

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА  
С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
В ПОЛИКЛИНИКЕ**



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

*Кафедра поликлинической педиатрии*

# Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике

*Издание шестое, переработанное и дополненное*

Иваново 2019

УДК 616-08-039.57-053.37.

ББК 57.33

П 78

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии и неонатологии ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России *Р. М. Ларюшкина*;

доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России *Е. В. Шниткова*

**Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике: 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 – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2019. – 304 с.

Освещены вопросы профилактической работы с детьми от рождения до 3 лет в условиях поликлиники. Пособие переработано и дополнено в соответствии с новыми нормативными актами по вскармливанию детей грудного и раннего возраста, организации профилактических осмотров несовершеннолетних, вакцинопрофилактике.

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

УДК 616-08-039.57-053.37.

ББК 57.33

*Рекомендовано методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».*

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i> .....	4
<b>АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА</b> .....	11
Дородовые патронажи .....	11
Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе .....	13
Профилактические мероприятия на антенатальном этапе .....	25
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b> .....	43
Организация наблюдения за новорожденными .....	43
Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей из групп риска .....	64
Организация жизни ребенка в период новорожденности .....	73
Режим .....	73
Санитарно-гигиенический уход .....	73
Вскармливание новорожденного .....	83
Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение .....	85
Питание и режим кормящей женщины .....	90
Физическое воспитание новорожденного .....	98
Стимуляция нервно-психического развития .....	100
Организация наблюдения детей первых трех лет жизни .....	101
Содержание и сроки медицинских осмотров детей раннего возраста ...	102
Контроль физического развития .....	103
Контроль нервно-психического развития .....	110
Оценка резистентности .....	117
Комплексная оценка состояния здоровья .....	117
Организация жизни детей первых трех лет .....	118
Режим .....	118
Вскармливание детей первого года жизни .....	119
Вскармливания детей с 1 года до 3 лет .....	133
Физическое воспитание .....	145
Закаливание детей раннего возраста .....	157
Воспитание детей раннего возраста .....	156
Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний детей раннего возраста .....	179
Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение .....	189
Организация профилактических прививок .....	204
Гигиеническое воспитание и обучение населения .....	215
Патронажи медицинской сестры .....	217
Особенности профилактических приемов детей раннего возраста .....	228
<i>Приложения</i> .....	266
<i>Ситуационные задачи</i> .....	269
<i>Список сокращений</i> .....	304
<i>Рекомендуемая литература</i> .....	304

## ВВЕДЕНИЕ

---

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

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

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

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

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

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

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

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

условия среды должны несколько отличаться от оптимума, т. е. быть возмущающими, тренирующими (например, закаливание).

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

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

Весь этап созревания человека разделен на несколько возрастных периодов.

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

В педиатрии принята следующая периодизация детского возраста.

### **I. Внутриутробный этап**

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

### **II. Внеутробный этап**

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

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

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

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

Ниже представлена краткая характеристика периодов внутриутробного развития и раннего детства.

## I. Внутриутробный этап

### **1. Фаза эмбрионального развития – от зачатия до 2–3 мес.:**

а) зародышевый период – 1 неделя (период оплодотворения яйцеклетки до имплантации бластоцита в слизистую оболочку матки);

б) период имплантации – 40 часов;

в) эмбриональный период – 5–6 недель (закладка и органогенез почти всех внутренних органов);

г) эмбрио-фетальный период – 2 недели (формирование плаценты, плацентарного кровотока и окончание формирования большинства органов).

### **2. Фаза плацентарного развития (фетальный период) – от 3 мес. до рождения:**

а) ранний фетальный период – до 28 недель (интенсивный рост и тканевая дифференцировка органов плода);

б) поздний фетальный период – до рождения (депонирование многих компонентов питания, в т. ч. микроэлементов, трансплацентарная передача иммуноглобулинов матери, созревание сурфактанта).

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

**В первый триместр** идет интенсивная дифференцировка тканей, формирование органов плода. При воздействии тератогенных факторов могут возникать генные и хромосомные мутации в тех структурах, которые

в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Это приводит к гибели зародыша из-за формирования грубых пороков развития.

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

## II. Внутробный этап

### 3. Период новорожденности – от 0 до 3–4 недель:

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

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

– физиологическое падение массы тела (связано с отхождением мочи, мекония, высыханием пуповинного остатка, срыгиванием околоплодных вод и недостаточностью питания и др.);

– простая эритема и шелушение кожных покровов (реакция кожных сосудов с последующей десквамацией эпидермиса);

– физиологическая желтуха (проявление незрелости ферментов печени);

– гормональный (половой) криз (действие материнских половых гормонов (эстрогенов), переданных ребёнку трансплацентарно);

– мочекислый инфаркт (особенность обмена веществ в первые дни жизни);

– физиологическая диспепсия (переходный стул);

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

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

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

#### **4. Период грудного возраста – с 29 дней до 12 месяцев.**

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

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

#### **5. Преддошкольный период – от 1 года до 3 лет.**

Анаболические процессы преобладают над катаболическими, что определяет почти линейный рост тела, хотя темп его несколько снижен по сравнению с предыдущим периодом; идет усиленный рост тканей и

их дифференцировка. Завершается миелинизация нейронов проводящих путей. Интенсивно развивается кора головного мозга, активно формируются условные рефлексы и развивается речь, двигательные навыки. Условные связи (позитивные, негативные) отличаются прочностью и сохраняют значение на последующих этапах развития. Эмоциональная сфера ребенка существенно развивается, нередко проявляются отрицательные эмоции вплоть до истерических бурь. Ведущая сфера деятельности – игра, через которую возможно обучение ребенка. Активное формирование лимфоидной ткани в сочетании с функциональной недостаточностью часто приводит к ее гиперплазии. На многие антигены сохраняется первичный иммунный ответ и физиологический дефицит отдельных субклассов иммуноглобулинов, недостаточность местного иммунитета, но активно развивается хелперная функция лимфоцитов, имеется склонность к кетозу.

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

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

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

**Задачи детской поликлиники** можно условно подразделить на два блока:

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

1) создание оптимальных условий для полноценного развития здорового ребенка, начиная с антенатального этапа;

2) динамический контроль за развитием и здоровьем для раннего выявления и коррекции отклонений;

3) подбор тренирующих воздействий, стимулирующих развитие ребенка (рациональный выбор физических и интеллектуальных нагрузок позволяет не только скорректировать отставание, но и добиться его ускорения).

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

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

**Профилактическое направление** в работе детской поликлиники включает следующие разделы:

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

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

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

## АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

---

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

Жизнь женщины до наступления беременности, ее планирование, сама беременность – факторы, формирующие здоровье будущего ребенка задолго до его рождения. Эффективное формирование здоровья ребенка невозможно без учета состояния здоровья его матери.

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

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

### Дородовые патронажи

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

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

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

- проведение антенатальной профилактики прогнозируемой патологии.

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

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

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

**Задачи** первого патронажа:

- выявление факторов риска (сбор и оценка данных генеалогического, биологического и социального анамнезов);
- прогноз состояния здоровья и развития будущего ребенка (группы риска);
- прогнозирование и профилактика гипогалактии;
- информирование беременной о выявленном риске у будущего ребенка;
- подбор рекомендаций по профилактике реализации выявленного риска (санитарно-гигиенические условия, режим дня и питание беременной);
- гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей (пропаганда здорового образа жизни, положительный психологический настрой на рождение ребенка, формирование мотивации на длительное грудное вскармливание, посещение занятий в «Школе будущих родителей»);
- определение срока второго дородового патронажа.

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

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

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

**Цель** второго патронажа – контроль выполнения назначений врача женской консультации и педиатра, переоценка факторов риска и направленности риска, коррекция рекомендаций. Особое внимание уделяется посещению беременной «Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.

**Задачи** второго патронажа:

- переоценка факторов риска и направленности риска (получение информации о течении беременности, перенесенных заболеваниях, применении медикаментов, изменении условий труда, быта, уточнение предполагаемого срока родов);

- контроль выполнения предшествующих назначений и их эффективности;

- проведение повторного прогноза гипогалактии и профилактика гипогалактии;

- коррекция рекомендаций соответственно выявленному риску;

- гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей, подготовка семьи к встрече новорожденного).

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

После каждого патронажа педиатр оформляет документы:

- бланк дородового патронажа, в котором указан риск возможной патологии у ребенка и даны рекомендации. Бланки хранятся в картотеке дородовых патронажей в кабинете здорового ребенка (КЗР);

- обменную карту беременной, куда вносит свои рекомендации по антенатальной профилактике риска возможной патологии у ребенка.

## **Прогноз риска перинатальной патологии на антенатальном этапе**

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

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

Практикуется выделение следующих групп риска (табл. 1).

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

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

Таблица 1

## Группы риска детей раннего возраста

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

Таблица 2

## Поисковая таблица для определения риска патологии у детей

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
<b>Экстрагенитальная патология матери</b>												
Анемия	+		+							+		+
Артериальная гипертензия		+	+									
Бронхиальная астма						+						
Дегенеративное заболевание нервной системы		+										
Заболевания почек		+										
Заболевания щитовидной железы		+	+	+				+	+	+	+	+
Крапивница						+						

Продолжение табл. 2

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Краснуха				+	+				+			+
Листериоз									+			+
Нейродермит						+						
Ожирение			+						+	+		
Отек Квинке						+						
Очаги инфекции								+	+	+	+	+
Пищевая и другие виды аллергии						+						
Пороки сердца		+	+		+			+	+		+	+
Сахарный диабет		+	+		+			+	+	+	+	+
Сифилис									+			+
Токсоплазмоз		+		+					+			+
Умственная отсталость		+										
Хронический гастрит				+								
Хронический колит				+								
Хронический пиелонефрит				+				+				
Хронический холецистит				+								
Хроническое заболевание бронхолегочной системы	+			+					+			
Цитомегалия				+					+			+
<b>Наследственная отягощенность</b>												
Кровнородственный брак					+							
Хромосомные болезни у одного из супругов					+							

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфракционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Врожденные иммунодефицитные заболевания					+				+	+	+	+
Патология эндокринной системы									+	+	+	+
Психические заболевания									+			
Неврологические заболевания									+			
Онкология										+		
Ферментопатии												
<b>Отягощенный акушерский анамнез</b>												
Выкидыши		+			+	+						
Мертворождение		+			+							
Рождение детей с массой менее 2000 г		+										
Многоплодная беременность		+										
Бесплодие		+										
Дети, родившиеся с врожденными пороками развития			+		+							
Воспалительные заболевания гениталий		+		+								
Анатомически узкий таз		+										
<b>Социальный анамнез</b>												
Возраст матери: до 16 лет более 30 лет		+							+			
			+		+							
Возраст отца более 40 лет					+							
Противоречивое воспитание ребенка	+											

Продолжение табл. 2

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсоплазмоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Семьи с плохим психологическим климатом							+		+			
Жесткость родителей							+					
Злоупотребление алкоголем, курением	+	+			+		+		+			
Нудовлетворительные бытовые условия	+						+					
Неполная семья							+					
Голодание									+			
<b>Течение данной беременности</b>												
Токсикоз первой половины		+	+		+	+		+		+		
Токсикоз второй половины		+	+			+		+				+
Угроза невынашивания		+				+		+		+		
Множественная угроза до 10 недель					+							
Многоводие		+			+				+			
Патология плаценты		+										
Гипотрофия плода			+							+		+
Ионизирующее излучение до 12 недель					+							
Прием лекарств в первые 12 недель					+							
Прием лекарственных препаратов во время беременности					+	+						+
Переливание крови, кровезаменителей						+						

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
4 и более беременностей			+							+		
Период между предыдущими и настоящими родами 1 год и менее			+									
Инфекционные болезни матери в первую треть беременности	+	+			+					+		+
Инфекционные болезни матери в конце беременности и родах	+			+								+
Частые острые инфекционные и обострения хронических заболеваний матери во время беременности	+			+		+		+				
Профессиональные вредности		+			+	+						
<b>Течение настоящих родов</b>												
Затяжные или стремительные роды		+						+	+	+		
Слабость родовой деятельности		+										
Длительный безводный период				+								
Преждевременная отслойка плаценты		+										
Инструментальные вмешательства (щипцы, вакуумэкстрактор), кесарево сечение		+						+	+	+		

Продолжение табл. 2

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Обвитие пуповиной		+							+	+		
Ранняя отслойка плаценты									+			
Тазовое предлежание плода в сочетании с многоводием и задержкой внутриутробного развития					+							
<b>Постнатальный период</b>												
Иммунологическая несовместимость крови матери и ребенка		+							+			+
Недостаточность мозгового кровообращения II степени									+		+	
Асфиксия новорожденного	+	+						+	+	+	+	
Переношенность		+							+			
Недоношенность, незрелость	+									+		
Дети из двоен				+						+		+
Дети с массой при рождении более 4000 г	+	+	+					+	+			
Уровень стигматизации более 5 стигм		+			+							+
Дети, получавшие противосудорожные препараты			+									
Частое применение антибактериальной терапии у детей						+						
Стойкая желтуха		+										

Факторы риска	Группы риска								Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
	1	2	3	4	5	6	7	8				
Отклонения в акте сосания		+										
Мышечная гипотония		+										
Транзиторная лихорадка, рвота		+										
Повышенная сонливость или возбудимость		+										
Внутричерепная родовая травма	+							+	+	+	+	
ОРВИ в первые 3 месяца	+									+	+	
Эндокринопатии	+		+					+				
Раннее искусственное вскармливание	+		+									
Несоответствие режима сна и кормления возрасту	+					+						+
Дети с неустойчивым стулом			+									
Высокий темп физического развития			+									
Метаболические и иммунологические нарушения	+		+					+				
Рахит	+											
Анемия	+											
Гипотрофия	+								+	+		
Паратрофия	+								+	+		
Аллергический диатез	+									+	+	
Лимфатико-гипопластический диатез	+		+	+		+			+	+	+	+

Факторы риска	Группы риска											
	1	2	3	4	5	6	7	8	Риск развития СВС	Риск развития СУВЖ	Риск развития инфекционного токсикоза	Риск развития пороков ЧЛС и К
Нервно-артритический диатез		+	+									+
Врожденные пороки развития	+							+				
Дети с заболеваниями ЦНС	+							+				
Наследственная патология	+											
Дети часто болеющие	+		+					+				
Дети с хронической патологией	+							+				
Гнойничковые заболевания матери				+								
Мастит у матери				+								
Инфекционные заболевания у членов семьи				+								
Гиподинамия												+
Перегревание ребенка												+

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

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

Таблица 3

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

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

**Оценка результатов:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Оценка результатов:**

– **при сумме более 70 баллов** ребенок должен быть отнесен **к группе риска по развитию СВС** и **взят на диспансерное наблюдение** участковым педиатром в течение первого года жизни;

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

Таблица 4

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

Факторы риска	Градации факторов	ПК
<b>Социальные факторы риска</b>		<b>Баллы</b>
Образование матери	– Среднее – неполное среднее или начальное	-2 -5
Образование отца	– Среднее – неполное среднее или начальное	-6 -7
Метраж на одного человека в квартире (м2 на человека)	– Менее 3 – 3–7	-4 -2
<b>Неполная семья</b>		-5
Курение матери	– Во время беременности – после родов	-10 -3
Алкоголизм	– Матери – отца	-31 -3
<b>Перинатальные факторы риска</b>		
Порядковый номер родов	– Вторые – третьи – четвертые и более	-1 -5 -32
Интервал между данными и предшествующими родами менее 14 мес.		-12
Число предшествующих медицинских абортов	– 1–2	-1
	– 3 и более	-3
Число предшествующих беременностей три и более		-3
Возраст на момент первой беременности	– Менее 17	-3
	– 18–21	-1
Случаи предшествующей скоропостижной смерти детей		-20
Сроки постановки на учет в женской консультации	– Позже 16 недель	-2
	– не состоялась	-30
Гипотония у матери во время беременности		-6
Многоплодная беременность		-6
Оценка по шкале Апгар (на 5-й минуте)	– 6–7 баллов	-3
	– 5 баллов и менее	-8
Вес ребенка при рождении (кг)	– 4 и более	-6
	– 2–2,5	-6
	– менее 2	-12
Наличие признаков морфо-функциональной незрелости		-10

## **Профилактические мероприятия на антенатальном этапе**

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

### **Мероприятия, проводимые в женской консультации:**

- ранняя явка к врачу акушеру-гинекологу женской консультации – в сроке до 12 недель беременности и систематическое наблюдение беременной;
- полноценное питание, режим, достаточный сон;
- охрана соматического здоровья беременной, профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний, внутриутробных инфекций плода и новорожденного (TORCH-инфекции);
- проведение ультразвукового и биохимического скринингов беременной;
- рутинные и дополнительные диагностические обследования;
- консультация терапевта;
- по показаниям – консультация генетика;
- профилактика врожденных пороков развития – прием фолиевой кислоты в первые три месяца беременности.

### **Роль педиатрической службы в профилактике реализации выявленного риска:**

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

### **Антенатальная профилактика гипогалактии предполагает:**

- обеспечение здоровья будущей матери, начиная с детства;
- прогнозирование риска развития гипогалактии;
- профилактику и лечение осложнений беременности и экстрагенитальной патологии;
- устранение, по возможности, социальных причин, влияющих на лактацию;
- полноценное питание, удовлетворительные условия учебы и быта, профилактика вредных привычек у девушек-подростков, занятия физкультурой;

– санитарно-просветительные мероприятия по пропаганде естественно-го вскармливания;

– дородовую подготовку молочных желез.

**Профилактика гипогалактии в родильном доме:**

– правильное ведение родов;

– раннее прикладывание к груди;

– совместное пребывание матери и ребенка в одной палате;

– правильная техника кормления грудью.

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

Таблица 5

**Прогнозирование гипогалактии**

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

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

## Дородовая подготовка к грудному вскармливанию

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

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

Грудное молоко является уникальной, лучшей пищей для ребенка первых месяцев жизни. Поэтому важно внушать женщине, что малышке оно необходимо, а кормление грудью положительно отражается на ее здоровье и здоровье малыша.

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

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

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

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

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

## Режим и питание беременной

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

Эти знания очень важны, так как нерациональное питание приводит к дефициту в организме беременной и плода жиров, белков, витаминов, минеральных солей и др., следствием чего может стать неправильное формирование органов и тканей, малокровие (анемия), задержка внутриутробного развития, мозговой ткани и др. плода.

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

Повышенная потребность во всех пищевых веществах и энергии в новых физиологических нормах обозначена для беременных на сроках 5–9 месяцев и кормящих матерей.

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

Будущей матери нужно почти вдвое больше витаминов и минеральных веществ.

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

### **Советы по питанию беременным (памятка)**

Во время беременности не следует резко менять свои пищевые привычки, если у Вас до этого не было грубейших нарушений принципов рационального питания, пристрастия к алкоголю. Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для беременных женщин представлен в таблице 6.

*Таблица 6*

#### **Среднесуточный набор продуктов питания для беременных\***

<b>Продукты</b>	<b>Кол-во, г/мл</b>	<b>Продукты</b>	<b>Кол-во, г/мл</b>
Мясо, птица	170	Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5%-ной жирности	500	Творог 9%-ной жирности	50
		Сметана 10%-ной жирности	15
		Сыр	15
Масло сливочное	25	Масло растительное	15
Картофель	200	Яйцо	0,5 шт.
Овощи	500	Соки	150
Фрукты свежие	300	Фрукты сухие	20
Крупы, макаронные изделия	60	Кондитерские изделия	20

Продукты	Кол-во, г/мл	Продукты	Кол-во, г/мл
Сахар	60	Чай	1
Соль	5	Кофе	3
Хлеб пшеничный	120	Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	15		

*Примечание.\** разработан ГУ НИИ питания РАМН, утвержден Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗ и СР РФ 16.05.2006 г. № 15-3/691-04.

– В первой половине беременности нет необходимости ограничивать себя в питании, а во второй целесообразно уменьшить прием соли и жидкости до 3–4 стаканов в день, включая чай, молоко, суп, напитки. Это нужно для предупреждения развития отеков и повышения артериального давления.

– Во второй половине беременности необходимо исключить жареную пищу, рацион должен включать в основном блюда в тушеном и отварном виде.

– Очень важно обеспечение регулярного опорожнения кишечника, что обеспечивает освобождение организма от токсических продуктов. Для этого следует шире использовать в питании продукты, стимулирующие двигательную активность кишечника (хлеб из муки грубого помола, пшеничную, гречневую, перловую крупы, овощи и фрукты, в том числе свеклу, морковь, капусту, сухофрукты, соки с мякотью).

– Пища должна содержать достаточное количество незаменимых пищевых продуктов: аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, а также минеральных солей, микроэлементов и витаминов.

– Во время беременности следует соблюдать режим труда, быта, отдыха. Можно продолжать работать и вести домашние дела, исключив тяжелые физические нагрузки. Во время прогулок опасайтесь случайных травм.

– Чтобы ребенок родился здоровым, необходимо отказаться от вредных привычек: курения, приема алкоголя и др.

– Основными источниками поступления в организм белков должны стать молоко и молочные продукты, мясо и рыба.

– Следует использовать мясо молодых животных, лучше в отварном виде.

– В последний триместр беременности желательно исключить бульоны, мясные и рыбные супы, потребление мяса ограничить до 3–4 раз в неделю, а в последний месяц – до 1 раза в неделю (с целью облегчения работы почек).

– В первой половине беременности рыбу и мясо следует потреблять в равных количествах, но в последнем триместре необходимо исключить сушеную, вяленую и копченую рыбу.

– Молоко и молочные продукты в случае хорошей переносимости можно употреблять на протяжении всей беременности, в среднем 0,5–0,8 л молока в день.

– Организм беременных лучше усваивает жиры, содержащиеся в молоке и молочных продуктах, а также растительном масле.

– Часть сливочного масла рекомендуется заменить сметаной и включить в суточный рацион 15–30 г растительного масла.

– Тучным женщинам в период беременности жиры также необходимы, поскольку с ними поступают жирорастворимые витамины и полиненасыщенные жирные кислоты.

– Нежелательно увеличение количества сахара.

– Из круп предпочтение отдают гречневой. Рафинированные крупы (рис, манная крупа), не содержащие защищенных углеводов, должны быть ограничены.

### ***Режим питания***

– В первые месяцы беременности следует ориентироваться на четырехразовое питание, во второй половине – на пяти-, а в последние 2 месяца – на шестиразовое.

– Интервалы между приемами пищи не должны превышать 4–5 часов: первый завтрак – в 7:00–8:00, второй завтрак – в 12:00, обед – в 17:00 и ужин – в 21:00.

– Во второй половине беременности вводится дополнительный прием пищи между вторым завтраком и обедом или после обеда, но тогда обед переносится на 14:00.

– Мясные и рыбные блюда лучше употреблять во время завтрака или обеда, а на ужин рекомендуются молочные и молочно-растительные блюда.

– На ночь следует выпивать стакан теплого молока, кефира.

– Необходимо избегать обильного приема пищи.

### **Примерное меню женщины во второй половине беременности**

<b>Прием пищи</b>	<b>Наименование блюд</b>
Завтрак (7:00)	Яйцо (омлет), кефир, свежие фрукты
Второй завтрак (9:30)	Салат из сырых овощей, паровая мясная котлета, молоко (чай с молоком), хлеб с маслом и сыром
Обед (12:00–13:00)	Суп овощной, вегетарианский со сметаной, отварное мясо (курица, рыба, субпродукты) с овощами, фруктовый сок
Полдник (15:30–16:00)	Творог, кефир, свежие фрукты (ягоды)

Первый ужин (18:00)	Молочная каша, свежие фрукты
Второй ужин (20:30)	Винегрет, кефир, печеное яблоко, отвар шиповника

Учитывая высокую потребность беременных в витаминах и минеральных веществах и тот факт, что их содержание в натуральных продуктах не может полностью ее обеспечить, целесообразно использование **специализированных витаминно-минеральных комплексов или обогащенных микронутриентами молочных продуктов.**

Предпочтительно употреблять **специализированные продукты**, содержащие не только комплекс витаминов и минеральных веществ, но и белок высокого качества, растительные жиры с оптимальным соотношением линолевой и линоленовой жирных кислот. В состав отдельных продуктов введены такие важные эссенциальные компоненты, как докозагексаеновая кислота, таурин, холин, биотин, инозитол, пре- и пробиотики. Умеренный уровень содержания витаминов и минеральных веществ (20–50% рекомендуемой суточной потребности) позволяет использовать их на протяжении всего периода беременности и лактации. Особенно нуждаются в назначении данной группы продуктов беременные с недостаточным и неадекватным питанием, страдающие хроническими заболеваниями, а также при многоплодной беременности.

Не допускается одновременное использование специализированных продуктов для беременных и витаминно-минеральных комплексов.

### ***Режим труда и отдыха (памятка)***

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

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

Беременным рекомендуется:

- спать не менее 8 часов в сутки;
- ежедневно принимать гигиенический душ;
- обмывать грудные железы и подмывать область промежности 2 раза в день теплой водой с мылом;
- носить удобную одежду, не стягивающую живот;
- с 6 месяца беременности носить бандаж, плотно прилегающий к телу для облегчения движений и удержания ребенка в правильном положении.

– поддерживать молочные железы следует бюстгалтером из хлопчатобумажной ткани.

Рекомендации для беременной представлены в таблице 7.

Таблица 7

**Перечень того, что разрешено, в чем следует соблюдать осторожность и что запрещено беременной  
(Краснов М. В., Краснов В. М. , 2004)**

	<b>Разрешается</b>	<b>Осторожно</b>	<b>Запрещается</b>
<b>П И Т А Н И Е</b>	Постное мясо всех сортов, хорошо прожаренное и проваренное. Рыба, хорошо прожаренная и проваренная	Большое количество «пустых» углеводов: кондитерские изделия, макароны, белый хлеб (при запорах лучше употреблять продукты из цельного зерна)	Строго вегетарианская пища (исключительно зелень и овощи и зерновые) Диеты для похудения
	Продукты из цельного зерна (балластные вещества, полезные для пищеварения и богатые витаминами и минералами). Фрукты всех видов (слива может вызвать вздутие кишечника). Овощи всех видов (капуста и бобовые могут вызвать вздутие кишечника). Пища для сыроедения (продукты перед употреблением тщательно вымыть). Молоко и молочные продукты (с низким содержанием жира). 1–1,5 л жидкости в сутки (лучше всего содержащую мало углекислоты). Йодированная соль, обычные пряности. Сахар и его заменители. Растительное масло	Кислые фруктовые соки (вздутие кишечника, особенно в первые 6 месяцев). Много сахара и прочих сладостей (они крадут у вас витамины). Не желательно много жиров, в том числе «скрытых» в колбасе, мясе, кондитерских изделиях, жареных продуктах. Густые соусы, подливки (лишние калории, холестерин). Соль в больших количествах (связывает воду, лучше употреблять приправы). Привычка все время жевать	Сырое мясо и бифштексы с кровью, пробовать сырой фарш (опасность токсоплазмоза). Чрезмерное увлечение напитками, содержащими хинин (тоник), горькими сортами лимонада и тониками (можно нанести вред глазам ребенка при приеме в больших количествах, хотя прием в небольших количествах время от времени не нанесет вреда). Еда за двоих

	<b>Разрешается</b>	<b>Осторожно</b>	<b>Запрещается</b>
<b>Л Е К А Р С Т В А</b>	<p>Витамин Д по 2000 МЕ всем женщинам в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации.</p> <p>По предписанию врача витамины и минеральные вещества (например, фолиевая кислота, железо, фтор, йод).</p> <p>Без предписания врача витамин С около 60 мг в сутки (при угрозе простуды).</p> <p>Отпускаемые без рецепта болеутоляющие средства, состоящие из какого-либо одного активного вещества, одобренного вашим врачом.</p> <p>Валериана как успокоительное и снотворное.</p> <p>Отвар мяты (для успокоения, против изжоги и отрыжки).</p> <p>Льняное семя.</p> <p>Местное обезболивание при лечении зубов</p>	<p>Витамин А, если в нем нет явного недостатка (при передозировке имеется опасность развития новообразований).</p> <p>Антибиотики (только по предписанию врача, разрешаются некоторые виды пенициллина и цефалоспорины).</p> <p>Рентгеновское обследование (при крайней необходимости закрыть нижнюю часть тела защитным свинцовым устройством, рентген зубов проблемы не представляет)</p>	<p>Самолечение. Любые лекарства – только с разрешения врача.</p> <p>Особенно это относится к лекарствам от мигрени, снотворным, успокоительным, антидепрессантам, таблеткам от тошноты, рвоты, головокружения.</p> <p>Слабительные и мочегонные, поливитамины.</p> <p>Глюкокортикостероиды.</p> <p>Средства от прыщей (содержат большое количество витамина А).</p> <p>Грязевые аппликации</p>
<b>П У Т Е Ш Е С Т В И Я</b>	<p>Противопоказаний нет, пока самочувствие хорошее.</p> <p>Между 4–6 месяцами не долгие (на 2–3 ч) поездки и лишь в зоны умеренного климата</p>	<p>Полеты в самолете начиная с 28 недели беременности (нехватка кислорода, повышенное УФО, долгое сидение).</p> <p>Поездки в горы высотой выше 2 тыс. м</p>	<p>Полеты на самолете начиная с 37 недель беременности.</p> <p>Вождение машины, если подвержены приступам дурноты (опасность аварий).</p> <p>Вождение непосредственно перед родами (начинающиеся схватки).</p> <p>Подъем на скоростных лифтах и поездки по канатным дорогам в горы на высоту выше 1500 м</p>

	<b>Разрешается</b>	<b>Осторожно</b>	<b>Запрещается</b>
<b>НАПИТКИ</b>	2–3 чашки кофе, какао или чая в день	Черный чай для женщин, которые едят мало мяса и много овощей (тормозит усвоение железа)	Алкоголь (исключение составляют бокал вина, шампанского или безалкогольного пива (по особым случаям)). Злоупотребление кофе или чаем (большие дозы повредят будущему ребенку)
<b>СПОРТ</b>	Все спокойные виды спорта, не требующие большого напряжения, например, гимнастика, плавание, легкая растяжка, пешие прогулки, лыжи (в том числе на длинные дистанции – для тренированных). Для тренированных женщин все другие любимые виды спорта (обсудить предварительно с врачом). Сауна по 7–10 мин в 1–3 захода. Ванна для всего тела, температура воды – не более +37°C, максимальная продолжительность – 10 мин.	Йога, верховая езда, езда на велосипеде в горах (при отсутствии должных навыков). Лыжи и коньки (опасность выкидыша вследствие падения)	Все виды спорта, связанные с достижением результата (соревнования) или с большим напряжением Повышение спортивного мастерства Подъем в горы выше 1500 м (нехватка кислорода, нагрузка, повышенное УФО) Парные и сауны более 10 мин и перегрев. Интенсивные солнечные ванны (опасность возникновения пигментных пятен, выкидыша – летальные blastопатии)
	Солнечные ванны в полутени, максимальная продолжительность – 30 мин, в солярии – 10 мин		
<b>СЕКС</b>	Не возбраняется вплоть до родов при нормальном течении беременности, избегать резких толчкообразных движений. Выбирать позы, при которых живот женщины менее всего подвергается давлению	Начиная с 32-й недели рекомендуется пользоваться презервативами, поскольку содержащиеся в сперме простатогландины иногда могут вызвать преждевременные схватки. В последние недели беременности оргазм может вызвать схватки	При кровянистых выделениях или угрозе выкидыша. При сильных болезненных сокращениях матки при половом сношении или после оргазма

## Профилактика риска на антенатальном этапе

При выявлении риска перинатальной патологии на антенатальном этапе назначаются дополнительные диагностические обследования и профилактические мероприятия согласно направленности установленного риска (табл. 8).

Таблица 8

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

Направленность риска	Профилактические мероприятия
Риск возникновения рахита, анемии, дистрофии	<p>Профилактика анемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• поливитамины с микроэлементами курсами: «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.</li> <li>• или специализированные продукты для питания беременных могут назначаться на протяжении всего периода беременности:</li> <li>• молочная смесь для беременных и кормящих «Беллакт Мама+» сухая с пре- и пробиотиками;</li> <li>• молочный напиток «NutriMa Фемилак» для беременных и кормящих мам со вкусом манго и ванили сухой и жидкий с омега-3 жирными кислотами, пребиотиками;</li> <li>• молочная смесь «NUPPI ЕМА» для беременных и кормящих женщин со вкусом банана сухая с омега-3 жирными кислотами, пробиотиками и фолиевой кислотой;</li> <li>• пудинг «Heinz банан-персик черника» с пребиотиками для беременных и кормящих мам).</li> <li>• Решение о дотации железа необходимо основывать на данных лабораторной оценки показателей, характеризующих обеспеченность организма железом. Рекомендации о назначении всем без исключения женщинам профилактической дозы железа 60 мг/сут следует признать избыточными</li> </ul> <p>Профилактика рахита:                      всем женщинам назначается витамин Д по 2000 МЕ в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации</p>
Риск гнойно-септических заболеваний в период новорожденности	Санация очагов инфекции у беременной
Риск врожденных пороков развития органов и систем	Генетик – при взятии женщины на учет по беременности. УЗС плода.

Направленность риска	Профилактические мероприятия
Риск развития аллергических заболеваний	Гипоаллергенная диета. Гипоаллергенный быт. Выявление патологии ЖКТ
Неблагоприятные микросоциальные условия	Привлечение к работе с семьей общественных организаций
Риск нарушения репродуктивного здоровья	Половое воспитание будущих родителей, планирование беременности, медико-генетическое консультирование, прерогационная профилактика. Правильный режим, рациональное и сбалансированное питание. Гигиеническое обучение по вопросам здорового образа жизни. Диспансеризация, оздоровление и реабилитация подростков
Риск развития СВС	УЗС плода. Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств. Профилактика преждевременных родов (санитарно-просветительская работа в семьях, планирующих рождение ребенка, пропаганда здорового образа жизни). Контроль за рождаемостью (предупреждение нежелательных, частых и ранних беременностей). Снижение физических нагрузок во время беременности. Прекращение курения
Риск развития СУВЖ	Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств
Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза	УЗС плода. Лечение обострений заболеваний с учетом тератогенного влияния лекарственных средств

После выполнения каждого патронажа к беременной заполняется бланк дородового патронажа.

### Схема первого дородового патронажа

Дата проведения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Срок беременности \_\_\_\_\_ недель. Предполагаемый срок декретного отпуска \_\_\_\_\_, предполагаемый срок родов \_\_\_\_\_.

Женская консультация № \_\_\_\_\_, акушерско-гинекологический участок № \_\_\_\_\_, взрослая поликлиника № \_\_\_\_\_, терапевтический участок \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество беременной \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество мужа \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

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

Дети, возраст \_\_\_\_\_

Ближайшие родственники беременной (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) \_\_\_\_\_

Образовательный уровень членов семьи:

Образование женщины \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ проф. вредности \_\_\_\_\_

Образованиемужа \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ проф. вредности \_\_\_\_\_

Психологический микроклимат семьи:

знают ли родственники о наличии беременности (да, нет); отношения с мужем \_\_\_\_\_

отношения с родителями \_\_\_\_\_

вредные привычки женщины \_\_\_\_\_ мужа \_\_\_\_\_

Бытовые условия, гигиена жилища \_\_\_\_\_

Материальная обеспеченность \_\_\_\_\_

Генеалогический анамнез

Состояние здоровья беременной \_\_\_\_\_ мужа \_\_\_\_\_

детей \_\_\_\_\_ ближайших родственников \_\_\_\_\_

Биологический анамнез:

Беременность по счету \_\_\_\_\_ желанная (да, нет). Период между предыдущими родами и настоящей беременностью 1 год и менее (да, нет). Родилось живых детей \_\_\_\_\_, мертворожденных \_\_\_\_\_, недоношенных \_\_\_\_\_, выкидыши \_\_\_\_\_, мед. аборты \_\_\_\_\_. Аномалии развития детей \_\_\_\_\_, неврологические нарушения \_\_\_\_\_, масса доношенных менее 2500 \_\_\_\_\_, и более 4000 \_\_\_\_\_.

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

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

острые (срок беременности, лечение) \_\_\_\_\_

обострение хронических (срок беременности, лечение) \_\_\_\_\_

травмы, операции (срок беременности) \_\_\_\_\_

внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) \_\_\_\_\_

Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) \_\_\_\_\_

Результаты осмотра врачами-специалистами:

акушером-гинекологом \_\_\_\_\_

ЛОР \_\_\_\_\_

стоматологом \_\_\_\_\_

окулистом \_\_\_\_\_

терапевтом \_\_\_\_\_

Результаты лабораторных методов исследования \_\_\_\_\_

Результаты инструментальных методов исследования \_\_\_\_\_

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

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

Аллергические реакции на продукты питания \_\_\_\_\_

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (да, нет), другие факторы  
риска \_\_\_\_\_

**Заключение:** Беременность № \_\_\_\_\_, срок \_\_\_\_\_ недель, желанная  
(да, нет).

Риск перинатальной патологии \_\_\_\_\_ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии \_\_\_\_\_ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка \_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

по режиму дня;

по диете (рекомендации с учетом выявленных нарушений);

рекомендации с учетом выявленных факторов риска;

Второй дородовый патронаж \_\_\_\_\_ дата, \_\_\_\_\_ место проведения

*Подпись врача* \_\_\_\_\_ *Подпись медсестры* \_\_\_\_\_

### Пример первого дородового патронажа

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

Срок беременности **14 недель**. Предполагаемый срок декретного отпус-  
ка **15.01.08 г.** Предполагаемый срок родов **26.03.08 г.**

Женская консультация № 1, акушерско-гинекологический участок № \_\_\_\_,  
взрослая поликлиника № 5, терапевтический участок 3

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

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

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

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

Дети, возраст **мальчик, 3 года**

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

Образовательный уровень членов семьи:

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

Место работы **школа № 34.**

проф. вредности **эмоциональные нагрузки.**

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

Место работы **завод станкостроения**, проф. вредности **производ-  
ственный шум.**

Психологический микроклимат семьи:

– знают ли родственники о наличии беременности (да, нет);

- отношения с мужем **дружные**;
- отношения с родителями **взаимопонимание**;
- вредные привычки женщины **отсутствуют**, мужа **курит 1 пачку сигарет в день**.

Бытовые условия, гигиена жилища **2-комнатная коммунальная квартира, 28 м<sup>2</sup>, со всеми удобствами, в квартире чисто**.

Материальная обеспеченность **достаточная**.

Генеалогический анамнез: состояние здоровья:

- беременной: **миопия средней степени, гипертоническая болезнь**,
- мужа: **остеохондроз позвоночника, хронический гастрит**,
- детей: **старший сын часто болеет ОРЗ**,
- ближайших родственников: **у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь**.

Биологический анамнез: беременность по счету **3 желанная (да, нет)**.

Период между предыдущими родами и настоящей беременностью **1 год и менее (да, нет)**. Родилось живых детей **1**, мертворожденных – , недоношенных – , выкидыши – , мед. аборт **1**. Аномалии развития детей – , неврологические нарушения **гипертензивный синдром**, масса доношенных менее **2500 –** , и более **4000 –** .

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

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

- острые (срок беременности, лечение) – ,
- обострение хронических (срок беременности, лечение) – ,
- травмы, операции (срок беременности) – ,
- внутриутробные инфекции (срок беременности, лечение) – ,
- Контакт с инфекционными больными (перечислить, с какими) – .

Результаты осмотра врачами-специалистами:

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

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

**Общий анализ мочи: у. в. – 1024, прозрачная, желтая, сахар и белок отсутствуют, эпит. кл. – 4–6 в поле зрения, лейкоц. – 5–7 в поле зрения, эритроц. – 0, оксалаты ++**

Инструментальных методов исследования \_\_\_\_\_.

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

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

Аллергические реакции на продукты питания **нет**.

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

Заключение: Беременность № 3, срок 14 недель, желанная (да, нет). Риск перинатальной патологии **11** баллов (**высокий**, средний, низкий). Прогноз гипогалактии **18,8** баллов: **неблагоприятный**.

Группы риска ребенка **1, 2, 3, 4, 6**.

**Рекомендовано:**

**1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;**

**2) питание:**

- прием пищи 4–5 раз в день, исключить облигатные аллергены;
- прием специализированных продуктов питания для беременных.

**3) реабилитация старшего ребенка в группе часто болеющих (даны рекомендации);**

**4) профилактика рахита и анемии:**

- Поливитамины «Элевит пронаталь» внутрь по 1 табл. в сутки.
- Аквадетрим по 2000 МЕ (4 капли) в сутки ежедневно в течение всей беременности.

**5) проведена беседа о выявленных факторах риска, в т. ч. гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;**

**6) посещение «Школы матери»;**

**7) второй дородовый патронаж в 30 недель дата 17 декабря 2007 г. место проведения КЗР в поликлинике.**

Подпись врача \_\_\_\_\_ Подпись медсестры \_\_\_\_\_

### Схема второго дородового патронажа

Ф. И. О. женщины \_\_\_\_\_

Дата патронажа \_\_\_\_\_ Срок беременности \_\_\_\_\_

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности.

Степень риска антенатальной патологии (в баллах).

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре.

Изменение условий труда.

Изменение условий быта.

Выдерживался ли правильный режим сна.

Режим питания беременной.

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

Санация очагов инфекции.

Производится ли подготовка сосков.

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений.

Подготовка к принятию новорожденного.

*Заключение:*

Риск перинатальной патологии \_\_\_\_\_ баллов (высокий, средний, низкий).

Прогноз гипогалактии \_\_\_\_\_ баллов: неблагоприятный (да, нет).

Группы риска ребенка \_\_\_\_\_.

*Рекомендации:*

*Подпись врача* \_\_\_\_\_

### **Пример второго дородового патронажа**

Ф. И. О. женщины **Семенова Вера Николаевна**

Дата патронажа 17.12.07 г. Срок беременности **29 недель**.

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

Степень риска перинатальной патологии (в баллах) **15 баллов**

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре: **метаболический комплекс не принимала.**

Изменение условий труда. **Нет.**

Изменение условий быта. **Нет.**

Выдерживался ли правильный режим сна. **Режим дня не соблюдает.**

Режим питания беременной. **Соблюдает.**

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

Санация очагов инфекции. **Проведена.**

Производится ли подготовка сосков. **Да.**

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений. **Удовлетворительное.**

Подготовка к принятию новорожденного. **Создается уголок новорожденного.**

*Заключение:* Риск перинатальной патологии **15 баллов (высокий).**

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

Группы риска ребенка **1, 2, 3, 4, 5, 6.**

**Рекомендации:**

- 1) нормализовать режим дня: ночной сон не менее 8 часов, дополнительный дневной сон, прогулки не менее 2 часов;
- 2) продолжить соблюдение рекомендаций по организации питания;
- 3) поливитамины «Элевит пронаталь»;
- 4) «Аквадетрим 2000 МЕ» по 4 капли в день ежедневно;
- 5) проведена беседа о вновь выявленных факторах риска, в т. ч. гипогалактии, и их влиянии на здоровье будущего ребенка;
- 6) даны рекомендации по подготовке приданого новорожденного, подготовке грудных желез.

Качество выполнения дородовых патронажей в условиях детской поликлиники контролируется заведующим педиатрическим отделением и при необходимости проводится согласование с акушерской службой женской консультации и терапевтической службой взрослой поликлиники по месту наблюдения беременной.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

---

### Организация наблюдения за новорожденными

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

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

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

**Первичный патронаж к новорожденному** врач педиатр выполняет совместно с участковой медицинской сестрой. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком. Контролируется наличие скринингов на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адрено-генитальный синдром (АГС), муковисцидоз, галактоземию) и тугоухость.

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

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

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

**Генеалогический анамнез** собирается методом составления родословной семьи ребенка (пробанда) не менее трех поколений, включая ребенка. Собирается анамнез педиатром независимо от возраста ребенка. Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях

в семье, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья и причинах смерти.

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

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

$$\text{ИО} = \text{А} : \text{Б}$$

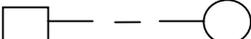
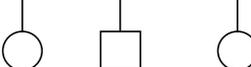
Наследственный анамнез считается:

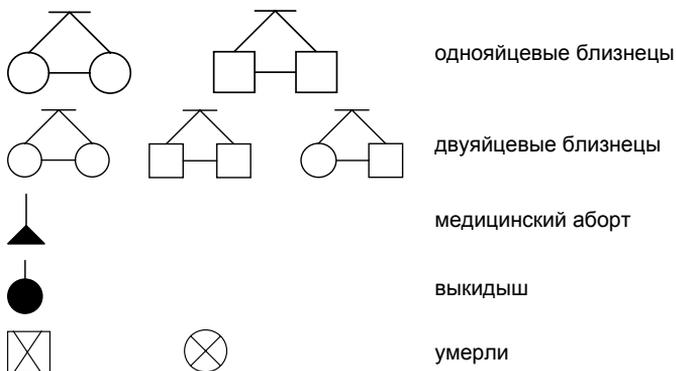
- **благополучным** – при ИО от 0,1 до 0,3;
- **условно благополучным** – при ИО от 0,4 до 0,7;
- **неблагополучным** – при ИО более 0,7.

Устанавливают направленность отягощенности:

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

### Символы родословной, применяемые при составлении генеалогического дерева

	лицо мужского пола
	лицо женского пола
 	умерли в раннем детстве
 	пробанд (лицо, на которое составлена родословная)
	супруги
	внебрачная связь
	родственный брак
	сибсы (дети)



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

**Антенатальный период:**

- токсикозы I и II половины беременности;
- угрозы выкидыша, кровотечение;
- экстрагенитальные заболевания матери, прием лекарств;
- профессиональные вредности у родителей;
- отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител;

- хирургические вмешательства;

- вирусные заболевания во время беременности;
- неправильное положение плода, многоплодие, многоводие, переносимая беременность.

**Интранатальный период:**

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

**Ранний неонатальный период:**

- оценка по Апгар;
- когда закричал, характер крика;
- родовая травма;
- асфиксия;
- недоношенность, пренатальная гипотрофия;
- гемолитическая болезнь;

- заболевания в роддоме, прием лекарств;
- время прикладывания к груди, характер вскармливания;
- время отпадения пуповины;
- день выписки из роддома.

Поздний неонатальный период:

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

**Варианты заключения:**

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

**Социальный анамнез** ребенка представлен в таблице 9.

Таблица 9

**Параметры социального анамнеза и их краткая характеристика**

№ п/п	Параметры	Оценка	
		благоприятный	неблагоприятный
1	Состав, полнота семьи	Не менее двух взрослых разного пола	Один взрослый
2	Образование членов семьи	Среднее специальное и высшее (неполное высшее)	Нет среднего специального образования
3	Психологический микроклимат семьи: отношения между взрослыми членами семьи	Редкие ссоры, разногласия, разрешаемые в отсутствие ребенка	Один из пунктов этого параметра имеет отрицательную оценку
	отношение к ребенку	Единые требования к ребенку, отношения дружеские, полные любви	
	наличие или отсутствие вредных привычек	Нет алкоголизма, курения, наркомании, токсикомании	
4	Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи	Общепринятые государственные нормы	Ниже нормативов
5	Санитарно-гигиенические условия содержания помещения, предметов ухода и одежды ребенка	Удовлетворительные	Неудовлетворительные

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

**Варианты заключений:**

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

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

### **Объективное обследование новорожденного**

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

– исследование должно проводиться в комнате при температуре +24–27°C; освещенность должна быть достаточной, но падающий на ребенка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуется ребенок, должна быть мягкой, но не прогибающейся;

– исследование новорожденного надо проводить минимум через 30–40 мин, максимум – через 1,5–1 ч после кормления; он должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения выражены нерезко;

– необходимо выяснить, когда ребенок кормился, какая у него температура тела, был ли стул, не получала ли мать или он лекарств, возбуждающих или угнетающих нервную систему;

– все обследование должно проводиться в такой последовательности, которая является наименее травмирующей для ребенка: вначале осматривают ребенка в положении на спине, затем в вертикальном положении, в последнюю очередь – на животе.

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

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

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

Симптомы, вызывающие подозрение на наличие внутричерепной гипертензии:

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

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

Очень тщательно проверяется состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорожденных. Знание педиатром общей практики основных критериев оценки неврологического статуса новорожденного необходимо для того, чтобы дифференцировать симптомы физиологической незрелости ЦНС от перинатальных и постнатальных ее заболеваний. Кроме того, эти знания необходимы для обеспечения новорожденному своевременной консультативной помощи неврологом, окулистом.

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

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

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

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

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

*Рефлексы в позиции ребенка на спине:*

- оральная группа: поисковый, сосательный, ладонно-ротовой (Бабкина), хоботковый;
- рефлекс «объятия» (Моро);
- хватательный (Робинзона);
- Бабинского.

*Рефлексы в вертикальной позиции:*

- опоры;
- автоматической походки.

*Рефлексы в позиции на животе:*

- защитный;
- ползания (Бауэра);
- спинного хребта (Галанта);
- Переза.

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

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

**Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина.** Надавливание большим пальцем на ладони ребенка близ тенора вызывает открывание рта и сгибание головы. Вышеперечисленные рефлексы физиологичны до 2–3 месяцев жизни.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Рефлекс Переса.** В положении ребенка на животе проводят большим пальцем по остистым отросткам позвоночника в направлении от копчика

к шее, что вызывает выгибание туловища, сгибание верхних и нижних конечностей, приподнимание головы, таза, иногда мочеиспускание, дефекацию и крик. Этот рефлекс вызывает боль, поэтому его нужно исследовать последним.

Данные рефлексы физиологичны до 3–4-месячного возраста.

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

Оценивая результаты исследований безусловных рефлексов новорожденных, учитывают:

– наличие или отсутствие рефлекса и силу ответа (0 – отсутствие, + слабый ответ, ++ хороший ответ, +++ резко усиленный рефлекс);

– его симметричность;

– соответствие возрасту ребенка (если рефлекс продолжает вызываться у ребенка в возрасте, в котором уже должен отсутствовать, то он считается патологическим).

Наиболее зрелыми к моменту рождения являются хватательный, Бабинского, Робинсона, Бабкина, Галанта, Переза, Бауэра.

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

**При оценке НПР** новорожденного можно ориентироваться на следующие показатели:

#### **В 10 дней:**

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

#### **В 18–20 дней:**

**Аз** – удерживает в поле зрения неподвижный предмет.

**Ас** – успокаивается при сильном звуке.

#### **В 1 месяц:**

**Аз** – сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета.

**Ас** – прислушивается к звуку, голосу взрослого.

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

**Э** – первая улыбка на разговор взрослого.

**Ра** – издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

**Оценку физического развития новорожденного** проводят путем сравнения фактической массы, длины тела, окружности головы и груди ребенка с должствующими его гестационному возрасту параметрами (табл. 10).

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

*Таблица 10*

**Основные параметры физического развития новорожденного в зависимости от гестационного возраста ( $M \pm \sigma$ )**

(Дементьева Г. М., Короткая Е. В., 1981)

Гестационный возраст, неделя	Масса тела, кг	Длина тела, см	Окружность головы, см	Окружность груди, см	Массоростовой показатель
28	1124 ± 183	35,9 ± 1,8	26,6 ± 1,9	23,9 ± 1,9	31,2 ± 3,9
29	1381 ± 172	37,9 ± 2,0	28,0 ± 1,5	25,7 ± 1,7	36,3 ± 3,3
30	1531 ± 177	38,9 ± 1,7	28,9 ± 11,2	26,4 ± 1,4	39,4 ± 3,7
31	1695 ± 212	40,4 ± 1,6	29,5 ± 1,5	26,7 ± 1,6	41,9 ± 4,3
32	1827 ± 267	41,3 ± 1,9	30,2 ± 1,6	27,9 ± 1,9	44,1 ± 5,3
33	2018 ± 241	42,7 ± 1,8	30,6 ± 1,2	28,1 ± 1,7	46,4 ± 4,6
34	2235 ± 263	43,6 ± 1,7	31,3 ± 1,3	28,9 ± 1,7	49,9 ± 4,9
35	2324 ± 206	44,4 ± 1,5	31,9 ± 1,3	29,6 ± 1,6	51,7 ± 4,6
36	2572 ± 235	45,3 ± 1,7	32,3 ± 1,4	30,1 ± 1,9	53,6 ± 4,9
37	2771 ± 418	46,7 ± 2,3	33,7 ± 1,5	31,7 ± 1,7	57,9 ± 6,6
38	3145 ± 441	49,6 ± 2,0	34,7 ± 1,2	31Д ± 1,6	63,6 ± 6,9
39	3403 ± 415	50,8 ± 1,6	35,5 ± 0,9	34,3 ± 1,2	66,9 ± 6,6
40	3546 ± 457	51,7 ± 2,1	35,7 ± 1,3	35,0 ± 1,7	68,8 ± 7,5
41–42	3500 ± 469	51,5 ± 2,0	35,3 ± 1,2	34,6 ± 1,9	67,8 ± 7,3

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

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

## Стигмы дисэмбриогенеза (малые аномалии развития)

### Особенности формы черепа:

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

### Особенности строения

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

### Аномалии строения органов слуха:

- гипоплазия отдельных структур раковины уха;
- «звериное» ухо;
- измененный противозавиток;
- низко расположенные уши;
- примитивная форма раковин;

### Особенности строения шеи:

- очень длинная шея;
- приросшая мочка.

### Особенности строения зубов:

- диастема,
- дисплазия,
- дистрофичные зубы,
- короткая шея;
- крыловидные складки.

### Особенности строения грудной клетки и позвоночника:

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

### Особенности строения конечностей:

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

### Особенности развития мочеполовой системы:

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

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

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

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

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

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

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

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

- максимальная яркость на вторые сутки, затем уменьшается и исчезает к концу первой недели жизни;
- до 2–3 недель держится у недоношенных, новорождённых, родившихся от матерей с сахарным диабетом, что требует особого внимания.

Лечения не требует

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

- возникает на 3–5-й день жизни;

- носит крупнопластинчатый характер;
- преимущественно локализуется на животе и груди.

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

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

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

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

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

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

Признаки, позволяющие заподозрить патологическую желтуху, имеются при рождении или появляются в первые сутки либо на второй неделе жизни; сочетаются с признаками гемолиза – анемия, высокий ретикулоцитоз, бледность, гепатоспленомегалия; длительное течение более одной недели у доношенных и более двух недель у недоношенных; повторное нарастание интенсивности желтухи после периода её уменьшения или исчезновения; изменение цвета мочи и кала; изменение общего состояния (вялость, частые срыгивания и др.), увеличение паренхиматозных органов. Необходима госпитализация.

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

**Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия):**

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

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

**Физиологический (десквамативный) вульвовагинит:**

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

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

**Физиологическое кровотечение из влагалища – метроррагия:**

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

Лечения не требует.

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

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

Лечения не требует, проходят самостоятельно.

**Гиперпигментация кожи вокруг сосков и мошонки у мальчиков:**

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

Лечения не требует, проходят самостоятельно,

**Умеренное гидроцеле** – скопление прозрачной, желтоватой жидкости

между листками tunica vaginalis propria; проходит без всякого лечения на второй неделе или в середине – конце периода новорожденности.

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

- встречаются у 40% новорождённых;

- беловато-желтоватые узелки размером 1–2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи;

- расположены чаще на крыльях носа, переносице, в области лба и подбородка;

- держатся до 1–2 недель.

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

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

- встречается у 25–30% доношенных новорождённых, у 10–15% недоношенных;

- моча жёлто-кирпичного цвета, мутноватая, оставляет на пелёнке соответствующего цвета пятна; в связи с отложением кристалликов бурого цвета у наружного отверстия мочеиспускательного канала возможно развитие раздражения тканей и воспалительного процесса;

- держится приблизительно до середины второй недели жизни.

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

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

- развивается с середины первой недели жизни;

- стул учащается, становится неомогенным (комочки, слизь, жидкая часть); неоднородным по окраске (участки тёмно-зелёного цвета чередуются с зеленоватыми, желтоватыми и даже беловатыми); каловые массы водянистые и оставляют на пелёнке заметное пятно воды; возможна пенистость, часто сопровождается метеоризмом;

- через 2–4 дня стул становится кашицеобразным, жёлтого или цвета растёртой горчицы, с кисловатым запахом;

- при введении молочных смесей стул становится пастообразным, крошковидным, беловато-жёлтым, с гнилостным запахом.

При патологической диспепсии (вследствие неадекватности питания, инфицирования условно-патогенной и патогенной флорой) имеет место изменение общего состояния (повышенная температура тела, вялое сосание, частые срыгивания, рвота, обезвоживание); очень частый стул с наличием

патологических примесей (гной, кровь, большое количество слизи). Необходима госпитализация.

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

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

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

### **Группы здоровья новорожденных детей**

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

**II группа здоровья** – новорожденные из групп риска по срыву адаптации и развитию заболеваний. Такие дети на участке составляют около 40–60%.

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

- недоношенные с II и III степенью недоношенности;
- с пренатальной гипотрофией II и III степени;
- с задержкой внутриутробного развития;
- переношенные с III степенью переношенности;
- с эмбриофетопатией неинфекционного генеза;
- с асфиксией тяжелой степени;
- с тяжелой родовой травмой;
- с гемолитической болезнью в тяжелой форме;

- с внутриутробными инфекциями;
- с врожденными пороками развития;
- с врожденной патологией обмена веществ;
- с хромосомными болезнями и др.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ниями костной системы, нервными и психическими болезнями, онкологической патологией, иммунодефицитными состояниями.

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

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

Для более тщательного контроля за развитием ребенка необходимо ведение комплексного экспертного контроля. Эффективным средством контроля является **врачебная комиссия (ВК)**. На ВК детской поликлиники оценивается и корректируется качество ведения ребенка не позднее 2 недель с момента поступления его под наблюдение поликлиники, затем – в возрасте 1, 3, 6 и 12 мес.

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

### **Схема оформления первичного врачебного патронажа к новорожденному**

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

Доношен, недоношен (подчеркнуть)

Генеалогический анамнез:

Социальный анамнез:

Биологический анамнез: родился от \_\_\_\_ беременности, \_\_\_\_ родов.

Сведения о предыдущих беременностях и родах \_\_\_\_\_

Течение настоящей беременности \_\_\_\_\_

Течение родов \_\_\_\_\_

Длительность родов \_\_\_\_ безводный период \_\_\_\_, потуги \_\_\_\_\_

Состояние ребенка после рождения \_\_\_\_\_

Оценка по Апгар \_\_\_\_ баллов, Довнесу \_\_\_\_ баллов, Петрусу \_\_\_\_ недель гестации. Врожденные уродства, пороки, выявленные при рождении \_\_\_\_\_. Родился в асфиксии да (нет), меры оживления.

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

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

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

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

Докорм с \_\_\_\_\_ дня жизни, смесью \_\_\_\_\_

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

Проведено обследование на фенилкетонурию \_\_\_\_\_, гипотиреоз, \_\_\_\_\_ АГС \_\_\_\_\_, муковисцидоз \_\_\_\_\_, галактоземию \_\_\_\_\_, Оттоакустическая эмиссия \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Лабораторные методы исследования \_\_\_\_\_

Иструментальные методы исследования \_\_\_\_\_

Клинический диагноз при выписке \_\_\_\_\_

группа здоровья \_\_\_\_\_ группы риска \_\_\_\_\_

Вакцинирован против гепатита В: дата \_\_\_\_\_ доза \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ против туберкулеза: дата \_\_\_\_\_ доза \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_

Проведено лечение \_\_\_\_\_

Рекомендации при выписке \_\_\_\_\_

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

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

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

режим кормления: свободный, по требованию или по часам, ночные кормления \_\_\_\_\_

питьевой режим \_\_\_\_\_

Телосложение (пропорции тела) \_\_\_\_\_

Питание \_\_\_\_\_

Стигмы дизэмбриогенеза \_\_\_\_\_

Habitus новорожденного \_\_\_\_\_

**Кожные покровы** \_\_\_\_\_ пупочная ранка \_\_\_\_\_

пальпация пупочных сосудов \_\_\_\_\_

подкожно-жировая клетчатка \_\_\_\_\_

Отеки \_\_\_\_\_

Лимфатические узлы \_\_\_\_\_

Видимые слизистые \_\_\_\_\_ Зев \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ дней Жалобы матери \_\_\_\_\_

Т°С тела \_\_\_\_\_ Общее состояние \_\_\_\_\_

ЧД \_\_\_\_\_ в мин Тяжесть состояния обусловлена \_\_\_\_\_

ЧСС \_\_\_\_\_ уд. в мин (укажите основной синдром, синдромы) \_\_\_\_\_

Б.родничок \_\_\_\_\_ см Поведение: сон, бодрствование, крик \_\_\_\_\_

**Антропометрия:** \_\_\_\_\_

длина \_\_\_\_\_ см Выражение лица, мимика \_\_\_\_\_

масса \_\_\_\_\_ г Положение (поза) \_\_\_\_\_

окр. головы \_\_\_\_\_ см Двигательная активность (спонтанная и в ответ

окр. гр. клетки \_\_\_\_\_ см на раздражение) \_\_\_\_\_

весо-ростовой Мышечный тонус \_\_\_\_\_

коэффициент \_\_\_\_\_ % Сухожильные рефлексы \_\_\_\_\_

**Психометрия:** \_\_\_\_\_

АЗ АС Поведенческие реакции во время осмотра \_\_\_\_\_

Риск развития гипогалакти- положение, движение глазных яблок \_\_\_\_\_

тии \_\_\_\_\_ баллов слуховое внимание \_\_\_\_\_

Риск развития железо- зрительная ориентация \_\_\_\_\_

дефицитной анемии защитные рефлексы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ баллов раздражительность \_\_\_\_\_

Риск СВС \_\_\_\_\_ баллов

**Костная система**

голова: конфигурация, швы, роднички, кефалогематома, родовая опухоль,

подвижность, плотность, дефекты костей черепа \_\_\_\_\_

осмотр лица \_\_\_\_\_ глаз \_\_\_\_\_

шея: осмотр и пальпация \_\_\_\_\_

грудная клетка: форма \_\_\_\_\_ положение ребер

\_\_\_\_\_ ключиц \_\_\_\_\_ признаки травмы (костная мо-

золь) \_\_\_\_\_

конечности, суставы \_\_\_\_\_ в том числе движения в та-

зобедренных суставах (ограничение подвижности, симптом «щелчка»)

\_\_\_\_\_

**Органы дыхания:** тип, ритм, глубина дыхания, перкуссия и аускультация

грудной клетки \_\_\_\_\_

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

Пальпация живота, печени, селезенки \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Характер стула \_\_\_\_\_

Наружные половые органы \_\_\_\_\_

### **Заключение**

- Направленность риска
- Физическое развитие
- Нервно-психическое развитие
- Резистентность
- Функциональное состояние
- Диагноз
- Прогноз адаптации к ДОУ
- Группа здоровья

### **Рекомендации по уходу за ребенком**

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

### **Рекомендации по охране здоровья матери**

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

**Дата следующего посещения** \_\_\_\_\_

*Подпись врача* \_\_\_\_\_

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

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

1. Профилактические мероприятия:
2. Коррекция выявленных факторов риска.
3. Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
4. Продолжительное грудное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей.
5. Массаж и гимнастика, закаливание.
6. Своевременное проведение профилактических прививок.
7. Подготовка детей к дошкольному образовательному учреждению
8. (ДОО) и организация жизни детей в период адаптации.

### **Направленность профилактических мероприятий у детей из групп риска**

– Риск повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями (**дети наблюдаются до 3-летнего возраста**)

– Своевременное выявление и санация очагов инфекции.

– Соблюдение противоэпидемического режима.

– При искусственном вскармливании использование смесей, положительно влияющих на становление иммунитета, например, «**NAN<sup>®</sup> SUPREME**» – это молочная смесь, предназначенная для кормления здоровых детей с рождения до года в случаях, когда грудное вскармливание невозможно. Содержит **HM-O<sup>®</sup>** комплекс, состоящий из двух олигосахаридов – 2'-фукозил-лактозы (2'FL) и лакто-N-неотетраозы (LNnT), структурно идентичных тем, что содержатся в грудном молоке. Олигосахариды нужны организму ребенка для формирования многоуровневой защиты от инфекций: они способствуют вытеснению «плохих» бактерий из состава микробиоты, трансформации мембран эпителиоцитов кишечника для предотвращения бактериальной инвазии, повышению барьерной функции оро- и назофарингеальной зоны, повышению барьерной функции эпителия мочевыделительной системы, формированию правильного иммунного ответа.

– Повышение резистентности: массаж, гимнастика, закаливание, рациональное питание, своевременная вакцинация, в случае рецидивов ОРЗ применение микробных иммуномодуляторов.

Препараты иммуностропного действия в период раннего детства рекомендуется применять с большой осторожностью. Их назначение детям, особенно в раннем возрасте, может нанести гораздо больший вред, чем пользу, поскольку вмешательство в незрелую иммунную систему ребенка может запустить механизмы формирования заболеваний иммунокомплексной природы или аутоиммунной патологии.

Иммуностропная терапия не является этиотропной. До ее назначения нужно устранить алиментарные и экологические факторы, отягчающие нестабильность иммунной системы, а также полипрагмазию. Выбор лекарственных средств должен быть персонализирован с учетом оценки

иммунного статуса. Но даже выявленные изменения при иммунологическом обследовании не всегда являются показанием для иммунокоррекции, поскольку изменения иммунитета часто транзиторные и обусловлены возрастными особенностями иммуногенеза, а само становление иммунной регуляции связано с формированием адаптивного иммунитета, чему способствуют в том числе и перенесенные ОРЗ. Под воздействием микроорганизмов происходит иммунная девиация – активация Th1- и подавление Th2-ответа, активизация системы комплемента. Для своевременного созревания иммунной системы и преобразования Th2-зависимого иммунного ответа, ведущего к продукции IgE и развитию аллергических заболеваний в Th1-зависимый ответ необходим контакт с инфекционными агентами или антигенами (перенесенные заболевания или вакцинация). Мнение о том, что частые эпизоды ОРВИ у детей могут привести к депрессии иммунной системы, не обосновано.

**У здоровых детей с профилактической целью иммуномодуляторы не назначаются.** В некоторых случаях иммуномодулирующие препараты применяются для профилактики ОРЗ у детей, склонных к частой и длительной заболеваемости. При этом выбор лекарственного средства должен быть обоснован и безопасен для ребенка, особо осторожно должны использоваться иммуностропные препараты у детей первого года жизни, с незрелой, еще формирующейся иммунной системой. Следует объяснять родителям, что неадекватное вмешательство в иммунную систему чревато тяжелыми последствиями, в том числе развитием аутоиммунных заболеваний. Назначения иммуномодуляторов рекомендованы в следующих ситуациях:

- при наличии клинических признаков внутриутробного инфицирования (у детей в случае десяти и более эпизодов ОРВИ в год);
- при рецидивирующих инфекционно-воспалительных заболеваниях различной локализации, торпидных к стартовой терапии;
- ЧБД, подвергающимся постоянному воздействию малых доз радиации или химических факторов.

Для профилактики частых рецидивов ОРЗ рекомендовано использование иммуномодуляторов бактериального происхождения, которые можно применять с первых месяцев жизни: ИПС-19 и рибомунил. Их назначение не требует предварительного иммунологического обследования, компоненты бактерий, содержащиеся в препарате, распознаются в организме теми же механизмами, что и возбудители. Это способствует формированию адаптивного иммунитета и повышению иммуногенности вакцин при плановой иммунизации.

Интерфероны эффективны только при попадании вируса организм и его размножении, а применение их с профилактической целью бессмысленно. Следует помнить, что при длительном (многочесном) лечении интерферонами могут отмечаться системные проявления: анорексия, снижение массы тела, бессонница, чувство постоянной усталости, миалгии,

головные боли, алопеция. В клинических рекомендациях по лечению ОРЗ говорится о возможности использования интерферона альфа-2b в первый день болезни, за рубежом такой подход не рассматривается в связи с невысокой эффективностью интерферонов и возможными побочными действиями. Считается, что при развитии клинической симптоматики, связанной с вирусным инфицированием, в организме и так происходит максимальное увеличение количества интерферонов и дополнительно добавлять их нецелесообразно.

Эффективность индукторов интерферона (веществ природного или синтетического происхождения, усиливающих продукцию в организме собственного интерферона) ниже, чем препаратов интерферона, однако они более физиологичны. Недостатком этих препаратов можно считать неспецифический стимулирующий эффект из-за продукции интерферонов разнонаправленных типов и появления как противовирусного и иммуномодулирующего эффектов, так и иммуносупрессивного действия. Поэтому индукторы интерферона могут вызвать дисбаланс незрелой иммунной системы ребенка, особенно в раннем возрасте.

В последние годы обсуждается возможность применения лекарственных средств, содержащих сверхмалые дозы релиз-активных антител к интерферону- $\gamma$ . Неоднозначное отношение к этим препаратам связано с невозможностью изучения их фармакокинетики из-за низкой чувствительности современных методов количественного анализа. Однако доказана способность этих препаратов изменять характеристики молекул эндогенного интерферона- $\gamma$ , что индуцирует его продукцию. Так, лекарственное средство «Анаферон детский» имеет гибкую схему перехода с лечения на профилактику. При возникновении ОРВИ в первые сутки дается 5 таблеток (детям с первого месяца жизни – по 10 капель) каждые 30 минут, затем 3 таблетки (30 капель) через равные промежутки времени, на 2–5 сутки – 1 таблетка (10 капель) 3 раза в день, что в острый период инфекционного процесса увеличивает продукцию интерферона в присутствии вируса. При выздоровлении от ОРВИ назначается одна таблетка один раз в день (возможно, в течение 3 месяцев), что нормализует уровень интерферона, предотвращая истощение его системы вне контакта с инфекцией, а в процессе профилактики ОРВИ поддерживает готовность клеток к продукции интерферона в случае контакта с вирусом.

В клинических рекомендациях по лечению ОРВИ указано, что для многих препаратов растительного происхождения, позиционируемых как «иммуномодуляторы», отсутствует доказательная база, но показана их безвредность или легкое адьювантное действие, которое не имеет клинического значения и не решает проблем при иммунодефицитах.

Очень важным профилактическим мероприятием является вакцинация против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций (табл.11 ). Этот метод борьбы с заболеваниями – самый изученный.

**Вакцины, используемые в рамках календаря профилактических прививок**

Направление профилактики	Название вакцины	Организация-изготовитель. фирма, страна	Доза, способ введения	Примечание
Грипп	«Гриппол» – гриппозная тривалентная полимер-субъединичная жидкая с полиоксидонием	ФГУП НПО «Микроген», Россия	С 6 месяцев до 3 лет 0,25 мл.; с 3 лет – по 0,5 мл. подкожно в верхнюю треть наружной поверхности плеча однократно	
	«Гриппол плюс» (субъединичная)	ФК «Петровакс», Россия	С 3 лет 0,5 мл внутримышечно или глубоко подкожно	Без консерванта
	«Агриппал S1» – субъединичная гриппозная вакцина	«Новartis Вакцинс» и «Диагностикс» Италия	6 месяцев – 3 года – 0,25 мл внутримышечно, с 3-х лет – 0,5 мл внутримышечно	Вакцины «Агриппал S1» и «Бегривак» применяются с 6 месяцев. Детям, не привитым ранее, вакцинация двукратная с интервалом в четыре недели, в последующие сезоны – однократная
	«Бегривак» – инактивированная сплит-вакцина для профилактики гриппа	«Новartis Вакцинс» и «Диагностикс», Германия	6 месяцев – 3 года – 0,25 мл. внутримышечно, с 3-х лет – 0,5 мл внутримышечно	
	«Инфлексал V» (субъединичная)	«Берна Биотех», Швейцария	6 месяцев – 3 года – 0,25 мл внутримышечно, с 3-х лет – 0,5 мл внутримышечно	
	«Инфлювак» – трехвалентная инактивированная субъединичная для профилактики гриппа	«Солвей Фарма», Нидерланды	6 месяцев – 3 года – 0,25 мл. в/м, с 3-х лет – 0,5 мл в/м	

Продолжение табл. 11

Направле- ние профиллак- тики	Название вакцины	Организация- изготовитель. фирма, страна	Доза, пособ введения	Примечание
Грипп	«Ваксигрипп» –инактивиро- ванная сплит- вакцина для профилактики гриппа	«Санофи Па- стер», Франция	6 месяцев – 3 года – 0,25 мл. внутримышеч- но или глубоко подкожно, с 3-х лет – 0,5 мл внутримышечно или глубоко под- кожно	Детям до 9 лет, не привитым ранее, вакцина- ция двукратная с интервалом в один месяц; в последующие сезоны – одно- кратная. После 9 лет – вакцина- ция однократная
	«Флюарикс» – инактивиро- ванная сплит- вакцина для профилактики гриппа	«Смит Кляйн Бичем Байо- лджикалз», Бельгия	с 1 года до 6 лет - по 0,25 мл; старше 6 лет –0,5 мл подкож- но, внутримы- шечно	С 1 года до 6 лет двукратная с интервалом 4–6 недель, старше 6 лет – одно- кратно
Пневмо- кокковая инфекция	«Пневмо 23» – поли- сахаридная вакцина для профилактики пневмококко- вой инфекции	«Авентис Па- стер», Франция	с 2 лет – 0,5 мл внутримышечно или подкожно	Применяется с целью защиты детей групп риска с за- болеваниями, предраполагаю- щими к развитию пневмококковой инфекции
	«Преве- нар-13» (валентная конъюгирован- ная вакцина)	«Вайет», США	Вакцинация в 3 и 4,5 месяца жизни, ревак- цинация – в 15 месяцев – 0,5 мл внутримышечно в передненаруж- ную поверхность бедр	Можно приме- нять с 2 месяцев жизни
	«Пневмовакс 23»	«Мерк Шарпи ДООМ Б.В.», Нидерланды	С 2-х лет – по 0,5 мл внутри- мышечно или подкожно в дельтовидную мышцу или боко- вую поверхность средней части бедр	

Направление профилактики	Название вакцины	Организация-изготовитель. фирма, страна	Доза, способ введения	Примечание
Гемофильная типа В инфекция (хиб-инфекция)	«Акт-ХИБ» (вакцина гемофильная типа В)	«Санofi Пастер», Франция	0,5 мл подкожно или внутримышечно	Вакцина имеет низкую реактогенность. <u>Вакцинация</u>
	Вакцина гемофильная типа В конъюгированная	Россия, Ростов-на-Дону	0,5 мл внутримышечно	совместно с АКДС и ИПВ: с 3 месяцев жизни – трехкратно с интервалом
	«Хиберикс»	«Глаксо Смит Кляйн», Англия	0,5 мл внутримышечно	1–2 месяца; с 6 месяцев – двукратно, с 1 года до 5 лет – однократно. <u>Ревакцинация</u> – через 12 месяцев
	«Пентаксим» (АКДС + ИПВ + ХИБ) дифтерийно-столбнячно-бесклеточная коклюшно-полиомиелитная и ХИБ вакцина)	«Санofi Пастер», Франция	0,5 мл внутримышечно для детей раннего возраста в верхненаружную поверхность средней части бедра	Можно применять с 3 месяцев жизни

**Риск развития патологии центральной нервной системы** (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Контроль за НПР, окружностью головы, стимуляция НПР.
- При заболеваниях адекватное оказание неотложной помощи при гипертермии, гипоксии.
- Прогулки, сон на свежем воздухе.
- Охранительный режим.
- Обучение родителей приемам позитивной педагогики.
- Музыкаотерапия.
- Сухая иммерсия.

Тактильная стимуляция с 3 недель, массаж и гимнастика, плавание.

**Риск возникновения рахита, анемии и дистрофии** (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Контроль уровня гемоглобина.

- Соблюдение норм питания.
- Контроль за весовыми прибавками (наличие весов дома).
- Неспецифическая и специфическая профилактика рахита витамином D: (см. раздел «Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний детей раннего возраста»).

**Риск гнойно-септических заболеваний в период новорожденности** (дети наблюдаются до 4-6 месяцев жизни)

- Соблюдение санитарно-гигиенического режима:
  - контроль за состоянием возможных входных ворот инфекции (пуповинный остаток, кожа, глаза, уши, кишечник);
  - матерям и лицам, принимающим участие в уходе за новорожденным, рекомендуется чаще менять личную одежду и тщательно мыть руки, уход за ребенком лучше осуществлять в хлопчатобумажной одежде, которая легко стирается.
- При осмотре направленность внимания активность сосания, наличие срыгиваний, геморрагического синдрома.
- Проведение термометрии 1 раз в день.
- Борьба с запорами у ребенка.
- Срочная госпитализация при изменении состояния и любых кожных высыпаниях воспалительного характера.

**Риск врождённых пороков развития органов и систем** (дети наблюдаются до 1 года жизни)

- Тщательное физикальное обследование.
- Своевременная ультразвуковая диагностика состояния внутренних органов и осмотры специалистами.
- Тщательный анализ генеалогического анамнеза.
- Выявление стигм дизэмбриогенеза.

**Риск развития аллергических заболеваний** (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- Прогнозирование и профилактика гипогалактии.
- Рациональное вскармливание, борьба за естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей («НАН гипоаллергенный»).
- Гипоаллергенная диета и быт для матери и ребенка.
- Своевременная санация очагов инфекции.

**Дети из неблагоприятных микросоциальных условий** (дети наблюдаются до 18-летнего возраста)

- Контроль за физическим и нервно-психическим развитием.
- Своевременное выявление признаков психической депривации, минимальной мозговой дисфункции, невротизации, ретардации психомоторного развития.
- Внеплановые выходы в семью участкового врача, старшего педиатра.
- Наблюдение специалистами отделения медико-социальной помощи.
- Санпросветработа о здоровом образе жизни.

- Госпитализация ребенка в стационар при любых заболеваниях.
- Внеочередное раннее устройство в ясли.
- Патронаж семьи совместно с органами соцзащиты.

**Риск нарушения репродуктивного здоровья** (дети наблюдаются до 18-летнего возраста)

- Своевременное выявление и лечение заболеваний эндокринной и половой сферы.
- Формирование репродуктивного здоровья и поведения.

**Риск развития синдрома внезапной смерти (СВС)** (дети наблюдаются до одного года жизни)

- Госпитализация ребенка при всех острых заболеваниях.
- При невозможности госпитализации – ежедневный осмотр на дому до выздоровления.
- Рекомендации родителям по уходу за ребенком: не выкладывать ребенка спать на живот, сон только на спине и на плотном матрасе, не применять тугого пеленания, не перегревать ребенка, не курить в помещении, где находится ребенок, а также стремиться сохранить естественное вскармливание.

- Пристальное внимание к ребенку в период острых респираторных инфекций, во время которых частота наступления СВС повышается.

- Непрерывный мониторинг дыхательного и/или сердечного ритма в период, критический по развитию СВС младенцев, то есть первые 4–6 месяцев жизни. Контроль функции дыхания особенно показан недоношенным, незрелым детям, а также уже имеющим в анамнезе приступы остановки дыхания (апноэ). Крайне актуальной является проблема респираторного мониторинга для семей, ранее потерявших ребенка. В этих случаях, согласно разработанным стандартам, мониторинг дыхательной деятельности должно производиться до возраста смерти первого ребенка плюс два месяца.

**Риск развития синдрома увеличения вилочковой железы** (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)

- По назначению иммунолога – исследование клеточного и гуморального иммунитета.
- По показаниям – АКТГ, ТТГ, КС, СТГ.
- Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции или УЗИ вилочковой железы – по показаниям.
- Анализ состояния периферических лимфатических узлов, миндалин, аденоидных разрастаний, размеров сосудистого пучка, вилочковой железы при пальпации в яремной ямке при запрокинутой голове или плаче, размеров щитовидной железы, печени, селезенки.
- Своевременное выявление признаков сдавления органов средостения увеличенной вилочковой железой (стридорозное дыхание, коклюшеподобный кашель, пероральный цианоз, набухание шейных вен, расширение сосудистой сети на грудной клетке, осиплость голоса, особенно в

горизонтальном положении; упорные срыгивания, рвота при отсутствии других причин). Возможны признаки надпочечниковой недостаточности: темный оттенок кожи кистей, стоп, области суставов и складок, пигментированные и депигментированные пятна, мышечная гипотония, гипертензия, тяготение к соленой пище. Отмечаются аллергические реакции, в том числе на прививки.

- Гипоаллергенная диета матери и ребенка.
- Своевременная санация очагов инфекции.
- По показаниям – прием иммуномодулирующих препаратов.

– При возникновении острых заболеваний – госпитализация в стационар или ежедневное наблюдению на дому с учетом возможного появления синдрома сдавления органов средостения, острой надпочечниковой недостаточности, аллергических состояний, длительного субфебрилитета.

**Риск развития тяжелого инфекционного токсикоза (дети наблюдаются до 1 года жизни)**

– Своевременная госпитализация ребенка в стационар при острых заболеваниях.

**Риск формирования пороков развития тканей зубов, кариеса и аномалий прикуса (дети наблюдаются до 3-летнего возраста)**

– Питание, исключающее одностороннее мучное и молочное вскармливание, подслащенное питье, ограничение приема сладостей.

- Устранение вредных привычек (сосание пальца, пустышки, губ, языка).

## **Организация жизни ребенка в период новорожденности**

### **Режим**

В соответствии с анатомо-физиологическими потребностями ребенка до 9-ти месяцев жизни режимные моменты включают сон, кормление, бодрствование. Произвольное увеличение периода бодрствования может вызвать у ребенка отрицательные эмоции, капризность, повышенную возбудимость. До 3-х месяцев жизни ребенку назначают режим № 1 (табл. 25).

### **Санитарно-гигиенический уход**

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

**Уголок новорожденного.** Для новорожденного необходимо выделить комнату или отдельный уголок в комнате. Ещё до рождения ребёнка дол-

жен быть произведён ремонт (при необходимости) или генеральная уборка (перед выпиской из роддома).

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

Температура воздуха в помещении должна быть в пределах +20–22°C. Ежедневно следует проводить влажную уборку (в летнее время, когда скапливается особенно много уличной пыли, уборка проводится 2 раза – утром и вечером). Частота проветривания зависит от погодных условий, но не менее 4 раз по 15–20 мин; даже в холодное время года форточку открывают на 10–15 мин несколько раз в день, при этом температура воздуха должна понизиться не менее чем на 2°C; летом окно (форточку, фрамугу) держат открытыми целый день, предусматривая затягивание их марлей или сеткой (защита от насекомых). Вначале во время проветривания ребёнка следует выносить в другое помещение (или пойти на прогулку), а затем его приучают находиться в комнате и при открытой форточке (при условии отсутствия сквозняка).

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

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

#### **Кровать:**

– должна быть с такими боковыми стенками, которые свободно пропустили бы воздух (сетчатые, решётчатые);

– должна быть изготовлена из материала, который можно мыть и ежедневно протирать;

– на дно кровати кладут жёсткий матрас, покрывают его клеёнкой, а затем простынкой;

– в подушке новорождённый не нуждается, он должен лежать на ровной поверхности, под голову кладут пелёнку, сложенную в несколько раз, при необходимости (например, при частых срыгиваниях) можно приподнять головной отдел кровати на 2–3 см;

– использовать постельные принадлежности из пуха и пера нельзя, так как они способствуют искривлению позвоночника (из-за мягкости), повышают риск перегревания и возникновения аллергических реакций;

– не следует пользоваться коляской как кроваткой: она мало проветривается для воздуха, во время прогулки пачкается, а длительный сон в ней способствует перегреванию, искривлению позвоночника и раздражению вестибулярного аппарата, что негативно сказывается на ребёнке;

– укладывают новорождённого только на бок и ни в коем случае на спину лицом вверх (опасность аспирации при срыгиваниях); укладывать на живот ребёнка можно только во втором полугодии жизни (из-за риска расстройства дыхания во сне в первом полугодии);

– рядом с кроватью необходимо расположить стол для пеленания, тумбочку для предметов ухода;

– положение на животе во время сна со 2-го полугодия считают физиологичным и полезным – свободная поза, нет опасности аспирации, профилактика деформаций костной системы, укрепление затылочных и спинных мышц.

С целью профилактики деформации костей черепа желательно обеспечить подход к кровати с двух сторон. Не следует занавешивать кровать, так как это нарушает вентиляцию и, кроме того, лишает ребенка столь необходимого ему света и окружающего пространства. Кровать надо поставить подальше от отопительной системы, так как слишком сухой, теплый воздух вызывает сухость слизистых носа и полости рта, а иногда – перегревание. Прямые солнечные лучи из окна, поток воздуха из открытой фрамуги не должны быть направлены прямо на кровать.

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

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

***Предметы, необходимые для ухода за ребенком:***

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

### Комплект белья для детей первых месяцев жизни

Вид одежды	Количество на один день
Распашонка из хлопчатобумажной ткани	6–8
Распашонка из фланели	5–6
Пеленка тонкая из хлопчатобумажной ткани размером 100 x 100 см	20–24*
Пеленка теплая из фланели размером 100x100 см	8–15
Подгузник из марли размером 50x50 см	20–24*
Памперсы	10–20
Чепчик на голову	2–3
Пододеяльник	2–3
Одеяло байковое	2
Одеяло шерстяное	1
Одеяло ватное, или комбинезон, или конверт	1
Клеенка детская размером 100 × 100 см	1
Клеенка детская размером 30 × 30 см	1

*Примечание.* \* Количество пеленок и подгузников может быть уменьшено в связи с использованием при уходе за ребенком памперсов.

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

Для очищения кожи век и периорбитальных областей используют стерильные ватные тампоны или диски, смоченные в теплой стерильной воде и отжатые. Протирают каждый глаз отдельным диском в направлении от наружного угла глаза к внутреннему. Далее промокают кожу сухими тампонами, используя такие же приёмы.

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

Туалет носа проводят с помощью стерильных ватных дисков, скрученных в тонкие жгутики и смоченных детским косметическим маслом. Для каждого носового хода используют отдельный ватный жгутик, вводя его вращательными движениями в носовой ход на глубину 5–8 мм. Масло способствует размягчению скопившихся корочек и мягкому их отторжению. Такие манипуляции повторяют несколько раз до полной санации носового хода. Для гигиенического ухода за полостью носа у детей грудного возраста и старше применяют физиологический раствор натрия хлорида, который максимально соответствует естественному назальному секрету и хорошо увлажняет слизистую и размягчает сухие корочки.

Туалет наружного слухового прохода новорожденного проводят не чаще 1–2 раз в неделю с помощью ватного жгутика или ватной палочки с ограничителем. Необходимо удалять только видимую серу, скопившуюся в ушной

раковине, проводя вращательные движения ватным жгутиком в одном направлении.

Обработка здоровой слизистой полости рта не проводится.

Кожные складки обрабатывают ежедневно в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные складки; паховые и ягодичные складки в силу максимальной загрязненности всегда нужно обрабатывать в последнюю очередь.

При уходе за кожей складок используют ватные диски или мягкую ткань, смоченные в теплой воде. При наличии повреждений кожи необходимо использовать теплую стерильную воду. Протирая области складок, избегают давления и трения. Просушивают промокательными движениями области складок сухим ватным диском или мягкой хлопчатобумажной тканью, после чего наносят детское смягчающее средство (эмолент). Следует использовать только проверенные средства. Возможно регулярное использование специальных влажных детских салфеток для очищения кожи промежности и перинальной области новорожденных.

Многие салфетки содержат консерванты (например, methylisothiazolinone), у некоторых особо чувствительных детей вероятно возникновение раздражения кожи. Таких младенцев рекомендуют подмывать ватными шариками, смоченными теплой кипяченой водой. У подавляющего большинства детей влажные детские салфетки могут быть использованы при каждой смене подгузников.

Эмоленты (смягчающие средства) могут быть использованы для профилактики раздражения кожи при ежедневном уходе, особенно при риске развития атопического дерматита, эти средства могут применяться не менее 2-х раз в неделю (после купания). Их следует наносить тонким слоем, чтобы избежать накопления (эффекта окклюзии) в складках кожи.

Выбор эмолентов должен быть адаптирован к региональным особенностям климата и к временам года: так, в зимнее время следует использовать эмоленты, наиболее богатые смягчающими веществами.

Участки кожи с элементами неонатального акне не следует смазывать, чтобы не провоцировать окклюзию фолликулов.

В качестве эмолентов могут применяться специальные детские масла (во время и после купания, при массаже), но контролируемых сравнительных исследований эффективности добавления масла в воду при купании или на кожу пока не было.

Не следует применять при уходе за кожей ребенка пищевые растительные масла. Это может привести к нежелательным последствиям.

Специальные детские фармацевтические масла, включая минеральные, химически инертны, стабильны, достаточно безопасны, оказывают увлажняющий и смягчающий эффект. Эти масла могут использоваться тонким слоем в области кожных складок или добавляются в ванну при купании.

Для ежедневного ухода кожей малыша целесообразно использовать крем «Бепантен», который благотворно влияет на сухую, склонную к раздра-

жениям кожу и оказывает профилактическое действие на здоровую кожу. Если используют детскую присыпку, то необходимо предусмотреть прикрытие половой щели у девочек (во избежание раздражения слизистой вульвы). Естественные складки обрабатывают 2–3 раза в день (например, утром и после гигиенической ванны).

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

Нецелесообразно подмывать ребенка после каждого мочеиспускания. Достаточно это делать после каждого 3-4-го мочеиспускания, хотя данная рекомендация весьма индивидуальна.

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

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

#### ***Уход за пуповинным остатком***

Пуповинный остаток является потенциальным местом проникновения инфекционных агентов. При правильном уходе культя пуповины мумифицируется и отпадает, а пупочная ранка заживает в течение первых двух недель жизни. Пуповинный остаток должен высохнуть естественным путем. Это предполагает поддержание чистоты и сухости в области культи без регулярного нанесения средств местного применения. При уходе за пуповинным остатком необходимо соблюдать следующие правила:

а) применяйте методы асептики;

б) мойте руки перед уходом за культей пуповины;

в) пуповинный остаток должен оставаться на открытом воздухе или должен быть неплотно прикрыт чистой тканью; во избежание загрязнения мочой или калом необходимо отвернуть подгузник от культи пуповины;

г) при загрязнении культи необходимо очистить эту зону водой, а затем тщательно осушить этот участок чистой марлевой тканью для устранения избытка влаги;

д) за пуповинный остаток не следует «тянуть», он должен отделиться естественным путем.

«Сухой» способ ведения позволяет избежать потенциального нарушения целостности кожных покровов в результате их раздражения химическим веществом.

Местные антисептики могут быть использованы там, где риск инфицирования достаточно высок. Не рекомендуется регулярно использовать следующие антибактериальные средства: изопропиловый спирт продлевает время отделения пуповинного остатка и не уменьшает бактериальную колонизацию или частоту инфицирования; анилиновые красители (бриллиантовый зеленый, кристаллический фиолетовый и профлавин-гемисульфат). Краситель может вызвать некроз кожных покровов при случайном попадании на кожу вокруг пуповинного остатка. При обработке пуповины красителями зарегистрировано самое длительное время отслоения пуповинного остатка по сравнению с «сухим» уходом и обработкой пуповины спиртом.

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

Предметы, необходимые для купания ребенка: ванночка, кувшин (ковш), детское мыло, детский шампунь, стерильные ватные шарики или тампоны, мягкая салфетка из махровой ткани (вместо мочалки), большое банное полотенце, чистые пеленки или одежда, детская присыпка.

Санитарно-гигиенические условия для купания: температура воды для купания от  $+36,5^{\circ}\text{C}$  до  $+37,5^{\circ}\text{C}$  для недоношенных –  $+37,5^{\circ}\text{C}$  (контролировать с помощью термометра); температура в помещении –  $+24^{\circ}\text{C}$ ; закрытая дверь в помещении, в котором проводится купание; для обсушивания новорожденного использовать предварительно подогретые пеленки.

Для купания нужно использовать теплую водопроводную воду (применение водопроводной воды можно считать безопасным, если ее качество соответствует гигиеническим стандартам).

Существует несколько методик купания.

**Купание с погружением в ванночке.** Чтобы обеспечить равномерное согревание ребенка и снизить потерю тепла, необходимо осторожно поместить младенца в ванночку, не погружая при этом голову и шею. В воду ребенка опускают осторожно, положив его голову и спину на левую руку, а правой поддерживают ягодицы и ноги. В воде правую руку освобождают, кисть левой руки перемещают в левую подмышечную впадину ребенка, а его спину и голову поддерживают левым предплечьем. Правой свободной рукой ребенка моют. Сначала умывают лицо теплой водой, используя чистую мягкую ткань, затем остальные части тела от головы до ног. После этого осторожно обливают ребенка приготовленной теплой чистой водой.

**Купание в пеленке.** Младенца заворачивают в пеленку или мягкое полотенце, придав ему слегка согнутое положение, аккуратно погружают в ванночку с теплой водой и затем постепенно разворачивают и моют каждую

часть тела. Купание в пеленке усиливает ощущение безопасности, так как при погружении младенцев в ванночку может повышаться их двигательная активность. Такое купание позволяет удерживать ребенка в стабильном положении на протяжении всей процедуры и снижает риск случайных движений. Оно также позволяет уменьшить родительский стресс, поскольку при купании новорожденный ведет себя более спокойно.

Решения относительно частоты и времени купания должны основываться на индивидуальных особенностях новорожденного с учетом мнения членов семьи, климатических условий и местных традиций. Частота купания здоровых младенцев – не менее 2–3 раз в неделю. Вечерняя ванна улучшает сон, доставляет ребенку удовольствие, обеспечивает мягкую тактильную стимуляцию и эмоциональную связь ребенок – родители.

Здорового ребенка можно купать до отпадения пуповинного остатка, это не причиняет ему вреда.

Детей первого месяца жизни рекомендуется купать в течение 5–10 минут, для старших детей допустимо более продолжительное купание.

Необходимо проводить разъяснительную работу среди родителей и членов семьи о важности соблюдения правил безопасности при купании. Ни в коем случае нельзя оставлять младенца в ванночке одного, даже если используется сидячая ванна. Необходимо перемешивать воду в ванночке для достижения оптимальной температуры. Обязательно проверить температуру воды термометром.

В домашних условиях безопасность от инфицирования гарантируется содержанием детской ванны и плавающих игрушек в чистоте.

#### Рекомендации по выбору очищающих средств.

Не рекомендуется использовать мыло. Мыло имеет щелочную реакцию, сушит кожу, удаляет ее естественную защиту, способствует развитию раздражения, эритемы, зуда.

В жидкое мыло или косметические средства с высоким содержанием воды обычно добавляют консерванты, которые предотвращают чрезмерное размножение микроорганизмов в них. Однако эти вещества могут вызывать нежелательные реакции в виде аллергического или ирритативного контактного дерматита.

По возможности нужно избегать использования антибактериального мыла в первую очередь из-за его потенциального отрицательного воздействия на нормальную колонизацию кожи новорожденного.

Жидкие очищающие средства, не содержащие мыла, имеют в своем составе эмоленты (смягчающие средства) и защитные факторы, поэтому они не раздражают кожу, меньше нарушают кожный барьер, pH кожи, но при этом легче смываются, чем традиционное мыло. Необходимо использовать моющие средства с составом, наиболее близким к физиологическим свойствам кожи в этот период (с нейтральным или немного кислым значением pH – 5,5). Детские жидкие моющие средства не нарушают процессов естественного созревания кожи. Необходимо читать

инструкции на этикетках и отдавать предпочтение клинически проверенным средствам.

Средства для купания и шампуни обычно используется один-два раза в неделю. Шампуни должны соответствовать тем же требованиям безопасности, что и средства для купания младенцев и не раздражать глаза. Не надо допускать попадания моющего средства на слизистую глаз, так как рефлекс мигания, важный для защиты глаз от повреждений, недостаточно развит у детей до четырех месяцев.

Кожу младенца после купания промокают, используя мягкую ткань. Поскольку кожа новорожденных чувствительна и ранима, ее не следует растирать. Если после купания обнаруживается сухость, шелушение или повреждение кожи, на эту область перед одеванием можно нанести смягчающее средство (доказано, что смягчающие средства защищают целостность кожного барьера). Сразу после обсушивания нужно надеть на ребенка подгузник, шапочку и завернуть в теплые пеленки.

Все новые вещи необходимо выстирать и прогладить. В дальнейшем белье стирают по мере необходимости. Белье детей первого года жизни стирают или детским мылом или специальными порошками для стирки детского белья.

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

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

В первые 2-3 дня при пеленании покрывают голову и руки ребенка, также поступают и на ночь после купания малыша. В дневное время голову и руки ребенка оставляют свободными.

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

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

Запеленатого ребенка помещают в хлопчатобумажный конверт на байковое одеяло, сложенное в несколько слоев. Если нет конверта, ребенка

(в зависимости от времени года) завертывают в байковое одеяло или покрывают льняным покрывалом.

В жаркую погоду ребенка оставляют без покрывала.

Шапочку (чепчик) надевают пгулок, при температуре воздуха в комнате ниже 20°C.

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

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

– детское бельё хранят и стирают отдельно от белья других членов семьи (это правило хранения касается как грязного, так и чистого белья);

– пелёнку, которую ребёнок обмочил в первый раз, достаточно прополоскать в тёплой воде и просушить;

– если пелёнка обмочена во второй раз, её необходимо простирать с мылом (лучше детским);

– пелёнки, запачканные фекальными массами, замачивают в тазу и сразу же стирают;

– в первые месяцы (особенно первый) лучше использовать мыло и затем только стиральный порошок, предназначенный для детского белья;

– полоскание должно быть тщательным (неоднократным);

– высушенное бельё достаточно проглаживать с одной стороны, чтобы не нарушить пористость ткани, а значит, и её воздухопроницаемость;

– новое одеяло (шерстяное, ватное) проглаживают через влажную тряпку; недопустимо подсушивать мокрые пелёнки, не простирывая их (это чревато раздражением кожи кристаллами мочевой кислоты, возникновением опрелостей, инфицированием, пиодермией).

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

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

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

Прогулки и сон на воздухе с недоношенным ребенком разрешаются при достижении им массы тела 2500.

При I степени недоношенности можно гулять в любое время года при температуре воздуха не ниже –5°C: с 1-го по 14-й день после выписки из родиль-

ного дома, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. При II–IV степени недоношенности: в зимнее время при температуре воздуха не ниже

–5°C прогулки разрешают примерно с 2 месяцев жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. Летом прогулки организуют примерно со 2–3-й недели жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день. Весной и осенью прогулки рекомендуют примерно с 1,5 месяца жизни, начиная с 10–15 минут, доводя до 1–1,5 ч 1–2 раза в день.

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

### **Вскармливание новорожденного**

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

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

Частота прикладывания к груди не реже, чем через 1,5–2 часа днем и через 3–4 часа ночью. Число кормлений может широко варьировать в зависимости от состояния лактации и качества молока у матери, активности и самочувствия ребенка. Наибольшую сложность при такой системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка (необходимо научиться различать крик голодного ребенка).

В дальнейшем мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются, как правило, через 2,5–3,5 часа, а ночной интервал увеличивается.

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

#### Техника и правила вскармливания новорожденного:

– мытьё груди до и после кормления является фактором, способствующим возникновению трещин, т. к. смывается защитная смазка, выделяемая железами Монтомери. В связи с этим вполне достаточным считается прием гигиенического душа 1–2 раза в день.

– принять удобное для кормления положение; кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, так же как и он должен иметь возможность использовать кормление для изучения лица матери, особенностей ее мимики, глаз;

– сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются бактерии, легко попадающие в периферические отделы выводных протоков;

– необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, чтобы носовое дыхание было свободным, для чего грудь несколько оттягивается назад вторым и третьим пальцем поддерживающей ее руки;

– по окончании кормления грудь необходимо тщательно обсушить тонкой полотняной тряпочкой, прикрыть сосок стерильной салфеткой, оберегая его от трения и раздражения бельем и одеждой;

– при нормальной лактации можно не сцеживать молоко.

Если Вы хотите помочь матери в прикладывании ребенка к груди, Вы должны посмотреть, как она кормит ребенка.

Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении:

– ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней;

– лицо ребенка находится близко от груди;

– рот широко открыт;

– нижняя губа вывернута наружу;

– над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней;

– заметно, как ребенок делает медленные сосательные движения;

– ребенок расслаблен и доволен, в конце кормления наступает состояние удовлетворения;

– мать не испытывает боли в области сосков;

– слышно, как ребенок глотает молоко.

Неправильное положение ребенка при кормлении грудью может стать причиной:

– воспаления и трещин сосков;

– неудовлетворительного поступления молока и медленного роста ребенка;

– неудовлетворенности ребенка, постоянно требующего есть;

– нагрубания груди.

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

– кормление по расписанию;

– ограничение времени кормления;

– неправильное положение матери и ребенка при сосании;

– использование сосок, пустышек, имитирующих грудь;

– применение воды, чая для снятия голодного возбуждения.

Уход за молочными железами в период кормления грудью можно осу-

ществлять с помощью мази «Бепантен». При «сухости» сосков и наличии болезненных трещин мазь наносят на соски после каждого кормления.

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

Если мать не может приспособиться к «свободному» вскармливанию, необходимо перейти на кормление по часам.

#### Часы кормлений:

– при семи кормлениях: 6:00, 9:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00, 24:00, ночной перерыв 6 часов;

– при шести кормлениях: 6:00, 9:30, 13:00, 16:30, 20:00, 23:30, ночной перерыв 6,5 часов.

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

1. В первые 7–10 дней жизни суточное количество молока составляет  $n \times 70$  (при массе тела на момент рождения ниже 3200 г) или 80 (при массе тела свыше 3200 г), где  $n$  – число дней жизни.

2. Разовый объем молока (при семикратном кормлении) равняется

3.  $n \times 10$ , где  $n$  – число дней жизни.

4. В возрасте после 10 дней объем молока на сутки определяется из расчета  $1/5$  массы тела или 120–125 ккал/кг.

5. По формуле Зайцевой (в периоде новорожденности): суточный объем молока =  $2\%M \times n$ , где  $M$  – масса тела при рождении,  $n$  – число дней жизни.

### **Гипогалактия: прогноз, диагностика, профилактика, лечение**

Одной из главных причин гипогалактии является отсутствие своевременной профессиональной помощи кормящей женщине.

Истинная (или первичная) агалактия встречается крайне редко, не более чем у 3–5% женщин. В остальных случаях снижение выработки молока вызвано различными причинами: проблемами, возникающими при кормлении грудью, необоснованным введением докорма, эмоциональным стрессом, тяжелыми хроническими заболеваниями, отсутствием у женщины психологического настроя на кормление, необходимостью выхода на работу и т. д.

Чаще всего подозрение на дефицит молока у женщины связан с неумением объективно оценить достаточность лактации, основным критерием которой является прибавка массы тела ребенка. Кроме того, признаком гипогалактии часто считают исчезновение у матери ощущения достаточно наполнения молочной железы, что является физиологичным, поскольку со временем она становится менее чувствительной к растяжению. Также неравномерная выработка молока и скачкообразный рост ребенка могут приводить к временному несоответствию «спроса и предложения». При со-

блюденнии принципов свободного вскармливания эта ситуация обычно разрешается за несколько дней.

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

**Признаки хорошей лактации:**

- хорошо развитая и правильно сформированная молочная железа;
- хорошо выраженная венозная сеть;
- полосы растяжения на груди;
- большое количество отчетливо пальпируемых гипертрофированных долек железы;
- брызжущие струйки молока при надавливании на грудную железу;
- некоторый остаток молока в груди после 15–20-минутного энергичного сосания;
- температура тела под молочной железой выше на 0,1–0,5°С.

**Признаки гипогалактии и недокорма:**

- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;
- необходимость в частых прикладываниях к груди;
- длительное кормление, при котором ребенок совершает много сосательных движений, при отсутствии глотательных;
- ощущение матерью быстрого полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет;
- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик; жадное захватывание груди или бутылочки с водой;
- скудный редкий стул.

Однако наиболее достоверными признаками недостаточного питания **являются низкая прибавка массы тела** и редкие мочеиспускания (менее 6 раз за сутки) с выделением небольшого количества концентрированной мочи.

### **Оценка прибавок массы тела ребенка**

Прибавка массы тела ребенка за первый месяц жизни рассчитывается *от его массы тела при рождении*. На первом месяце жизни важен еженедельный контроль динамики массы тела и проведение своевременной коррекции выявленных нарушений.

Восстановление массы тела после рождения происходит в среднем на восьмые сутки жизни ребенка и не должно затягиваться на период, превышающий 10–14 дней.

Согласно данным ВОЗ (2006), средняя величина прибавки массы тела за первый месяц жизни у мальчиков составляет 1023 г, у девочек – 879 г. Значения не менее 694 г для мальчиков и 611 г для девочек лежат в пределах одного сигмального отклонения и также являются вариантом нормы. Более низкие прибавки массы, менее 600 г, должны вызывать опасения.

**Показания к докорму при еженедельном контроле динамики массы тела:**

1. По окончании раннего неонатального периода подход к коррекции питания зависит от степени первоначальной убыли массы и времени ее восстановления. Отсутствие прибавки массы тела у детей, потерявших 8–10% от веса, и/или продолжающееся ее снижение требуют назначения докорма. При этом обязательны рекомендации по стимуляции лактации.

2. При позднем восстановлении массы тела (к 10–14-му дню) ключевой является третья неделя, за которую ребенок должен прибавить не менее 200 г, что свидетельствует о формировании достаточной лактации. Более низкая прибавка массы тела является показанием к введению докорма.

3. Независимо от времени восстановления первоначальной массы тела прибавки менее 150 г в неделю на протяжении 2–4-х недель жизни и отсутствие динамики к их увеличению требуют назначения докорма.

**Показания к докорму в возрасте 1 месяца, если масса тела измерена впервые в возрасте одного месяца:**

1. Если прибавка массы тела за первый месяц жизни не превысила 400 г, назначается докорм.

2. Дети, имеющие прибавки массы тела за первый месяц в интервале 400–600 г, требуют индивидуального подхода:

– при удовлетворительном состоянии ребенка, отсутствии симптомов обезвоживания и беспокойства необходимо дать матери советы по стимуляции лактации и, не назначая докорма, оценить динамику массы тела за следующую, пятую, неделю жизни. Если она составила не менее 180–200 г, докорм не назначается, но наблюдение за ребенком продолжается;

– если ребенок беспокоен и присутствуют другие тревожные симптомы, следует рекомендовать проведение ежедневных взвешиваний один раз в сутки в течение 2–3-х дней с целью определения необходимости введения докорма. При этом за норму следует считать прибавку 20–30 г в сутки. один 1 раз в неделю (без одежды и подгузника в одно и то же время). Ориентировочная нормальная недельная прибавка массы тела в первые три месяца жизни составляет 180–200 г/нед., в возрасте 3–6 месяцев – 120–130 г/нед. Вопрос о назначении докорма следует рассмотреть, если прибавки массы тела меньше указанных ориентиров.

**«Контрольные» взвешивания**, проводимые до и после кормления, широко используемые родителями и врачами, позволяют оценить лишь количество полученного ребенком грудного молока и не являются объективным признаком достаточности лактации.

Докорм необходим при заболеваниях, сопровождающихся недостаточной скоростью роста, вялостью, сонливостью, обильными срыгиваниями, рвотой, частым разжиженным стулом и др.

У детей с легкой недостаточностью питания, достигших возраста четырех месяцев, целесообразно введение не докорма, а крупяного прикорма.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых **лактационных кризов**, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины. Отсутствие информации о них и незнание методов коррекции – наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания.

В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3–6-й неделях, 3-м, 4-м, 7-м и 8-м месяцах лактации. Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3–4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей. Необходим покой и отдых матери; разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; употребление теплых напитков, особенно с использованием лактогонных трав или препаратов за 15–20 минут до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия.

Если мать заранее не подготовлена к такой ситуации, то при первых признаках снижения лактации она пытается докормить ребенка смесями. Поэтому одной из важных задач участкового врача и медсестры детской поликлиники является разъяснение безопасности кратковременных лактационных кризов.

Нередко даже при достаточном количестве молока мать прекращает кормить ребенка грудью вследствие отказа младенца от груди. А проявляется это следующим образом:

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;
- он кричит и сопротивляется при попытке матери дать ему грудь;
- минуту сосет, затем отрывается от груди, давась от плача;
- берет одну грудь, но отказывается от другой.

Причины могут быть разными:

- нарушение организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);
- избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;
- кормление ребенка по часам, а не по требованию;
- неправильный захват соска, сопряженный с интенсивной аэрофагией;
- заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, ОРЗ, грипп и другие инфекции, молочница, стоматит);
- прорезывание зубов, отрицательные эмоции у ребенка.

**Профилактика гипогалактии в условиях детской поликлиники:**

- правильный режим жизни и питания кормящей женщины;
- достаточный сон матери не только в ночное время, но и днем;
- обязательная прогулка днем;
- полноценное питание матери;
- достаточно частое и регулярное кормление ребенка грудью;

- профилактика семейных конфликтов, стрессовых ситуаций в семье;
- профилактика, своевременное выявление и рациональное лечение трещин сосков и мастита (нередко они являются причиной вторичной гипогалактии);
- обучение приемам гигиенического ухода за ребенком;
- нерегламентированное «по требованию» кормление ребенка грудью в первые 1,5–2 месяца жизни;
- пропаганда естественного вскармливания, советы по сохранению лактации.

***Для становления и сохранения лактации необходимо:***

- раннее прикладывание ребенка к груди;
- свободное вскармливание с первого дня жизни;
- совместное пребывание матери и новорожденного в родильном доме в палате «мать и дитя»;
- исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев);
- отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек;
- профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаз);
- спокойная и доброжелательная обстановка в семье;
- помощь со стороны близких по уходу за ребенком;
- рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины, ее сбалансированное питание, включающее дополнительное прием жидкости не менее 1 литра (чая, соков и других напитков).

***Алгоритм возможных мероприятий по устранению гипогалактии:***

- 1) провести контрольное взвешивание не менее 4–5 раз в день в течение 2–3 суток для уточнения степени гипогалактии, затем продолжить контроль высосанного молока 2–3 раза в день, а по возможности и чаще, то есть вести дневник кормления ребенка;
- 2) кормить ребенка по требованию, то есть частота кормления грудью определяется потребностями ребенка, при необходимости прикладывать ребенка к обеим молочным железам;
- 3) сцеживать остатки молока после каждого кормления, рекомендуется использовать молокоотсосы. Сцеженное молоко можно использовать для докорма ребенка;
- 4) наладить полноценное и регулярное питание кормящей матери, объем жидкости увеличить на 50–60%;
- 5) организовать режим достаточного отдыха и сна.
- 6) кормящим женщинам следует употреблять средства, стимулирующие лактацию: специализированные продукты питания для беременных и кормящих, в состав которых помимо ВМК входят лактогонные травы; чаи с экстрактами лактогонных трав;
- 7) медикаментозные и физиотерапевтические методы стимуляции лактации назначает врач акушер-гинеколог женской консультации.

Через 7–15 дней от начала мероприятий по стимуляции лактации с учетом степени гипогалактии и дефицита массы ребенка решается вопрос об ее успешности или необходимости введения докорма. При III и IV степени гапогалактии (дефицит молока более 50% от суточной потребности) докорм вводится сразу.

### Питание и режим кормящей женщины

Питание женщины, кормящей своего ребёнка грудью, должно быть полноценным по количеству и качеству пищевых веществ, минеральных солей и витаминов.

**Режим питания** кормящей женщины рекомендуется согласовать с режимом питания ребёнка. Целесообразно принимать пищу 5–6 раз в день (три основных и 2–3 перекуса) за 30–40 минут до кормления, это способствует лучшей секреции молока.

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

Особое внимание следует уделять питанию женщины в первую неделю после родов. Щадящий рацион матери будет способствовать адаптации пищеварительной системы к внеутробному существованию. В раннем неонатальном периоде повышена проницаемость слизистой ЖКТ ребенка и риск сенсibilизации особенно велик. Кормящей женщине не следует употреблять избыточное количество молочных продуктов, поскольку они могут приводить к функциональным расстройствам ЖКТ и аллергическим реакциям у ребенка. А вот на становление лактации они не влияют. **Следует избегать** употребления таких высокоаллергизирующих продуктов, как цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, крепкие мясные бульоны, консервированные продукты, колбасы, яйца в большом количестве. Необходимо исключить острые приправы, избыток пряностей, чеснок, лук, придающих неприятный вкус и запах молоку

Не рекомендуется использовать соки, морсы (особенно из кислых ягод), орехи, крепкие чай и кофе (ограничение кофеина до 200 мг в сутки, чашка кофе может содержать 60–150 мг кофеина, а чая – 30–60 мг), концентрированные бульоны, бобовые, сухофрукты и другие продукты, способствующие повышенному газообразованию.

**Исключить:** алкогольные напитки, пиво.

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

Предпочтительна щадящая тепловая обработка при приготовлении блюд.

Рацион кормящей женщины расширяется постепенно, с учетом переносимости ребенком тех или иных продуктов.

При лактации большое значение имеет достаточное потребление кормящей женщиной жидкости – «по потребности».

Ассортимент продуктов, рекомендуемых для ежедневного использования и их ориентировочное количество, представлены в таблице 13.

Таблица 13.

**Ассортимент основных пищевых продуктов, рекомендованных для беременных и кормящих женщин\***

Группы продуктов	Ассортимент
Мясо и мясопродукты	Все виды мяса нежирных сортов (говядина, свинина, баранина, кролик и др.); мясо птицы: цыплята, курица, индейка и др.; субпродукты не чаще 1 раза в неделю
Молоко и молочные продукты	Молоко 2,5–3,2% жирности, пастеризованное, стерилизованное; сметана 10–15% жирности; йогурты молочные; кефир, ряженка, простокваша, варенец, бифидок и другие кисломолочные напитки промышленного выпуска; творог промышленного выпуска 5–9% жирности; сыры неострых сортов
Пищевые жиры	Сливочное масло; растительные масла (подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое и др.)
Картофель	
Овощи, все виды	В том числе в замороженном и консервированном виде (кукуруза сахарная, зеленый горошек)
Фрукты, все виды, ягоды	В том числе в замороженном виде, сухофрукты
Яйца	В виде омлетов; в вареном виде, в составе блюд
Хлеб и хлебобулочные изделия	Предпочтителен многозерновой, с добавлением отрубей, цельных зерен
Напитки	Компот, кисель, морс, сок, чай, некрепкий кофе
Кондитерские изделия	С низким содержанием жиров и сахара

*Примечание.* \* Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей : метод. рекомендации / Д. Б. Никитюк [и др.]. – М., 2016.– 24 с.

**Рекомендации по составлению рационов**, позволяющие реализовать принцип персонализации, представлены в таблице 14. За основу взяты суточные наборы продуктов для беременных и кормящих женщин № 15-3/691-04, утвержденные Минздравсоцразвития РФ 15.05.2006. За условные объемные порции принят объем порционной тарелки, соответствующий 250 мл,

стакана 200 мл. Зная количество порций, рекомендуемых для ежедневного потребления по группе продуктов, женщина самостоятельно может выбрать продукты и блюда из данной группы.

Таблица 14

**Наборы продуктов, включаемые в рацион питания  
Беременных и кормящих женщин\***

<b>Группы продуктов</b>	<b>Количество продуктов в одной порции</b>	<b>Кол-во условных порций</b>
Хлеб, зерновые, картофель	Хлеб пшеничный – один кусок	3
	Хлеб ржано-пшеничный – один кусок	2
	Картофель для приготовления супов 1/4 тарелки	1
	Картофель для приготовления гарнира – одна тарелка	1
	Каша молочная – одна тарелка	1
	Каша гарнир – одна тарелка	1
	Макаронные изделия как гарнир – одна тарелка	1
	Всего по группе	6-8
Овощи	Салат из свежих или отварных овощей – ½тарелки	1
	Овощной гарнир – одна тарелка	1
	Овощи для сложного гарнира – ½ тарелки	1
	Овощи для приготовления супов – ¼ тарелки	1
	Всего по группе	3-5
Фрукты	Яблоки, груши – 1 шт.	2-3
	Соки – один стакан	1
	Компот из свежих фруктов, сухофруктов – один стакан	1
	Всего по группе	2 – 4

Группы продуктов	Количество продуктов в одной порции	Кол-во условных порций
Молочные продукты	Молоко для приготовления каш – ½ стакана	½
	Молоко для приготовления напитков – ½ стакана	½
	Кефир или кисломолочный напиток – один стакан	2–3 (2 – для беременных и 3 – для кормящих женщин)
	Творог для приготовления блюд (запеканки, пудинги) 120–140 г; в натуральном виде – 100–120 г 3–4 раза в неделю	1
	Сыр – один кусочек по 15 г	1
	Сметана – одна десертная ложка в супы, блюда	1
	Всего по группе	4/5
Мясо, рыба, яйца	Мясо 85–90 г (нетто, в готовом виде); 110–120 г (брутто, в сыром виде) или грудка куриная	1
	Рыба – ½ порционной тарелки 3–4 раза в неделю	1
	Яйцо – 1 шт. 3–4 раза в неделю	1
	Всего по группе	2–3
Жиры и масла	Масло растительное – 15 г в салаты, гарниры, выпечку и блюда	1
	Масло сливочное – 25 г в натуральном виде на хлеб, в каши, гарниры, выпечку и блюда	1
	Всего по группе	2-3
Сахар и кондитерские изделия	Сахар – до 60 г, печенье, конфеты, варенье – 30 г (3 печенья, 3 конфеты, 2 столовые ложки варенья)	1

*Примечание.*\* Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей : метод. рекомендации / Д. Б. Никитюк [и др.]. – М., 2016. – 24 с.

Установлено, что оптимально составленный рацион кормящей женщины, состоящий из натуральных продуктов, не может содержать достаточное количество витаминов и минеральных веществ. Уровень далеко не всех нутриентов в грудном молоке напрямую зависит от их содержания в рационе кормящей женщины.

Для улучшения рационов питания кормящих женщин, достаточной выработки грудного молока и оптимизации его состава целесообразно использовать специализированные продукты для беременных и кормящих женщин: обогащенные микронутриентами каши, соки, а также лактогонные чаи в рекомендуемом объеме, 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;

- специализированные молочные смеси, обогащенные не только витаминами, микро- и макроэлементами, омега-3 жирными кислотами, пребиотиками, но и комплексом лактогонных трав («NutriMa Лактамил», «Млечный путь»), которые назначаются по 200 мл 1–2 раза в сутки.

### ***Кормление ребенка сцеженным грудным молоком***

Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным молоком (или противопоказания к кормлению непосредственно из груди матери):

- тяжелое состояние новорожденного;

- отдельные врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата,

- гестационный возраст менее 32 недель;

- затянувшаяся гипербилирубинемия (более 3-х недель), связанная с составом грудного молока (отдельные компоненты грудного молока снижают активность ферментов, участвующих в конъюгации непрямого билирубина), когда уровень билирубина превышает 250 мкмоль/л. При этом с лечебно-диагностической целью можно кормить ребенка сцеженным пастеризованным грудным молоком в течение 1–3 суток;

- болезни ребенка, связанные с нарушением аминокислотного обмена (фенилкетонурия, тирозинемия, болезнь кленового сиропа, другие аминокислотопатии и органические ацидурии), когда сцеженное молоко используется в сочетании со специализированным лечебным продуктом и строго дозируется.

Также выделяют ряд состояний, требующих частичного или полного кормления ребенка сцеженным грудным молоком: выход женщины на работу/учебу, кормление близнецов (при невозможности одновременного кормления из груди), наличие трещин сосков и др.

При вскармливании сцеженным грудным молоком для сохранения лактации необходимо максимально полное сцеживание молока из двух молочных желез, не реже чем каждые 3–3,5 часа.

Установлена микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока для грудного ребенка при условии соблюдения всех правил его сбора и сроков хранения.

Замороженное грудное молоко по питательной ценности лишь незначительно уступает нативному молоку. Его биологическая ценность также находится на достаточно высоком уровне.

**Технология создания индивидуального банка грудного молока: правила сбора, хранения, замораживания/размораживания грудного молока**

*(Рекомендации для врачей и кормящих грудью женщин. Не входят в стандарты оказания медицинской помощи. Созданы на основании ABM Clinical Protocol 8).*

Индивидуальный банк грудного молока (ИБГМ) является удобным и современным способом сохранения грудного вскармливания у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери. ИБГМ представляет собой запасы замороженного материнского грудного молока, размещенные порционно в стерильные емкости, хранящиеся при низкой температуре в бытовой морозильной камере холодильника ( $-18-20^{\circ}\text{C}$ ) и готовые к использованию для кормления ребенка.

1. Обработка рук и груди перед сцеживанием: необходимо вымыть руки с мылом, мытье молочной железы не является обязательным.

2. Техника сцеживания: разница в степени микробного загрязнения молока, полученного путем ручного или аппаратного сцеживания, отсутствует. Нет необходимости удалять первые капли молока в начале сцеживания: они не являются более контаминированными, чем последующие порции.

3. Хранение. Сцеживание и сбор грудного молока осуществляется в специальные стерильные индивидуальные ёмкости (контейнеры) из стекла, полипропилена (в том числе мягкого), не содержащего Бисфенол А или другого разрешенного пищевого пластика. Емкости со сцеженным молоком должны быть промаркированы (дата сцеживания). Допускается хранение закрытых ёмкостей с молоком:

– при комнатной температуре в течение 4 часов;

– в холодильнике при температуре  $+4 \pm$  в морозильной камере при температуре  $-18^{\circ}\text{C}$  в течение 3–12 месяцев (оптимально не более 3 месяцев).

Хранящиеся в холодильной камере ёмкости со сцеженным молоком можно дополнять до объёма 150 мл новыми порциями грудного молока в течение не более чем 24 часа от момента сцеживания первой порции. Свежесцеженное молоко может быть добавлено только после его предварительного охлаждения в холодильной камере.

Не следует заполнять контейнер до самого верха, так как во время замораживания объем молока несколько увеличивается.

Особый запах хранящегося молока (связанный с незначительным гидролизом жира и окислением жирных кислот) и возможное его расслоение не является признаком его недоброкачественности.

4. Размораживание. Размораживать ёмкости с грудным молоком следует в холодильнике при температуре  $+4 \pm$  регулярные сцеживания в ритме кормлений или применение метода одновременного «двойного» сцеживания обеих молочных желез не реже, чем через каждые 3 часа, в том числе и в ночное время суток, в течение 15 минут из каждой молочной железы, а также всякий раз при появлении чувства наполнения молочных желез;

- стимуляция сосания ребенка с использованием контакта «кожа-к-коже» по методу «кенгуру» несколько раз в сутки в зависимости от состояния ребенка, массажа мышц, принимающих участие в акте сосания, использование пустышки и кормление ребенка по его требованию при стабилизации состояния;
- соблюдение принципов рационального питания кормящей женщины.

### ***Противопоказания к грудному вскармливанию***

В соответствии с рекомендациями ВОЗ женщины с ВИЧ могут кормить ребенка грудью, если они получают антиретровирусную терапию.

В Российской Федерации ВИЧ-инфицирование матери является абсолютным противопоказанием для кормления ребенка грудным молоком. Не прикладывается к груди матери также ребенок из группы высокого риска, не прошедший трехкратного дородового тестирования на наличие ВИЧ, до момента получения отрицательного результата в родильном доме (Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку : клин. рекомендации. – М., 2015).

Абсолютными противопоказаниями являются острые психические расстройства у женщин, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), открытая форма туберкулеза, а также носительство Т-лимфотропного вируса, поскольку один из основных путей его передачи – через грудное молоко.

Возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются следующие состояния или заболевания: эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде, выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях.

Такие заболевания кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, простой герпес, острые кишечные и респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, не являются противопоказанием к кормлению грудью при соблюдении правил общей гигиены. Однако при наличии герпетических высыпаний на коже в области груди кормление из нее временно прекращается. При цитомегаловирусной инфекции вирус активно выделяется с грудным молоком, но заболевание у ребенка протекает, как правило, кратковременно и бессимптомно, поэтому согласно международным рекомендациям серопозитивные матери могут кормить грудью доношенных детей (польза превышает риск негативных последствий).

При гепатите В у женщин грудное вскармливание возможно при проведении вакцинации в сочетании с введением специфического иммуноглобулина после рождения ребенка. Вероятность инфицирования вирусом гепа-

тита С через грудное молоко минимальна. Но при остром течении гепатита В и С, а также в случае развития мастита или при кровоточивости сосков грудное вскармливание следует временно прекратить.

Мать может кормить грудью при закрытой форме туберкулеза, если ребенок привит, а женщина получает соответствующее лечение препаратами, не имеющими противопоказаний для грудного вскармливания.

Не рекомендуется прекращать кормление ребенка грудью и при маститах в сочетании с проводимым лечением матери, которое совместимо с грудным вскармливанием.

Противопоказаниями к кормлению грудью является прием матерью ряда лекарственных средств, не совместимых с грудным вскармливанием. Если лекарственное средство/БАД, согласно инструкции и Государственному реестру лекарственных средств, входит в категорию «Противопоказаны к кормлению грудью», грудное вскармливание следует прекратить на период приема данного средства. В случаях, когда в инструкции указано: «назначать с осторожностью» при кормлении грудью, вопрос о продолжении грудного вскармливания должен быть решен в индивидуальном порядке.

Во время приема медикаментозных препаратов матерью с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов необходимо внимательное наблюдение за ребенком.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и лактацию, курящим женщинам в период лактации важно отказаться от курения. Никотин и его активный метаболит – котинин – выделяются с грудным молоком и не исчезают из него в течение суток. Никотин может снижать объем вырабатываемого молока и тормозить его выделение, а также вызывать у ребенка беспокойство, кишечные колики и приводить к низким темпам нарастания массы тела. У курящих женщин ниже уровень пролактина, что может сократить период лактации, а также снижена концентрация микронутриентов в грудном молоке по сравнению с некурящими.

Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету сразу после кормления грудью, а не до него.

Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью.

Возможна организация грудного вскармливания и при оперативных родах. Если операция проводилась под спинальной или эпидуральной анестезией, прикладывание ребенка к груди осуществляется непосредственно в родовом зале, при наркозе матери – через 4–6 часов после окончания его действия. Если ребенок не может быть приложен к груди в эти сроки, важно организовать сцеживание молозива.

*Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка:*

– классическая галактоземия и подозрение на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга);

- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- болезнь включений микроворсинок, врожденная пучковая энтеропатия;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

### ***Продолжительность грудного вскармливания***

ВОЗ и ЮНИСЕФ уделяют большое внимание продолжению грудного вскармливания у детей старше года, рекомендуя поддерживать этот процесс до двух лет и более. В документах Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) указано, что оптимальную продолжительность ГВ каждая пара мать – ребенок определяет для себя самостоятельно.

По мнению некоторых отечественных педиатров, продолжительность грудного вскармливания может составлять 1,5–2 года при условии кратности прикладывания к груди на втором году жизни не более 2–3-х раз в сутки.

Прекращать ГВ не рекомендуется во время болезни ребенка, в период его вакцинации, во время других стрессорных состояний, а также в жаркий летний период.

В настоящее время широкое распространение получила практика неофициальной передачи/продажи донорского грудного молока вне медицинских учреждений. Передача донорского молока опасна вследствие высокого риска передачи различных инфекций (ВИЧ, ЦМВ, вирусов гепатитов). Неправильно собранное и хранимое грудное молоко может быть контаминировано патогенными микроорганизмами. Передача грудного молока должна восприниматься как донорство других физиологических жидкостей или тканей, которое должно осуществляться под строгим медицинским контролем.

**При необходимости пастеризации** сцеженного грудного молока в домашних условиях также можно пользоваться правилами, утвержденными в Российской Федерации: молоко разливают в стерильные бутылочки по 30–50 мл, закрывают ватно-марлевыми пробками и пастеризуют в водяной бане в течение 5–7 минут от начала закипания воды; уровень воды в водяной бане не должен быть ниже уровня молока в бутылочках (СанПиН 2.1.3.-14).

### **Физическое воспитание новорожденного**

Для правильного физического развития необходимо с двухнедельного возраста ***выкладывать новорожденного на живот*** перед кормлением на 2–3 минуты, постепенно увеличивая отрезок времени до 10 минут. В начале ребенка выкладывают на живот 1–2 раза, затем 3–4 раза в день.

***Тактильный массаж*** можно проводить только здоровому ребенку с периода новорожденности при положительном эмоциональном тоне.

Перед массажем нужно обнять, прижать к себе, поцеловать малыша, а во время массажа разговаривать с ним, напевать, поддерживать зрительный контакт.

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

Самым маленьким детям необходимо время, чтобы привыкнуть к массажу, поэтому не нужно спешить массировать всю спину сразу, делают это постепенно, поднимая ребенка, чтобы прижать его к себе, обнять. Может пройти несколько недель, прежде чем ребенок будет получать удовольствие от всей процедуры.

### **Грудь**

– Положить обе руки на середину груди и, слегка надавливая, развести руки к бокам ребенка, как будто разглаживая страницы книги. Не отрывая рук, движением, траектория которого напоминает по форме сердечко, вернуть их в исходное положение.

– Начиная с нижней части грудины, нежно, но с усилием, погладить круговыми движениями всю поверхность груди подушечками больших пальцев. Дойдя до верхней части грудины, продолжить движение до области ключицы. В заключение провести руками вниз по ручкам ребенка.

### **Руки**

– Каждую ручку массируют отдельно. Нежно, но крепко удерживают предплечье одной рукой, массируя ручку ребенка выше локтя пальцами другой руки.

– Уверенными круговыми движениями большого пальца массируют плечо между локтем и подмышкой с небольшим усилием.

– Закончив массаж плеча, проводят рукой сначала по груди, а затем вниз по ручкам.

– Повторить те же движения на предплечьях и ладонках. Пальчики массируют указательным и большим пальцами.

### **Живот**

– Поместить основание ладони чуть выше гениталий, слегка надавив на лобковую кость. Широко развести пальцы, поворачивая ладонь по часовой стрелке. Повторить несколько раз.

– Вернувшись в нижний правый угол живота, подушечками двух первых пальцев легко массируют его мелкими круговыми движениями. Начиная с правой стороны, продвигаются по траектории арки налево.

– Завершают массаж несколькими широкими движениями разведенных в стороны пальцев по животу, груди и ручкам.

### **Ноги**

– Ножки массируют так же, как ручки.

– Поддерживая голень, круговыми движениями большого пальца массируют в направлении от колена к тазу и паху. Повторяют те же дви-

жения от лодыжки к колену и заканчивают маленькими полукружьями на колене.

– Стопы массируют так же, как ладони и пальчики. Закончив массаж одной ноги, делают широкое соединительное движение вниз по бокам, ножкам и лодыжкам. Массаж больших пальцев ног выполняют указательным и большим пальцами руки.

### **Спина**

– Выполняют соединительное движение широким поглаживанием половины спины до плеча и вниз по ручке до ладони и пальчиков.

– Совершая легкие, но уверенные круговые движения, продвигаются вверх по правой от позвоночника стороне спины, проводят вниз по плечу и по ручке, выполняя, как и раньше, соединительное движение. Помассировав всю поверхность спины, выполняют соединительное движение сверху вниз по ножкам и стопам.

– Каждую ягодицу массируют круговыми движениями пальцев по направлению к позвоночнику и талии.

## **Стимуляция нервно-психического развития**

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

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

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

## Организация наблюдения детей первых трех лет жизни

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

Перечень исследований, проводимых в рамках профилактического осмотра детей первых трех лет жизни, представлен в таблице 15.

Таблица 15

### Содержание и сроки медицинских осмотров детей раннего возраста

(Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н

«О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»)

	Новорожденные	1-й год жизни (месяцы)										2-й год жизни (месяцы)			3-й год жизни (месяцы)
		1	2	3	4	5	7	9	10	11	12	15	18	24	36
<b>Специалисты</b>															
Педиатр	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Невролог		+									+				+
Детский хирург		+									+				+
Травматолог-ортопед				+							+				+
Офтальмолог		+									+				+
ЛОР											+				+
Детский стоматолог		+												+	+
Психиатр детский														+	
Акушер-гинеколог (3)															+
Детский уролог-андролог (3)															+
<b>Лабораторные и функциональные исследования</b>															
Неонатальный скрининг (1)	+														
ОАК				+							+				+
ОАМ				+							+				+
АС (2)	+	+		+											
УЗИ тазобедренных суставов				+											
УЗИ органов брюшной полости				+											

	Новорожденные	1-й год жизни (месяцы)											2-й год жизни (месяцы)			3-й год жизни (месяцы)		
		1	2	3	4	5	7	9	10	11	12	15	18	24	36			
УЗИ сердца		+																
УЗИ почек		+																
Нейросонография		+																
ЭКГ											+							

*Примечания:*

(1) Неонатальный скрининг на наличие врожденного гипотиреоза, фенилкетонурии, АГС, муковисцидоза, галактоземии проводят детям до одного месяца при отсутствии сведений о его проведении

(2) АС – аудиологический скрининг проводится детям до трех месяцев включительно при отсутствии сведений о его проведении

(3) Осмотр врача – детского уролога-андролога проходят мальчики, врача акушера-гинеколога – девочки.

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

На доврачебном этапе медсестра участковая или КЗР может проводить:

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

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

В историю развития ребенка вносятся следующие результаты профилактического осмотра:

1. Данные анамнеза:

- о перенесенных ранее заболеваниях (состояниях), наличии функциональных расстройств, хронических заболеваний, инвалидности;
- о результатах проведения диспансерного наблюдения (если установлено) с указанием диагноза заболевания (состояния), включая код по Меж-

дународной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), медицинской организации и врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение;

– о соблюдении рекомендаций врачей-специалистов по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

2. Данные, полученные при проведении профилактического осмотра:

– объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами;

– результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований;

– результаты дополнительных консультаций и исследований, назначенных в ходе проведения профилактического осмотра;

– диагноз заболевания (состояния), выявленного (установленного) при профилактическом осмотре, с указанием кода по МКБ, выявлено впервые или нет.

3. Оценка физического и нервно-психического развития.

4. Группа состояния здоровья.

5. Рекомендации:

– по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, иммунопрофилактике, физическому развитию, занятиям физической культурой;

– о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, по лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению.

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

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

## Контроль физического развития

*Методика антропометрии детей до 2 лет.* Длина тела измеряется горизонтальным ростомером в виде широкой доски длиной около 100 см и шириной 40 см. Вверху доски имеется неподвижная, внизу – подвижная поперечная планка, которая легко передвигается по сантиметровой шкале, нанесенной с левой стороны ростомера. Для измерения длины тела ребенка укладывают на спину, чтобы макушкой он прикоснулся к неподвижной

поперечной планке. При этом голова фиксируется так, чтобы верхний край козелка уха и нижний край глазницы находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены и прижаты к доске ростомера; к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подводят подвижную планку. Расстояние между обеими планками ростомера и будет составлять длину тела.

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

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

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

**Для оценки данных антропометрии** используются ориентировочные формулы (табл. 16–19), таблицы региональных стандартов.

**На первом году жизни** антропометрические показатели ребенка изменяются следующим образом:

увеличение длины тела:

- в первую четверть года – на 9 см;
- во вторую – на 7,5 см;
- в третью – на 4,5–5,5 см;
- в четвертую – на 3 см;
- средняя длина тела годовалого ребенка – 75 см. прибавка масса тела:
- за 1-й месяц – на 600 г;
- за 2 и 3-й месяцы – по 800 г;
- каждый следующий месяц прибавка массы уменьшается на 50 г по сравнению с предыдущим месяцем;
- к 4 месяцам масса тела при рождении удваивается;
- к 10–10,5 месяцам масса тела при рождении утраивается;
- средняя масса тела годовалого ребенка – 10 кг. увеличение окружности

ГОЛОВЫ:

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

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

Таблица 16

**Динамика антропометрических показателей ребенка  
в возрасте до 1 года**

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

Таблица 17

## Динамика антропометрических показателей ребенка старше 1 года

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

Таблица 18

## Динамика массы и длины тела у детей первого года жизни

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

Таблица 19

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

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

**Индивидуальную оценку физического развития** детей проводят с использованием оценочных таблиц сигмального (табл. 20) или перцентильного (табл. 22) типов.

Таблицы для индивидуальной оценки физического развития в виде шкал регрессии устанавливают норму длины тела в зависимости от пола и возраста детей и диапазон нормы массы тела у детей до 3 лет в зависимости от длины тела.

Таблица 20

**Сигмальная оценка показателей физического развития**

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

Возраст	Пол	Рост	Масса	Возраст	Пол	Рост	Масса
8 мес.	м	71,56±2,63	9,55±0,85	3 года	м	96,65±3,97	14,8±1,20
	д	69,40±3,55	9,25±1,04		д	96,94±3,63	14,47±0,14
9 мес.	м	72,44±3,00	9,82±1,02	3г.6мес.	м	97,20±3,92	15,20±1,06
	д	70,71±2,47	9,38±0,87		д	96,20±3,76	14,80±0,96
10 мес.	м	73,40±3,09	10,32±1,01				
	д	72,63±3,34	9,76±0,86				

При оценке физического развития в таблице, соответствующей полу и возрасту ребенка, находят его длину (рост), затем строго по горизонтальной строке – соответствующий данной длине/росту диапазон «нормы» массы тела. В зависимости от того, попадает ли фактическое значение массы тела в данный диапазон, окажется ниже минимальной или выше максимальной его границы, оценивается физическое развитие ребенка. Использование данных таблиц позволяет определить следующие варианты физического развития детей.

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

**Отклонения в физическом развитии:**

1) **дефицит массы тела** (масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно роста);

2) **избыток массы тела** (масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно роста);

3) **низкий рост** – варианты роста меньше указанных в таблице 20;

4) **высокий рост** – варианты роста больше указанных в таблице 20.

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

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

При оценке физического развития центильным методом определяют уровень каждого антропометрического признака по его положению в одном из центильных «коридоров» (табл. 21).

Каждый измеряемый признак (рост, масса тела, окружность груди) может быть помещен в «свою» область центильной шкалы в соответствующих таблицах. Рост ребенка, попавший в «коридор» 1, следует рассматривать как очень низкий, в «коридор» 2 – низкий, в «коридор» 3 – ниже среднего, в «коридор» 4 – средний, в «коридор» 5 – выше среднего, в «коридор» 6 – высокий, в «коридор» 7 – очень высокий рост.

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

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

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

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

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

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

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

При развернутой оценке антропометрических данных может применяться следующая схема (табл. 22).

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

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

**Контроль нервно-психического развития**

Методика диагностики НПР детей первых трех лет жизни подробно изложена в методическом пособии «Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений» (2006). Показатели НПР детей с рождения до трех лет представлены в таблицах 23–25.

Таблица 23

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

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

Продолжение табл. 23

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

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

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

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

По результатам диагностики ребенка относят к одной из групп НПР (табл. 26).

Порядок определения группы НПР:

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

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

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

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

К группе с нормальным развитием относятся дети:

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

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

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

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

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

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

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

## Оценка резистентности

Степень сопротивляемости организма до настоящего времени оценивалась по частоте острых заболеваний за предшествующий осмотру год. Для определения степени резистентности используют подсчет кратности числа острых респираторных заболеваний у детей на протяжении одного года жизни.

На основании критериев, предложенных В. Ю. Альбицким и А. А. Барановым, детей относили в группу ЧБД (табл. 27).

Таблица 27

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

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
до 1 года	4 и более
1–3 года	6 и более

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

При этом следует учитывать, что под маской ЧБД нередко пропускаются пациенты с манифестацией аллергических заболеваний респираторного тракта, хроническими и рецидивирующими заболеваниями носоглотки, пороками развития бронхолегочной системы и лор-органов, гастроэзофагальным рефлюксом, упорно персистирующими герпетическими инфекциями, первичными иммунодефицитами и др. (Самсыгина Г. А., Выжлова Е. Н., 2016).

## Комплексная оценка состояния здоровья

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

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

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

**К III группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда

**К IV группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций; с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;

с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда

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

## **Организация жизни детей в возрасте от одного до трех лет**

### **Режим**

**Организация режима**, т. е. научно обоснованного распорядка жизни с учетом возрастных и функциональных возможностей, обеспечивающего правильное чередование во времени определенную длительность основ-

ных физиологических состояний ребенка – сна и бодрствования, должна проводиться с первых дней жизни ребенка.

Для первого года жизни разработаны три возрастных режима, для второго года – два и для третьего – один режим (табл. 27).

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

Таблица 27

### Примерные возрастные режимы детей раннего возраста

(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Возраст	№ режима	Бодрствование, ч	Сон			
			дневной		ночной, ч	общая длительность сна, ч
			кратность	длительность, ч		
до 3 месяцев	1	1–1,5	4	2 – 1,5	10–11	18,5–17,5
3–6 месяцев	2	1,5–2	4	2 – 1,5	10–11	17,5–16,5
6–9 месяцев	3	2–2,5	3	2 – 1,5	10–11	16,5–15,5
9–12 месяцев	4	2,5–3,5	2	1-й – 2,5 2-й – 2–1,5	10–11	15,5–14,5
1–1,5 года	5	3,5–4	2	1-й – 2,5–2 2-й – 1,5–1	10–11	14,5–13,5
1,5–2 года	6	5–5,5	1	3	10–11	14,5–13
2–3 года	7	5,5–6,5	1	2,5–2	10	13–12

### Вскармливание детей первого года жизни

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

– поддерживать, поощрять и максимально длительно сохранять грудное вскармливание;

– при недостатке грудного молока и невозможности получать донорское молоко своевременно переводить ребенка на смешанное или искусственное вскармливание адаптированными смесями;

– объем докорма при смешанном вскармливании определяют по итогам

контрольных кормлений, которые проводят 2–3 раза в часы прикладывания ребенка к груди в разное время суток;

- своевременно с учетом возраста, вида вскармливания, индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион соки, фруктовые пюре, докорм, прикорм. Нужно обратить внимание матери на то, что докорм следует давать после кормления грудью и не из ложечки, а из рожка с соской;

- периодически (до 3 месяцев ежемесячно, а затем 1 раз в три месяца) проводить расчеты химического состава пищи, фактически получаемой ребенком, чтобы при необходимости внести соответствующую коррекцию. Для облегчения трудоемкой работы по расчёту питания в кабинете здорового ребенка целесообразно иметь картотеку расчетов питания. Принцип составления картотеки – возрастной (6 разделов на первые 6 месяцев). Внутри каждого раздела карточки распределяются по видам вскармливания, а внутри вида вскармливания – в зависимости от массы тела при рождении;

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

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

**Режим кормлений** детей грудного возраста. Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10–15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам. Распределение кормлений у детей первого года жизни представлено в таблице 28.

Таблица 28

**Примерные часы и число кормлений**

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

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

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

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

Алгоритм назначения диеты здоровому ребенку первого года жизни на естественном вскармливании

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

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

Алгоритм действий.

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

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

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

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

### Алгоритм действий:

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

## **Организация прикорма**

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

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

## **Правила введения прикорма**

- ребенок должен быть абсолютно здоров в течение последних 2–3 недель;
- нежелательно вводить прикорм в жаркую погоду и во время проведения профилактических прививок;
- блюда прикорма следует давать до кормления грудью (только с ложечки, а не через соску); после этого можно приложить ребенка к груди для сохранения лактации;

– новые блюда и продукты прикорма лучше вводить в утренние часы, чтобы проследить за реакцией ребенка; следует наблюдать за поведением, стулом, состоянием кожи;

– каждый новый продукт необходимо вводить постепенно, с небольшого количества (сок – с нескольких капель, кашу и пюре – с ½ чайной ложки), внимательно наблюдая за его переносимостью; если стул не изменился, то ежедневно увеличивают количество прикорма и доводят до необходимого объема;

– учитываются индивидуальные особенности детей: у возбудимых адаптация к новой пище происходит в течение 5–6 дней, у тормозных – не ранее, чем на второй неделе;

– введение любого нового вида пищи следует начинать с монокомпонентного продукта, постепенно переходя к смеси из двух, а затем и нескольких продуктов данной группы (поликомпонентные);

– нельзя вводить два новых вида прикорма одновременно; введение нового вида прикорма возможно только после привыкания к предыдущим;

– по консистенции блюда прикорма в начале должны быть гомогенными и иметь полужидкую консистенцию, чтобы не вызывать затруднения при глотании; затем их следует делать более густыми, а позже и более плотными, приучая ребенка к жеванию, продвижению пищи в глотку и к проглатыванию; с 9–10 месяцев следует практиковать «кусочковое» питание;

– сначала кашу и овощное пюре готовят без добавления в них соли, сахара и масла;

– после введения прикорма в полном объеме разового питания режим кормления – 5 раз через 4 часа, ночной перерыв – 8 часов; часы кормления: 6:00, 10:00, 14:00, 18:00, 22:00;

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

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

По мнению отечественных ученых, которое совпадает с представлениями экспертов ESPGHAN, **исключительно грудное вскармливание до**

достижения 6 месяцев (как это рекомендовано некоторыми международными документами) не всегда обеспечивает достаточный уровень поступления микронутриентов, и особенно железа. С целью профилактики железодефицитных состояний оптимальным временем введения прикорма у здоровых детей следует признать возраст 5 месяцев. При нарушениях нутритивного статуса (недостаточности питания или избыточной массе тела) прикорм может вводиться и в более ранние сроки.

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

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

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

**В возрасте шести месяцев важно назначить ребенку мясное пюре – источник легкоусвояемого гемового железа.**

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

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

**Соки, учитывая их незначительную пищевую ценность, целесообразно давать после введения всех основных видов прикорма.** Кроме того, использование соков, особенно между приемами пищи, повышает риск развития кариеса. Большой объем соков (выше рекомендуемой нормы) может служить фактором риска избыточной массы тела в дальнейшем.

**Неадаптированные кисломолочные напитки (кефир, йогурт, биолакт) назначаются ребенку не ранее восьмимесячного возраста** в объеме, не превышающем 200 мл.

**С восьми месяцев в рацион вводится детский творог** в количестве не более 50 г в сутки.

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

**При назначении прикорма следует соблюдать следующие правила:**  
– введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до объема, рекомендованного в данном возрасте, при этом внимательно наблюдают за переносимостью;

– новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;

– каши, овощные и фруктовые пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных продуктов, постепенно добавляя другие продукты данной группы;

– прикорм дают с ложечки, до кормления грудью или детской молочной смесью;

– новые продукты не вводят во время острых инфекционных заболеваний, перед и после проведения профилактических прививок (в течение 3–5 дней);

– в возрасте 9–10 месяцев гомогенизированные и пюреобразные продукты следует постепенно заменить на мелкоизмельченные.

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

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

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

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

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

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

С учетом рекомендаций **«Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации»**, принятой в 2019 году, предлагается следующая схема введения прикорма детям первого года жизни (табл. 28).

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

Таблица 28

**Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни**

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

*Примечание.* \* – не в качестве первого прикорма; \*\* – по показаниям с 6 месяцев.

**Овощное пюре:**

– введение овощного пюре следует начинать с одного вида овощей (исключить аллергию); затем из 2–3 видов, при этом картофель не должен составлять более 1/2 объема, так как содержит крахмал;

– последовательность введения овощей зависит от содержания в них клетчатки: наименьшее – в кабачках, цветной капусте, более высокое – в картофеле, тыкке, белокочанной капусте, максимальное – в репе, зеле-

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

– овощи отваривают в небольшом количестве воды и не разогревают для повторного применения, так как повторное их нагревание способствует переходу нитратов в нитриты; вареные овощи протирают через сито, разводят до консистенции густой сметаны; в домашних условиях для разведения овощей рекомендуется добавлять грудное молоко или адаптированные пресные молочные смеси (формулы № 2), приблизительно 30 мл на 100 г овощей; в овощное пюре добавляют растительное масло (кукурузное, подсолнечное, оливковое), начиная с капель и доводя до 3 мл (½ чайной ложки), а с 8 месяцев – до 5 мл (1 чайная ложка);

– объем порций овощного пюре зависит от возраста; начинают введение с ½ чайной ложки, постепенно в течение первой недели (при хорошей переносимости) доводят до 150 г, и далее до года – 150 г;

– ребенок сам определяет, какое количество пищи ему нужно: следует продолжить кормление, если ребенок тянется к ложке или открывает рот при ее приближении; если же он отворачивает голову, отводит руку кормящего, закрывает лицо руками, капризничает, кормление следует прекратить; не надо заставлять ребенка съесть еще одну «последнюю» ложку;

– если второй прикорм введен в 5,5 месяцев, то в 6 месяцев ребенок два раза будет получать блюда прикорма (в 10.00 и в 18.00) и три раза грудь матери (в 6.00, 14.00, 22.00); для сохранения лактации можно рекомендовать прикладывание ребенка к груди после приема блюд прикорма.

#### ***Злаковый (крупяной) прикорм:***

– для приготовления каши вначале лучше использовать безглютеновые злаки – рис, гречу, кукурузу, так как глютенсодержащие злаки (овес, пшеница) могут вызвать у детей раннего возраста развитие глютеневой энтеропатии;

– первой рекомендуется вводить наиболее легко усваивающуюся рисовую кашу, затем гречневую, кукурузную, овсяную и в последнюю очередь – манную;

– при приготовлении каши в домашних условиях используют крупу или муку соответствующих злаков; вначале крупу хорошо разваривают на воде, затем добавляют горячее молоко (на 100 г каши – 75 мл молока) и доводят до кипения; в готовую кашу добавляют сливочное масло сначала на кончике ножа, к 7 месяцам увеличивают до 3 г, а с 9 месяцев – до 5 г;

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

#### ***Фруктовое пюре:***

– подключают после введения одного или двух основных прикормов, постепенно: начинают с ½ чайной ложки, к 6 месяцам доводят до 60 г, в 9–12 месяцев – до 90–100 г в сутки;

– при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные соки и фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания;

– фруктовые пюре дают перед кормлением, когда малыш проголодался;

– суточное количество фруктового пюре можно рассчитать по формуле:  $n \times 10$ , где  $n$  – количество месяцев жизни ребенка. Объем фруктового пюре входит в суточный объем питания ребенка;

– первым рекомендуется вводить яблочное, затем грушевое пюре; эти пюре особенно показаны детям при неустойчивом стуле, так как богаты пектиновыми веществами, благоприятно влияют на процессы пищеварения;

– позднее можно вводить пюре из абрикосов, персиков, слив (особенно при склонности к запорам);

– детям старше 5 месяцев можно вводить пюре из ягод и овощей, включая пюре из черной и красной смородины, вишни, моркови, тыквы и др.;

– при отсутствии свежих овощей и фруктов можно использовать консервированные фруктовые пюре, выпускаемые специально для детского питания.

### ***С 6 месяцев в рацион рекомендуется вводить мясо:***

– начинают с нежирной говядины;

– для приготовления мясного пюре в домашних условиях мясо отваривают и измельчают в кухонном комбайне или 2 раза пропускают через мясорубку; в первый день ребенок получает  $\frac{1}{2}$  чайной ложки и постепенно объем увеличивают до 30 г (1–1,5 столовой ложки), с 8 месяцев – до 35 г (2–2,5 столовой ложки), а с 9–12 месяцев – до 40–50 г. Мясное пюре промышленного производства дается в большем объеме (табл. 28 )

– наряду с говядиной можно использовать мясо курицы, индейки, кролика, нежирную свинину; мясное пюре лучше всего давать одновременно с овощным.

### ***В 7 месяцев в рацион вводят желток сваренного вкрутую яйца:***

– желток дают в протертом виде, смешав с небольшим количеством грудного молока; начинают с  $\frac{1}{4}$  желтка и при отсутствии аллергических реакций дозу увеличивают с 8 месяцев до  $\frac{1}{2}$  желтка в день, добавляя в кашу или овощное пюре; желток дают 3–4 раза в неделю;

– аллергическая реакция на введение желтка проявляется в виде сыпи, поноса или запора.

### ***Творог вводится с 8 месяцев***

– раннее введение творога нецелесообразно, поскольку дети, находящиеся на естественном вскармливании, необходимое количество белка получают с женским молоком;

– творог дают перед одним из кормлений грудью; начинают с  $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$  чайной ложки, смешав его с небольшим количеством грудного молока; постепенно объем порции увеличивают до 40 г, а с 10 месяцев – до 50 г в день.

***Кисломолочные продукты*** детского питания в рацион питания ребенка можно вводить не ранее 8-месячного возраста в количестве не более 200

мл в сутки. По данным некоторых авторов, лучше это делать не ранее 10 месяцев жизни ребенка.

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

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

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

**В 8 месяцев расширяют ассортимент продуктов, вводя рыбу:** рыба может вызвать аллергические реакции, поэтому ее вводят с особой осторожностью: вначале ребенок получает ½ чайной ложки рыбного пюре, постепенно количество рыбы увеличивают до 30 г, а с 10 месяцев – до 50–60 г; рыбу дают 1–2 раза в неделю вместо мясного пюре; рекомендуются нежирные сорта: треска, хек, судак, минтай и др.

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

#### **Правила введения соков:**

– соки вводят постепенно, вначале с каплей, а затем по ½–1 чайной ложке в день; это количество за 5–7 дней постепенно увеличивают на 5 мл и в течение недели доводят до 50 мл; в 8 месяцев ребенок получает 40–50 мл сока в сутки, в 9–12 месяцев – 80–100 мл;

– суточный объем сока ребенок получает за 2–3 приема после кормления грудью или в интервале между кормлениями;

– первым рекомендуется вводить яблочный сок; лучше из яблок зеленых сортов: антоновки, симиренки, которые редко дают аллергические реакции в отличие от красных; затем вводят грушевый, черносмородиновый, вишневый; после 6 месяцев с осторожностью вводят соки с мякотью, соки цитрусовых, малиновый;

– очень кислые и терпкие соки могут инициировать срыгивания, вызвать нарушение стула, поэтому их следует разводить кипяченой водой или слегка подслащивать сахарным сиропом;

– соки следует готовить перед употреблением; исключение составляют черная смородина, облепиха, которые можно заготавливать впрок;

– наиболее богаты витамином С соки, приготовленные из черной смородины, цитрусовых, шиповника;

– при введении соков необходимо учитывать характер стула: вишневый, гранатовый, черносмородиновый, черничный соки полезны детям с неустойчивым стулом; детям со склонностью к запорам лучше использовать морковный, сливовый, капустный соки;

– в течение дня достаточно 1–2 видов;

– не рекомендуются детям первого года жизни виноградный сок, сок дыни и арбуза; клубничный и томатный соки могут вызвать аллергические реакции, нарушение функции кишечника;

– соки тропических и экзотических фруктов (манго, папайя, гуава) назначают с учетом индивидуальной переносимости (не ранее 6–7 месяцев);

– суточное количество соков легко рассчитать, пользуясь формулой:  $n \times 10$ , где  $n$  – количество месяцев жизни ребенка. Объем соков в суточный объем питания не входит.

### **Алгоритм выбора адаптированной молочной смеси**

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

– **возраст ребенка** (чем моложе ребенок, тем в большей степени он нуждается в смесях, максимально приближенных по составу к грудному молоку). Детям первых 6 месяцев жизни назначают «начальные», или «стартовые», смеси; с 6 месяцев – «последующие» формулы;

– **социально-экономические условия семьи**. Все дети грудного возраста нуждаются в современных адаптированных молочных продуктах. Дети из социально незащищенных семей должны получать питание бесплатно (адресная поддержка);

– **аллергоанамнез**: при отягощенной наследственности первым продуктом выбора должна быть гипоаллергенная смесь;

– **индивидуальная переносимость** продукта.

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

### **Классификация адаптированных молочных смесей**

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

#### **По возрасту:**

– **начальные** (от 0 до 6 месяцев), например, «НАН 1» (Голландия), «Нестожен 1» (Швейцария),

– **последующие** (от 6 месяцев до 1 года), например, «НАН 2» (Голландия), «Нестожен 2» (Швейцария),

– **для детей от 0 до 12 месяцев**, например «Нутрилак 0–12» (Россия).

#### **По pH:**

– **пресные**: например, «НАН 1», «НАН 2» (Голландия),

– **кисломолочные:** «НАН кисломолочный 1-3» (Швейцария), «Нутрилак кисломолочный» (Россия).

**По консистенции:**

– **сухие:** «НАН 1», «НАН 2» (Голландия);

– **жидкие:** «Агуша 1», «Агуша 2», «Бифилин» (Россия).

**По наличию функциональных компонентов:**

– с **пробиотиками:** «Нестожен 1», «Нестожен 2», «Нестожен 3», «Нестожен 4» (Швейцария);

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

– с **нуклеотидами:** «НАН 1» (Голландия)

### **Правила искусственного вскармливания детей первого года жизни:**

– объем питания определяется по тем же формулам, которые приводились для расчета объема молока при естественном вскармливании;

– режим кормления от 0 до 2 месяцев – 6–7 раз через 3–3,5 часа; с 2 до

– 4–5 месяцев – 6 раз через 3,5 часа, с 5 месяцев – 5 раз через 4 часа;

– потребность в белках, жирах, углеводах, калориях такая же, как и при естественном вскармливании;

– внезапный перевод ребенка на искусственное вскармливание требует осторожности. Выбор смеси зависит от возраста ребенка и вида смеси. В первые несколько дней вводится смесь, максимально приближенная по составу к женскому молоку. Убедившись в хорошей переносимости смеси, назначают питание соответственно возрасту ребенка;

– адаптированные молочные смеси, в том числе и лечебные, вводятся в питание ребенка постепенно. В первые сутки по 10–15 мл в каждое кормление, во 2-е сутки – по 20 мл, в 3-и – по 30 мл, далее объем новой смеси увеличивается на 30 мл в каждое кормление ежедневно (60, 90, 120 мл и т. д.) до полной замены продукта, который получал ребенок ранее. Новая смесь готовится отдельно и затем смешивается в одной бутылочке с предыдущей;

– расчет объема смеси производится на фактическую массу тела только калорийным методом – 115 ккал/кг на протяжении первых 6 месяцев жизни. Однако при этом объем питания у ребенка в возрасте 3-х месяцев не должен превышать 850 мл в сутки, 4-х месяцев – 900 мл в сутки, а после 5 месяцев – 1000 мл в сутки;

– предпочтительнее вместо кефира использовать «последующие формулы»: «НАН кисломолочный 2-3», «НАН 2», «НАН 3», «НАН 4», «НАН гипоаллергенный 2», «Нестожен 2 probio», «Нутрилон 2», «Нутрилон Комфорт 2»;

– сроки и последовательность введения продуктов и блюд прикорма при искусственном вскармливании такие же, как при естественном (табл. 29).

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

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

*Примечание.* \* МР 2.3.1.24 32-08 «Нормы физиологической потребности в энергии и пищевых веществах различных групп населения РФ.

**Клиническая оценка питания ребенка:**

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

**Ранние клинические признаки недостаточности питания:**

- изменение поведения ребенка: возбудимость, беспокойство, невротизация;
- изменение отношения к воде: жадно начинает пить и сразу бросает;
- редкий стул;
- изменение кривой массы, ее уплощение; быстрое уменьшение толщины подкожно-жирового слоя на груди и животе, затем на конечностях; при этом увеличение длины тела может идти удовлетворительно;
- «торможение» НПР;
- дистрофические изменения кожи и слизистых оболочек, волос;
- диспепсические расстройства;
- гипохромия эритроцитов, анемизация;
- симптомы полигиповитаминоза и минеральной недостаточности, прежде всего железа.

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

## **Вскармливание детей в возрасте от одного года до трех лет**

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

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

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

При составлении рациона важно придерживаться основных принципов:  
– питание должно удовлетворять основные потребности детей в макро- и микронутриентах;

– необходимо соблюдать разумное разнообразие рациона;

– важно ежедневно включать в рацион ребенка основные группы продуктов: овощи и фрукты, молочные, мясо/рыбу, злаковые, сливочное и растительные масла;

– следует учитывать индивидуальные особенности ребенка, семейные традиции и национальные особенности, не отступая, тем не менее, от принципов рационального питания.

Суточное количество пищи:

– от 1 года до 1,5 лет – 1000–1200 г;

– от 1,5 до 3 лет – 1200–1500 г ;

– объём пищи в одно кормление не должен превышать 300–350 мл.

Режим питания:

– рекомендуется пять приемов пищи из которых три основных (завтрак, обед, ужин) и два дополнительных кормления (второй завтрак перед прогулкой/полдник и кисломолочный продукт или третья формула перед сном);

– при желании мать может прикладывать ребенка к груди 1–2 раза в сутки до двухлетнего возраста;

– предпочтительно, чтобы часы приема пищи оставались постоянными, отклонения от установленного времени не должны превышать 30 минут.

Распределение калорийности при пятикратном кормлении:

– первый завтрак – около 25%;

- обед – 30–35%;
- ужин – 20%;
- дополнительные приемы пищи около 10%.

Рекомендуемые нормы физиологических потребностей в основных ингредиентах представлены в таблице 30. Соотношение белков, жиров и углеводов должно составлять примерно 1 : 1 : 4.

Необходимый белковый минимум определяется не столько общим количеством белков, сколько характером входящих в них аминокислот; к безусловно необходимым аминокислотам относятся триптофан, лизин, цистин, аргинин.

Полноценные белки содержатся в мясе, молоке, яйцах, стручковых растениях, картофеле.

Жиры растительного происхождения должны составлять 10% суточной потребности жиров у детей с 1 до 3 лет. при этом доля линолевой кислоты составляет 4% от общей калорийности.

К наиболее полноценным жирам относят сливочное масло и яичный желток.

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

Основными источниками углеводов являются растительные продукты.

Таблица 30

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

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

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

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

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

– супы: молочные с заправкой из протертых овощей или круп, суп-пюре овощной, вермишелевый, рыбный, бульон с яичными хлопьями, вегетарианские щи, борщ.

– блюда из круп: протертые молочные каши (овсяная, рисовая, гречневая, манная);

– блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке;

– блюда из творога: можно давать творог в натуральном виде только в том случае, если он приготовлен из стерильного молока (творог из молочной кухни, специального промышленного приготовления для детского питания);

– сметану в натуральном виде детям не дают, а используют для приготовления соусов;

– мясные блюда: лучше всего усваивается вареное мясо, поэтому рекомендуются пюре или соте, суфле, гаше из вареного мяса;

– рыбные блюда: лучше использовать рыбное филе, из него можно приготовить рыбное суфле, соте;

– овощные блюда: картофельное, овощное пюре;

– фрукты и ягоды: фруктовые или ягодные пюре, соки, яблоко;

– детям до 1,5–2 лет для улучшения аппетита можно рекомендовать протертый сыр неострых сортов, селедочный форшмак.

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

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

В рацион включают:

– супы: непротертые, на мясном бульоне или с мясом, вегетарианские, рыбные, молочные с вермишелью, щи, борщи; уху с двух лет;

– блюда из круп: непротертые полувязкие каши; в течение недели можно дать гречневую или овсяную – по 2 раза, манную, рисовую – 1 раз и 1 раз – отварную вермишель;

– блюда из макаронных изделий: вермишель в молоке, вермишель с сыром или яйцом;

– блюда из творога: творожный пудинг; с двух лет – сырники;

– мясные блюда: с 1,5 лет мясные тефтели, с двух лет – мясной рулет с рисом и яйцом, жареные котлеты, сосиски;

– рыбные блюда: рыбные тефтели – с 1,5 лет, с двух лет – рыбные котлеты;

– овощные блюда: с двух лет – овощное рагу, картофельные, морковные котлеты; в овощном пюре и рагу постепенно расширяется ассортимент овощей (морковь, свекла, репа, кабачки, капуста, зеленый горошек и т. д.);

- на обед ежедневно салат из свежих или вареных овощей, заправленный растительным маслом; винегрет – с двух лет;
- **фрукты:** свежие ягоды, соки, компот из свежих или сухих фруктов;
- блюда из яиц: можно приготовить омлет; детям с 1,5 лет – яичницу с булкой.

### **Основные правила составления суточных рационов питания для детей раннего возраста**

1. Придерживаться суточных наборов продуктов для питания детей (табл. 31, 32, 33).

2. Каждый день необходимо включать всю суточную норму молока, сливочного и растительного масла, сахара, хлеба. Рекомендуется включать мясо 5–6 раз в неделю.

3. Рыбу, яйца, сыр, творог, сметану можно давать не каждый день, но в течение недели количество этих продуктов должно быть использовано в полном объеме в возрастной норме.

4. Составлять суточный рацион лучше с обеда, в состав которого входит максимальное количество мяса или рыбы, а также значительная часть масла и овощей:

- в состав обеда обязательно должен входить салат из свежих овощей. В качестве первого ребенок получает суп. Второе – мясное или рыбное блюдо с гарниром из овощей (преимущественно) или круп. На третье – фруктовый сок или компот;

- на завтрак, как и на ужин, можно давать различные молочные каши, следя за разнообразием применения круп и отдавая предпочтение гречневой, овсяной. Каши желательно готовить с овощами или фруктами (морковью, тыквой, яблоками, изюмом, курагой). Молочные каши следует чередовать с блюдами из овощей. Кроме каши и овощей на завтрак и ужин рекомендуются блюда из творога, особенно в сочетании с фруктами и овощами. По возможности в состав завтрака следует включать блюда из мяса, рыбы, яиц. Очень хорошо, если есть возможность приготовить на завтрак и ужин салат из свежих овощей, что значительно повышает пищевую ценность рациона и улучшает процессы пищеварения;

- в качестве питья на завтрак дети могут получать злаковый кофе на молоке, чай с молоком. Какао не рекомендуется, так как часто вызывает проявления аллергического диатеза. На ужин дети получают кефир или молоко, реже – чай с молоком. При достаточном использовании молока в течение дня на ужин в качестве питья можно дать сок, отвар шиповника или просто сладкий чай;

- полдник, как правило, состоит из молочнокислых продуктов (кефир, йогурт и др.) и выпечки или кондитерских изделий (сухари, печенье, вафли). В состав полдника желательно включать свежие ягоды и фрукты, а при их отсутствии – консервированные фруктовые пюре для детского питания.

5. Важно установить равномерное распределение продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи. Молоко, сыр, яйца, мясо, высокосортные субпродукты, рыбу, сельдь распределяют так, чтобы в каждый прием пищи одно или два блюда содержали полноценные белки. Такое распределение продуктов, богатых белками животного происхождения, увеличивает биологическую ценность растительных белков, содержащихся в хлебе, крупах, фасоли, муке и др.

6. Правильно составленное меню характеризуется рациональным сочетанием блюд. Если первое блюдо овощное, то ко второму мясному подается гарнир из круп и макаронных изделий. В один прием пищи не следует включать несколько блюд с кислым вкусом (щи, борщи – на первое в сочетании с киселем из клюквы, смородины – на третье). Если суп заправлен крупой, то на гарнир можно давать только овощи. Если на завтрак дается каша, то на обед лучше приготовить овощные блюда.

7. Следует принять за правило: ежедневно ребенок получает два овощных блюда и один раз кашу. На обед к мясным и рыбным блюдам рекомендуется готовить сложные гарниры.

8. В рационе должны присутствовать:

- овощи и/или фрукты – 4 раза в день;
- молочные продукты – 3 раза в день (включая молоко для приготовления каши, йогурты, кисломолочные напитки, творог, детские молочные смеси, или грудное молоко);
- злаковые продукты – каши и гарниры – по одному разу в день;
- хлеб – 2–3 раза в день;
- мясные блюда и/или птица – 2 раза в день;
- рыбные блюда – 2–3 раза в неделю;
- яйцо – 2–3 штуки в неделю;

9. В состав молочного рациона рекомендуется включать специализированную молочную смесь (3–4-я формулы).

10. Важно соблюдать питьевой режим и для утоления жажды использовать воду, а не сладкие напитки.

11. Консистенция блюд должна соответствовать физиологическим особенностям ребенка.

12. При приготовлении блюд следует использовать минимальное количество соли и сахара. В продукты промышленного выпуска не добавлять соль и сахар.

13. Необходимо обращать внимание на то, чтобы одно и то же блюдо не повторялось не только в течение дня, но и в ближайшие дни.

14. Химический состав и калорийность пищи должны распределяться равномерно.

15. Замену одного продукта на другой проводят с таким расчетом, чтобы это минимально отразилось на химическом составе рациона, особенно в отношении белковой части. Если при этом возникает недостаток или избыток углеводов, жира, то следует ввести или исключить из рациона соответствующее количество сахара, сливочного масла.

16. Если масса тела ребенка и индекс массы тела к возрасту находятся в пределах возрастных параметров, то рацион малыша должен соответствовать физиологическим потребностям. Детям с отставанием в физическом развитии рацион составляется индивидуально с учетом состояния здоровья.

### **Специализированные продукты промышленного выпуска**

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

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

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

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

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

## Условия приёма пищи для детей раннего возраста

1. Правильная организация режима дня; отдых и спокойная игра в течение 15–20 минут повышают аппетит перед едой; а длительные прогулки и подвижные игры снижают выделение пищеварительных соков.

2. Необходимо создать спокойную обстановку, не отвлекать ребёнка во время приема пищи.

3. Важно, чтобы у ребенка выработалось положительное отношение к приему пищи, чтобы он не был раздраженным или утомленным.

4. Следует заинтересовать ребенка едой, разговаривать о приятном вкусе и виде приготовленных блюд, пользе пищи.

5. Не кормить насильно, не навязывать то, что не нравится.

6. Если ребенок испытывает жажду, то перед едой можно предложить немного воды.

7. Не позволять есть, «что попало» и в каком угодно количестве.

8. Для хорошего аппетита и усвоения пищи большое значение имеет сервировка стола, внешний вид и качество приготовленной пищи, культура процесса кормления.

9. Дети за столом должны иметь постоянное место; стол и стул должны соответствовать физическому развитию ребенка (размерам тела).

10. Продолжительность приема пищи: завтрак и ужин – 15–20 минут, обед – 30 минут; очень быстрая или очень медленная еда отрицательно влияет на усвоение пищи.

11. При подаче на стол температура первого блюда должна быть +75°C, второго – +65°C, холодного блюда – +4–14°C.

12. Детей с плохим аппетитом нельзя кормить насильно; им можно во время еды предложить небольшое количество воды, ягодного или фруктового сока; можно дать сначала второе блюдо, а потом немного супа.

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

### Советы по формированию правильного пищевого поведения:

– попытки родителей заставить ребенка доесть до конца порцию пищи при его отказе могут привести в дальнейшем к отказу от употребления тех или иных продуктов;

– новые продукты могут быть предложены ребенку в начале приема пищи, когда он еще голоден: его надо сначала предложить попробовать и, если понравится, предложить малышу небольшое количество;

– суточный рацион питания должен обязательно включать любимые блюда;

– начиная с одного года, дети должны постепенно приучаться принимать пищу за обеденным столом совместно со взрослыми;

– для ребенка старше одного года большое значение приобретает внешний вид пищи – красивая сервировка, приятный аромат;

– огромное значение имеет поведение взрослого как пример для усвоения таких норм поведения, как мытье рук, спокойное поведение, произнесение слов благодарности, использование столовых приборов и салфеток, полоскание рта после еды.

#### **Признаки недостаточности питания:**

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

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

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

#### **Правила назначения диеты здоровому ребенку раннего возраста**

Исходные данные: возраст.

Необходимо учитывать:

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

Организация питания:

1. Использовать суточные наборы продуктов.
2. Ежедневно включать в меню всю суточную норму молока, масла, хлеба, сахара, мяса (5 раз в неделю), не каждый день – рыбу (2 раза в неделю), яйца, сыр, творог, сметану.
3. Установить равномерное распределение продуктов, богатых животными белками, между отдельными приемами пищи.
4. Использовать рациональное сочетание блюд.
5. Учитывать разовый объем блюд.

6. Ежедневно включать салаты из сырых овощей.

7. Начинать составлять суточный рацион следует с обеда, затем – завтрак, ужин, полдник.

Таблица 31

**Примерное трехдневное меню для здоровых детей  
12–18 месяцев жизни**

Прием пищи	Меню	Объем
<b>1-й день*</b>		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	180 мл 30 г 100 мл
Обед	Суп-пюре овощной Мясное суфле Детская вермишель Компот	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Творог Фруктовое пюре	120 мл 50 г 100 г
Ужин	Овощное рагу Куриная котлета паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
<b>2-й день*</b>		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Сок	180 мл 30 мл 100 мл
Обед	Суп картофельный с цветной капустой Мясные тефтели Рис отварной Морс ягодный	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	180 мл 20 г 100 г
Ужин	Картофельное пюре Котлета из индейки паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
<b>3-й день*</b>		
Завтрак	Омлет Хлеб пшеничный/масло сливочное Какао на молоке	80 г 30/5 г 120 мл
Обед	Суп рисовый с морковью Рыбное суфле Овощное рагу Кисель	120 мл 50 г 80 г 100 мл

Прием пищи	Меню	Объем
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье детское Фруктовое пюре	120 мл 15 г 100 г
Ужин	Гречка-продел отварная с маслом Мясная котлета паровая Огурец свежий с растительным маслом Компот	120 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл

Таблица 32

**Примерное трехдневное меню для здоровых детей  
18–36 месяцев жизни**

Прием пищи	Меню	Объем
<b>1-й день*</b>		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	200 мл 40 г 100 мл
Обед	Салат овощной с зеленью и растительным маслом Суп овощной Мясное суфле Картофель отварной со сливочным маслом Компот	50 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	200 мл 20 г 100 г
Ужин	Овощное рагу с рисом Куриная котлета Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
<b>2-й день*</b>		
Завтрак	Запеканка творожная Фрукты Кисель	100 г 70 г 120 мл
Обед	Морковь тертая со сметаной Борщ вегетарианский Мясные тефтели Рис отварной со сливочным маслом Сок	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье Фрукты	200 мл 20 г 100 г

Прием пищи	Меню	Объем
Ужин	Вермишель Куриная котлета Салат с помидором и растительным маслом Травяной чай	150 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
<b>3-й день*</b>		
Завтрак	Омлет с сыром Хлеб пшеничный/масло сливочное Фрукты Какао на молоке	100 г 30/5 г 100 г 100 мл
Обед	Помидоры с растительным маслом Суп рисовый с морковью Отварная рыба Овощное рагу Морс	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Пирог с яблоком Фрукты	200 мл 50 г 100 г
Ужин	Гречка отварная с маслом Мясная котлета Огурец свежий с растительным маслом Фруктовый чай	120 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл

Примечание. \*– хлеб пшеничный – 60 г, хлеб ржаной – 30 г в сутки.

Таблица 33

**Приблизительный размер порций  
для детей второго и третьего года жизни**

Группа продуктов	Продукт	Одна порция	Вес, г
Хлеб, каша, макаронные изделия, картофель	Хлеб ржаной пшеничный	1/2 ломтика 1 ломтик	20 20
	Булочки	1 (небольшая)	30–60
	Крекер	3–4 шт.	10
	Блины	1 шт.	50
	Оладьи	2 шт.	50
	Картофельное пюре	3–4 ст. ложки	120
	Вареный /печеный картофель	1/2 средней картофе- лины	80

Продолжение табл. 33

Хлеб, каша, макаронные изделия, картофель	Макароны (готовые)	-	100
	Каша рассыпчатая: рис, греча (гарнир)	3–4 ст. ложки	90
	Каша вязкая	-	150
Фрукты	Яблоко	1/2 среднего размера	40–50
	Груша	1/2 среднего размера	40–50
	Мандарин	1 шт.	40–50
	Апельсин	1/2 шт.	40–50
	Бананы	1/2 шт.	40–50
	Курага	3–4 шт.	40
	Изюм	6–10 шт.	10–15
	Фруктовый салат	1/2 чашки	100
	Фруктовое пюре	1/2 чашки	100
	Ягоды, в т. ч. виноград	3–5 шт	40–50
	Киви	1 шт.	60
	Абрикос, слива	1 шт.	40
	Персик, нектарин	1/2 шт.	50
Овощи	Свекла	2 ст. ложки	50
	Брокколи/цветная капуста	3–4 соцветия	50
	Брюссельская капуста	2–3 качана	50
	Капуста белокочанная	1/2 чашки	50
	Морковь	1/2 (средней)	50
	Огурец/сладкий перец	1/2 шт.	50
	Овощной салат	1/2 чашки	50
	Помидор	1/2 шт.	50
	Овощное рагу	1/2 чашки	50
Овощной суп	-	90–120	
Молочные продукты	Творог (через день)	-	70–80
	Сырники	1 шт.	50–70
	Йогурт (густой)	-	125
	Кисломолочный напиток	-	150–180

Молочные продукты	Молочная смесь	-	200–220
	Сыр (не острый)	1 ломтик	20
		1 ч. ложку тертого	10
Мясо, рыба, яйца	Омлет из одного яйца	-	60
	Яйцо вареное	-	40
	Котлеты (куриные/мясные)	1 небольшая котлета	60–80
	Мясное пюре	-	60–80
	Мясо отварное/тушеное	1/2–1 ломтик	30–40
	Курица/индейка/кролик	1–2 ломтика	40–60
	Рыба	-	30–50
Сладкие блюда	Джем*	1 ч. ложка	6–10
	Сладкое печенье**	1–2 шт.	10
	Кекс**	1/2–1 шт.	20–25
	Фруктовый пирог (шарлотка, штрудель)*	1/2–1 ломтик	20–25
	Баранки, сушки	1 шт.	10
	Пастила, зефир	1/2–1 шт.	10
	Добавленный сахар*	1 ч. ложка на порцию	5

*Примечания.* \* – продукты должны ограничиваться по частоте использования – не чаще одного раза в день; \*\* – продукты должны ограничиваться – не чаще одного раза в неделю.

## Физическое воспитание

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

Физическое воспитание детей первого года жизни предполагает проведение индивидуальных занятий по комплексам, включающим массаж, гимнастику (рис. 1–6, табл. 34) и специальные методы закаливания: воздушные и свето-воздушные ванны, местные и общие водные процедуры,

плавание. Сестра КЗР обучает мать методике их проведения. Участковая медсестра при патронажном посещении на дому контролирует правильность их выполнения. Все эти данные фиксируются в истории развития ребенка. Под особым наблюдением должны находиться ослабленные дети, часто болеющие ОРВИ. Очень важно, чтобы гимнастика и массаж проводились систематически с постепенным усложнением упражнений и приемов массажа. Если контроль за проведением массажа и гимнастикой недостаточен, если на приемах не фиксируется внимание родителей на огромную важность физического воспитания, то естественно, что эффективность их значительно снижается.

## Комплексы гимнастики и массажа для детей до 1 года

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

#### Особенности развития ребенка от 1,5 до 3 месяцев.

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

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

Продолжительность выполнения – 8–10 минут

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

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

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

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

5. *Массаж спины.* Малыша кладут на живот ногами к массажисту. Обими ладонями мать поглаживает мышцы спины в направлении от затылка

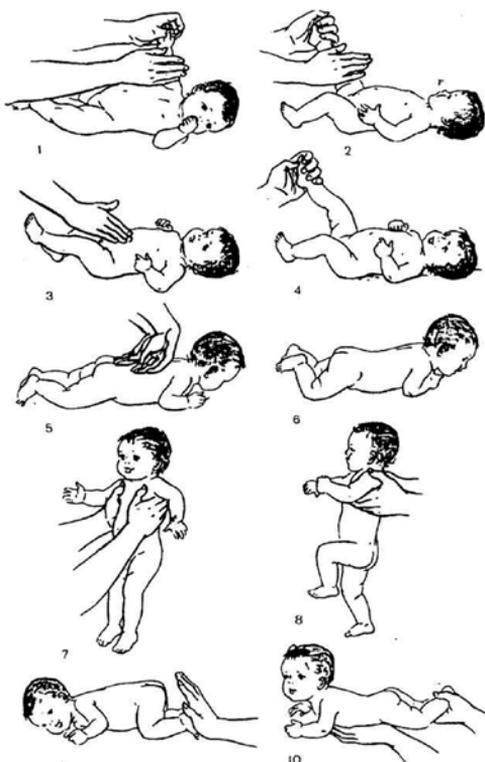


Рис. 1. Комплекс 1

к ягодицам, затем делает обратное движение от ягодиц к голове, произведя поглаживание теперь тыльной поверхностью кистей.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Особенности развития:

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

### Воспитательные задачи комплекса:

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

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

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

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

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

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

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

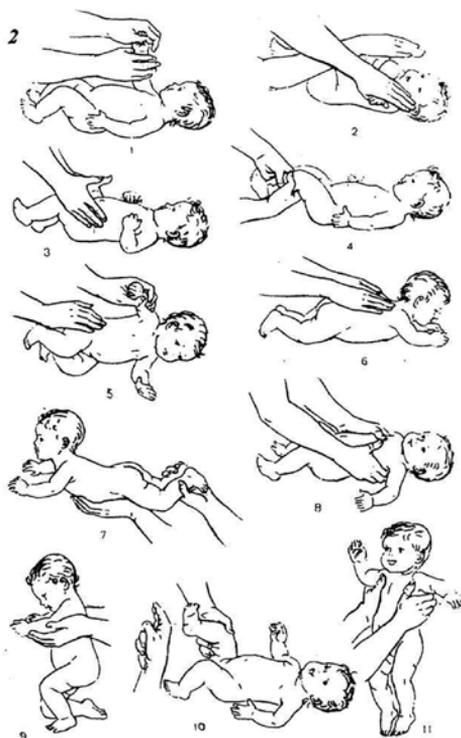


Рис. 2. Комплекс 2

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

11. *Пританцовывание* (см. упражнение 7,

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

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

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

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

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

#### Особенности развития:

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

### **Воспитательные задачи комплекса.**

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

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

1. *Массаж рук* (см. упражнение 1, комплекс 1). 8–10 раз.

2. *Скрещивание рук на груди и разведение их в стороны* (См. упр. 2, комплекс 2). 4–6 раз.

3. *Массаж живота* (см. упражнение 2, комплекс 2). 4–6 раз.

4. *Массаж ног* (см. упражнение 4, комплекс 2). Выполняют 8–10 раз поглаживание, 4–6 раз – растирание и 4–6 раз – кольцевидное растирание. Затем производят разминание ног. Для этого мышцы захватываются между большими и остальными пальцами обеих рук одновременно и разминаются по наружной и внутренней стороне голени и по наружной стороне бедра в направлении от стопы к тазобедренному суставу. Кроме того, проводят глубокое разминание. Оно выполняется спиралеобразными движениями соединенных вместе второго и третьего пальцев в направлении от стопы к паховой области по внешней стороне голени и бедра. Выполнение указанных приемов массажа чередуется поглаживанием.

5. *Сгибание и разгибание ног вместе и попеременно*. Ребенка кладут на спину. Мать обхватывает его голени так, чтобы большие пальцы легли вдоль внешней поверхности нижней части голени, мизинцы – поперек ступни, остальные пальцы – по задней поверхности голени. Осуществляется поочередное сгибание ног и в тазобедренных и коленных суставах. Движения постепенно ускоряют до темпа медленного бега (6–10 раз). Производится также одновременное сгибание обеих ног с небольшим нажимом на живот и последующее разгибание.

6. *Поворот со спины на живот* (см. упражнение 5, комплекс 2).

7. *Массаж спины*. Сначала выполняют поглаживание и растирание (см. упражнение 6, комплекс 2). Затем производят разминание спиралеобразными движениями соединенных вместе пальцев рук по обеим сторонам позвоночника в направлении от ягодиц к шее. Используется и еще один прием массажа – похлопывание. Оно осуществляется тыльной стороной пальцев рук по ходу мышц спины по обеим сторонам позвоночника, исключая область почек. Похлопывание производят вначале одним, потом двумя, тремя и, наконец, всеми пальцами обеих рук. По окончании каждого приема массажа осуществляется поглаживание.

8. *Разгибание позвоночника и ног в положении лежа на животе, на весу*. Малыша кладут на живот, мать подкладывает свои ладони под его живот, соединяет мизинцы и поднимает его над столом. В ответ на это у ребенка

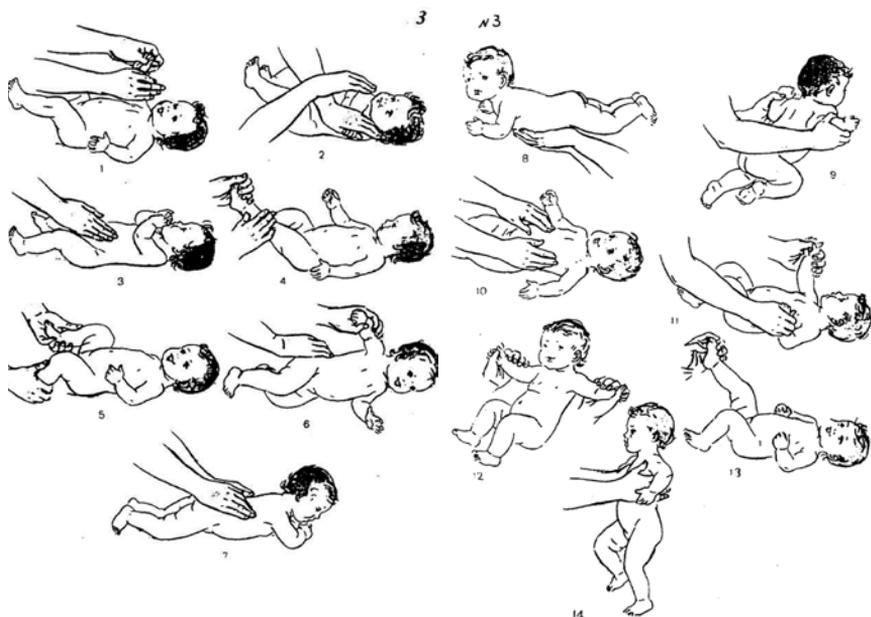


Рис. 3. Комплекс 3

возникает рефлекторное разгибание ног в тазобедренных суставах и позвоночника с одновременным отклонением головы назад.

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

10. *Массаж грудной клетки*. Ребенка кладут на спину. Вначале выполняется поглаживание грудной клетки (см. упражнение 8, комплекс 2). Затем слегка согнутыми пальцами обеих рук производят растирание спиралеобразными движениями между ребрами одновременно с обеих сторон (3–4 раза). После растирания делается вибрация мышц грудной клетки по ее передней поверхности. Мать охватывает руками грудную клетку малыша плотно с обеих сторон и выполняет ритмичные движения вверх-вниз вдоль грудной клетки с легкой вибрацией (8–12 раз). Все приемы массажа грудной клетки завершаются поглаживанием.

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

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

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

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

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

##### Особенности развития:

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

##### Воспитательные задачи комплекса:

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

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

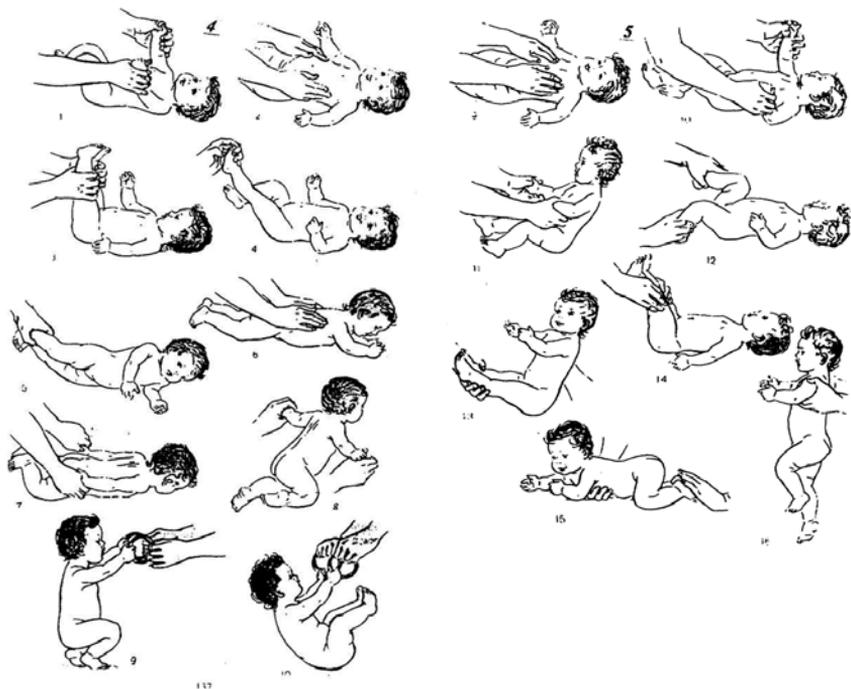


Рис. 4. Комплекс 4

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

**Особенности развития:**

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

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

Продолжительность выполнения – 8–10 минут.

1. *Круговые движения руками с кольцами* (см. упражнение 1, комплекс 4). Дополнение: малыш должен держать в руках небольшие кольца, за которые одновременно держится и мать.

2. *Поднимание выпрямленных ног.* Ребенка кладут на спину, мать держит на высоте выпрямленных в вертикальном положении ног малыша игрушку, цветную палочку или другой яркий предмет и предлагает ему коснуться игрушки ногами (2–3 раза). Вначале ребенку следует показать, чего от него добиваются, помогая ему руками, затем надо побуждать его выполнять упражнение самостоятельно.

3. *Активное топание.* Малыша кладут на спину. Ноги его согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы упираются в стол. Мать, повторяя

4. «топ-топ-топ», добивается, чтобы ребенок самостоятельно имитировал бег на месте. 10–12 раз.

5. *Поворот со спины на живот.* По словесному предложению (можно для привлечения внимания использовать игрушку) малыш должен самостоятельно переворачиваться несколько раз со спины на живот.

6. *Вставание на ноги из положения лежа на животе.* Малыш встает на ноги, держась за кольца, находящиеся в руках матери.

7. *Наклоны и выпрямления туловища.* Малыша ставят на стол, прислоняют к себе спиной, у его ног кладут красивую и удобную для захватывания игрушку. Колени ребенка левой рукой прижимают к себе, правой поддерживают его под живот, предлагают ему достать игрушку и выпрямиться. 2–3 раза.

8. *Присаживание.* Малыша кладут на спину, мать фиксирует (легонько придавливает руками к столу) ноги ребенка ниже коленных суставов и предлагает сесть. 2–3 раза.

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

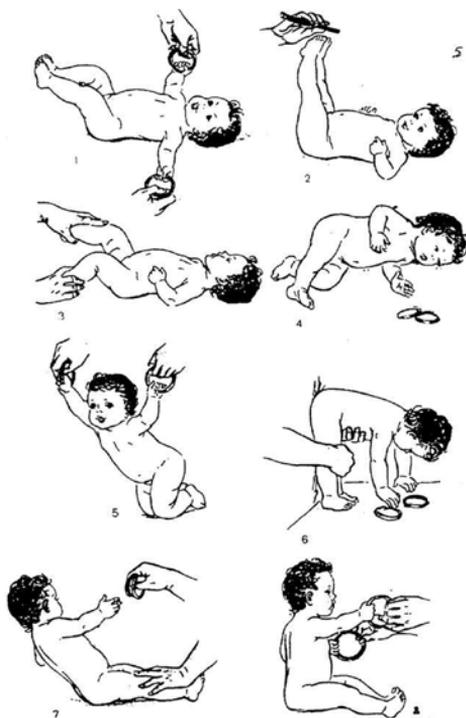


Рис. 5. Комплекс 5

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

Название упражнений	Исходное положение	Для какой мускулатуры
<b>Комплекс 6. От 1 года 2 месяцев до 1 года 6 месяцев</b>		
1. Сгибание и разгибание рук (бокс) с кольцами	Стоя лицом друг к другу (взрослый выполняет вместе с ребенком)	Для рук и плечевого пояса
2. Поднятие выпрямленных ног до палки	Лежа на полу на спине	Для брюшного пресса
3. Наклон туловища с вы- прямлением, с фикса- цией колен	Стоя на столе	Для спины и ног
4. Присаживание, дер- жась за палку	Лежа на полу на спине	Для рук и плечевого пояса
5. Напряженное про- гибание позвоночника (с помощью палки)	Лежа на животе на столе	Для плечевого пояса и межлопаточных мышц
6. Приседание с коль- цами	Стоя лицом друг к другу (со взрослым)	Для ног и стоп
7. Присаживание само- стоя- тельно с фиксаци- ей колен	Лежа на спине	Для брюшного пресса
8. Пролезание под гим- настическую скамью (или любое другое препят- ствие высотой 40 см)	Лежа на животе	Для спины, позвоночни- ка, ног
9. Ходьба по ребристой поверхности (резиновый коврик, специальный тре- нажер для стоп)	Стоя	Для стоп и упражнение в правильной ходьбе
<b>Комплекс 7. От 1 года 6 месяцев до 2 лет</b>		
1. Круговые движения руками	Взрослый выполняет вме- сте с ребенком	Для рук и плечевого пояса
2. Приседание, держась за гимнастическую палку	Стоя	Для брюшного пояса и стоп
3. Поднятие выпрямлен- ных ног до гимнастиче- ской палки	Лежа на спине на полу	Для брюшного пресса, стоп
4. Напряженное про- гибание позвоночника (с помощью палки)	Лежа на животе на столе	Для плечевого пояса и межлопаточных мышц
5. Присаживание, дер- жась за палку	Лежа на спине на полу	Для рук и плечевого пояса

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

### **Закаливание детей раннего возраста**

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

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

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

закаливания сопровождаются усилением деятельности гипофиза, надпочечников и щитовидной железы. По мере приспособления организма напряжение эндокринной системы снижается. Закаливание оказывает специфическое и неспецифическое действие на организм.

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

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

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

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

1. *Постепенность увеличения закаливающих воздействий.* При закаливании детей недопустимо быстрое, форсированное снижение температуры или увеличение продолжительности процедуры.

2. *Систематичность*, т. е. регулярное повторение закаливающих воздействий на протяжении всей жизни.

3. *Учет индивидуальных особенностей ребенка:* состояния его здоровья, физического и психического развития, типологических особенностей нервной системы, чувствительности к действию закаливающих агентов. В соответствии с этими особенностями назначается закаливающая нагрузка.

4. *Проведение закаливания при положительном эмоциональном настрое ребенка.* Важно, чтобы процедуры носили игровой характер, а холодное и тепловое воздействие не сопровождалось негативными реакциями.

5. *Многофакторность* обязывает использовать при закаливании несколько физических воздействий: холод, тепло, облучение видимыми, ультрафиолетовыми, инфракрасными лучами, механическое воздействие движения воздуха, воды и др.

6. *Полиградиентность* основана на необходимости тренировок ребенка к слабым и сильным, быстрым и замедленным, средним по силе и времени действия охлаждениям. Это необходимо для того, чтобы искусственно не закреплялись узкие стереотипы закаленности только к одному диапазону перепадов температур, а вырабатывалась готовность организма без повреждений воспринимать различные естественные температурные воздействия, встречающиеся в его повседневной жизни.

7. *Сочетание общих и местных охлаждений.* Оптимальная устойчивость организма ребенка достигается при чередовании общих закаливающих охлаждений с местными, направленными на наиболее чувствительные к действию холода области (стопы, носоглотка, поясница).

8. *Выполнение закаливающих процедур на разном уровне теплопродукции организма* для повышения его устойчивости к температурным воздействиям как в покое, так и в движении.

9. *Учет предшествующей деятельности, состояния организма* предусматривает уменьшение дозы охлаждения после воздействия выраженных физических, психоэмоциональных нагрузок и необычных раздражений, которые негативно влияют на процесс термовосстановления.

10. *Учет сезонных ритмов* необходим для правильной организации закаливания, поскольку резистентность и адаптационные возможности организма имеют сезонные колебания. Так, сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям повышена летом и снижается в зимне-осенний период. Поэтому оптимальное время для начала закаливающих процедур – лето.

11. *Обязательный медицинский контроль и самоконтроль.* Перед началом закаливания необходимо проконсультироваться с врачом, получить рекомендации по выбору оптимальной схемы закаливания. При проведении самой процедуры закаливания обычно отмечается побледнение или покраснение тела, самочувствие ребенка хорошее, внешний вид бодрый, реакция на закаливание позитивная. Если процедура дозируется неправильно, то ребенок ежится, у него появляется озноб, гусиная кожа, дрожь, он плачет и сопротивляется проведению процедуры. Если в процессе закаливания отмечается ухудшение самочувствия, снижается аппетит, возникает бессонница, снижение работоспособности, необходимо прекратить закаливание и обратиться к врачу.

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

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

Временными противопоказаниями к закаливанию являются:

- лихорадочное состояние;
- обширные поражения кожных покровов;
- выраженные травмы;
- пищевые токсикоинфекции;
- другие заболеваний со значительными нарушениями деятельности нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем.

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

При перерыве в закаливании от 5 до 10 дней при возобновлении закаливания следует ослаблять холодовые воздействия на 2–3°C по сравнению с температурой последней перед перерывом процедуры. После острого пе-

риода заболевания длительностью до 10 дней величина холодового воздействия ослабляется на 2–3°C по сравнению с температурой последних процедур. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется возвратиться к начальной методике закаливания.

Все закаливающие мероприятия разделяются на специальные и неспециальные.

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

- поддержание температуры воздуха в помещении в пределах нормы;
- регулярное проветривание помещения;
- воздействие пульсирующего микроклимата за счет перепадов температуры воздуха в разных помещениях;
- подбор одежды, обеспечивающей тепловой комфорт;
- частичные воздушные ванны в облегченной одежде;
- воздушные ванны при переодевании в течение 3–5 минут;
- прогулки (3,5–4 часа) в любую погоду в одежде, не стесняющей активную деятельность ребенка;
- дневной сон детей без ночных рубашек и маек;
- сон детей в помещении с открытыми фрамугами;
- ежедневные гигиенические процедуры – умывание, мытье рук до локтя, шеи, мытье ног;

– проведение утренней гимнастики на игровых площадках. Специальные – строго дозированное воздействие естественных факторов природы; в качестве основных средств используются водные, воздушные и солнечные.

Закаливающие мероприятия для детей условно можно разделить на два режима:

– первый (начальный), когда происходит становление холодовой (тепловой) устойчивости организма при постепенном усилении воздействия закаливающего фактора;

– второй (закрепляющий), в течение которого поддерживается приобретенная готовность ребенка воспринимать температурные и другие воздействия внешней среды без функциональных нарушений.

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

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

- здоровые, но ранее не закаливаемые дети или дети с функциональными отклонениями (из группы риска);
- ослабленные дети (часто болеющие, имеющие хронические очаги инфекции, реконвалесценты заболеваний и т.д.).

При назначении закаливающих процедур детям ослабленной группы начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть

на 2–4 градуса выше, чем для детей основной, а темп ее снижения более медленным. Выделяют *три режима* закаливания:

- начальный – тренируются только физические механизмы терморегуляции (короткие процедуры с постоянным агентом, обязательно заканчивающиеся теплом);

- оптимальный – стандартная методика;

- специальный – интенсивное закаливание с участием химических процессов терморегуляции.

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

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

При проведении закаливающих процедур рекомендуется учитывать преобладающий тонус вегетативной нервной системы (табл. 35).

Таблица 35

### Алгоритм и тактика подбора индивидуальной схемы закаливания

(Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

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

**Неспециальные методы закаливания** включают подбор одежды ребенка в соответствии с температурой окружающей среды и создание пульсирующего теплового режима в помещении (табл. 36, 37).

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

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

Таблица 36

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

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

Таблица 37

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

Одежда	Температура воздуха, °С						
	22 и выше	От 22 до 19	От 18 до 6	От 6 до -2	От -3 до -8	От -9 до -12	От -13 и ниже
Майка	+	+	+	+	+	+	+
Трусы	+	+	+	+	+	+	+
Колготки		+	+	+	+	+	+
Рейтузы				+	+	++	++
Платье ситцевое или фланелевое	+	+	+	+	+	+	+
Кофта				+	+	+	+

Одежда	Температура воздуха, °С						
	22 и выше	От 22 до 19	От 18 до 6	От 6 до -2	От -3 до -8	От -9 до -12	От -13 и ниже
Куртка или пальто демисезонное			+	+			
Пальто зимнее					+	+	+
Тапочки	+ в помещении при любой температуре						
Туфли		+	+				
Сапоги утепленные				+	+	+	+
Носки теплые					+	+	+

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

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

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

Рациональная одежда во время прогулок способствует повышению адекватной двигательной активности. Воздействие закаливающих факторов на фоне повышенной теплопродукции является наиболее эффективным. Особенно это важно в холодное время года. Для зимы достаточно 4–5 слоев одежды: нательная рубашка и трусы, колготки, верхняя рубашка и штаны (для девочек – платье), теплая кофточка. Наилучшей верхней одеждой для детей 3–7 лет является комбинезон из шерстяной ткани и ватина с надеваемым на голову шлемом. Комбинезон могут заменить рейтузы и пальто. В зимний период надевают валенки с калошами или теплые сапожки. Во время мороза – до  $-15^{\circ}\text{C}$  дополнительно надевают шерстяные носки.

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

Важно правильно организовать сон на свежем воздухе. Матрацы в холодное время года не должны храниться на веранде. Они должны переноситься туда лишь непосредственно перед сном детей, в противном случае матрацы будут переохлаждаться. Нельзя также оставлять матрац детской

коляски все время на улице в холодное время года. Его стелют в коляску лишь непосредственно перед прогулкой. Во время сна ребенку необходимо обеспечить тепловой комфорт путем рационального подбора одежды соответственно температуре воздуха.

Неспециальное закаливание возможно и при проведении гигиенических процедур:

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

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

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

Для того чтобы температурный режим помещений способствовал закаливанию и оказывал тренирующее воздействие на организм ребенка, необходимо сделать его «пульсирующим». Критерием прекращения сквозного проветривания помещения является температура воздуха, которая снижается от 2–4°C до 4–5°C, при этом температура воздуха в помещении может опускаться до +14–16°C. Сквозное проветривание проводится в отсутствие детей в помещении: утром перед приходом детей, перед занятиями, перед возвращением детей с прогулки, во время дневного сна, после полдника.

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

**Специальные методы закаливания** требуют не только полного здоровья, но и большей исходной устойчивости, резистентности организма к средовым факторам.

Специальные закаливающие процедуры различаются:

- по силе воздействия: местные (обтирание, обливание, ножные или ручные ванны), общие (обтирание, обдувание воздушным потоком, обливание, ванна, купание);
- по действующему фактору и его продолжительности и по (воздух, вода, солнце).
- Следует учитывать, что:
- проведение специальных закаливающих процедур осуществляется с учетом всех принципов закаливания;

- подбор методик проводится исходя из конкретных условий образовательного учреждения и в соответствии с сезоном года;
- процедуры начинают с местных воздействий;
- закаливание воздухом должно предшествовать закаливанию водой и солнцем;
- через 1–2 недели после проведения воздушных ванн начинаются водные методики закаливания;
- наиболее эффективен такой подбор специальных закаливающих процедур, при котором они равномерно распределены в режиме дня каждой возрастной группы образовательного учреждения;
- процедуры закаливания должны выполняться родителями и в домашних условиях.

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

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

*Хождение босиком.* Предупреждению заболеваний способствует обливание стоп – как самостоятельная процедура, так и в комплексе с хождением босиком по полу, холодному и горячему песку. Хождение босиком начинают при температуре пола не ниже +18°C. В течение 3–5 дней ребенок ходит в носках, затем без них по 3–4 минуты с увеличением времени на 1 минуту в день до 15–20 минут. После хождения босиком проводится обливание стоп при температуре воды в начале закаливания +37–36°C с постепенным снижением в процессе закаливания до +20°C.

Схемы закаливания водой здоровых детей раннего возраста представлены в таблице 38.

Таблица 38

**Закаливание водой здоровых детей раннего возраста**

Процедура	Температура воды	
	Местное обливание	Начальная
Конечная		+18°C
Скорость снижения температуры		Через 3–4 дня на 2°C
Общее закаливание	Начальная	+35°C
	Конечная	+26°C
	Скорость снижения температуры	Через 3–4 дня на 2°C

Процедура	Температура воды	
Местное контрастное обливание	Начальная теплая	+35–36°C
	Начальная холодная	+25–26°C
	Конечная теплая	+38°C
	Конечная холодная	+20°C
	Контрастное закаливание	X – T – X *

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

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

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

**К интенсивным (нетрадиционным) методам закаливания** относят любые методы, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела человека со снегом, ледяной водой, воздухом отрицательной температуры. Применение такого закаливания у детей до настоящего времени остается дискуссионным.

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

– стадию тревоги (активация функции коры надпочечников, вследствие чего уменьшается объем вилочковой железы, селезенки, лимфатических узлов);

– стадию резистентности (развитие гипофункции коры надпочечников);

– стадию истощения.

Физиологическая незрелость организма детей раннего возраста, в первую очередь незрелость нейроэндокринной системы, является нередко причиной не повышения, а наоборот, подавления иммунной активности, бы-

строого развития стадии истощения при чрезмерном закаливании ребенка к холоду.

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

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

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

Мероприятия, применяемые в зависимости от возраста у детей первых трех лет жизни, представлены в таблице 39.

**Контроль эффективности закаливания** осуществляется по следующим показателям:

1) поведение ребенка в различные режимные моменты – снижение возбудимости, быстрое засыпание, глубокий сон, хороший аппетит, повышение внимания и активности на общеобразовательных занятиях;

2) желание ребенка выполнять закаливающие процедуры, положительный эмоциональный настрой во время их проведения;

3) совершенствование вегето-сосудистой реакции у ребенка: повышение кожной температуры кистей рук и стоп (теплые руки и ноги в течение дня);

4) динамика заболеваемости ребенка по сезонам года – осень, зима, весна:

– уменьшение числа часто болеющих детей;

– число случаев заболеваний ОРЗ на одного ребенка;

– сокращение длительности одного заболевания (в днях);

– число дней, пропущенных одним ребенком по болезни за год;

5) комплексная оценка здоровья детей и перераспределение по группам здоровья.

### Закаливающие мероприятия для детей первых трех лет жизни

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

Мероприятия	Возраст			
	1–3 месяца	3–6 месяцев	7–12 месяцев	1–3 года
Прогулка				2 раза в день при температуре воздуха от -15° до +30°С
Общее обливание после прогулки				Начальная температура воды +35–34°С. Затем ее постепенно снижают до +26–24°С
Обливание ног перед дневным сном				Начальная температура воды +28°С. Затем ее постепенно снижают до +18°С

## Воспитание детей раннего возраста

### Воспитание ребенка первого года жизни

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

**Воспитание ребенка от 1 до 3 месяцев.** В этом возрасте интенсивно развиваются слуховой и зрительный анализаторы. К трехмесячному возрасту у ребенка должно сформироваться взаимодействие зрительного и слухового анализаторов: он начинает локализовать звук в пространстве.

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

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

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

Перед каждым кормлением и сном, а на третьем месяце и в середине бодрствования, следует выкладывать ребенка на живот, периодически подставлять к стопам ребенка свою ладонь, вызывая при этом феномен пол-

зания. В результате развивается умение поднимать и удерживать голову, укрепляется тонус брюшных мышц. При признаках утомления следует повернуть ребенка на спину.

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

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

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

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

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

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

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

Необходимо побуждать ребенка к активности при еде (невнимание к активности маленького ребенка при приеме пищи и, особенно, насильственное его кормление приводят к понижению аппетита и длительному неуме-

нию есть самостоятельно). С 4,5–5 месяцев следует приучать ребенка есть с ложки, снимая пищу губами, а не сосывая ее, как это делают дети первых месяцев жизни. Для воспитания этого навыка ложку с пищей подносят ко рту ребенка, вкладывая ему в рот, что побуждает малыша к соответствующим движениям.

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

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

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

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

Условия для развития и занятия с ребенком. Вначале стимулируют лепет, вступая в переключку с ребенком. Когда у него появляется лепет (6 месяцев), следует вызывать подражание произносимым слогам (с 6 месяцев) и простым словам: «мама», «дай», «киса» и др. (12 месяцев). Развивая понимание речи, нужно много разговаривать с ребенком, называть окружающих людей, предметы, действия, учить выполнению некоторых движений и действий по слову взрослого, вначале подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание (с 7–8 месяцев – «ладушки», «дай ручку», «до свидания», с 9–10 месяцев – «дай игрушку», имея в виду, что ребенок должен найти данную игрушку среди нескольких других и подать ее и т. п.).

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

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

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

Для получения ребенком новых впечатлений и развития речи следует показывать животных, заводные игрушки, а с 10 месяцев – картинки. Игрушки

уже не подвешивают, а кладут в кроватку, манеж, на пол. Необходимо показывать элементарные действия с предметами, побуждая ребенка к подражанию.

Для воспитания навыков при приеме пищи необходимо:

– с 6,5–7 месяцев во время кормления давать ребенку в руку кусочек белого хлеба, печенья, приучать его есть самостоятельно;

– с 7–8 месяцев приучать ребенка пить из чашки (широкой), которую сначала держит взрослый, а потом сам ребенок (в 12 месяцев ребенок самостоятельно пьет из чашки);

– с 8–9 месяцев детей, умеющих сидеть, следует во время кормления сажать на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

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

Воспитание гигиенических навыков – умывание рук, лица:

– необходимо воспитывать у ребенка положительное, спокойное отношение к процессу умывания;

– проводить умывание осторожно, не доставляя малышу неприятных ощущений;

– побуждать ребенка к активности при умывании;

– в 8–9 месяцев ребенок должен протягивать руки к струе воды.

Воспитание навыков саморегуляции физиологических отпавлений:

– с 5–6 месяцев следует держать ребенка над горшком после сна (если ребенок проснулся сухим), перед сном и периодически во время бодрствования, но не раньше, чем через 30 минут. После кормления, стараясь угадать появление у ребенка потребности к мочеиспусканию (не вызывая отрицательной реакции);

– в 8–9 месяцев ненадолго (на 3 минуты) высаживать на горшок в одно и то же время дня. Горшок должен быть теплым, подходить по размеру. Необходимо поддерживать у ребенка хорошее настроение, сделав процедуру высаживания на горшок приятной. Приучать проситься на горшок, для чего сопровождать высаживание словами «пи-пи», «а-а», вызывая у ребенка подражание словам (к одному году ребенок спокойно относится к высаживанию, к 1 году 6 месяцам днем просится, а к 2 годам должен проситься и ночью). Ночью детей до одного года не следует высаживать, а менять мокрое белье по мере надобности.

– С 11–12 месяцев следует побуждать ребенка к активности при одевании и раздевании: протянуть ногу дня надевания колготок, сапожек, поднять руки при снятии платья и др.

Рекомендуемые игрушки: разнообразные и более сложные, многокрасочные, звучащие игрушки из разного материала: куклы, птички, зайчики, рыбки и др. Для развития действия с предметами следует давать детям мячи и игрушки для катания, всевозможные легко открывающиеся корбочки, игрушечные кастрюльки для закрывания и открывания, пятистенные

полые кубики, складные матрешки, небольшие пирамидки (из 2–3 толстых колец). Полезно использовать для той же цели пластмассовые и металлические мисочки, небольшие бидончики и т. д. Ребенок сможет вкладывать в них шарики и небольшие игрушки.

### **Воспитание и занятия с ребенком второго года жизни**

***На втором году с целью стимулирования понимания речи следует:***

– увеличивать число запоминаемых слов (названия продуктов, мебели, одежды, животных, птиц, растений и др., названия частей тела, одежды и т. д., качества предметов, основных действий);

– укреплять связи между предметами и обозначениями их словами. Развивать понимание связей и отношений между предметами («птичка клюет зернышко»);

– научить выполнять инструкции и поручения взрослого: в первом полугодии состоящие из 1-2 действий, во втором полугодии – из нескольких звеньев («пойди туда-то», «возьми то-то», «принеси мне»).

***С целью стимуляции активности речи необходимо:***

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

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

***Для развития движений нужно:***

совершенствовать и делать целевыми ходьбу (учить ходить по ограниченной и наклонной плоскости – по доске, перешагивать через одиночные препятствия, удерживать равновесие), лазанье (учить влезать на стремянку, перелезть через бревно, подлезать под скамейкой), бросание (учить бросать мяч в корзину). Во втором полугодии развивать умение бегать. Учить простейшим элементам пляски. Прыгать с высоты дети второго года жизни не должны из-за особенностей анатомического строения стопы (плоскостопие);

развивать (во втором полугодии) различные подражательные движения («как мишка ходит», «как заяка бегаёт»);

приучать выполнять различные действия, движения по словесному предложению, а в конце года по словам (стишки, песенки, сначала одному, а потом и группе детей).

### **Различные действия с предметами:**

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

### **Воспитание навыков при приеме пищи:**

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

### **Воспитание гигиенических навыков:**

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

### **Воспитание навыков одевания и раздевания:**

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

**Рекомендуемые игрушки:** пирамидки, более сложные матрешки, песочницы, обручи, игрушечные телефоны, мячи. Сюжетные игрушки: одетые куклы, кукольная мебель, алюминиевая посуда, игрушечные животные. Примитивный строительный материал. Различные тачки, тележки, машины, «мелочь»

в мешочке или коробочке (с 1 года 6 месяцев). Песок (с 1 года 6 месяцев) и вода (к концу второго года) для игры. Заводные игрушки, живые животные для показа и рассказа, простые музыкальные инструменты, вроде барабана или бубна. Мыльные пузыри.

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

### **Воспитание и занятия с ребенком третьего года жизни**

#### ***С целью дальнейшего развития понимания речи следует:***

– показывать все новые и более сложные предметы, действия, картинки, сопровождая знакомство с ними словесными пояснениями. Обогащать впечатления ребенка;

– приучать понимать устную речь без сопровождения наглядными образцами, слушать небольшие рассказы, короткие стихотворения.

– С целью стимуляции активной речи нужно:

– учить говорить предложениями, правильно произносить слова и изменять окончания слов, согласовывать слова в фразах;

– продолжать развивать у ребенка эмоциональную выразительность голоса, побуждать к подпеванию и пению;

– вызывать активные высказывания ребенка – учить передавать словами впечатления (рассказ по картинке и т.д.), отвечать на вопросы.

#### ***Для развития движений необходимо:***

– способствовать дальнейшему развитию координации общих движений (одновременные, экономичные и ловкие движения рук и ног) при ходьбе, беге и т. п. (устранять лишние движения);

– приучать по сигналу приостанавливать движения, переходить от одного движения к другому, изменять темп движения;

– развивать чувство ритма, вводить танец под музыку;

– продолжать развивать координацию мелких движений, игру и действия с предметами;

– освоенные с помощью взрослых предметы передаются для самостоятельной деятельности (следить, чтобы предметы использовались ребенком правильно, закреплять приобретенные умения);

– развивать сюжетные игры, основанные на подражании взрослому и старшим детям, стимулировать инициативу и выдумку ребенка в игре;

– при пользовании предметами уточнять их число, цвет, размер и т. д., заставлять называть эти свойства предметов, подбирать их по заданию.

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

### **Воспитание гигиенических правил:**

– под контролем взрослого ребенок может самостоятельно намылить руки, не обливаясь, вымыть лицо и руки под узкой струей воды, вытереть их насухо;

– следует приучать ребенка по собственной инициативе умываться утром и вечером, мыть руки перед едой или после загрязнения, вытираться только своим полотенцем (в 3 года ребенок хорошо и аккуратно моет руки, вытирает их, вытирает нос и др.).

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

### **Навыки одевания и раздевания:**

– с 2 лет 6 месяцев ребенок может самостоятельно расстегивать и застегивать пуговицы, развязывать и завязывать шнурки (к 2 годам ребенок снимает некоторые предметы туалета – колготки, ботинки, штанишки, а в 2 года 6 месяцев одевается и раздевается сам, но без застегивания и расстегивания пуговиц, развязывания шнурков);

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

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

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

– выработка умения самостоятельно заниматься, не мешая старшим (на втором году), играть друг с другом (жалеть «обиженного», помочь «пострадавшему»), поддерживать порядок в игрушках, беречь их;

– навыки самообслуживания и взаимопомощи;

– развитие любознательности, смелости, настойчивости, стремление преодолеть препятствия и довести начатое дело до конца.

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

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

# Профилактика алиментарно-зависимых заболеваний детей раннего возраста

## Профилактика рахита

Следует отметить, что к факторам риска низкой обеспеченности беременных витамином D следует относить: возраст старше 25 лет, профилактику гиповитаминоза или отсутствие приема витамина D, наличие патологии костно-суставной системы, ЖКТ, 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. 40).

Таблица 40

### Факторы риска развития рахита у детей

Фоновые состояния	Вследствие патологии
<ul style="list-style-type: none"><li>• Отягощенная наследственность по нарушениям фосфорно-кальциевого обмена</li><li>• Недоношенность</li><li>• Морфофункциональная незрелость</li><li>• Внутриутробная гипотрофия</li><li>• Ребенок от многоплодной беременности</li><li>• Ребенок от повторных родов с малыми промежутками между ними</li><li>• Вскармливание неадаптированными смесями</li><li>• Снижение двигательной активности (тугое пеленание, длительная иммобилизация)</li><li>• Недостаточная инсоляция</li><li>• Смуглая кожа</li><li>• Заболевания эпидермиса</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Синдром мальабсорбции (целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.)</li><li>• Применение антиконвульсантов у детей с судорожным синдромом</li><li>• Хроническая патология почек, печени, желчевыводящих путей</li><li>• Частые респираторные заболевания</li></ul>

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

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

**Антенатальная 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) (см. раздел «Аntenатальная охрана плода»). При спокойном аллергологическом анамнезе можно включать в рацион питания беременной женщины продукты – источники витамина D (табл. 41, 42).

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

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.

Таблица 41

#### Источники витамина D

Продукты	Содержание витамина D3
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 шиитакэ свежие	100 МЕ/100 г
Желток куриного яйца	20 МЕ/1 желток

## Содержание витамина D в отечественных продуктах питания

Продукт	Содержание витамина D, мкг/100 г*
Молоко коровье	0,06
Молоко козье	0,05
Сливки 10%	0,8
Сливки 20%	0,12
Сливки 30%	0,15
Окунь морской	2,3
Кета	16,3
Нототения мраморная	17,5
Сельдь атлантическая жирная	30,0
Горбуша (консервы)	12,0
Печень трески (консервы)	100
Цельное куриное яйцо	2,2
Желток	7,7
Яичный порошок	5,5

\* *Примечание:* 1 мкг = 40 МЕ

При необходимости выбора витаминно-минеральных комплексов для беременных основное требование клинической фармакологии – «безопасность и эффективность» – всегда перевешивает в сторону полной безопасности. ВМК назначаются 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 должна получать только рекомендованную профилактическую суточную дозу витаминов и минералов. Избыточное поступление витаминов и минералов, так же 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 коррек-

ции» (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. Необходимо обращать внимание на то, что синтез витамина D в коже сильно снижается (практически до нуля) при повышенной облачности, тумане, загрязненности воздуха и др., а также на то, 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 не только витаминами, микро- и макроэлементами, омега-3 жирными кислотами, пребиотиками, но и комплексом лактогонных трав («NutriMa Лактамил», «Млечный путь»), которые назначаются 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 экспозиции матери на солнце и от приема ею 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 доза витамина D:

– всем доношенным новорожденным 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 недель также назначается 500 ЕД/сут витамина D с учетом толерантности к энтеральному питанию;

• с массой тела 1800 г и менее или гестационным возрастом 31 недель и менее должны получать 500 ЕД витамина D при условии усвоения ими 100–150 мл/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 D<sub>3</sub> (холекальциферол)

В настоящее время в России зарегистрированы

– водорастворимый раствор холекальциферола (15000МЕ в 1 мл);

– масляный раствор (20000 МЕ в 1 мл).

Водный раствор витамина D<sub>3</sub> 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;

– гипervитаминоз 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 трех 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 уровень гемоглобина, тем самым маскируя проявления железодефицита (Прегравидарная подготовка. Клинический протокол. – М., 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 месяце 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 месяцев 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 месяцев;

– **дети в возрасте 6–12 месяцев** 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 с достаточным количеством красного мяса, овощей с высоким содержанием железа и фруктов с большим содержанием витамина С, который усиливает всасывание железа. Также можно дополнительно назначить жидкие формы препаратов железа или поливитаминов;

– все дети, родившиеся **недоношенными**, должны получать, по крайней мере, 2 мг железа на 1 кг массы тела в сутки до двенадцатимесячного 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 первого 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. 43):

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

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

**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

Количество железа, поступаемое 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. 44), не обеспечивают потребность растущего детского организма, так как содержащиеся в них танины, фитины, фосфаты образуют с железом нерастворимые соединения и выводятся с калом. Неблагоприятно влияют на абсорбцию железа практически неперевариваемые пищевые волокна, которыми богаты крупы, свежие овощи, фрукты. Железо, фиксируясь на их поверхности, выводится с калом. Повышают биодоступность и абсорбцию железа аскорбиновая кислота, животный белок (мясо, рыба).

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

Большая часть поступающего с пищей железа представлено негемовой его формой. Биодоступность железа во многом зависит от преобладания в рационе факторов, ингибирующих либо потенцирующих кишечную ферроабсорбцию (WHO, 1989) (табл. 45).

Таблица 44

**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		

Таблица 45

**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. 46).

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

Таблица 46

#### 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 анорексии.

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

### **Диетопрофилактика пищевой аллергии у детей из групп высокого риска развития 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 гидролизованные 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 агалактии 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 микро-социальной среды. Поэтому она должна осуществляться задолго до того, как ребенок поступит в дошкольное учреждение.

Всю организационную и методическую работу детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в 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 1–2 месяца до поступления ребенка в ДОО в процесс подготовки активно включается персонал дошкольного учреждения. Необходимо объяснить родителям правила приема и возможные изменения в поведении ребенка при адаптации к новым микросоциальным условиям, а также мероприятия по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода. Работники детского учреждения при непосредственном контакте с ребенком и родителями изучают его индивидуальные особенности, условия воспитания и быт. Это позволяет им осуществлять индивидуальный подход к детям в период адаптации.

**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. 47), 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. 48) оцениваются следующие поведенческие реакции:

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

## 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 \_\_\_\_\_

День адаптации	Дата регистрации	Сниженное настроение	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия (нев)	Страх	Двигательная активность	Сон	Аппетит	Сумма	Нервно-психическое развитие							
												Показатель	1	2	3	4	5	6	
3																			
6																			
9																			
12																			
15																			
18																			
21																			
24																			
27																			
30																			
33																			
36																			
39																			
42																			
45																			

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации \_\_\_\_\_

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Неделя адаптации						Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4	5	6		
Нарушения сна							Течение адаптации: – Благоприятное – Условно-благоприятное – Неблагоприятное	
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 – вклеивается в медицинскую карту.

Таблица 48

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

<b>Характеристика поведенческих реакций</b>		<b>Баллы</b>	
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

<b>Характеристика поведенческих реакций</b>			<b>Баллы</b>
VI. Социальные контакты	4	Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+1
	5	Просит на руки с целью сочувствия	0
	6	Робок	-2
	7	Недоверчив, хмур, стремится убежать	-4
	8	Плача, вступает в контакт, требуя отвести себя к родителям	-6
VII. Двигательная активность	1	Много лежит или сидит	-4
	2	Замедлен, вял в движениях	-2
	3	Средняя подвижность	+5
	4	Высокая подвижность	-1
	5	Очень большая подвижность	-5
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
<b>Характеристика поведенческих реакций</b>			<b>Баллы</b>
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

Продолжение табл. 48

Характеристика поведенческих реакций		Баллы	
II. Гнев	1	Нет	+2
	2	Появляется редко и в слабой форме	+1
	3	Умеренный	-1
	4	Частый, хорошо выраженный	-5
	5	Очень частые приступы гнева	-7
III. Страх	1	Нет	+3
	2	Проявляется редко и в слабой форме	-2
	3	Умеренный	-6
	4	Частый, хорошо выраженный	-8
	5	Очень частые реакции страха	-10
IV. Познавательная деятельность	1	Отсутствует	-4
	2	Проявляется непостоянный интерес к играм	+1
	3	Проявляется интерес к окружающим незнакомым людям	+3
	4	Установившийся интерес к окружающим, может долго играть	+5
	5	Долго играет, трудно отвлекается от игры, интересуется новыми предметами и людьми	+7
V. Положительные эмоции	1	Нет	-5
	2	Слабо и редко вокалирует	+1
	3	Адекватно улыбается	+5
	4	Веселый жизнерадостный ребенок, мало плачет	+8
	5	Много смеется, улыбается взрослым	+10
VI. Социальные контакты	1	Легко вступает в контакт	+5
	2	Просится на руки, приглашает играть	+3
	3	Сдержанно вступает в контакт	+2
	4	Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+1
	5	Просится на руки с целью сочувствия	0
	6	Робок	-2
	7	Недоверчив, хмур, стремится убежать	-4
	8	Плача, вступает в контакт, требуя отвести себя к родителям	-6
VII. Двигательная активность	1	Много лежит или сидит	-4
	2	Замедлен, вял в движениях	-2
	3	Средняя подвижность	+5
	4	Высокая подвижность	-1
	5	Очень большая подвижность	-5

Характеристика поведенческих реакций			Баллы
VIII. Сон	1	Отсутствие сна, плач	-8
	2	Засыпает и просыпается с плачем	-2
	3	Неспокоен, засыпает с плачем	-5
	4	Беспокоен	-3
	5	Спокоен, засыпает с плачем	-1
	6	Засыпает с задержкой, без плача	0
	7	Сон спокойный, засыпает с хныканьем	+2
	8	Сон спокоен	+6
	9	Сон очень спокоен, глубокий	+8
IX. Аппетит	1	Отсутствует	-4
	2	Плохой	-1
	3	Средний	+3
	4	Хороший	+6
	5	Повышенный	+2
	6	Чрезмерный	-3

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

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

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

### АНКЕТА для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей

**Уважаемые родители!** Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, 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 ударишь \_\_\_\_\_
12. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) \_\_\_\_\_
13. Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи) \_\_\_\_\_
14. Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивания лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм) \_\_\_\_\_
15. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло \_\_\_\_\_
16. Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования \_\_\_\_\_
17. Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний \_\_\_\_\_
18. Другие жалобы \_\_\_\_\_

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

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

Значительно выраженные невротические реакции – это пограничные с невротом 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.

**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.

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».

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу проводят врач и медсестра. Выделяют следующие варианты течения адаптации (табл. 49).

**Варианты течения адаптации  
к дошкольному образовательному учреждению**

Благоприятное	Условно-благоприятное	Неблагоприятное
<p>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</p>	<p>Симптомы невротизации выражены умеренно, необходимы коррекционные мероприятия; у детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития не более чем на один эпикризный срок; потеря массы не более 100–150 г; за период адаптации ребенок не болел или перенес одно острое респираторное заболевание в легкой форме; продолжительность адаптационного периода – до 45 дней</p>	<p>В случае более выраженных изменений течение адаптации оценивается как неблагоприятное; продолжительность адаптации затягивается до 75 дней и более</p>

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 тем-

пом. Ритмичная, маршевая мелодия возбуждает, повышает эмоциональный тонус. Медленная мелодичная музыка успокаивает, расслабляет. Выбрать музыку в соответствии с этими принципами может педагог совместно с врачом и музыкальным работником.

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

Учитывая важную роль белков, витаминов, особенно группы В, в приспособительных реакциях детей, следует обратить внимание на качество питания и его сбалансированность до поступления ребенка в новый коллектив и при адаптации к нему. При снижении аппетита у детей недостающее количество пищевых ингредиентов нужно вводить в виде концентрированных добавок (творог, яичный белок, сливки, 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 корригирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

Корригирующие 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 препараты, направленные на повышение резистентности организма ребенка (см. раздел «Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей из групп риска»).

**Общетонизирующие средства, адаптогены** – это препараты растительного происхождения, обладающие общетонизирующим 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,  $\omega$ -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 № 370н, от 13.04.2017 № 175н) «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. 50)

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. № 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 26.01.2019 № 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 минут за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

Таблица 50

### Национальный календарь профилактических прививок

Возраст	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против <b>вирусного гепатита В</b> (1)
Новорожденные на 3-7-й день жизни	Вакцинация против <b>туберкулеза</b> (2)
Дети в 1 месяц	Вторая вакцинация против <b>вирусного гепатита В</b> (1)
Дети в 2 месяца	Третья вакцинация против <b>вирусного гепатита В (группы риска)</b> (3)
	Первая вакцинация против <b>пневмококковой инфекции</b>
Дети в 3 месяца	Первая вакцинация против <b>дифтерии, коклюша, столбняка</b>
	Первая вакцинация против <b>полиомиелита</b> (4)
	Первая вакцинация против <b>гемофильной инфекции (группы риска)</b> (5)

<b>Возраст</b>	<b>Наименование профилактической прививки</b>
Дети в 4,5 месяца	Вторая вакцинация против <b>дифтерии, коклюша, столбняка</b>
	Вторая вакцинация против <b>гемофильной инфекции (группы риска) (5)</b>
	Вторая вакцинация против <b>полиомиелита (4)</b>
	Вторая вакцинация против <b>пневмококковой инфекции</b>
Дети в 6 месяцев	Третья вакцинация против <b>дифтерии, коклюша, столбняка</b>
	Третья вакцинация против <b>вирусного гепатита В (1)</b>
	Третья вакцинация против <b>полиомиелита (6)</b>
	Третья вакцинация против <b>гемофильной инфекции (группы риска) (5)</b>
Дети в 12 месяцев	Вакцинация против <b>кори, краснухи, эпидемического паротита</b>
	Четвертая вакцинация против <b>вирусного гепатита В (группы риска) (3)</b>
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против <b>пневмококковой инфекции</b>
Дети в 18 месяцев	Первая ревакцинация против <b>полиомиелита (6)</b>
	Первая ревакцинация против <b>дифтерии, коклюша, столбняка</b>
	Ревакцинация против <b>гемофильной инфекции (группы риска)</b>
Дети в 20 месяцев	Вторая ревакцинация против <b>полиомиелита (6)</b>
Дети в 6 лет	Ревакцинация против <b>кори, краснухи, эпидемического паротита</b>
Дети в 6–7 лет	Вторая ревакцинация против <b>дифтерии, столбняка (7)</b>
	Ревакцинация против <b>туберкулеза (8)</b>
Дети в 14 лет	Третья ревакцинация против <b>дифтерии, столбняка (7)</b>
	Третья ревакцинация против <b>полиомиелита (6)</b>
Дети от 1 года до 18 лет, не привитые ранее	Вакцинация против <b>вирусного гепатита В (9)</b>
Дети от 1 года до 18 лет	Вакцинация и ревакцинация против <b>краснухи</b> . Проводится детям не болевшим, непривитым, привитым однократно против краснухи, не имеющим сведений о прививках против краснухи
Дети от 1 года до 18 лет включительно	Вакцинация и ревакцинация против <b>кори</b> проводится детям не болевшим, не привитым, привитым однократно против кори, не имеющим сведений о прививках против кори (10)

Возраст	Наименование профилактической прививки
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1-11 классов, обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования	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 первой 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 (первая доза – в момент начала вакцинации, вторая доза – через месяц после первой прививки, третья доза – через 2 месяца от начала вакцинации, третья 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 иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или длительно получающими иммуносупрессивную терапию; детьми, 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 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).
7. – Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов.
  8. – Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).
  9. – Вакцинация проводится детям, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0–1–6 (первая доза – момент начала вакцинации, вторая доза – через месяц после первой прививки, третья доза – через 6 месяцев от начала вакцинации).
  10. – Иммунизация в данной возрастной категории проводится не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью с интервалом не менее 3-х месяцев между первой и второй прививками. Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок детям представлен в таблице 51.

Таблица 51

**Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок Национального календаря**

Вакцины	Противопоказания
Все вакцины	Осложнение или сильная реакция на предыдущую дозу (температура тела выше 40°C; в месте введения вакцины – отек, гиперемия более 8 см в диаметре; анафилактический шок).
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
БЦЖ-вакцина, БЦЖ-М вакцина	Вакцинация: недоношенность II–IV степени; вес ребенка менее 2500–2000 г; внутриутробная инфекция; гнойно-септические заболевания; гемолитическая болезнь новорожденных (среднетяжелая и тяжелая формы); тяжелые поражения центральной нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой; генерализованные кожные поражения; генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье* наличие ВИЧ-инфекции у матери. Ревакцинация: сомнительная или положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, туберкулез или инфицирование туберкулезными микобактериями, осложнения реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ (келоидный рубец, лимфоаденит и др.)
ОПВ	Неврологические расстройства, сопровождавшие предыдущую вакцинацию пероральной полиомиелитной вакциной; гиперчувствительность к любому компоненту вакцины

Вакцины	Противопоказания
Вакцина против полио-миелита инактивированная	Аллергия к активному компоненту, к одному из вспомогательных веществ, входящих в состав вакцины, аллергическая реакция на предшествующее введение вакцины
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)**
АДС, АДС-М	Абсолютных противопоказаний нет
ЖКВ, ЖПВ, вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)	Тяжелые реакции на аминогликозиды, анафилактические реакции на яичный белок***
Вакцина против гепатита В	Анафилактическая реакция на пекарские дрожжи****
Вакцина против гриппа	Аллергическая реакция на куриный белок или другие компоненты вакцины
Вакцина против гемofilной инфекции	Повышенная чувствительность к компонентам вакцины, включая столбнячный анатоксин, развитие тяжелых системных аллергических реакций на предыдущее введение вакцины
Вакцина против пневмококковой инфекции	Гиперчувствительность к любому компоненту вакцины, развитие тяжелых системных аллергических реакций на предыдущее введение вакцины

**Примечания:**

\* Вакцину БЦЖ не вводят при массе тела ребенка менее 2500 г, а вакцину БЦЖ-М – при массе тела менее 2000 г. Данное противопоказание для введения БЦЖ и БЦЖ-М связано с тонкой кожей новорожденного, затрудняющей внутрикожное введение вакцины. Вакцинация 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 вакцинация против туберкулеза не проводится.

Детям, не привитым в период новорожденности, после исключения противопоказаний назначается щадящая иммунизация вакциной БЦЖ-М. Ребенку старше 2 месяцев обязательна предварительная постановка реакции Манту и вакцинация только при ее отрицательном результате (отсутствии инфильтрата, гиперемии или при наличии уколочной реакции – 1 мм). Интервал между постановкой пробы Манту и вакцинацией (ревакцинацией) должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель. Инфицированные туберкулезными микобактериями дети, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту, ревакцинации не подлежат. БЦЖ не вводится детям, имеющим в семье случаи, позволяющие заподозрить наследственное иммунодефицитное заболевание – до выяснения иммунного статуса.

\*\* Дети с фебрильными судорогами в анамнезе должны быть обследованы для исключения эпилепсии, прививки им проводят после уточнения диагноза на фоне противосудорожной терапии. Наличие фебрильных судорог после введения предыдущей дозы не является противопоказанием к продолжению иммунизации АКДС.

\*\*\* Зарубежные препараты коревой и паротитной вакцин, а также тривакцина готовятся на культурах клеток куриных эмбрионов и поэтому их не вводят лицам с анафилактическими реакциями на куриный белок (анафилактический шок, отек тканей лица и гортани). Следует учитывать, что отечественная коревая и паротитная вакцины готовятся на яйцах японских перепелов.

\*\*\*\* Перед вакцинацией необходимо выявление лиц, у которых хлеб или другие продукты, содержащие дрожжи, вызывают аллергические реакции.

**При острых** заболеваниях плановая вакцинация откладывается до их окончания и выздоровления ребенка, а **при хронических** заболеваниях – до окончания обострения. Сроки окончания обострения и наступления ремиссии, определяющие возможность вакцинации, выбираются индивидуально; в большинстве случаев они не должны превышать 1–2 месяцев. Маркером возможности проведения вакцинации у больных с хронической патологией может быть гладкое течение интеркуррентной инфекции, например ОРВИ. Поддерживающая терапия во время ремиссии (кроме иммуносупрессивной) не препятствует вакцинации. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях допускается проведение прививки сразу же после нормализации температуры тела.

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

– введение некоторых вакцин (АДС или АДС-м, ЖКВ, ОПВ, ВГВ) лицам с нетяжелыми заболеваниями (ОРВИ с температурой тела до 38°C, 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 установкой: «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 инаktivированными 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.

Врачи-педиатры и медсестры через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после иммунизации должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т. д.), обращая внимание

на состояние региональных лимфатических узлов (шейных, подмышечных, над- и подключичных).

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

- повышения температуры тела;
- катаральных явлений (кашель, незначительный конъюнктивит, ринит);
- необильной 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 околоушных 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 более 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, имеющих отягощенную наследственность по атопии, часто болеющих ОРВИ**, поствакцинальные процессы бывают:

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

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

**Поствакцинальные осложнения** (ПВО) – тяжелые и(или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок (табл. 52).

**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 52

**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

Вакцина	Сроки	Возможные осложнения
АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 дня	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°С, если они отсутствовали до и повторялись в течение одного года после прививки
	5–15 день	
ЖКВ, Краснушная, Тривакцина	7–30 дней	Тромбоцитопеническая пурпура
АС, АДС, АДС-М	2–28 дней	Неврит плечевого нерва
Краснушная, Тривакцина	5–42 дня	Хронический артрит
ОПВ	30 дней	Паралитический полиомиелит (ВАП): у привитого здорового
	6 мес.	у привитого иммунодефицитного
	любой	у контактного лица

### Гигиеническое воспитание и обучение населения

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

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

Санитарное просвещение осуществляется при проведении дородовых 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, бас-

сейнов немедленно после использования; установление адекватного заграждения/безопасной защиты у плавательного бассейна; наблюдение за дошкольниками при отдыхе на воде и плавании (независимо от умения ребенка плавать).

– Тренировка сердечно-легочной реанимации: 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. 53).

Таблица 53

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 НПР	Оценка показателей НПР
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 новорожденному***

#### Алгоритм действий медицинской сестры.

1. Расспросить мать об изменении состояния здоровья и поведения ее ребенка с момента последнего посещения; выяснить жалобы.

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

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

4. Особое внимание уделить организации грудного вскармливания:

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

– активность сосания, срыгивания после кормления;

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

– выполняет ли мать правила кормления ребенка грудью;

– проводится ли массаж грудных желез.

5. Осмотреть ребенка.

6. Дать объективную оценку его состояния.

7. 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 переход-

ных (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 рефлекторный 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 ребен-

ка 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 ком случае не сажать ребенка, дольше оставлять ребенка в положении на животе – подготовка к ползанию, гимнастические упражнения комплекса № 2.

3. Беседа о значении прикорма.

**Патронаж 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°С), 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) перекладывает 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 раздражение 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°С).

#### ***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 при- готовлению 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 кровати-кеманеже. 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 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 перекалывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.

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

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

**Патронаж 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, большую 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 месяцев;
- 15–18 месяцев;
- 18–21 месяцев;
- 21–24 месяцев.

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 детей раннего возраста

### 1 месяц

Показатель	Динамика	Рефлексы в один месяц	
Масса	+600–800 г	ладонно-ротовой	+
Длина	+3 см	поисковый	+
Окружность головы	+3 см	сосательный	+
Окружность груди	+2 см	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 прослеживание движущегося предмета
Ас	Прислушивается к звуку, голосу взрослого
До	Лежа на животе, пытается поднимать голову и удерживать ее
Э	Первая улыбка на разговор взрослого
Ра	Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним

### 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 месяцев).

5. Обучение закаливанию.

### Назначения

1. Режим № 1.

2. 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 шестичасовым ночным перерывом;

– при искусственном вскармливании – адаптированная молочная смесь, например, «НАН 1» по 120–140 мл (в зависимости от массы тела ребенка) 6 раз в день с 6,5-часовым ночным перерывом.

3. Комплекс МиГ № 1

4. Закаливание:

– температура в помещении – +20–22°С.

– обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до +30° С.

– умывание, температура воды – +28°С.

– общая ванна при температуре воды – +36–37°С в течение 5–6 минут.

5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно

6. Рекомендации по воспитанию – во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, неваляшка, погремушка на кольце и с ручкой.

7. Разрешение на прививку

8. Индивидуальные назначения – по показаниям.

9. Патронаж медицинской сестры – в 1,5 месяца.

10. Явка на профосмотр – в 2 месяца.

## 2 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 1 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 пустула	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 состояния 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°С;
  - обязательный сон на воздухе при температуре от -10° до +30°С;
  - умывание водой температурой – 28°С;
  - общая ванна при температуре воды 36–37°С в течение 5-6 минут ежедневно.
5. Вит. D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию – во время бодрствования надевают ползунки. Игрушки: яркая одноцветная игрушка для подвешивания, неваляшка, погремушка на кольце и с ручкой.
7. Разрешение на прививку Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Патронаж медицинской сестры – в 2,5 месяца.
9. Явка на профосмотр – в 3 месяца.

### 3 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 1 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

### 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 поднимая голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах, удерживает голову в вертикальном положении (на руках взрослого)
Др	Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью.
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. Осмотр перед прививкой.
4. Решение вопроса о проведении вакцинации.
5. Назначение нового режима № 2 (с 3 по 6 месяца):
  - 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. Витамин 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.

**Явка на профосмотр – в 4 месяца.**

## 4 месяца

Показатель	Динамика	Рефлексы в 1 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 висящие над грудью
Э	Комплекс оживления при общении с ребенком. Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним. Длительное зрительное сосредоточение на другом ребенке
Ра	Повторно произносит отдельные звуки

## Особенности приема

1. Контроль выполнения назначений.
2. КЭК: переоценка направленности риска и группы здоровья.
3. Осмотр перед прививкой.
4. Решение вопроса о проведении вакцинации.
5. Назначение нового режима № 2 (с 3 по 6 месяцев):
  - 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 минут.
5. Витамин 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.

## 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. Показано введение первого прикорма (каша или овощное пюре) – с 5 месяцев.

### 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. Витамин 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 Зоны	3	10	25	75	90	97
		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.

6. Введение второго прикорма с 6 месяцев. 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 до30
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.
4. Закаливание (как в 4 месяца):
  - температура в помещении – +20–22°С;
  - обязательный сон на воздухе при температуре от -15° до +30°С;
  - воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования – 10–12 минут;
  - умывание; температура воды – 24–26°С;
  - общая ванна при температуре воды 36–37°С с последующим обливанием, температура воды – 34–35°С;
  - летом пребывание под рассеянными лучами солнца 2–3 раза в день до 5–6 минут.
5. Витамин D по 1000 МЕ ежедневно.
6. Рекомендации по воспитанию.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям.
8. Разрешение на прививку.
9. Контроль реакции на прививку.
10. Явка на профосмотр – в 7 месяцев.
11. 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, «НАН 2»	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 месяца):
  - температура в помещении – +20–22°С;
  - обязательный сон на воздухе при температуре от -15° до +30°С;
  - воздушные ванны во время переодевания, гимнастики, бодрствования – 10–12 минут;
  - умывание, температура воды – 24–26°С;
  - общая ванна при температуре воды – 36–37°С с последующим обливанием, температура воды – 34–35°С.
5. Витамин D по 1000 МЕ 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 походки	-
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
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
Ра	Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги
Рп	На вопрос «где?» находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте, выполняет «ладушки», «дай ручку» и др.
Н	Ест корочку хлеба, которую держит в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый

## 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.

### Назначения Режим № 3.

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

## 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 дневных снов – 2:
  - первый сон – 9:30–11:30,
  - второй сон – 15:00–16:30,
5. Ночной сон – 10–11 ч.

### Назначения

1. Режим № 4.
2. Вскармливание:

Часы	Вид пищи	Кол-во (мл или г)
6:00	Грудь матери или при необходимости смесь, например «НАН 2»	200
10:00	Каша, например, «НЕСТЛЕ» «Пшеничная с яблоком молочная» Яичный желток	190 ½ шт.
14:00	Овощное пюре «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. Витамин 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 спезает 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. Витамин 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.
5. Закаливание (как в 9 мес.)
6. Витамин D по 1000 МЕ ежедневно.
7. Рекомендации по воспитанию.
8. Индивидуальные назначения – по показаниям.
9. Направление к специалистам и лабораторно-инструментальные обследования
10. Явка на профосмотр – в 12 месяцев.
11. 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 – 10–11ч.
8. Возможно как продолжение грудного вскармливания, так и отлучение ребенка от груди.
9. Обучение новому комплексу массажа и гимнастики № 6 (вводится с 14 месяцев).

## Назначения

1. Режим № 5.
2. Вскармливание.
3. Пример меню

<b>Завтрак</b> – 730 - 830 Каша молочная - 180 г Фрукты – 30 г Фруктовый чай - 100 г <b>Обед</b> – 1130 - 1230 Суп-пюре овощной – 120 г Мясное суфле – 50 г Гарнир (детская вермишель) – 80 г Компот – 100 г	<b>Полдник</b> – 1500 - 1600 Кисломолочный напиток – 120 г Творог – 50 г Печенье, булочка – 15 г Фруктовое пюре – 100 г <b>Ужин</b> – 1900 - 2000 Овощное рагу – 150 г Котлета куриная – 70 г Чай травяной – 100 г <b>Перед сном:</b> 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. Витамин 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 Зоны	3	10	25	75	90	97
		1	2	3	4	5	6
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 (надевает кольца на стержень, кормит куклу).
До	Ходит длительно, не присаживаясь; меняет положение: приседает, наклоняется, поворачивается, пытаются
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:

<b>Завтрак</b> – 7 <sup>30</sup> - 8 <sup>30</sup> Каша молочная - 180 г Фрукты – 30 г сок - 100 г <b>Обед</b> – 11 <sup>30</sup> - 12 <sup>30</sup> Суп-пюре овощной – 120 г Мясные тефтели – 50 г Гарнир (рис отварной) – 80г Морс ягодный – 100 г	<b>Полдник</b> – 15 <sup>00</sup> - 16 <sup>00</sup> Кисломолочный напиток – 180 г Крекеры – 20 г Фрукты – 100 г <b>Ужин</b> – 19 <sup>00</sup> - 20 <sup>00</sup> Картофельное пюре – 150 г Котлета куриная паровая – 70 г Чай травяной – 100 г <b>Перед сном:</b> 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. Витамин D по 1500 МЕ ежедневно.

6. Рекомендации по воспитанию.

7. Явка на профосмотр – в 1 год 6 месяцев.

8. Патронаж медицинской сестры – в 16–17 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:

<b>Завтрак</b> – 730 – 830 Омлет с сыром – 100 г Хлеб пшеничный со сливочным маслом – 30/5 г Фрукты – 100 г Какао на молоке – 100 г <b>Обед</b> – 1130 – 1230 Салат – 40 г Суп (непротертый) – 120 г Рыба отварная – 60 г Овощное рагу – 80 г Компот – 100 г	<b>Полдник</b> – 1500 – 1600 Молочная смесь (формула 3) – 200 мл Пирог с яблоком – 50 г Фрукты – 100 г <b>Ужин</b> – 1900 – 2000 Огурец свежий на растительном масле – 30 г Греча отварная – 120 г Котлета из индейки паровая – 70г Компот – 150 г <b>Перед сном:</b> Детская молочная смесь (формула 3) – 200 мл
Хлеб на весь день: пшеничный – 60 г , ржаной – 30 г в сутки	

3. Комплекс МиГ № 7.
4. Закаливание такое же, как в 1 год 3 месяца.
5. Рекомендации по воспитанию.
6. Витамин 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.
12. 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.	Переца 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.
2. Пример меню на 1 день

### **Завтрак** – 730 – 830

Запеканка творожная – 100 г

Фрукты – 70 г

Кисель – 150 г

### **Обед** – 1130 – 1230

Салат – 40 г

Борщ – 120 г

Мясная котлета – 60 г

Рис отварной – 80 г

Компот – 100 г

### **Полдник** – 1500 – 1600

Кефир или молоко – 200 г

Печенье – 20 г

Фрукты – 100 г

### **Ужин** – 1900 – 2000

Салат – 30 г

Овощное блюдо – 150 г

Рыбная котлета – 70 г

Молоко, чай – 150 г

**Перед сном:** 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 МЕ 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	опоры и автоматической походки	-
	Первые премоляры – 4		
	Клыки – 4	ползания	-
	Прорезывание нижних вторых премоляров – 4	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:

<p><b>Завтрак</b> – 7<sup>30</sup> – 8<sup>30</sup>          Каша или овощное блюдо – 200 г          Фрукты – 50 г          Компот – 140 г  <b>Обед</b> – 11<sup>30</sup> – 12<sup>30</sup>          Салат – 40 г          Суп – 120 г          Мясная котлета или суфле – 60 г          Гарнир – 80 г          Морс – 100 г</p>	<p><b>Полдник</b> – 15<sup>00</sup> – 16<sup>00</sup>          Кефир, молоко – 200 г          Печенье или булочка – 20 г          Фрукты – 100 г  <b>Ужин</b> – 19<sup>00</sup> – 20<sup>00</sup>          Салат – 30 г          Вермишель – 150 г          Куриная котлета – 70 г          Чай – 100 г  <b>Перед сном:</b> детская молочная смесь – 200 мл</p>
Хлеб на весь день: пшеничный – 60 г, ржаной – 30 г в сутки	

3. Комплекс МиГ № 8.

4. Закаливание как в 1 год 9 месяцев.

5. Рекомендации по воспитанию.

6. Вит. D по 1500 МЕ 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 предметы четырех основных цветов
Игра сюжетная	Игра носит сюжетный характер, отражает связь и последовательность действий
Конструктивная деятельность	Сам делает простые сюжетные постройки и называет их
Н	В одевании – одевается, но не застегивает пуговицы. В еде – ест аккуратно
Д	Перешагивает через палку, веревку, приподнятую над полом на 20–30 см

## Особенности приема

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

## Назначения

1. Режим № 7.
2. Меню на день:

<b>Завтрак</b> – 7 <sup>30</sup> – 8 <sup>30</sup> Каша или овощное блюдо – 200 г Фрукты – 70 г Кофе злаковый – 150 г <b>Обед</b> – 11 <sup>30</sup> – 12 <sup>30</sup> Салат – 40 г Суп – 150 г Мясная котлета или суфле – 60 г Гарнир – 100 г Компот – 100 г	<b>Полдник</b> – 15 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> Кефир или молоко – 150 г Печенье или булочка – 15/45 г Фрукты – 150 г <b>Ужин</b> – 19 <sup>00</sup> – 20 <sup>00</sup> Салат – 30 г Овощное блюдо или каша – 120 г Котлета из индейки паровая – 70 г Молоко, чай – 100 г <b>Перед сном:</b> 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. Витамин D по 1500 МЕ ежедневно.
7. Индивидуальные назначения – по показаниям
8. Явка на профосмотр – в 2,5 года.

### 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::

<b>Завтрак</b> – 7 <sup>30</sup> – 8 <sup>30</sup> Каша или овощное блюдо – 200 г Фрукты – 40 г Кисель – 120 г <b>Обед</b> – 11 <sup>30</sup> – 12 <sup>30</sup> Салат – 40 г Суп – 120 г Мясная котлета – 60 г Гарнир (рис отварной со сливочным маслом) – 80 г Компот – 100 г	<b>Полдник</b> – 15 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> Кефир – 150 г Печенье – 20 г Фрукты – 100 г <b>Ужин</b> – 19 <sup>00</sup> – 20 <sup>00</sup> Салат – 30 г Овощное блюдо или каша – 200 г Рыбная котлета – 60 г Чай – 100 г <b>Перед сном:</b> детская молочная смесь (формула 4) – 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. Патронаж медсестры в 2 года 9 месяцев

## ПРИЛОЖЕНИЯ

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

Таблица 54

#### Длина тела (см) мальчиков

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

Таблица 55

## Длина тела (см) девочек

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

Таблица 56

## Масса тела (кг) мальчиков

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

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

Таблица 57

## Масса тела (кг) девочек

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

Окончание табл. 57

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

Таблица 58

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

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
Мальчики 0 мес. – 4 лет (50 – 115 см)						
50	2,8	2,9	3,1	3,5	3,7	3,9
51	2,9	3,1	3,3	3,7	3,9	4,1
52	3,1	3,2	3,4	3,8	4,0	4,3
53	3,3	3,4	3,6	4,1	4,3	4,6
54	3,4	3,6	3,8	4,3	4,6	4,8
55	3,6	3,8	4,0	4,6	4,9	5,3
56	3,9	4,1	4,3	4,9	5,3	5,7
57	4,1	4,3	4,6	5,2	5,7	6,1
58	4,3	4,6	4,8	5,5	6,1	6,5
59	4,6	4,8	5,1	5,8	6,4	6,9
60	4,8	5,1	5,4	6,1	6,8	7,3
61	5,0	5,4	5,7	6,5	7,2	7,7
62	5,3	5,6	6,0	6,8	7,5	8,0
63	5,6	5,9	6,3	7,2	7,8	8,4
64	5,8	6,2	6,6	7,5	8,2	8,8
65	6,1	6,5	6,9	7,9	8,5	9,1
66	6,4	6,8	7,2	8,2	8,8	9,4

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

Таблица 59

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

## Девочки

Длина тела	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	Зоны					
	1	2	3	4	5	6
Девочки 0 мес. – 4 лет (50 – 115 см)						
50	2,6	2,8	3,0	3,4	3,6	3,8
51	2,8	3,0	3,2	3,6	3,8	4,0
52	3,0	3,2	3,3	3,8	4,1	4,3
53	3,1	3,4	3,5	4,1	4,3	4,5
54	3,3	3,5	3,7	4,3	4,5	4,8
55	3,4	3,6	3,9	4,5	4,9	5,1
56	3,6	3,9	4,1	4,9	5,2	5,5
57	3,8	4,2	4,4	5,2	5,6	6,0
58	4,0	4,4	4,7	5,5	5,9	6,4
59	4,3	4,7	4,9	5,8	6,3	6,8
60	4,5	4,9	5,3	6,1	6,6	7,2
61	4,8	5,2	5,5	6,5	7,0	7,6
62	5,1	5,5	5,8	6,8	7,4	7,9
63	5,4	5,8	6,2	7,2	7,7	8,3
64	5,7	6,1	6,5	7,5	8,1	8,7
65	6,0	6,4	6,8	7,8	8,4	9,0
66	6,3	6,6	7,1	8,1	8,7	9,3
67	6,6	6,9	7,4	8,4	9,0	9,6
68	6,8	7,2	7,6	8,7	9,3	9,9
69	7,1	7,4	7,9	9,0	9,6	10,2
70	7,4	7,7	8,2	9,2	9,9	10,5
71	7,5	7,9	8,4	9,5	10,2	10,8
72	7,8	8,2	8,7	9,7	10,4	11,0
73	8,0	8,4	8,9	10,0	10,7	11,2
74	8,3	8,7	9,2	10,2	10,9	11,4
75	8,5	8,9	9,4	10,5	11,2	11,6
76	8,8	9,1	9,6	10,7	11,3	11,7
77	8,9	9,2	9,7	10,9	11,5	11,8
78	9,0	9,3	9,9	11,1	11,6	11,9
79	9,1	9,5	10,0	11,2	11,7	12,0
80	9,3	9,7	10,2	11,3	11,8	12,2
81	9,4	9,9	10,3	11,5	12,0	12,4

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

Таблица 60

## Окружность головы (см) мальчиков

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

Окончание табл. 60

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

Таблица 61

**Окружность головы (см) девочек**

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

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

Таблица 62

## Окружность груди (см) мальчиков

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

Таблица 63

## Окружность груди (см) девочек

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

Таблица 64

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 65

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

Возраст, лет	Мальчики М	Мальчики + 2σ	Девочки М	Девочки + 2σ
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 66

## 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 67

## Значения 90 и 95 перцентилей систолического и диастолического АД у мальчиков в возрасте от 1 до 3 лет в зависимости от их процентильного распределения роста (США, 1996)

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

Таблица 68

**Значения 90 и 95 перцентилей систолического и диастолического АД у девочек в возрасте от 1 до 3 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 69

**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
росташе 1 мес.	< 110

Таблица 70

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

Возраст детей	Эритроциты (Т/л)	НЬ (г/л)	Лейкоциты (Г/л)	Лейкоцитарная формула (%)				
				нейтрофилы	лимфоциты	моноциты	эозинофилы	Базофилы
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

Возраст детей	Эритроциты (Т/л)	Нь (г/л)	Лейкоциты (Г/л)	Лейкоцитарная формула (%)				
				нейтрофилы	лимфоциты	моноциты	эозинофилы	Базофилы
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 70

## 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 72

**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 превосхищающей, прогностичной.

**Прогностичность** родительской позиции означает, что не ребенок должен вести за собой родителей, а наоборот, стиль общения должен опережать появление новых психических и личностных качеств детей. Только на основе прогностичной родительской позиции можно установить оптимальную дистанцию, выполнить требование независимости воспитания.

### **Условия успешного семейного воспитания**

Успешность семейного воспитания проявляется в индивидуальном развитии у ребенка культуры:

- физической;
- общения с близкими людьми;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ***Родительские ошибки воспитания***

К типичным ошибкам, способствующим психическому неблагополучию ребенка, относятся:

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

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

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

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

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

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

ж) **сравнение ребенка с другим**, более успешным, также развивает у него «комплекс неполноценности» и, кроме того, способствует 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 наказаний.

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

Выделяют следующие **нарушения типов семейного воспитания**:

1. **Гиперпротекция** – этот тип воспитания можно охарактеризовать как чрезмерную родительскую заботу. Родители не позволяют никому вмешиваться в их отношения с детьми, стремятся дать своим детям то, чего сами не имели, однако в своем стремлении чрезмерно усердствуют. В результате воспитания по типу гиперпротекции дети становятся пассивными, подчиняемыми и зависимыми, в связи с чем плохо приспосабливаются к любым условиям, заторможенными, невротическими, у них развиваются эмоциональные нарушения, фобии.

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

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

2. *Гипопротекция* – это недостаточность типа воспитания. В семье не осуществляется в необходимой мере удовлетворение физических потребностей ребенка, не учитываются его духовные потребности. Ребенок не 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 продемонстрировать 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 ребёнку, 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, сделайте легкий массаж и гимнастику:

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

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

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

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

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

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

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

### **Развитие речи у детей**

– Больше разговаривайте с малышом, рассказывайте ему разные истории.

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

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

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

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

## **Мамины объятия жизненно необходимы новорожденному**

---

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

Сначала – известный исторический факт. По велению Римского императора Фредерика II группу младенцев отлучили от семей и поместили под присмотр няnek, которым строго было предписано удовлетворять лишь первейшие физиологические надобности малышей: кормить, купать и пеленать. Но обязательно – молча, не беря детей на руки, не лаская, не обнимая их. Императору не терпелось узнать, на каком языке заговорят малыши, если они никогда не слышали речи взрослого человека, никогда не засыпали под мелодичные слова колыбельной песенки? Его ожидало полнейшее

разочарование: все дети умерли. Историк XIII века объяснил, что «Фредерик старался напрасно, ибо не могли жить младенцы без ласки».

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

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

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

### **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  $-10^{\circ}\text{C}$ , 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 потреть по щечке, сделать попытку отнять грудь. Обычно малыш сразу просыпается и продолжает активно сосать. Если он не проснулся и выпустил сосок, можно сцедить ему в рот несколько капель молока, что вызывает глотательный рефлекс, после чего он снова начинает сосать.

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

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

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

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

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

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

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

**Как определить, достаточно ли грудного молока съедает ребенок.** Чтобы определить, какое количество молока получает ребенок, проводят контрольное кормление. Ребенка взвешивают до и после каждого кормления (в одной и той же пеленке в течение суток, т.к. в разные кормления он может высасывать разное количество молока). Нормальным для ребенка в возрасте до 2 месяцев является количество пищи, равное 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 приложить 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 нахо-

даться в свободном состоянии. Спина массируется в течение 10–15 минут вдоль позвоночника с обеих сторон на уровне лопаток вращательными движениями больших пальцев.

**Техника ручного сцеживания.** Перед сцеживанием необходимо:

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

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

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

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

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

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

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

**Сцеживание молокоотсосом.** Ручной молокоотсос представляет собой стеклянную трубку с резиновой грушей на конце. Второй конец груши расширен настолько, чтобы можно было охватить не только сосок, но и ареолу с частью груди. Для сцеживания молока надо сначала сжать грушу так, чтобы из нее вышел воздух, затем расположить широкий конец трубки в околососковой области, убедиться, что он герметично охватывает кожу груди, и отпустить грушу. При этом сосок и ареола втягиваются в трубку. После этого надо несколько раз сжать и разжать грушу, и молоко начнет вытекать из груди и собираться в выпуклости трубки. По мере заполнения трубку отнимают от груди, молоко выливают в подготовленную посуду и продолжают сцеживание.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Участковый педиатр осуществлял первый патронаж новорожденной девочки 8 дней. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды – в срок, масса тела – 3200 г, длина – 50 см. Ребенок закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. К груди приложен на следующие сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с весом 3100 г. Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза – 1,0. Ребенок желанный, из полной семьи, благоприятных материально-бытовых условий, родители со средним специальным образованием.

Вскармливание грудное. При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза:птоз век, гипертелоризм глаз и сосков, эпикант, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пузрильное, хрипов нет. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул – 3 раза в день, кашицеобразный. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение).

### Задания

1. Дайте заключение по состоянию здоровья ребенка.
2. Проведите комплексную оценку здоровья.
3. Назовите факторы риска и мероприятия по профилактике их реализации на антенатальном и постнатальном этапах.
4. Как должны были быть организованы дородовые патронажи?
5. Составьте план наблюдения за этим ребенком в периоде новорожденности и на первом году жизни.
6. Ваши рекомендации матери ребенка.
7. Составьте план вакцинации данного ребенка на первом году жизни.
8. Составьте план наблюдения за ребенком на первом году жизни.

2. Участковый врач осуществлял первый патронаж мальчика 18 дней. Ребенок от 1-й беременности, срочных родов. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок из неполной семьи. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8-й и 32-й неделях). В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с

сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин внутримышечно), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизимом (внутримышечно 10 дней). Выписан на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Туттели». Высасывает 80–90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3–5 раз в сутки, без патологических примесей. Ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение), на сильный звук не реагирует.

#### *Задания*

1. Проведите комплексную оценку здоровья ребенка.
2. Назовите факторы риска развития заболевания.
3. Как проводится профилактика данного заболевания?
4. Как должны были быть организованы родовые патронажи?
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком в периоде новорожденности на первом году жизни.
6. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра.
7. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

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

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

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

#### *Задания*

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

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

Родители молодые, здоровые. Наследственных заболеваний в роду нет. Ребенок желанный, проживает в благоприятных материально-бытовых условиях. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели 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, дайте его обоснование.

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

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

Родители ребенка здоровы, наследственность неотягощена. Матери

22 года, отцу 23 года, имеют среднее специальное образование. Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Ребенок желанный. Мальчик родился от 1-й беременности, 1-х родов. Течение беременности и родов физиологическое. Роды при сроке гестации 40 недель. Оценка по Апгар – 8/9 баллов, закричал сразу. Масса тела при рождении – 3400 г, длина – 52 см, окружность головы – 34 см, окружность грудной клетки – 32 см. В родильном доме патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Вакцинирован против гепатита «В» и туберкулеза. После выписки из родильного дома регулярно наблюдался врачом-педиатром, медицинской сестрой. В возрасте одного месяца осмотрен врачами специалистами, патологии не выявлено. Сделана вторая вакцинация против гепатита «В». В первые 3 месяца жизни не болел. Проводилась профилактика рахита, анемии.

Антропометрия: длина – 61 см, масса тела – 5600 г, окружность грудной клетки – 38 см, окружность головы – 39 см. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые. Слизистая оболочка рта, миндалин, задней стенки глотки розовая, чистая, влажная. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. В легких дыхание пуэрильное. 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 поднимая голову. При обращении матери, врач ребенок смотрит на лицо взрослого.

#### *Задания*

1. Проведите комплексную оценку здоровья.
2. Какая вакцинация проводится ребенку в возрасте трех месяцев?

3. Какая вакцина наиболее реактогенная?
4. Какие местные и общие реакции возможны на введение вакцины АКДС?

5. Как организовать наблюдение за данным ребенком после вакцинации?

6. Мать девочки 3 месяцев вызвала участкового врача на дом.

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

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

#### *Задания*

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Нуждается ли ребенок в проведении лечебных мероприятий.
3. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в 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.

7. На профилактический прием к участковому педиатру пришла мама с ребенком 4 месяцев. Мать жалуется на снижение количества молока. Ребенок находится на естественном вскармливании, к груди 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.

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

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

#### *Задания*

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Как объяснить матери данную ситуацию?
4. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.

6. Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии и столбняка законченным?

7. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

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

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

#### *Задания*

1. Дайте комплексную оценку здоровья ребенка на момент осмотра.
2. Назначьте питание ребенку на один день.
3. Дайте рекомендации матери по отлучению ребенка от груди.
4. Составьте план наблюдения ребенка на втором году жизни.
5. Какие прививки должен иметь этот ребенок к моменту поступления в детский сад?
6. Составьте план мероприятий по подготовке ребенка к яслям.

10. На профилактическом приеме мама с мальчиком 1 года. Жалоб не 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.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДОО	дошкольное образовательное учреждение
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
КЗР	кабинет здорового ребенка
КЭК	консультативно-экспертная комиссия
ОРВИ	острые респираторно-вирусные инфекции
ОРЗ	острые респираторные заболевания
ПК	прогностический коэффициент
СВС	синдром внезапной смерти
СУВЖ	синдром увеличенной вилочковой железы
УФО	ультрафиолетовое облучение

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### *Основная*

1. Поликлиническая педиатрия / А. С. Калмыкова [и др.] ; под ред. А. С. 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. Прощина [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. Лепехина, 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. Шарпова, 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. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – 4-е изд., перераб. и доп. – М., 2019. – 206 с.
7. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений / Л. А. Жданова [и др.]. – Иваново, 2009. – 144 с.
8. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей : Метод. рекомендации / Д. Б. Никитюк [и др.]. – М., 2016. – 24 с.
9. Общий уход за детьми : учеб. пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. – 4 изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 416 с.
10. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
11. Приказ 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) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
12. 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.
13. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г. и № 59.13 от 4 мая 2006 г.
14. Российский национальный педиатрический формуляр / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
15. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
16. 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.
17. Уход за кожей новорожденного ребенка: Научно-обоснованные методические рекомендации. – Первое изд. – М., 2016. – 66 с.
18. Учайкин, В. Ф. Руководство по клинической вакцинологии / В. Ф. Учайкин, О. В. – Шамшева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 592 с.
19. Федеральные протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях / В. Р. Кучма [и др.]. – Часть первая. – М., 2014. – 232 с.
20. Школьников, М. А. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста / М. А. Школьников, Л. А. Кравцова. – М. : Медпрактика, 2004. – 32 с.

*Учебное издание*

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

*Издание шестое, переработанное и дополненное*

Редактор *С. Г. Малытина*

Подписано в печать 02.07.2019. Формат 60×84 1/16.  
Уч.-изд. л. 17,67. Тираж 200 экз. Заказ № 2402

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России  
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8  
Тел.: (4932) 32-95-74  
E-mail: rioivgma@mail.ru

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»  
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, строение 8  
Тел.: 8-930-330-26-30  
E-mail: pressto@mail.ru