Полученные тактильные ощущения способствуют развитию мозга.

Воспитание ребенка от 6 до 12 месяцев. Темп развития ребенка в этом возрасте замедляется, общие движения происходят в основном в горизонтальном положении. Для нормального развития необходимо своевременное овладение навыком ползания. Важно помнить тезис «ползать раньше, чем сидеть».

На этом возрастном этапе формируется понимание речи, развивается условная связь слова с предметом и действием. Понимание речи необходимо для развития активной речи.

Развиваются мелкая моторика кисти и умение действовать с предметами: в 6–7 месяцев превалирует самоподражание, в 8–9 месяцев – подражание взрослому, затем появляется предыгры.

Условия для развития и занятия с ребенком. Вначале стимулируют лепет, вступая в переключку с ребенком. Когда у него появляется лепет (6 месяцев), следует вызывать подражание произносимым слогам (с 6 месяцев) и простым

словом: «мама», «дай», «киса» и др. (12 месяцев). Развивая понимание речи, нужно много разговаривать с ребенком, называть окружающих людей, предметы, действия, учить выполнению некоторых движений и действий по слову взрослого, вначале подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание (с 7–8 месяцев – «ладушки», «дай ручку», «до свидания», с 9–10 месяцев – «дай игрушку», имея в виду, что ребенок должен найти данную игрушку среди нескольких других и подать ее и т. п.).

В 11–12 месяцев слова «нельзя» и «плохо» должны регулировать поведение ребенка.

В этом возрастном диапазоне ребенка побуждают к ползанию (с 5,5–6 месяцев), вставанию (с 7,5 месяцев), ходьбе с опорой (с 8–9 месяцев), а позднее (с 11–12 месяцев) и без нее, подманивая ребенка яркой игрушкой, ласково подзывая его к себе, иногда немного помогая ему.

В целях поддержания хорошего эмоционального тонуса, а также для гармоничного развития ребенка полезно проводить веселые игры – «догоню, догоню», «ладушки».

Для получения ребенком новых впечатлений и развития речи следует показывать животных, заводные игрушки, а с 10 месяцев – картинки. Игрушки уже не подвешивают, а кладут в кроватку, манеж, на пол. Необходимо показывать элементарные действия с предметами, побуждая ребенка к подражанию.

Для воспитания навыков при приеме пищи необходимо:

- с 6,5–7 месяцев во время кормления давать ребенку в руку кусочек белого хлеба, печенья, приучать его есть самостоятельно;
- с 7–8 месяцев приучать ребенка пить из чашки (широкой), которую сначала держит взрослый, а потом сам ребенок (в 12 месяцев ребенок самостоятельно пьет из чашки);
- с 8–9 месяцев детей, умеющих сидеть, следует во время кормления сажать на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

Во время кормления ребенка первого года жизни надо следить, чтобы его лицо и платье были чистыми (приучение к аккуратности и выработка от-резательного отношения к неопрятности во время еды).

Воспитание гигиенических навыков – умывание рук, лица:

- необходимо воспитывать у ребенка положительное, спокойное отношение к процессу умывания;
- проводить умывание осторожно, не доставляя малышу неприятных ощущений;
- побуждать ребенка к активности при умывании;
- в 8–9 месяцев ребенок должен протягивать руки к струе воды.

Воспитание навыков саморегуляции физиологических отправлений:

- с 5–6 месяцев следует держать ребенка над горшком после сна (если ребенок проснулся сухим), перед сном и периодически во время бодрствования, но не раньше, чем через 30 минут. После кормления,

- стараясь угадать появление у ребенка потребности к мочеиспусканию (не вызывая отрицательной реакции);
- в 8–9 месяцев ненадолго (на 3 минуты) высаживать на горшок в одно и то же время дня. Горшок должен быть теплым, подходить по размеру. Необходимо поддерживать у ребенка хорошее настроение, сделав процедуру высаживания на горшок приятной. Приучать проситься на горшок, для чего сопровождать высаживание словами «пи-пи», «а-а», вызывая у ребенка подражание словам (к одному году ребенок спокойно относится к высаживанию, к 1 году 6 месяцам днем просится, а к 2 годам должен проситься и ночью). Ночью детей до одного года не следует высаживать, а менять мокрое белье по мере надобности.
 - С 11–12 месяцев следует побуждать ребенка к активности при одевании и раздевании: протянуть ногу дня надевания колготок, сапожек, поднять руки при снятии платья и др.

Рекомендуемые игрушки: разнообразные и более сложные, многокрасочные, звучащие игрушки из разного материала: куклы, птички, зайчики, рыбки и др. Для развития действия с предметами следует давать детям мячи и игрушки для катания, всевозможные легко открывающиеся коробочки, игрушечные кастрюльки для закрывания и открывания, пятистенные полые кубики, складные матрешки, небольшие пирамидки (из 2–3 толстых колец). Полезно использовать для той же цели пластмассовые и металлические мисочки, небольшие бидончики и т. д. Ребенок сможет вкладывать в них шарики и небольшие игрушки.

Воспитание и занятия с ребенком второго года жизни

На втором году с целью стимулирования понимания речи следует:

- увеличивать число запоминаемых слов (названия продуктов, мебели, одежды, животных, птиц, растений и др., названия частей тела, одежды и т. д., качества предметов, основных действий);
- укреплять связи между предметами и обозначениями их словами. Развивать понимание связей и отношений между предметами («птичка клюет зернышко»);
- научить выполнять инструкции и поручения взрослого: в первом полугодии состоящие из 1-2 действий, во втором полугодии – из нескольких звеньев («пойди туда-то», «возьми то-то», «принеси мне»).

С целью стимуляции активности речи необходимо:

- увеличивать число произносимых слов в первом полугодии до 30 простых («дай», «иди», «дядя») и звукоподражаний («ав-ав», «би-би»), во втором полугодии – до 300 и более сложных слов, не только существительных и глаголов, но и обозначающих качество предмета и отношение между предметами (наречия, глаголы, прилагательные и т. д.). Приучать употреблять в речи 2–3 сложные фразы и вносить в речь грамматические изменения;

- совершенствовать подражание звуко сочетаниям и словам, учить отвечать на речь взрослого не только движениями и действиями, но и доступными словами. Побуждать ребенка к воспроизведению слов, обозначающих знакомые предметы, которые в данное время отсутствуют («где же наш мячик?», «скажи, где же наш мячик?»).

Для развития движений нужно:

- совершенствовать и делать целевыми ходьбу (учить ходить по ограниченной и наклонной плоскости – по доске, перешагивать через одиночные препятствия, удерживать равновесие), лазанье (учить влезать на стремянку, перелезть через бревно, подлезать под скамейкой), бросание (учить бросать мяч в корзинку). Во втором полугодии развивать умение бегать. Учить простейшим элементам пляски. Прыгать с высоты дети второго года жизни не должны из-за особенностей анатомического строения стопы (плоскостопие);
- развивать (во втором полугодии) различные подражательные движения («как мишка ходит», «как зайка бегаёт»);
- приучать выполнять различные действия, движения по словесному предложению, а в конце года по словам (стишки, песенки, сначала одному, а потом и группе детей).

Различные действия с предметами:

- научить ребенка внимательно наблюдать за действиями взрослого и воспроизводить их;
- обучать проделывать с предметами и сюжетными играми разнообразные целевые действия (в первом полугодии – закрывать и открывать, снимать и надевать, во втором полугодии – наливать жидкость, насыпать песок в просторную посуду и т. д.); сюжетная игра на втором году жизни только зарождается (ребенок воспроизводит отдельные действия шофера, продавца и т. д.);
- развивать умение доводить до конца освоенное действие (например, собрать всю пирамидку);
- использовать занятия с предметами для развития речи (называть предметы, их свойства, действия с ними).

Воспитание навыков при приеме пищи:

- с 1 года 2 месяцев во время кормления необходимо давать ребенку в руку десертную или чайную ложку, направляя ее ему в рот своей рукой (ребенок сначала держит ложку в кулачке);
- с 1 года 4–5 месяцев следует побуждать ребенка самостоятельно есть густую, а затем жидкую пищу, лишь помогая ему регулировать движения. Учить самостоятельно пользоваться салфеткой (в 1 год 6 месяцев ребенок ест ложкой любую пищу, но еще нередко проливает ее, пользуется сам салфеткой при напоминании). К двум годам ест аккуратно, не обливается, пользуется салфеткой без напоминаний.

Воспитание гигиенических навыков:

- на втором году жизни ребенок должен уметь снять низко висящее полотенце, потереть руки мылом;
- с 1 года 2–4 месяцев следует обращать внимание на грязные руки, лицо, мокрый нос, вызывать отрицательное отношение к грязи (словом, тоном), тотчас вымыть ребенку запачканные руки, вытереть нос, добиваться, чтобы ребенок привыкал быть чистым и впоследствии сам просил вымыть его или вытереть;
- с 1 года 6 месяцев необходимо учить самостоятельно пользоваться носовым платком, обращая внимание ребенка на грязный нос и предлагая вытереть его (к двум годам по мере необходимости он сам пользуется платком).

Воспитание навыков одевания и раздевания:

- с 1 года ребенок может самостоятельно стянуть колготки, сапожки, кофточку (в 1 год 2–3 месяца ребенок охотно сам пытается раздеваться и одеваться);
- с 1 года 6 месяцев снимает и надевает колготки, штанишки, расшнуровывает ботинки;
- с двух лет снимает и надевает с помощью взрослого часть туалета в определенной последовательности – платьице, штанишки, рубашку. При раздевании аккуратно складывает одежду на стул.

Рекомендуемые игрушки: пирамидки, более сложные матрешки, песочницы, обручи, игрушечные телефоны, мячи. Сюжетные игрушки: одетые куклы, кукольная мебель, алюминиевая посуда, игрушечные животные. Прimitивный строительный материал. Различные тачки, тележки, машины, «мелочь» в мешочке или коробочке (с 1 года 6 месяцев). Песок (с 1 года 6 месяцев) и вода (к концу второго года) для игры. Заводные игрушки, живые животные для показа и рассказа, простые музыкальные инструменты, вроде барабана или бубна. Мыльные пузыри.

Для игры детей второго года жизни следует оборудовать уголок в комнате, покрыть пол чистым ковриком, т.к. в этом возрасте ребенок любит играть один на полу.

Воспитание и занятия с ребенком третьего года жизни

С целью дальнейшего развития понимания речи следует:

- показывать все новые и более сложные предметы, действия, картинки, сопровождая знакомство с ними словесными пояснениями. Обогащать впечатления ребенка;
- приучать понимать устную речь без сопровождения наглядными образцами, слушать небольшие рассказы, короткие стихотворения.
- С целью стимуляции активной речи нужно:
- учить говорить предложениями, правильно произносить слова и изменять окончания слов, согласовывать слова в фразах;

- продолжать развивать у ребенка эмоциональную выразительность голоса, побуждать к подпеванию и пению;
- вызывать активные высказывания ребенка – учить передавать словами впечатления (рассказ по картинке и т.д.), отвечать на вопросы.

Для развития движений необходимо:

- способствовать дальнейшему развитию координации общих движений (одновременные, экономичные и ловкие движения рук и ног) при ходьбе, беге и т. п. (устранять лишние движения);
- приучать по сигналу приостанавливать движения, переходить от одного движения к другому, изменять темп движения;
- развивать чувство ритма, вводить танец под музыку;
- продолжать развивать координацию мелких движений, игру и действия с предметами;
- освоенные с помощью взрослых предметы передаются для самостоятельной деятельности (следить, чтобы предметы использовались ребенком правильно, закреплять приобретенные умения);
- развивать сюжетные игры, основанные на подражании взрослому и старшим детям, стимулировать инициативу и выдумку ребенка в игре;
- при пользовании предметами уточнять их число, цвет, размер и т. д., заставлять называть эти свойства предметов, подбирать их по заданию.

При воспитании навыков при приеме пищи необходимо обратить внимание на воспитание с помощью словесных указаний и собственного примера культурного поведения за столом: держать ложку в правой руке, а хлеб – в левой, не размачивать хлеб в супе, чае, не выходить из-за стола с полным ртом, говорить «спасибо».

Воспитание гигиенических правил:

- под контролем взрослого ребенок может самостоятельно намылить руки, не обливаясь, вымыть лицо и руки под узкой струей воды, вытереть их насухо;
- следует приучать ребенка по собственной инициативе умываться утром и вечером, мыть руки перед едой или после загрязнения, вытираться только своим полотенцем (в 3 года ребенок хорошо и аккуратно моет руки, вытирает их, вытирает нос и др.).

Ребенка 2–3 года жизни можно высаживать на горшок ночью не более одного раза, если он в этом нуждается, предварительно выяснив, в какое время у него возникает такая потребность. Если ребенок всю ночь спит сухим, его не высаживают.

Навыки одевания и раздевания:

- с 2 лет 6 месяцев ребенок может самостоятельно расстегивать и застегивать пуговицы, развязывать и завязывать шнурки (к 2 годам ребенок снимает некоторые предметы туалета – колготки, ботинки,

штанишки, а в 2 года 6 месяцев одевается и раздевается сам, но без застегивания и расстегивания пуговиц, развязывания шнурков);

- в 3 года ребенок одевается и раздевается почти самостоятельно, может застегивать пуговицы, завязывать шнурки.

Рекомендуемые игрушки: те же, что для детей второго года жизни, но более сложные, например, велосипед, строительные материалы различной величины и формы, более разнообразная игрушечная мебель и посуда, наборы – конструкторы, предметы одежды и др. Более сложные картинки и первые книжки для раскрашивания, пластилин или глина, первое лото, живые животные, птички, рыбки. Необходимы целевые прогулки и экскурсии для расширения кругозора ребенка.

Общие задачи воспитания ребенка, связанные с формированием его как будущего члена коллектива. Особое внимание на втором–третьем году жизни ребенка имеют:

- выработка умения самостоятельно заниматься, не мешая старшим (на втором году), играть друг с другом (жалеть «обиженного», помочь «пострадавшему»), поддерживать порядок в игрушках;
- навыки самообслуживания и взаимопомощи;
- развитие любознательности, смелости, настойчивости, стремление преодолеть препятствия и довести начатое дело до конца.

По окончании периода раннего детства воспитательный процесс осуществляется педагогами, медицинские аспекты в воспитании постепенно отходят на второй план.

НПР идет в теснейшем контакте с физическим развитием и является одной из составных частей здоровья. Нарушение или отставание в физическом развитии часто приводит к задержке НПР. У часто болеющего ребенка физически ослабленного задерживается формирование условных рефлексов, различных умений, трудно вызывается радость. Поэтому врачу-педиатру необходимо помочь родителям создавать оптимальные условия для развития ребенка.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. На профилактическом приеме у врача девочка в возрасте 2 мес. Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, отмечались подъемы АД, срочных родов, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу. Масса тела при рождении – 4000 г, длина – 54 см. В периоде новорожденности перенесла везикулопустулез. Матери 30 лет, страдает ожирением II степени, нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, долго лечилась от бесплодия. Первые две беременности закончились выкидышами. Семья полная, ребенок долгожданный. Бабушка по линии матери страдает сахарным диабетом.

Жалобы на беспокойство, плохой сон. Вскармливание искусственное с рождения, свободное, с ночными кормлениями. Суточный объем питания составляет до 1200–1300 мл. Мать во время приготовления питания закладывает двойную порцию сухой смеси. В 2 мес. масса тела – 6200 г, длина – 58 см. Большой родничок – 2,5×2,5 см, не выбухает. Кожа и слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Частота дыхания – 36 в минуту, дыхание пуэрильное. ЧСС – 132 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание – до 20 раз в сутки, стул – 2–3 раза, оформленный.

Девочка сосредотачивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета. Прислушивается к звуку, голосу взрослого, улыбается на разговор взрослого. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову. Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ней.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Укажите ошибки матери при вскармливании ребенка.
3. Укажите возможные причины отсутствия молока у матери.
4. Назначьте мероприятия по стимуляции лактации.
5. Проведите коррекцию вскармливания ребенка.
6. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

Задача 2. Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приеме ребенок был в возрасте 1 месяца. Девочка находится на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители молодые, здоровые. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок желанный, проживает в благоприятных материально-бытовых условиях. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели беременная перенесла бронхит. Роды – в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении –

3200 г, длина – 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4500 г, длина – 57 см, окружность грудной клетки – 38 см. Ребенок беспокоен, плачет. Температура тела – 36,8°C. При осмотре: кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пузильное, хрипов нет. ЧД – 128 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, из-под края реберной дуги. Стул – 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. Лежа на животе, опирается на предплечья, хорошо удерживает головку, сосредотачивается на лице говорящего с ним взрослого. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Крепко упирается ногами при поддержке подмышки. Игрушки в руки не берет. Со слов матери, редко улыбается при общении.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Перечислите причины возникновения данного состояния.
3. Показана ли данному ребенку госпитализация?
4. Предложите программу лечения больного и дайте ее обоснование.
5. Составьте план наблюдения данного ребенка на 1 году жизни.
6. Дайте рекомендации матери по стимуляции лактации.
7. Назовите факторы риска развития заболевания.
8. Как проводится профилактика данного состояния?

Задача 3. Мама с мальчиком 3-х месяцев – на профилактическом приеме у врача-педиатра в детской поликлинике.

Родители ребенка здоровы, наследственность не отягощена. Матери 22 года, отцу 23 года, имеют среднее специальное образование. Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Ребенок желанный. Мальчик родился от 1-й беременности, 1-х родов. Течение беременности и родов физиологическое. Роды при сроке гестации 40 недель. Оценка по Апгар – 8/9 баллов, кричал сразу. Масса тела при рождении – 3400 г, длина

– 52 см, окружность головы – 34 см, окружность грудной клетки – 32 см. В родильном доме патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Вакцинирован против гепатита «В» и туберкулеза. После выписки из родильного дома регулярно наблюдался врачом-педиатром, медицинской сестрой. В возрасте одного месяца осмотрен врачами специалистами, патологии не выявлено. Сделана вторая вакцинация против гепатита «В». В первые 3 месяца жизни не болел. Проводилась профилактика рахита, анемии.

Антропометрия: длина – 61 см, масса тела – 5600 г, окружность грудной клетки – 38 см, окружность головы – 39 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые. Слизистая

оболочка рта, миндалины, задней стенки глотки розовая, чистая, влажная. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. В легких дыхание пузырьное. Тоны сердца звучные; чистые, сокращения ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул – 3 раза в сутки, желтый, кашицеобразный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Реакция на осмотр адекватная. Эмоциональный тонус положительный, проявляет «комплекс оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним мамы. Находясь на руках, удерживает голову в вертикальном положении. При поддержке под мышки крепко упирается о твердую опору пеленального стола. Во время врачебного осмотра лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При обращении матери, врач смотрит на лицо взрослого.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Дайте рекомендации по режиму дня и вскармливанию.
3. Предложите комплекс массажа и гимнастики.
4. Дайте рекомендации по закаливанию.

Задача 4. На профилактический прием к участковому педиатру пришла мама с ребенком 4 месяцев. Мать жалуется на снижение количества молока. Ребенок находится на естественном вскармливании, к груди прикладывают каждые 2 часа, сосет по 20–30 минут. После кормления последний месяц чаще бодрствует.

Ребенок от 2-й беременности, первая закончилась рождением здорового мальчика. Данная беременность протекала с анемией во второй половине, женщина дважды болела ОРЗ, лечилась симптоматическими средствами. Роды – в срок 40 недель, оценка по Апгар – 7/8 баллов. Закричал сразу. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 51 см. К груди приложен в родовом зале, сосал активно. Выписан из роддома на 6 день жизни с массой тела 3100 г. Матери 20 лет, воспитывает ребенка одна, материальный достаток низкий. В возрасте 1 месяца ребенок весил 3800 г при длине тела – 53 см, в 2 месяца 4500 г при длине 56 см, в 3 месяца – 5200 г при длине 59 см, в 4 месяца – 5900 г при длине тела 60 см.

При осмотре: кожные покровы ребенка влажные, чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой слегка снижен на животе. Тургор удовлетворительный. Мышечный тонус удовлетворительный. Большой родничок – 1,5×2,0 см. Дыхание пузырьное. Частота дыхания – 40 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, чистые. ЧСС – 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, эластичная, безболезненная, селезенка не пальпируется. Мочится – до 20 раз в сутки. Стул – 2–3 раза в день, желтого цвета, кашицеобразный. Голову удерживает лежа на животе и в вертикальном положении. При виде взрослых улыбается, издает звуки, при появлении матери усиливается двигательная активность, смеется, тянет ручки к матери. При кормлении придерживает грудь рукой.

Задания

1. Выделите факторы риска у ребенка и определите их направленность.
2. Проведите комплексную оценку здоровья.
3. Оцените вскармливание ребенка.
4. Дайте рекомендации по его организации на первом году жизни.
5. Нуждается ли мать ребенка в лечении гипогалактии? Если да, дайте рекомендации.

Задача 5. На приеме у педиатра мальчик 11 мес. Ребенок – от первой физиологически протекавшей беременности, срочных самостоятельных родов, оценка по Апгар – 8/9 баллов, закричал сразу. Масса тела – 3500 г, длина – 32 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 32 см. Брак зарегистрирован. Ребенок желанный. Родители здоровы. Генеалогический анамнез не отягощен. Материально-бытовые условия хорошие. Находится на естественном вскармливании. Имеет массу 10 500 г, рост 74 см. Большой родничок – 0,5×0,5 см. Имеет 4 верхних и 4 нижних зуба. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые, бледно-розового цвета. Частота дыхания – 30 в мин. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, чистые, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул – 1–2 раза в сутки, оформленный. В 4 мес. перенес ОРВИ в виде легкого ринофарингита, без осложнений. Прививки по возрасту. Ребенок много двигается, ползает, встает, стоит и опускается, садится и сидит, переступает вдоль барьера, совершает плясовые движения под плясовую музыку. Влезает на диван и слезает с него. По просьбе выполняет разученные действия. Пытается повторять слоги за взрослым. По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», играет в прятки). Пьет из чашки, придерживая ее руками, не сопротивляется высаживанию на горшок. Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.). Сон спокойный.

Ребенок получил курс общего массажа. Закаливание не проводится. Мать ребенка планирует выйти на работу через 1 мес. Ребенка с 1,5 лет будут устраивать в детские ясли.

Задания

1. Дайте комплексную оценку здоровья ребенка на момент осмотра.
2. Назначьте питание ребенку на один день.
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.
4. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.

Задача 6. На профилактическом приеме мама с мальчиком 1 года. Жалоб не предъявляют. Мама желает отлучить ребенка от груди. Время года – июль, температура воздуха + 30 °С. Ребенок находится на естественном вскармливании. Не болел. Получает два грудных кормления, три прикорма.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с анемией во второй половине, женщина дважды болела ОРЗ, получала симптоматическое лечение. Матери 34 года, долго лечилась от бесплодия. Роды срочные, оценка по Апгар – 7/8 баллов. Безводный период – 12 часов. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 52 см. К груди приложен на 1-е сутки, сосал активно. Семья полная. Ребенок долгожданный, желанный. Материально-бытовые условия хорошие. Взаимоотношения между родителями спокойные. У матери в анамнезе пищевая аллергия на цитрусовые.

Антропометрия: масса тела – 11800 г, длина – 76 см. При осмотре: кожные покровы умеренно влажные, чистые, эластичные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Большой родничок закрыт. У ребенка 8 зубов. Дыхание пуэрильное. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, чистые. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный, оформленный 2 раза в день. Ребенок узнает на фотографии знакомого взрослого. Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет спрятанную игрушку. Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает). Ходит самостоятельно с 11 месяцев. Понимает слово «нельзя», выполняет поручения. Произносит до 10 облегченных слов. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика). Самостоятельно пьет из чашки.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Какими специалистами должен быть осмотрен ребенок к году?
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.
4. Дайте рекомендации по дальнейшей организации питания ребенка. Составьте диету ребенку на один день.
5. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Центильные величины антропометрических показателей детей от 0 месяцев до 3,5 лет

Таблица 27

Длина тела (см) мальчиков

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	48,0	48,9	50,0	53,2	54,3	55,1
1	50,5	51,5	52,8	56,3	57,5	58,7
2	53,4	54,3	55,8	59,5	61,0	62,1
3	56,1	57,0	58,6	62,4	64,0	65,5
4	58,6	59,5	61,3	65,6	67,0	68,7
5	61,0	61,9	63,4	67,9	69,6	70,9
6	63,0	64,0	65,6	69,9	71,3	72,5
7	65,0	65,9	67,5	71,4	73,0	74,1
8	66,5	67,6	68,9	73,0	74,5	75,7
9	67,8	68,8	70,1	74,5	75,9	77,1
10	68,8	69,9	71,3	76,1	77,4	78,2
11	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4
12	71,0	72,0	73,8	78,5	80,3	81,7
15	72,9	74,3	76,0	81,2	83,4	84,9
18	75,0	76,5	78,4	84,4	86,5	88,2
21	77,2	78,6	80,8	86,8	88,2	91,0
24	79,4	81,0	83,0	88,4	92,0	93,8
27	81,4	83,2	85,5	92,2	94,6	96,3
30	83,7	85,2	87,5	94,8	97,2	99,0
33	86,0	87,4	90,0	97,4	99,7	101,4
36	88,0	89,6	92,1	99,7	102,2	103,9
3,5 года	90,3	92,1	95,0	102,5	105,5	106,8

Таблица 28

Длина тела (см) девочек

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	47,0	48,0	49,2	52,1	53,3	54,5
1	49,7	50,7	52,4	55,3	56,9	57,7
2	52,2	53,3	55,0	58,6	59,9	60,8
3	55,1	56,1	57,9	61,5	63,0	63,9
4	57,4	58,6	60,5	64,1	65,6	66,4
5	59,9	61,0	62,8	66,4	67,8	68,8
6	62,1	63,0	64,3	68,2	69,9	70,8
7	63,7	64,2	66,4	70,0	71,6	72,7
8	65,2	66,1	67,7	71,6	73,1	75,2
9	66,5	67,5	69,3	72,8	74,5	75,8
10	67,7	68,8	70,5	74,2	75,9	77,1
11	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3
12	70,3	71,4	72,8	76,3	78,3	79,3
15	72,2	73,6	75,2	78,8	81,2	82,4
18	74,0	74,8	77,5	82,1	84,4	86,0
21	76,0	78,2	80,2	84,6	87,4	88,8
24	78,4	80,4	82,6	87,5	90,2	92,2
27	80,8	83,0	85,4	90,1	93,0	94,7
30	83,4	85,6	87,8	92,8	95,6	97,3
33	85,9	88,2	90,3	95,5	98,2	100,0
36	88,6	90,8	92,9	98,8	100,8	102,9
3,5 г	91,0	93,4	95,6	101,0	103,9	105,8

Таблица 29

Масса тела (кг) мальчиков

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	2,4	2,7	3,0	3,7	4,0	4,4
1	3,1	3,5	3,8	4,5	5,2	5,6
2	3,9	4,3	4,6	5,5	6,2	6,6
3	4,5	4,9	5,4	6,4	7,0	7,5
4	5,2	5,6	6,2	7,2	7,9	8,4
5	5,8	6,2	6,8	7,9	8,6	9,1

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
6	6,4	6,8	7,4	8,6	9,2	9,7
7	6,9	7,4	7,9	9,1	9,8	10,3
8	7,4	7,8	8,4	9,6	10,3	10,8
9	7,8	8,3	8,9	10,1	10,9	11,3
10	8,0	8,6	9,2	10,6	11,3	11,8
11	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3
12	8,6	9,1	9,8	11,5	12,2	12,7
15	9,2	9,6	10,5	12,2	12,9	13,5
18	9,6	10,2	11,0	12,8	13,6	14,2
21	10,1	10,6	11,5	13,5	14,3	14,9
24	10,6	11,1	12,0	14,1	14,9	15,4
27	11,1	11,6	12,4	14,6	15,4	15,9
30	11,5	12,0	12,8	15,1	16,0	16,5
33	12,0	12,4	13,2	15,6	16,5	17,0
36	12,1	12,8	13,6	16,0	16,9	17,5
3,5 года	12,7	13,4	14,2	17,0	18,0	18,7

Таблица 30

Масса тела (кг) девочек

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	2,3	2,6	3,0	3,5	3,8	4,0
1	3,0	3,3	3,7	4,3	4,6	4,9
2	3,7	4,0	4,4	5,0	5,3	5,6
3	4,4	4,6	5,0	5,7	6,1	6,5
4	5,0	5,3	5,6	6,5	6,9	7,4
5	5,5	5,8	6,2	7,2	7,7	8,2
6	6,1	6,3	6,8	7,9	8,5	9,0
7	6,5	6,8	7,3	8,5	9,1	9,7
8	7,0	7,3	7,7	9,1	9,7	10,5
9	7,4	7,7	8,2	9,6	10,4	11,2
10	7,7	9,1	8,7	10,1	11,0	11,3
11	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
12	8,3	8,8	9,4	11,0	11,9	12,6
15	8,9	9,4	10,0	11,7	12,7	13,3
18	9,4	9,9	10,6	12,5	13,4	13,9
21	9,8	10,4	11,1	13,1	13,9	14,6
24	10,3	10,9	11,6	13,5	14,5	15,2
27	10,8	11,3	12,0	14,0	15,0	15,7
30	11,2	11,7	12,5	14,5	15,5	16,3
33	11,5	12,1	12,9	14,9	16,0	16,8
36	11,8	12,5	13,3	15,4	16,5	17,3
3,5 года	12,4	13,1	14,0	16,3	17,8	18,6

Таблица 31

**Центильные величины массы тела (кг)
при различной длине тела (см)**

Мальчики

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
Мальчики 0 мес. – 4 лет (50 – 115 см)						
50	2,8	2,9	3,1	3,5	3,7	3,9
51	2,9	3,1	3,3	3,7	3,9	4,1
52	3,1	3,2	3,4	3,8	4,0	4,3
53	3,3	3,4	3,6	4,1	4,3	4,6
54	3,4	3,6	3,8	4,3	4,6	4,8
55	3,6	3,8	4,0	4,6	4,9	5,3
56	3,9	4,1	4,3	4,9	5,3	5,7
57	4,1	4,3	4,6	5,2	5,7	6,1
58	4,3	4,6	4,8	5,5	6,1	6,5
59	4,6	4,8	5,1	5,8	6,4	6,9
60	4,8	5,1	5,4	6,1	6,8	7,3
61	5,0	5,4	5,7	6,5	7,2	7,7
62	5,3	5,6	6,0	6,8	7,5	8,0
63	5,6	5,9	6,3	7,2	7,8	8,4
64	5,8	6,2	6,6	7,5	8,2	8,8

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
65	6,1	6,5	6,9	7,9	8,5	9,1
66	6,4	6,8	7,2	8,2	8,8	9,4
67	6,6	7,0	7,4	8,5	9,1	9,7
68	6,9	7,3	7,7	8,8	9,4	10,0
69	7,1	7,6	8,0	9,1	9,7	10,2
70	7,4	7,8	8,2	9,4	10,0	10,5
71	7,7	8,1	8,5	9,7	10,2	10,8
72	7,9	8,4	8,8	10,0	10,5	11,1
73	8,2	8,4	9,1	10,3	10,7	11,3
74	8,4	8,9	9,4	10,6	11,0	11,6
75	8,7	9,2	9,7	10,9	11,5	11,9
76	8,9	9,3	9,8	11,1	11,6	12,2
77	9,0	9,4	9,9	11,2	11,8	12,3
78	9,2	9,6	10,1	11,4	11,9	12,5
79	9,3	9,7	10,1	11,5	12,1	12,7
80	9,5	9,9	10,4	11,6	12,2	12,8
81	9,8	10,1	10,5	11,8	12,4	13,0
82	9,9	10,3	10,7	12,0	12,6	13,2
83	10,1	10,5	10,9	12,2	12,8	13,4
84	10,3	10,7	11,0	12,3	13,1	13,7
85	10,5	10,9	11,3	12,6	13,3	13,9
86	10,6	11,0	11,5	12,8	13,5	14,3
87	10,7	11,2	11,7	13,0	13,8	14,5
88	10,9	11,4	11,8	13,3	14,0	14,7
89	11,2	11,6	12,0	13,5	14,2	14,9
90	11,3	11,8	12,2	13,8	14,5	15,2
91	11,4	11,9	12,5	14,0	14,7	15,4
92	11,6	12,1	12,6	14,2	15,0	15,6
93	11,9	12,4	12,9	14,5	15,2	15,8
94	12,1	12,6	13,1	14,7	15,5	16,1
95	12,4	12,8	13,4	15,0	15,6	16,3
96	12,6	13,0	13,7	15,3	15,9	16,6
97	12,8	13,3	13,9	15,5	16,2	16,8
98	13,0	13,5	14,2	15,8	16,5	17,1
99	13,2	14,5	15,1	16,1	16,8	17,4
100	13,5	14,0	14,8	16,3	17,1	17,6

Таблица 32

**Центильные величины массы тела (кг)
при различной длине тела (см)**

Девочки

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
Девочки 0 мес. – 4 лет (50 – 115 см)						
50	2,6	2,8	3,0	3,4	3,6	3,8
51	2,8	3,0	3,2	3,6	3,8	4,0
52	3,0	3,2	3,3	3,8	4,1	4,3
53	3,1	3,4	3,5	4,1	4,3	4,5
54	3,3	3,5	3,7	4,3	4,5	4,8
55	3,4	3,6	3,9	4,5	4,9	5,1
56	3,6	3,9	4,1	4,9	5,2	5,5
57	3,8	4,2	4,4	5,2	5,6	6,0
58	4,0	4,4	4,7	5,5	5,9	6,4
59	4,3	4,7	4,9	5,8	6,3	6,8
60	4,5	4,9	5,3	6,1	6,6	7,2
61	4,8	5,2	5,5	6,5	7,0	7,6
62	5,1	5,5	5,8	6,8	7,4	7,9
63	5,4	5,8	6,2	7,2	7,7	8,3
64	5,7	6,1	6,5	7,5	8,1	8,7
65	6,0	6,4	6,8	7,8	8,4	9,0
66	6,3	6,6	7,1	8,1	8,7	9,3
67	6,6	6,9	7,4	8,4	9,0	9,6
68	6,8	7,2	7,6	8,7	9,3	9,9
69	7,1	7,4	7,9	9,0	9,6	10,2
70	7,4	7,7	8,2	9,2	9,9	10,5
71	7,5	7,9	8,4	9,5	10,2	10,8
72	7,8	8,2	8,7	9,7	10,4	11,0
73	8,0	8,4	8,9	10,0	10,7	11,2
74	8,3	8,7	9,2	10,2	10,9	11,4
75	8,5	8,9	9,4	10,5	11,2	11,6
76	8,8	9,1	9,6	10,7	11,3	11,7
77	8,9	9,2	9,7	10,9	11,5	11,8
78	9,0	9,3	9,9	11,1	11,6	11,9
79	9,1	9,5	10,0	11,2	11,7	12,0
80	9,3	9,7	10,2	11,3	11,8	12,2

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
81	9,4	9,9	10,3	11,5	12,0	12,4
82	9,5	10,0	10,5	11,6	12,2	12,6
83	9,7	10,2	10,6	11,8	12,4	12,8
84	9,8	10,3	10,8	12,0	12,6	12,9
85	10,0	10,4	10,9	12,1	12,8	13,2
86	10,2	10,5	11,1	12,3	12,9	13,4
87	10,4	10,7	11,3	12,6	13,2	13,6
88	10,6	10,9	11,5	12,8	13,4	13,8
89	10,7	11,2	11,7	13,0	13,6	14,0
90	11,0	11,3	11,9	13,3	13,9	14,4
91	11,2	11,5	12,1	13,5	14,1	14,6
92	11,4	11,8	12,4	13,7	14,3	14,8
93	11,6	12,0	12,6	13,9	14,5	15,1
94	11,8	12,3	12,8	14,1	14,8	15,3
95	12,1	12,5	13,1	14,4	15,1	15,6
96	12,3	12,8	13,3	14,7	15,3	15,8
97	12,6	13,0	13,6	15,0	15,6	16,1
98	12,9	13,3	13,8	15,3	15,9	16,5
99	13,1	13,5	14,1	15,5	16,3	16,9
100	13,4	13,8	14,4	15,8	16,5	17,2

Таблица 33

Окружность головы (см) мальчиков

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	32,5	33,2	34,0	35,5	36,5	37,7
1	34,8	35,3	36,0	37,9	39,0	39,8
2	36,9	37,3	38,0	40,3	40,9	41,8
3	38,4	38,8	39,5	41,6	42,5	43,3
4	39,6	40,2	40,8	42,9	43,8	44,5
5	40,6	41,2	42,0	44,0	45,0	45,9
6	41,5	42,0	42,7	45,3	46,0	46,7
7	42,2	42,8	43,7	46,1	47,0	47,7

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
8	42,8	43,6	44,2	46,8	47,7	48,4
9	43,5	44,0	44,8	47,4	48,3	49,0
10	44,0	44,6	45,4	48,0	48,8	49,6
11	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0
12	44,6	45,3	46,2	49,1	49,8	50,7
15	45,3	46,0	46,7	49,5	50,3	51,3
18	46,0	46,6	47,3	49,9	50,7	51,6
21	46,5	47,2	47,7	50,3	51,0	52,0
24	47,0	47,6	48,1	50,0	51,3	52,3
27	47,3	47,9	48,5	50,8	51,7	52,7
30	47,5	48,2	48,8	51,1	52,0	53,0
33	47,8	48,4	49,2	51,3	52,3	53,3
36	48,0	48,6	49,5	51,5	52,6	53,5
3,5 года	48,6	49,2	49,9	52,0	53,0	54,0

Таблица 34

Окружность головы (см) девочек

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	32,0	33,0	34,0	35,5	36,4	37,0
1	33,8	34,8	36,0	38,0	38,3	39,5
2	35,6	36,3	37,4	39,8	40,6	41,4
3	36,9	37,7	38,5	41,3	42,2	43,0
4	38,2	38,9	39,7	42,4	43,3	44,2
5	39,2	39,9	40,7	43,5	44,4	45,4
6	40,1	40,8	41,5	44,3	45,3	46,3
7	41,0	41,7	42,5	45,3	46,2	47,3
8	41,6	42,3	43,2	45,9	46,9	48,0
9	42,4	42,9	43,7	46,6	47,6	48,5
10	42,8	43,5	44,3	47,2	48,3	49,2
11	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6
12	43,5	44,2	45,0	48,2	49,2	50,1
15	44,2	45,1	45,9	48,7	49,6	50,5
18	44,9	45,7	46,4	49,0	49,9	50,9

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
21	45,4	46,1	46,9	49,4	50,2	51,2
24	46,0	46,6	47,3	49,7	50,5	51,5
27	46,5	47,0	47,8	50,0	50,7	51,8
30	47,0	47,5	48,0	50,4	51,0	52,0
33	47,3	47,9	48,4	50,6	51,4	52,4
36	47,6	48,1	48,6	51,0	51,7	52,7
3,5 года	47,8	48,3	49,0	51,5	52,3	53,2

Таблица 35

Окружность груди (см) мальчиков

Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0 мес.	31,7	32,3	33,5	36,0	36,8	37,3
1	33,3	34,1	35,4	38,0	38,9	39,4
2	35,0	35,7	37,0	40,0	40,8	41,6
3	36,5	37,3	38,4	42,1	43,1	43,8
4	38,1	38,8	39,8	43,5	44,5	45,7
5	39,3	40,1	41,1	45,0	46,2	47,4
6	40,6	41,4	42,4	46,3	47,6	49,0
7	41,7	42,5	43,4	47,5	48,9	50,1
8	42,7	43,5	44,4	48,5	49,9	51,1
9	43,6	44,3	45,2	49,3	50,7	52,0
10	44,3	45,0	46,0	50,0	51,5	52,8
11	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6
12	45,3	46,1	47,0	51,2	52,8	54,3
15	46,0	46,8	47,9	51,9	53,7	55,0
18	46,5	47,4	48,6	52,4	54,3	55,6
21	47,0	47,9	49,1	52,9	54,7	56,0
24	47,6	48,4	49,	53,2	55,1	56,4
27	47,8	48,7	49,9	53,5	55,6	56,8
30	48,2	49,1	50,3	53,9	55,8	57,3
33	48,4	49,3	50,5	54,2	56,1	57,7
36	48,6	49,7	50,8	54,6	56,4	58,2
3,5 года	49,2	50,3	51,5	55,0	57,1	59,0

Таблица 36

Окружность груди (см) девочек

Возраст, мес.	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
0	30,8	31,8	32,2	35,7	36,4	37,0
1	32,9	34,0	35,3	37,4	38,1	39,0
2	34,6	35,7	37,2	39,1	40,0	40,9
3	36,2	37,3	38,7	40,5	41,2	42,8
4	38,1	39,1	40,4	42,1	43,2	44,3
5	39,4	40,5	41,7	43,5	44,6	45,8
6	40,6	41,6	42,9	44,9	46,1	47,2
7	41,8	42,8	44,0	46,0	47,2	48,5
8	42,8	43,7	44,9	46,9	48,3	49,8
9	43,6	44,5	45,6	47,8	49,3	51,0
10	44,3	45,2	46,2	48,1	50,1	52,0
11	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7
12	45,5	46,3	47,3	49,9	51,4	53,3
15	46,4	47,2	48,1	50,8	52,3	53,9
18	47,1	47,8	48,7	51,3	52,9	54,5
21	47,5	48,2	49,1	51,9	53,5	55,0
24	47,8	48,6	49,5	52,5	54,0	55,6
27	47,9	48,8	49,8	53,0	54,5	56,2
30	48,0	48,9	49,9	53,3	55,0	56,8
33	48,1	49,0	50,1	53,7	55,5	57,2
36	48,2	49,1	50,3	54,0	56,0	57,6
3,5 года	48,6	49,5	51,0	54,3	56,2	57,8

«Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.)

Сфера применения: анкета предназначена для использования в учреждениях здравоохранения, образования, оказывающих помощь детям раннего возраста, с целью организации системы ранней помощи, для использования в практической деятельности педиатрами, неврологами, клиническими (медицинскими) психологами, психиатрами, педагогами-психологами. Анкета рассчитана на родителей детей 1,5-4-летнего возраста.

Структура и содержание методики

Анкета представляет собой перечень из 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка (табл. 25):

- инстинктивно-вегетативную сферу;
- сенсорную сферу;
- биопсихосоциальную систему (диаду) «мать-дитя»;
- эмоциональную сферу;
- познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания);
- социальное взаимодействие.

Психометрическое исследование показало достаточно высокую надежность и валидность клинико-психологической анкеты и подтверждает ее чувствительность к выявлению детей широкой группы риска, возможного возникновения психических расстройств (состояния предболезни).

Процедура проведения: анкетирование (опрос) родителей детей раннего возраста начиная с 1,5 летнего возраста. Обработка результатов проводится специалистом при помощи подсчета совпадений ответов с ключом методики (табл. 26).

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии со следующими нормативами:

- при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой «*» в ключе методики, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу;
- при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные «*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за профилактической консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др.

Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра, прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

Скрининговая анкета для родителей детей раннего возраста

Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. (2018)

Дата заполнения _____

Ф.И.О. родителя _____

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Инструкция. Если Вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь».

№	Вопрос			Затрудняюсь
		Да	Нет	
1.	Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)?			
2.	Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни?			
3.	Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?			
4.	Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?			
5.	Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно?			
6.	Тянулся ли ребенок на руки матери, или другим близким, радовался пребыванию на руках?			
7.	На первом году жизни, в период бодрствования, ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)?			
8.	Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?			
9.	Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?			
10.	Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.?			
11.	Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: - удерживает головку – с 2 мес., - сидит – с 6 мес., - ползает – с 8 мес., - ходит без поддержки – с 12-14 мес.			

№	Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь
12.	Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам? - агуканье – с 1 мес. - гуление – с 2-3 мес. - лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес. - первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году.			
13.	Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием (имеющееся подчеркнуть)			
14.	Использует ли ребенок указательный жест?			
15.	Умеет ли ребенок пить из чашки?			
16.	Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне»), после года?			
17.	Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?			
18.	Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)?			
19.	Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?			
20.	Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?			
21.	Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть)			
22.	Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли), игрушка предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?			
23.	Есть ли предметы (игрушки), с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?			
24.	Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)?			
25.	Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?			
29.	Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?			
30.	Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако, сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?			
31.	Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни?			
32.	Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?			
26.	Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?			
27.	Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?			
28.	Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?			

№	Вопрос			
		Да	Нет	Затрудняюсь
33.	Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть)			
34.	Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?			
35.	Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера: - до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть)			

Таблица 26

Ключ к методике для подсчета ответов

№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
1.	нет	8.	нет	15.	нет	22.	да	29.*	да
2.*	нет	9.	нет	16.	нет	23.	да	30.	да
3.	нет	10.	нет	17.	да	24.*	да	31.	нет
4.	нет	11.*	нет	18.*	да	25.	да	32.	нет
5.	да	12.*	нет	19.	нет	26.	нет	33.*	да
6.	нет	13.	да	20.	да	27.*	да	34.	да
7.	нет	14.	нет	21.	облизывает, обнюхивает	28.*	да	35.	более 0,5 ч.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА*Основная*

1. Калмыкова А.С., Ткачева Н.В., Климов Л.Я., Калмыкова А.С., Марочкина Л.И., Зарытовская Н.В. Поликлиническая педиатрия / под ред. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 720 с.
2. Закаливание детей: учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2005. – 60 с.
3. Организация питания детей раннего возраста: учеб. пособие /И. М. Прошина [и др.]. – Иваново, 2009. – 178 с.
4. Профилактические осмотры детей: учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.] – Иваново, 2006. – 236 с.

Дополнительная

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: рук-во для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева – М., 2004. – 156 с.

2. Клиническая фармакология: нац. рук-во / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепихина, В. И. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 976 с.
3. Национальная программа оптимизации питания в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации (2-е издание, переработанное и дополненное) – М., ПедиатрЪ., 2016. – 36 с.
4. Программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019.– 36 с.
5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, (4-е издание, переработанное и дополненное), – М., 2019. – 206 с.
6. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2009. – 144 с.
7. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2019 г. N 396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н».
9. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: рук-во для практик. врачей в двух книгах / под ред. А. А. Баранова, Н. Н. Володина, Г. А. Самсыгиной. – М.: Литтерра, 2007. – 1123 с.
10. Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г. и № 59.13 от 4 мая 2006 г
11. Российский национальный педиатрический формуляр / под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
12. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
13. Румянцев, А. Г. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: рук-во для врачей / А. Г. Румянцев, М. В. Тимакова, С. М. Чечельницкая. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 388 с.

Учебное издание

**Наблюдение за детьми
раннего возраста в поликлинике, особенности их воспитания**

Под редакцией З.д.н. РФ, д.м.н, профессора Л. А. Ждановой

Подписано в печать 21.12.20 Формат 60×84 1/16

Уч.-изд. л. 6,2. Тираж 100 экз. Заказ №
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел.: (4932) 30-02-28
E-mail: kafedrak@mail.ru