

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

Кафедра поликлинической педиатрии

Особенности профилактических приемов
детей раннего возраста в поликлинике,
подготовка их к поступлению
в образовательное учреждение

Иваново 2020

УДК 616-08-039.57-053.37.

ББК 57.33

О72

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**

О72 Особенности профилактических приемов детей раннего возраста в поликлинике, подготовка их к поступлению в образовательное учреждение: учебное пособие / Л. А. Жданова, Г. Н. Нуждина, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, А. В. Шишова, С. И. Мандров, Т. В. Русова, Е. Н. Копышева Е. В. Шеманаева. – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2020. – 120 с.

Настоящее издание раскрывает вопросы организации антенатальной охраны плода и профилактическую работу с новорожденными в условиях поликлиники. Пособие разработано в соответствии с новыми нормативными актами.

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

Ведение	4
Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний детей раннего возраста	7
– Профилактика рахита	7
– Профилактика железодефицитной анемии	11
– Профилактика гипотрофии	16
– Диетопрофилактика пищевой аллергии у детей из групп высокого риска развитию атопии	17
Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение	18
Организация профилактических прививок	32
Гигиеническое воспитание и обучение населения	45
Патронажи медицинской сестры	46
Особенности профилактических приемов детей раннего возраста (с 1 мес. до 3 лет)	58
Приложение	94
Памятки для родителей	98
Ситуационные задачи	112
Рекомендуемая литература	118

ВВЕДЕНИЕ

Национальная стратегия развития детского здравоохранения, отдавая приоритет первичной профилактике, направлена на разработку современной системы диспансеризации детского населения. Особо подчеркивается необходимость научного обоснования использования здоровьесберегающих технологий, в соответствии с которыми должны выдаваться рекомендации при завершении медицинских осмотров детей. Очень важным считают переход от популяционных и групповых мер профилактики к индивидуализации, в том числе и в назначении оздоровительных мероприятий, которые должны быть интегрированными и координированными.

К сожалению, на практике такой подход отчасти выполняется при назначении лечебных и реабилитационных мероприятий в основном с учетом тяжести заболевания и особенностей его течения, а также в соответствии с клиническими рекомендациями. Для этапа оздоровления алгоритм такой подход не систематизирован, что во многом связано с отсутствием рекомендаций по оценке уровня здоровья. Хотя известно, что здоровье – это не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Существенно повысить эффективность профилактических осмотров в оценке развития ребенка может правильно организованная работа врача-педиатра кабинета здорового ребенка (КЗР) с использованием мероприятий для раннего стимулирования развития детей, начиная с антенатального этапа.

Очень важно обеспечить педиатра методической базой, включающей стандарты оздоровления и выдачу рекомендаций по стимуляции развития ребенка в каждом эпикризном сроке. При этом необходимо организовать грамотное информирование будущих родителей для повышения эффективности воспитания здорового ребенка, что позволяет стимулировать действие позитивных факторов, увеличивающих резервы здоровья. С другой стороны, необходимо снижать воздействие отрицательного влияния факторов риска на здоровье ребенка, а также обеспечить приобретение навыков общения мамы с ребенком и ухода за ним. Важно уметь создавать оптимальные условия для гармоничного физического и нервно-психического развития детей раннего возраста, а также для повышения резистентности организма ребенка путем правильного подбора тренирующих и стимулирующих воздействий

Необходимо пропагандировать сведения о том, что иммунопрофилактика остается самым надежным, эффективным и доступным методом борьбы с управляемыми инфекциями. Во то же время при недостаточном охвате прививками, нарушении графика вакцинации возникают эпидемические вспышки и происходит распространение болезней. В настоящее время значительно уменьшилось число противопоказаний к иммунизации. Это обусловлено совершенствованием вакцинных препаратов, резким уменьшением числа поствакцинальных осложнений. Большинство осложнений после вакцинации носит характер индивидуальных реакций. Нередко можно услышать необоснованное суждение родителей, а иногда и медицинско персонала, что детям первого года жизни вводится слишком много вакцин, это перегружает слабую иммунную систему. Таких родителей

следует убеждать в том, что прививки полезны для иммунитета в качестве разнообразной дополнительной «информации». С четвертого дня жизни и до четырех-пяти лет организм ребенка физиологически (природно) находится в состоянии "иммунологического обучения". И прививки как вариант "подачи информации" переносятся гораздо легче и оказываются более эффективными, чем в последующем. Правильнее сказать, что у детей иммунитет незрелый, а не слабый, и прививки помогают его развить.

Очень важное значение в формировании здоровья детей раннего возраста имеет профилактика так называемой фоновой патологии, прежде всего алиментарно-зависимых заболеваний. Профилактика рахита вся связана со своевременным и рациональным назначением витамина D. С низким статусом витамина D в детском возрасте не только связана патология опорно-двигательного аппарата, но и более раннее развитие и тяжелое течение многих других патологических состояний и процессов, а также повышенная заболеваемость острыми респираторными инфекциями. Не случайно в 2017 году принята национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции»

Железодефицитная анемия (ЖДА) – полиэтиологичное заболевание, возникновение которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией. Возникновению ЖДА, как правило, предшествует развитие латентного дефицита железа (ЛДЖ), который рассматривается как приобретенное функциональное состояние и характеризуется латентным (скрытым) дефицитом железа, снижением запасов железа в организме и недостаточным его содержанием в тканях (сидеропения, гипосидероз), отсутствием анемии. В настоящее время для профилактики дефицита железа в большинстве стран мира приняты соответствующие рекомендации. В основном они касаются детей раннего возраста, беременных и кормящих женщин. В России также подготовлены клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии, в которых прописаны подходы к первичной профилактике дефицита железа. Вопросы профилактики рахита и анемии у детей представлены и в Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, принятой в 2019 г. Здесь же освещены вопросы вскармливания новорожденных доношенных детей, родившихся с ЗВУР и диетотерапии постнатальной недостаточности питания.

Многие дети именно в раннем возрасте начинают посещать образовательное учреждение. Этот этап в жизни ребенка сопровождается изменением окружающей его среды, встречей с новыми детьми и взрослыми. При этом меняется режим дня, характер питания, система поведенческих реакций (динамический стереотип) ребенка, возникает необходимость устанавливать новые социальные связи. Эти факторы обуславливают необходимость адаптации к новым условиям жизни с мобилизацией психических и физиологических механизмов, обеспечивающих данный процесс. Адаптационные изменения в организме характеризуются сдвигами, присущими эмоциональному стрессу: отмечают напряжение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и вегетативной нервной системы, меняется уровень метаболизма, центральное и периферическое

кровообращение, может снижаться активность местной защиты. Причем чем меньше возраст ребенка, тем эмоционально-стрессовая реакция протекает более генерализованно с вовлечением не только центральной и вегетативной нервной системы, но и метаболических процессов и факторов местной защиты. Именно поэтому срыв адаптации в раннем возрасте чаще бывает в виде острых респираторных заболеваний. Как следствие, возникает необходимость организации жизни детей в периоде их подготовки к поступлению в образовательную организацию, а также проведения мероприятий по профилактике нарушений здоровья в период адаптации.

В данном пособии эти актуальные вопросы представлены с учетом перечисленных выше национальных документов и клинических рекомендаций. Они учтены при описании особенностей приема детей раннего возраста с профилактической целью в детской поликлинике.

,

Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний детей раннего возраста

Профилактика рахита

Следует отметить, что к факторам риска низкой обеспеченности беременных женщин витамином D следует относить: возраст старше 25 лет, профилактику гиповитаминоза или отсутствие приема витамина D, наличие патологии костно-суставной системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, выраженный токсикоз и угрозу прерывания в 1-м и 3-м триместрах беременности, гестоз, острые респираторные инфекции с повышением температуры тела и катаральными явлениями, курение во время или до беременности. Прогнозирование рахита у ребенка осуществляется на основании негативных факторов антенатального и постнатального периодов (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска развития рахита у детей

Фоновые состояния	Вследствие патологии
• Отягощенная наследственность по нарушениям фосфорно-кальциевого обмена • Недоношенность • Морфофункциональная незрелость • Внутриутробная гипотрофия • Ребенок от многоплодной беременности • Ребенок от повторных родов с малыми промежутками между ними • Вскармливание неадаптированными смесями • Снижение двигательной активности (тугое пеленание, длительная иммобилизация) • Недостаточная инсоляция • Смуглая кожа • Заболевания эпидермиса	• Синдром мальабсорбции (целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.) • Применение антиконвульсантов у детей с судорожным синдромом • Хроническая патология почек, печени, желчевыводящих путей • Частые респираторные заболевания

В качестве скрининга у детей и взрослых с вышеперечисленными факторами риска рекомендуется исследование крови на уровень 25(ОН)D в сыворотке крови.

Профилактика рахита складывается из антенатальной и постнатальной. Она может быть специфической и неспецифической.

Аntenатальная профилактика рахита начинается еще задолго до рождения малыша. Беременная женщина должна соблюдать режим дня с достаточным отдыхом днем и ночью. Очень важно, чтобы она ежедневно, в любую погоду не менее одного-двух часов находилась на свежем воздухе.

Большое значение имеет рациональное питание беременной (ежедневное употребление не менее 170 г мяса, 70 г рыбы, 50 г творога, 15 г сыра, 220 г хлеба, 500 г овощей, 300 г свежих фруктов, 150 мл сока, 500 мл молока или кисломолочных продуктов). Лучшим пищевым источником кальция являются молочные продукты (сыры, молоко, кефир, творог) При спокойном аллергологическом анамнезе можно включать в рацион питания беременной женщины продукты – источники витамина D (табл. 2, 3).

Таблица 2

Источники витамина D

Продукты	Содержание витамина D ₃
Рыбий жир	400 – 1000 МЕ/1 ч.л.
Печень трески	4000 МЕ/100 г
Лосось свежий, дикий	600 – 1000 МЕ/100 г
Лосось свежий, аквакультура	100 – 250 МЕ/100 г
Лосось консервированный	300 – 600 МЕ/100 г
Сардина консервированная	300 МЕ/100 г
Макрель консервированная	250 МЕ/100 г
Тунец консервированный	236МЕ/100 г
Грибы шиитаке свежие	100 МЕ/100 г
Желток куриного яйца	20 МЕ/1 желток

Таблица 3

Содержание витамина D в отечественных продуктах питания (мкг/100 г*)

Продукт	Содержание витамина D	Продукт	Содержание витамина D
Молоко коровье	0,06	Нототения мраморная	17,5
Молоко козье	0,05	Сельдь атлантическая жирная	30,0
Сливки 10%	0,80	Горбуша (консервы)	12,0
Сливки 20%	0,12	Печень трески (консервы)	100
Сливки 30%	0,15	Цельное куриное яйцо	2,20
Окунь морской	2,30	Желток	7,70
Кета	16,3	Яичный порошок	5,50

* Примечание: 1 мкг = 40 МЕ

Обеспечить возрастающие потребности будущей матери в витамине D только за счет продуктов питания не представляется возможным. В связи с этим в рацион питания беременных женщин рекомендуется включать специализированные продукты питания, обогащенные пищевыми веществами, и витаминно-минеральные комплексы (ВМК).

Специализированные продукты питания для беременных рассматриваются как фортификаторы (обогащители) пищевого рациона. Могут назначаться на протяжении всего периода беременности, обеспечивая до 30% суточной потребности в витаминах и минеральных веществах. Просты в приготовлении, используются в виде молочных напитков и пудингов, в качестве второго завтрака или полдника (например, молочная смесь для беременных и кормящих Беллакт Мама+ сухая с пре- и пробиотиками; молочный напиток NutriMa Фемилак для беременных и кормящих мам со вкусом манго и ванили сухой и жидкий с омега-3 жирными кислотами, пребиотиками; молочная смесь NUPPI ЕМА для беременных и кормящих женщин со вкусом банана сухая с омега-3 жирными кислотами, пробиотиками и фолиевой кислотой; пудинг Heinz банан-персик-черника с пребиотиками для беременных и кормящих мам). За счет дополнительно введенных в состав пре- и пробиотиков стимулируется рост нормальной микрофлоры, а также всасывание кальция и магния в кишечнике.

При необходимости выбора ВМК для беременных женщин основное требование клинической фармакологии - «безопасность и эффективность» всегда перевешивает в сторону полной безопасности. ВМК беременной женщине назначается акушером-гинекологом с учетом рекомендаций врача-педиатра и терапевта с учетом течения беременности, состояния здоровья беременной и возможности профилактики алиментарно-зависимых состояний у будущего ребенка. Беременная женщина должна получать только рекомендованную профилактическую суточную дозу витаминов и минералов. Избыточное поступление витаминов и минералов, также как и дефицит, является нежелательным. Не рекомендуется использовать одновременно два и более препарата, содержащих одни и те же витамины и минералы, в том числе специализированные продукты питания, так как происходит сложение дозы потребления и возможна передозировка (например, «Компливит Триместрум», «Алфавит мамино здоровье», «Витрум пренатал плюс», «Витрум пренатал форте», «Центрум Матерна», «Прегнавит», «Элевит пронаталь», «Ледис формула для беременных и кормящих», «Мульти-табс перинатал» и др.

Согласно Национальной программе «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» (Москва, 2018), учитывая высокую распространенность факторов риска **всем женщинам назначается по 2000 МЕ витамин D в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации.**

Постнатальная профилактика рахита также включает мероприятия по рациональному режиму дня и питанию и кормящей матери, и ребенка (см. раздел «Организация наблюдения за новорожденными»). При организации режима дня необходимо учитывать максимально возможное пребывание ребенка на свежем

воздухе в солнечные дни с 11.00 до 14.00. Именно в это время отмечается достаточная интенсивность УФ-излучения спектра «В», под действием которого в коже осуществляется синтез витамина D. Синтез витамина D в коже сильно снижается (практически до нуля) при повышенной облачности, тумане, загрязненности воздуха и др., а также, что солнечный свет спектра «В» УФ-излучения не проникает через стекло, одежду, при использовании кремов от загара, минимально проникает через смуглую кожу.

Особенное внимание нужно уделять физическому развитию ребенка и его закаливанию. Помимо прогулок на свежем воздухе, водных процедур, большое значение имеет ежедневное выполнение комплекса массажа и гимнастики.

Кормящей женщине целесообразно продолжать прием вышеуказанных специализированных молочных напитков (по 200 мл 1-2 раза в день или ВМК, начатый еще во время беременности. Для обогащения пищевого рациона кормящей матери и для повышения лактации существуют специализированные молочные смеси, обогащенные как витаминами, микро- и макроэлементами, омега-3 жирными кислотами, пребиотиками, так и лактогонными травами («NutriMa Лакта-мил», «Млечный путь»), назначаемых по 200 мл 1-2 раза в сутки.

После рождения основным источником витамина D для новорожденных и недоношенных детей является поступление его с питанием и в виде дотации. Но в грудном молоке содержится крайне малое количество витамина D (от 10 до 80 ЕД в литре). Концентрация витамина D в грудном молоке увеличивается от позиции матери на солнце и от приема ее витамина D, но этого недостаточно для профилактики рахита у ребенка. В адаптированной молочной смеси для доношенных детей содержание витамина D выше, чем в грудном молоке (350 – 480 ЕД/л), однако этого также недостаточно для детей первого месяца жизни, получающих небольшой объем питания.

Согласно Национальной программе «Недостаточность витамина у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» (Москва, 2018) рекомендуются следующие дозы витамина D:

- всем доношенным новорожденным детям независимо от типа питания назначается профилактическая дотация витамина D в дозе 500 ЕД/сут через несколько дней после рождения;
- недоношенным детям
 - с массой тела 1800 г или гестационным возрастом более 31 нед также назначается 500 ЕД/сут витамина D с учетом толерантности к энтеральному питанию;
 - с массой тела 1800 г и менее или гестационным возрастом 31 нед и менее должны получать 500 ЕД витамина D при условии усвоения ими 100-150 мг/кг в сутки энтерального питания;
- детям в возрасте от 1 до 12 месяцев вне зависимости от вида вскармливания и сезона года рекомендуется витамин D в дозе 1000 МЕ/сут.;
- детям в возрасте от 1 года до 3 лет витамин D назначается в дозе 1500 МЕ/сут.;

- прием холекальциферола в профилактической дозе рекомендуется постоянно, непрерывно, включая летние месяцы;
- рекомендуемым препаратом для профилактики дефицита витамина D у детей является холекальциферол.

Контроль за возможной передозировкой холекальциферола следует проводить по уровню кальция в суточной моче (не более 2 мг/кг в сутки). Реакция Сулковича не имеет диагностической ценности, поэтому ее использование в практике не рекомендуется.

Всем детям рекомендуется адекватное возрасту потребление кальция с пищей, без добавления извне.

Для специфической профилактики рахита целесообразно использовать препараты, содержащие витамин D₃ (холекальциферол)

В настоящее время в России зарегистрированы

- водорастворимый раствор холекальциферола (15000МЕ в 1 мл);
- масляный раствор (20000 МЕ в 1 мл).

Водный раствор витамина D₃ всасывается лучше, чем масляный раствор. Особенно показан этот препарат недоношенным детям, у которых происходит недостаточное образование и поступление желчи в кишечник, что нарушает всасывание витаминов в виде масляных растворов.

Противопоказания к назначению данного препарата:

- повышенная чувствительность
- гипервитаминоз D
- повышенная концентрация кальция в крови
- повышенное выделение кальция с мочой
- мочекаменная болезнь
- саркоидоз
- острые и хронические заболевания печени и почек
- почечная недостаточность
- активная форма туберкулеза легких

Назначение витамина D не противопоказано детям с малым размером большого родничка.

Профилактика железодефицитной анемии

К группам риска развития ЖДА и латентного дефицита железа относят:

- подростковый возраст;
- беременность или лактация в течение предыдущих 3 лет;
- чрезмерная менструальная кровопотеря (объем месячной кровопотери более 100 мл);
- гинекологические заболевания (особенно миома матки и заболевания эндометрия);
- диета с низким содержанием животного белка;
- регулярное донорство крови;

- заболевания ЖКТ;
- инфекции с активацией синдрома системного воспалительного ответа (например, ВЗОМТ);
- высокий паритет, низкий социально-экономический статус, ожирение;
- следует учитывать, что проживание в высокогорных регионах и курение повышают показатели гемоглобина, тем самым маскируя проявления железодефицита (Преградивидарная подготовка. Клинический протокол. Москва, 2016).

Ниже приведены факторы, отрицательно влияющие на запасы железа в перинатальном периоде и в первом полугодии жизни ребенка:

- дефицит железа у матери;
- сахарный диабет у матери;
- курение будущей матери;
- задержка внутриутробного развития (ЗВУР);
- многоплодная беременность;
- недоношенность;
- острые или хронические фетальные кровопотери;
- очень быстрая перевязка пуповины;
- заменное переливание крови;
- некомпенсированные потери при флеботомии;
- задержка назначения или неадекватное назначение препаратов железа;
- исключительно грудное вскармливание на 4–6 мес. жизни;
- раннее использование в питании ребенка коровьего и козьего молока.

Аntenатальная профилактика обеспечивается за счет рационального режима дня и питания, а также, согласно рекомендациям ВОЗ, назначения препаратов железа в дозе 60 мг в сутки во II и III триместрах беременности и в течение 3 мес. лактации.

Постнатальная профилактика должна проводиться в соответствии с Клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков», Москва, 2015. Неспецифическая профилактика обеспечивается рациональным вскармливанием ребенка, в том числе сохранением грудного вскармливания и адекватным введением прикормов.

В настоящее время для профилактики дефицита железа в большинстве стран мира приняты соответствующие рекомендации. В основном они касаются детей раннего возраста, беременных и кормящих женщин:

- **доношенные** здоровые дети имеют достаточные запасы железа в первые 4 мес. жизни. В связи с небольшим содержанием железа в грудном молоке детям, находящимся **на грудном вскармливании**, показано дополнительное назначение железа (1 мг железа на 1 кг массы тела в сутки), начиная с 4-месячного возраста и до введения прикорма (например, каши, обогащенной железом);
- **доношенные** дети, находящиеся **на смешанном вскармливании** (грудное молоко составляет более половины рациона), должны дополнительно получать 1 мг железа на 1 кг массы тела в сутки, начиная с 4-месячного возраста и до введения прикорма;

– **дети, находящиеся на искусственном вскармливании** и получающие молочные **смеси, обогащенные железом**, получают достаточное количество железа из молочных смесей или прикорма. Цельное коровье молоко не следует назначать детям до 12 мес.;

– **дети в возрасте 6–12 мес. должны получать 11 мг железа в сутки, в качестве блюд прикорма** следует назначать красное мясо и овощи с высоким содержанием железа. В случае недостаточного поступления железа с молочными смесями или прикормом следует дополнительно назначить железо в виде капель или сиропа;

– **дети в возрасте 1–3 лет** должны получать 7 мг железа в сутки, лучше в виде пищи, содержащей достаточное количество красного мяса, овощей с высоким содержанием железа и фруктов с большим содержанием витамина С (он усиливает всасывание железа). Также возможно дополнительное назначение жидких форм препаратов железа или поливитаминов;

– все дети, родившиеся **недоношенными**, должны получать 2 мг железа на 1 кг массы тела в сутки до 12-месячного возраста, что соответствует содержанию железа в обогащенных им молочных смесях;

– дети, родившиеся недоношенными, **находящиеся на грудном вскармливании**, должны получать 2 мг железа на 1 кг массы тела в сутки, начиная с 1-го месяца жизни и до перехода на искусственное вскармливание молочными смесями, обогащенными железом, или до введения прикорма, обеспечивающего поступление 2 мг железа на 1 кг массы тела в сутки.

Железо всасывается в двух формах (табл. 4):

– гемовой (10%), источниками которой являются гемоглобин и миоглобин в составе продуктов животного происхождения (мясо, рыба, птица);

– негемовой (90%), содержащейся в продуктах растительного происхождения, таких как овощи, фрукты, злаки, а также молоко.

Количество железа, поступающее в течение суток с пищей, содержит 10-12 мг железа (гемовое + негемовое), но только 1-1,2 мг микроэлемента из этого количества абсорбируется. Железо, содержащееся в продуктах в виде гема (мясо, печень, рыба), лучше усваивается в организме, чем из других соединений, и составляет 17-22%.

Продукты растительного происхождения, несмотря на высокое содержание железа в некоторых из них (табл. 5), не обеспечивают потребность растущего детского организма, так как содержащиеся в них танины, фитины, фосфаты образуют с железом нерастворимые соединения и выводятся с калом. Неблагоприятно влияют на абсорбцию железа неперевариваемые пищевые волокна, которыми богаты крупы, свежие овощи, фрукты. Железо, фиксируясь на их поверхности, выводится с калом. Повышают биодоступность и абсорбцию железа аскорбиновая кислота, животный белок (мясо, рыба).

Таблица 4

Содержание железа в продуктах животного происхождения
(Скурихин И. М., Тутельян В. А.. 2008)

Продукты	Суммарное содержание Fe, мг/100 г	Основные железосодержащие соединения
Печень	6,9	ферритин, гемосидерин
Язык говяжий	4,1	гем
Мясо кролика	3,3	гем
Мясо индейки	1,4	гем
Мясо курицы	1,6	гем
Говядина	2,7	гем
Конина	3,1	Гем
Скумбрия	1,7	ферритин, гемосидерин
Сазан	0,6	ферритин, гемосидерин
Судак	0,5	ферритин, гемосидерин
Хек/треска	0,5	ферритин, гемосидерин

Таблица 5

Содержание железа в растительных продуктах (мг/100 г)
(Скурихин И. М., Тутельян В. А.. 2008)

Продукты	Железо	Продукты	Железо
Морская капуста	16	Петрушка зелень	1,9
Шиповник свежий	1,3	Капуста цветная	1,4
Гречка	6,7	Капуста брюссельская	1,3
Геркулес	3,6	Свекла	1,4
Толокно	3,0	Курага	3,2
Пшено	2,7	Инжир	3,2
Кукуруза	2,7	Чернослив	3,0
Орехи	2,3–5,0	Хурма	2,5
Хлеб бородинский	3,9	Груша	2,3
Хлеб формовой	3,9	Яблоки	2,2
Хлеб рижский	3,1	Алыча	1,9
Сушки простые	2,9	Облепиха	1,4
Батон нарезной	1,2	Смородина черная	1,3
Чечевица, зерно	1,2 - 2	Шиповник	1,3
Соя, зерно	11,8	Земляника	1,2
Горох, зерно	9,7	Малина	1,2
Шпинат	6,8	Гранаты	1,2
Щавель	3,5		

Необходимо отметить также, что продукты из мяса, печени, рыбы в свою очередь увеличивают всасывание железа из овощей и фруктов при одно временном их применении.

Большая часть поступающего с пищей железа представлено негемовой его формой. Биодоступность железа во многом зависит от преобладания в рационе факторов, ингибирующих либо потенцирующих кишечную ферроабсорбцию (WHO, 1989) (табл. 6).

Таблица 6

Факторы, усиливающие и ингибирующие всасывание негемового железа в кишечнике (Monsen E. R., 1978; WHO, 1989)

Усиливают ферроабсорбцию	Снижают ферроабсорбцию
Аскорбиновая кислота	Соевый протеин
Мясо (белок)	Фитаты
Мясо птицы (белок)	Кальций
Рыба (белок)	Пищевые волокна (образуется соединение инозитола с фосфатами, снижающее абсорбцию железа)
Молочная кислота	Полифенолы, содержащиеся в бобах, орехах, чае, кофе и некоторых овощах

Требования к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике:

- достаточная биодоступность;
- высокая безопасность;
- хорошие органолептические характеристики;
- удобство в применении для пациентов различных возрастов;
- комплаентность.

В наибольшей степени этим требованиям отвечают препараты железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса (ГПК), поэтому они могут использоваться и с профилактической целью в виде капель и сиропов (табл. 7).

Назначение препаратов железа (III)-гидроксид полимальтозного комплекса не требует применения методики постепенного наращивания дозы. Препараты этой группы назначаются сразу в необходимой дозе.

Таблица 7

Препараты железа, применяемые у детей раннего возраста

Препарат	Количество активного железа в препарате
«Феррум Лек», сироп	в 1 мл – 10 мг
«Мальтофер», капли	в 1 капле – 2,5 мг
«Мальтофер», сироп	В 1 мл – 10 мг

Профилактика гипотрофии

Профилактику гипотрофии следует начинать еще в антенатальный период. Мероприятия направлены на своевременное выявление и лечение заболеваний у женщин, на профилактику и лечение токсикозов беременности, организацию правильного режима, сна, труда женщины.

С этой целью разработаны специальные режимы, определены показания для перевода беременных на более легкую и лишенную производственных вредностей работу.

Большое значение имеет соблюдение основных принципов питания, которые изложены в специально разработанных методических рекомендациях.

Профилактика врожденной гипотрофии: при осложненном течении беременности связана с ранним ее выявлением и своевременным проведением лечебных мероприятий, направленных на устранение явлений гипоксии, нормализацию функции плаценты, улучшение трофики и функциональной зрелости плода.

Учитывая, что нарушение внутриутробного развития плода создает условия, предрасполагающие к осложненному течению родов и возникновению у ребенка асфиксии, аспирационного синдрома, внутричерепной родовой травмы, следует обратить внимание на совершенствование методов родоразрешения, своевременное и четкое проведение целенаправленных реанимационных мероприятий у этих детей.

Необходимо четко организовать систематический патронаж новорожденных детей сестрой и врачом. Большое внимание следует уделять созданию оптимального температурного режима, регулярному (не менее 3–4 раз в сутки) проветриванию и влажной уборке (2–3 раза в день) помещения, где находится ребенок, гигиене его одежды. Особой тщательности требует уход за кожей ребенка.

Необходимо своевременно проводить профилактику рахита, анемии, гиповитаминозов, осуществлять мероприятия, направленные на улучшение лактации и предупреждение гипогалактии.

Первостепенное значение в профилактике и лечении гипогалактии имеет полноценное питание матери, правильный режим питания, сна, отдыха, достаточное пребывание на свежем воздухе.

Особую роль в профилактике гипотрофии играет рациональное вскармливание и питание детей. Необходимо тщательно осуществлять контроль за вскармливанием ребенка, начиная с первых дней жизни, взвешивать его до и после кормления, учитывать объем фактически съеденной пищи, проводить расчеты основных пищевых компонентов и своевременно проводить коррекцию.

При смешанном и искусственном вскармливании в целях профилактики гипотрофии целесообразно назначать адаптированные молочные смеси, которые по содержанию белка, солей, аминокислотному, жирнокислотному и витаминному составу максимально приближены к составу женского молока, например: «НАН1», «НАН ГА1», НАН кисломолочный 1, «Нутрилон1», «Нутрилон Комфорт1», «Малютка1», «Агуша-1», «Мамекс Плюс», «Фрисолак», «ХиПП 1».

Необходимо своевременно и правильно вводить прикормы, фруктовые и овощные соки, пюре. Нельзя допускать насильственного кормления, так как это может приводить к появлению отрицательных реакций на пищу и развитию анореksии.

Кормить детей следует в спокойной обстановке, нецелесообразно в это время развлекать их пением песен, показом ярких игрушек и т.д., так как это отвлекает от еды.

Диетопрофилактика пищевой аллергии у детей из групп высокого риска развитию атопии

Для ранней профилактики необходимо: знание основных причин формирования атопии у детей; выделение групп высокого «риска» ее развития; максимально отсроченное введение высоко аллергенных продуктов или их полная элиминация из питания грудных детей с наследственной предрасположенностью к развитию атопических заболеваний; устранение контактов с неблагоприятными факторами окружающей среды, прежде всего с табачным дымом.

Диетопрофилактика является важным методом предупреждения аллергии. Опыт отечественной школы детских нутрициологов и педиатров указывает на важность соблюдения сбалансированной гипоаллергенной диеты, содержащей полноценный белок, обогащенной витаминами, минеральными веществами, в первую очередь кальцием, полиненасыщенными жирными кислотами и другими незаменимыми факторами питания, необходимыми для адекватного состояния беременной женщины и развивающегося плода. Важным фактором профилактики аллергии является сохранение грудного вскармливания до 4–6 месяцев.

При невозможности осуществления естественного вскармливания необходимо отсрочить контакт ребенка с белками коровьего молока. Для этого в питании детей используют специализированные смеси, созданные на основе гидролизатов молочного белка.

Частично гидролизированные смеси более физиологичны по сравнению с продуктами, созданными на основе высоко гидролизованного белка, так как содержат лактозу. Лактоза обладает следующими ценными свойствами:

- стимулирует рост бифидобактерий;
- способствует всасыванию ряда минеральных веществ: кальция, магния, марганца;
- является источником галактозы, необходимой для синтеза галактоцереброзидов головного мозга, участвующих в миелинизации нейронов.

Преимуществом гипоаллергенных смесей является не только низкая аллергенность, но и лучшие вкусовые качества и относительно меньшая стоимость.

Так например, НАН гипоаллергенный — единственная смесь, эффективность которой доказана более чем в 20 международных исследованиях. Результаты проведенных мета-анализов, подтвердили, что НАН ГА снижает риск атопического дерматита у детей первого года жизни более, чем на 50% по сравнению со стандартной смесью. В связи с доказанной профилактической

эффективностью наряду с хорошими вкусовыми качествами и экономической целесообразностью Ассоциация Детских Аллергологов и Иммунологов России в согласительном документе «Первичная профилактика аллергии у детей» предлагает использовать НАН ГА в качестве формулы выбора для вскармливания детей с семейной предрасположенностью к аллергии при гипо- и алактамии у кормящих матерей.

С большой осторожностью следует относиться к введению прикорма детям из групп «высокого риска» по развитию аллергических заболеваний. Его введение целесообразно начинать с 5–6 месяцев.

Предпочтение рекомендуется отдавать продуктам с низким аллергизирующим потенциалом:

- светлым сортам ягод, фруктов и овощей;
- гипоаллергенным безмолочным безглютеновым кашам;
- свинине, конине, индейке, мясу кролика;
- целесообразно использовать специализированные детские консервы промышленного производства.

В период начала введения прикорма следует ограничить ассортимент вводимых продуктов (например, только один вид зерновых, 1-2 овоща, 1-2 фрукта, один вид мяса).

Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение

Цель этой работы – привести психофункциональные возможности ребенка в соответствие с предъявляемыми ему требованиями новой микросоциальной среды. Поэтому она должна осуществляться задолго до того, как ребенок поступает в дошкольное учреждение.

Всю организационную и методическую работу детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в ДОО возглавляет заведующий педиатрическим отделением. Подготовка осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой КЗР и состоит из двух основных разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка – это проведение профилактических осмотров детей на педиатрическом участке, комплексной оценки здоровья и назначение индивидуальных оздоровительных и корригирующих мероприятий, начиная с периода новорожденности.

При подготовке детей раннего возраста к поступлению в ясли необходимо учитывать, что легче адаптация к ДОО протекает у детей первого полугодия жизни и старше 1,5 лет, а тяжелее – в возрасте с 7 до 18 месяцев. Это связано с различной реакцией организма детей на изменение микро-социальной среды:

- в первое полугодие жизни прочный динамический стереотип еще не сформирован, поэтому привыкание к новым условиям протекает легко;
- возраст с 7 до 18 месяцев жизни характеризуется установлением прочного динамического стереотипа за счет активного взаимодействия ребенка с окружающей средой. Однако способность к его перестройке и формированию

новых коммуникативных отношений с детьми и взрослыми ограничена. Поэтому в этот период адаптация к новой социальной среде протекает тяжелее, чем в первые 6 месяцев жизни;

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

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

Специальная подготовка включает в себя следующие мероприятия:

- прогнозирование течения адаптации;
- санитарно-просветительную работу с родителями;
- комплексную оценку состояния здоровья ребенка;
- проведение оздоровительных мероприятий;
- реабилитацию детей с выявленными нарушениями здоровья.

Прогнозирование течения адаптации к дошкольному образовательному учреждению

Для прогноза наиболее информативными являются следующие признаки, расположенные в порядке уменьшения значимости.

Для детей раннего возраста при поступлении в детские ясли:

- 1) частые заболевания матери;
- 2) несоответствие домашнего режима ясельному;
- 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев;
- 4) токсикоз второй половины беременности;
- 5) заболевания у матери во время беременности;
- 6) вредные привычки у ребенка;
- 7) асфиксия при рождении;
- 8) низкий культурный уровень семьи;
- 9) злоупотребление алкоголем отца;
- 10) резкие отношения между родителями;
- 11) отставание в НПР;
- 12) раннее искусственное вскармливание;
- 13) рахит 2–3 степени;
- 14) отсутствие закаливания и подготовки к яслям;
- 15) 2-я и 3-я группы здоровья;
- 16) масса тела при рождении менее 2,5 и более 4 кг;
- 17) частые заболевания отца;
- 18) заболевания ребенка на первом году жизни;
- 19) содержание гемоглобина менее 116 г/л;
- 20) хронические заболевания у родителей.

Для дошкольников при поступлении в детский сад:

- 1) частые заболевания ребенка (более 4-х раз в год);
- 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям;
- 3) злоупотребление алкоголем отца;
- 4) резкие отношения между родителями;
- 5) неправильное воспитание до поступления в детский сад;
- 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям;
- 7) злоупотребление алкоголем матерью;
- 8) мужской пол ребенка;
- 9) медленная ориентация в новой среде;
- 10) низкий культурный уровень семьи;
- 11) осложнения в родах;
- 12) масса тела при рождении до 2,5 кг;
- 13) отклонения в физическом развитии.

При наличии у ребенка 4-5 и более факторов риска, особенно указанных выше под № 1-6, наиболее вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.

Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды — в начале подготовительной работы (за 6 месяцев до поступления в ДОО) и непосредственно перед поступлением детей в детское дошкольное учреждение.

Санитарно-просветительная работа с родителями. Ее цель — научить родителей основным приемам подготовки детей к поступлению в дошкольное учреждение. Основные формы санитарно-просветительной работы:

- организация «Школы матерей» и проведение родительских конференций по медицинской и педагогической тематике: «Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение», «Организация режима дня ребенка в период привыкания к условиям детских яслей и сада», «Питание детей раннего и дошкольного возраста», «Закаливание детей и профилактика простудных заболеваний», «Режим дня детей первых трех лет жизни», «Вредные привычки у детей и пути их устранения», «Роль игрушки в воспитании ребенка» и др. В проведении родительских конференций (один раз в месяц по фиксированным дням) принимают участие заведующий отделением, опытные врачи и педагоги дошкольного учреждения. Возможно заочное обучение, для чего в детской поликлинике должны быть оформлены папки по указанным темам;

- оформление витрин, стендов, уголков для родителей детей, поступающих в ясли и сад, в которых отражаются основные моменты этой подготовки. Необходимо иметь стендовую справку о том, какие документы и анализы нужны при устройстве ребенка в детское учреждение;

- организация для родителей консультаций педагогов ДОО один-два раза в неделю по фиксированным дням. Целью этих консультаций является освещение вопросов воспитания детей в семье и подготовке их к поступлению в образовательные учреждения.

За 12 месяца до поступления ребенка в ДОО в процесс подготовки активно включается персонал дошкольного учреждения. Необходимо объяснить родителям правила приема и возможные изменения в поведении ребенка при адаптации к новым микросоциальным условиям, а также мероприятия по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода. Работники детского учреждения при непосредственном контакте с ребенком и родителями изучают его индивидуальные особенности, условия воспитания и быт. Это позволяет им осуществлять индивидуальный подход к детям в период адаптации.

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. За 2-3 месяца до поступления проводится осмотр детей участковым педиатром. При формировании заключения учитывают данные последнего профилактического осмотра. Желательно, чтобы к моменту поступления в ДОО ребенок был привит в соответствии с календарем профилактических прививок.

Проведение оздоровительных мероприятий, направленных на повышение резистентности и расширение адаптационных возможностей организма: организация домашнего режима дня, максимально приближенного к режиму детского учреждения, рациональное питание, фитопрофилактика, физическое воспитание и закаливание, массаж общий и массаж биологически активных точек.

Реабилитация детей с выявленными нарушениями здоровья

На этом этапе обязательно привлекаются врачи-специалисты по профилю имеющейся у ребенка патологии.

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

Работа по подготовке ребенка к поступлению в ДОО отражается в истории развития ребенка (форма №112/у). Участковый врач делает записи о начале и окончании подготовки, о результатах осмотра и проведенном оздоровлении и реабилитации. Участковый врач заводит «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма 026/у-2000). В нее вносятся результаты последнего осмотра педиатром и специалистами, заключение о состоянии здоровья с указанием прогноза адаптации, даются рекомендации на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию, индивидуальному подходу, оздоровительным мероприятиям. Для передачи в ДОО родителям выдается «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.

Контроль состояния здоровья детей в периоде адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в ДОО. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией» (табл. 8), первая страница которого заполняется педагогами-воспитателями; вторая – медицинскими работниками. «Лист наблюдения за адаптацией» находится у воспитателя.

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

1-й критерий – динамика эмоционально-поведенческих реакций.

Контроль эмоционально-поведенческих реакций воспитатель в детских яслях проводит ежедневно. С помощью специальных шкал (табл.9) оцениваются следующие поведенческие реакции:

- настроение;
- социальные контакты;
- игровая и познавательная деятельность;
- дисциплинированность, наличие агрессии, страха;
- двигательная активность;
- сон;
- аппетит.

Характеристика поведенческих реакций проводится по 10-балльной системе – от -10 до +10. Воспитатель суммирует баллы по всем параметрам. Оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции и сумму баллов он заносит в соответствующую таблицу в листе адаптации. Наблюдение за течением адаптации проводят до стабилизации суммарной оценки эмоционально-поведенческих реакций на уровне не ниже +40 баллов (две-три оценки).

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

Таблица 8

Лист наблюдения за адаптацией к дошкольному образовательному учреждению

Ф.И. ребенка _____ возраст _____ группа _____

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

Эмоционально-поведенческие реакции

Нервно-психическое развитие

День адаптации	Дата регистрации	Сниженное настроение	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия (гнев)	Страх	Двигательная активность	Сон	Аппетит	Сумма		Показатель	Неделя адаптации					
														1	2	3	4	5	6
3													Мышление и речь Моторное развитие Внимание и память Социальные контакты						
6																			
9																			
12																			
15																			
18																			
21																			
24																			
27																			
30																			
33																			
36																			
39																			
42																			
45																			

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации _____

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

Примечание: во время контроля за течением адаптации лист находится у воспитателя, по завершении адаптации – клеится в медицинскую карту.

Таблица 9

Шкала для определения эмоционального профиля детей раннего возраста (Студеникин М. Я., Макаренко Ю.А., Баркан А. И., 1978)

Характеристика поведенческих реакций			Баллы
I. Отрицательные эмоции	1	Нет	+3
	2	Хныканье за компанию	0
	3	Хныканье с перерывом	-1
	4	Продолжительное, периодическое хныканье	-2
	5	Плач за компанию	-3
	6	Продолжительный плач	-4
	7	Приступообразный плач	-5
	8	Сильный продолжительный плач	-7
	9	Депрессия	-8
	10	Депрессия с приступами плача	-10
II. Гнев	1	Нет	+2
	2	Появляется редко и в слабой форме	+1
	3	Умеренный	-1
	4	Частый, хорошо выраженный	-5
	5	Очень частые приступы гнева	-7
III. Страх	1	Нет	+3
	2	Проявляется редко и в слабой форме	-2
	3	Умеренный	-6
	4	Частый, хорошо выраженный	-8
	5	Очень частые реакции страха	-10
IV. Познавательная деятельность	1	Отсутствует	-4
	2	Проявляется непостоянный интерес к играм	+1
	3	Проявляется интерес к окружающим незнакомым людям	+3
	4	Установившийся интерес к окружающим, может долго играть	+5
	5	Долго играет, трудно отвлекается от игры, интересуется новыми предметами и людьми	+7
V. Положительные эмоции	1	Нет	-5
	2	Слабо и редко вокалирует	+1
	3	Адекватно улыбается	+5
	4	Веселый жизнерадостный ребенок, мало плачет	+8
	5	Много смеется, улыбается взрослым	+10
VI. Социальные контакты	1	Легко вступает в контакт	+5
	2	Просится на руки, приглашает играть	+3
	3	Сдержанно вступает в контакт	+2
	4	Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+1
	5	Просится на руки с целью сочувствия	0

Характеристика поведенческих реакций			Баллы
	6	Робок	-2
	7	Недоверчив, хмур, стремится убежать	-4
	8	Плача, вступает в контакт, требуя отвести себя к родителям	-6
VII. Двигательная активность	1	Много лежит или сидит	-4
	2	Замедлен, вял в движениях	-2
	3	Средняя подвижность	+5
	4	Высокая подвижность	-1
	5	Очень большая подвижность	-5
VIII. Сон	1	Отсутствие сна, плач	-8
	2	Засыпает и просыпается с плачем	-2
	3	Неспокоен, засыпает с плачем	-5
	4	Беспокоен	-3
	5	Спокоен, засыпает с плачем	-1
	6	Засыпает с задержкой, без плача	0
	7	Сон спокойный, засыпает с хныканьем	+2
	8	Сон спокоен	+6
	9	Сон очень спокоен, глубокий	+8
IX. Аппетит	1	Отсутствует	-4
	2	Плохой	-1
	3	Средний	+3
	4	Хороший	+6
	5	Повышенный	+2
	6	Чрезмерный	-3

2 критерий – возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей в ДОО 1 раз в неделю.

Слабо выраженные невротические реакции проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации.

При умеренно выраженных невротических реакциях наряду с выраженной астенизацией увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляется гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями.

Значительно выраженные невротические реакции – это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего года, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями. Большинство таких детей в течение всего учебного года так и не адаптируются к ДОО.

АНКЕТА для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, нет ли у него перечисленных ниже жалоб. Просим перечислить имеющиеся жалобы, сроки их появления, а также длительность. Если эти жалобы были раньше, с какого времени и вследствие каких обстоятельств они возникли.

1. Нарушение сна:
 - более длительный период засыпания _____
 - поверхностный беспокойный сон _____
 - разговаривает во сне _____
 - вскакивает во сне _____
2. Нарушение аппетита:
 - отказ от пищи _____
 - снижение аппетита _____
3. Головные боли (указать время суток) _____
4. Боли в области сердца _____
5. Боли в животе (связаны ли с приемом пищи) _____
6. Повышенная потливость _____
7. Недержание мочи и кала _____
8. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость _____
9. Появились «лишние» движения, т. е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач _____
10. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание _____
11. Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить _____
12. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) _____
13. Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи) _____
14. Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивания лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм) _____
15. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло _____
16. Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования _____
17. Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний _____
18. Другие жалобы _____

3 критерий – определение уровня НПР (используется только у детей раннего возраста) проводится один раз в 5–7 дней.

4 критерий – динамика массы тела, измерение этого показателя проводит медицинская сестра у детей раннего возраста – 1 раз в 3 дня, у дошкольников – 1 раз в 5–7 дней.

5 критерий – контроль уровня гемоглобина проводится по назначению врача, если масса тела ребёнка снижается или не имеет тенденции к увеличению.

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

Результаты наблюдения за адаптацией детей по 2–6 критериям медицинской сестрой заносятся в раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей» листа адаптации.

Медицинская сестра ДОО еженедельно анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Эти дети консультируются педиатром, а по показаниям – психологом и врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по облегчению адаптации. Результаты обследования и назначенные мероприятия вносятся в форму № 026/у. В листе адаптации указываются медицинские рекомендации по ее облегчению.

Выделяют следующие варианты течения адаптации (табл. 10).

Таблица 10

**Варианты течения адаптации
к дошкольному образовательному учреждению**

Благоприятное	Условно-благоприятное	Неблагоприятное
– Допускаются слабо выраженные симптомы невротизации (в течение 1-2 недель), не требующие специальной коррекции; – кратковременная потеря массы тела не более чем на 50 граммов; – у ребенка не возникло никаких нарушений в состоянии здоровья; – продолжительность адаптации в среднем составляет около 20 дней	– Симптомы невротизации выражены умеренно, необходимы коррекционные мероприятия; – у детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития не более чем на один эпилептический срок; – потеря массы не более 100–150 г; – за период адаптации ребенок болел или перенес одно острое респираторное заболевание в легкой форме; – продолжительность адаптации в течение 45 дней	В случае более выраженных изменений течение адаптации оценивается как неблагоприятное; продолжительность адаптации затягивается до 75 дней и более

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу проводят врач и медсестра. За адаптацией детей наблюдают не только медицинские работники, но и педагоги, воспитатели и психологи.

Детям, имеющим негативную динамику эмоционально-поведенческих реакций, с нарушением адаптации в коллективе воспитатели и психологи дают рекомендации по ее облегчению, которые заносятся в соответствующий раздел «Листа адаптации».

Вариант заключения по течению адаптации подчеркивается в «Листе адаптации» и при необходимости даются рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком.

Организация жизни детей в период адаптации

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

В целях облегчения адаптации детей к ДОО очень важно правильно организовать момент первичного поступления.

Первичный прием ребенка должен проводиться совместно врачом-педиатром (при его отсутствии старшей медицинской сестрой или фельдшером) и педагогом (воспитателем). При этом собираются сведения по анамнезу жизни, состоянию здоровья и поведению ребенка, назначаются медико-педагогические мероприятия на период адаптации с учетом группы здоровья, развития и индивидуальных особенностей.

Правила ведения ребенка в период адаптации к ДОО:

- постепенное формирование групп вновь поступающими детьми;
- укороченное пребывание в дошкольном учреждении (2–3 часа), время пребывания в группе увеличивается постепенно на 1–2 часа в день в зависимости от поведения ребенка;
- первые 1–2 дня разрешить присутствие родителей, если ребенок сильно плачет, отказывается есть и спать;
- разрешить привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон, если он отказывается от принятого в ДОО;
- кормить осторожно, не настаивать в случае отказа от еды и в этом случае информировать родителей о необходимости дополнительного питания в домашних условиях;
- чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, учитывая повышенное, как правило, мочеиспускание, слезоотделение;
- обеспечить состояние теплового комфорта; одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения (холодные руки, нос, ноги) или перегревания (потливость лба, верхней губы, покраснение кожи лица);
- в первые дни организовать бодрствование вновь поступившего ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он сам не проявит интерес и желание играть с ними. Организовать его деятельность ближе к воспитателю, общаясь с ним

каждые 2–3 минуты. В случае необходимости иногда брать на руки на 1–2 минуты с тем, чтобы успокоить и направить на игру;

- чаще привлекать к любым занятиям, но если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его;

- не проводить в ДОО травмирующих медицинских манипуляций, которые могут вызвать отрицательные эмоциональные реакции у ребенка;

- не применять специальных мер закаливания до полной адаптации;

- на физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений;

- обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.

При переводе детей из яслей в детский сад рекомендуется осуществлять постепенный переход от одного режимного момента к другому. В течение последних 10–15 дней полезно организовать посещение соответствующей группы в яслях-саду для знакомства детей с новыми условиями жизни. Необходимо сформировать у ребенка мотивацию, желание перейти в детский сад, создать обстановку радостного события. Желателен переход всей группы детей из яслей в один детский сад.

Всю работу по переводу детей из яслей в детский сад координирует заведующая яслями или яслями-садом при активном участии медицинских работников, педагога, воспитателя.

Для снижения эмоционального напряжения эффективным средством является функциональная музыка; она может сопровождать основные режимные моменты: игры, отход ко сну и подъем. Основным критерием подбора музыки является соответствие ее темпа и ритма функциональному состоянию ребенка. Так, в период засыпания должна звучать тихая мелодия, например, колыбельная; при подъеме – бодрая музыка с нарастающим темпом. Ритмичная, маршевая мелодия возбуждает, повышает эмоциональный тонус. Медленная мелодия успокаивает, расслабляет. Выбрать музыку в соответствии с этими принципами может педагог совместно с врачом и музыкальным работником.

В целях повышения резистентности организма применяют массаж биологически активных точек. Для профилактики перекрестного инфицирования проводят кварцевание групповых помещений, осуществляют ионизацию воздуха в помещениях.

Учитывая важную роль белков, витаминов, особенно группы В, в приспособительных реакциях детей, следует обратить внимание на качество питания и его сбалансированность до поступления ребенка в новый коллектив и при адаптации к нему. При снижении аппетита у детей недостающее количество пищевых ингредиентов нужно вводить в виде концентрированных добавок (творог, яичный белок, сливки, пивные дрожжи и т.д.).

Индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации. Этот этап медико-психолого-педагогической коррекции всегда индивидуален и проводится по результатам диагностического этапа и по мере выявления дизадаптационных расстройств. При выявлении признаков нарушения адаптации (симптомов пограничных нервно-психических расстройств, снижении массы тела, учащении случаев ОРЗ и т. д.) педиатром назначаются

корректирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

Корректирующие мероприятия можно отнести к трем группам.

- I. Повышение неспецифической резистентности организма ребенка.
- II. Нормализация метаболических процессов и функционального состояния ЦНС.
- III. Уменьшение силы эмоционального стресса.

При учащении эпизодов ОРЗ в период адаптации назначаются мероприятия, направленные на повышение резистентности организма ребенка.

Общетонирующие средства, адаптогены – это препараты растительного происхождения, обладающие общетонирующим действием на функции ЦНС, обменные процессы, повышающие адаптацию организма к неблагоприятным условиям. Из этой группы применение в педиатрии получил только экстракт элеутерококка. Назначаются растительные адаптогены при возникновении у ребенка **астенических реакций** из расчета 1-2 капли на год жизни (разовая доза) обычно в 2 приема в первую половину суток (до 17.00) после ночного и/или дневного сна за 30 минут до еды курсами по 2-3 недели.

Энерготропная терапия – препараты, стимулирующие метаболические процессы: оротат калия, левокарнитин (элькар, карнитон, карнитен).

Оротат калия обладает анаболическим действием, его используют как общий стимулятор обменных процессов.

Элькар улучшает аппетит, стимулирует рост и увеличение массы тела, уменьшает проявления астенических расстройств, возбудимость, раздражительность, общую слабость.

В настоящее время выпускается большое количество отечественных и зарубежных комбинированных витаминных препаратов в комплексе с микроэлементами. Их использование приветствуется при благоприятном течении адаптации, а также при нарушениях в этот период, в том числе и при учащении острой респираторной заболеваемости. При этом рекомендуются ВМК, в состав которых включены кроме витаминов и минералов другие биологические активные компоненты: лецитин, холин, ω -3 жирные кислоты и др.

При возникновении пограничных нервно-психических расстройств, негативных эмоционально-поведенческих реакций для уменьшения силы эмоционального стресса применяются официальные седативные фитосредства: валериана, пустырник, мята, хмель, Melissa, душица и др.

Ноотропные препараты (пирацетам, ноотропил, аминалон, глутаминовая кислота, фенибут, пантогам, глутаминовая кислота и др.) назначаются неврологом детям, имеющим нарушение нервно-психического развития, а также детям, имеющим в анамнезе перинатальное поражение нервной системы.

Способ употребления, дозы лекарственных препаратов необходимо четко соблюдать, пользуясь инструкциями и справочниками лекарственных средств.

Анализ эффективности всей системы профилактических мероприятий по предупреждению срыва адаптации рекомендуется осуществлять по следующим показателям: число детей с благоприятной, условно благоприятной и

неблагоприятной адаптацией; сравнение данных прогноза и реального течения адаптации.

Преимуществом представленной системы является возможность дифференцированного подхода к детям, раннее выявление минимальных отклонений в состоянии здоровья и своевременного назначения корректирующих мероприятий по индивидуальным показаниям.

Организация профилактических прививок

Вакцинопрофилактика инфекционных болезней в Российской Федерации проводится согласно приказу Минздрава РФ от 11.03.2014 г. № 125 н (в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.06.2016 N 370н, от 13.04.2017 N 175н), от 24.04.2019 N 243н, от 14.09.2020 N 967н) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», который определяет сроки проведения плановых прививок и прививок по эпидемическим показаниям (табл. 11)

Вакцинация детей во всех регионах страны проводится согласно национальному календарю профилактических прививок (табл. 50). Вакцинация населения, проживающего на территориях, эндемичных по природно-очаговым и зоонозным инфекционным болезням; групп с высоким риском заражения (профессиональным, социальным и др.); а также лиц, представляющих опасность для окружающих в случае их заболевания, проводится согласно календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Рекомендуемый образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них представлен в Приказе Минздрава РФ от 26.01.2019г. №19н. Все дети, перед проведением профилактической прививки осматриваются педиатром. Результаты осмотра пациента, термометрии, особенности прививочного анамнеза, а также разрешение на введение конкретной вакцины с указанием вида прививки или отвод от иммунизации по медицинским показаниям оформляются врачом в медицинских документах. После введения вакцины в течение 30 мин. за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

Национальный календарь профилактических прививок

Возраст	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В <1>
Новорожденные на 3-7-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза <2>
Дети в 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита <1>
Дети в 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>
	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети в 3 месяца <6.1>	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Первая вакцинация против полиомиелита <4>
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
Дети в 4,5 месяца <6.1>	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
	Вторая вакцинация против полиомиелита <4>
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети в 6 месяцев <6.1>	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В <1>
	Третья вакцинация против полиомиелита <6>
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) <5>
Дети в 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) <3>
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
Дети в 18 месяцев <6.1>	Первая ревакцинация против полиомиелита <6>
	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
Дети в 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита <6>

Возраст	Наименование профилактической прививки
Дети в 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидеми- ческого паротита
Дети в 6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столб- няка <7>
	Ревакцинация против туберкулеза <8>
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столб- няка <7>
	Третья ревакцинация против полиомиелита <6>
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка - каж- дые 10 лет от момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В <9>
Дети от 1 года до 18 лет (включительно), жен- щины от 18 до 25 лет (включительно), не бо- левшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не име- ющие сведений о при- вивках против краснухи.	Вакцинация против краснухи, ревакцинация про- тив краснухи.
Дети от 1 года до 18 лет (включительно) и взрос- лые до 35 лет (включи- тельно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имею- щие сведений о привив- ках против кори	Вакцинация против кори, ревакцинация против кори <10>
Дети с 6 месяцев, уча- щиеся 1–11-х классов, обучающиеся в профес- сиональных образова- тельных организациях и образовательных орга- низациях высшего обра- зования.	Вакцинация против гриппа проводится ежегодно.

Примечания:

<1> Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0-1-6 (1 доза – в момент начала вакцинации, 2 доза – через месяц после 1 прививки, 3 доза – через 6 месяцев от начала вакцинации), за исключением детей, относящихся к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по

схеме 0-1-2-12 (1 доза – в момент начала вакцинации, 2 доза – через месяц после 1 прививки, 2 доза – через 2 месяца от начала вакцинации, 3 доза – через 12 месяцев от начала вакцинации).

<2> Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом – вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<3> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей – носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

<4> Первая и вторая вакцинации проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<5> Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с болезнями нервной системы, иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка).

<6> Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой); детям, относящимся к группам риска (с болезнями нервной системы, иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающим иммуносупрессивную терапию; детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; недоношенным и маловесным детям; детям, находящимся в домах ребенка) – вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

<6.1> Вакцинация и ревакцинация детям, относящимся к группам риска, может осуществляться иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин, предназначенных для применения в соответствующие возрастные периоды.

<7> Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.

<8> Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

<9> Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0-1-6 (1 доза – в момент начала вакцинации, 2 доза – через месяц после 1 прививки, 3 доза – через 6 месяцев от начала вакцинации).

<10> Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 месяцев.

**Порядок
проведения гражданам профилактических прививок
в рамках национального календаря профилактических прививок**

1. Профилактические прививки в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся гражданам в медицинских организациях при наличии у таких организаций лицензии, предусматривающей выполнение работ (услуг) по вакцинации (проведению профилактических прививок).

2. Вакцинацию осуществляют медицинские работники, прошедшие обучение по вопросам применения иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней, организации проведения вакцинации, техники проведения вакцинации, а также по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

3. Вакцинация и ревакцинация в рамках национального календаря профилактических прививок проводятся иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по их применению.

В случаях, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок, допускается проведение вакцинации и ревакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами для иммунопрофилактики инфекционных болезней, содержащими комбинации вакцин.

4. Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются осмотру врачом (фельдшером).

6. При изменении сроков вакцинации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

7. Вакцинация детей, которым иммунопрофилактика против пневмококковой инфекции не была начата в первые 6 месяцев жизни, проводится двукратно с интервалом между прививками не менее 2 месяцев.

8. Вакцинация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. При вакцинации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели

иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

9.Ревакцинация детей против туберкулеза, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной вакцинации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами ревакцинация против туберкулеза не проводится.

10.Вакцинация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится детям с ВИЧ-инфекцией с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие иммунодефицита или умеренный иммунодефицит).

11.При исключении диагноза ВИЧ-инфекции детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, проводят вакцинацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

12.Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией. Детям с ВИЧ-инфекцией указанные иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики инфекционных болезней вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

13.При проведении вакцинации населения используются вакцины, содержащие актуальные для Российской Федерации антигены, позволяющие обеспечить максимальную эффективность иммунизации.

14.При проведении вакцинации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста, обучающихся в общеобразовательных организациях, беременных женщин используются вакцины, не содержащие консервантов.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок детям представлен в табл. 12, 13.

Таблица 12

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок Национального календаря

Вакцины	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция*(1) или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение*(2) Непереносимость компонента вакцины, выражающаяся в тяжелых системных аллергических или анафилактических реакциях (см. таблицу 2)
Все живые вакцины, в т. ч. оральная полиомиелитная вакцина (ОПВ)	Иммунодефицитное состояние (первичное подтвержденное)*(3) Иммуносупрессия*(4), злокачественное новообразование Беременность Лактация (только для краснушной вакцины)

Вакцины	Противопоказания
БЦЖ, БЦЖ-М	Масса тела ребенка при рождении менее 2 000 г Келоидный рубец после предыдущей вакцинации Генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье ВИЧ-инфекция с обнаружением нуклеиновых кислот ВИЧ-инфекция у матери, не получавшей трёх-этапную химиопрофилактику
АКДС (цельноклеточная)* (5), * (6)	Прогрессирующее заболевание нервной системы Афебрильные судороги в анамнезе Возраст старше 3 лет 11 мес. 29 дней
Живая коревая вакцина (ЖКВ), живая паротитная вакцина (ЖПВ), краснушная вакцина, а также комбинированные ди- и три вакцины (корь - паротит, корь - краснуха - паротит)	Анафилактическая реакция на белок перепелиного яйца (кроме краснушной), аминогликозиды (см. таблицу 2) Анафилактическая реакция на белок куриного яйца (кроме краснушной), аминогликозиды (см. таблицу 2)
Вакцина против вирусного гепатита В	Анафилактическая реакция на пекарские дрожжи (см. таблицу 2)
Вакцины АДС, АДС-М, АД-М	Постоянных противопоказаний нет

Примечание:

* (1) Сильной реакцией считается температура выше 40°C и местная реакция в виде гиперемии и отека свыше 8 см.

* (2) **К поствакцинальному осложнению относится:** анафилактический шок; ангионевротический отек, синдром Стивенса - Джонсона, Лайелла, сыпороточная болезнь, энцефалит; вакциноассоциированный полиомиелит; поражение ЦНС с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности; энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также афебрильные судороги; генерализованная БЦЖ-инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ; артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

* (3) Иммунодефицитные состояния, как первичные, так и вторичные, не являются противопоказанием к вакцинации инактивированными вакцинами. Детей с первичным иммунодефицитом вакцинируют всеми инактивированными вакцинами в периоде ремиссии интеркуррентного заболевания. (МУ.3.1.1123-02. «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактики»).

* (4) Иммуносупрессия может наблюдаться при проведении лучевой терапии; а также при использовании преднизолона в дозе 2 мг/кг/сут. парентерально или per os (или 20 мг/сут. детям с весом более 10 кг) в течение 14 дней и более. Таким пациентам допускается введение живых вакцин через 1 месяц и более после окончания кортикостероидной терапии.

* (5) При противопоказании введения АКДС или АаКДС-вакцин иммунизацию продолжают дифтерийно-столбнячным анатоксином.

* (6) АаКДС (ацеллюлярная) вакцина противопоказана при развитии энцефалопатии неясной этиологии в течение 7 дней после предыдущего введения АаКДС-вакцины.

Таблица 13

**Противопоказания к вакцинации при наличии у пациента
гиперчувствительности к определенным компонентам вакцины**

Противопоказание к вакцинации	Тяжёлая аллергическая реакция
Против гепатита В	Пекарские дрожжи
Против гриппа, клещевого энцефалита	Белок куриного яйца, аминокликозиды
ЖПКВ, ЖИВ, ЖКВ	Белок перепелиного яйца, гентамицин
Тривалентная вакцина против кори, краснухи, паротита	Белок куриного яйца, аминокликозиды, желатин
Инактивированная вакцина против полиомиелита	Стрептомицин, полимиксин В, неомицин
Живая пероральная вакцина против полиомиелита	Канамицин
Против жёлтой лихорадки	Белок куриного яйца, аминокликозиды
Некоторые комбинированные вакцины против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, гепатита В	Неомицин, полимиксин
Вакцины в форме шприцдозы	Латекс

**Противопоказания дополнительно для отдельных вакцин
Ротавирусная вакцина (Ротатек®)**

Инвагинация кишечника в анамнезе и врождённые пороки развития ЖКТ, предрасполагающие к ней; непереносимость фруктозы, недостаточность ферментов сахаразы и/или изомальтазы.

Временные противопоказания

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 1–2–4 недели после

выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии полной или максимально достижимой на фоне поддерживающей терапии. При нетяжёлых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Детям, получившим препараты крови, вакцинацию живыми вакцинами проводят с определенными интервалами (см. МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1. Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок).

Вакцинация БЦЖ-М откладывается до исчезновения клинических проявлений тяжёлых поражений нервной системы, тяжёлых и среднетяжёлых форм гемолитической болезни новорождённых, гнойно-септических заболеваний, генерализованных кожных поражений.

Эпидситуация играет ведущую роль при определении сроков и способов введения вакцинных препаратов у детей с острой и хронической патологией. По эпидемическим показаниям допускается:

- введение некоторых вакцин (АДС или АДС-М, ЖКВ, ОПВ, ВГВ) лицам с нетяжелыми заболеваниями (ОРВИ с температурой тела до 38°C, не тяжелая диарея и т. п.);
- оправдан такой подход и в ситуациях, когда повторная явка для вакцинации после окончания болезни не может быть обеспечена;
- введение ОПВ детям с диареей не противопоказано, но с учетом возможного снижения ее приживаемости в кишечнике дозу ОПВ желательно повторить;
- прививка может быть проведена ребенку с хронической патологией в отсутствие ремиссии на фоне активной терапии заболевания. Ориентиром является сопоставление риска развития осложнений болезни в связи с вакцинацией с риском для ребенка отсутствия прививки.

Вакцинация детей, имеющих противопоказания, может явиться причиной более тяжелого течения основного заболевания; поствакцинальной аллергии; неполноценного иммунного ответа.

По российским правилам любое острое заболевание является противопоказанием к вакцинации.

В настоящее время следует отказаться от тезиса «по мере возможности избежать вакцинации» и, наоборот, считать обязательной установку: «ни один ребенок не должен лишаться иммунизации без серьезного рассмотрения последствий как для ребенка, так и для общества».

В последние годы значительно увеличился охват детей прививками в связи со значительным сокращением перечня медицинских противопоказаний. Преодолен барьер предвзятого отношения и недоверия к прививкам, что значительно улучшило эпидемическую ситуацию по ряду управляемых инфекционных заболеваний.

Нормальная поствакцинальная реакция характеризуется:

- стереотипными клиническими проявлениями (специфические проявления в зависимости от вида вакцины);
- возникновением в определенные сроки после вакцинации;
- отсутствием серьезных расстройств жизнедеятельности организма;

- не требуется применение лечебных мер;
- ребенок не заразен для окружающих.

Общие реакции проявляются повышением температуры тела до субфебрильных значений, недомоганием и др. и возникают:

- при вакцинации живыми вакцинами после «инкубационного периода», необходимого для размножения микроба;
- при иммунизации инактивированными вакцинами уже через несколько часов (реакции более кратковременны – 1–2 суток).

Местные реакции могут быть в виде незначительной гиперемии, болезненности, инфильтрата в месте введения препарата.

Медицинские работники регистрируют сроки появления и характер поствакцинальных реакций, делая отметки в учетных формах № 063/у и № 112 – у неорганизованных детей и в учетных формах № 063/у и № 026/у – у детей, посещающих образовательные организации.

Нормальная вакцинальная реакция после прививки **против туберкулеза** (БЦЖ и БЦЖ-М) развивается в виде инфильтрата размером 5–10 мм в диаметре с небольшим узелком в центре и с образованием корочки по типу оспенной, в ряде случаев отмечается пустуляция. Иногда в центре инфильтрата появляется узелок небольшого некроза с незначительным серозным отделяемым. Нормальная прививочная реакция появляется:

- при вакцинации – через 4–6 недель;
- при ревакцинации – через 1–2 недели;
- реакция подвергается обратному развитию в течение 2–3 месяцев, иногда и в более длительные сроки.

Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

У 95% привитых на месте прививки образуется поверхностный рубчик до 10 мм в диаметре.

Врач и медсестра через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после иммунизации должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т. д.), обращая внимание на состояние региональных лимфатических узлов (шейных, подмышечных, над- и подключичных).

Вакцинация живой **коревой** вакциной (ЖКВ) у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается – вакцина мало реактогенна. У 5–15% детей с 5–6-го по 15-й день после прививки развивается **специфическая реакция** в виде:

- повышения температуры тела;
- катаральных явлений (кашель, незначительный конъюнктивит, ринит);
- обильной бледно-розовой кореподобной сыпи у 5% привитых;
- данная реакция держится не более 2–3 дней.

При вакцинации **против паротита** у незначительного числа детей с 4-го по 12-й день после прививки отмечается:

- повышение температуры тела;
- катаральные явления в течение 1–2 дней;
- редко в сроки до 42-го дня может быть увеличение околушых слюнных желез;

– кратковременные боли в животе, связанные с вовлечением поджелудочной железы;

– у лиц мужского пола – кратковременное припухание яичек (1 : 200 000).

Вакцинация **против краснухи** у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается, редко может быть:

– кратковременный субфебрилитет;

– гиперемия в месте введения;

– у 2% детей преимущественно подросткового возраста с 5-го по 12-й день после прививки может быть увеличение затылочных, шейных и заушных лимфоузлов, кратковременные сыпи, артралгии.

В редких случаях после введения **тривакцины (коревая, паротитная, краснушная)** на 17-20-й день развивается тромбоцитопения с благоприятным течением.

Вакцина против гепатита мало реактогенна, у 17% привитых может быть:

– гиперемия и уплотнение в месте введения;

– кратковременное нарушение самочувствия;

– повышение температуры тела;

– редко артралгии или миалгии.

Наиболее реактогенна вакцина АКДС. После ее введения в первые двое суток нередко возникает:

– повышение температуры тела;

– недомогание;

– в месте инъекции болезненность, гиперемия и отечность;

– после ревакцинации частота развития общих и местных реакций в 1,5– 3 раза выше, чем после вакцинации.

АКДС-вакцины с цельноклеточным компонентом значительно более реактогенны, чем с бесклеточным компонентом.

Оральная полиомиелитная вакцина наименее реактогенна. К числу крайне редких необычных реакций на ее введение относят легкую кишечную дисфункцию у детей раннего возраста, которая проходит в течение нескольких дней без лечения и не сопровождается нарушением общего состояния.

При вакцинации против гриппа с частотой >1/10 наблюдаются местные реакции: болезненность при пальпации, уплотнение, отек и гиперемия кожи в месте введения; а также системные реакции: субфебрильная температура, недомогание, головная боль, першение и боль в горле, легкий насморк. Реже (с частотой 1/10 -1/100) могут отмечаться системные реакции: головокружение, миалгия, артралгия, боль в животе, повышенная утомляемость. Указанные местные и системные реакции носят транзиторный характер и исчезают через 1-2 дня без назначения специфической терапии.

Наиболее часто (более чем в 20% случаев) в поствакцинальном периоде при введении пневмококковых конъюгированных вакцин возникают следующие реакции: лихорадка, возбудимость, снижение аппетита, расстройство сна, а также местные реакции в виде отека, гиперемии, болезненности, уплотнения в месте введения вакцины. Значительная доля этих реакций развивается в первые 48 часов после вакцинации и купируются самостоятельно либо при использовании жаропонижающих и антигистаминных препаратов. У детей старшего

возраста при первичной вакцинации частота реакций выше. При вакцинации недоношенных и доношенных детей частота реакции не отличается.

Моновалентные вакцины против гемофильной инфекции слабо реактогенны. Нежелательные реакции проявляются не более чем у 1% вакцинированных в течение 6–24 часов после введения прививки и характеризуются как слабой и средней тяжести в виде повышения температуры, раздражительности, в месте введения вакцины болезненности, покраснения, отека, уплотнения.

У детей **с измененной реактивностью, имеющихотягощенную наследственность по атопии, часто болеющих ОРВИ**, поствакцинальные процессы бывают:

- более выраженными;
- выходят за пределы физиологических реакций;
- могут оказывать повреждающее действие.

Так, у детей **с атопией** в поствакцинальном периоде могут наблюдаться аллергические реакции на отдельные компоненты вакцин различной степени выраженности. У предрасположенных детей (особенно с патологией нервной системы) могут наблюдаться выраженные токсические реакции с подъемом температуры тела до высоких цифр, симптомами интоксикации. Подобные реакции возникают преимущественно в первые сутки через 6–10 часов после вакцинации инактивированными вакцинами и не ранее 4–5 дня при вакцинации живыми вакцинами. При этом отмечается ухудшение состояния ребенка, беспокойство или вялость, рвота, потеря аппетита, нарушение сна. На фоне повышения температуры у отдельных детей могут развиваться фебрильные судороги, обычно нетяжелые и непродолжительные. Выраженные токсические реакции встречаются нечасто и преимущественно после введения АКДС у детей с патологией нервной системы.

Поствакцинальные осложнения (ПВО) – тяжелые и(или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок (табл. 14).

Осложнения, связанные с игнорированием противопоказаний. Указанная причина осложнений встречается крайне редко. Она может возникнуть, например, из-за неучета присутствия в окружении ребенка, прививаемого оральной полиомиелитной вакциной, больного иммунодефицитом; или аллергии к дрожжам перед введением вакцины против гепатита В, либо к белку куриного яйца перед применением тривакцины против кори, краснухи, эпидпаротита и т.п.

Осложнения, связанные с нарушением техники вакцинации. Нарушения стерильности приводят к развитию нагноений в месте инъекции. Подкожное введение сорбированных вакцин может сопровождаться образованием асептических инфильтратов. При вакцинации БЦЖ возможно развитие абсцесса и/или лимфаденита.

Осложнения, связанные с введением повышенной дозы препарата. Они могут быть обусловлены: введением препарата в большем объеме; плохим перемешиванием сорбированного препарата; подкожным введением вакцин, разведенных для накожной аппликации.

Осложнения, связанные с нарушением режима хранения («нарушение холодовой цепи»). Хранение сорбированных препаратов при высокой

температуре или их замораживание приводит к десорбции антигенов. Введение препарата, ставшего несорбированным, будет сопровождаться быстрым поступлением антигенов в кровь, что у лиц с высоким уровнем антител может привести к развитию аллергических реакций немедленного типа. Возможна и бактериальная контаминация треснувших при замерзании ампул.

Осложнения, связанные с повышенной чувствительностью привитого к введенному препарату. Развитие данных осложнений определяется состоянием реактивности организма ребенка. Чаще всего они имеют характер аллергических или неврологических нарушений. Эти осложнения очень сложно заранее прогнозировать

Присоединение интеркуррентных заболеваний или обострение хронической патологии в поствакцинальном периоде не является поствакцинальным осложнением.

Таблица 14

Сроки появления возможных осложнений на прививки

Вакцина	Сроки	Возможные осложнения
АКДС, АДС, ЖКВ, ВГВ, ИПВ	4 часа	Анафилактический шок
АКДС	3 дня	Коллаптоидные состояния: снижение мышечного тонуса, побледнение, потеря сознания или сонливость, сердечно-сосудистая или дыхательная недостаточность
АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 дня 5–15 день	Энцефалопатия: нарушение функций ЦНС, повышение внутричерепного давления, нарушение сознания более 6 час, медленные волны на ЭЭГ. Резидуальные судорожные состояния: судороги при температуре тела менее 39°C, если они отсутствовали до и повторялись в течение одного года после прививки
ЖКВ, Краснушная, Тривакцина	7–30 дней	Тромбоцитопеническая пурпура
АС, АДС, АДС-М	2–28 дней	Неврит плечевого нерва
Краснушная, Тривакцина	5–42 дня	Хронический артрит
ОПВ	30 дней 6 мес. любой	Паралитический полиомиелит (ВАП): - у привитого здорового - у привитого иммунодефицитного - у контактного лица

Гигиеническое воспитание и обучение населения

Гигиеническое воспитание членов семьи, особенно молодых родителей, обучение их мастерству воспитания здорового ребенка должны вестись индивидуально с учетом культурного и общеобразовательного уровня семьи, психологического климата и многих других факторов.

На каждом педиатрическом участке должен быть составлен годовой план санитарно-просветительной работы с населением, в соответствии с которым педиатр и медицинская сестра систематически организуют лекции и беседы.

Санитарное просвещение осуществляется при проведении дорожных патронажей, во время активных посещений на дому, на врачебном: приеме в поликлинике, в кабинете здорового ребенка, на специальных занятиях в школе молодых матерей, школе отцов и др. Следует широко использовать вечера вопросов и ответов, выпуск специальных бюллетеней, оформление стендов. Каждому участковому врачу следует иметь достаточное количество отпечатанных типографским способом памяток по основным вопросам воспитания и развития здорового ребенка.

Примерные темы лекций и бесед для молодых родителей, проводимых в кабинете здорового ребенка

1. Уход за новорожденным.
2. Режим дня и питания кормящей матери.
3. Режим дня и его значение в воспитании ребенка.
4. Организация рационального вскармливания и питания детей первого года жизни.
5. Профилактика анемии и у детей.
6. Предупреждение рахита у детей.
7. Нарушения питания в детском возрасте и их профилактика.
8. Физическое воспитание и закаливание детей раннего возраста.
9. Воспитание гигиенических навыков у детей.
10. Профилактические прививки у детей.
11. Предупреждение простудных заболеваний у детей.
12. Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей.
13. Профилактика травматизма.
14. Болезни нервной системы и их профилактика у детей.
15. Как правильно подготовить ребенка к поступлению в дошкольное учреждение и школу.
16. Действующее законодательство в области охраны здоровья и прав женщин и детей.

Принципы педиатрического консультирования семьи по предотвращению травматизма у детей

Рекомендации относительно профилактики травматизма должны стать неотъемлемой частью первичной медицинской помощи. Дети должны расти в безопасном окружении и быть обучены ориентации тела в пространстве.

Врачи, работающие с детьми, должны консультировать родителей о возрастных, сезонных и соответствующих месту профилактических мероприятиях, которые уменьшают частоту серьезных повреждений; медицинская документация должна отражать эти советы.

Проблемы, которые должны обсуждать врачи с родителями детей грудного и раннего возраста

- Контроль психомоторного развития ребенка (ползание, перемещение в пространстве, хождение, переступание, ходьба по лестнице и др.).
- Безопасность дорожного движения: применение одобренных в настоящее время безопасных детских ограничителей (автомобильные кресла); использование самими родителями ремней безопасности.
- Профилактика ожогов: установка и поддержание детекторов дыма в доме; установка температуры подогревателя воды 35–40°C.
- Предотвращение падений: защита окон и лестниц специальными решетками; отказ от младенческих ходунков.
- Профилактика отравлений: хранение медицинских препаратов вне поля зрения и пределов досягаемости в оригинальной и недоступной для детей упаковке.
- Профилактика удушья: кормление детей адекватной возрасту пищей; исключение бега/игры во время еды; наблюдение за приемом пищи; использование адекватных возрасту игрушек.
- Предотвращение утопления: наблюдение за младенцем/маленьким ребенком в ванной или бассейне; опорожнение всех ведер, баков, бассейнов немедленно после использования; установление адекватного ограждения/безопасной защиты у плавательного бассейна; наблюдение за дошкольниками при отдыхе на воде и плавании (независимо от умения ребенка плавать).
- Тренировка сердечно-легочной реанимации: обучение родителей ее приемам; информирование родителей о том, как обращаться в местную систему неотложной/скорой помощи.

Патронажи медицинской сестры

Для облегчения работы и в целях унификации записей предлагается схема совместного врачебно-сестринского патронажа к новорожденному, а также повторных патронажей медицинской сестры, выполненных в течение первого года жизни ребенка (табл. 15).

Таблица 15

Схема медсестринских патронажей

№	Раздел работы	Содержание
1	Выявление условий для развития ребенка (опрос)	Социальные условия Гигиена жилища Личная гигиена ребенка
2	Контроль за выполнением назначений врача (опрос)	Режим Питание Физическое воспитание Воспитательные воздействия Профилактика пограничных состояний Перенесенные заболевания Симптоматическая терапия
3	Объективная оценка состояния ребенка (осмотр)	Состояние, самочувствие, жалобы Кожа, слизистые, пупочная область, костная система Физиологические отправления
4	Оценка поведения (осмотр)	Сон Аппетит Бодрствование
5	Контроль за НГР	Оценка показателей НГР
7	Беседы тематические	Беседы в соответствии с возрастом и эпидобстановкой Рекомендации по исправлению выявленных дефектов ухода и воспитания
6	Обучение матери уходу и воспитанию (советы)	Режим Питание Физическое воспитание и закаливание Воспитательные воздействия Профилактика пограничных состояний
9	Оформление документации	Оформление патронажа в истории развития

Первичный патронаж новорожденного

К здоровому новорожденному первичный патронаж осуществляется в первые сутки после выписки из родильного дома. При выписке в субботу или в воскресенье новорожденных посещает дежурный педиатр, что не ведет к отмене первичного патронажа участкового врача. Участковый врач-педиатр и медицинская сестра выполняют его совместно в первый рабочий день (понедельник). Описание первичного врачебно-сестринского патронажа изложено в разделе «Организация наблюдения за новорожденными».

До 14-го дня жизни медицинская сестра посещает ребенка на дому ежедневно. Цель этих патронажей помочь матери получить знания и освоить все манипуляции по уходу за новорожденным. Последующие патронажи медицинская сестра проводит на 21-й и 28-й дни.

Повторный патронаж к новорожденномуАлгоритм действий медицинской сестры.

1. Расспросить мать об изменении состояния здоровья и поведения ее

ребенка с момента последнего посещения; выяснить жалобы.

2. Расспросить о самочувствии матери, соблюдении ею режима дня, отдыха, о режиме и рационе питания.

3. Проверить выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, детских вещей, предметов ухода.

4. Особое внимание уделить организации грудного вскармливания:

– режим кормления ребенка: по часам или по требованию; кормится ли в ночные часы;

– активность сосания, срыгивания после кормления;

– проводится ли сцеживание молока после кормления, остается ли молоко в груди;

– выполняет ли мать правила кормления ребенка грудью;

– проводится ли массаж грудных желез.

5. Осмотреть ребенка.

6. Дать объективную оценку его состояния.

7. Контроль состояния пуповинного остатка. При необходимости; выполнить назначения врача.

8. Обучить мать технике туалета кожи, глаз, ушей, носа, подмывания, купания ребенка, свободного пеленания.

Советы:

1. По исправлению выявленных недочетов ухода и вскармливания. Рекомендации, которые даются матери медицинской сестрой, должны даже в мельчайших деталях совпадать с указаниями участкового врача-педиатра.

2. Провести беседу по организации ухода за новорожденным.

3. Сделать запись в истории развития ребенка.

Некоторые особенности проведения патронажей

На 14-й день жизни:

1. Особое внимание уделить процессам адаптации ребенка к новым условиям жизни, а именно, исчезновению клинических проявлений переходных (пограничных, физиологических) состояний новорожденного:

– восстановление физиологической убыли массы тела;

– исчезновение желтушного окрашивания кожных покровов;

– исчезновение гормонального криза;

– восстановление прозрачности мочи;

– нормализация стула ребенка.

2. Внимательно осмотреть пуповинный остаток.

3. Оценить состояние мышечного тонуса, рефлексов новорожденного ребенка (может сохраняться транзиторная неврологическая симптоматика: нестойкий тремор, снижение рефлексов Моро, Галанта, шагового, опоры, снижение или повышение физиологического гипертонуса).

Отсутствие нарастания массы тела, сохраняющееся желтушное окрашивание кожных покровов, мастопатия, мутная моча, частый, жидкий стул – эти симптомы должны настораживать в оценке состояния ребенка. Необходимо обследование для исключения заболевания ребенка.

На 21-й день жизни:

1. Из беседы с мамой выявить симптомы лактационного криза, которые впервые появляются при сроке лактации 3–6 недель.

2. Оценить мышечный тонус, рефлексы, транзиторную неврологическую симптоматику (смотри выше).

3. Оценить состояние зрительного и слухового анализаторов: ребенок удерживает в поле зрения неподвижный предмет (лицо взрослого), успокаивается при сильном звуке.

4. Провести беседу по профилактике гипогалактии. На 28-й день жизни:

1. Оценить мышечный тонус, рефлексы новорожденного: транзиторная неврологическая симптоматика должна исчезнуть; ее сохранение является признаком перинатального поражения нервной системы.

2. Оценить состояние лактации: выявить признаки ее восстановления или снижения – осмотреть грудные железы матери: выявить наличие или отсутствие признаков хорошей лактации;

– расспросить мать о поведении ребенка после кормления (лучше понаблюдать за ребенком);

– оценить степень развития подкожно-жировой клетчатки у ребенка, выявить признаки голодания.

3. Пригласить на первый прием в поликлинику к участковому врачу, врачам-специалистам, в кабинет здорового ребенка (оставить расписание, указать дату и время приема).

4. Оставить направление в лабораторию на анализ крови и мочи.

5. Провести беседу о профилактике рахита, анемии.

Патронаж ребенка 1,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка.

3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.

4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим № 1), как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие – удерживает ли голову в положении на животе, поворачивает ли голову в сторону звука, улыбается ли при обращении к нему взрослых, издает ли отдельные звуки, осуществляет ли рефлексорный захват игрушки, вложенной в руку; удлиняется ли время бодрствования ребенка.

7. Напомнить о необходимости физического воспитания (комплекс № 1) и закаливания ребенка. Оценить умение матери выполнять данный комплекс.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 1, развивать умение держать голову, выполнять гимнастический комплекс № 1.
3. Беседа о подборе игрушек и их значении.

Патронаж ребенка 2,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 1, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие – начинает ли опираться на предплечья и локти, лежа на животе, увеличилось ли время удерживания головы в положении ребенка на животе и в вертикальном положении, делает ли он попытки поворота со спины на бок, увеличивается ли объем его движений, появляется ли редкий смех при обращении к нему взрослых, тянется ли к игрушке, есть ли редкое гуление?
7. Выполняют ли гимнастический комплекс № 1 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 1, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, продолжить выполнять гимнастический комплекс №1.
3. Напомнить о профилактическом осмотре в 3 мес. и прививке АКДС, против полиомиелита, вирусного гепатита В.

Патронаж ребенка 3,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка (введен ли сок, как переносит его ребенок), профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 3, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе

игрушек и их значении.

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие – упирается ли ладошками, лежа на животе, начинает ли приподнимать голову из положения на спине, хорошо ли опирается на ноги при поддержке под мышки, умеет ли поворачиваться со спины на живот, тянется ли к игрушкам, может ли брать игрушку и подносить ее ко рту, выражен ли комплекс оживления при появлении матери, взрослых, усиливается ли гуление?

7. Выполняют ли гимнастический комплекс № 2 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Напомнить о необходимости и правилах введения фруктового пюре в 3,5 месяца.

3. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 3, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, выполнять гимнастический комплекс № 2.

Патронаж ребенка 4,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка? Организован ли манеж?

3. Выполняются ли назначения врача по вскармливанию ребенка: часы кормления, коррекция питания, введение первого прикорма? Правильно ли мать готовит первый прикорм? Как ребенок привыкает к прикорму?

4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 2, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе игрушек и их значении.

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие: узнает ли близких, тянется ли к предметам, поворачивается ли со спины на живот (к 5 мес.), упирается ли на вытянутые руки, лежа на животе, гулит ли певуче, «агукает», произносит ли звуки, захватывает и ощупывает игрушку, придерживает ли грудь матери или бутылочку при кормлении?

7. Напомнить о прививке АКДС и против полиомиелита в 4,5 месяца.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Советы по воспитанию: соблюдать режим №2, развивать умение захватывать игрушку – кольцо с шариками, подвешенные низко над грудью, развивать

ориентацию по звуку, окликая ребенка, с разных сторон, развивать подражание – тянуть гласные, приучать к опрятности – поддерживать над тазиком или горшком в определенные часы, с целью обеспечения правильного развития позвоночника ни в коем случае не сажать ребенка, дольше оставлять ребенка в положении на животе – подготовка к ползанию, гимнастические упражнения комплекса № 2.

3. Беседа о значении прикорма.

Патронаж ребенка 5,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли и как готовится второй прикорм? Как ребенок его переносит?

4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 2. Как организовано занятие с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводятся ли воздушные ванны, обливания ребенка? Беседа о закаливании.

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие: а) удерживает игрушку в руке; б) переворачивается, устойчиво стоит при поддержке; в) певуче гулит.

7. Проверка правильности выполнения комплекса № 3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Обучить мать приготовлению второго прикорма.

3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 2; б) проводить воздушные ванны во время пеленания и массажа; в) использовать игрушки, удобные для захватывания, яркие погремушки, звучащие игрушки – колокольчики, звоночки; г) стимулировать ползание, укладывая ребенка на живот и помещая перед ним игрушки; д) чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки, выработать реакцию на слово «нельзя»; е) продолжать приучать к опрятности, есть с ложки, вкладывая ложку в рот ребенку; ж) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.

4. Обучить мать методике проведения воздушных ванн, обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды – 34–35°C), солнечных ванн (в летнее время).

Патронаж ребенка 6,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли яичный желток? Как ребенок его переносит? Даются ли сухарики и печенье?

4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 3. Развивается ли у ребенка ползание? Имеются ли для этого условия? Как организованы занятия с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводится ли

закаливание?

5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.

6. Психомоторное развитие: а) переключивание игрушки из руки в руку; б) переворачивается, ползает; в) произношение отдельных слогов – начало лепета; г) реагирует на свое имя; д) хорошо ест с ложки, пытается пить из чашки.

7. Проверка, правильно ли выполняются гимнастические упражнения комплекса № 3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Объяснить матери необходимость дачи яичного желтка. Рассказать о значении более твердой пищи (печенье, сухарики) для развития зубов.

3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 3; б) разнообразить набор игрушек: показывать звучащие (крупные и яркие петух, собака и др.), двигающиеся заводные волчки; лягушки и пр.; в) стимулировать ползание, выкладывая игрушки перед ребенком; г) чаще разговаривать с ребенком, вызывая подражание слогам «ма-ма», «па-па», что стимулирует лепет; д) продолжать приучать к опрятности; е) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.

4. Продолжать закаливание, обучить мать методике проведения обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды – 34–35°C).

Патронаж ребенка 7,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введено ли мясное пюре? Правильно ли оно готовится? Приучается ли ребенок к питью из чашечки? Дается ли корочка хлеба в руку?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим № 3)? Организован ли сон на свежем воздухе? Выполняются ли советы по воспитанию? Проводится ли закаливание воздушными ваннами?

5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.

6. Психомоторное развитие – хорошо ползает, при обращении взрослого к ребенку с вопросом «где лежит...?» он находит предметы, по-разному действует с игрушкой – стучит, размахивает, подолгу лепечет.

7. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложечки, поить из чашки. Обучить мать приготовлению мясного фарша. Провести беседу о сроках хранения пищи для ребенка.

3. По воспитанию: соблюдение режима № 3; часы бодрствования проводить в кроватке-манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения

– колготки, шортики, пинетки, башмачки.

4. Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки, крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.

5. Стимулировать развитие речи: переключки слогами: «ма-ма», «па-па», развивать понимание речи – учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».

6. Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание – «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к вставанию, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.

7. Продолжать приучать к опрятности, к горшку (в определенные часы).

8. Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на воздухе.

9. Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж ребенка 8,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введен ли третий прикорм? Приучается ли ребенок к питью из чашечки с самостоятельной поддержкой ее? Дается ли корочка хлеба в руку?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 3? Выполняются ли советы по воспитанию?

5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.

6. Психомоторное развитие – умеет ли вставать, садиться, ложиться, понимание речи – находит ли предметы на вопрос «где?», выполняет ли «ладушки», «дай ручку». Когда, в каком возрасте появились эти умения?

7. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные недочеты?

2. По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложечки, поить из чашки. Во время кормления сажать ребенка на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

3. По воспитанию: режим № 3; часы бодрствования проводить в кроватке-манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения – колготки, шортики, пинетки, башмачки.

4. Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки, крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.

5. Симулировать развитие речи: переключать слогами «ма-ма», «па-па»; развивать понимание речи – учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».

6. Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание – «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к ходьбе с опорой, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.

7. Продолжать приучать к опрятности, высаживать ребенка на горшок в одно и то же время на 3 минуты, приучать проситься на горшок.

8. Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на свежем воздухе.

9. Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж ребенка 9,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.

2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?

3. Правильно ли организовано питание ребенка, разнообразно ли оно, как приготавливаются новые виды пищи (овощное и картофельное пюре, фрикадельки и др.)?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.

5. Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка. Проводится ли закаливание?

6. Психомоторное развитие – научился ли ребенок ходить с опорой, совершать разные действия с предметами в зависимости от их свойств, повторять ли за взрослым слоги, пить ли из чашки, придерживая ее руками, спокойно относиться к высаживанию на горшок.

7. Правильно ли подобраны игрушки?

8. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.

2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Развивать активную и понимаемую речь, учить ребенка выполнять инструкции – «дай игрушку». Стимулировать ходьбу с опорой.

3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекладывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.

4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр. Провести беседу о профилактике травматизма.

5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 4 изакаливание. Обучить мать методике проведения сухих и влажных обтираний.

Патронаж ребенка 10,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Как организован ночной сон ребенка?
5. Выполняются ли советы по воспитанию?
6. Психомоторное развитие – научился ли ребенок самостоятельно выполнять разученные действия, влезать на диван, выполнять действия и движения по просьбе взрослого (игра в прятки), произносить слоги, подражая взрослому.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки.
3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.
4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.
5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронаж ребенка 11,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.
5. Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка.
6. Психомоторное развитие – делает ли первые самостоятельные шаги, произносит ли первые слова, делает ли обобщения в понимаемой речи.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки. Побуждать ребенка ходить без опоры, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая. Побуждать к целевому действию с предметами – вложить мелкие предметы в большие по размеру, открыть и разобрать матрешку, сложить и разобрать кубики.
3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую

куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.

4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.

5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронажи детей с 1-го до 2-х лет

Детей второго года жизни, не посещающих дошкольные учреждения, следует патронировать 4 раза в год в следующие возрастные промежутки:

– 12–15 мес.

– 15–18 мес.

– 18–21 мес.

– 21–24 мес.

При посещении медицинская сестра осуществляет:

1) контроль за питанием, соблюдением режима дня, временем пребывания на свежем воздухе;

2) контроль психомоторного развития;

3) проводит беседы с родителями на темы воспитания (физического, психомоторного), закаливания и предупреждения инфекционных заболеваний (ОКИ, ОРВИ, глистных инвазий), по профилактике травматизма.

При проведении патронажей необходимо обращать внимание на психологический климат в семье, способствовать его улучшению.

Особенности профилактических приемов у детей раннего возраста

1 месяц

Показатель	Динамика	Рефлексы в 1 мес.	
Масса	+ 600–800 г	ладонно-ротовой	+
Длина	+ 3 см	поисковый	+
Окружность головы	+ 3 см	сосательный	+
Окружность груди	+ 2	защитный	+
Большой родничок	≈2,5×3,0 см	опоры и автоматической походки	+
Зубы	0	ползания	+
Реакция на БЦЖ	Пятно или папула	хватательный	+
ЧД	40–45 в мин.	Переза и Галанта	+
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.	Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Коридоры	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	50,5	51,5	52,8	56,3	57,5	58,7
	Масса	3,1	3,5	3,8	4,5	5,2	5,6
	Окр. головы	34,8	35,3	36,0	37,9	39,0	39,8
	Окр. груди	33,3	34,1	35,4	38,0	38,9	39,4
Д	Длина тела	49,7	50,7	52,4	55,3	56,9	57,7
	Масса	3,0	3,3	3,7	4,3	4,6	4,9
	Окр. головы	33,8	34,8	36,0	38,0	38,6	39,5
	Окр. груди	32,9	34,0	35,3	37,4	38,1	39,0

НПР

Аз	Сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное проследивание движущегося предмета
Ас	Прислушивается к звуку, голосу взрослого
До	Лежа на животе, пытается поднимать голову и удерживать ее
Э	Первая улыбка на разговор взрослого
Ра	Издаёт отдельные звуки в ответ на разговор с ним

Особенности приема

1. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
2. Решение вопроса о проведении вакцинации.
3. Назначение режима № 1:
 - 7 кормлений через 3 ч (6:00 – 9:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 21:00 – 24:00) и ночной перерыв – 6 ч;
 - или 6 кормлений через 3,5 ч (6:00 – 9:30 – 13:00 – 16:30 – 20:00 – 23:30) и ночной перерыв – 6,5 ч (если ребенок выдерживает интервалы между кормлениями).
- Бодрствование после кормления – 1–1,5 ч.
- Сон после бодрствования – 2–2,5 ч.
- Количество дневных снов – 4.
- Ночной сон – 11 ч.
4. Обучение комплексу массажа и гимнастики (МиГ) № 1 (с 1,5 до 3 мес.).
5. Обучение закаливанию.

Назначения

1. Режим № 1.

Вскармливание:

Разовый объем питания детям первого года жизни указан в расчете на ребенка с нормальным физическим развитием!

- грудь матери по 100–120 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 7 раз в день с 6-часовым ночным перерывом;
 - при искусственном вскармливании – адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 120–140 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
2. Комплекс МиГ № 1
 3. Закаливание.
 - Температура в помещении – +20–22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до +30° С.
 - Умывание. Температура воды – 28°C.
 - Общая ванна при температуре воды 36–37°C в течение 5–6 минут.
 4. Вит. D по 1000 ME ежедневно
 5. Рекомендации по воспитанию – во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, неваляшка, погремушка на кольцо и с ручкой.
 6. Разрешение на прививку
 7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
 8. Патронаж медицинской сестры – в 1,5 месяца.
 9. Явка на профосмотр – в 2 месяца.

2 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 2 мес.	
Масса	+ 800 г	ладонно-ротовой	+
Длина	+ 3 см	поисковый	+
Окр. головы	+ 2 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 2 см	защитный	±
Большой родничок	≈2,5×2,5 см	опоры и автоматической походки	±
Зубы	0	ползания	+
Реакция на БЦЖ	Папула или пу- стула	хватательный	+
ЧД	40–45 в мин.	Переза и Галанта	+
		Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	53,4	54,3	55,8	59,5	61,0	62,1
	Масса	3,9	4,3	4,6	5,5	6,2	6,6
	Окр. головы	36,9	37,3	38,0	40,3	40,9	41,8
	Окр. груди	35,0	35,7	37,0	40,0	40,8	41,6
Д	Длина тела	52,2	53,3	55,0	58,6	59,9	60,8
	Масса	3,7	4,0	4,4	5,0	5,3	5,6
	Окр. головы	35,6	36,3	37,4	39,8	40,6	41,4
	Окр. груди	34,6	35,7	37,2	39,1	40,0	40,9

НПР

Аз	Длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого
До	Лежа на животе, приподнимается и непродолжительно удерживает голову
Э	Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке
Ра	Повторно произносит отдельные звуки

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Решение вопроса о проведении вакцинации.
4. Назначение оздоровительных и корригирующих мероприятий.

Назначения

1. Режим № 1.
2. Вскармливание: грудь матери или, при искусственном вскармливании, – адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 130–140 мл 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
3. Комплекс МиГ № 1.
4. Закаливание:
 - Температура в помещении – +20–22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до +30°C.
 - Умывание водой температурой – 28°C.
 - Общая ванна при температуре воды 36–37°C в течение 5-6 минут ежедневно.
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию – во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, нева-ляшка, погремушка на кольце и с ручкой.
7. Разрешение на прививку
8. Индивидуальные назначения – по показаниям.
9. Патронаж медицинской сестры – в 2,5 месяца.
10. Явка на профосмотр – в 3 месяца.

3 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 3 мес.	
Масса	+ 800 г	ладонно-ротовой	±
Длина	+ 3 см	поисковый	+
Окр. головы	+ 1,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 2 см	защитный	-
Большой родничок	≈2×2 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	0	ползания	+
Реакция на БЦЖ	Пустула	хватательный	+
ЧД	40–45 в мин.	Переза и Галанта	+
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.	Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	56,1	57,0	58,6	62,4	64,0	65,5
	Масса	4,5	4,9	5,4	6,4	7,0	7,5
	Окр. головы	38,4	38,8	39,5	41,6	42,5	43,3
	Окр. груди	36,5	37,3	38,4	42,1	43,1	43,8
Д	Длина тела	55,1	56,1	57,9	61,5	63,0	63,9
	Масса	4,4	4,6	5,0	5,7	6,1	6,5
	Окр. головы	36,9	37,7	38,5	41,3	42,2	43,0
	Окр. груди	36,2	37,3	38,7	40,5	41,2	42,8

НПР

Аз	Длительное зрительное сосредоточение на лице взрослого или неподвижном предмете. Длительное слежение за движущейся игрушкой или взрослым
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке, поворачивает голову в сторону взрослого
До	Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, удерживает голову в вертикальном положении (на руках взрослого)
Др	Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висащие над грудью.
Э	Комплекс оживления при общении с ребенком. Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке
Ра	Повторно произносит отдельные звуки

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Решение вопроса о проведении вакцинации.
4. Осмотр перед прививкой.
5. Назначение нового режима № 2 (с 3 по 6 мес.):
 - 6 кормлений через 3,5 ч.
 - Бодрствование после кормления – 1,5–2 ч.
 - Сон после бодрствования – 1,5–2 ч.
 - Количество дневных снов – 4.
 - Ночной сон – 10–11 ч.
6. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики (комплекс № 2) (с 3 до 4 мес.) через 30–40 мин после кормления 1 раз в день.

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: грудь матери или, при искусственном вскармливании, – адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 150–160 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.
3. Комплекс МиГ № 2.
4. Закаливание:
 - Температура в помещении – +20–22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до +30°C.
 - Умывание. Температура воды – 28°C.
 - Общая ванна при температуре воды 36–37°C в течение 5-6 мин.
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Разрешение на прививку
8. Контроль за реакцией на прививку.
9. Индивидуальные назначения – по показаниям.
10. Патронаж медицинской сестры – в 3,5 месяца.
11. Явка на профосмотр – в 4 месяца.

4 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 4 мес.	
Масса	+ 750–800 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 2,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 2 см	защитный	-
Большой родничок	≈2×2 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	0	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Пустула или корочка	хватательный	±
ЧД	35–40 в мин.	Переза и Галанта	±
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.	Моро	+

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	58,6	59,5	61,3	65,6	67,0	68,7
	Масса	5,2	5,6	6,2	7,2	7,9	8,4
	Окр. головы	39,6	40,2	40,8	42,9	43,8	44,5
	Окр. груди	38,1	38,8	39,8	43,5	44,5	45,7
Д	Длина тела	57,4	58,6	60,5	64,1	65,6	66,4
	Масса	5,0	5,3	5,6	6,5	6,9	7,4
	Окр. головы	38,2	38,9	39,7	42,4	43,3	44,2
	Окр. груди	38,1	39,1	40,4	42,1	43,2	44,3

НПР

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

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Возможно введение первого прикорма (каша или овощное пюре)

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: разовый объем при 5-ти разовом кормлении может составлять – 170–180 мл.

Вариант кормления при введении первого прикорма (перевод на 5 кормлений)

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	180
10:00	Возможно: Каша, например «НЕСТЛЕ» «Рисовая» + кормление грудью или смесью, пока не будет введена каша в полном объеме	С 5 до 150 + гр. матери
14:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	180
18:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	180
22:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	180

3. Комплекс МиГ № 2.
4. Закаливание.
 - Температура в помещении – + 20–22° С.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -15° до +30°С.
 - Воздушная ванна во время пеленания и массажа – 6–8 минут.
 - Умывание. Температура воды – 25–26° С.
 - Общая ванна при температуре воды – 36–37°, продолжительность – 5–6 минут с последующим обливанием водой температурой 34–35° С.
 - Летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2–3 раза в день до 5–6 минут.
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Патронаж медицинской сестры – в 4,5 месяца.
9. Приглашение в 4,5 месяца на прививку.

5 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 5 мес.	
Масса	+ 700–800 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 2,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 2 см	защитный	-
Большой родничок	≈2×2 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	0	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	35–40 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	130 ± 45 уд. в мин.	Моро	±

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	61,0	61,9	63,4	67,9	69,6	70,9
	Масса	5,8	6,2	6,8	7,9	8,6	9,1
	Окр. головы	40,6	41,2	42,0	44,0	45,0	45,9
	Окр. груди	39,3	40,1	41,1	45,0	46,2	47,4
Д	Длина тела	59,9	61,0	62,8	66,4	67,8	68,8
	Масса	5,5	5,8	6,2	7,2	7,7	8,2
	Окр. головы	39,2	39,9	40,7	43,5	44,4	45,4
	Окр. груди	39,4	40,5	41,7	43,5	44,6	45,8

НПР

Аз	Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует).
Ас	Узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонации.
Др	Четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее в руке.
До	Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается, устойчиво стоит при поддержке.
Ра	Певуче гулит.
Н	Ест с ложки густую или полугустую пищу.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики (комплекс № 3) (с 5 по 6 месяцев). Научить ребенка удерживать предметы в руках. Воспитание чувства ритма.
4. С 5 месяцев возможно введение первого прикорма (каша или овощное пюре), если он не был введен раньше, сливочного или растительного масла.

Назначения

1. Режим № 2.
2. Вскармливание: разовый объем кормления в 5 месяцев может составлять 200 мл.

Вариант кормления при введении первого прикорма (естественное вскармливание)

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	200
10:00	Овощное пюре, например, «Гербер» «Тыква» + кормление грудью	С 10 до 170
14:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	200
18:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	200
22:00	Грудь матери или, при необходимости, смесь, например, «НАН 1»	200

3. Комплекс МиГ № 3.
4. Закаливание (как в 4 мес.)
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Направление к специалистам и лабораторно-инструментальные обследования
9. Явка в 6 месяцев на прививку
10. Патронаж медицинской сестры – в 5,5 месяцев.

6 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 6 мес.	
Масса	+ 650–800 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 2,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 2	защитный	-
Большой родничок	≈2×2 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Нижние средние резцы – 2	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	35–40 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	63,0	64,0	65,6	69,9	71,3	72,5
	Масса	6,4	6,8	7,4	8,6	9,2	9,7
	Окр. головы	41,5	42,0	42,7	45,3	46,0	46,7
	Окр. груди	40,6	41,4	42,4	46,3	47,6	49,0
Д	Длина тела	62,1	63,0	64,3	68,2	69,9	70,8
	Масса	6,1	6,3	6,8	7,9	8,5	9,0
	Окр. головы	40,1	40,8	41,5	44,3	45,3	46,3
	Окр. груди	40,6	41,6	42,9	44,9	46,1	47,2

НПР

Ас	По-разному реагирует на свое и чужое имя.
Др	Свободно берет игрушку из разных положений, перекладывает из одной руки в другую.
До	Переворачивается с живота на спину и со спины на живот, передвигается, переставляя руки, немного ползает.
Ра	Произносит отдельные слоги (начало лепета).
Н	Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами. Небольшое количество жидкости пьет из чашки.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Проведение лабораторного и инструментального обследования и направление к врачам-специалистам.
4. Решение вопроса о проведении вакцинации.
5. Перевод на новый режим № 3 (с 6 по 9 месяцев):
 - 5 кормлений через 4 часа.
 - Бодрствование после кормления – 2–2,5 ч.
 - Сон после бодрствования – 1,5–2ч.
 - Количество дневных снов – 3.
 - Ночной сон – 10–11 ч.
 - введение первого прикорма (каша или овощное пюре), если он не был введен раньше, сливочного или растительного масла.

Если первый прикорм был введен, то введение второго прикорма с 6 месяцев мясного пюре возможно с 6,5 мес.. При искусственном вскармливании введение адаптированной молочной смеси для детей второго полугодия (формулы 2).

Назначения

1. Режим № 3.
2. Вскармливание. Меню ребенка в 6 месяцев

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10:00	Каша «НЕСТЛЕ» «Гречневая» + грудь матери	с 10 до 150
14:00	Овощное пюре «Гербер» «Тыква» + мясное пюре + грудь матери	150 с 5 до 30
18:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
22:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200

3. Комплекс МиГ № 3. Закаливание (как в 4 мес.).
 - Температура в помещении – +20–22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -15° до +30°C
 - Воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования – 10–12 мин.
 - Умывание. Температура воды – 24–26° С.
 - Общая ванна при температуре воды 36–37° С с последующим обливанием, температура воды – 34–35° С.
 - Летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2-3 раза в день до 5-6 минут.
4. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Индивидуальные назначения – по показаниям.
7. Разрешение на прививку.
8. Контроль реакции на прививку.
9. Явка на профосмотр – в 7 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры – в 6,5 месяцев.

7 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 7 мес.	
Масса	+ 400–600 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	≈1,5×1,5 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Нижние и верхние средние резцы – 4	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	65,0	65,9	67,5	71,4	73,0	74,1
	Масса	6,9	7,4	7,9	9,1	9,8	10,3
	Окр. головы	42,2	42,8	43,7	46,1	47,0	47,7
	Окр. груди	41,7	42,5	43,4	47,5	48,9	50,1
Д	Длина тела	63,7	64,2	66,4	70,0	71,6	72,7
	Масса	6,5	6,8	7,3	8,5	9,1	9,7
	Окр. головы	41,0	41,7	42,5	45,3	46,2	47,3
	Окр. груди	41,8	42,8	44,0	46,0	47,2	48,5

НПР

До	Хорошо ползает.
Др	Игрушкой стучит, размахивает, бросает.
Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте.
Н	Пьет из чашки.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Обучение новому комплексу МиГ № 4 (с 7 по 10 мес.): воспитание навыков в ползании – к 7 мес. Воспитание понимания речевой инструкции – к 10 мес.
4. Введение яичного желтка

Назначения

1. Режим № 3.
2. Вскармливание

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН2»	200
10:00	Каша, например, «НЕСТЛЕ» «Овсяная»+ грудь матери Яичный желток	180 1/8–1/4 шт.
14:00	Овощное пюре, например «Гербер» «Картофель, брокколи» Мясное пюре, например «Гербер» «Цыпленок» Хлеб пшеничный	150 50 5
18:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например «НАН 2» Печенье	200 3
22:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например «НАН 2»	200

3. Комплекс МиГ № 4.
4. Закаливание (как в 4 мес.)
 - Температура в помещении – +20–22°C.
 - Обязательный сон на воздухе при температуре от -15° до +30°C
 - Воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования – 10–12 минут.
 - Умывание. Температура воды – 24–26°C.
 - Общая ванна при температуре воды – 36–37°C с последующим обливанием, температура воды – 34–35° С.
5. Вит. D по 1000 ME ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям
8. Явка на профосмотр – в 8 месяцев.
9. Патронаж медицинской сестры – в 7,5 месяцев.

8 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 8 мес.	
Масса	+ 400–500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	≈1×1 см	опоры и автоматической походы	-
Зубы	Средние резцы – 4	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3		10		25		75		90		97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
М	Длина тела	66,5	67,6	68,9	73,0	74,5	75,7						
	Масса	7,4	7,8	8,4	9,6	10,3	10,8						
	Окр. головы	42,8	43,6	44,2	46,8	47,7	48,4						
	Окр. груди	42,7	43,5	44,4	48,5	49,9	51,1						
Д	Длина тела	65,2	66,1	67,7	71,6	73,1	75,2						
	Масса	7,0	7,3	7,7	9,1	9,7	10,5						
	Окр. головы	41,6	42,3	43,2	45,9	46,9	48,0						
	Окр. груди	42,8	43,7	44,9	46,9	48,3	49,8						

НПР

До	Сам садится, ложится, встает, держась за барьер.
Др	Игрушками занимается долго, подражая действиям взрослого: катает, стучит, вынимает.
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др.
Н	Ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Введение (последовательное) творога, фруктового пюре и третьего прикорма: для детей на грудном вскармливании – это адаптированные кисломолочные смеси (формула 2), кефир. Введение рыбного пюре, замена 2-3 раза в неделю мясного пюре на рыбное. Возможно введение сока

Назначения Режим № 3.

Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН2»	200
10:00	Каша, например «НЕСТЛЕ» «Гречневая» Яичный желток Фруктовое пюре «Гербер» «Чернослив»	150 ½ шт. 50
14:00	Овощное пюре, например «Гербер» «Картофель, брокколи» Мясное пюре, например «Гербер» «Индейка» Хлеб пшеничный	155 40 5
18:00	Смесь, например «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	155 40 5
22:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например «Гербер» «Фруктовый сок с витамином С», – с 5 до 60 мл 2 раза в день между кормлениями		

1. Комплекс МиГ № 4.
2. Закаливание:
 - «сухие» обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи в течение 7–10 дней,
 - влажные обтирания, температура воды – 35°C, с постепенным понижением до 30°C.
 - летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2–3 раза в день до 10 минут.
3. Вит. D по 1000 ME ежедневно.
4. Рекомендации по воспитанию.
5. Индивидуальные назначения – по показаниям.
6. Направление к специалистам и лабораторно-инструментальные обследования
7. Явка на профосмотр – в 9 месяцев.
8. Патронаж медицинской сестры – в 8,5 месяцев.

9 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 9 мес.	
Масса	+ 400–500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	≈1×1 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Средние резцы – 4 Начало прорезывания верхних боковых резцов – 2	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	67,8	68,8	70,1	74,5	75,9	77,1
	Масса	7,8	8,3	8,9	10,1	10,9	11,3
	Окр. головы	43,5	44,0	44,8	47,4	48,3	49,0
	Окр. груди	43,6	44,3	45,2	49,3	50,7	52,0
Д	Длина тела	66,5	67,5	69,3	72,8	74,5	75,8
	Масса	7,4	7,7	8,2	9,6	10,4	11,2
	Окр. головы	42,4	42,9	43,7	46,6	47,6	48,5
	Окр. груди	43,6	44,5	45,6	47,8	49,3	51,0

НПР

Ас	Плясовые движения на плясовую музыку.
Др	Действует с предметами по-разному в зависимости от свойств (катает, открывает, гремит и др.).
Ра	Подражает взрослому, повторяя за ним слоги (или его манере).
Рп	Знает свое имя, находит предметы независимо от их места нахождения.
Н	Пьет из чашки придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования.
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Введение нового режима № 4 (с 9 по 12 месяцев):
 - 5 кормлений через 4 часа
 - бодрствование после кормления – 2,5–3,5 ч.
 - количество дневн. снов – 2:
 - первый сон – 9:30–11:30,
 - второй сон – 15:00–16:30.
5. Расширение ассортимента продуктов
6. Ночной сон – 10–11 ч.

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или при необходимости смесь, например «НАН 2»	200
10:00	Каша, например, «НЕСТЛЕ» «Пшеничная с яблоком молочная» Яичный желток	190 ½ шт.
14:00	Овощное пюре «Гербер» «Овощи с говядиной» Пшеничный хлеб	195 5
18:00	Смесь, например «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	145 50 5
22:00	Грудь матери или при необходимости смесь, например «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например «Гербер» «Фруктовый сок с витамином С», – по 40 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 4.
4. Закаливание:
 - «сухие» обтирания» фланелевой рукавичкой до слабого покраснения кожи в течение 7–10 дней;
 - влажные обтирания, температура воды – 35°C, с постепенным понижением до 30°C.
 - летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2–3 раза в день до 10 минут.
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям
8. Явка на профосмотр – в 10 месяцев.
9. Патронаж медицинской сестры – в 9,5 месяцев.

10 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 10 мес.	
Масса	+ 400–450 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	≈0,5×0,5 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Средние резцы – 4 Прорезывание верхних боковых резцов – 2	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	68,8	69,9	71,3	76,1	77,4	78,2
	Масса	8,0	8,6	9,2	10,6	11,3	11,8
	Окр. головы	44,0	44,6	45,4	48,0	48,8	49,6
	Окр. груди	44,3	45,0	46,0	50,0	51,5	52,8
Д	Длина тела	67,7	68,8	70,5	74,2	75,9	77,1
	Масса	7,7	9,1	8,7	10,1	11,0	11,3
	Окр. головы	42,8	43,5	44,3	47,2	48,3	49,2
	Окр. груди	44,3	45,2	46,2	48,1	50,1	52,0

НПР

До	Влезает на диван, ступеньку, ящик и слезает с них.
Др	Самостоятельно по просьбе выполняет различные разученные действия, открывает, вынимает, выкатывает и др.
Ра	Подражая взрослому, произносит за ним слоги, которых нет в его лепете.
Рп	По просьбе «дай» находит и дает знакомые предметы. При заигрывании с ним выполняет различные действия и движения («сорока-воровка», играет в прятки).
Н	Пьет из чашки придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 5 (с 10 месяцев до 1 года 2 месяцев): стимулировать самостоятельное выполнение упражнений, инструкций при обязательном обеспечении правильности движений пособиями: кольца, палки.

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
10:00	Каша, например, «НЕСТЛЕ» «3 злака» Фруктовое пюре, например, Гербер «Груша Вильямс» Яичный желток	150 50 ½ шт.
14:00	Овощное пюре, например «Гербер» «Нежные овощи» Мясное пюре, например «Гербер» «Кролик» или мясные фрикадельки Пшеничный хлеб	130 70 5
18:00	Смесь, например «НАН Кисломолочный 2» Творог Печенье	145 50 5
22:00	Грудь матери или при необходимости смесь, например, «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например «Гербер» «Фруктовый сок с витамином С», – по 40 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 5.
4. Закаливание (как в 9 мес.)
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Явка на профосмотр – в 11 месяцев.
9. Патронаж медицинской сестры – в 10,5 месяцев.

11 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 11 мес	
Масса	+ 400 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	≈0,5×0,5 см	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Средние резцы – 4 Верхние боковые резцы – 2 Прорезывание нижних боковых резцов – 2	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4
	Масса	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3
	Окр. головы	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0
	Окр. груди	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6
Д	Длина тела	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3
	Масса	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2
	Окр. головы	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6
	Окр. груди	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7

НПР

Э	Радуется приходу детей. Избирательное отношение к детям.
До	Стоит самостоятельно, делает первые шаги.
Др	Овладевает новыми движениями и выполняет их по слову взрослого: накладывает, снимает, надевает кольца.
Ра	Произносит первые слова (дай, на, ав, па и др.).
Рп	Первые обобщения в понимаемой речи (по слову находит мяч, все машины и пр.).

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл /г)
6:00	Грудь матери или, при необходимости смесь, например «НАН 2»	200
10:00	Каша, например «НЕСТЛЕ» «Гречневая с черносливом» Яичный желток	190 ½ шт.
14:00	Мясоовощное пюре, например «Гербер» «Овощи с говядиной» Пшеничный хлеб	190 5
18:00	Смесь, например «НАН Кисломолочный 2» или детский кефир + Творог Печенье	140 50 10
22:00	Грудь матери или при необходимости смесь, например «НАН 2»	200
Сок фруктовый, например «Гербер» «Фруктовый сок с витамином С», – по 50 мл 2 раза в день между кормлениями		

3. Комплекс МиГ № 5.
4. Закаливание (как в 9 мес.)
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Направление к специалистам и лабораторно-инструментальные обследования
9. Явка на профосмотр – в 12 месяцев.
10. Патронаж медицинской сестры – в 11,5 месяцев.

12 месяцев

Показатель	Динамика	Рефлексы в 12 мес.	
Масса	+ 400 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 1,5 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 0,5 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 0,5 см	защитный	-
Большой родничок	Может быть закрыт	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Резцы средние и боковые – 8 Начало прорезывания первых нижних премоляров – 2	ползания	-
Реакция на БЦЖ	Рубчик не менее 2 мм	хватательный	-
ЧД	30–35 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	115 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	69,9	71,0	72,6	77,3	78,9	80,4
	Масса	8,3	8,9	9,5	11,0	11,8	12,3
	Окр. головы	44,3	45,0	45,9	48,6	49,3	50,0
	Окр. груди	44,8	45,6	46,6	50,8	52,2	53,6
Д	Длина тела	69,1	70,3	71,7	75,7	77,1	78,3
	Масса	8,1	8,5	9,1	10,6	11,5	12,2
	Окр. головы	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6
	Окр. груди	45,0	45,8	46,8	49,3	50,8	52,7

НПР

Аз	Узнает на фотографии знакомого взрослого. Различает предметы по форме (кирпичик от кубика).
Э	Протягивает др. ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом. Ищет игрушку, спрятанную другим ребенком.
До	Ходит самостоятельно, без опоры.
Др	Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками. Переносит действия с одного предмета на другой (всех водит, кормит, баюкает).
Ра	Легко подражает новым словам, произности до 10 облегченных слов
Рп	Понимает слово «нельзя», выполняет поручения
Н	Самостоятельно пьет из чашки (берет ее руками, ставит на стол).

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Решение вопроса о проведении вакцинации.
5. Прогноз адаптации к ДОО.
6. Написание эпикриза на ребенка первого года жизни.
7. Перевод на новый режим № 5 (с 1 до 1,5 лет):
 - 5 кормлений через 4 часа;
 - бодрствование – 3,5–4 часа;
 - кол-во дневных снов – 2: первый сон – 2,5–2 ч; второй сон – 1,5–1 ч;
 - ночной сон – 10–11 ч.
8. Возможно как продолжение грудного вскармливания, так и отлучение ребенка от груди. Введение смесей – формула №3
9. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 6 (вводится с 14 месяцев).

Назначения

1. Режим № 5.
2. Вскармливание.
3. Пример меню при отлучении ребенка от груди

Завтрак — 7 ³⁰ - 8 ³⁰ Каша молочная - 180 г Фрукты — 30 г Фруктовый чай - 100 г Обед — 11 ³⁰ - 12 ³⁰ Суп-пюре овощной — 120 г Мясное суфле — 50 г Гарнир (детская вермишель) — 80 г Компот — 100 г	Полдник — 15 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰ Кисломолочный напиток — 120 г Творог — 50 г Печенье, булочка — 15 г Фруктовое пюре — 100 г Ужин — 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰ Овощное рагу — 150 г Котлета куриная — 70 г Чай травяной — 100 г Перед сном: Грудное молоко или детская молочная смесь, например, «НАН 3» — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 40 г, ржаной — 10 г	

4. Комплекс МиГ № 6 (с 14 мес.).
5. Закаливание.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Вит. D по 1500 МЕ ежедневно.
8. Индивидуальные назначения – по показаниям
9. Разрешение на прививку.
10. Явка на профосмотр – в 1 год 3 месяца.
11. Патронаж медицинской сестры в 13–14 месяцев.

15 месяцев (1 год 3 месяца)

Показатель	Динамика	Рефлексы в 15 мес.	
Масса	+ 500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 3 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	+
Окр. груди	+ 1,5 см	защитный	-
Большой родничок	Может быть закрыт	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Резцы – 8 Первые премоляры – 4 Начало прорезывания нижних клыков	ползания	-
		хватательный	-
ЧД	25–30 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3		10		25		75		90		97	
	Зоны	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
М	Длина тела	72,9	74,3	76,0	81,2	83,4	84,9						
	Масса	9,2	9,6	10,5	12,2	12,9	13,5						
	Окр. головы	45,3	46,0	46,7	49,5	50,3	51,3						
	Окр. груди	46,0	46,8	47,9	51,9	53,7	55,0						
Д	Длина тела	72,2	73,6	75,2	78,8	81,2	82,4						
	Масса	8,9	9,4	10,0	11,7	12,7	13,3						
	Окр. головы	44,2	45,1	45,9	48,7	49,6	50,5						
	Окр. груди	46,4	47,2	48,1	50,8	52,3	53,9						

НПР

Ра	Лепечет и произносит отдельные облегченные слова в момент двигательной активности и радости.
Рп	Запас понимаемых слов быстро расширяется.
С и Дпр	Ориентируется в двух контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см.
И	Воспроизводит в игре действия с предметами, разученные ранее (называет кольца на стержень, кормит куклу).
До	Ходит длительно, не присаживаясь; меняет положение: приседает, наклоняется, поворачивается, пядится.
Н	Сам ест ложкой густую пищу.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.
3. Решение вопроса о проведении вакцинации.
4. Дети от 1 года до 1,5 лет продолжают принимать пищу 5 раз в сутки. Пятый приём пищи состоит из кефира, молока, а лучше адаптированной смеси (3 формула) на ночь, Пищу готовят в протертом виде. Постепенно приучают ребенка к более плотной пище и более расширенному ассортименту блюд. Суточный объем пищи – 1000–1200 мл.
5. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 6 (с 14 до 18 месяцев). Воспитание правильной осанки, ходьбы, чувства равновесия, координации движений. Профилактика плоскостопия.

Назначения

1. Режим № 5.
2. Пример меню на день:

Завтрак — 7 ³⁰ - 8 ³⁰ Каша молочная - 180 г Фрукты — 30 г сок - 100 г Обед — 11 ³⁰ - 12 ³⁰ Суп-пюре овощной — 120 г Мясные тефтели — 50 г Гарнир (рис отварной) — 80г Морс ягодный — 100 г	Полдник — 15 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰ Кисломолочный напиток — 180 г Крекеры — 20 г Фрукты — 100 г Ужин — 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰ Картофельное пюре — 150 г Котлета куриная паровая — 70 г Чай травяной — 100 г Перед сном: Грудное молоко или детская молочная смесь, например, «НАН 3» — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 40 г, ржаной — 10 г	

3. Комплекс МиГ № 6 (с 14 мес.).
4. Закаливание:
 - Температура в помещении – +20–19°C.
 - Дневной сон на открытом воздухе при температуре от -5° до +30°C.
 - Воздушная ванна при смене белья после ночного и дневного сна, детям старше 2 лет – во время утренней гигиенической гимнастики и умывания.
 - Прогулка 2 раза в день при температуре воздуха от -15° до +30°C.
 - Умывание. Температура воды в начале закаливания – 20°C. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18–16°C. Детям старше двух лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя.
 - Общее обливание после прогулки. Начальная температура воды – 35–34°C. В дальнейшем ее постепенно снижают до 26–24°C.
 - Обливание ног перед дневным сном. Начальная температура воды – 28°C. В дальнейшем ее постепенно снижают до 18°C.
 - Общая ванна при температуре воды 36°C продолжительностью 5 минут с последующим обливанием, температура воды – 34° С, перед ночным сном 2 раза в неделю.
 - Летом пребывание под прямыми лучами солнца, начиная с 5–6 минут до 8–10 минут 2–3 раза в день.
5. Вит. D по 1500 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Явка на профосмотр – в 1 год 6 месяцев.

18 месяцев (1 год 6 месяцев)

Показатель	Динамика	Рефлексы в 18 мес.	
Масса	+ 500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 3 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	±
Окр. груди	+ 1,5 см	защитный	-
Большой родничок	Закрыт	опоры и автоматической походки	-
Зубы	Резцы – 8 Первые премоляры – 4 Нижние клыки – 2	ползания	-
		хватательный	-
ЧД	25–30 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	75,0	76,5	78,4	84,4	86,5	88,2
	Масса	9,6	10,2	11,0	12,8	13,6	14,2
	Окр. головы	46,0	46,6	47,3	49,9	50,7	51,6
	Окр. груди	46,5	47,4	48,6	52,4	54,3	55,6
Д	Длина тела	74,0	74,8	77,5	82,1	84,4	86,0
	Масса	9,4	9,9	10,6	12,5	13,4	13,9
	Окр. головы	44,9	45,7	46,4	49,0	49,9	50,9
	Окр. груди	47,1	47,8	48,7	51,3	52,9	54,5

НПР

Ра	Пользуется словами, облегченными и произносимыми правильно, называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности.
Рп	Может назвать предмет по его существенному признаку.
С и Дпр	Ориентируется в 3–4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик, призма).
И	Отображает в игре отдельные наблюдаемые действия.
До	Перешагивает через препятствия приставным шагом.
Н	Сам ест ложкой жидкую пищу.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования.
3. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
4. Комплексная оценка здоровья.
5. Решение вопроса о проведении вакцинации.
6. Введение нового режима № 6 (с 1,5 до 2 лет):
 - кормления через 3,5–4,5 часа;
 - бодрствование – 5,5–5 часов;
 - кол-во дневных снов – 1 (3 часа);
 - ночной сон – 10–11 ч.
7. После 1,5 лет у ребенка прорезываются коренные зубы, поэтому можно давать непротертую и более плотную пищу, требующую жевания. Расширяют ассортимент продуктов. На обед обязательно включение салатов из вареных и сырых овощей. Суточный объем пищи – 1200–1400 мл.
8. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 7 (вводится с 18 месяцев).

Назначения

1. Режим № 6.
2. Пример меню на день:

Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰ Омлет с сыром — 100 г Хлеб пшеничный со сливочным маслом — 30/5 г Фрукты — 100 г Какао на молоке — 100 г Обед — 11³⁰ — 12³⁰ Салат — 40 г Суп рисовый с молрковью — 120 г Рыба отварная — 60 г Овощное рагу — 80 г Морс — 100 г	Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰ Молочная смесь (формула 3) — 200 мл Пирог с яблоком — 50 г Фрукты — 100 г Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰ Огурец свежий с растительным маслом — 30 г Греча отварная с маслом — 120 г Котлета мясная — 70г Фруктовый чай — 150 г Перед сном: Детская молочная смесь (формула 3) — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 60 г, ржаной — 30 г	

3. Комплекс МиГ № 7.
4. Закаливание такое же, как в 1 год 3 месяца.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Вит. D по 1500 МЕ ежедневно.
7. Разрешение на прививку.
8. Индивидуальные назначения – по показаниям.
9. Приглашение на прививку.
10. Явка на профосмотр – в 1 год 9 месяцев.
11. Патронаж медицинской сестры – в 19–20 месяцев.

21 месяц (1 год 9 месяцев)

Показатель	Динамика	Рефлексы в 18 мес.	
Масса	+ 500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 3 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	±
Окр. груди	+ 1,5 см	защитный	-
Зубы	Резцы – 8 Первые премоляры – 4 Клыки – 4 Прорезывание нижних вторых премоляров – 2	опоры и автоматической походки	-
		ползания	-
		хватательный	-
ЧД	25–30 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	110 ± 40 уд. в мин.	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	77,2	78,6	80,8	86,8	88,2	91,0
	Масса	10,1	10,6	11,5	13,5	14,3	14,9
	Окр. головы	46,5	47,2	47,7	50,3	51,0	52,0
	Окр. груди	47,0	47,9	49,1	52,9	54,7	56,0
Д	Длина тела	76,0	78,2	80,2	84,6	87,4	88,8
	Масса	9,8	10,4	11,1	13,1	13,9	14,6
	Окр. головы	45,4	46,1	46,9	49,4	50,2	51,2
	Окр. груди	47,5	48,2	49,1	51,9	53,5	55,0

НПР

Ра	Во время игры словами и двусловными предложениями обозначает свои действия.
Рп	Понимает несложный рассказ по сюжетной картинке, отвечает на вопросы взрослого.
С и Дпр	Ориентируется в 3–4 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см.
И	Воспроизводит несложные сюжетные постройки: перекрытия типа «ворота», скамейка, дом.
До	Ходит по ограниченной поверхности шириной 15–20 см, приподнятой над полом на 15–20 см.
Н	Снимает отдельные предметы одежды с небольшой помощью (шапку, трусы, ботинки).

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 6.

<u>Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰</u>	<u>Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰</u>
Запеканка творожная — 100 г	Кефир или молоко — 200 г
Фрукты — 70 г	Печенье — 20 г
Кисель — 150 г	Фрукты — 100 г
<u>Обед — 11³⁰ — 12³⁰</u>	<u>Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰</u>
Салат — 40 г	Салат с помидорами и растительным маслом — 30 г
Борщ вегетарианский — 120 г	Вермишель — 150 г
Мясные тефтели — 60 г	Куриная котлета — 70 г
Рис отварной со сливочным маслом — 80 г	Чай травяной — 150 г
Компот — 100 г	<u>Перед сном:</u> детская молочная смесь — 200 мл

Хлеб на весь день: пшеничный — 60 г , ржаной — 30 г в сутки

3. Комплекс МиГ № 7.

4. Закаливание.

5. Рекомендации по воспитанию.

6. Вит. D по 1500 ME ежедневно.

7. Индивидуальные назначения – по показаниям.

8. Явка на профосмотр – в 2,5 года.

9. Патронаж медицинской сестры – в 2 года 3 месяца.

24 месяца (2 года)

Показатель	Динамика	Рефлексы в 24 мес.	
Масса	+ 500 г	ладонно-ротовой	-
Длина	+ 3 см	поисковый	-
Окр. головы	+ 1 см	сосательный	±
Окр. груди	+ 1,5 см	защитный	-
Зубы	Резцы – 8 Первые премоляры – 4 Клыки – 4 Прорезывание нижних вторых премоляров – 4	опоры и автоматической походки	-
		ползания	-
		хватательный	-
ЧД	25–30 в мин.	Переза и Галанта	-
ЧСС	105 ± 35 уд	Моро	-

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	79,4	81,0	83,0	88,4	92,0	93,8
	Масса	10,6	11,1	12,0	14,1	14,9	15,4
	Окр. головы	47,0	47,6	48,1	50,0	51,3	52,3
	Окр. груди	47,6	48,4	49,	53,2	55,1	56,4
Д	Длина тела	78,4	80,4	82,6	87,5	90,2	92,2
	Масса	10,3	10,9	11,6	13,5	14,5	15,2
	Окр. головы	46,0	46,6	47,3	49,7	50,5	51,5
	Окр. груди	47,8	48,6	49,5	52,5	54,0	55,6

НПР

Ра	Пользуется трехсловными предложениями, употребляет прилагательные, местоимения.
Рп	Понимает рассказ без показа событий, бывших в его личном опыте.
С и Дпр	Может подобрать 3–4 контрастных цвета, названных взрослым.
И	В игре воспроизводит ряд последовательных действий (начало сюжетной игры).
До	Перешагивает через препятствия чередующимся шагом.
Н	Надевает отдельные предметы (ботинки, шапку).

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования
3. Комплексная оценка здоровья.
4. Введение нового режима № 7 (с 2 до 3 лет):
 - кормления через 3,5–4,5 часа;
 - бодрствование – 5,5–6,5 часов;
 - количество днев. снов – 1 (2,5–2 часа)
 - ночной сон – 10 ч.
5. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 8 (с 2 до 3 лет)

Назначения

1. Режим № 7.
2. Меню на день:

<u>Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰</u> Каша молочная — 200 г Фрукты — 50 г Компот — 140 г <u>Обед — 11³⁰ — 12³⁰</u> Салат — 40 г Суп — 120 г Мясная суфле — 60 г Картофель отварной со сливочным маслом — 80 г Морс — 100 г	<u>Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰</u> Кефир, молоко — 200 г Печенье или булочка — 20 г Фрукты — 100 г <u>Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰</u> Огурец свежий с растительным маслом — 30 г Вермишель — 150 г Мясная котлета — 70 г Чай фруктовый — 100 г <u>Перед сном:</u> детская молочная смесь — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 60 г, ржаной — 30 г в сутки	

4. Закаливание как в 1 год 9 месяцев.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Вит. D по 1500 ME ежедневно.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Явка на профосмотр – в 2,5 года.
9. Патронаж медицинской сестры – в 2 года 3 месяца.

30 месяцев (2 года 6 месяцев)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 4 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	Резцы – 8 Первые премоляры – 4 Клыки – 4 Вторые премоляры – 4
ЧД	25–30 в мин.
ЧСС	105 ± 35 уд. в мин.

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	83,7	85,2	87,5	94,8	97,2	99,0
	Масса	11,5	12,0	12,8	15,1	16,0	16,5
	Окр. головы	47,5	48,2	48,8	51,1	52,0	53,0
	Окр. груди	48,2	49,1	50,3	53,9	55,8	57,3
Д	Длина тела	83,4	85,6	87,8	92,8	95,6	97,3
	Масса	11,2	11,7	12,5	14,5	15,5	16,3
	Окр. головы	47,0	47,5	48,0	50,4	51,0	52,0
	Окр. груди	48,0	48,9	49,9	53,3	55,0	56,8

НПР

Ра	Грамматика – говорит многословными предложениями (больше трех слов). Вопросы – появление вопросов «где?», «куда?».
С	Восприятие формы – по образцу подбирает геометрические формы на разнообразном материале. Восприятие цвета – по образцу подбирает разнообразные пред- меты четырех основных цветов.
Игра сюжетная	Игра носит сюжетный характер, отражает связь и последовательность действий.
Конструктивная деятельность	Сам делает простые сюжетные постройки и называет их.
Н	В одевании – одевается, но не застегивает пуговицы. В еде – ест аккуратно.
Д	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 20–30 см.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 7.
2. Меню на день:

<u>Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰</u> Каша или овощное блюдо — 200 г Фрукты — 70 г Кофе злаковый — 150 г <u>Обед — 11³⁰ — 12³⁰</u> Салат — 40 г Суп — 150 г Мясная котлета или суфле — 60 г Гарнир — 100 г Компот — 100 г	<u>Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰</u> Кефир или молоко — 150 г Печенье или булочка — 15/45 г Фрукты — 150 г <u>Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰</u> Салат — 30 г Овощное блюдо или каша — 120 г Котлета из индейки паровая — 70 г Молоко, чай — 100 г <u>Перед сном:</u> детская молочная смесь — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 60 г, ржаной — 30 г	

3. Комплекс МиГ № 8.
4. Закаливание как в 2 года.
5. Рекомендации по воспитанию

36 месяцев (3 года)

Показатель	Динамика
Масса	+ 500 г
Длина	+ 4 см
Окр. головы	+ 1 см
Окр. груди	+ 1,5 см
Зубы	20
ЧД	25–30 в мин.
ЧСС	105 ± 35 уд. в мин.
АД систол.	92–105
АД диастол.	48–62

Физическое развитие

Пол ребенка	Центили	3	10	25	75	90	97
	Зоны	1	2	3	4	5	6
М	Длина тела	88,0	89,6	92,1	99,7	102,2	103,9
	Масса	12,1	12,8	13,6	16,0	16,9	17,5
	Окр. головы	48,0	48,6	49,5	51,5	52,6	53,5
	Окр. груди	48,6	49,7	50,8	54,6	56,4	58,2
Д	Длина тела	88,6	90,8	92,9	98,8	100,8	102,9
	Масса	11,8	12,5	13,3	15,4	16,5	17,3
	Окр. головы	47,6	48,1	48,6	51,0	51,7	52,7
	Окр. груди	48,2	49,1	50,3	54,0	56,0	57,6

НПР

Ра	Грамматика – начинает употреблять придаточные предложения; Вопросы – появляются вопросы «когда?», «почему?».
С	Восприятие формы – правильно пользуется геометрическими формами и называет их. Восприятие цвета – называет четыре основных цвета.
Игра сюжетная	Появляются элементы ролевой игры.
Конструктивная деятельность	Появляются сюжетные постройки (дом с забором, дорогой).
Изобразительная деятельность	С помощью карандаша изображает простые предметы и называет их.
Н	В одевании – одевается, застегивает пуговицы с небольшой помощью взрослых. В еде – пользуется салфеткой по мере надобности и без напоминания.
Д	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 30–36 см.

Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений, сделанных на предыдущем приеме.
2. Оценка результатов обследования.
3. Комплексная оценка здоровья.

Назначения

1. Режим № 7.
2. Пример меню на один день::

<u>Завтрак — 7³⁰ — 8³⁰</u> Каша или овощное блюдо — 200 г Фрукты — 40 г Кисель — 120 г <u>Обед — 11³⁰ — 12³⁰</u> Салат — 40 г Суп — 120 г Мясная котлета — 60 г Гарнир (рис отварной со сливочным маслом) — 80 г Компот — 100 г	<u>Полдник — 15⁰⁰ — 16⁰⁰</u> Кефир — 150 г Печенье — 20 г Фрукты — 100 г <u>Ужин — 19⁰⁰ — 20⁰⁰</u> Салат — 30 г Овощное блюдо или каша — 200 г Рыбная котлета — 60 г Чай — 100 г <u>Перед сном:</u> детская молочная смесь — 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный — 60 г, ржаной — 30 г	

3. Комплекс МиГ № 8.
4. Закаливание как в 2 года
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Индивидуальные назначения
7. Явка на профосмотр в 3 года
8. Птронаж медсестры в 2 года 9 месяцев

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 16

Средние характеристики частоты пульса у детей
(Мазурин А. В., Воронцов И. М., 1999)

Возраст	Средняя частота	$\pm 2 \sigma$
1-й день	140	50
1-й месяц	130	45
1-е полугодие	130	45
2-е полугодие	115	40
2-й год жизни	110	40
2–4 года	105	35

Таблица 17

Частота дыхания у здоровых детей (по Iliff A. и Lee V. A.)*

Возраст, лет	Мальчики М	Мальчики + 2 σ	Девочки М	Девочки + 2 σ
0–1	31	16	30	12
1–2	26	8	27	8
2–3	25	8	25	6
3–4	24	6	24	6

Примечание.

* Частота дыхания у детей даже в состоянии полного здоровья варьирует довольно широко. Поэтому констатация учащенного дыхания (тахипное) или его урежения (брадипное) может быть надежной только при отклонениях, достигающих 30–40% и более от средних величин. В таблице приведены параметры средних величин и границы двух сигмальных отклонений.

Таблица 18

Средние величины систолического и диастолического АД у детей 3 лет
(в мм рт. ст.) (Виноградов А. Ф., 1996)

Возраст (годы)	Выраженно пониженное	Умеренно пониженное	Нормальная величина	Умеренно повышенное	Выраженно повышенное
3	84 и ниже 40 и ниже	85–91 41–47	92–105 48–62	106–112 63–70	113 и выше 71 и выше

Таблица 19

**Значения 90 и 95 перцентилей систолического
и диастолического АД у мальчиков в возрасте от 1 до 5 лет
в зависимости от их перцентильного распределения роста (США, 1996)**

Возраст (лет)	Перцентиль АД	Систолическое АД в соответствии с перцентилем роста (%)							Диастолическое АД в соответствии с перцентилем роста (%)						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67

Таблица 20

**Значения 90 и 95 перцентилей систолического
и диастолического АД у девочек в возрасте от 1 до 5 лет
в зависимости от их перцентильного распределения роста (США, 1996)**

Возраст (лет)	Перцентиль АД	Систолическое АД в соответствии с перцентилем роста (%)							Диастолическое АД в соответствии с перцентилем роста (%)						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67

Таблица 21

**Лабораторные критерии анемии
(содержание гемоглобина в крови)**

(КР «Анемия новорожденных. Диагностика, лечение, профилактика», 2015»)

Возраст детей	Уровень Hb (г/л)
0–14 дней	< 150
15–28 дней	< 120
старше 1 мес.	< 110

Таблица 22

**Гемограмма здорового ребенка
(Мазурин А. В., Воронцов И. М., 1999)**

Возраст детей	Эритро- циты (Т/л)	Hb (г/л)	Лейкоциты (Г/л)	Лейкоцитарная формула (%)				
				нейтро- филы	лимфо- циты	моно- циты	эозино- филы	Базо- филы
2–4 нед.	5,31	170,0	10,25	26,0	58,0	12,0	3,0	0,5
1-2 мес.	4,49	142,8	12,1	25,25	61,25	10,3	2,5	0,5
2–3 мес.	4,41	132,6	12,4	23,5	62,5	10,5	2,5	0,5
3–4 мес.	4,26	129,2	11,89	27,5	59,0	10,0	2,5	0,5
4–5 мес.	4,45	129,2	11,7	27,5	57,75	11,0	2,5	0,5
5–6 мес.	4,55	132,6	10,9	27,0	58,5	10,5	3,0	0,5
6–7 мес.	4,22	129,2	10,9	25,0	60,75	10,5	3,0	0,25
7–8 мес.	4,56	130,9	11,58	26,0	60,0	11,0	2,0	0,5
8–9 мес.	4,58	127,5	11,8	25,0	62,0	10,0	2,0	0,5
9–10 мес.	4,79	134,3	12,3	26,5	61,5	9,0	2,0	0,5
10–11 мес.	4,69	125,8	13,2	31,5	57,0	9,0	1,5	0,25
11–12 мес.	4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5
1–2 года	4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5
2–3 года	4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5
3–4 года	4,83	129,2	9,9	38,0	49,0	10,5	2,0	0,5

Таблица 23

Показатели мочи

Относительная плотность утренней порции	1007–1024
Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Слегка мутная
Реакция	Нейтральная, слабокислая, слабощелочная, $6,25 \pm 0,36$
Белок	Отсутствует или следы
Сахар	Не более 0,2%
Ацетон	Отсутствует
Кетоновые тела	Не более 50 мг/сут.
Уробилиновые тела	Не более 6 мг/сут.
Билирубин	Менее 0,3 мг/100мл
Аммиак	Отсутствует
Порфобилиноген	До 2 мг/л
Гемоглобин	Отсутствует
Микроскопическое исследование осадка мочи	
Плоский эпителий	Незначительное количество
Переходный эпителий	Незначительное количество
Почечный эпителий	Отсутствует
Лейкоциты	3–5 в поле зрения
Эритроциты	Единичные в препарате
Цилиндры	Отсутствуют
Слизь	Незначительное количество
Бактерии	Отсутствуют или незначительное количество
Неорганический осадок	Все соли определяются в незначительном количестве
Проба Зимницкого	Суточное количество мочи составляет 65–75% выпитой жидкости; дневной диурез составляет $\frac{2}{3}$ – $\frac{3}{4}$ суточного, относительная плотность – 1004–1024

Таблица 24

Показатели количества мочи и частоты мочеиспусканий
(Папаян А. В. и др., 1997)

Возраст	Суточное кол-во мочи (мл)	Число мочеиспусканий	Разовое кол-во мочи (мл)
до 6 мес.	300–500	20–25	20–35
6–12 мес.	300–600	15–16	25–45
1–3 года	760–820	10–12	60–90
3–5 лет	900–1070	7–9	70–90

ПАМЯТКИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Влияние родительских установок на становление адекватных эмоциональных реакций и процессы социализации детей

Уже внутриутробно ребенок реагирует на звуки, изменения положения тела матери. Специалисты по «дороговому воспитанию» рекомендуют будущим родителям общаться с «внутриутробным ребенком»: разговаривать с ним, ласково поглаживать (через стенку живота матери), петь, читать стихи и сказки – все это поможет ребенку в дальнейшем лучше развиваться.

Важнейшим компонентом в воспитании ребенка на всех этапах жизни является авторитет родителей. В глазах ребенка мать и отец выступают в нескольких «ипостасях»: как источник эмоционального тепла и поддержки, без которых ребенок чувствует себя беззащитным и беспомощным; как власть, директивная инстанция, распорядитель благ, наказаний и поощрений; как образец, пример для подражания, воплощение мудрости и лучших человеческих качеств.

Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Оптимальная родительская позиция отвечает требованиям адекватности, гибкости и прогностичности.

Адекватность родительской позиции может быть определена как умение родителей видеть и понимать индивидуальность своего ребенка, замечать происходящие в его душевном мире изменения.

Гибкость родительской позиции рассматривается как способность адекватного выбора воздействия на ребенка по ходу изменений условий жизни семьи. Кроме того, гибкая родительская позиция должна быть пре восхищенной, прогностичной.

Прогностичность родительской позиции означает, что не ребенок должен вести за собой родителей, а наоборот, стиль общения должен опережать

появление новых психических и личностных качеств детей. Только на основе прогностичной родительской позиции можно установить оптимальную дистанцию, выполнить требование независимости воспитания.

Условия успешного семейного воспитания

Успешность семейного воспитания проявляется в индивидуальном развитии у ребенка культуры:

- физической;
- общения с близкими людьми;
- домохозяйства и бытового поведения;
- труда и досуга;
- адекватного поло-ролевого поведения;
- общения;
- самоорганизации времени своей жизни.

Успешное становление личности ребенка в семье достигается, если родители удовлетворяют **базисные потребности ребенка**:

а) физиологические потребности – в пище, отправлении естественных надобностей, тепле, движениях, жилище, отдыхе;

б) экзистенциальные – в безопасности своего существования, в определенном постоянстве, порядке, регулярности окружающего социума;

в) социальные – в привязанности, в общении, в заботе о другом человеке и во внимании к себе;

г) престижные – в уважении и в признании со стороны значимых для ребенка лиц, в позитивной самооценке;

д) духовные – в совместной деятельности, в творческом самовыражении:

- помогают ребенку сохранять душевное равновесие, бодрость духа, ритм активной жизни, оберегают от стрессов;

- внимательно относятся к тем мыслям, радостям и тревогам, которыми ребенок хочет поделиться с ними;

- находят в себе силы уважать ребенка и его достоинство, несмотря ни на что, не позволяют себе жестоких слов и грубых действий в отношении ребенка, всегда способны найти в нем то, за что стоит похвалить, сказать слова любви и признания;

- признают право ребенка на самостоятельный выбор, самостоятельные решения, самостоятельные действия.

Родительские ошибки воспитания

К типичным ошибкам, способствующим психическому неблагополучию ребенка, относятся:

а) **проецирование** родителем на ребенка своих личностных проблем, неотраженных чувств – приписывание детям того, что присуще ему самому;

б) излишняя беспомощная **фиксация на страхах** ребенка;

в) **разрыв между словом и делом** – когда родительская мораль абстрактна и не подкрепляется делом;

г) **непоследовательность** требований из-за несогласованности родителей;

д) неправильные (когда запрещается то, что жизненно необходимо для ребенка, – побегать, пошуметь) и многочисленные **запреты** (слово «нельзя» так часто произносится, что становится невыполнимым) – такие запреты дезорганизуют психическую жизнь ребенка и разрушают фундамент дисциплинированности;

е) **неблагоприятная оценка** уровня какой-либо деятельности, высказанная самому ребенку, особенно если эта неблагоприятная оценка расширяется до объема всего, что делает ребенок. Негативные оценки, расщепленные до объема личности в целом («ты – плохой»), формируют у ребенка

«комплекс неполноценности»;

ж) **сравнение ребенка с другим**, более успешным, также развивает у него «комплекс неполноценности» и, кроме того, способствует развитию зависти, эгоцентризма, тревожности. Родители при этом часто думают, что ребенок не хочет, а он не может.

Ребенку нужен огромный запас оптимизма, чтобы сохранить побуждение учиться всему. Сама природа ребенка рассчитана на этот оптимизм, она исключает отрицательную, спонтанную самооценку и самокритику. Для любого ребенка сознание, что он хуже кого-то, очень вредно. Только взрослые могут ему это внушить.

Для достижения воспитательных целей в семье родители обращаются к разнообразным средствам воздействия: поощряют и наказывают ребенка, стремятся стать для него образцом. **Похвала** родителей, с которыми ребенок находится в дружеских отношениях, обычно более действенна, чем та, которая получена от холодных равнодушных родителей. В результате разумного применения поощрений развитие детей как личностей можно ускорить, сделать более успешным, чем при использовании запретов и на- казаний.

Наказание необходимо, но лишь тогда, когда поведение ребенка изменить другим способом практически невозможно. Если все же возникает нужда в наказании, то для усиления воспитательного эффекта наказания по возможности должны следовать непосредственно за заслуживающим их проступком. Наказание должно быть справедливым, но не жестоким. Очень суровое наказание может вызвать у ребенка страх или озлобленность. На- казание более эффективно в том случае, если проступок ребенка, за кото- рый он наказан, разумно ему объяснен. Ребенок быстрее идет на компромисс, если понимает, почему он должен так поступать. Ребенок, которого часто наказывают или на которого часто кричат, отчуждается от родителей, становится эмоционально индифферентным, проявляет повышенную агрессивность.

Выделяют следующие **нарушения типов семейного воспитания**:

1. **Гиперпротекция** – этот тип воспитания можно охарактеризовать как чрезмерную родительскую заботу. Родители не позволяют никому вмешиваться в их

отношения с детьми, стремятся дать своим детям то, чего сами не имели, однако в своем стремлении чрезмерно усердствуют. В результате воспитания по типу гиперпротекции дети становятся пассивными, подчиняемыми и зависимыми, в связи с чем плохо приспосабливаются к любым условиям, заторможенными, невротическими, у них развиваются эмоциональные нарушения, фобии.

Потворствующая гиперпротекция – «кумир семьи» – ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей, что способствует развитию демонстративных черт характера.

Доминирующая гиперпротекция – «мама-наседка», а ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много времени и сил, лишая самостоятельности, ставя многочисленные запреты. Это усиливает желание ребенка выбраться из-под родительского контроля и обуславливает острые аффективные реакции, направленные во вне.

2. *Гипопротекция* – это недостаточность типа воспитания. В семье не осуществляется в необходимой мере удовлетворение физических потребностей ребенка, не учитываются его духовные потребности. Ребенок не нужен родителям. Это воспитание по типу «Золушки», когда вне зависимости от поведения ребенка, его заслуг, связанных с выполнением постоянных поручений и обязанностей, он не только не получает одобрения или поощрения, но и никогда не удостоивается ласки и внимания. Нередко забота о ребенке предоставляется другим лицам. Ребенок предоставлен сам себе, родители не интересуются им, не контролируют его. Это опасно развитием асоциального и антисоциального поведения ребенка.

3. *Чрезмерность запретов* – когда в воспитании усилена критика ребенка, отсутствуют похвалы, поощрения.

4. Воспитание в условиях *повышенной моральной ответственности* характеризуется тем, что ребенку внушается мысль, что он обязательно должен оправдать многочисленные честолюбивые надежды родителей или же на него возлагаются недетские непосильные заботы. Это стимулирует развитие тревожно-мнительных черт характера.

5. *Игнорирование потребностей ребенка* – мать особое значение придает собственной персоне, а не совершенствованию ребенка. Воспитательная формула родителей может быть выражена утверждением: «Не хочу ребенка такого, какой он есть». Оправдывая свои отрицательные чувства его несовершенством, она принимает для себя как руководство к действию необходимость улучшить ребенка (причем любыми способами). Вследствие этого воспитания ребенок перестает верить в свои силы, т. к. не получает одобрения и постоянно испытывает чувство вины.

6. *Жестокое обращение с ребенком* – обобщенная формула родительского отношения формулируется так: «Ненавижу этого ребенка, не буду о нем заботиться, беспокоиться». В поведении родителей проявляются невнимательность к ребенку, жестокость и желание как можно меньше общаться с ним. За малейшую провинность ребенка сурово наказывают, и он растет в постоянном страхе.

7. *Фобии утраты ребенка* – боязнь, что с ребенком что-нибудь случится (болезнь, травма, насилие и др.), боязнь катастроф, катаклизмов, войны, «конца света», боязнь умереть, оставить ребенка сиротой.

8. *Воспитательская неуверенность* – резкая смена стилей, приемов воспитания, формирующая упрямство.

Сопоставляя характер нарушения типа семейного воспитания с социальным статусом ребенка в коллективе, выявлено, что воспитание по типу потворствующей гиперпротекции («кумир семьи») неблагоприятно влияет на социальный статус ребенка. Эти дети в коллективе сверстников чаще становятся «малопринятыми» и «изолированными», так как у них мало тренируются качества, необходимые для успешной коммуникативности: партнерство, ответственность и самостоятельность, способность с юмором относиться к конфликтам. При доминирующей гиперпротекции дети не способны демонстрировать уверенность, решительность, настойчивость, ответственность, необходимые для лидерства и спонтанности поведения.

Рекомендации для родителей по воспитанию

1. В своих отношениях с ребёнком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчёркивайте даже незначительные успехи. Помните, что дети игнорируют выговоры и замечания, но чувствительны к малейшей похвале.

2. Не прибегайте к физическому наказанию. Ваши отношения с ребёнком должны основываться на доверии, а не на страхе. Он всегда должен чувствовать Вашу помощь и поддержку. Совместно решайте возникшие трудности.

3. Чаще говорите «да», избегайте слов «нет» и «нельзя».

4. Если Вы что-то запрещаете ребенку, постарайтесь объяснить, почему это делаете.

5. Избегайте завышенных или, наоборот, заниженных требований к ребёнку. Старайтесь ставить перед ним задачи, соответствующие его способностям.

6. Определите для ребёнка рамки поведения – что можно и что нельзя. Вседозволенность однозначно не принесёт никакой пользы. Дети не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, которые применяются к другим.

7. Не навязывайте ему жёстких правил. Ваши указания должны быть указаниями, а не приказами. Требуйте выполнения правил, касающихся его безопасности и здоровья, в отношении остальных не будьте столь придирчивы.

8. Проводите с ним больше времени: играйте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах, переходить улицу и другим социальным навыкам.

9. Поддерживайте дома чёткий распорядок дня. Приём пищи, игры, прогулки, отход ко сну должны совершаться в одно и то же время.

10. Помните! Ваше спокойствие – лучший пример для ребёнка.

Пальчиковая гимнастика

Этот достаточно простой массаж полезен, потому что с его помощью мы активизируем зоны головного мозга, ответственные за движение и речь. Очень важно и то, что через контакт рук мы также учимся общаться с ребенком.

Отмечено, что через попытки раздражения нервных окончаний на ладонках и кончиках пальцев удается добиться реакции даже от детей с глубокой задержкой развития.

Схема массажа достаточно проста. Ваша задача попеременно сжимать и растягивать (расслаблять) кисть ребенка. У каждого пальчика своя «зона ответственности» в головном мозге, поэтому стоит уделить внимание каждому из них.

Начинать нужно с мягких нежных движений, увеличивая их силу постепенно, чтобы ребенку было приятно. Во время массажа рассказывайте малышу потешки или стишки. Некоторым крохам нравится, когда массаж делают во время купания. Самым последним упражнением должно быть поглаживание ладонек.

Обычно такой массаж начинают с шестимесячного возраста, но поглаживать и разминать пальчики крохи вы можете начать и раньше, если малыш не против!

Основные упражнения

1. Растираем каждый пальчик, несильно надавливая, заканчивая на ладонке.
2. Слегка потягиваем пальчик, удерживая за кончик.
3. Сгибаем и разгибаем, удерживая за кончик.
4. Потряхиваем несильно ладонку, стараясь попеременно подержаться за кончик каждого пальчика.
5. Расслабляем, поглаживая всю кисть, в том числе и ладонку.
6. Начните с малого, постепенно стараясь увеличить время сеанса до 2-3 минут. Примерно к году можно увеличить силу и амплитуду движений, а также продолжительность занятия до 5 минут.

Стимуляция развития детей первого года жизни

Развитие зрения у детей

- Возбуждайте у малыша любопытство.
- Ребенка очень интересует человеческое лицо, поэтому, когда берете его на руки, держите лицом к себе, гримасничайте, высовывайте язык, закрывайте глаза, улыбайтесь, сопровождайте эти действия смешными звуками.
- Показывайте по очереди яркие одноцветные предметы и называйте цвет
- Не завешивайте кроватку ребенка занавесками: у него должен быть максимальный обзор на происходящее вокруг.
- Украсьте кроватку: подвесьте игрушки на расстоянии 30 см от глаз ребенка, при игре с ним сдвигайте их в разные стороны, хорошо, если игрушки имеют форму человечков или животных.

– Чаще перемещайте малыша по квартире; когда он может уже сидеть, сажайте его с собой, чтобы он мог наблюдать за вашими действиями.

– В качестве игрушек детям в этом возрасте очень нравятся предметы быта: ложки, журналы, тряпочки и т.д.

– Меняйте вещи, когда увидите, что малышу они надоели, но не давайте одновременно больше трех.

Развитие слуха у детей

– Привлекайте внимание ребенка разными по звучанию, но небольшими по размеру игрушками.

– Чаще разговаривайте с ребенком, занимайтесь звукоподражанием, меняйте интонации.

– Больше пойте ребенку; когда оставляете его одного, включайте ему записи с детскими песенками или классической музыкой.

– Когда ребенок спит, не стоит соблюдать абсолютную тишину, но излишний постоянный шум вреден.

– Не давайте малышу долго плакать, вовремя утешьте его.

Развитие осязания и хватания у детей

– Чаще берите ребенка на руки, особенно когда он плачет, не бойтесь избаловать ребенка этим.

– При купании, массаже нежно гладьте кожу малыша, называйте части тела.

– Купая и массируя ребенка, используйте различные по структуре губки, тряпочки, мочалки.

– Давайте ребенку кусочки ткани различной фактуры (бархат, шелк, атлас, грубое полотно и др.).

– Побуждайте ребенка хватать игрушки, а потом потихоньку вытягивайте их из ручек: важно, чтобы ребенок научился вцепляться в предмет, висеть на нем; потом приучайте брать и отдавать предмет.

Развитие вкуса и обоняния у детей

– Давайте ребенку грызть и жевать предметы различной плотности, но следите, чтобы они были чистыми и малыш не подавился.

– До обеда предложите ребенку тарелочку с кусочками различных овощей и фруктов, называйте ему то, что он ест.

– Берите малыша с собой на кухню, когда готовите еду.

– Давайте ребенку нюхать различные нерезкие парфюмерные запахи.

– Сделайте из ткани маленькие мешочки и положите в них высушенные растения, давайте малышу мешочек и называйте то, что в нем лежит.

Развитие двигательной активности у детей

– Перед каждым кормлением выкладывайте ребенка на животик, делайте легкий массаж и гимнастику:

а) скрестите ручки малыша на груди и слегка потяните за них, б) меняйте положение ручек – вверх и вниз,

в) скрестите правую ручку и левую ножку, затем поменяйте, г) слегка пощекочите ребенка и опрокиньте назад,

д) крепко держа малыша на руках, дайте ему «поплавать» в воздухе.

– Не ограничивайте двигательную активность ребенка кроваткой, диваном или манежем. В возрасте 6 месяцев малыша можно выпускать на пол, но следите, чтобы не было сквозняков.

– Когда ребенок научился стоять, составьте несколько стульев, чтобы ребенок мог ходить вокруг них, а затем постепенно раздвигайте, расширяя поле деятельности малыша.

– Чаще давайте ребенку на прогулке возможность ходить самостоятельно. Если он просится на ручки, понесите его немного, а потом снова попросите пройти ножками.

– Больше гуляйте с ребенком, чтобы он мог наблюдать за играми детей постарше.

Развитие речи у детей

– Больше разговаривайте с малышом, рассказывайте ему разные истории.

– Повторяйте произносимые им звуки – это сближает ребенка и родителей.

– Чаще играйте с малышом в «Ладушки» или «Сороку», ребенок учится прислушиваться к речи, развивается лепет.

– Показывайте малышу все, что его окружает, ясно и четко называйте это.

– Показывайте ребенку книги с картинками, читайте простые рассказы, старайтесь, чтобы ребенок следил за знакомыми картинками.

Мамины объятия жизненно необходимы новорожденному

Никто не станет спорить с тем, что детям нужны любящие объятия и ласковые прикосновения. То, что каждый из родителей считает естественным и необходимым, имеет еще и научное подтверждение.

Сначала – известный исторический факт. По велению Римского императора Фредерика II группу младенцев отлучили от семей и поместили под присмотр нянек, которым строго было предписано удовлетворять лишь первейшие физиологические надобности малышей: кормить, купать и пеленать. Но обязательно – молча, не беря детей на руки, не лаская, не обнимая их. Императору не терпелось узнать, на каком языке заговорят малыши, если они никогда не слышали речи взрослого человека, никогда не засыпали под мелодичные слова колыбельной песенки? Его ожидало полнейшее разочарование: все дети умерли. Историк XIII века объяснил, что «Фредерик старался напрасно, ибо не могли жить младенцы без ласки».

Терапия прикосновения эффективна при широком спектре проблем – от детских кишечных колик и нарушения сна до гиперактивности. Физический контакт мамы и ребенка приносит значительную психологическую пользу.

Но в действительности прикосновение несет в себе гораздо больше, это – один из важнейших стимулов развития центральной нервной системы. Терапия прикосновения стимулирует некоторые ветви черепно-мозговых нервов, активизирует работу кишечного тракта, высвобождая гормон инсулин. Чем выше его содержание, тем более эффективно переваривание пищи, тем быстрее происходит рост малыша. Прикосновения также снимают стресс. Дети грудного возраста, которых много носят на руках, имеют более низкий уровень гормона стресса –

кортизола по сравнению с другими детьми. Кортизол, как известно, при высоком содержании убивает важные иммунные клетки.

Научные исследования свидетельствуют о том, что участливое прикосновение необходимо для развития здорового, счастливого человека. И даже не важно, говорим ли мы об укреплении иммунной системы или же о психологическом взаимодействии в семье: «дополнительная доза» ласки, объятий, внимания непременно произведет позитивный эффект.

Уход за полостью рта маленького ребенка

Гигиена полости рта детей от 6 до 12 мес. Начинать очищение полости рта ребенка, используя прием протирания, необходимо с момента прорезывания первого зуба. Процедуру надо проводить быстро, эффективно и безопасно, для чего необходимо расположить ребенка так, чтобы хорошо видеть очищаемые зубы и иметь возможность сдерживать движения ребенка.

Резцы протирают влажной марлей, направляя движения от десны к режущему краю зуба. На марлю желательно нанести детскую зубную пасту (например, зубная паста «R.O.C.S. baby»), так как она содержит вещества, способствующие удалению зубного налета. Зубы протирают 1–2 раза в день. По мере привыкания ребенка к процедурам начинают применять щетку с маленькой головкой, мягкой щетиной. Щетку увлажняют. Резцы очищают короткими вертикальными движениями от десны к режущему краю.

Родители должны быть обучены способам ухода за полостью рта ребенка заранее: во время визита беременной к акушеру и стоматологу, при посещении педиатра и его патронажной сестры сразу после рождения ребенка, в крайнем случае – во время первого визита членов семьи к стоматологу.

Гигиена полости рта детей от 1 года до 3 лет. В этом возрасте основным способом ухода за полостью рта является чистка зубов щеткой и пастой, соответствующей возрасту малыша. Процедуру выполняют родители, постепенно привлекая к этому ребенка. Ребенок располагается возле умывальника, перед зеркалом, взрослый стоит за его спиной. Для чистки зубов используют мягкие щетки с маленькой головкой и длинной ручкой. Зубную пасту в дозе «с ноготок мизинца ребенка» или «с горошину» используют тогда, когда руки родителей совершают движение щеткой автоматически, при этом не требуется полного зрительного контроля.

Важно приучать ребенка контролировать глотание во время чистки зубов, учить выплевывать ротовую жидкость после чистки зубов, полоскать рот.

До тех пор пока ребенок не научится ополаскивать рот после чистки зубов, лучше отказаться от использования зубных паст, содержащих фтор. Стоит с вниманием относиться и к другим компонентам, потенциально аллергенным: лаурилсульфату натрия и ароматизаторам. Больше подойдет слабо пенящаяся зубная паста с нейтральным вкусом. Важно, чтобы паста включала активные добавки, уменьшающие явления воспаления в период прорезывания зубов и обеспечивающие защиту зубов от кариеса. Сегодня убедительные сведения о противокариозном действии кроме фтора имеются в отношении ксилита.

Подгузники

В последние годы во всем мире большое распространение получили одноразовые подгузники. Подгузники надо менять, когда они мокрые или грязные. Замена пеленок помогает ребенку понять, как приятно всегда чувствовать себя чистым. Заранее надо приготовить: чистый подгузник, немного воды и ваты, салфетку, детский лосьон или масло. Для смены подгузника надо:

- Положить малыша на спину на мягкую подстилку и развернуть использованный подгузник, осторожно приподнять малыша за ножки одной рукой, а другой – снять старый подгузник.

- Перед тем, как надеть новый подгузник, вымыть кожу малыша мягким мылом, сполоснуть водой, насухо промокнуть салфеткой, а затем можно нанести защитный крем или масло.

- Подложить чистый подгузник под попку малыша. Опустить ножки ребенка. Надеть и закрепить подгузник.

- В уходе за ребенком должна принимать участие не только мать, но и отец. Во время переодевания, пеленания, купания укрепляется связь между отцом и ребенком.

Игрушки

В течение первых месяцев жизни грудному ребенку нужно совсем немного игрушек. Их главная функция – развитие слуха и зрения малыша.

Глаза новорожденного ребенка видят мир размытым, он очень медленно учится распознавать формы и контуры предметов, находящихся прямо перед его глазами. Сразу после рождения зрачки ребенка реагируют на свет, но фиксация взгляда вначале очень неустойчивая, лишь к 3-4-й неделе жизни малыш научится фиксировать взгляд на лице матери, яркой игрушке.

Первые игрушки малыша – это крупные и яркие шарики или погремушки красного, оранжевого или желтого цвета, расположенные над кроваткой, на которых он фиксирует свой взгляд.

Мобиле, помещенное над кроваткой, тоже является классическим аксессуаром для грудных детей. Глаза малыша следят за медленными движениями танцующих фигур, тихая музыка убаюкивает. Однако возбудимого малыша такая игрушка может еще больше возбудить, поэтому необходимо внимательно следить за реакцией малыша на предлагаемые ему игрушки.

Для младенца, особенно для легковозбудимого, лучшим объектом для зрительного и слухового сосредоточения, лучшим успокоительным средством являются лицо, руки и голос матери. Этот голос он слышал еще внутриутробно, привык к нему, теперь он учится соотносить черты лица матери, тепло ее рук с ее голосом и интонациями.

О прогулках

Свежий воздух, солнце нужны новорожденному так же, как молоко матери. Прогулка на воздухе улучшает усвоение пищи, активизирует обмен веществ, нормализует сон, закаляет организм. Солнечные лучи предохраняют ребенка от возникновения рахита. Без свежего воздуха дети становятся капризными, плохо

спят, ослабевают, легче подвергаются простудным или другим заболеваниям.

Начинать прогулки надо как можно раньше, лучше вдали от шумных мест с обилием транспорта, загрязняющего воздух. Необходимо избегать сильного ветра и жаркого солнца.

Если младенец родился поздней весной или летом, то гулять начинают с первых дней после выписки из роддома, конечно, при условии, что во дворе нет резкого ветра, пыли.

Малышу, родившемуся в холодное время года, можно находиться на свежем воздухе со второй половины первого месяца жизни, вначале при температуре не ниже -10°C, затем – и в более холодную погоду.

Длительность первой прогулки зимой составляет 5–10 мин, постепенно ее увеличивают до 1 часа, а затем гуляют по 1 часу 2 раза в день. В зимнее время прогулку не следует затягивать более чем на 2 часа.

Лучшее время для прогулок летом – после обеда, когда солнце уже не палит так сильно, а зимой – в полуденные часы.

Дождь, и снегопад прогулке не помеха – всегда можно найти защищенное место.

Профилактика гипогалактии

1. Правильный режим жизни и питания кормящей матери.
2. Достаточный сон не только в ночное время, но и днем.
3. Обязательная прогулка днем.
4. Полноценное питание матери.
5. Полное освобождение молочных желез от остатков молока после каждого кормления.
6. Достаточно частое и регулярное кормление ребенка грудью.
7. Профилактика, своевременное выявление и рациональное лечение трещин сосков и мастита, так как они нередко являются причиной вторичной гипогалактии.

Методика массажа молочных желез. Перед массажем беременная должна вымыть руки с мылом и вытереть их досуха, снять одежду до пояса и, стоя, приступить к проведению массажа (лучше перед зеркалом).

Проводить массаж нужно не пальцами, а всей кистью руки, ладонь должна плотно прилегать к коже, движения – быть медленными и безболезненными. Желательно проводить массаж 2 раза в день по 2–3 минуты.

Первый прием: массаж обеих желез по ходу отводящих лимфатических путей двумя руками в виде 2-3 поглаживаний, начиная сверху молочных желез до середины грудины по направлению к плечу и снизу к подмышечным областям.

Второй прием: одной рукой женщина совершает несколько круговых поглаживаний молочной железы, не затрагивая соска и околососкового кружка. Эти движения можно производить двумя руками на обеих молочных железах.

Третий прием: правой рукой поддерживается и слегка приподнимается кверху правая молочная железа, левая рука располагается сверху, не затрагивая околососкового кружка, после чего обеими руками одновременно делается нажим на молочную железу по направлению к грудной клетке. Такие нажимы повторяются 2–3 раза.

Хранение сцеженного молока. Хранить сцеженное молоко необходимо в холодильнике при температуре не выше +4°C. В течение 3–6 часов после сцеживания и в случае правильного его хранения молоко может быть использовано после подогрева до температуры 36–37°C. При хранении в течение 6–12 часов молоко может быть использовано после пастеризации. Для этого бутылочку с молоком ставят в кастрюлю, наливают теплую воду несколько выше уровня молока в бутылочке; далее воду нагревают до температуры 65–75°C и бутылочку с молоком выдерживают в ней в течение 30 минут.

Как правильно кормить ребенка грудью

Кормить малыша грудью надо в спокойной, расслабляющей обстановке, что способствует более полному оттоку молока и хорошему его усвоению.

Как удобнее устроиться на время кормления. В первые дни после родов лучше кормить ребенка лежа на боку, подложив под голову и спину подушки. Ребенка тоже, пока он мал, следует класть на подушку так, чтобы он чувствовал тепло материнского тела, слышал привычные звуки ее сердцебиения.

Чаще всего матери кормят младенцев в положении сидя. Для этого удобнее низкий стул или кресло, спина опирается на подушку. Под ногу (соответственно той груди, из которой кормится ребенок) следует подставить небольшую скамеечку. Ребенок при этом располагается на коленях у матери. Она, опираясь рукой на согнутое колено или ручку кресла, поддерживает его под головку и спинку, чтобы они находились на одной прямой линии. Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней. Положение «из-за спины» удобнее при кормлении близнецов. Вертикальное положение может быть рекомендовано при кормлении детей, страдающих частыми срыгиваниями. Важно, чтобы во всех случаях это было удобно для матери и ребенка.

Продолжительность кормления. Продолжительность кормления зависит от количества молока, скорости его отделения, а главное – от активности ребенка. В большинстве случаев ребенок находится у груди 15–20 минут. Однако есть очень активные сосуны, которые насыщаются в течение 5–7 минут и сами отказываются от груди. Обычно здоровый ребенок во время кормления высасывает столько молока, сколько ему необходимо. Как правило, малыша следует держать у груди до тех пор, пока он энергично сосет и глотает, а потом сам выпускает сосок.

Ослабленные дети или так называемые ленивые сосуны, держат грудь длительное время, иногда, не успев насытиться, быстро засыпают, не выпуская соска. Не рекомендуется долго держать ребенка у груди, так как это может привести к раздражению и травмированию соска, образованию на нем болезненных трещин. Если ребенок сосет вяло, засыпает у груди, его надо побуждать к активности – слегка потрепать по щечке, сделать попытку отнять грудь. Обычно малыш сразу просыпается и продолжает активно сосать. Если он не проснулся и выпустил сосок, можно сцедить ему в рот несколько капель молока, что вызывает глотательный рефлекс, после чего он снова начинает сосать.

Техника кормления. При каждом кормлении лучше давать только одну грудь, тогда он получит так называемое «заднее» молоко, богатое жиром.

«Переднее» молоко содержит много лактозы и воды. Однако если малыш, полностью опорожнив одну грудь, не насытился, ему можно дать вторую.

Следующее кормление надо начинать с той груди, которой закончилось предыдущее кормление.

Для предупреждения срыгивания надо сразу после кормления поддержать ребенка в вертикальном положении до тех пор, пока не отойдет проглоченный во время сосания воздух, что определяется по громкой отрыжке. Иногда при этом происходит необильное срыгивание молока, что не должно вызывать опасений.

После кормления ребенка следует укладывать не на спину, а на бок, или на живот, чтобы при срыгивании молоко не попало в дыхательные пути.

Кормление здорового ребенка по требованию в настоящее время считается наиболее правильным и полезным. При этом ребенок может получать грудь до 6–12 раз в сутки, в том числе и в ночное время. Частые кормления стимулируют лучшую выработку молока, обеспечивают спокойное поведение и полноценное развитие младенца. К концу периода новорожденности у малыша вырабатывается свой режим кормления: чаще всего от 6 до 8 раз в сутки и, как правило, без ночного перерыва. Критериями достаточности питания ребенка служат:

- глубокий, крепкий сон;
- активное сосание;
- хорошая прибавка массы тела;
- нормальное мочеиспускание (не менее 6 раз в сутки);
- мягкие испражнения.

Как определить, достаточно ли грудного молока съедает ребенок.

Чтобы определить, какое количество молока получает ребенок, проводят контрольное кормление. Ребенка взвешивают до и после каждого кормления (в одной и той же пеленке в течение суток, т.к. в разные кормления он может высасывать разное количество молока). Нормальным для ребенка в возрасте до 2 месяцев является количество пищи, равное 1/5 его массы тела, а в возрасте от 2 до 4 месяцев – 1/6 массы.

Как правильно сцеживать грудное молоко

Ручное сцеживание. Наиболее полезный и доступный метод сцеживания – ручной. Женщина может сцеживаться в любых условиях, в любое время. При этом лучше, если она будет это делать сама.

Сцеживать молоко вручную легче, когда грудь мягкая. Тогда при сцеживании молоко свободно вытекает из груди. Полезно перед сцеживанием выпить какой-нибудь теплый напиток (чай с молоком, отвар шиповника, фруктовый сок, компот).

В случае нагрубания сцеживание может причинить боль. Тогда можно положить к груди теплый компресс или грелку с теплой водой, принять теплый душ. В начале сцеживания необходимо помассировать грудь по направлению к соску, можно провести легкое поглаживание соска и ареолы кончиками пальцев. Хорошее действие оказывает массаж спины, для этого рекомендуется сесть за стол, наклониться вперед, положить перед собой сложенные руки и опереться на них

головой. Грудь при этом должна находиться в свободном состоянии. Спина массируется в течение 10–15 минут вдоль позвоночника с обеих сторон на уровне лопаток вращательными движениями больших пальцев.

Техника ручного сцеживания. Перед сцеживанием необходимо:

- тщательно вымыть руки;
- приготовить чистую простерилизованную посуду;
- принять удобное положение;
- максимально расслабиться. Во время сцеживания:
 - захватить грудь так, чтобы большой палец находился на ареоле над соском, а указательный – напротив большого на ареоле под соском;
 - надавить пальцами внутрь в направлении к грудной клетке;
 - нажать на ареолу за соском, так, чтобы нажатие распространялось на синус под ареолой, с последующим её освобождением;
 - делают эти движения в ритме нажать – отпустить.

Молоко может начать вытекать не сразу, а после нескольких таких нажатий, сначала каплями, а потом струйками. Постепенно положение пальцев следует перемещать так, чтобы они сжимали ареолу с боковых сторон, добиваясь равномерного сцеживания молока из всех сегментов молочной железы.

Во время сцеживания нельзя сильно сжимать или вытягивать сосок, это только задерживает вытекание молока. Надо следить также, чтобы пальцы не скользили сильно по коже, травмируя ее.

Продолжительность сцеживания. Сцеживание молока продолжается довольно длительное время. Если молоко сцеживается из обеих грудей, то это занимает около 20–30 минут. Важно не пытаться сцеживать быстро, особенно в первые дни лактации, когда выработка молока ещё не наладилась должным образом.

Сцеживание для недоношенного или больного ребенка. Сцеживание грудного молока следует производить непосредственно перед каждым кормлением. При этом молоко, если его вырабатывается достаточное количество, сцеживается только из одной груди, чтобы обеспечить его более полноценный состав (малыш получает «переднее» и «заднее» молоко).

Только при недостаточной лактации сцеживание каждый раз производится из обеих грудей.

Сцеживание при тугой груди. В тех случаях, когда молоко сцеживается при сильном нагрубании груди с целью освобождения матери от неприятных ощущений и обеспечения более легкого захватывания груди младенцем, эту процедуру следует проводить только до ликвидации чувства распирания груди, после чего соски делаются менее напряженными и ребенок может легко взять грудь. Некоторым матерям приходится сцеживаться перед каждым кормлением. Иногда сцеживание необходимо произвести 1–2 раза в день. По мере уменьшения нагрубания молочных желез необходимость в сцеживании отпадает.

Сцеживание молокоотсосом. Ручной молокоотсос представляет собой стеклянную трубку с резиновой грушей на конце. Второй конец груши расширен настолько, чтобы можно было охватить не только сосок, но и ареолу с частью

грудю. Для сцеживания молока надо сначала сжать грушу так, чтобы из нее вышел воздух, затем расположить широкий конец трубки в околососковой области, убедиться, что он герметично охватывает кожу груди, и отпустить грушу. При этом сосок и ареола втягиваются в трубку. После этого надо несколько раз сжать и разжать грушу, и молоко начнет вытекать из груди и собираться в выпуклости трубки. По мере заполнения трубки отнимают от груди, молоко выли

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. 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 пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 128 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, из-под края реберной дуги. Стул – 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. Лежа на животе, опирается на предплечья, хорошо удерживает головку, сосредотачивается на лице говорящего с ним взрослого. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Крепко упирается ногами при поддержке подмышки. Игрушки в руки не берет. Со слов матери, редко улыбается при общении.

Задания

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

Задача 2. 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, нейро-циркуляторной дистонией по гипертоническому типу, долго лечилась от бесплодия. Первые две беременности закончились выкидышами. Семья полная, ребенок долгожданный. Бабушка по линии матери страдает сахарным диабетом.

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

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

Задания

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
2. Выделите факторы риска, направленность риска.
3. Определите группу здоровья ребенка.
4. Укажите ошибки матери при вскармливании ребенка.
5. Укажите возможные причины отсутствия молока у матери.
6. Как проводится лечение данного вида гипогалактии?
7. Проведите коррекцию вскармливания ребенка.
8. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

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

Родители ребенка здоровы, наследственность неотягощена. Матери 22 года, отцу 23 года, имеют среднее специальное образование. Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Ребенок желанный. Мальчик родился от 1-й беременности, 1-х родов. Течение беременности и родов физиологическое. Роды при сроке гестации 40 недель. Оценка по Апгар – 8/9 баллов, закричал сразу. Масса тела при рождении – 3400 г, длина – 52 см, окружность головы – 34 см, окружность грудной клетки – 32 см. В родильном доме патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Вакцинирован против гепатита «В» и туберкулеза. После выписки из родильного дома регулярно наблюдался врачом-педиатром, медицинской сестрой. В возрасте одного месяца осмотрен врачами специалистами, патологии не выявлено. Сделана вторая вакцинация

против гепатита «В». В первые 3 месяца жизни не болел. Проводилась профилактика рахита, анемии.

Антропометрия: длина – 61 см, масса тела – 5600 г, окружность грудной клетки – 38 см, окружность головы – 39 см. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые. Слизистая оболочка рта, миндалин, задней стенки глотки розовая, чистая, влажная. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. В легких дыхание пузрильное. Тоны сердца звучные; чистые, сокращения ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в сутки, желтый, кашицеобразный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Реакция на осмотр адекватная. Эмоциональный тонус положительный, проявляет «комплекс оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним мамы. Находясь на руках у мамы, удерживает голову в вертикальном положении. При поддержке под мышки крепко упирается о твердую опору пеленального стола. Во время врачебного осмотра лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При обращении матери, врача ребенок смотрит на лицо взрослого.

Задания

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Какая вакцинация проводится ребенку в возрасте трех месяцев?
3. Какая вакцина наиболее реактогенная?
4. Какие местные и общие реакции возможны на введение вакцины АКДС?
5. Как организовать наблюдение за данным ребенком после вакцинации?

Задача 4. Мать девочки 3 месяцев вызвала участкового врача на дом.

Накануне ребенку в поликлинике была проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита. Жалобы на повышение температуры тела ребенка до 39°C, беспокойство, покраснение, уплотнение и болезненность в области инъекции. В день проведения прививки вечером отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, применяли парацетамол с кратковременным эффектом, ребенок плохо спал. В области инъекции появился участок уплотнения и покраснения.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Температура – 39,1°C. Беспокоен. В области ягодицы в месте введения вакцины пальпируется болезненный инфильтрат размером до 6 см. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Дыхание пузрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм не нарушен. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Задания

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Нуждается ли ребенок в проведении лечебных мероприятий.
3. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию?
4. Назовите признаки нормальной поствакцинальной реакции и поствакцинального осложнения после иммунизации вакциной АКДС и против

полиомиелита.

5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
6. Составьте план профилактических прививок ребенка на 1 году жизни.

Задача 5. 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 прикладывает 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 пуэрильное. Частота дыхания – 40 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, чистые. ЧСС – 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, эластичная, безболезненная, селезенка не пальпируется. Мочится – до 20 раз в сутки. Стул – 2–3 раза в день, желтого цвета, кашицеобразный. Голову удерживает лежа на животе и в вертикальном положении. При виде взрослых улыбается, издает звуки, при появлении матери усиливается двигательная активность, смеется, тянет ручки к матери. При кормлении придерживает грудь рукой.

Задания

1. Выделите факторы риска у ребенка и определите их направленность.
2. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.
3. Дайте заключение по физическому развитию.
4. Определите группу здоровья ребенка.
5. Оцените вскармливание ребенка. Дайте рекомендации по его организации на первом году жизни.
6. Нуждается ли мать ребенка в лечении гипогалактии? Если да, дайте рекомендации.
7. Составьте план вакцинации ребенка на первом году жизни.

Задача 6. Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС+полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после

прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре ребенка: температура тела – 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Задания

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Как объяснить матери данную ситуацию?
4. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
6. Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии и столбняка законченным?
7. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

Задача 7. 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, откручивает, гремит и др.). Сон спокойный.

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

Задания

1. Дайте комплексную оценку здоровья ребенка на момент осмотра.
2. Назначьте питание ребенку на один день.
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.

4. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.
5. Какие прививки должен иметь этот ребенок к моменту поступления в детский сад?
6. Составьте план мероприятий по подготовке ребенка к яслям.

Задача 8. 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. Ребенку проведены прививки: V БЦЖ; V1V2 V3 АКДС; V1V2 V3 полиомиелит; V1V2 V3 гепатит В.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с анемией во второй половине, 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 вакцинации на втором году жизни.
6. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.

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. Медико-педагогические мероприятия по облегчению адаптации детей к образовательным учреждениям : учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2010. – 116 с.
4. Организация питания детей раннего возраста : учеб. пособие / И. М. Процина [и др.]. – Иваново, 2009. – 178 с.
5. 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. Диспансеризация детей из групп риска в условиях детской поликлиники : метод. рекомендации МЗ РСФСР. – М., 1988. – 40 с.
3. Клиническая фармакология : нац. рук-во / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепяхина, В. И. Петрова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 976 с.
4. Краснов, М. В. Профилактическая работа по охране здоровья детей раннего возраста : пособие для врачей-педиатров / М. В. Краснов, О. В. Шаропова, В. М. Краснов. – М., 2002. – 252 с.
5. 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.
6. 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.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, (4-е издание, переработанное и дополненное), – М., 2019. – 206 с.
8. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2009. – 144 с.
9. Никитюк Д.Б., Батулин А.К., Конь И.Я. и соавт. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей. Мет.рекомендации, 2016 г., 23 с.
10. Общий уход за детьми : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – 4 изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 416 с.
11. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»

12. Приказ Минздрава РФ от 11.03.2014 г. № 125 н (в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.06.2016 N 370н, от 24.04.2019 N 243н, от 14.09.2020 N 967н) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

13. 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. N 514н»

14. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний : рук-во для практ. врачей в двух книгах / под ред. А. А. Баранова, Н. Н. Володина, Г. А. Самсыгиной. – М. : Литтерра, 2007. – 1123 с.

15. Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г. и № 59.13 от 4 мая 2006 г

16. Российский национальный педиатрический формуляр / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.

17. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.

18. 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.

19. Уход за кожей новорожденного ребенка: Научно-обоснованные методические рекомендации. – Изд. 1-е, М., 2016. – 66 с.

20. Учайкин. В. Ф. Руководство по клинической вакцинологии / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с.

21. Федеральные протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях / В. Р. Кучма [и др.]. – Часть первая. – М., 2014. – 232 с.

22. Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций. – ФР РОШУМЗ – 35-2020 (версия 1.2) – 29 с.

23. Школьников М. А. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста / М. А. Школьников, Л. А. Кравцова. – М. : Медпрактика, 2004. – 32 с.

24. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) / М. В. Иванов, Н. В. Симашкова, Г. В. Козловская. – В кн. Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Роциной. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. – 212-221 с.

Учебное издание

Особенности профилактических приемов
детей раннего возраста в поликлинике,
подготовка их к поступлению в образовательное учреждение

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

Подписано в печать 21.12.20 Формат 60×84¹/₁₆

Уч.-изд. л. 6,9. 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

