

УДК 616-089

П 26

54784

# ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ



*ранний возраст*



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**ГЭОТАР-Медиа**  
решения для медицинского  
образования

Крупнейшая компания, работающая в сфере  
медицинского и фармацевтического образования  
в России и странах СНГ

## КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРОВ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

### УЧЕБНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Анатомические и биологические модели

Тренажеры, манекены и симуляционные модели  
для отработки практических умений (врачебных  
и сестринских):



- сердечно-легочная реанимация
- первая помощь при травмах и кровотечениях
- физикальное обследование
- хирургические манипуляции
- инвазивные процедуры
- родовспоможение
- уход за больными
- ультразвуковая диагностика
- стоматология

Расходные материалы  
и медицинские инструменты  
для симуляционного  
оборудования

Полный спектр виртуальных  
симуляторов

### УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- наглядные пособия  
(плакаты и атласы)
- мультимедийные  
материалы
- виртуальные пациенты

### МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Тел.: (495) 921-39-07 (доб. 612),  
e-mail: [info@geotar-med.ru](mailto:info@geotar-med.ru)  
[www.geotar-med.ru](http://www.geotar-med.ru)

### УЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС Sanator ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 3D



3D-моделирование визуальных проявлений  
по 136 болезням и синдромам 19 органов  
в режиме реального времени  
[www.patan3d.su](http://www.patan3d.su)

УПК 616-084.213 - 053.2  
П26  
54784

# ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ (ранний возраст)

## УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Москва



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

2019

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |            |
|--|------------|
| Список сокращений и условных обозначений . . . . .   | 4          |
| Предисловие . . . . .  | 5          |
| <b>Тема 1. Образовательная роль участковой медицинской сестры<br/>в укреплении здоровья детей раннего возраста . . . . .</b> | <b>7</b>   |
| <b>Тема 2. Участие участковой медицинской сестры<br/>в иммунопрофилактике и туберкулинодиагностике . . . . .</b>             | <b>102</b> |
| Тестовые задания к итоговому контролю (темы 1 и 2) . . . . .   | 132        |
| <b>Тема 3. Роль медицинской сестры в реализации здорового питания<br/>ребенка . . . . .</b>                                  | <b>138</b> |
| Тестовые задания к итоговому контролю . . . . .  | 183        |
| <b>Тема 4. Психолого-педагогические аспекты взаимоотношений<br/>медицинского работника и ребенка . . . . .</b>               | <b>188</b> |
| Тестовые задания к итоговому контролю . . . . .  | 205        |
| Эталоны ответов к тестовому контролю . . . . .   | 207        |
| Рекомендуемая литература . . . . .   | 208        |
| Приложения . . . . .   | 211        |

П26

**Авторы:**

*Иванова Надежда Васильевна* — д-р мед. наук, проф., преподаватель высшей квалификационной категории отделения дополнительного профессионального образования ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 2», заслуженный работник здравоохранения РФ;

*Буркастова Людмила Николаевна* — канд. мед. наук, зам. главного врача по детству и родовспоможению БУЗ МО «Жуковская ГКБ»;

*Костюкова Элеонора Олеговна* — зав. учебным отделом, преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 2»;

*Широкова Нина Викторовна* — преподаватель высшей квалификационной категории отделения дополнительного профессионального образования ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 2», заслуженный работник образования МО;

*Тальзова Лариса Валентиновна* — зав. детской поликлиникой БУЗ МО «Жуковская ГКБ», врач высшей квалификационной категории;

*Виноградова Виктория Викторовна* — зав. отделением дополнительного профессионального образования ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 2».

**Рецензенты:**

*Л.Ф. Игнатова* — д-р мед. наук, проф. кафедры гигиены ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;

*Г.Ш. Соболев* — зав. отделением оказания медицинской помощи детям и подросткам БУЗ МО «Жуковская ГКБ», врач высшей квалификационной категории.

П26 **Первичная медико-санитарная помощь детям (ранний возраст)** : учебное пособие / Н. В. Иванова [и др.] .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 240 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-5015-4

Издание посвящено основным разделам работы медицинской сестры педиатрического профиля. Рассмотрены наиболее часто встречаемые в практике вопросы, описано проведение профилактических медицинских осмотров здоровых детей различных возрастных групп, изложены функциональные особенности растущего организма и связанные с ними вопросы ухода, питания, воспитания, специфической и неспецифической профилактики заболеваний, рассмотрена образовательная роль медицинской сестры детской поликлиники в укреплении здоровья детей.

Данное пособие подготовлено в качестве учебно-методического обеспечения дополнительного профессионального образования по направлению «Первичная медико-санитарная помощь детям», также может быть применено в практическом здравоохранении.

Учебное пособие предназначено для подготовки специалистов среднего звена:

- по специальности 34.02.01. Сестринское дело (ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий: МДК.01.01. Здоровый человек и его окружение, МДК.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению);
- по специальности 31.02.01. Лечебное дело (ОП.01. Здоровый человек и его окружение, ПМ.04. Профилактическая деятельность).

УДК 616-084.213-053.2(075.8)  
ББК 51.1(2Рос),442.8я73-1

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2017  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019  
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2019

Ургенци обл. мед. библ.-ка  
ISBN 978-5-9704-5015-4  
Книга за № 34784  
не числится  
Зав. би-л. \_\_\_\_\_

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- \* — торговое название лекарственного средства
- БЦЖ — вакцина для профилактики туберкулеза [Вакцина туберкулезная (БЦЖ), Вакцина туберкулезная для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М)]
- АКДС — вакцина для профилактики дифтерии, столбняка и коклюша [Вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая (АКДС-вакцина)]
- АДС — вакцина для профилактики дифтерии и столбняка
- ОПВ — вакцина для профилактики полиомиелита оральная

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Охрана здоровья граждан — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Цель проводимых реформ отечественного здравоохранения состоит в обеспечении доступности и качества оказания медицинской помощи населению. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Полноценное здоровье обеспечивает нормальное существование. Установлено, что здоровье людей только на 20–25% зависит от индивидуальных генетических факторов, а на 75–80% — от социально-экологических и экономических условий существования, образа жизни, состояния среды, уровня здравоохранения. Состояние здоровья подрастающего поколения — важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее.

В связи с этим актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности является здоровье детского населения. Именно поэтому процесс внедрения здоровьесберегающих технологий в жизнь современного ребенка должен осуществляться с первых дней жизни как в рамках одной семьи, так и в лечебно-профилактическом учреждении. Значительная роль в реализации поставленных задач принадлежит специалистам со средним медицинским образованием. Реформирование системы здравоохранения повысило роль медицинской сестры в воспитании здорового ребенка, в формировании ценности здоровья, в реализации здоровьесберегающих технологий. В этом плане чрезвычайно важна и полезна координация работы учреждений здравоохранения и семьи. Все это требует от медицинской сестры, работающей с детьми, постоянного пополнения своих знаний с последующей их реализацией.

В представленном пособии освещен один из важных разделов профилактической работы медицинской сестры — проведение про-

филактических медицинских осмотров здоровых детей различных возрастных групп. Особое внимание отводится образовательной роли медицинской сестры детской поликлиники в укреплении здоровья детей. В пособии изложены функциональные особенности растущего организма и связанные с ними вопросы ухода, питания, воспитания, специфической и неспецифической профилактики заболеваний.

## ТЕМА 1

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РОЛЬ  
УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
СЕСТРЫ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ  
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

На каждом возрастном этапе своей жизни постоянно растущий и развивающийся ребенок предстает в особом морфологическом, физиологическом и психологическом качестве, в связи с чем возникает определенная потребность выделить в процессе человеческого онтогенеза ряд периодов, или последовательных этапов развития. Среди этапов онтогенеза самыми важными являются внутриутробное развитие и постнатальное, или собственно детство. Переход из одного этапа в другой осуществляется путем переключения программ жизненного цикла, в первую очередь — эволюционных программ развития ребенка. Такие периоды жизни называются критическими, когда организм ребенка наиболее чувствителен к различным неблагоприятным воздействиям.

Во время смены периодов развития организм оказывается наиболее беззащитным и уязвимым. От зарождения до достижения зрелости в онтогенетической программе развития ребенка происходит смена четырех основных последовательных этапов.

1. Первые 3 мес гестации (когда осуществляется органогенез и еще не сформированы в должной мере защитные механизмы).
2. Переход от внутри- к внеутробному существованию (роды) — самый опасный, ответственный период в плане адаптации к совершенно новой среде обитания и приспособления к самостоятельной внеутробной жизни, является испытанием не только для матери, но и для ребенка.
3. В первый год жизни (грудной возраст) происходят кардинальные изменения в жизнедеятельности организма: максимально

выражены анаболические процессы, очень интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное, интеллектуальное развитие, смена характера пищеварительных процессов, переход к прямохождению и ходьбе, развитие сенсорной речи.

4. Период полового созревания, характеризуемый пубертатным скачком роста, гормональными и функциональными перестройками, становлением и социализацией личности, особой ее ранимостью.

Необходимо отметить, что патология внутриутробного развития начинается задолго до оплодотворения. Большое практическое значение здесь приобретают свойственный родителям фенотип развития и здоровья и предыстория накопления генофонда, повышающие вероятность возникновения наследственных заболеваний. Нарушение формирования половой сферы женщин, ее заболевания, болезни почек и мочевыводящих путей (урогенитальные инфекции), а также сердца, органов дыхания, эндокринная патология, острые вирусные инфекции играют не меньшую роль в нарушении внутриутробного развития ребенка.

**Аntenатальный (внутриутробный) период** характеризуется морфогенезом, который проявляется очень резкими и значительными изменениями формы и строения органов при интенсивном и дифференцированном росте. Внутриутробный этап делится на 2 фазы:

- 1) фаза эмбрионального развития (длится 2–3 мес);
- 2) фаза плацентарного развития (с 3-го месяца до рождения).

Важнейшая особенность начальной фазы эмбрионального периода — закладка и органогенез почти всех внутренних органов будущего ребенка.

Поэтому воздействие тератогенных факторов (экзогенных и эндогенных) вызывает эмбриопатии, которые представляют собой наиболее грубые анатомические и диспластические пороки развития.

**Возможными негативными исходами критического периода первых трех месяцев гестации, когда осуществляется органогенез, являются:**

- генные мутации;
- хромосомные дефекты;
- врожденные аномалии развития.

В фазе плацентарного развития воздействие неблагоприятных факторов уже не приводит к формированию пороков строения, но может проявляться задержкой роста и дифференцировки (гипоплазии) органов или нарушением дифференцировки тканей (дисплазии). Поскольку иммунитет начинает только формироваться, то ответ на инфекцию выражается соединительнотканными пролиферативными реакциями, приводящими к циррозам и фиброзам.

Внутриутробное развитие и перинатальное состояние плода и ребенка во многом зависят от состояния здоровья материнского организма, течения беременности и родов. На правильности развития, а следовательно, и на полноценности будущего ребенка в значительной мере отражаются интоксикации, острые и хронические инфекции и другие заболевания матери, образ ее жизни, особенности питания, условия проживания, вредные привычки, психические и физические нагрузки, социально значимые заболевания, неблагоприятные тератогенные факторы. Экстрагенитальные заболевания женщины, препятствуя нормальному функционированию системы «мать—плод», как правило, сопровождаются внутриутробной гипоксией и приводят к целому спектру патологических состояний и заболеваний новорожденного. В группе высокого риска в патологии беременности железodefицитная анемия, внутриутробное инфицирование, гестоз, осложнения беременности (привычное невынашивание, преэклампсия, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода).

**Интранатальный период (период родов).** *Возможными негативными исходами переходного периода* (рождение человека) являются различные дезадаптационные, декомпенсационные, патологические проявления (асфиксия, нарушения мозгового кровообращения, отечный, геморрагический синдромы, развитие сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточности, дизэнцефальные нарушения, патология пуповины, длительные затяжные роды, внутриутробные инфекции, родовые травмы, родовые повреждения, родоразрешение с помощью операции кесарева сечения, социально-экономические и демографические факторы).

Выявлена коррелятивная связь негативных показателей материнской и перинатальной патологии с последующей заболеваемостью и инвалидностью детей в последующем. При этом отмечается постоянное увеличение и омоложение таких инвалидизирующих мультифакторных заболеваний, как сахарный диабет, метаболический синдром, психозы, умственная отсталость, болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, инсульты, цереброваскулярная патология, артериальная гипертензия), а также злокачественные новообразования. Поэтому тщательный медицинский контроль за здоровьем девушек и юношей, вступающих в брак, — один из важнейших факторов снижения перинатальной детской смертности, уменьшения числа детей с аномалиями развития.

Отсюда вытекает вся практическая важность антенатальной охраны детства, которая в основном совпадает с охраной беременности.

Сведения о вставших на учет беременных вместе с подробным акушерским анамнезом поступают в детскую поликлинику из женских

консультаций. После получения информации беременную на дому посещает участковая медицинская сестра, от квалификации и личностных качеств которой зависит успех ее обучающей функции.

## РОЛЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВОСПИТАНИИ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Роль педиатрической участковой медицинской сестры в воспитании здорового поколения неопределима. При первом посещении она знакомится с состоянием здоровья будущих родителей, характером быта, условиями их труда, морально-психологическим климатом в семье, расспрашивает о вредных привычках и др. Медицинская сестра проводит беседу о режиме дня, питании беременной, подготовке помещения к моменту рождения ребенка. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную к участковому педиатру в дни профилактических приемов. Для беременных организовываются занятия в очной школе молодых матерей.

Второй дородовой патронаж проводится также медицинской сестрой в начале декретного отпуска. Если основная направленность первого патронажа — будущая мать, то второго — ребенок. Во время бесед с женщиной на последних месяцах беременности особое внимание обращается на подготовку грудных желез к лактации, профилактику мастита, гипогалактии, режим вскармливания новорожденных и уход за ними, питание матери, кормящей грудью, предупреждение и раннее выявление заболеваний детей.

Медицинская сестра должна помочь родителям приготовить все необходимое для ухода за новорожденным и с учетом конкретных жилищно-бытовых условий семьи подсказать, как подготовить помещение для нового члена семьи.

После перерезки пуповины, т.е. с момента отделения плода от матери, начинается второй этап — внеутробный, или собственно детство. Собственно детство начинается с неонатального периода, или периода новорожденности.

Для этого периода прежде всего характерно состояние, отражающее процессы приспособления к новым условиям существования. Все основные функции находятся в состоянии неустойчивого равновесия, и даже незначительные изменения в окружающей среде могут стать причиной тяжелых нарушений важнейших жизненных процессов. В первую очередь это связано с морфологической и функциональной незрелостью и незавершенностью развития организма, особенно

центральной и периферической нервной системы, что выражается в слабости всех регуляторных процессов и интегративной деятельности функциональных систем.

Период новорожденности определяется первым месяцем жизни (до 28 дней) и подразделяется на ранний неонатальный период (с первого вдоха и до окончания седьмых суток жизни) — самый ответственный в плане приспособления к новым внеутробным условиям жизни, характеризующийся началом физиологических состояний, и поздний неонатальный (с 8-го по 28–30-й день жизни) — с продолжающейся адаптацией, интенсивным физическим развитием, становлением и развитием эмоционального, зрительного и тактильного контакта с матерью.

Сестринское участие в воспитании здорового ребенка трудно переоценить. Грамотная, думающая медицинская сестра педиатрического участка при первом патронаже к новорожденному, оценив его состояние, планирует свою работу по уходу в тесном взаимодействии с родителями малыша.

## НОВОРОЖДЕННЫЙ ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

Здоровый доношенный новорожденный — ребенок, родившийся при сроке беременности от полных 37 до 42 нед, при нормально протекающей беременности и неосложненных родах, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, с нормальным уровнем функций, от практически здоровой матери, находящийся на естественном вскармливании.

### Основные признаки доношенности:

- средняя масса тела — 3300–3500 г, допустима нижняя граница — 2500 г;
- средняя длина тела — 51–53 см (возможный диапазон — 46–56 см);
- окружность головы (35–36 см) больше окружности груди (32–34 см) на 2 см;
- длина верхних и нижних конечностей одинакова;
- кожные покровы розовые;
- на плечах и спине — нежный пушок (лануго);
- подкожная жировая клетчатка развита хорошо;
- грудная клетка выпуклая, короткая;
- мышцы развиты слабо, особенно конечностей; характерен гипертонус мышц-сгибателей (сохраняется до 3 мес, раньше исчезает на верхних, позднее — на нижних конечностях);
- движения — хаотичные;
- голос — громкий, настойчивый;

- достаточно хорошо выражены безусловные (врожденные) рефлексы — сосание, глотание, чиханье и др.;
- у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек — малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами;
- частота сердечных сокращений — 120–140 (до 160) в минуту;
- частота дыхания 40–50 (до 60) в минуту.

## ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Синонимы данных состояний:

- транзиторные (временные);
- переходные (возникшие после перехода из внутри- во внеутробные условия жизни);
- пограничные — такие состояния, невнимательное наблюдение за которыми при определенных условиях может привести к отклонению от нормы и даже к развитию заболевания, т.е. состояния, потенциально граничащие с возможной патологией.

**Физиологическое падение массы тела** — транзиторная потеря первоначальной массы тела у 100% новорожденных. Причины: потеря воды с мочой и испражнениями, высыхание пуповинного остатка, срыгивание околоплодных вод, гипогалактия и др. Факторы, способствующие большей потере: крупная масса тела (более 4000–4500 г), недоношенность, затяжные роды, болезнь ребенка и др. Максимум падения массы тела отмечается к 3–5-му дню жизни, восстановление должно произойти к 7–14-му дню жизни.

**Рекомендации маме:** кормление ребенка по потребности, в том числе в ночные часы; своевременное выявление гипогалактии и рациональная тактика по устранению ее причины и лечению; оптимальный температурный режим в помещении, где находится ребенок (20–22 °С); рациональная одежда (избегать перегревания).

**Простая эритема** — реактивная краснота кожных покровов, возникающая после удаления первородной смазки. Максимальной яркости достигает на 2-е сутки, затем уменьшается и исчезает к концу первой недели жизни. Физиологическое шелушение кожных покровов возникает на 3–5-й день жизни, по характеру в основном крупнопластинчатое, чаще бывает на животе и груди. Лечение не требует, шелушение проходит самостоятельно (при проведении ежедневных гигиенических ванн).

**Рекомендации маме:** при очень обильном шелушении может быть рекомендована обработка стерильным растительным маслом за 30–40 мин до проведения гигиенической ванны. Насильственное снятие пластинок противопоказано, так как может привести к микротравмированию, инфицированию, пиодермии.

**Токсичная эритема новорожденных** — красноватые, слегка плотноватые пятна, в центре которых могут быть серовато-желтоватые папулы или пузырьки, расположены чаще группами, в основном на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, на ягодицах и груди; их не бывает на ладонях, стопах, слизистых оболочках (отличие от врожденного сифилиса). Общее состояние не нарушено, температура тела нормальная (при обильных высыпаниях возможно беспокойство и учащение стула); элементы сыпи держатся несколько дней и бесследно исчезают.

**Лечения обычно не требуется, при яркой выраженности вопрос о целесообразности назначения лекарственных средств решает врач.**

**Физиологическая желтуха** появляется на 2–3-й день жизни, характеризуется желтушным окрашиванием кожи, слизистой оболочки полости рта, несколько меньше — склер, моча и кал нормальной окраски. Исчезает к 7–10-му дню жизни (иногда к 14-му — у незрелых, ослабленных детей). Причины: распад «отслуживших» внутриутробных эритроцитов с выходом из них гемоглобина, из которого образуется непрямой билирубин; временная неспособность пока еще недостаточно зрелой печени перевести непрямой билирубин в прямой билирубин; непрямой билирубин накапливается в крови, переходит в ткани (кожа, слизистая оболочка полости рта, склеры) и «прокрашивает» их. Признаки, позволяющие заподозрить патологическую желтуху: очень раннее появление (в первые сутки), длительное течение, изменение цвета мочи и кала, изменение общего состояния (вялость, частые срыгивания и др.). Тактику в отношении обследования ребенка и лечения решает врач.

**Рекомендации маме:** кормление по требованию младенца (большое содержание воды в грудном молоке уменьшает развитие интоксикации), контроль динамики желтухи.



**Гормональный (половой, генитальный) криз** — половое созревание в миниатюре, встречается у 2/3 новорожденных. Причина — действие материнских половых гормонов (эстрогенов), переданных ребенку трансплацентарно.

Основные проявления: симметричное нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия), появляется на 3–4-й день жизни; максимальное увеличение — на 7–10-й день жизни, т.е. уже в домашних условиях. Железы подвижны, а кожа над ними не изменена (важные отличия от воспалительного процесса), из сосков может выделяться жидкость, напоминающая молозиво (первородное молоко матери); нормальные размеры достигаются к концу периода новорожденности.

Лечения не требуется; при выраженной степени нагрубания может быть показана стерильная теплая повязка (редко — компресс с камфорным маслом).

**Рекомендации маме:** бережные пеленания, выполнение ежедневных манипуляций, соблюдение гигиенических правил ухода. Надавливание на железы может спровоцировать их травмирование, инфицирование, нагноение (опасность развития мастита у ребенка).

**Физиологический вульвовагинит** характеризуется обильными беловато-сероватого цвета, слизистыми выделениями из половой щели, которые появляются в первые 3 дня и держатся несколько дней.

**Рекомендации маме:** чаще и правильно подмывать девочку (сверху вниз — от лобка к анусу) слабым раствором калия перманганата (по назначению врача), при этом обратить особое внимание на то, чтобы кристаллики полностью растворились.

**Физиологическое кровотечение из влагалища** — метроррагия — возникает на 5–8-й день жизни, длительность до 3 дней, объем кровопотери — до 1 мл. Лечения не требует. Необходимо помнить: ранние или поздние сроки возникновения кровотечения, длительное течение и большой объем кровопотери — всегда патологический признак, требующий выяснения причин (тактику определяет врач).

**Отеки наружных половых органов** (мошонки у мальчиков, больших половых губ у девочек) отмечают у 5–10% новорожденных, держатся до 2 нед, иногда дольше, проходят самостоятельно. Лечения не требуют.

**Угри новорожденных (милиум):** наблюдаются у 40–60%, представляют собой закупорившиеся сальные железы с обилием секрета, внешне выглядят как беловато-желтоватые узелки размером 1–2 мм, расположены чаще на крыльях носа, переносице, в области лба и подбородка, держатся до 2–4 нед. Лечения не требуют.

**Мочекислый инфаркт** — отложение мочевой кислоты в виде кристалликов в просвете собирательных трубочек почек, связанное с особенностями обмена веществ в первые дни жизни. Общее состояние не страдает. Характерные изменения со стороны мочи: мутная, желто-кирпичного цвета, оставляет на пеленке соответствующего цвета пятно, держится до 2 нед.

**Рекомендации маме:** кормление по потребности, тщательный туалет наружных половых органов (для смывания кристаллов).

**Физиологическая диспепсия** — переходный стул, наблюдается у 100% новорожденных. После рождения в течение нескольких дней отходит первородный кал (меконий) — густая, вязкая масса темно-зеленого цвета, без запаха. Переход к нормальному молочному стулу происходит не сразу. Сначала стул более частый, каловые массы неоднородны по степени плотности (комочки, слизь, жидкая часть), неоднородна и окраска (участки темно-зеленого цвета чередуются с зеленоватыми, желтоватыми и даже беловатыми). Такой переходной стул часто сопровождается метеоризмом. Через несколько дней стул становится однородным по плотности (кашицеобразный), однородный по окраске (желтый или цвета растертой горчицы) с кисловатым запахом. Изменение общего состояния (повышенная температура, частое срыгивание, рвота, частый стул с патологической примесью) требует срочного осмотра врача.

## НОВОРОЖДЕННЫЙ НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

**Недоношенный новорожденный** — ребенок, родившийся при сроке менее 37 полных недель беременности. Гестационный возраст — это возраст ребенка от момента зачатия до рождения. Он является самым важным показателем оценки степени зрелости новорожденного и его способности адаптироваться к условиям внешней среды. Степень зрелости недоношенных детей зависит от срока гестации и массы тела при рождении (табл. 1).

Таблица 1. Степени недоношенности

| Степень недоношенности         | Гестационный возраст, нед | Масса тела, г |
|--------------------------------|---------------------------|---------------|
| I                              | 37–35                     | 2500–2000     |
| II                             | 34–32                     | 2000–1500     |
| III – глубоко недоношенные     | 31–29                     | 1500–1000     |
| IV – экстремально недоношенные | 28–22                     | Менее 1000    |

Выделяют 3 основные группы причин (факторов), оказывающих влияние на частоту недоношенности.

– Первая группа — социально-экономические и демографические факторы:

- питание беременной;
- профессиональные вредности;
- низкий социальный статус;
- отклонения от медицинского наблюдения;
- доход семьи;
- вредные привычки и др.

– Вторая группа — социально-биологические факторы:

- возраст родителей;
- интервал между родами, исход предыдущей беременности, многоплодная беременность.

– Третья группа — клинические факторы:

- инфекционные заболевания матери, осложнения, связанные с беременностью (токсикозы, неправильное положение плода, аномалии прикрепления плаценты и др.);
- травматические повреждения матки, предшествующие аборт, рубцы на матке после кесарева сечения;
- иммунологическая несовместимость тканей матери и плода;
- аномалии развития женских половых органов, патологические изменения половых органов;
- нейроэндокринные заболевания матери, нарушения функции яичников и надпочечников;
- неинфекционные заболевания матери;
- хромосомные аномалии плода.

Основные признаки недоношенности:

- масса тела — от 1000 до 2500 г;
- длина тела — от 37 до 46 см;
- непропорциональное телосложение (нижние конечности и шея короткие, голова относительно большая, мозговой череп преобладает над лицевым, в отличие от доношенного новорожден-

- ного, место отхождения пуповины смещено к лону, сам живот распластаный, «лягушачий», из-за мышечной гипотонии);
- кости черепа податливы, швы и малый родничок открыты, ушные раковины мягкие, плотно прижаты к голове;
- кожные покровы красного цвета, тонкие, морщинистые, обильно покрыты пушком (лануго), подкожный жировой слой истончен, мышечный тонус снижен;
- ногтевые пластинки короткие, тонкие, не достигают кончиков пальцев;
- у девочек большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет, клитор увеличен; яички у мальчиков не опущены в мошонку;
- ребенок более вялый и сонливый; крик слабый или даже писк;
- физиологические рефлексы, такие как сосание, глотание и др., недоразвиты или даже отсутствуют — отсюда трудности кормления, риск аспирации (например, попадание молока в дыхательные пути);
- со стороны периферических анализаторов — нарушение зрения, слуха;
- дыхание отличается большей частотой и лабильностью (от 40 до 90 в минуту), меньшей глубиной и более поверхностным характером дыхательных движений, неравномерным по ритму и глубине, возможны апноэ (до 5–10 с);
- отсутствует или слабо выражен кашлевой рефлекс, отсутствие или недостаточное содержание в альвеолах сурфактанта обуславливает развитие ателектазов и дыхательных расстройств;
- сердцебиение более частое и более лабильное (140–160 в минуту), артериальное давление низкое 75/20 мм рт.ст., затем оно несколько повышается;
- терморегуляция несовершенна — отсюда склонность как к перегреванию, так и особенно к переохлаждению (температура тела при этом равна 35,9–36 °С и даже ниже), — риск выраженного отека подкожной жировой клетчатки (склерема), что определяет важность соблюдения принципа «тепловой защиты» ребенка;
- слабое развитие мышц диафрагмы, передней брюшной стенки, кишечника являются причиной склонности к метеоризму, органы пищеварения еще менее совершенны, чем у доношенного ребенка, поэтому идеальной пищей для недоношенного ребенка является только молоко матери; печень более несовершенна, также важно помнить о возможности билирубиновой энцефалопатии (профилактические меры начинаются в роддоме);

Книга за то  
не числится  
Зав. библ. 27789

– суточный диурез к концу первой недели составляет 60–140 мл, частота мочеиспусканий 2–15 раз в сутки (функциональная незрелость почек);

– иммунная система на более низком уровне развития — отсюда частота заболеваний (причем нередко с нетипичным течением).

В силу сочетания всех этих факторов недоношенный ребенок требует создания максимально благоприятных условий для выхаживания.

Особенности некоторых физиологических (пограничных) состояний у недоношенных детей:

– физиологическая потеря массы тела до 9–14%, более медленное его восстановление (2–3-я неделя жизни);

– физиологическая желтуха сохраняется до 3 нед с угрозой билирубиновой интоксикации;

– простая эритема более яркая, длительно сохраняющаяся (в среднем до 2 нед);

– токсическая эритема, гормональный криз, мочекишный инфаркт возникают редко.

**Особенности развития недоношенного ребенка:**

– низкая прибавка массы тела за первый месяц жизни;

– последующие ежемесячные прибавки массы тела до года должны быть больше, чем у доношенных детей (при условии сохранения состояния здоровья);

– ежемесячная прибавка длины тела больше чем у доношенных детей и в среднем составляет 2,5–3 см;

– окружность головы в первые 2 мес больше окружности груди на 3–4 см, к концу первого года окружность головы равна 43–46 см, окружность груди — 41–46 см;

– более позднее прорезывание зубов (в среднем в 8–10 мес);

– задержка психомоторных навыков на первом году у детей с массой тела при рождении от 1500 до 2000 г — до 1,5 мес; у детей с массой тела при рождении от 1000 до 1500 г — на 2–3 мес. Большинство детей с массой тела при рождении 2500 г догоняют своих сверстников к 1 году, глубоко недоношенные дети — только к 2–3 годам.

Для того чтобы объективно оценивать новорожденного и грамотно информировать родителей, медицинской сестре необходимо знать его основные физиологические состояния (встречаемые только в этом периоде детства).

**Знание характеристики новорожденного (анатомические и функциональные показатели) позволяет медицинской сестре:**

– правильно понимать особенности ребенка;

– дать ему объективную оценку при проведении первичного и последующих патронажей (после выписки из роддома);

– определить, зрелым или незрелым он родился;

– ответить на вопросы, интересующие родителей.

Оценив факторы риска новорожденного ребенка, необходимо отнести его к соответствующей группе здоровья.

## ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

– **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 3,0 до 4,5 кг, без пороков развития, массо-ростовым показателем 60–80, нормально протекающим периодом ранней адаптации, находящиеся на естественном вскармливании, выписанные из роддома на 5–6-е сутки и не имеющие расстройств здоровья.

– **II группа здоровья** — новорожденные из группы риска по срыву адаптации и развитию заболеваний.

– **III и IV группы здоровья:**

■ недоношенные дети;

■ новорожденные с глубокой морфофункциональной незрелостью, хронической патологией в стадии компенсации и субкомпенсации;

■ с пренатальной гипотрофией II, III степени;

■ задержкой внутриутробного развития;

■ гемолитической болезнью;

■ внутриутробной инфекцией;

■ перенесенные с III степенью переносимости;

■ с эмбриофетопатией неинфекционного генеза;

■ асфиксией тяжелой степени;

■ тяжелой родовой травмой;

■ эмбриофетопатией неинфекционного генеза;

■ инфекционно-воспалительными заболеваниями;

■ врожденным пороком сердца;

■ врожденной патологией обмена веществ;

■ хромосомной патологией.

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

Дети из III и IV групп здоровья поступают из роддома под наблюдение участкового педиатра, участковой медицинской сестры, специалистов узкого профиля и заведующего отделением. В месячном возрасте ребенок вновь осматривается узкими специалистами с оценкой критериев здоровья, которыми в этом возрасте являются:

- отсутствие заболеваний в течение периода новорожденности;
- прибавка в массе тела 600 г и более за месяц;
- прибавка в росте 2,5–3,0 см за месяц;
- активный акт сосания;
- положительные реакции на осмотр, пеленание;
- формирование условных рефлексов на пищевой раздражитель;
- постепенное угасание рефлексов новорожденного.

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

## НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

В настоящее время приоритетным национальным проектом «Здоровье» предусматривается массовое обследование новорожденных (неонатальный скрининг), которое позволит на ранних этапах выявить вероятные генетические, врожденные заболевания и предотвратить их тяжелые проявления.

Организация дифференцированного наблюдения за новорожденным обусловлена высоким удельным весом патологии новорожденных в структуре детской заболеваемости и смертности, значительным влиянием пери- и неонатальной патологии на дальнейшее развитие и состояние здоровья детей в старшем возрасте. Наблюдение устанавливается с момента выписки матери и новорожденного из родильного дома.

Первый врачебно-сестринский патронаж осуществляется в первые 3 сут после выписки из родильного дома. В день выписки из родильного дома посещают детей с перинатальной и врожденной патологией, недоношенных, перворожденных.

Основная цель первичного патронажа — оказание консультативной и практической помощи матери (семье).

При первом патронаже еще раз проверяется готовность семьи к рождению ребенка и даются конкретные рекомендации по организации ухода. Медицинская сестра информирует мать по вопросам ухода,

вскармливания, воспитания, обеспечивая ее необходимым информационным материалом (режим работы детской поликлиники, номер телефона регистратуры), методическими пособиями-памятками. В задачу первичного патронажа входит обучение матери, т.е. показ ежедневных манипуляций, входящих в уход за новорожденным ребенком. Особый акцент делается на основу ухода в этот период — безупречную личную гигиену ухаживающих за ребенком, тщательное соблюдение чистоты окружающей новорожденного среды.

Данные из паспорта новорожденного (подробная справка из родильного дома) заносятся в «Историю развития ребенка» (форма № 112/у), при этом обращается особое внимание на выполнение необходимых вакцинаций (против вирусного гепатита В и туберкулеза) и неонатальный скрининг **врожденного гипотиреоза, фенилкетонурии, муковисцидоза, галактоземии и адреногенитального синдрома**. Массовое обследование новорожденных (неонатальный скрининг) позволяет на ранних этапах выявить генетически обусловленные врожденные заболевания и предотвратить их тяжелые проявления за счет своевременно начатого лечения.

Необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (начиная с опроса) является дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с действующим законодательством медицинская помощь ребенку должна оказываться с согласия его законного представителя (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»).

Свой выбор медицинской организации законные представители ребенка (родители, опекуны, попечители) реализуют оформлением информированного добровольного согласия на такие виды медицинского вмешательства.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Перечень указанных медицинских вмешательств соответствует приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

После оформления данного информированного добровольного согласия (вариант информированного добровольного согласия — см. Приложение 1) при первом посещении врач конкретно определяет особенности наблюдения за новорожденным, вырабатывает тактику в отношении детей из группы риска.

#### **Правила проведения первичного патронажа:**

- своевременность осуществления;
- создание особого психологического климата, установление доверительных отношений.

Задачи медицинской сестры при проведении первичного патронажа:

- достаточно подробная информация обо всех элементах гигиенического ухода, вскармливания, поддержания лактации, воспитания ребенка;
- обучение матери, т.е. показ ежедневных манипуляций, входящих в уход за новорожденным ребенком;
- мотивированные ответы на все интересующие вопросы, связанные с содержанием патронажа;
- обеспечение матери (ее семьи) необходимым информационным материалом (режим работы детской поликлиники, номер телефона регистратуры, методические пособия-памятки и др.)

В течение первого месяца медицинская сестра должна посетить новорожденного на дому не менее 3–4 раз (если ребенок из группы риска, то чаще); индивидуальный режим согласовывается с врачом.

Наблюдение за ребенком первого месяца жизни и все виды медицинской помощи осуществляются только на дому.

Медицинская сестра посещает новорожденного еженедельно (по показаниям — чаще).

Медицинская сестра обучает мать правилам ухода за ребенком, проводит беседы по вопросам правильного питания, купания, режима дня, осуществляет обязательный минимум сестринского обследования (состояние кожных покровов, слизистых оболочек, грудных желез, пупочной ранки, оценивает характер стула и мочеиспусканий).

Во время данных патронажей медицинская сестра выясняет жалобы, тревоги, сомнения матери; оценивает санитарное состояние квартиры и условия ребенка. Дает и уточняет советы по режиму дня, уходу, закаливанию. Оценивает лактацию, продолжает поощрение грудного вскармливания. Дает информацию о начинающейся постнатальной специфической профилактике рахита (3–4 нед). При появлении у новорожденного заболевания, не требующего госпитализации, посещения должны быть еженедельными и до выздоровления.

В возрасте 1 мес мать со здоровым ребенком приглашают на первый профилактический прием в поликлинику в комнату здорового ребенка.

## **СЕСТРИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕЖИМУ ДНЯ И ПИТАНИЮ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ**

Кормящая женщина для сохранения лактации должна придерживаться правильного распорядка дня, который предполагает достаточный сон, пребывание на свежем воздухе, рациональное питание, пси-

коэмоциональный комфорт в семье, умеренную физическую нагрузку. При ежедневном минимальном наборе продуктов: 150–200 г мяса или рыбы, 50 г сливочного масла, 20–30 г сыра, одного яйца, 0,5 л молока, 800 г овощей и фруктов, 300–500 г хлеба, пищевой рацион должен содержать ягоды, соки, фрукты, орехи, различные крупы, кисломолочные продукты. Из рациона необходимо исключить крепкий кофе, алкогольные напитки, ухудшают вкус молока лук, чеснок, острые приправы, по возможности отказаться от лекарственных препаратов. Количество употребляемой жидкости не должно превышать 2,5 л/сут, при этом 0,5–1,0 л должен приходиться на долю молока или кисломолочных продуктов.

### **САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ СОДЕРЖАНИЯ РЕБЕНКА НА ДОМУ**

К приходу матери и ребенка из родильного дома следует подготовиться заранее. В квартире необходимо провести тщательную уборку, а затем влажную уборку делать постоянно. Комната, где находится ребенок, должна быть по возможности светлой и сухой, ее необходимо проветривать каждые 3 ч по 10–15 мин, температура воздуха должна быть +22–23°. В теплое время года форточку или окно следует держать постоянно открытыми. Вначале во время проветривания ребенка следует выносить в другую комнату, а затем, при отсутствии сквозняков, его приучают находиться в комнате и при открытой форточке. В этой комнате нельзя стирать, сушить белье, пользоваться предметами бытовой химии, курить.

Детская комната освобождается от лишней мебели, а главное — от ковровых изделий, картин, открытых книг, которые являются коллекторами домашней пыли. Заранее должны быть подготовлены детская кроватка, белье для новорожденного, коляска, ванночка и другие предметы ухода. Детскую кроватку ставят в светлом месте, вдали от отопительных приборов, дверей и окон, чтобы она не находилась на сквозняке.

Матрас должен быть достаточно твердым, моющимся, в подушке новорожденный не нуждается, он должен лежать на ровной поверхности. Под голову кладут пеленку, сложенную в несколько раз, при необходимости (при срыгиваниях) можно приподнять головной отдел кроватки на 2–3 см. Нельзя использовать постельные принадлежности из пуха и пера, так как из-за мягкости они способствуют искривлению

позвоночника, повышают риск перегревания и возникновения аллергических реакций.

Не рекомендуется в качестве кроватки использовать коляску. Постоянное пребывание ребенка в коляске способствует ухудшению санитарно-гигиенических условий ухода за ним, обусловленного особенностями материала, из которого сделана коляска, а также искривлению позвоночника, перегреванию и раздражению вестибулярного аппарата. Укладывать в кроватке новорожденного необходимо только на бок, вследствие опасности аспирации при срыгивании в положении на спине лицом вверх. Укладывать на живот ребенка можно только во втором полугодии жизни из-за риска расстройства дыхания во сне в первом полугодии. Положение на животе во время сна со второго полугодия является физиологическим и полезным (свободная поза, отсутствие опасности аспирации, укрепление затылочных и спинных мышц, профилактика деформаций костной системы).

### **ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ**

Перечислите маме необходимые предметы ухода за новорожденным:

- марлевые салфетки, вата (хранят в стерильной упаковке или в чистых прокипяченных стеклянных банках с крышками);
- термометры — водяной и медицинский;
- рукавички из байки, фланелевой ткани (для мытья ребенка);
- ножницы для стрижки ногтей;
- детское мыло;
- кувшин, подставка в ванную для купания, ванночка;
- пипетки для глаз и носа (в отдельных стеклянных емкостях);
- детский крем, детская присыпка, парафин жидкий (Вазелиновое масло\*), детское растительное масло (или прокипяченное на водяной бане обычное растительное);
- 1–2% спиртовой раствор бриллиантового зеленого;
- газоотводная трубка, резиновый баллончик № 1 для клизмы (для более старших детей потребуются другие номера баллончиков);

Ориентировочный комплект белья:

- 4–6 детских простыней;
- 3 конверта;
- 3 пододеяльника;
- 2 байковых одеяла и 1 шерстяное;
- 20 тонких пеленок размером 100×100 см;

- 10 фланелевых пеленок;
- 25–30 подгузников размером 60×65 см из марли или выношенной хлопчатобумажной ткани;
- 10–12 распашонок, из них 6–8 хлопчатобумажных, 4–6 фланелевых;
- 2–3 чепчика.

Одежда новорожденного должна защищать от большой потери тепла, но в то же время не вызывать перегревания и не стеснять движений, должна быть изготовлена из мягких натуральных льняных или хлопчатобумажных, легко стирающихся тканей, которые можно кипятить.

Предметы ухода должны храниться отдельно от вещей взрослых. Швы на пеленках и распашонках не должны быть грубыми. Детское белье стирают отдельно от белья других членов семьи. Все новые вещи подлежат обязательной стирке и кипячению. В дальнейшем белье стирают по мере необходимости, используя только детское мыло, тщательное полоскание, проглаживание его утюгом с обеих сторон, но только до достижения ребенком 1 мес, в последующие сроки белье проглаживается с одной стороны, чтобы не нарушить пористость ткани, а значит, и ее воздухопроницаемость. Недопустимо подсушивать мокрые пеленки, не простирывая их (это чревато раздражением кожи кристалликами мочевой кислоты, возникновением опрелостей, инфицированием, пиодермией). Одежда новорожденного должна защищать его от потери тепла, но в то же время не вызывать перегревания и стеснения движений, должна быть из мягких, натуральных (хлопчатобумажных или льняных), легко стирающихся тканей, которые можно кипятить.

В помещении новорожденному рекомендуется находиться без чепчика. На время сна или кормления ребенка необходимо пеленать. Во время бодрствования он должен находиться в распашонке и трусиках. Хорошим средством закаливания является обнажение стоп.

Гулять с ребенком нужно ежедневно в любое время года. Летом начинают гулять с первых дней после выписки из роддома, а зимой — со 2–3-й недели пребывания дома. Одежду для прогулки выбирают в зависимости от погоды. Зимой поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, а потом завертывают ребенка в байковое и ватное (или шерстяное) одеяло с пододеяльником. Лицо оставляют открытым.

Продолжительность первой прогулки всего несколько минут, даже летом не более 10 мин. В летнее время года продолжительность про-

гулок увеличивают быстро, зимой на 5–10 мин ежедневно. К пребыванию на свежем воздухе в прохладное время ребенка следует приучать постепенно, начиная с 15–20 мин. Выносить гулять зимой можно при температуре не ниже –10 °С.

Новорожденный нуждается в достаточно интенсивном наблюдении со стороны участкового педиатра и участковой медицинской сестры. От тщательного и квалифицированного наблюдения за ребенком в течение первого месяца жизни во многом зависят предупреждение различных заболеваний, состояние здоровья ребенка в будущем.

Уход за новорожденным отличается целым рядом специфических особенностей. Строгий асептический подход к детям этого наиболее раннего периода жизни является основой профилактики весьма частых у них гнойных и других воспалительных поражений и заболеваний. В периоде новорожденности помимо асептических условий для максимальной защиты ребенка от инфицирования должны быть обеспечены оптимальная температура окружающей среды, тесный контакт ребенка с матерью.

Ежедневный туалет новорожденного (и грудного ребенка) лучше проводить утром. Ребенка разворачивают и раздевают полностью, при необходимости подмывают. Внимательно осматривают кожные покровы, особенно естественные складки (излюбленная локализация опрелостей). Лицо умывают промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.

Последовательность выполнения элементов ухода:

- 1) провести гигиеническую антисептику рук;
- 2) подготовить рабочее место;
- 3) расстелить пеленки для пеленания;
- 4) распеленать ребенка в кроватке, освобождая от наружных пеленок.

Перед тем как подойти к ребенку, нужно сменить личную одежду и тщательно вымыть руки, необходимо соблюдать санитарно-гигиенические мероприятия по содержанию молочной железы в чистоте.

В первые недели жизни ребенка в обработке нуждается пупочная ранка.

**При проведении первичного патронажа продемонстрируйте туалет пупочной ранки, научите основным элементам ухода за малышом.**

## ТУАЛЕТ ПУПОЧНОЙ РАНКИ

Пупочная ранка — потенциальные входные ворота для инфекции, поэтому ее обработке необходимо уделять серьезное внимание. При рождении на пуповину накладывается металлическая или пластмассовая скобка, а на 3–5-е сутки после рождения здорового ребенка происходит отпадение остатка пуповины, а пупочная ранка покрывается кровянистой корочкой. Обычно к 18–20-му дню жизни пупочная ранка эпителизируется, а пока это не произойдет, ее нужно ежедневно тщательно обрабатывать, так как пупочная ранка может стать входными воротами инфекции.

Процедура обработки (подготовить необходимое оснащение).

1. Вымыть и осушить руки.
2. Уложить ребенка на пеленальный стол, предварительно постелив на него пеленку.
3. После купания область пупка слегка подсушить мягкой чистой тканью.
4. Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцем левой руки (это обязательное условие даже при образовавшейся корочке).
5. Капнуть из пипетки в ранку 1–2 капли 3% раствора водорода пероксида (Перекиси водорода\*).
6. Удалить стерильной ватной палочкой образовавшуюся «пену» движением изнутри кнаружи.
7. Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать ее стерильной ватной палочкой, смоченной 70% этанолом (Этиловым спиртом\*), с двух сторон, и обработать одним ее концом ранку движениями изнутри кнаружи, другим — кожу вокруг ранки (от центра к периферии).
8. Обработать пупочную ранку, не затрагивая кожу вокруг нее, 1% раствором бриллиантового зеленого. Повязок на пупочную ранку накладывать не следует.
9. Запеленать ребенка и положить в кроватку.
10. Убрать пеленку с пеленального стола и поместить ее в мешок для грязного белья.
11. Вымыть и осушить руки.

Все перечисленные манипуляции должны выполняться без усилия и не вызывать у ребенка негативной реакции.

При появлении выделения из пупочной ранки медицинская сестра должна рекомендовать маме обратиться к врачу.

Для скорейшего заживления пупочной ранки важно соблюдать ряд правил.

1. Обрабатывайте пупочную ранку 1 раз в день (лучше после купания). Сначала 3% раствором водорода пероксида смываем кровяные корочки. Пупочная ранка заживает около 2 нед.
2. Моделируйте форму и размер подгузника таким образом, чтобы пупочная ранка была открытой или ее поверхности касался супермягкий флис.
3. В первый месяц для уменьшения давления на пупочную ранку используйте подгузник без фиксирующей ленты.
4. Используйте подгузник с нейтрализующим суперабсорбентом, который впитывает не только жидкость, но и раздражающие кожу компоненты мочи и кала. Это позволит избежать инфицирования пупочной ранки.

## КОРОЧКИ НА ГОЛОВЕ (ГНЕЙС)

Корочки на голове малыша являются минимальным проявлением пищевой аллергии. При правильно подобранном питании и режиме корочки пройдут сами.

Рекомендации:

- категорически нельзя счесывать корочки расческой, это может травмировать нежную кожу ребенка;
- ватным тампоном, обильно смазанным стерильным растительным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса;
- положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку;
- через 2 ч провести гигиеническую ванну, осторожно удалить их ватным тампоном или губкой во время мытья головы.

## УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Показания:

- соблюдение гигиены тела;
- обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;
- формирование навыков чистоплотности.

Ежедневный туалет ребенка начинается с умывания лица и промывания глаз водой.



Умывание проводится ежедневно, осторожно умыться личико ребенка промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой охлажденной водой.

## ТУАЛЕТ ГЛАЗ

- Проводится ежедневно, предварительно умыться ребенка промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой охлажденной водой.
- Обработать глаза ребенка от наружного угла глаза к внутреннему ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.
- Аналогично обработке просушить глаза сухими ватными тампонами.
- Для каждого глаза используется отдельный ватный шарик.
- При наличии корочек или серозно-гнойного отделяемого в углах глаз промывание осуществляется раствором нитрофурала (Фурацилина\*) (рекомендация врача) от 1:5000, отварами коры дуба, ромашки, череды, чистотела, крепко заваренного чая (отвары трав готовятся из расчета 1 столовая ложка сухой травы на стакан кипятка), настаивать 30–40 мин, отвар использовать только в день приготовления.

Нос и уши специально чистить не нужно. Уши моются во время купания в домашних условиях.

Если ребенок сопит носом, в нос закапывают 3–4 капли теплого гипертонического раствора морской воды (Аква Марис\*, Отривин Беби\* и др.); при наличии сухих корочек для их размягчения можно использовать несколько капель растительного или Вазелинового масла\*. Ватными фитильками, смоченными растительным маслом, в настоящее время пользоваться не рекомендуется.

Обтирать полость рта ребенка ни в коем случае не следует. Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую оболочку полости рта, при отсутствии патологических изменений слизистую оболочку рта не обрабатывают, при появлении молочницы обработку проводят 2% раствором соды (1 чайная ложка соды на 200 мл кипяченой воды) перед каждым кормлением с помощью марлевой салфетки.

## УХОД ЗА НОГТЯМИ

Ногти стричь по мере их отрастания маленькими, обработанными спиртом индивидуальными ножницами с 3 нед, не реже 1 раза в 7–10 дней:

- удобно зафиксировать ребенка у себя на руках;
- постричь ногти ребенку лучше во время сна, на руках округло, на ногах — прямолинейно, используя маленькие ножницы (лучше специальные детские), предварительно обработанные спиртом.

## ОБРАБОТКА ЕСТЕСТВЕННЫХ СКЛАДОК КОЖИ

- Проводится ватным тампоном, смоченным каким-либо гигиеническим средством для детей — растительным маслом (наносить на ватный тампон), кремом или присыпкой в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные складки.

После окончания утреннего туалета:

- одеть ребенка и уложить в кроватку;
- убрать пеленку с пеленального стола и поместить ее в мешок для грязного белья;
- вымыть и осушить руки.

Большое значение в обеспечении жизнедеятельности новорожденного имеет правильное функционирование кожи и связанных с ней образований.

Кожа — сложный орган, выполняющий разнообразные функции. Здоровая кожа обеспечивает нормальное функционирование многих систем организма. Кожа представляет собой первый барьер, защищающий ребенка от бактерий и токсинов. Она регулирует теплоотдачу и потерю жидкости. Кожа детей наиболее раннего возраста по своим морфологическим и физиологическим особенностям отличается значительным своеобразием. Кожа состоит из эпидермиса и дермы, между которыми располагается базальная мембрана. Эпидермис состоит из тонкого поверхностного рогового слоя, слабо связанных между собой и постоянно сдвигающихся клеток. Дерма имеет преимущественно клеточную структуру, в слое дермы находятся кровеносные сосуды и нервные волокна, и только к 6 годам гистологическое строение дермы приближается к таковому у взрослых, хотя эластические волокна еще развиты слабо и максимума достигают к 35 годам. Базальная мембрана у детей, особенно у новорожденных, очень нежная и рыхлая, что определяет слабую связь между эпидермисом и дермой.

Сальные железы хорошо функционируют уже в период внутриутробного развития, выделяя обильный секрет, покрывающий тело ребенка. Потовые железы в течение первых 3–4 мес обнаруживают некоторую

функциональную незрелость. Указанная морфологическая незрелость кожи в сочетании с недостаточностью местного иммунитета и несовершенством местной терморегуляции объясняет легкую ранимость кожи, склонность к мацерации, легкую инфицированность и своеобразие течения кожных заболеваний у детей, особенно раннего возраста. Волосы в виде зародышевого пушка вскоре после рождения выпадают и заменяются постоянными. Брови и ресницы развиты у новорожденного слабо, в дальнейшем их рост усиливается. Ногти обычно хорошо выражены и доходят до кончиков пальцев.

Подкожный жировой слой у плода в течение последних 1,5–2,0 мес внутриутробной жизни бывает хорошо выражен у нормальных доношенных детей. Подкожная жировая клетчатка, защищая ребенка от потери тепла и являясь источником пополнения питательного материала, достигает к 6–8 мес своего наибольшего развития, а начиная с пубертатного периода, у девочек она выражена сильнее, чем у мальчиков.

## ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ КОЖИ

Кожа является защитным органом, предохраняющим глубоко лежащие ткани от вредных механических и химических воздействий. Защитная функция развита недостаточно, что определяет более легкую ранимость, частую инфицируемость из-за тонкого, слабого эпидермиса, богатого кровообращения, незрелости местного иммунитета. Дыхательная функция развита хорошо. Кожа — орган дыхания, эта функция у новорожденного выражена в 8 раз сильнее, чем у взрослого (наличие тонкого слоя эпидермиса, обилие капилляров, особенности строения сосудистой стенки, газы легко диффундируют через стенку сосудов). Терморегуляторная функция, отличаясь некоторым несовершенством (тонкость и нежность кожи, обилие кровеносных сосудов, лабильность вазомоторов), делает ребенка склонным и к переохлаждениям, и к перегреваниям.

Выделительная функция кожи несовершенна, что связано с недостаточной функцией потовых желез.

Резорбционная функция кожи у детей повышена (тонкость рогового слоя, обилие сосудов), на этом основано противопоказание к применению мазей, изготовленных из веществ, обладающих токсическим действием, накопление которых может вызвать поражение жизненно важных органов. Синтетическая функция (пигментно-витаминобразующая) развита хорошо.

Кожа является сложным органом чувств, в ней находится большое количество рецепторов, воспринимающих раздражения, идущие извне, поэтому кожа играет исключительную роль в процессе приспособления новорожденных к условиям внешней среды. Анатомо-физиологические особенности кожи ребенка раннего возраста predisполагают к механическим ее повреждениям, возможному инфекционному и аллергическому воспалению. Вот почему основной задачей является правильный уход за кожей ребенка для профилактики в первую очередь воспалительных заболеваний.

### Основные цели ухода за кожей детей раннего возраста:

- предотвращение раздражения и повреждения эпидермиса;
- поддержание нормального микробиоценоза (нормальной микрофлоры) кожных покровов.

Для достижения этих целей необходимо:

- исключить применение раздражающих и алергизирующих веществ;
- устранить механические факторы;
- предотвратить контакт кожи с калом, мочой;
- уменьшить воздействие физических факторов (влаги) на кожу ребенка.

Медицинская сестра должна помочь маме из представленного разнообразия средств ухода за кожей выбрать несколько средств, которые подойдут для ребенка, и объяснить нецелесообразность их постоянной смены (табл. 2). Кожа ребенка первых месяцев жизни очень нежна, легкоранима, выполняет барьерную роль и препятствует проникновению инфекции внутрь, и только неповрежденная кожа в состоянии справиться с этой задачей.

Таблица 2. Средства ухода за кожей ребенка

| Используемое средство                       | Цель применения   |
|---|---|
| Мыло детское, гель детский (рН-нейтральный) | Очищение, увлажнение кожи   |
| Присыпка                                    | Защита кожи, впитывание влаги, предупреждение   |
| Масла                                       | Защита, регенерация кожи, увлажнение  |
| Косметическое молочко                       | Очищение, защита кожи, увлажнение   |
| Крем  | Защита кожи, увлажнение, противовоспалительное, противоаллергическое действие, профилактика пеленочного дерматита |
| Мази  | Защита кожи, увлажнение, профилактика и лечение пеленочного дерматита   |
| Влажные салфетки                            | Очищение, увлажнение кожи   |

**Правильный уход за кожей ребенка является основой профилактики, в первую очередь воспалительных заболеваний кожи.**

Одни из проявлений нарушений ухода за кожей младенцев — потница, потертость и опрелость.

**Потница** — мелкоточечная сыпь, локализуемая наиболее часто в области естественных складок на коже туловища и конечностей.

**Потертость** — ограниченное покраснение кожи с мокнутием или без него, локализуемое в местах контакта кожи с одеждой или пеленками, чаще на внутренней поверхности лодыжек или шее.

**Опрелость** — повреждение кожи: от умеренного покраснения без видимого нарушения целостности вплоть до появления эрозий и мокнутия. Локализуется чаще в области ягодиц, внутренней поверхности бедер, естественных складок и за ушами. Опрелость является одним из морфологических компонентов пеленочного дерматита.

## ИНТИМНАЯ ГИГИЕНА НОВОРОЖДЕННОГО

### ПОДМЫВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Область промежности ребенка находится в постоянном контакте с влагой и требует особого ухода. Очень важно регулярно удалять с кожи продукты жизнедеятельности организма в виде мочи и кала. После дефекации ребенка обязательно подмывают под проточной водой (37–36 °С), температуру которой необходимо предварительно отрегулировать в кране, проверив ее запястьем:

- положить ребенка на левое предплечье и кисть руки, лицом вверх;
- подмыть под проточной водой с детским шампунем, используя ватные салфетки (девочек подмывают только движением спереди назад водой без мыла);
- просушивание осуществлять мягким полотенцем промокательными движениями;
- паховые, ягодичные складки обрабатываются специальным детским маслом, а также любым питательным кремом из детской косметики;
- запеленать (одеть ребенка).

## КУПАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Показания:

- соблюдение гигиены тела;
- обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»;
- формирование навыков чистоплотности;
- закаливание ребенка.

Купание новорожденного разрешается через 2–3 дня после отпадения остатка пупочного канатика (при незажившей пупочной ранке купание проводят в кипяченой воде). Температура в комнате во время купания должна быть не менее 21 °С.

Купания для грудного ребенка должны быть ежедневными.

До 3–4 мес для купания ребенка используется маленькая ванночка, начиная с 4-го месяца можно купать в большой ванне с использованием специального резинового коврика, который кладется на дно.

Обязательные условия:

- первую гигиеническую ванну проводить после заживления пупочной ранки;
- не купать сразу после кормления;
- при купании обеспечить в комнате температуру 22–24 °С;
- определять температуру воды для купания только с помощью термометра (не допускается определение температуры воды путем погружения локтя в воду).

Несколько советов по купанию малыша:

- купать ребенка нужно в обычной воде, температура которой 36–37 °С;
- перед купанием можно подмыть ребенка;
- продолжительность купания 5–10 мин;
- детский шампунь следует использовать сначала ежедневно, а затем 1–2 раза в неделю;
- лицо следует мыть отдельно чистой водой;
- перед купанием ребенка рекомендуется на несколько минут положить голеньким на живот.

Подготовка к процедуре.

1. Вымыть ванночку щеткой, ополоснуть кипятком.
2. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки).
3. Положить в ванну водный термометр (температура воды для первых купаний 37 °С, затем постепенно понижается до 35–36 °С).

4. Наполнить ванну водой на 1/2 или на 1/3.
5. Набрать из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка.
6. Раздеть ребенка.
7. Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой спину и затылок, правой — ягодицы и бедра.
8. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы), затем верхнюю половину туловища, вода должна доходить до линии сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой.
9. Затем правую руку освобождают, кисть левой руки перемещают в левую подмышечную впадину ребенка, а спинку и головку поддерживают левым предплечьем.
10. Моют ребенка правой свободной рукой, надев рукавичку (при необходимости намылить ее детским мылом), и помыть ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) — шея — туловище — конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи), последними обмыть половые органы и межъягодичную область.
11. Снять рукавичку.
12. Приподнять ребенка над водой, перевернуть лицом вниз, ополоснуть малыша водой из кувшина (вода остыла до 35–36 °С), желательно иметь помощника.
13. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный столик.
14. Осушить кожные покровы промокательными движениями проглаженной простыней или пеленкой (промокая, но не вытирая кожу).
15. Кожные складочки за ушами, на шее, в подмышечных и паховых областях смазываются различными средствами ухода.
16. Одеть ребенка и уложить в кроватку.
17. Купание в травах или с использованием каких-либо других средств должно быть рекомендовано врачом.

Несколько раз в день (5–6) малышу полезно проводить воздушные ванны. Лучше всего это делать перед кормлением, одновременно выкладывая ребенка на живот. Продолжительность процедуры 5–10 мин при температуре 22–24 °С.

Погрешности в уходе за кожей малыша могут привести к нарушению ее целостности и развитию воспалительной реакции.

В настоящее время уже ни у кого из ведущих специалистов не остается сомнения в том, что профилактический массаж является необходимым элементом ухода за ребенком и начинать его нужно как можно

раньше — с первых дней жизни малыша. Делать массаж может любой член семьи, без привлечения специально обученных медицинских сестер, найти которых далеко не просто. Основа профилактического массажа — нежные прикосновения, легкие, плавные поглаживания и внимание к реакции малыша. Массаж стимулирует костно-мышечную, нервную систему, работу системы кровообращения, влияя, таким образом, на регулируемые этими системами биохимические и психологические процессы. Рано начатые регулярные прикосновения материнских рук снижают в детском организме уровень гормонов стресса, способствуют набору массы тела, повышают иммунитет, положительно влияют на состояние кожи, укрепляют связи между родителями и малышом.

Расскажите маме, на что стоит обратить внимание при проведении массажа.

- Для проведения массажа подойдет столик, на котором обычно пеленают ребенка, или любая ровная, не слишком мягкая или твердая поверхность.
- Чтобы ребенок чувствовал себя комфортно, поддерживать температуру воздуха в комнате следует в пределах +22 °С.
- Перед сеансом необходимо с рук снять часы и украшения, которые могут вызвать у ребенка неприятные ощущения и даже поранить кожу.
- Перед массажем руки рекомендуется согреть под струей теплой воды или растереть.
- За некоторое время до проведения массажа ополоснуть малыша и тщательно вытереть кожу, чтобы избежать ее раздражения солями кальция, хлора, магния, содержащимися в жесткой водопроводной воде, кожа должна быть чистой и сухой.
- Для проведения процедуры рекомендуется использовать детское минеральное масло, которое не требует очищения после окончания сеанса.
- При проведении массажа небольшое количество масла наносят на руки и немного согревают его ладонями, такой метод нанесения масла на кожу ребенка называется «дозированием через материнские руки».
- Нельзя наносить детское масло на влажную, грязную или раздраженную кожу.
- Массаж проводят примерно через 30–40 мин после кормления, когда малыш сыт и спокоен.

Данные последних проведенных исследований показали, что наиболее безопасно для ребенка применение сертифицированного детского минерального масла известных производителей. Детское минеральное масло является хорошим увлажняющим средством, способствует поддержанию водно-липидного баланса кожи, не закупоривает поры, не создает условия для размножения микроорганизмов и соответствует самым строгим медицинским требованиям безопасности.

При соблюдении всех гигиенических требований, необходимости в дополнительном очищении кожи после массажа нет. Использование средств, которые применяют при массаже у взрослых, категорически недопустимо.

Научите маму технике профилактического массажа.

|  |
|--|
| <b>Массаж головы</b>   |
| Мягко, самыми кончиками пальцев массируют лицо и шею малыша. Следует быть особенно осторожным с родничками.<br>У новорожденных их два: один расположен на темечке, второй на затылке, ближе к шее. Затем нежными движениями поглаживают ушки, линии бровей — от переносицы к вискам, крылышки носа и губы                              |
| <b>Массаж живота</b>   |
| Массируют осторожными поглаживающими движениями по часовой стрелке. Не рекомендуется массировать область печени  |
| <b>Массаж груди</b>  |
| Мышцы груди у новорожденного развиты слабо, поэтому движения должны быть очень осторожными. Можно бережно помассировать грудь от центра к бокам без нажима на грудную клетку   |
| <b>Массаж кистей и рук</b>   |
| Массируют круговыми движениями с легким надавливанием, вложив большой палец своей руки в ладонку малыша. Затем массируют каждый пальчик в отдельности, обхватив его большим и указательным пальцами у основания и двигаясь к кончику.<br>Взявшись за кисть, приподнимают ручку и, поглаживая, двигаются в направлении от кисти к плечу |
| <b>Массаж ног</b>  |
| Держась за стопу, приподнимают ножку и снизу вверх аккуратно массируют внешние стороны бедра и голени  |
| <b>Массаж стоп</b>   |
| Нежными поглаживающими движениями массируют верхнюю сторону ножки, лодыжку и подошву. Затем массируют каждый пальчик отдельно  |

### Массаж спины

Малыша переворачивают на животик и круговыми движениями массируют спинку, двигаясь от шеи к ягодицам и обратно

Понимая важность массажа для малышек и необходимость его максимально раннего применения, освоив правила гигиены кожи перед проведением массажа и выбора средств для его проведения, рекомендации патронажной медицинской сестры могут принести много пользы родителям в воспитании здорового ребенка.

Пеленание практиковалось в глубокой древности. В связи с тем что терморегуляция новорожденного формируется только к концу первого месяца жизни, младенцы легко перегреваются и переохлаждаются. Кроме того, ребенку привычна теснота внутри матки. Поэтому пеленание следует рассматривать как способ мягкой, постепенной адаптации при переходе ребенка из одной среды обитания в другую, оно помогает малышу лучше осознать границы собственного тела. К 3–4-й неделе ребенок пытается освободиться от пеленок, и поэтому в дневное время его можно оставлять свободным, но во время ночного сна ребенка необходимо пеленать.

## ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Показания:

- создание ребенку максимального комфорта.

Обязательные условия:

- использовать метод свободного пеленания (оставляется небольшое пространство в пеленках для свободного движения ребенка);
- шапочку надеть только после ванны и на время прогулок;
- правильная фиксация пеленок (замочек расположить спереди);
- при пеленании малыша с ручками — нижний край пеленки должен располагаться на середине плеч (выше локтевых суставов);
- исключить образование грубых складок, наличие булавок, пуговиц и т.п.

Подготовка и выполнение процедуры.

1. На пеленальном столе расстелить фланелевую пеленку, затем тонкую хлопчатобумажную и подгузник или выложить памперс.

2. Распеленать ребенка в кроватке, положить на пеленальный стол.
3. Одетого в распашонку ребенка укладывают на подгузник так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясицы.
4. Нижний конец подгузника проводят между ножек на живот.
5. Левый и правый конец подгузника обертывают вокруг туловища (подгузник можно заменить памперсом).
6. Расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний ее край был на уровне подмышек.
7. Вокруг туловища обертывают правый, а затем левый конец тонкой пеленки.
8. Нижний конец тонкой пеленки расправляют, загибают вверх и завертывают назад.
9. Расположить ребенка на фланелевой пеленке так, чтобы ее верхний край располагался на уровне козелка.
10. Вокруг туловища обертывают правый, а затем левый конец фланелевой пеленки.
11. Нижний конец фланелевой пеленки расправляют, загибают вверх и завертывают назад так, чтобы оставалось свободным пространство для движения ножек ребенка.

В целях закаливания при пеленании не торопитесь завертывать ребенка, необходимо оставлять его обнаженным на 1–2 мин.

В каждом возрастном периоде потребности малыша меняются, и вместе с этим меняются требования к подгузникам: существуют анатомические подгузники для новорожденных, анатомические подгузники для активных малышей, анатомические подгузники для особо бережного ухода, анатомические одноразовые трусики, которые помогут приучить малыша к самостоятельности и к горшку.

Одноразовые подгузники в настоящее время признаны безопасными, они положительно влияют на формирование тазобедренных суставов, снижают риск развития пеленочного дерматита, не вызывают перегрева области половых органов. Подгузники меняют по мере их загрязнения испражнениями, расход может варьировать от 10 подгузников в сутки у новорожденного и до 4–6 — у детей более старшего возраста. Одноразовый подгузник рекомендуется менять сразу перед сном или кормлением, после каждого испражнения, после пробуждения, перед выходом на прогулку.

Научите маму технике пеленания в одноразовый подгузник.

- Положите ребенка на удобную поверхность.
- Расстегните, разверните использованный подгузник, сверните его, приподняв ребенка за ножки.
- Промойте кожу малыша с мылом, насухо ее промокните, при необходимости можно использовать специальные косметические средства для детей (мазь, лосьон).
- Положив новый развернутый подгузник под ребенка, закрепите его, наклеив застежки с учетом плотности прилегания подгузника к туловищу ребенка.

При применении подгузников необходимо учитывать их размеры: мини — 3–6 кг, миди — 4–9 кг (с 2–3 мес), макси 9–18 кг (с 7–8 мес), юниор — 12–25 кг (после года).

Вместо подгузника (из марли, пеленки, ветоши) можно надевать памперсы, но постоянное их ношение (особенно в период новорожденности) не рекомендуется.

## ПРОГУЛКИ НА СВЕЖЕМ ВОЗДУХЕ

Начинать прогулки в летнее время можно уже с первых дней жизни малыша после выписки из родильного дома, в зимнее — через 7–10 дней, в зависимости от погоды. Начав с 5–10 мин, постепенно увеличивать время прогулок до нескольких часов. Идеальное время для прогулок — утро; летом с малышом можно гулять 2 раза в день по 30–40 мин, в холодное время года лучше ограничиться одной прогулкой; при температуре ниже 10–15 °С или в ненастную погоду прогулки можно проводить на балконе или в комнате (одеть ребенка и открыть окно или форточку). Прогулки на свежем воздухе обеспечат здоровый сон и прекрасный аппетит.

### Дополнительные рекомендации по уходу

- Оберегать новорожденного от инфекции (для него представляет опасность даже условно-патогенная флора).
- Не целовать ребенка в лицо и руки.
- Ограничить общение с взрослыми.
- Для прогулок выбирать малолюдные места.
- Следить за чистотой сосок, игрушек, пустышек, т.е. предметов, попадающих ребенку в рот (соски моют и кипятят после каждого кормления, пустышку — каждый раз после того, как она выпала изо рта, и др.).

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НАЛИЧИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЕМЬЕ)

1. Никто не должен курить в квартире, где живет ребенок!
2. Ребенок не должен контактировать с бытовыми химическими изделиями: стиральными порошками, чистящими средствами, красками и т.п.
3. Не следует в присутствии ребенка использовать вещества с резкими запахами: косметика, духи, дезодоранты, лак для волос и т.п.
4. Минимум мебели, украшений на стенах. Максимально избавиться жилище от лишних вещей, собирающих пыль, — ковров, портьер, шкур животных и т.д.
5. Ежедневная влажная уборка помещений, использование водяных пылесосов. Ребенок не должен присутствовать при уборке квартиры.
6. Использование постельного белья из натуральных тканей и еженедельная стирка постельного белья при температуре 60 °С с последующим проглаживанием.
7. Дети не должны спать с мягкими игрушками в кровати. Мягкие игрушки, подушки необходимо стирать при температуре 60 °С или положить на ночь в морозильник (клещи домашней пыли боятся холода, света и сквозняков).
8. Хранение книг, одежды, постельного белья только в закрытых шкафах. Следует избегать контактов со старыми книгами.
9. Следует внимательно следить за появлением плесени и своевременно ее уничтожать. Проводить уборку ванной комнаты с растворами, предупреждающими рост плесневых грибов не реже 1 раза в месяц.
10. Не размещать в спальнях помещениях горшки с цветами — в земле создаются условия для размножения плесневых грибков.
11. Не рекомендуется держать дома животных или птиц. Неаллергенных животных не бывает!
12. Не допускается использование сухого корма в уходе за аквариумными рыбами.
13. Замена перовых подушек и матрасов на синтетические.

В настоящее время установлено, что основными факторами, влияющими на интеллектуальное развитие ребенка, является генофонд, который ребенок унаследовал от родителей, и факторы окружающей среды

(образование, питание и т.п.). Родившийся малыш уже может не только дышать и совершать хаотичные движения, но и активно ползти по животу матери в поисках соска, а найдя его, безошибочно понять, что с ним делать. На первом году жизни происходит интенсивный процесс роста мозга: формирование и дифференциация его структур, а также совершенствование его функций. На первом году жизни о развитии мозга малыша, правильности его интеллектуального развития можно судить в первую очередь по его двигательной активности.

### Советы маме

- Важно с первых недель жизни содействовать свободному развитию способностей малыша, помогая ему самостоятельно проявлять свою активность и постепенно становиться личностью.
- В период новорожденности ребенок может автоматически ползать, «ходить», переступая ножками при опоре на твердую поверхность стола.
- Никогда не оставляйте ребенка там, откуда он может упасть.
- К окончанию периода новорожденности в возрасте 1 мес малыш уже может, лежа на животе на плоской поверхности, на короткое время приподнимать голову и держать ее, фиксировать взгляд на лицах, короткое время его взгляд может следить за блестящим предметом. В этом возрасте ребенок радует родителей своей первой улыбкой.
- По окончании этого периода ребенка должны осмотреть педиатр, невролог, хирург-ортопед и окулист, чтобы убедиться в правильности развития малыша.

## НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК «ГРУППЫ РИСКА»

При организации диспансерного наблюдения за новорожденными на участке особое внимание обращается на новорожденных из «группы риска». Дети этой группы наблюдаются по индивидуальному плану, согласованному с узкими специалистами, берутся на диспансерный учет участковым педиатром и заведующим отделением.

Большая частота состояний риска среди новорожденных, высокий уровень заболеваемости, вероятность формирования в будущем хронической патологии определяют необходимость выделения детей в группу риска (II группа здоровья). Дети этой группы наблюдаются по индивидуальному плану, согласованному с узкими специалистами и, как правило, составляют основной процент медицинских отводов

от профилактических прививок. Несмотря на высокие репаративные возможности организма в раннем постнатальном онтогенезе, многие патологические процессы новорожденных оставляют глубокий след в последующей жизни, приводя к диспропорции роста, приобретенным порокам развития и др.

Сочетание факторов риска у каждого ребенка может быть различным, поэтому представляется целесообразным выделение среди новорожденных групп по степени риска.

К группе высокого риска относятся дети:

- с внутриутробным инфицированием;
- недоношенные, незрелые, переношенные;
- после асфиксии, родовой травмы, гемолитической болезни;
- дети от многоплодной беременности;
- с врожденной гипотрофией;
- перенесшие внутриутробно или в первые дни жизни какое-либо заболевание, инфекции.

К группе повышенного риска относятся дети, у которых после рождения не развилась явная клиническая картина заболевания, но имеются неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом, социальном анамнезе.

К таким факторам относятся:

- профессиональные вредности родителей;
- кровнородственные браки;
- экстрагенитальные воспалительные гинекологические заболевания матери, перенесенные в последнем триместре беременности;
- вирусные и бактериальные инфекции;
- возраст матери (моложе 18 и старше 30 лет к моменту рождения ребенка);
- нарушения режима и питания матери во время беременности;
- отклонения в интранатальном периоде (затяжные, быстрые роды, оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины, крупный плод и т.д.);
- отягощенный генеалогический анамнез (родственники с аллергической, эндокринной, онкологической патологией, поражениями костной системы, нервными, психическими заболеваниями и др.).

Особое внимание необходимо обращать на выявление социальных факторов риска (неполная, многодетная семья, неблагоприятные условия, алкоголизм, семьи с плохим психологическим климатом, с неудовлетворительными социальными бытовыми условиями и др.).

Наличие этих факторов в анамнезе позволяет распределить новорожденных по следующим группам риска:

- 1-я группа — новорожденные с риском развития патологии центральной нервной системы;
- 2-я группа — новорожденные с риском внутриутробного инфицирования;
- 3-я группа — новорожденные с риском развития трофических нарушений и эндокринопатии;
- 4-я группа — новорожденные с риском развития врожденных пороков органов и систем;
- 5-я группа — новорожденные из группы социального риска.

Участковая медицинская сестра по назначению участкового врача осуществляет контроль за состоянием здоровья новорожденных «группы риска», участвует в профилактических осмотрах и непрерывном диспансерном наблюдении.

Основным принципом мероприятий по реабилитации новорожденных «группы риска» является проведение индивидуальной целенаправленной программы профилактики и оздоровления. Организация профилактической помощи новорожденным «группы риска» предусматривает дифференцированность диспансерного наблюдения.

**Новорожденные с риском развития патологии центральной нервной системы** осматриваются участковым педиатром не менее 4 раз на первом месяце, затем ежемесячно; неврологом — в возрасте 1 мес, в дальнейшем — 1 раз в квартал; офтальмологом — в 1-й месяц и к году; травматолог-ортопед — в 1 мес и в 4 мес; хирургом и ЛОР-врачом — к году.

Медицинская сестра на 1-м месяце — 4 раза, в дальнейшем — ежемесячно.

Профилактические прививки — по индивидуальному плану по согласованию с неврологом.

По достижении года при отсутствии изменений со стороны центральной нервной системы снимается с учета.

Факторы риска:

- возраст матери более 30 лет;
- вредные привычки матери;
- патология беременности и родов;
- инфекционные заболевания;
- злоупотребление родителями алкоголем, курением;
- применение акушерских методов родовспоможения.



**Новорожденные:**

- перенесшие родовую травму мягких тканей, как правило, полностью выздоравливают и в специальном диспансерном наблюдении в поликлинике не нуждаются;
- при повреждении внутренних органов — педиатр, медицинская сестра контролируют состояние ребенка на 1-м месяце 5–6 раз, до 6 мес — 1 раз в 2–3 нед, затем до конца первого года жизни 1 раз в месяц;
- при травме позвоночника детский хирург, травматолог-ортопед осматривают ребенка 1 раз в 3 мес, в последующие 3 года — 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год, невролог — на первом году жизни 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в год;
- при внутричерепных кровоизлияниях (гидроцефалия) ребенка осматривают педиатр ежемесячно, невролог, офтальмолог на первом году 1 раз в 3 мес, затем в зависимости от стадии компенсации;
- при детском церебральном параличе, травме спинного мозга до 3-летнего возраста ребенка до года ежемесячно осматривают педиатр, невролог, психиатр, врач лечебной физической культуры, затем через месяц — окулист, травматолог-ортопед, отоларинголог 1 раз в год, постоянная работа с логопедом.

**Новорожденных с риском развития эндокринопатий и трофических нарушений** осматривают: участковый педиатр 4 раза на 1-м месяце, в дальнейшем — ежемесячно; эндокринолог в I квартале и в 12 мес. Медицинская сестра на 1-м месяце — еженедельно, в дальнейшем — ежемесячно. Диспансеризация — в течение первого года, при отсутствии патологии ребенок снимается с учета.

**Факторы риска:**

- большая масса тела при рождении, гипотрофия;
- сахарный диабет матери, гипотиреоз;
- экстрагенитальная патология;
- патология беременности;
- вредные привычки матери.

**Новорожденных с риском развития врожденных пороков развития** осматривают: участковый педиатр не менее 4 раз на 1-м месяце, затем ежемесячно; невролог — в 1, 6, 12-й месяц; офтальмолог — в 1-й месяц и в год; травматолог-ортопед — в 1–4 мес; хирург и ЛОР-врач — в год, кардиолог, генетик — по показаниям. Медицинская сестра на 1-м месяце — еженедельно, в дальнейшем — ежемесячно.

Профилактические прививки не противопоказаны.

Снятие с диспансерного учета происходит в возрасте 1 года при отсутствии клинических симптомов заболевания.

**Факторы риска:**

- патология беременности;
- возраст матери старше 30 лет;
- вредные привычки матери;
- перенесенная краснуха, вирусные заболевания в I триместре беременности;
- профессиональные вредности родителей;
- кровнородственные браки;
- наличие врожденных пороков у родителей или их родственников.

**Новорожденных с риском внутриутробного инфицирования** осматривают: педиатр — в течение 10 дней ежедневно; медицинская сестра — до 14 дней ежедневно, затем 2 раза в неделю; хирург — в месячном возрасте, при этом обращают внимание на отделяемое из пупка, состояние кожных покровов, активность сосания, прибавку массы тела, срыгивания. Измеряют температуру тела 3 раза в день.

Профилактические прививки не противопоказаны при отсутствии клинических признаков заболевания. При отсутствии симптомов инфицирования снимаются с диспансерного учета в 3-месячном возрасте.

**Факторы риска:**

- экстрагенитальная патология матери;
- воспалительные гинекологические заболевания;
- патология родов;
- перенесенные вирусные, бактериальные заболевания в конце беременности;
- инфекционные заболевания в семье.

**Новорожденные из группы социального риска****Факторы риска:**

- неудовлетворительные социальные и бытовые условия;
- семьи с плохим психологическим климатом;
- неполные, многодетные, студенческие семьи.

Педиатр осматривает детей 4 раза на 1-м месяце жизни на дому, в дальнейшем — ежемесячно в поликлинике до года, по показаниям — чаще.

Осмотр узкими специалистами осуществляют в соответствии с планом проведения профилактических медицинских осмотров. Медицинская сестра проводит осмотр на дому на 1-м месяце также

4 раза — еженедельно, в дальнейшем — ежемесячно посещает ребенка на дому 1–2 раза в месяц.

Профилактические прививки проводятся с учетом состояния здоровья ребенка.

Дети данной категории наблюдаются на дому в целях раннего выявления случаев нарушения прав ребенка, об обнаружении которых медицинская сестра немедленно докладывает участковому врачу и заведующему детской поликлиникой.

Вспомогательные функциональные и лабораторные исследования назначаются в зависимости от факторов риска. Строгий контроль за нарастанием размеров головы, уровнем нервно-психического развития, состоянием глазного дна проводится у новорожденных с риском заболевания центральной нервной системы. Обследование на фенилкетонурию, ультразвуковые исследования внутренних органов, использование методов функциональной диагностики, лабораторных исследований проводят новорожденным с риском развития врожденных пороков.

Дети с риском внутриутробного инфицирования при отсутствии симптомов инфицирования снимаются с диспансерного учета в 3-месячном возрасте, остальные новорожденные групп риска наблюдаются в течение года и при отсутствии патологии снимаются с учета, за исключением детей из группы социального риска.

Таким образом, новорожденный нуждается в достаточно интенсивном наблюдении со стороны участкового педиатра и участковой медицинской сестры.

## СИСТЕМА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НЕДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Наблюдение за недоношенными детьми в течение первых 3–4 мес осуществляется на дому. Все недоношенные дети составляют группу риска и повышенного риска, угрожаемую по заболеваемости и смертности.

Недоношенный ребенок должен состоять на диспансерном учете во II группе здоровья (группе риска) в течение 2 лет:

- 1 раз в 3 мес (по показаниям чаще) ребенка осматривают невролог и окулист;
- 1 раз в 6 мес — отоларинголог;
- в возрасте 1 и 3 мес — ортопед.

На 2–3-м году жизни проводятся консультации детского психиатра, эндокринолога, гастроэнтеролога, логопеда.

Недоношенный новорожденный требует особо пристального внимания, так как в процессе выхаживания и ухода за ним в домашних условиях возникает ряд проблем.

### Система выхаживания недоношенного ребенка начинается с первых часов его жизни и состоит из трех этапов.

#### 1-й этап

- Интенсивная терапия в роддоме.
- Цель — сохранить жизнь ребенка. Первые лечебно-профилактические мероприятия начинаются уже в родильном зале и должны выполняться в условиях, исключающих охлаждение ребенка.

#### 2-й этап

- Наблюдение и лечение в специализированном отделении для недоношенных детей.
- Цель — удовлетворение основных жизненно важных потребностей недоношенного ребенка.

#### Основные задачи:

- ✦ оказание квалифицированной медицинской помощи, продолжение лечения уже возникших заболеваний;
- ✦ организация сестринского ухода со строжайшим соблюдением правил асептики;
- ✦ создание комфортных микроклиматических условий (дополнительное согревание, оксигенотерапия);
- ✦ обеспечение адекватным питанием;
- ✦ мониторинг состояния (систематическое отслеживание);
- ✦ обучение родителей (в первую очередь мамы) приемам выхаживания ребенка в домашних условиях.

#### 3-й этап

- Динамическое наблюдение за недоношенным ребенком в условиях детской поликлиники.

После выписки из стационара ребенок поступает под наблюдение участкового врача и медицинской сестры.

Участковый врач и медицинская сестра посещают ребенка на дому в день выписки или не позднее чем на следующий день после выписки из стационара, создают индивидуальную программу реабилитации, для чего выясняют уровень подготовленности семьи к уходу за недоношенным ребенком; их возможности нести большие физические, психологические и материальные затраты, психоэмоциональное состояние матери (наличие послеродовой депрессии), отношение

каждого члена семьи к ребенку, уровень знаний о возможных проблемах недоношенных детей, возможном прогнозе. Медицинской сестре необходимо объяснить родителям, что ребенку должны быть обеспечены оптимальные условия жизни в семье, хороший уход, правильное вскармливание.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НА ДОМУ

В целях обеспечения жизненных потребностей недоношенного ребенка, при условии доверительных отношений в системе «врач–медицинская сестра–родители, родственники ребенка» разрабатываются индивидуальная программа реабилитации и схема динамического наблюдения за недоношенным ребенком, включающая следующее.

- Ежемесячную оценку физического и психомоторного развития ребенка.
- Оценку социально-экономических условий жизни семьи.
- Оценку состояния здоровья матери, характера ее питания, лактации, состояния молочных желез.
- Обучение членов семьи правилам ухода, организации рационального режима и питания, методам закаливания и адекватного воспитания.
- Регулярную оценку функционального состояния органов и систем (кожа, слизистые оболочки, опорно-двигательный аппарат, органы зрения, слуха и др.).
- Обучение родителей комплексам массажа и гимнастики.
- Консультативную помощь и информационную поддержку по всем интересующим вопросам.
- Вакцинацию по индивидуальному календарю.
- Осмотр ребенка педиатром и специалистами (офтальмологом, отоларингологом, неврологом, стоматологом, травматологом-ортопедом) в декретированные сроки.
- Лабораторное исследование анализов крови, мочи в декретированные сроки и по необходимости.
- Психологическую поддержку — помощь родителям увидеть перспективу развития здоровья ребенка; вовлечение членов семьи в обсуждение программы реабилитации.
- Обучение родителей технологии оценки физического, нервно-психического развития, телесного и эмоционального общения с ребенком.

Программа реабилитации составляется совместно с врачом с планированием сестринских действий.

**В реализации индивидуальной программы реабилитации ведущая роль принадлежит образовательной деятельности участковой медицинской сестры.**

Возможные проблемы родителей недоношенного ребенка:

- переживания или даже стресс в связи с преждевременными родами;
- чувство тревоги, беспокойство за ребенка;
- ощущение беспомощности;
- дефицит знаний и навыков ухода за ребенком;
- высокий риск развития гипогалактии или даже отсутствие грудного молока у матери;
- ситуационный кризис в семье, который может повлечь дефицит семейной поддержки.

## ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ОСОБЕННОСТЯМ УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Температурный режим комнаты, где находится ребенок, необходимо в начале поддерживать в пределах 24–26 °С, постепенно снижая до 22–20 °С.

Температура воздуха в помещении, где проводят купание, не должна быть ниже 25 °С. Гигиенические ванны проводят ежедневно продолжительностью 5–7 мин; температура воды в 1-й месяц — 38–38,5 °С, затем ее постепенно снижают, со 2-го месяца жизни — до 37–36,5 °С, к концу 2-го полугодия — до 34–32 °С (элементы закаливания при динамичном контроле со стороны медицинских работников).

При раздражении кожи по назначению врача проводят лечебные ванны с настоями или отварами из трав: череды, шалфея, ромашки, зверобоя и др. (2–3 столовые ложки заливают 1 л кипящей воды, настаивают в течение 15–20 мин, процеживают и добавляют в ванну с кипящей водой). При этом необходимо учитывать индивидуальную переносимость кожи ребенка во избежание аллергических реакций и появления чрезмерной сухости.

Большую роль для предупреждения перегревания и переохлаждения играет одежда недоношенного ребенка.

Белье для обсушивания и пеленания ребенка должно быть гигроскопичным и предварительно подогретым, пеленание — свободным.

Одежда должна быть многослойной из мягких, тонких натуральных гигроскопичных тканей, без грубых швов, рубцов и пуговиц.

Тренирующие методы закаливания (снижение температуры воды, контрастные обливания после купания, воздушные ванны) начинают применять в зависимости от степени зрелости, состояния здоровья.

Воздушные ванны начинают проводить с 1,5–3 мес по 3–4 раза в день, постепенно увеличивая время до 10–15 мин в сочетании с поглаживающим массажем; с 4 мес продолжительность ванн увеличивают и начинают вводить другие элементы закаливания: контрастные обливания после купания, увеличивают продолжительность воздушных ванн (по рекомендациям врача). Для укрепления мышц передней брюшной стенки, спины, шеи, стимуляции умения держать голову, профилактики метеоризма с первого дня пребывания ребенка дома его выкладывают на живот на жесткую поверхность 3–4 раза в день перед кормлением.

Массаж и гимнастику начинают с 1–1,5 мес; с 2–3 мес постоянно вводят другие приемы — растирание, разминание, пассивные движения рук и ног. Во втором полугодии массаж и гимнастику проводят по тем же комплексам, что и доношенным детям. Массаж и гимнастика рук должны быть ежедневными в целях улучшения психомоторного развития ребенка. С 8–9 мес для стимуляции и координации мелких движений (в конечном счете для развития нервной системы, ее речевых центров) ребенку предлагают игры с мелкими предметами (перебирание косточек на счетах, складывание пирамидок и др.).

## ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

Первое препятствие, которое предстоит преодолеть родителям, заключается в необходимости примирения с фактом рождения недоношенного ребенка, нуждающегося в индивидуальном уходе. Вторая задача — установление активных отношений с ребенком. Третья задача — научиться смотреть на недоношенность своего ребенка как на временное состояние.

На ранних этапах рекомендуют держать недоношенного ребенка непосредственно на груди матери («метод кенгуру») и лишь на продолжительное время его помещают в кроватку (данный метод начинают практиковать уже на 2-м этапе выхаживания). Создается непосредственный контакт ребенка с кожей матери, что обеспечивает поддержание постоянной температуры тела младенца, облегчение процесса вскармливания и улучшение лактации у матери. При этом повышается

возможность постоянного контроля за состоянием ребенка, ощущением защищенности.

На последующих этапах маму надо убеждать чаще брать ребенка на руки, прикасаться к нему, гладить (телесный контакт очень важен), постоянно общаться с ним, разговаривать ласковым голосом, тихо напевая песенки. Контакт родителей с детьми пробуждает взаимную привязанность, ребенок чувствует себя любимым и обретает чувство безопасности. Основная, особенная роль медицинской сестры заключается в том, чтобы обучить маму технике выполнения приемов ухода за новорожденным, ответить на многочисленные вопросы, ослабить ощущение подавленности и страха за ребенка.

Медицинская сестра помогает родителям оценить физическое и психомоторное развитие ребенка, поддержать в семье атмосферу эмоционального комфорта, разъясняет важность и необходимость внимания по отношению к ребенку.

### Профилактика недоношенности:

- охрана здоровья будущей матери;
- грамотное половое воспитание;
- планирование беременности;
- создание благоприятных условий для протекания беременности, регулярное наблюдение за беременной в женской консультации, своевременное выявление беременных с угрозой преждевременных родов и наблюдение за течением у них беременности;
- отказ беременной от вредных привычек.

Успех данной профилактики во многом определяется профессиональным сотрудничеством педиатрической, терапевтической и акушерско-гинекологической служб (здоровая девочка — здоровая женщина — благополучная беременность — нормальные роды — здоровый доношенный новорожденный).

## ГРУДНОЙ РЕБЕНОК

**Грудной возраст** — период развития ребенка от 4 нед до 1 года.

Первый год жизни ребенка, характеризуемый его дальнейшим физическим и интеллектуальным развитием, имеет решающее значение в обеспечении и сохранении здоровья в последующие годы. В этом возрасте отмечается несовершенство адаптационных механизмов к условиям внешней среды, вследствие чего чаще возникают различные заболевания. Дети этого возраста нуждаются в более частом наблюдении со стороны педиатра и медицинской сестры. Задачи профилак-

тических медицинских осмотров детей первого года жизни — раннее (своевременное) выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, формирование групп состояния здоровья, выработки рекомендаций для несовершеннолетних по организации правильного режима и рационального вскармливания, профилактики заболеваний, своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья.

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Профилактические медицинские осмотры детям первого года жизни проводятся в соответствии с Приложением 1 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н.

**Таблица 3.** Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров

| Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних | Осмотры врачами-специалистами                        | Лабораторные, функциональные и иные исследования   |
|--|--|--|
| Новорожденный  | Педиатр  | Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию <sup>1</sup><br>Аудиологический скрининг <sup>2</sup> |
| 1 мес  | Педиатр<br>Невролог<br>Детский хирург<br>Офтальмолог | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов<br>Нейросонография<br>Аудиологический скрининг <sup>2</sup>                              |
| 2 мес  | Педиатр  |  |
| 3 мес  | Педиатр<br>Невролог<br>Травматолог-ортопед           | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи<br>Аудиологический скрининг <sup>2</sup>   |
| 4 мес  | Педиатр  |  |
| 5 мес  | Педиатр  |  |

Окончание табл. 3

| Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних | Осмотры врачами-специалистами   | Лабораторные, функциональные и иные исследования  |
|--|---|---|
| 6 мес  | Педиатр<br>Детский хирург<br>Невролог   | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи   |
| 7 мес  | Педиатр   |   |
| 8 мес  | Педиатр   |   |
| 9 мес  | Педиатр   | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи   |
| 10 мес   | Педиатр   |   |
| 11 мес   | Педиатр   |   |
| 12 мес   | Педиатр<br>Невролог<br>Детский хирург<br>Детский стоматолог<br>Офтальмолог<br>Оториноларинголог<br>Психиатр детский | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи<br>Исследование уровня глюкозы в крови<br>Электрокардиография |

<sup>1</sup> Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводят детям в возрасте до 1 мес включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<sup>2</sup> Аудиологический скрининг проводят детям в возрасте до 3 мес включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона (вариант информированного добровольного согласия — см. Приложение 3).

Этапные эпикризы на детей до года составляют ежеквартально. Каждый осмотр ребенка в декретированном возрасте должен закончиться комплексной оценкой состояния здоровья с определением групп здоровья и назначением рекомендаций по режиму, питанию, физическому воспитанию, профилактическим прививкам, профилактике пограничных состояний, назначением диспансеризации, лабора-

торных и дополнительных исследований, необходимой медикаментозной терапии, воспитательных воздействий. Каждому этапному осмотру педиатра предшествует патронаж участковой медицинской сестры, предусматривающий работу с ребенком и родителями, целью которого является воспитание здорового ребенка.

## ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних с определением группы здоровья осуществляется в соответствии с Приложением 2 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н, на основании следующих критериев:

- 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- 2) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам.

- **I группа состояния здоровья** — здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений.
- **II группа состояния здоровья** — несовершеннолетние, у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести; с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избы-

точной массой тела; часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма.

- **III группа состояния здоровья** — несовершеннолетние, 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 (состояния); с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда.
- **IV группа состояния здоровья** — несовершеннолетние, 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.
- **V группа состояния здоровья** — несовершеннолетние, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и 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; дети-инвалиды.

Определение медицинских групп для занятий несовершеннолетних физической культурой проводится с учетом состояния его здоровья, осуществляется в соответствии с Приложением 3 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н.

Определение медицинских групп для занятий физической культурой проводится в целях оценки уровня физического развития и функциональных возможностей несовершеннолетнего, выбора оптимальной программы физического воспитания, выработки медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой: основная, подготовительная и специальная.

К **основной медицинской группе** для занятий физической культурой (**I группа**) относятся несовершеннолетние:

- без нарушений состояния здоровья и физического развития;
- с функциональными нарушениями, не повлекшими отставание от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности.

Отнесенным к основной медицинской группе несовершеннолетним разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания с использованием профилактических технологий, подготовка и сдача тестов по индивидуальной физической подготовленности.

К **подготовительной медицинской группе** для занятий физической культурой (**II группа**) относятся несовершеннолетние:

- имеющие морфофункциональные нарушения или физически слабо подготовленные;
- входящие в группы риска по возникновению заболеваний (патологических состояний);
- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3–5 лет.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожного дозирования физической нагрузки и исключения противопоказанных движений.

Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях не разрешаются без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются. Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательном учреждении или в домашних условиях.

Специальная медицинская группа для занятий физической культурой делится на две подгруппы: специальную А и специальную Б.

К **специальной подгруппе А (III группа)** относятся несовершеннолетние:

- с нарушениями состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;
- с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия оздоровительной физической культурой по специальным программам (профилактические и оздоровительные технологии).

При занятиях оздоровительной физической культурой должны учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей несовершеннолетнего, при этом резко ограничивают скоростно-силовые, акробатические упражнения и подвижные игры умеренной интенсивности, рекомендуются прогулки на открытом воздухе. Возможны занятия адаптивной физической культурой.

К **специальной подгруппе Б (IV группа)** относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния) в стадии субкомпенсации) и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С РЕБЕНКОМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

### ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАТРОНАЖЕЙ К РЕБЕНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

#### Посещение ребенка в возрасте 30 дней

Режим вскармливания, организация кормления во время отсутствия матери. Хранение сцеженного молока. Вред раннего прикорма. Одежда ребенка. Пребывание на свежем воздухе. Закаливание и массаж.

В целях поднятия эмоционального тонуса и развития умения поднимать и удерживать голову в вертикальном положении показать маме, как брать ребенка на руки сначала в горизонтальном положении, а затем — в вертикальном. Перед каждым кормлением и сном выкладывать ребенка на живот. Интеллектуальное развитие ребенка неразрывно связано с формированием эстетического восприятия мира, включающего в себя пробуждение интереса к музыке, литературе, живописи, которое нужно начинать с рождения малыша.

#### Совет маме

На первом месяце жизни ребенку нужно давать слушать произведения для детей Моцарта, Вивальди, Шуберта, читать стихи, показывать яркие картинки. Разговаривайте с ребенком с самого рождения, обращайтесь к нему, меняйте разные интонации, пойте ему колыбельные песни.

### Посещение ребенка в возрасте 2 мес

Рациональное вскармливание, профилактика и лечение гипогалактии. Режим ребенка: обязательный сон на воздухе, воздушные ванны, массаж, гимнастика; организация бодрствования. Ласково разговаривать с ребенком. Формировать у него слуховое сосредоточение, стимулировать гуление. Рекомендовать игрушки: простой формы, крупные, яркие, но немногочетные (обилие цветов утомляет ребенка), звучащие погремушки и шары (дети руками их не трогают, а только рассматривают). К двум месяцам жизни малыш узнает и активно реагирует на знакомый звук погремушки или колокольчика, поворачивая голову в поисках источника. Младенец в этом возрасте уже обычно хорошо держит голову в вертикальном положении, активно рассматривая яркие краски. В этом возрасте малыш начинает различать не только цвета, но и формы.

#### Совет маме

Детям в этом возрасте полезно предлагать яркие музыкальные игрушки, за движением которых он мог бы следить глазами.

### Посещение ребенка в возрасте 3 мес

Соблюдение режима дня, рациональное вскармливание. Профилактика рахита, анемии, дистрофии. Закаливание, массаж, гимнастика. Показать маме, как правильно выкладывать ребенка на живот перед каждым кормлением и в середине бодрствования, периодически

подставляя к стопам свою ладонь, вызывая при этом феномен ползания.

Для стимулирования зрительного и слухового сосредоточения, слежения, рассказать маме, как использовать игрушки: крупную игрушку надо подвешивать на расстоянии 70 см от груди, более мелкую — на расстоянии 50–60 см, медленно переводить подвешенную игрушку из стороны в сторону, брнчать, звенеть игрушкой, периодически опускать ее над грудью ребенка, чтобы он мог натолкнуться на нее, размахивая руками (стимуляция выпрямления рук, подготовка к хватанию игрушки). Подготовить родителей к иммунизации, объяснить значение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у детей. Сроки вакцинации и ревакцинации.

#### Совет маме

Меняйте мимику лица, используя различные способы изменения себя: наденьте очки, состройте веселую рожицу, завяжите на голове бантик и др. Подойдите с малышом к зеркалу, покажите ему отражение, он будет внимательно себя разглядывать.

### Посещение ребенка в возрасте 4 мес

Соблюдение режима дня и вскармливания. Соблюдение принципов индивидуальности и постепенности при изменении в кормлении ребенка. Научить технологии приготовления соков, овощных пюре в домашних условиях. Предупреждение хронических расстройств питания. Организация игр ребенка, выбор игрушек. Значение речи взрослого (разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки (лепет), поддерживая радостное состояние, улыбку, смех).

### Посещение ребенка в возрасте 5 мес

Соблюдение режима дня, рациональное вскармливание. Роль витаминов и минеральных солей в развитии ребенка. Закаливание, гимнастика, массаж. Часто и на долгое время класть ребенка в манеж или на стол на живот, помещать сбоку на близком расстоянии яркие игрушки в целях стимулирования подползания, поворачивания и переворачивания сначала со спины на живот, а затем с живота на спину. Подвешивать игрушку над грудью ребенка на уровне его вытянутых рук, прикладывать игрушку к ладоням ребенка, побуждая захватывать ее и удерживать сначала двумя, а затем одной рукой. Рекомендуемые игрушки: яркие, целлулоидные погремушки, удобные для захватывания, кольца с привязанными к ним игрушками, колокольчики, звоночки и др. Разъяснить родителям, что в этом возрасте ни в коем случае не



следует ни сажать, ни ставить ребенка, это может привести к искривлению позвоночника и задержке развития самостоятельных движений.

#### Совет маме

Обычно с этого возраста ребенку проводят курсы общеукрепляющего массажа, которые мама может проводить самостоятельно. Навыкам его проведения должна научить медицинская сестра.

#### Посещение ребенка в возрасте 6 мес

Рациональное вскармливание. Научить технологии приготовления молочных каш. Возраст прорезывания первых зубов. Необходимость приобретения для малыша специального резинового кольца для десен. Побуждать к ползанию. Стимулировать лепет, вызывать подражание произносимым слогам и простым словам, называть окружающих людей, предметы, действия. Научить родителей использовать так называемые контактные игры («сорока-воровка», «ладушки»). Профилактика кишечных инфекций, пищевой сенсibilизации. Предосторожность: безопасные игрушки и безопасная окружающая среда.

#### Посещение ребенка в возрасте 7 мес

Профилактика инфекций дыхательных путей. Вскармливание, введение в рацион питания творога. Режим дня, одежда ребенка. Закаливание. Организация бодрствования. Побуждать к вставанию, ходьбе с опорой. Учить выполнению некоторых движений и действий по слову взрослого, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание («ладушки», «дай ручку», «до свидания»). Подбор игрушек.

#### Совет маме

Старайтесь использовать игрушки, которыми малыш может активно манипулировать, перемещая их, разбирая и кидая, при этом они не должны быть тяжелыми, громоздкими или содержащими мелкие детали и острые края. В этом плане хорошо зарекомендовали себя деревянные игрушки с веревочными соединениями (лошадки, машинки, гусеницы и др.)

#### Посещение ребенка в возрасте 8 мес

Вскармливание. Соблюдение режима. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта. Закаливание. Сон на воздухе. Воздушные ванны, массаж, гимнастика. Малыш самостоятельно сидит, хорошо

ползает, встает, держась за опору, переступает, садится и ложится из сидячего положения. Долго занимается игрушками. Охотно выполняет некоторые команды взрослых («ладушки», «полетели, на головку сели», «до свидания»). Пьет из чашки, которую держит взрослый, хорошо ест из ложки. Игрушки типа «пирамида», «кубики». Предосторожность: безопасные игрушки, безопасная окружающая среда.

#### Посещение ребенка в возрасте 9 мес

Профилактика травматизма. Вскармливание. Режим дня. Беседы с матерью о правильном физическом и нервно-психическом развитии ребенка, о значении закаливающих мероприятий. Знает свое имя, обращается на зов. С предметами действует по-разному в зависимости от их свойств — катит шар, вынимает один предмет из другого, сжимает и разжимает резиновую игрушку. Переходит от одного предмета к другому, слегка придерживаясь за них руками. Для получения ребенком новых впечатлений и развития речи показывать животных, заводные игрушки. Рекомендуются игрушки: разнообразные и более сложные, многокрасочные, звучащие игрушки из разного материала — куклы, птички, зайчики, рыбки.

#### Совет маме

Полезно предлагать ребенку этого возраста в качестве игрушки неопасные предметы быта — кастрюлю с крышкой, в которую можно спрятать игрушку, а потом достать, ведро, совок и др.

#### Посещение ребенка в возрасте 10 мес

Рациональное вскармливание. Подготовка к уменьшению или прекращению кормления ребенка грудью. Предупреждение неврозов у ребенка. Профилактика отравлений у детей. Ребенок стоит при поддержке за одну руку, хорошо передвигается вдоль опоры, ходит при поддержке за две руки, любит плясовые движения под музыку. Повторяет за взрослыми разнообразные звуки и слоги. По просьбе взрослого находит и дает знакомую игрушку. Хорошо манипулирует игрушками. Предосторожность: безопасность окружающей среды.

#### Посещение ребенка в возрасте 11 мес

Соблюдение режима дня, рациональное питание ребенка. Организация бодрствования. Профилактика травматизма. Уверенно произносит несколько слов, выполняет простые команды, знает названия многих предметов. Большинство детей уверенно ходят, само-

стоятельно едят из ложки и пьют из чашки. Для развития действия с предметами следует давать детям мячи и игрушки для катания, кубики, складные матрешки, небольшие пирамидки, картинки. Игрушки не подвешивать, а класть в кроватку, манеж, на пол. Показывать элементарные действия с предметами, побуждая ребенка к подражанию. В целях поддержания хорошего эмоционального тонуса, а также для развития ребенка проводить веселые игры — «догону-догону», «ладушки».

### Посещение ребенка в возрасте 12 мес

Профилактика респираторных заболеваний, травматизма. Значение физического воспитания и закаливания ребенка. Рациональное питание. Оценка нервно-психического и физического развития (антропометрические данные).

Профилактический осмотр ребенка специалистами. Написание эпикриза. Рекомендации по коррекции питания, режима дня, воспитания, при необходимости — план оздоровительно-лечебных мероприятий.

К своему первому дню рождения ребенок должен научиться ходить, держась за мебель, играть в «ладушки», хлопать в ладоши, без посторонней помощи пить из чашки, аккуратно поднимать с поверхности маленький предмет кончиками большого и указательного пальцев, отчетливо произносить «папа», «мама» (хотя большинство детей произносят, по крайней мере одно из этих слов, к 14 мес).

## СОВЕТЫ МАМЕ

### ПЕРВЫЕ ЗУБЫ

Несколько простых правил помогут защитить зубки малыша от кариеса:

- избегать использования общей посуды — у малыша должна быть своя тарелочка и ложечка;
- не давать малышу сладкие напитки (чай, сладкие компоты и др.) особенно в вечернее время и на ночь;
- приучать малыша с года к гигиене полости рта (чистить зубки малыша специальными щетками, постепенно приучая его делать это самостоятельно);
- запланировать поход к детскому стоматологу уже с начала прорезывания зубов;

- вместо коровьего молока в рационе ребенка после года использовать NAN3 и NAN4, содержащие лактобактерии DENTA PRO, способствующие восстановлению баланса микроорганизмов в ротовой полости, препятствующие росту «плохих» бактерий, помогая таким образом защитить малыша от кариеса.

## БЕЗОПАСНОСТЬ В ДОМЕ

Когда малыш встает на ноги и начинает активно передвигаться по дому и исследовать окружающий мир, пригодятся следующие нехитрые советы:

- закрепить на всех острых углах специальные защитные уголки из мягкого пластика или резины;
- установить заглушки для электророзеток, а также ограждения для лестниц и ступеней;
- не ставить на край стола крупные и тяжелые предметы, электроприборы;
- убрать подальше острые и режущие предметы — ножи, вилки и т.д.
- тщательно следить за тем, чтобы все средства бытовой химии, а также лекарства хранились в недоступном для ребенка месте.

## БЕЗОПАСНОСТЬ В МАШИНЕ

- Перевозите ребенка в специальном автокресле, установив его строго в соответствии с инструкциями производителя.
- Минимум до года ребенок должен ездить спиной по ходу движения, при этом голова ребенка не должна быть выше края кресла.
- Самое безопасное место для автокресла — заднее сиденье.
- В длительных поездках делайте остановки и вынимайте ребенка из кресла каждые 1,5–2 ч.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ИГРУШЕК

- На упаковке обязательно должна быть указана информация о производителе, дате изготовления, сроке годности и т.д., при отсутствии такой информации игрушка может оказаться некачественной или опасной.
- Покупайте только сертифицированные игрушки, а также произведенные в соответствии с ГОСТом.
- Избегайте игрушек с длинным ворсом.
- Лучший наполнитель мягких игрушек — синтетика, такие игрушки хорошо стираются и долго сохраняются.

- Избегайте игрушек, наполненных мелкими пластиковыми шариками или поролоном, который через полгода использования начинает выделять токсичные вещества.
- Обращайте внимание на знаки на упаковке:
  - СЕ — изделие соответствует требованиям Европейского союза безопасности.

**Важны умения медицинской сестры провести обязательный минимум сестринского обследования ребенка; оценить реакцию на БЦЖ-вакцинацию (в 1, 3, 6 и 12 мес); определить, соответствует ли возрасту физическое и психомоторное развитие ребенка.**

Давать все новые советы по уходу, меняющемуся режиму дня, по введению в рацион питания корректирующих добавок и прикормов. Обучать элементам физического воспитания и закаливания. Давать рекомендации по воспитательному воздействию на ребенка, а для этого необходимо оценить внутрисемейные отношения и проблемы, характер поведенческих реакций ребенка и др.

**Возможные негативные исходы критического периода первого года жизни:**

- развитие фоновых состояний — рахита, гипотрофии, анемии;
- снижение иммунитета;
- частая заболеваемость.

Медицинская сестра должна хорошо знать, какие особенности характерны для каждой возрастной группы на первом году жизни, на что необходимо обратить внимание в первую очередь:

- **0–3 мес**
  - Предупреждение и раннее выявление:
    - ✦ рахита;
    - ✦ железодефицитной анемии;
    - ✦ дистрофии;
    - ✦ септических заболеваний;
    - ✦ заболеваний кожи.
- **3–6 мес**
  - Информация о введении корректирующих добавок и прикормов.
  - Разъяснение важности профилактических прививок и контроль их выполнения.
- **6–9 мес**
  - Вопросы профилактики респираторных, воздушно-капельных и острых кишечных инфекций (в связи с угасанием пассивного иммунитета, полученного от матери).

### – 9–12 мес

- Вопросы профилактики травматизма (в связи со значительной двигательной активностью и познанием окружающего мира).

Медицинской сестре необходимо помнить и грамотно объяснить матери (семье ребенка), что в течение первого года жизни очень важны возрастные изменения режима сна, кормления, бодрствования.

*Режим* — это рациональное распределение во времени и правильная последовательность удовлетворения основных физиологических потребностей организма ребенка (в активном бодрствовании, сне, пище), а также правильное чередование различных видов деятельности во время бодрствования.

Правильный режим обеспечивает уравновешенное, бодрое состояние ребенка, предохраняет нервную систему от переутомления, создает благоприятные условия для физического и психического развития малыша.

При назначении режима дня учитываются: возраст, индивидуальные особенности высшей нервной деятельности ребенка, состояние здоровья — период выздоровления после болезни, уровень физического развития, время года, климатические условия и др. Переводить ребенка на следующий возрастной режим нужно постепенно при условии, если он физиологически уже подготовлен к этому переходу.

## ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЖИМА

**Первый этап:** конец первой — начало второй недели жизни. К этому моменту у здорового ребенка должен быть сформирован ритм кормления, обусловленный пищевой доминантой. Имеются данные, что если беременная женщина соблюдает режим приема пищи, то этот ритм сохраняется и у детей.

**Второй этап:** формирование суточного ритма (если темно — спать, если светло — бодрствовать). У здорового ребенка он формируется к месяцу.

**Третий этап:** к двум месяцам жизни у ребенка должен быть сформирован первый сложный динамический стереотип, который называется «режим».

С первых месяцев жизни режим дня строится так, чтобы после кормления ребенок бодрствовал, а затем спал до следующего кормления. Соблюдение правил чередования процессов обеспечивает оптимальное состояние ребенка в каждом периоде. После того как ребенок хорошо выспится и с аппетитом поест, он спокойно и активно бодрствует до следующего сна и лучше воспринимает различные воздействия окружающего мира.

**Совет маме**

Чтобы у детей не вырабатывалось отрицательного отношения к основным режимным процессам, необходима правильная их организация. Прежде всего родитель должен ласково обращаться с ребенком, руки его должны быть всегда теплыми, лицо улыбающимся, голос тихим и спокойным. Для укрепления у детей положительного отношения к кормлению очень важно добиться их активного участия в этом процессе, развивая соответствующие умения (например, прикорм после 4,5–5 мес ребенок должен получать из ложечки). С первых недель жизни следует укладывать детей спать на воздухе, к 2,5–3 мес дети должны проводить на воздухе все часы дневного сна.

Выполнение режима дня детей первого года жизни зависит от обеспечения всех необходимых условий их правильного бодрствования. Поскольку дети конца первого полугодия должны бодрствовать в манеже, иметь достаточное количество игрушек, соответствующих их возрасту и умениям, необходимо обеспечить своевременную смену игрушек с учетом достигнутого малышами уровня умений.

## РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВИЛЬНОГО УХОДА ЗА ГРУДНЫМ РЕБЕНКОМ

Для хорошего физического и психического развития важен рациональный режим, который складывается из правильного чередования сна и бодрствования, прогулок, закаливания и др. Ребенок 1,5–2 мес может бодрствовать без перерыва до 1,5 ч, 7–8-месячный — 2,5 ч, а к концу первого года до 3,5 ч. Бодрствование с 1,5–2 мес организуется в манеже (подвешивание ярких игрушек, общение с ребенком). Возможности ребенка при бодрствовании не должны ограничиваться одеждой. Детям до 2 мес оставляют свободными руки, 3–4 мес — надевают на весь период бодрствования штаны-комбинацию, 7–8 мес — штаны-ползунки.

Сон ребенка отражает общее состояние центральной нервной системы и уровень благополучия всех его функций. В первый месяц ребенок спит большее время суток, а начиная со второго месяца отмечается более четкая граница между сном и бодрствованием. Спокойный и глубокий сон лучше всего обеспечивается пребыванием ребенка на воздухе перед сном и сном на воздухе. Ребенок должен быть на воздухе ежедневно независимо от времени года и погоды (исключение — сильный ветер, дождь и др.) Прогулка зимой при безветренной погоде и температуре не

ниже  $-15\text{ }^{\circ}\text{C}$  допустима в течение 1–1,5 ч. Месячный ребенок должен находиться на воздухе около 40 мин в день, постепенно увеличивая продолжительность прогулок на 5–10 мин, к 3-месячному возрасту доводят их продолжительность приблизительно до 4 ч в день (зимой), летом надо гулять по возможности целый день. При более низкой температуре выносить на прогулку не рекомендуется. Дневной сон для ребенка до 5 мес 4-разовый, с постепенным переходом на 2-разовый. Для детей первых месяцев жизни температура воздуха в помещении не должна превышать  $22\text{ }^{\circ}\text{C}$ , а для детей второго полугодия жизни —  $20\text{--}19\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Исследования показали, что рост и развитие организма на ранних этапах постнатального онтогенеза существенно задерживаются, если температура среды превышает термоиндифферентную зону.

Примерно с месячного возраста ребенку уже можно надевать ползунки, вязаные башмачки. По мере того как ребенок начинает стоять, ему необходима одежда, не стесняющая движений, — штанишки, колготки, гольфы и др.

Высота стенок кровати не должна быть ниже уровня груди годовалого ребенка (около 60 см), чтобы предотвратить падение из нее, так как во втором полугодии дети становятся достаточно активными и подвижными. Все, что находится в руках ребенка, должно быть тщательно вымыто или прокипячено.

В первые 6 мес жизни купать ребенка следует ежедневно, а в последующем — 2–3 раза в неделю (продолжительность купания — до 8 мин).

Погрешности в уходе за кожей ребенка, чаще в возрасте от 6 до 12 мес, могут привести к нарушению ее целостности и развитию пеленочного дерматита. Пеленочный дерматит является следствием раздражения кожи за счет воздействия на нее механических (ткань пеленок), физических (влажность, температура), химических (аммиак, соли желчных кислот, пищеварительные ферменты), микробных (грибы рода *Candida*, стафилококк, стрептококк, грамотрицательная микрофлора) факторов.

У детей появляются инфильтраты, эрозии, язвы, папулы, мокнутие в области кожных складок, бедер, живота, ягодиц. Первичные проявления в виде папул или везикул быстро распространяются, образуя обширные области поражения с возможным изъязвлением кожи. Различают неосложненный, пеленочный дерматит, являющийся следствием неправильного ухода, конституциональных особенностей кожи ребенка (экссудативно — катаральный тип конституции), а также обменных процессов, и осложненный, вследствие присоединения инфекции. Часто у детей с осложненным течением дерматита,

с микробным, грибковым этиологическим фактором наблюдаются нарушения мочеиспускания с развитием инфекции мочевой системы.

#### Совет маме

При обнаружении у малыша симптомов осложненного пеленочного дерматита необходимо обратиться за помощью к врачу. При появлении первых клинических симптомов пеленочного дерматита (покраснение, опрелость) важно немедленно начать лечение.

- Прежде всего необходимо отказаться от применения обычных, матерчатых подгузников и клеенок.
- Перейти к использованию одноразовых подгузников с повышенной поглощающей способностью, содержащих специальный гель.
- Менять подгузники каждые 4 ч.
- Для обработки пораженных участков кожи по назначению врача применяют препараты, оказывающие противовоспалительное действие:
  - присыпки при отсутствии мокнутия;
  - примочки при наличии мокнутия, эрозивном процессе;
  - растворы анилиновых красителей используются для вскрытия пузырьков и обработки пораженной кожи в острую фазу воспаления;
  - болтушки — при воспалении без мокнутия;
  - паста (смесь лекарства в виде порошка и жировой основы в равной пропорции с добавлением нафталина, ихтаммола (Ихтиола\*), серы, дегтя березового).
- В период стихания воспалительных явлений на 12–24 ч накладывают на мелкие эрозии мазь, представляющую смесь лекарственного вещества (нафталин, резорцин\*), декспантенол и жировой основы (ланолиновое (Ланолин безводный\*), растительное или Вазелиновое\* масла).

Одним из высокоэффективных средств для лечения пеленочного дерматита является декспантенол (Бепантен\*), обладающий противовоспалительным действием, ускоряющий регенерацию кожи, улучшающий обменные процессы в коже, увеличивающий упругость кожи. Выпускается в нескольких лекарственных формах (мазь, лосьон, крем). Препараты этой группы считаются эффективными и безопасными средствами для профилактики и лечения пеленочного дерматита.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАКАЛИВАЮЩИХ ПРОЦЕДУР

Под закаливанием понимают комплекс оздоровительных мероприятий, повышающих устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Закаливание заключается в выработке сосудами и нервами кожи соответствующих реакций на воздействие различных внешних влияний. Закаливание дает оздоровительный эффект только при условии его грамотного осуществления и обязательного соблюдения определенных правил:

- закаливание можно начинать и далее проводить только при полном здоровье и положительных эмоциональных реакциях ребенка;
- необходимо постепенное нарастание интенсивности закаливающих мероприятий;
- занятия должны осуществляться систематически;
- начинать закаливание можно в любое время года, однако предпочтительным является теплое время;
- возобновление закаливающих процедур после длительных перерывов (10 дней и более) следует начинать с тех степеней воздействия, которые были вначале;
- при проведении закаливания используется комплексное воздействие природных факторов;
- закаливание проводится с учетом возраста ребенка, состояния его здоровья, уровня закаленности.

Одним из самых осторожных методов закаливания являются воздушные ванны. При переодевании младенца его оставляют 2–3 раза в день обнаженным на 2–3 мин при обычной комнатной температуре (+21–22 °С). Постепенно длительность пребывания ребенка раздетым увеличивается до 5–10 мин, с 2–3 мес — до 10–15, с 9–12 мес — до 15–20 мин. Температура воздуха в комнате во время воздушной ванны постепенно снижается до +20–18 °С. Во время воздушной ванны ребенка следует поворачивать, стимулировать его активные движения, можно делать массаж, гимнастику. Делать воздушную ванну надо не ранее чем через 1–2 ч после еды.

Влажные обтирания рекомендуется проводить с 2–3-месячного возраста ребенка после ночного сна. Варежку из мягкой мохнатой материи смачивают в воде (температура используемой воды +36–37 °С, каждую неделю температура воды снижается на 1 °С и доводится до +28 °С), отжимают и обтирают руки, затем грудь и живот, спину, ягодицы, после чего смоченные части быстро промокают, а затем растирают мохнатым

полотенцем до покраснения кожи. Все процедуры должны занимать не более 3–5 мин.

Первые месяцы жизни ребенка после обычной ванны обливают водой, температура которой на 1–2 °С ниже температуры воды в ванне. С возрастом температура воды для обливания может быть снижена на 2–3 °С. После обливания ребенка растирают докрасна. Специальные обливания начинают делать с 9–10-месячного возраста. Температура воздуха при обливании не должна быть ниже +18–20 °С. Температура воды сначала +36 °С, а затем +28–26 °С (для детей второго полугодия).

Плавание дает возможность малышу правильно развиваться, самый подходящий возраст ребенка, с которого нужно начинать плавать, — 3 нед. Плавание в бассейне в сочетании с воздушными ваннами до и после бассейна является стимулирующим фактором физического и психомоторного развития.

С 4–5-месячного возраста детей можно подвергать облучению так называемого «лиственного солнца» (т.е. действию солнечных лучей, проходящих через листву дерева).

С 6 до 12 мес можно осторожно начинать делать обычные солнечные ванны. Продолжительность солнечной ванны сначала не более 2–3, затем 10–20 мин. Температура воздуха не ниже +20–21 °С. Солнечную ванну необходимо закончить обливанием.

Оздоровительный массаж и гимнастика необходимы каждому малышу для своевременного развития и совершенствования таких умений, как ползание, сидение, ходьба.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

При проведении массажа и гимнастики необходимо соблюдать следующие условия:

- начало занятий — с 15–20-го дня жизни;
- ежедневные занятия 3–4 раза по 5–7 мин;
- занятия проводят через 40–60 мин после кормления;
- не проводить занятия после купания;
- руки специалиста, проводящего массаж, должны быть с короткими ногтями, без украшений, тщательно вымытыми мылом;
- проводить удобнее на столе, покрытом тонким одеялом, клеенкой и пеленкой;
- ребенок должен быть раздет;
- температура в комнате должна быть не менее +20–22 °С;
- исключить возможность сквозняков;
- вокруг ребенка должно быть много ярких игрушек;

- во время занятий эмоции ребенка должны быть положительными;
- противопоказаниями к проведению занятий является беспокойство, повышенная температура тела, заболевание кожи, насморк, кашель, учащение стула.

## ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ МАССАЖА

Основными приемами массажа для ребенка грудного возраста являются поглаживание и растирание, их делают легкими, нежными и плавными движениями, от периферии к центру (от кисти к плечу, от стопы к паховой складке и т.д.).

Массаж и гимнастика способствуют развитию всех органов и систем организма ребенка, правильному формированию скелета и мышц.

Каждое упражнение или прием массажа повторяют от 2 до 6 раз, общая продолжительность занятия не больше 10–12 мин. Можно их проводить 2 раза в день.

*Массаж спины:* ребенок лежит на животе, тыльной поверхностью кистей производят поглаживание спины снизу вверх, начиная от ягодиц (рис. 1, см. цв. вклейку).

*Массаж рук:* ребенок лежит на спине, левой рукой держат полусогнутую руку ребенка, правой производят поглаживание от кисти до плеча (упражнения выполняют попеременно для левой и правой ручки) (рис. 2, см. цв. вклейку).

*Массаж ног:* ребенок лежит на спине, левой рукой держат его ножку, правой производят ее поглаживание от стопы к паху (упражнения выполняют попеременно для левой и правой ножки) (рис. 3, см. цв. вклейку).

Во время массажа рук и ног ребенка им придают положение легкого полусгибания.

## ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ГИМНАСТИКИ

Основное внимание при занятиях гимнастикой в грудном возрасте уделяют развитию правильных движений.

В возрасте 1,5–3 мес применяют пассивные движения.

- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы спины: ребенок лежит на боку, большим и указательным пальцами производят скользящее движение вдоль позвоночника снизу вверх (рис. 4, см. цв. вклейку).
- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы ног: ребенок лежит на спине, производят попеременное разгибание и сгибание его ног (рис. 5, см. цв. вклейку).

В возрасте от 3–6 мес вводят пассивные движения конечностей.

- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы ног и живота: ребенок лежит на спине, производят сгибание и разгибание одновременно обеих ног (рис. 6, см. цв. вклейку).
- Упражнения, развивающие и укрепляющие мышцы рук: ребенок лежит на спине, руки ребенка отводят вверх и назад, сначала одну, затем другую (рис. 7а, см. цв. вклейку) с последующим скрещиванием их на груди (рис. 7б, см. цв. вклейку).
- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы живота: ребенок лежит на спине, взяв его за руки, медленно переводят в положение сидя (рис. 8, см. цв. вклейку).

В возрасте 6–10 мес основное внимание уделяют ползанию.

В возрасте 10–14 мес в комплекс вводят такие упражнения, как поднимание ног, приседание, при поддержании за руки наклоны и выпрямление туловища.

- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы рук и спины: ребенок «ходит» на руках (рис. 9, см. цв. вклейку).
- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы туловища и плечевого пояса: руками удерживают ножки, выпрямленные в коленных суставах; ребенок наклоняется, чтобы взять игрушку (рис. 10, см. цв. вклейку).
- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы туловища («парение»): ребенка держат одной рукой за ноги, другой рукой поддерживают туловище, стараясь удержать головку, ребенок напрягает мышцы шеи и туловища и при этом прогибает спину (рис. 11, см. цв. вклейку).
- Упражнения, развивающие и укрепляющие мышцы рук и живота: из положения лежа на спине (рис. 12а, см. цв. вклейку) ребенок приподнимается, держась за палку (рис. 12б, см. цв. вклейку).
- Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы спины и рук: ребенок лежит на животе; взяв его за руки, приподнимают и слегка оттягивают назад верхнюю часть туловища (рис. 13, см. цв. вклейку).
- Упражнение, укрепляющее мышцы живота и ног: ребенок лежит на спине, руками удерживают ноги, выпрямленные в коленных суставах, затем поднимают ноги вверх, производя максимальное сгибание в тазобедренных суставах (рис. 14, см. цв. вклейку).
- Упражнение, укрепляющее мышцы живота: ребенок лежит на спине, левой рукой удерживают ноги ребенка, правой производят поглаживание живота по часовой стрелке (рис. 15, см. цв. вклейку).

## ВОСПИТАНИЕ НАВЫКОВ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРАВИЛ У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Побуждать ребенка к активности при еде:

- с 4,5–5 мес приучать есть с ложки;
- 7–8 мес приучать пить из чашки, которую сначала держит взрослый, а потом сам ребенок; в 12 мес ребенок самостоятельно пьет из чашки;
- 8–9 мес детей, умеющих сидеть, следует во время кормления сажать за стол (специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног).

Высаживание на горшок:

- с 5–6 мес следует держать ребенка над горшком после сна (если ребенок проснулся сухим); перед сном и периодически во время бодрствования, но не ранее чем через 30 мин после кормления, стараясь угадать появление у ребенка потребности к мочеиспусканию (не вызывая отрицательной реакции на высаживание);
- в 8–9 мес ненадолго (на 3 мин) высаживать на горшок, в то же время дня приучать проситься на горшок; к году ребенок спокойно относится к высаживанию;
- не рекомендуется высаживать ночью, прерывая сон;
- во время высаживания на горшок недопустимо давать ребенку книжки, игрушки — это отвлекает его и снижает рефлекс, на базе которого ребенка приучают к опрятности.

Постепенно прививать элементарные навыки гигиены:

- воспитывать у ребенка положительное, спокойное отношение к процессу умывания; побуждать ребенка к активности при умывании, в 8–9 мес дать возможность протянуть ручки к струе воды (проводить осторожно, не доставляя малышу неприятных ощущений);
- уход за зубами начинать сразу после прорезывания первого зуба — вначале обтирать зубки влажной ватной палочкой или салфеткой, а затем при их дальнейшем прорезывании обращать особое внимание на переход к деснам, жевательным поверхностям и промежуткам между зубами; можно использовать щетку-напальчник из специального мягкого силикона; в период прорезывания зубов из-за раздражения нервных рефлекторов надкостницы и слизистой оболочки полости рта в местах прорезывания появляется зуд; дети становятся беспокойными,

капризничают, в это время рекомендуется «погрызть» пластмассовое или резиновое колечко;

— малыша, достигшего 1 года, следует научить полоскать рот после каждого приема пищи и начинать обучать чистить зубки.

Побуждать ребенка к активности при одевании и раздевании:

— с 11–12 мес протянуть ножку при одевании чулочка, сапожка, поднять ручки при снятии платья, кофточки и др.

В течение первого года жизни могут появиться новые факторы риска и отклонения в состоянии здоровья ребенка, которые требуют отнесения его ко II группе здоровья. К ним относятся:

— раннее искусственное и смешанное вскармливание, особенно несбалансированное;

— хронические расстройства питания — начальная степень гипотрофии или паратрофии;

— задержка развития статистических, моторных, психических и речевых функций; начальная степень анемизации, рахит I, II степени;

— аномалии конституции, частые острые заболевания, состояние реконвалесценции после тяжелых острых воспалительных заболеваний (сепсис, пневмония, кишечные инфекции).

Основные процессы адаптации к внеутробной жизни завершены, механизм грудного вскармливания достаточно сформирован, происходит интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное, интеллектуальное развитие ребенка.

Совокупность анатомо-физиологических особенностей и незрелость функциональных систем предопределяет и своеобразие патологии у детей этого возраста. У них легко возникают и тяжело протекают острые и хронические расстройства пищеварения. Возникают предрасположенность и развитие рахита, судорог функционального характера, а также менингизма и истинного менингоэнцефалитического процесса. Сложность формирования иммунологических реакций делает детей этого возраста очень чувствительными к гноеродным, капельным и кишечным инфекциям.

Образовательная деятельность медицинской сестры при работе с детьми «группы риска» включает следующие разделы.

— Повышение уровня медицинских знаний в семье.

— Санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние развития ребенка.

— Проведение профилактических и оздоровительных мероприятий по назначению и под контролем врача.

## I. Основные пути оздоровления детей первого года жизни из групп риска по развитию железодефицитной анемии

Дети из группы риска по развитию анемии:

— недоношенные;

— рожденные от многоплодной беременности, рожденные от матери, перенесшей токсикоз второй половины беременности;

— дети с хроническими заболеваниями;

— дети с проявлениями диатеза;

— дети с высокими темпами физического развития;

— дети, имеющие кровопотери, особенно в период новорожденности;

— перенесшие желудочно-кишечные инфекции.

**Факторы**, отягощающие развитие ребенка в ante-, интранатальном периодах:

— нарушение режима дня и питания беременной;

— наличие у нее острых и хронических заболеваний;

— кровотечения в родах.

**Факторы**, отягощающие развитие ребенка в постнатальном периоде:

— нарушения вскармливания, заболевания ребенка и др.

### Аntenатальная профилактика

Всем женщинам с риском развития железодефицитной анемии в последний триместр беременности рекомендуется:

— охранительный режим;

— постоянное восполнение запасов железа с помощью пищевых продуктов и приема препаратов железа; в рацион необходимо ежедневно включать продукты животного и растительного происхождения (мясо, рыба, творог — источники хорошо усвояемого железа, аскорбиновая кислота, фруктоза, содержащаяся в овощах, фруктах, ягодах, соках, меде создают благоприятные условия для усвоения железа из продуктов смешанного пищевого рациона);

— учитывая повышенную потребность в железе беременной, ей проводятся курсы ферротерапии в течение 1 мес в профилактической дозе (по назначению врача);

— ограничение и устранение вредных привычек, профессиональных вредностей.

### Постнатальная профилактика:

— детям, находящимся на естественном вскармливании, необходимо своевременно вводить мясной прикорм (мясное пюре с 6–7 мес);

— детям, находящимся на искусственном вскармливании, с 2–3 мес нужно давать смеси, обогащенные железом;



- недоношенным, детям от многоплодной беременности, родившимся с крупной массой тела, быстрорастущим рекомендуется профилактический прием препаратов железа с 3-го месяца до конца первого полугодия (по назначению врача);
- рациональное вскармливание;
- правильный общегигиенический режим, прогулки;
- массаж, гимнастика;
- назначение препаратов железа или комплекса препаратов, состоящего из тиамин, тиоктовой кислоты (Липоевой кислоты\*), кальция пантотената в течение 10 дней детям на 1-м и 3-м месяце жизни;
- детям второго полугодия жизни — препараты железа в дозе 5–8 мг/сут в течение 6–8 нед с назначением в первые 10 дней тиамин, тиоктовой кислоты, кальция пантотената (по назначению врача);
- ежемесячный контроль за физическим и нервно-психическим развитием.

Диспансеризация детей группы риска по анемии проводится в возрасте не менее 1 года.

Педиатр осматривает ребенка ежемесячно в течение года, в последующем, если ребенок не снят с учета, — 1 раз в квартал. Анализы крови на гемоглобин проводятся — в 3, 6, 12 мес, при оформлении в детское дошкольное учреждение, а затем не реже 2 раз в год в осенне-зимний период.

Проведение профилактических прививок не противопоказано. Ребенок снимается с учета при нормальных клинико-лабораторных показателях.

Если у ребенка обнаружена железодефицитная анемия, необходимо помнить:

- прежде всего необходимо найти и устранить причину развития анемии;
- лечение препаратами железа должно быть длительным (от 3 до 6 мес);
- нельзя восполнить дефицит железа с помощью диеты.

При явлениях железодефицитной анемии ребенок должен наблюдаться участковым педиатром и медицинской сестрой 2 раза в месяц, в фазе реконвалесценции на 1-м году жизни — 1 раз в месяц, на 2-м — 1 раз в квартал.

Исследование клинического анализа крови осуществляется 1 раз в 2 нед до нормализации показателей гемоглобина и эритроцитов, в период реконвалесценции — 1 раз в квартал.

Проведение профилактических прививок разрешается после нормализации показателей анализа периферической крови.

Ребенок снимается с диспансерного учета через 12 мес при нормализации клинико-лабораторных показателей.

## II. Основные пути оздоровления детей раннего возраста из группы риска по развитию рахита

### Факторы риска:

- недоношенные, маловесные;
- часто болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- с судорожным синдромом;
- с отягощенной наследственностью по нарушению фосфорно-кальциевого обмена;
- дети, получающие неадаптированные молочные смеси;
- из двоен или повторных родов с малыми промежутками между ними;
- со сниженной двигательной активностью;
- с синдромом мальабсорбции;
- родившиеся с признаками морфофункциональной незрелости.

### Аntenатальная профилактика:

- для успешной и продолжительной лактации кормящая женщина должна уделять внимание соблюдению рационального режима дня и правильному питанию (включение необходимого количества белка, жира, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты, углеводы, витамины, микроэлементы), специальные молочные напитки, предназначенные для женщин во время беременности и кормления грудью, способные предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена у матери, у плода-младенца;
- показаны регулярный ежедневный прием в течение всей беременности поливитаминных препаратов;
- назначение с 28–32-й недели беременности витаминов D (1000–1500 МЕ) в течение 8 нед независимо от времени года; в северных районах в течение всего периода полярной ночи вместо препаратов витамина D назначается 1–2 курса ультрафиолетового облучения (по назначению врача).

### Постнатальная профилактика:

- для успешной и продолжительной лактации кормящая женщина должна уделять внимание соблюдению режима дня и рациональному питанию, приему поливитаминных препаратов;

- грудное вскармливание, при его отсутствии рекомендуются современные адаптированные смеси;
- прогулки на свежем воздухе, водные процедуры;
- физическое воспитание (лечебная гимнастика, массаж);
- проведение закаливающих процедур;
- для специфической профилактики детям из группы риска по рахиту рекомендуется ежедневное назначение витамина D в дозе 1000 МЕ (холекальциферол) водорастворимый в течение осенне-зимнего периода жизни (по назначению врача) с 3–4-недельного возраста; недоношенным из группы риска — с 10-го дня жизни 400–500–1000–2000 МЕ в зависимости от степени недоношенности в течение 1–2 лет;
- коррекция питания препаратами кальция, фосфора кормящей женщине или ребенку.

Профилактические прививки не противопоказаны.

#### Диспансеризация детей с рахитом

Под диспансерным наблюдением в течение 3 лет должны находиться дети, перенесшие тяжелый рахит. Они подлежат ежемесячному осмотру педиатра, медицинской сестры на 1-м году жизни, ежеквартальному — на 2-м, на 3-м — 1 раз в полгода. По показаниям — осмотры хирургом, ортопедом. Рахит не служит противопоказанием для проведения профилактических прививок. Вакцинация проводится через 2–3 нед после назначения витамина D. Длительность наблюдения до 3 лет.

### III. Основные пути оздоровления детей из группы риска по развитию дистрофии (гипотрофия, паратрофия)

#### Факторы риска:

- алиментарные причины — недокорм, перекорм, несбалансированное питание, белково-энергетическая недостаточность, раннее искусственное и смешанное вскармливание;
- инфекционные, токсические заболевания;
- сахарный диабет матери, гипотиреоз;
- большая масса тела при рождении, гипотрофия, незрелость;
- дефекты воспитания;
- неблагоприятные факторы окружающей среды и образа жизни;
- пороки развития;
- аномалии конституции;
- хромосомные болезни, наследственные энзимопатии;
- сниженная физическая активность;
- вредные привычки матери.



**Рис. 1.** Массаж спины. Ребенок лежит на животе; тыльной поверхностью кистей производят поглаживание спины снизу вверх, начиная от ягодиц



**Рис. 2.** Массаж рук. Ребенок лежит на спине, левой рукой держат полусогнутую руку ребенка, правой производят поглаживание от кисти до плеча (выполняют попеременно для левой и правой ручки)



**Рис. 3.** Массаж ног. Ребенок лежит на спине левой рукой держат его ножку, правой производят ее поглаживание от стопы к паху (выполняют попеременно для левой и правой ножки)



**Рис. 4.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы спины. Ребенок лежит на боку, большим и указательным пальцами производят скользящее движение вдоль позвоночника снизу вверх



**Рис. 5.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы ног. Ребенок лежит на спине, производят попеременное разгибание и сгибание его ног



**Рис. 6.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы ног и живота. Ребенок лежит на спине, производят сгибание и разгибание одновременно обеих ног



а



б

**Рис. 7.** Упражнения, развивающие и укрепляющие мышцы рук. Ребенок лежит на спине, руки ребенка отводят вверх и назад, сначала одну, затем другую (а) с последующим скрещиванием их на груди (б)



**Рис. 8.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы живота. Ребенок лежит на спине, взяв его за руки, медленно переводят в положение сидя



а



б

**Рис. 9.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы рук и спины. Ребенок «ходит» на руках: а — вид спереди; б — вид сбоку



**Рис. 10.** Упражнение, развивающее и укрепляющее мышцы туловища и плечевого пояса. Руками удерживают ножки, выпрямленные в коленных суставах; ребенок наклоняется, чтобы взять игрушку



**Рис. 11.** Упражнение, укрепляющее и развивающее мышцы туловища («парение»). Ребенка держат одной рукой за ноги, другой рукой поддерживают туловище, стараясь удержать головку, ребенок напрягает мышцы шеи и туловища и при этом прогибает спину



а



б

**Рис. 12.** Упражнения, развивающие и укрепляющие мышцы рук и живота. Из положения лежа на спине (а) ребенок приподнимается, держась за палку (б)



**Рис. 13.** Упражнение, укрепляющее и развивающее мышцы спины и рук. Ребенок лежит на животе; взяв его за руки, приподнимают и слегка оттягивают назад верхнюю часть туловища



**Рис. 14.** Упражнение, укрепляющее мышцы живота и ног. Ребенок лежит на спине, руками удерживают ноги, выпрямленные в коленных суставах, затем поднимают ноги вверх, производя максимальное сгибание в тазобедренных суставах



**Рис. 15.** Упражнение, укрепляющее мышцы живота. Ребенок лежит на спине, левой рукой удерживают ноги ребенка, правой производят поглаживание живота по часовой стрелке

#### Аntenатальная профилактика:

- профилактические мероприятия должны проводиться женскими консультациями совместно с поликлиниками;
- организация правильного режима, сна, труда женщины;
- соблюдение основных принципов питания;
- раннее выявление и лечение заболеваний у женщин.

#### Постнатальная профилактика:

- сбалансированное питание кормящей женщины;
- устранение причин, вызвавших расстройство питания;
- расчет питания по фактически съеденной пище с последующей коррекцией;
- физическое воспитание (массаж, гимнастика);
- аэротерапия, гидротерапия, закаливание;
- правильный уход (оптимальный температурный режим, регулярное проветривание помещения, влажная уборка).

**Диспансеризация** детей группы риска по дистрофии осуществляется организацией систематических патронажей педиатром и участковой медицинской сестрой 1 раз в 2 нед в первом полугодии жизни и 1 раз в месяц — во втором. При нормальном физическом и нервно-психическом развитии ребенок снимается с учета через 12 мес.

Дети раннего возраста с хроническими расстройствами питания (гипотрофия) осматриваются педиатром 1 раз в 2 нед в первом полугодии жизни и 1 раз в месяц — во втором полугодии, затем — 1 раз в квартал, узкими специалистами в плановом порядке по показаниям 1 раз в год, ежемесячный патронаж медицинской сестрой. Профилактические прививки противопоказаны при гипотрофии II и III степени до периода выздоровления. Длительность наблюдения не менее 1 года.

При паратрофии дети осматриваются педиатром, медицинской сестрой 1 раз в месяц, неврологом 1 раз в год, другими специалистами (эндокринолог, офтальмолог) по показаниям. Профилактические прививки в большинстве случаев противопоказаны, при паратрофии III степени вопрос о вакцинации решается индивидуально с иммунологом. Длительность наблюдения зависит от степени паратрофии, но не менее 1 года.

#### IV. Основные пути оздоровления детей с риском развития аллергических заболеваний (аномалии конституции)

##### Факторы риска:

- отягощенный аллергологический семейный анамнез;
- частые острые инфекционные заболевания и обострения хронических воспалений матери во время беременности;

- осложненная беременность;
- злоупотребление облигатными аллергенами;
- неправильная организация питания ребенка;
- частое применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов;
- нарушение правил режима и ухода за кожей;
- неблагоприятный психологический климат в семье, табачный дым.

#### **Аntenатальная профилактика:**

- рекомендации по режиму дня, закаливанию, физическому воспитанию беременной;
- рекомендации матери по рациональному питанию (назначение гипоаллергенной диеты);
- санация хронических очагов инфекции в семье;
- коррекция нарушений психологического климата в семье, пропаганда здорового образа жизни;
- исключение из питания беременной аллергенных продуктов;
- воспитание ответственного отношения к своему здоровью, материнству;
- пропаганда здорового образа жизни.

#### **Постнатальная профилактика:**

- поддержка грудного вскармливания;
- диета матери и ребенка с исключением аллергенов;
- массаж, гимнастика;
- раннее закаливание (воздушные, водные процедуры);
- элиминация бытовых аллергенов;
- индивидуальный подход к проведению прививок;
- психологическая коррекция;
- повышение ответственности семьи за выполнение комплекса профилактических мероприятий;
- обучение уходу за новорожденным.

Профилактические мероприятия, проводимые детям с риском развития аллергических заболеваний, включают организацию систематических патронажей, по показаниям консультации аллерголога, дерматолога, психолога, отоларинголога, окулиста, иммунолога, индивидуализацию плана прививок, правильную организацию физического воспитания. Длительность наблюдения до 3 лет.

Дети группы социального риска (семьи с плохими материальными и жилищными условиями, многодетные и неполные семьи, семьи алкоголиков) нуждаются в повышенном внимании оказания медицинской

помощи и социальной поддержки с привлечением социальных работников. Выявление факторов социального риска позволяет реально оценить возможность каждой семьи и выполнить в полном объеме все рекомендации по охране здоровья, решить вопрос о содержании и направлении санитарно-просветительной работы, проводимой в конкретных семьях, в полном объеме оказать медицинскую и социально-правовую помощь детям. Основными видами медико-социальной помощи являются организация различного рода помощи на дому, жилищно-бытовое устройство многодетных семей, оказание материальной помощи малообеспеченным семьям с детьми, организация консультативной помощи по вопросу воспитания детей и подростков, семейной жизни, планирования семьи; содействие семье в воспитании малолетних детей; оказание помощи в обеспечении опеки и попечительства по случаю сиротства. Дети из неблагополучных семей подвержены повышенному риску, социально уязвимы и нуждаются в подробном изучении социальных условий (алкоголизм, конфликты в семье, тяжелая семейная обстановка), которые резко сказываются на психике ребенка.

Работа с семьями социальных факторов проводится совместно с органами социально-правовой защиты, правоохранительными органами, отделами социальной защиты, иногда с привлечением юрисконсульта и психолога.

Дети из таких семей подлежат первоочередному устройству в детское дошкольное учреждение, обеспечиваются санаторно-курортным лечением, путевками в оздоровительные лагеря. Родители многодетных семей получают льготы. Координаторами работы по оказанию медико-санитарной помощи нуждающимся в ней являются участковые врачи педиатры и средние медицинские работники, наиболее часто по роду своей деятельности бывающие в семьях.

Дети из группы социального риска наблюдаются до 18 лет с дальнейшей передачей во взрослую поликлинику.

## **РЕБЕНОК ПРЕДДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Профилактические медицинские осмотры детям от 1 года до 3 лет проводятся в соответствии с Приложением 1 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н.

**Таблица 4.** Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров

| Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры | Осмотры врачами-специалистами  | Лабораторные, функциональные и иные исследования                               |
|---|--|--|
| 1 год 3 мес   | Педиатр  |  |
| 1 год 6 мес   | Педиатр  | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи  |
| 1 год 9 мес   | Педиатр  |  |
| 2 года  | Педиатр<br>Детский стоматолог  | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи  |
| 2 года 6 мес  | Педиатр  |  |
| 3 года  | Педиатр<br>Невролог<br>Детский хирург<br>Детский стоматолог<br>Офтальмолог<br>Оториноларинголог<br>Психиатр детский<br>Акушер-гинеколог<br>Детский уролог-андролог | Общий анализ крови<br>Общий анализ мочи<br>Исследование уровня глюкозы в крови |

Медицинский осмотр у врача детского уролога-андролога проходят мальчики, у врача акушера-гинеколога — девочки.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона (вариант информированного добровольного согласия — см. Приложение 3).

**Преддошкольный возраст** — период развития ребенка от 1 года до 3 лет. Характеризуется некоторым снижением темпов физического развития, большей степенью зрелости основных физиологических систем.

Мышечная масса в этот период интенсивно увеличивается. К концу 2-го года завершается прорезывание молочных зубов. Идет интенсивное формирование лимфоидной ткани носоглотки (миндалины, аденоиды) с часто возникающей их гиперплазией.

Стремительное развитие двигательной активности от ходьбы до бега, лазания и прыжков вызывает возрастающую опасность травматизма. В познании окружающего мира участвуют всевозможные анализаторы,

в том числе и рецепторный аппарат ротовой полости (мелкие предметы берутся в рот), поэтому высока частота аспирации инородных тел и случайных отравлений.

Относительно низкий уровень иммуноглобулинов у детей преддошкольного возраста объясняет высокую заболеваемость респираторными и кишечными инфекциями. Низкие барьерные функции лимфатических узлов способствуют генерализации инфекции и развитию сепсиса, менингита.

Несовершенная терморегулирующая функция кожи обуславливает более легкое развитие перегревания, а неадекватность потоотделения может привести к охлаждению.

Гибкость костей скелета, несовершенство фиксации позвоночника, неадекватные физические нагрузки при неблагоприятных условиях вызывают нарушения осанки.

Быстро совершенствуется речь. Многие дети говорят длинными фразами, аргументированно рассуждают, это период так называемого первого упрямства.

Возникают проявления капризности, застенчивости, удивления, страха. Эмоциональные реакции могут носить характер истерических бурь.

Это период обучения навыкам трудовой деятельности, осуществляемого через игру. Четко определяются индивидуальные черты характера и поведения.

На 2-м и 3-м году жизни при проведении патронажей предлагается следующая тематика:

- 1 год 3 мес — значение выполнения режимных процессов в организации бодрствования;
- 1 год 6 мес — вредные привычки у детей;
- 1 год 9 мес — значение речевого общения у детей;
- 2 года — профилактика травматизма, как правильно чистить зубы;
- 2 года 6 мес — значение игровой деятельности;
- 3 года — занятия с ребенком в семье, воспитание культурно-гигиенических навыков, физическое воспитание ребенка и закаливание, профилактика заболеваний, вызываемых вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); профилактика травматизма.

Профилактическая работа с детьми 2-го года жизни имеет исключительное значение в связи с тем, что дети этого возраста болеют чаще детей 1-го года жизни.



Ребенка осматривают 1 раз в квартал (4 раза в год) с обязательным проведением антропометрических измерений, 1 раз в год — стоматолог, проводят лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, анализ кала на яйца гельминтов). Диспансерные осмотры детей на 3-м году жизни проводят 1 раз в полгода. Антропометрические измерения осуществляют 2 раза в год, анализы крови, мочи, кала — 1 раз в год. Ребенка осматривают офтальмолог, стоматолог, отоларинголог, хирург (ортопед), невролог, логопед.

Особое значение придается развитию речи, которое идет по трем основным направлениям: повышение смыслового развития речи, увеличение словарного запаса, расширение функций речи. Уделяют внимание организации режима дня, проведению закаливающих мероприятий, рациональному питанию, физическому воспитанию, развитию движений. Этапные эпикризы на детей составляют 2 раза в год.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВИЛЬНОГО УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ ПРЕДДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Ребенок преддошкольного возраста нуждается в режиме. Четкий режим жизни ребенка создает соответствующее состояние его нервной системы, при котором процессы возбуждения и торможения своевременно сменяют друг друга. Укладывать спать ребенка нужно в одно и то же время, с постепенной подготовкой ко сну: успокоить после игры, посадить на горшок, умыться. Перед сном обязательно проветрить комнату.

Детей 2–3-го года жизни, учитывая возрастные особенности, делят на две группы с разным режимом: до 1,5 года дети спят днем 2 раза: первый сон — 2–2,5 ч, второй — 1,5–2 ч; после 1,5 года дети спят днем 1 раз в течение 3–3,5 ч, длительность бодрствования при этом увеличивается до 4,5–6 ч, а суточное количество сна к 3-м годам уменьшается до 12–13 ч.

Сон ребенка должен проходить в оптимальных условиях — после спокойной игры, в тишине, в хорошо проветренной комнате или на воздухе.

Комната, в которой находится ребенок, должна быть светлой, температура воздуха в ней около 20 °С. У ребенка должна быть отдельная кровать. Все окружающие детей вещи и предметы необходимо содержать в чистоте и порядке, систематически проводить влажную уборку помещений, где находится ребенок.

Купать ребенка 1–3 лет нужно 2–3 раза в неделю, температура воды должна быть 36 °С. Продолжительность купания на 2-м году жизни — 8–10 мин, на 3-м — 10–20 мин.

Необходимо постоянно следить за осанкой ребенка. Желательно, чтобы мебель соответствовала его росту. Если стул высокий, под ноги ребенку нужно ставить скамейку. Спина ребенка должна опираться на спинку стула, а расстояние от глаз до стола составлять 30–35 см.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАКАЛИВАЮЩИХ ПРОЦЕДУР**

Основными факторами закаливания являются свежий воздух, солнечные лучи, вода.

### **ЗАКАЛИВАНИЕ ВОЗДУХОМ**

Закаливание проводят в хорошо проветренном помещении при температуре в комнате не ниже 20 °С, с дальнейшим снижением до 15 °С путем проветривания; продолжительность первой воздушной ванны не более 3–5 мин (вначале обнажают руки и ноги ребенка, в последующем его раздевают до пояса). Летом воздушные ванны начинают также с температуры не ниже +20 °С на свежем воздухе, продолжительность первой ванны 5 мин, затем ее продлевают до 1 ч; ванны необходимо сочетать с подвижными играми или гимнастикой, при появлении признаков охлаждения ее прекращают, быстро согревают ребенка.

### **ЗАКАЛИВАНИЕ СОЛНЦЕМ**

Закаливание проводят с 2 лет 1 раз в день, через 1–2 ч после завтрака, лучшее время 10–12 ч; продолжительность солнечной ванны не более 2 мин с постепенным увеличением до 20–30 мин. На время проведения ванны все тело ребенка обнажают, обязательно надевают головной убор и солнцезащитные очки. Во время процедуры ребенка поят водой, напоминают о смене положения. При появлении признаков перегревания солнечную ванну необходимо прекратить. После проведения ванны ребенка отводят в тень, обтирают влажным полотенцем или обливают водой +30–36 °С.

### **ЗАКАЛИВАНИЕ ВОДОЙ**

При умывании (моют лицо, шею, а также руки до локтя) начальная температура воды +30 °С, а затем, постепенно снижая, доводят до +20 °С (для детей 1–2 лет) или до +18 °С (для детей 2–3 лет).

Обтирания проводят шерстяной рукавичкой или концом махрового полотенца, смоченными водой (вначале протирают одну руку и тут же насухо до легкого покраснения протирают ее сухим полотенцем, затем процедуру проводят с другой рукой, переходят на грудь, живот, спину, ноги); начальную температуру воды для обтирания 34–35 °С постепенно снижают каждую неделю на 1 °С и доводят до +25–26 °С; общая продолжительность обтирания 4–6 мин.

Обливания начинают с 1,5-летнего возраста и проводят как летом, так и зимой. Начальная температура воды +34–36 °С, постепенно доводят до +26–28 °С (для детей до 2 лет) и до +24–26 °С (для детей 2–3 лет). Вначале обливают шею, потом грудь, бока, спину, руки, ноги, голову обливать не следует. После обливания растирают махровым полотенцем до легкого покраснения кожу рук (от пальцев к плечу), ног (от стопы к бедру) и туловища.

Зимой обливания проводят в ванной комнате при температуре в ней не ниже +18 °С, можно использовать душ. Длительность обливания и душа не более 2 мин. Можно делать и местную водную процедуру — обмывание ног (обычно с 2 лет, начальная температура воды +35 °С, постепенно доводят до +22–24 °С).

Купание лучше проводить во второй половине дня при постоянном движении ребенка. Первое купание не должно превышать 2–3 мин, затем продолжительность его увеличивают до 5–6 мин. Купание можно начинать с 2-летнего возраста при условии безветренной погоды с температурой воздуха не ниже +24–25 °С, а воды +22–23 °С.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

Правильно подобранные и соответствующие возрасту упражнения способствуют гармоничному физическому и умственному развитию, предупреждению многих заболеваний, формированию и совершенствованию двигательных навыков, развитию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Занятия лучше проводить в утренние часы, через 1–1,5 ч после еды. Продолжительность занятий для детей 1–2 лет — не больше 5–10 мин, для детей 2–3 лет — 10–15 мин. Количество упражнений 8–10. Каждое упражнение в среднем повторяется от 2–4 до 6–8 раз. Во время занятий вводят паузы в виде дыхательных упражнений, спокойной ходьбы.

Физическое воспитание детей 2–3-го года жизни осуществляется в виде организованных физкультурных занятий и подвижных игр. Уже с 2-летнего возраста рекомендуется утренняя гимнастика. Важным сред-

ством физического воспитания являются подвижные игры, которые должны проводиться с учетом возрастных особенностей детей, а также их нервно-психического и физического развития. На 2-м году жизни происходит бурное развитие двигательных умений. Ребенок овладевает большинством основных движений, свойственных взрослому человеку (ходьба, лазание, бросание и др.)

На 3-м году жизни дети овладевают бегом и прыжками и продолжают совершенствовать навыки ходьбы, лазания, бросания (метание).

Необходимо научить родителей основным правилам проведения физических упражнений (рис. 16).

– Упражнения, рекомендуемые детям 1–1,5 года:

- ходьба по наклонным доскам;
- перешагивание через гимнастическую палку;
- приседание на гимнастическую скамейку и вставание;
- упражнение на гимнастической скамейке (встать, слезть);
- присаживание из положения лежа на спине на полу;
- присаживание из положения лежа на спине на гимнастической скамейке;
- поднимание с пола и опускание на пол гимнастической палки;
- доставание с пола игрушки;
- пролезание под скамейкой;
- попеременное бросание мяча вперед (взрослому) и вверх;
- перешагивание через поставленные в ряд предметы.

– Упражнения, рекомендуемые детям от 1,5 до 3 лет:

- упражнения, перечисленные выше, и круговые движения руками.

Дополнительно можно ввести следующие упражнения: ребенок, лежа на животе, приподнимается на руках 2–3 раза, не сгибая туловища и ног.

При подборе и проведении физических упражнений особое внимание надо обращать на формирование правильной осанки и свода стопы. Этому способствуют упражнения, проводимые из исходного положения, лежа на животе и спине, когда дополнительно создается разгрузка для позвоночника. Для достижения лучшей тренировки, помимо организованных занятий, можно ежедневно выполнять отдельные физические упражнения, входящие в общий комплекс, в виде игры (бросание небольших мячей в обруч, бросание и ловля мячей и др.). Занятия проводят регулярно, без перерывов, в одно и то же время, что имеет воспитательное значение.

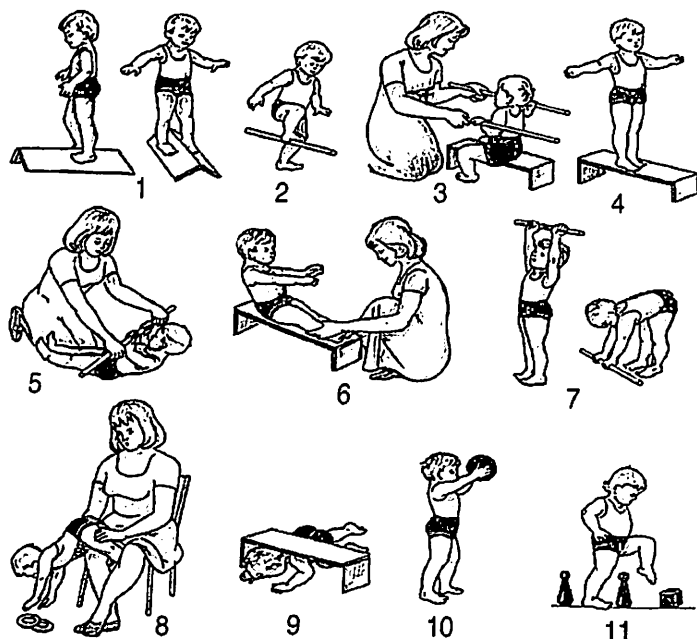


Рис. 16. Физические упражнения для детей (подробнее в тексте)

## ВОСПИТАНИЕ НАВЫКОВ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРАВИЛ

### Воспитание навыков при приеме пищи

- С 1 года 2 мес во время кормления давать ребенку в руку десертную или чайную ложку, направляя ее в рот своей рукой (ребенок сначала держит ложку в кулачке).
- С 1 года 4—5 мес побуждать ребенка есть самостоятельно густую пищу, а затем и жидкую, лишь помогая ему регулировать движения.
- В течение 2—3 лет уметь самостоятельно пользоваться салфеткой.
- Приучать детей с помощью словесных указаний и примера взрослого к культурному поведению за столом — держать ложку в правой руке, а хлеб в левой, не размачивать хлеб в супе, в чае, не выходить из-за стола с полным ртом, говорить «спасибо» и т.д.
- С 2-летнего возраста необходимо приучать детей к гигиене полости рта: чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи.

С этого возраста можно давать ребенку «учебную» зубную щетку (толстая ручка, маленькая головка, мягкая щетина). За правильной чисткой зубов до 7 лет должны следить родители. Чистить зубы необходимо 2 раза в день, утром — после завтрака и вечером — после последнего приема пищи. Менять зубную щетку необходимо каждые 2—3 мес. Не рекомендуется использовать слишком рано зубную пасту, так как у детей до 3 лет больше развит глотательный рефлекс. Малыши не умеют сплевывать и большую часть пасты проглатывают. Для гигиены полости рта рекомендуются зубные пасты для уменьшения воспалительных явлений слизистой оболочки полости рта и пасты, предназначенные для укрепления твердых тканей зубов и повышения сопротивляемости к кариесу. С 2 лет ребенка следует 2 раза в год показывать зубному врачу.

### Побуждать ребенка к активности при умывании

- На 2-м году — снять низко висящее полотенце, потерять ручки мылом.
- На 3-м году под контролем взрослого самостоятельно намазывать ручки, не обливаясь, вымыть лицо и руки под узкой струей воды, вытереть их насухо.

### Воспитание опрятности

- С 1 года 2—4 мес обращать внимание на грязные руки, лицо, мокрый нос, вызывать отрицательное отношение к грязи, добиваясь, чтобы ребенок привыкал быть чистым и впоследствии сам просил вытирать его или вытирал себя сам.
- С 1 года 6 мес учить самостоятельно пользоваться носовым платком, обращая внимание ребенка на грязный носик и предлагая вытереть его платочком (к 2-м годам по мере надобности он сам пользуется платком).
- На 3-м году приучать по собственному почину умываться утром и вечером, мыть руки перед едой и после высаживания на горшок или загрязнения, вытираться только своим полотенцем (в 3 года ребенок хорошо и аккуратно моет лицо и руки, вытирает их, вытирает себе нос и др.).

### Одевание и раздевание

- С 1 года — приучать снимать чулочки, сапожки, кофточку (в 1 год 2—3 мес ребенок охотно сам пытается раздеваться и одеваться).
- С 1 года 6 мес — снимать и надевать чулки, штанишки, расшнуровывать ботинки.
- С 2 лет — снимать и надевать с помощью взрослого часть туалета в определенной последовательности — платяице, штанишки, рубашку, при раздевании аккуратно складывать одежду на стул.

- С 2 лет 6 мес — расстегивать и застегивать пуговицы, развязывать и завязывать шнурки.
- К 3-м годам ребенок одевается и раздевается почти самостоятельно.

Период раннего детства имеет свои особенности:

- чрезвычайно быстрый темп развития всех органов и систем;
- взаимосвязь и взаимозависимость физического и нервно-психического развития;
- определяющая роль взрослого в обеспечении развития и состояния здоровья ребенка.

В первые годы жизни все развитие ребенка подчинено тем условиям, которые обеспечивают ему взрослые. В конце 3-го года жизни заканчивается период раннего возраста.

Онтогенез ребенка возраста 2–2,5 года характеризуется критическим периодом, в основе которого лежат возрастные особенности контактов ребенка с окружающей социальной средой.

Возможные негативные исходы:

- психогенные расстройства (нарушения поведения, сна, энуреза и др.);
- снижение аппетита.

**Подготовка ребенка к поступлению в детское дошкольное учреждение** (ясли, ясли-сад, детский сад) состоит из двух основных разделов общей и специальной подготовки.

*Общая подготовка* — это проведение общепринятых мероприятий по систематическому, начиная с периода новорожденности, обслуживанию детей на педиатрическом участке с целью обеспечения гармоничного физического и нервно-психического развития, оптимального состояния здоровья и семейного воспитания, что является залогом правильной подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение.

*Специальная подготовка* начинается со второго полугодия и включает в себя следующие мероприятия:

- ежемесячную санитарно-просветительную работу участковой медицинской сестры с родителями по воспитанию здорового ребенка путем проведения тематических бесед по вопросам правильного физического воспитания и подготовки детей к поступлению в дошкольное учреждение;
- диспансеризацию детей за 2–3 мес до поступления в дошкольное учреждение;
- оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья (по группам состояния здоровья) и результатов последней диспансеризации;

- профилактику острых заболеваний (острой респираторной вирусной инфекции, гриппа и др.) с применением средств, направленных на повышение неспецифических защитных механизмов, в том числе закаливающих мероприятий (введение элементов дыхательной гимнастики, физкультурные занятия дома, обучение ребенка дыханию через нос, физиолечение, препараты аскорбиновой кислоты, витамины группы В), нужно проводить за 2–3 мес до оформления в детское дошкольное учреждение;
- обеспечение преемственности в работе детской городской поликлиники и дошкольного учреждения по подготовке и ведению детей в период адаптации путем обмена информацией;
- в случае острого заболевания ребенок может быть направлен в детский коллектив не ранее чем через 2 нед после клинического выздоровления;
- запрещается проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением ребенка в дошкольное учреждение;
- вопрос о направлении в детское учреждение детей «группы риска», а также детей с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития решается индивидуально в зависимости от состояния каждого ребенка комиссией с привлечением соответствующих врачей-специалистов.

При оформлении ребенка в детское дошкольное учреждение участковый врач заполняет выписку из истории развития, в которой отражаются данные о состоянии здоровья и уровне развития ребенка, о характере вскармливания, профилактических прививках. В выписку вносят данные осмотров специалистов и лабораторных исследований, контакты ребенка с инфекционными больными, рекомендации по ведению ребенка в период адаптации. В случае выявления отклонений в состоянии здоровья осуществляется их коррекция. Заполняется индивидуальная карта (форма 26/у), которая хранится в посещаемом ребенком учреждении.

Помощь в работе участковому педиатру оказывает участковая медицинская сестра, функциональные обязанности которой закреплены Положением об участковой медицинской сестре детской городской поликлиники (отделения), утвержденным приказом МЗ СССР 19.01.1983 № 60, в ред. от 05.05.1999 № 154 МЗ РФ.

В обязанности участковой медицинской сестры входит:

- профилактическая работа по развитию и воспитанию здорового ребенка;
- оказание медицинской помощи больным детям на дому по назначению врача;

- санитарно-просветительная работа;
- учет работы по установленной форме;
- повышение своей квалификации.

Участковая медицинская сестра:

- проводит дородовые патронажи беременных;
- совместно с участковым врачом-педиатром посещает новорожденных в первые 3 дня после выписки из роддома;
- обеспечивает систематичность наблюдения за здоровыми и больными детьми;
- контролирует выполнение родителями лечебных назначений;
- проводит ежемесячное планирование профилактических прививок детей, не посещающих дошкольное учреждение;
- ведет работу по своевременной организации врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете;
- оказывает помощь врачу при проведении медицинских осмотров детей (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, выписки и др.);
- проводит беседы с родителями по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний;
- обучает матерей технике массажа и комплексу гигиенических упражнений;
- рекомендует санитарно-просветительную литературу;
- принимает участие в организации санитарно-просветительных выставок в поликлинике, уголков здоровья.

В задачу медицинской сестры входит обучение родителей основным манипуляциям при уходе за больным ребенком в домашних условиях.

### ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПАХОВОЙ СКЛАДКЕ И В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

**Цель:** определить температуру тела ребенка.

**Противопоказания:**

- опрелости;
- воспалительные процессы на коже.

**Техника безопасности:** во время проведения термометрии не оставлять ребенка без присмотра.

1. Объяснить маме ход проведения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и осушить руки.

4. Достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 35 °С.
5. Осмотреть паховую (подмышечную) область.
6. Протереть насухо салфеткой область, используемую для термометрии.
7. Поместить ртутный резервуар термометра в паховую (подмышечную) область так, чтобы он полностью охватывался кожной складкой и не соприкасался с бельем.
8. Фиксировать ногу ребенка (нога несколько согнута в тазобедренном суставе) или руку (плечо прижать к грудной клетке).
9. Засечь время и через 10 мин извлечь термометр и определить его показания.
10. Термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар, погрузить в лоток с дезинфицирующим раствором, вытащить, промыть под проточной водой, вытереть насухо салфеткой.
11. Поместить термометр в футляр.

### ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА НА ОКОЛОУШНУЮ ОБЛАСТЬ

**Цель:** вызвать длительное и равномерное расширение сосудов, способствовать улучшению кровообращения в тканях, оказать прогревающее, рассасывающее, болеутоляющее действие.

**Показания:** воспаление среднего уха.

**Противопоказания:**

- гипертермия;
- гнойные заболевания кожи;
- гнойный процесс наружного и среднего уха.

**Этапы проведения процедуры**

1. Объяснить маме цель и ход предстоящей процедуры.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Приготовить марлевую салфетку или бинт и сложить его в 6–8 слоев. Вырезать кусок вощеной бумаги по размеру на 2 см больше салфетки. В марлевой салфетке и компрессной бумаге прорезать отверстия для ушной раковины. Приготовить кусок ваты по размеру на 2 см больше, чем бумага (каждый слой должен перекрывать предыдущий на 2 см).
4. Смочить подогретым лекарственным средством салфетку и отжать ее.
5. Приложить салфетку к уху, ушную раковину вывести через разрез наружу. Сверху уложить вощеную бумагу и вывести через

разрез ушную раковину. Сверху на ухо положить слой ваты (без разреза) толщиной 1,5–2 см.

6. Зафиксировать компресс косынкой, или шапочкой, или широким бинтом не туго.
7. Объяснить маме, что компресс поставлен на 4–6 ч, через 2 ч проверить правильность постановки компресса — указательный палец провести под компресс до первого слоя: а) если ощущается тепло и влажность — компресс сделан правильно; б) если — холод и сухость, то неправильно; салфетка должна оставаться влажной и после постановки компресса.
8. Вымыть и осушить руки.
9. После снятия компресса надеть ребенку косынку.

### ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ ДЕТЯМ

**Цель:** восстановить проходимость дыхательных путей.

Ребенку проводятся ингаляции через небулайзер с лекарственным препаратом или с использованием дозированных ингаляционных препаратов по назначению врача, применяются также тепловлажные ингаляции.

#### Этапы проведения процедуры

1. Объяснить маме ход процедуры.
2. Измерить температуру тела ребенка (при повышении температуры тела тепловлажные ингаляции не проводятся).
3. В емкость небулайзера вносится лекарственное вещество, по необходимости добавляется физиологический раствор натрия хлорида до объема 3–4 мл.
4. Ребенок сидит прямо, необходимо обеспечить плотное прилегание лицевой маски. Продолжать процедуру до 10–15 мин (до полного использования раствора).

### ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ НОЖНОЙ И РУЧНОЙ ВАННЫ ДЕТЯМ

**Цель:** рефлекторное расширение кровеносных сосудов нижних и верхних конечностей, уменьшение отека слизистой оболочки дыхательных путей.

**Показания:** заболевания органов дыхания.

#### Противопоказания:

- повышенная температура тела;
- заболевания кожи (пиодермия, атопический дерматит, экзема);
- злокачественные новообразования.

### Этапы проведения процедуры

1. Объяснить матери ход предстоящей процедуры.
2. В таз (ведро) налить воды температурой 37 °С, проверить температуру воды водным термометром, усадить ребенка. Для усиления эффекта в воду добавляется горчица (2 столовые ложки на 10 л воды) — при отсутствии индивидуальной непереносимости.
3. Ручная ванна (проводится преимущественно при кашле): приготовленный таз с водой поставить на стол, погрузить руки ребенка в воду до локтей.
4. Ножная ванна (проводится преимущественно при насморке): ноги ребенка опустить в ведро с водой до верхней трети голени.
5. Осторожно, чтобы не обжечь ребенка, постепенно (по стенке) подливать горячую воду медленной струей до повышения температуры воды до 40–42 °С. Эффект наступает при появлении гиперемии по типу «перчаток» и «чулок».
6. Продолжительность процедуры 10–15 мин.
7. Во время проведения процедуры следить за общим состоянием ребенка, общаться с ним.
8. Руки (ноги) насухо вытереть, надеть рубашку с длинными рукавами (шерстяные носки), уложить ребенка в постель, укрыть на 30–60 мин.
9. Вымыть и осушить руки.

### ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ГОРЧИЧНИКОВ ДЕТЯМ

**Цель:** провести рефлекторную терапию при заболеваниях органов дыхания.

**Обязательное условие:** горчичники ставить при температуре тела не выше 38 °С и на неповрежденную кожу.

#### Этапы проведения процедуры

1. Объяснить маме ход предстоящей процедуры.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Проверить пригодность горчичников: горчица не осыпается, сохранен специфический запах.
4. Раздеть ребенка по пояс, осмотреть кожные покровы.
5. Уложить ребенка на кровать на животик.
6. Свернуть тонкую пеленку в виде гармошки и смочить ее в теплом растительном масле, отжать и расстелить на ровной поверхности. Смочить горчичники в воде 40–45 °С в течение 5–10 с, поместив их в воду горчицей вверх.

7. Поместить горчичники горчицей вниз в центральной части тонкой пеленки, оставив свободное пространство между ними для позвоночника. Завернуть верхний и нижний край пеленки над горчичниками, перевернуть пеленку нижней стороной вверх.
8. Уложить ребенка спиной на пеленку так, чтобы позвоночник располагался в свободном от горчичников пространстве. Завернуть правый край пеленки вокруг грудной клетки, затем левый (горчичники не должны располагаться в области сердца).
9. Укрыть ребенка теплой пеленкой, затем одеялом.
10. Через каждые 2–3 мин осматривать кожу.
11. При появлении стойкой гиперемии кожи (через 5–15 мин) снять горчичники и марлевую салфетку, сбросить их в лоток для отработанного материала.
12. Протереть кожу пеленкой, смоченной в теплой воде, затем кожу протереть насухо, укрыть ребенка теплым одеялом и уложить в кровать на час.
13. Вымыть и осушить руки.

Можно ставить горчичники без масляной прокладки, используя горчичники в виде упакованных пакетиков. При остром воспалении верхних дыхательных путей **горчичники можно ставить на икроножные мышцы**; при остром трахеите — **на верхнюю часть грудины**; при бронхите и пневмонии — **между лопатками и под лопатками** по обе стороны позвоночника выше поясничного отдела.

Необходимо помнить, что горчичники противопоказаны детям с аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, аллергический ринит, бронхит, дерматит) и детям группы риска по их развитию.

### ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛОК ДЛЯ СОГРЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

**Цель:** обеспечить нормальную температуру тела недоношенного новорожденного.

**Показания:** недоношенность I–II степени.

**Противопоказания:** повышение температуры тела.

**Техника безопасности:**

- следить за цветом кожных покровов и температурой тела ребенка (возможность перегревания и ожога);
- следить за целостностью грелки;
- не допускать применения воды более высокой температуры;
- следить за расстоянием между ребенком и грелкой;
- менять грелки поочередно.

### Этапы проведения процедуры

1. Объяснить маме ход проведения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Заполнить грелку горячей водой 60–70 °С на 1/2 или 2/3 объема.
4. Вытеснить воздух из грелки, нажав на нее рукой, плотно закрыть пробкой.
5. Опрокинуть грелку горловиной вниз и убедиться в ее герметичности.
6. Аналогичным способом приготовить еще 2 грелки (ребенка необходимо обложить грелками с трех сторон).
7. Обернуть каждую грелку пеленкой, сложенной в 4 слоя.
8. Уложить грелки горловиной вверх на расстоянии примерно 10 см от ребенка, завернутого в пеленки:
  - а) одну — на уровне стоп;
  - б) две другие — вдоль туловища с обеих сторон.
9. Накрыть ребенка одеялом (температура воздуха под одеялом должна быть 28–30 °С). Контролируют температуру тела в течение 30 мин, если выше 37°, то грелки убирают или оставляют одну (у ног).
10. Смену воды в грелках проводить по мере ее остывания, обязательно поочередно.
11. Вылить из грелок воду.
12. Обработать их наружную поверхность дезинфицирующим раствором. Просушить.
13. Вымыть и просушить руки.

### ФИЗИЧЕСКОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ЛЬДА

**Цель:** добиться снижения температуры тела; способствовать прекращению кровотечения.

**Показания:**

- внутричерепная родовая травма;
- гипертермия;
- местный острый воспалительный процесс;
- гипоксия;
- ушибы (первые сутки).

**Противопоказания:** низкая температура тела ребенка.

**Техника безопасности:** пузырь со льдом не должен соприкасаться с кожей головы ребенка (профилактика обморожения и переохлаждения).

Обязательное условие: при проведении гипотермии необходимо осуществлять контроль температуры тела через 20–30 мин и проводить коррекцию мероприятий с учетом данных повторной термометрии.

#### Этапы проведения процедуры

1. Объяснить маме ход проведения процедуры.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Поместить кусковой лед в пеленку.
5. Наполнить пузырь кусковым льдом на 1/2 объема и долить холодной воды до 2/3 его объема.
6. Вытеснить воздух из пузыря нажатием руки, расположив его на твердой поверхности.
7. Плотно закрыть пузырь крышкой и перевернуть пробкой вниз.
8. Завернуть пузырь в сухую пеленку, сложенную в несколько слоев.
9. Подвесить пузырь со льдом над головой ребенка или расположить его вдоль туловища на расстоянии 2–3 см (ребро ладони должно свободно проходить между туловищем и пузырем).
10. Зафиксировать время.
11. Длительность процедуры не более 20–30 мин. При необходимости ее повторения перерыв должен составлять не менее 10–15 мин. По мере таяния льда сливать воду из пузыря и подкладывать в него новые кусочки льда.
12. Через 20–30 мин убрать пузырь и измерить температуру тела ребенку (при гипертермии).

## САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ СОДЕРЖАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Помимо основных подразделений для оказания детям медицинской помощи, в детской поликлинике предусмотрены фильтр, боксы, прививочный кабинет, школьно-дошкольное отделение.

Санитарно-гигиенический режим в отделениях и кабинетах детской поликлиники ничем не отличается от режима в аналогичных подразделениях взрослой поликлиники, однако некоторые особенности существуют: фильтр и боксы.

Фильтр служит для проведения предварительного осмотра детей в целях предупреждения посещений поликлиники детьми с инфекци-

онными заболеваниями. Персонал фильтра обязан выяснить причину посещения поликлиники каждым пациентом и по показаниям провести термометрию, осмотр кожных покровов и слизистых оболочек. Для этой цели на фильтре необходимо иметь: термометры — не менее 3 штук, шпатели. Деревянные шпатели обеззараживают и утилизируют, термометры подлежат обеззараживанию в емкости с дезинфицирующим раствором.

При подозрении на инфекционное заболевание ребенок задерживается в боксе до осмотра врачом. В боксе также оказывается неотложная медицинская помощь. В детской поликлинике желательно предусмотреть наличие двух боксов (для острых кишечных инфекций и инфекций дыхательных путей), имеющих отдельные выходы на улицу. При кишечном боксе должны быть: собственный санузел, подсобное помещение для хранения дезинфекционных средств, растворов и инвентаря для проведения текущей и заключительной дезинфекции. Внутренние поверхности бокса, мебель и оборудование должны иметь легко моющиеся покрытия. В кишечном боксе необходимо предусмотреть холодильник для хранения упаковок для забора материала. Перед входом в бокс оборудуют вешалку с чистой спецодеждой (медицинским халатом, шапочкой), устанавливают коробку с чистыми масками. Врач, приглашенный на консультацию, меняет халат, надевает шапочку и маску. После осмотра больного, подозрительного на инфекционное заболевание, врач сбрасывает спецодежду в емкость для обеззараживания и обеззараживает руки кожным антисептиком.

При загрязнении рук выделениями больного их немедленно обеззараживают тампоном, смоченным кожным антисептиком, моют двукратно водой с мылом и повторно обрабатывают кожным антисептиком.

В боксе проводят заключительную дезинфекцию — обеззараживают использованные инструменты, выделения больного, кушетку, стол, краны и раковину, пол. После использования уборочный материал обеззараживают. Дезинфекционный режим в боксе для детей с инфекциями дыхательных путей аналогичен режиму в кишечном боксе.



# УЧАСТИЕ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ И ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКЕ

**Иммунопрофилактика** — система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. Проводится в целях создания активного иммунитета или кратковременной специфической защиты от возбудителя или его токсинов (создание пассивного иммунитета).

**Туберкулинодиагностика** — внутрикожная аллергическая проба с туберкулином (проба Манту), проводится в целях раннего выявления туберкулеза у детей.

**Иммунитет** — это способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки чужеродной информации (Петров Р.В. и др., 1981; Хаитов Р.М. и др., 1988; Vodmen W., 1997). К экзогенным антигенам чаще всего относят микроорганизмы (бактерии, грибы, простейшие, вирусы), к эндогенным — клетки человека, измененные вирусами, ксенобиотиками, старением, патологической пролиферацией и др. Защиту человека от чужеродных агентов обеспечивает иммунная система, которая состоит из центральных и периферических органов. К первым относятся костный мозг и вилочковая железа, ко вторым — селезенка, лимфатические узлы, лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками и кожей. Работа иммунитета включает в себя запуск сложного многоступенчатого механизма, взаимодействие одновременно нескольких систем: нервной, эндокринной, регулирование обмена веществ и других сложных процессов в организме. Иммунная охрана организма осуществляется как клетками иммунной

системы (клеточный иммунитет), так и продуктами их жизнедеятельности (гуморальный иммунитет).

**Виды иммунитета.** Существует несколько видов иммунитета.

*Видовой иммунитет* передается по наследству. Например, человек не может заразиться определенной инфекцией от животных (чумой).

Следующий вид иммунитета — *приобретенный* (рис. 17).

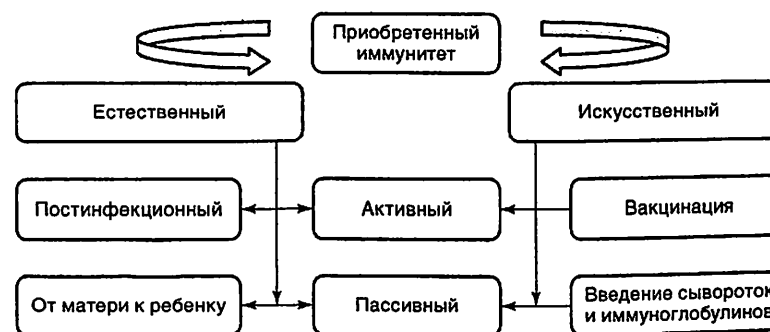


Рис. 17. Виды приобретенного иммунитета

**Особенности иммунитета у детей.** Иммунная система человека начинает свое формирование до рождения ребенка. Ее место и масштабы влияния на здоровье генетически запрограммированы. От рождения до завершения периода полового созревания, шаг за шагом, формируются структура и функции иммунной системы.

В физиологии становления иммунитета растущего организма различают пять критических периодов его развития:

- первый — приходится на возраст до 28 дней жизни;
- второй — до 4–6 мес;
- третий — до 2 лет;
- четвертый — до 4–6 лет;
- пятый — до 12–15 лет.

**Первый критический период** — в течение первых 28 дней жизни ребенка. Если беременность и роды прошли гладко, то ребенок на 3 мес надежно защищен от кори, столбняка, коклюша, менингита, скарлатины и других болезней (при условии, что мать или переболела этими заболеваниями, или вакцинировалась от них). В этот же период очень высока чувствительность ребенка к вирусным инфекциям, против которых он не защищен материнскими антителами.

**Второй критический период** в возрасте 4–6 мес обусловлен разрушением материнских антител. В этот период особенно важно начать вак-

цинацию с последующей ревакцинацией для формирования активного иммунитета против определенных видов инфекций. В этом возрасте дети особенно подвержены воспалительным процессам органов дыхания и кишечным инфекциям, нарастает частота пищевой аллергии.

*Третий критический период* приходится на возраст 2 лет. Это связано с активным познанием мира ребенка. В этот период у ребенка могут проявиться различные врожденные аномалии и атопический диатез.

*Четвертый критический период* — в возрасте 4–6 лет. Характеризуется уже накопленным активным иммунитетом, который сформировался под воздействием вакцинации и перенесенных вирусных и инфекционных заболеваний.

*Пятый критический период* — в возрасте 12–15 лет. Происходит на фоне бурной гормональной перестройки для девочек 12–13 лет, для мальчиков 14–15 лет. На фоне повышенной секреции половых гормонов уменьшается объем лимфоидных органов, что делает подростка легкой «мишенью» для различного рода инфекционных заболеваний.

**Профилактические прививки** — введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

**Медицинские иммунобиологические препараты** — вакцины, анатоксины, иммуноглобулины и прочие лекарственные средства, предназначенные для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

В настоящее время одним из ведущих методов иммунопрофилактики заболеваний является вакцинация.

Активная иммунизация (вакцинация) — наиболее надежное и проверенное средство снижения инфекционной заболеваемости, инвалидизации и смертности от инфекционной патологии. По мнению экспертов ВОЗ, вакцинация и чистая питьевая вода — единственные доказанные меры, реально влияющие на общественное здоровье. Для создания активного иммунитета в организм вводят вакцины или анатоксины.

Вакцины содержат убитых либо живых, но ослабленных, не вызывающих заболевания возбудителей болезней, в ответ на введение которых в организме вырабатываются специфические защитные вещества, называемые антителами.

Анатоксины получают, обезвреживая микробные токсины (яды) формалином. При этом токсин утрачивает свою ядовитость, но сохраняет способность вызывать иммунитет. Учитывая критические периоды становления иммунной защиты ребенка, начало вакцинации связывают со вторым периодом, когда пассивно переданные матерью антитела начинают разрушаться (от 2 до 6 мес — 1 года).

Активный иммунитет возникает через 1–3 нед после завершения иммунизации и сохраняется в течение 5–10 лет у привитых против кори, дифтерии, столбняка, полиомиелита или в течение нескольких месяцев у привитых против гриппа, брюшного тифа. Однако при своевременной ревакцинации (повторные прививки в различные сроки после окончания вакцинации) он может сохраняться всю жизнь. Учитывая способность организма человека вырабатывать иммунитет одновременно к нескольким инфекционным болезням, широко используют комплексные прививочные препараты, представляющие смесь нескольких вакцин и анатоксинов. Прививки в целях получения активного иммунитета проводят в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям. Плановые прививки, помимо входящих в Национальный календарь прививок, проводят в ряде случаев населению на территории природных очагов туляремии, клещевого энцефалита и др. Прививки по эпидемиологическим показаниям делают населению при опасности возникновения эпидемии какого-либо заболевания.

Для создания пассивного иммунитета в организм человека вводят иммунные сыворотки или гамма-глобулины (прививочные препараты, содержащие готовые защитные антитела). Такие прививки проводят в тех случаях, когда нужно быстро повысить защитные функции организма, создать временную невосприимчивость к тому или иному инфекционному заболеванию или ослабить тяжесть течения начавшейся болезни. Иммунные сыворотки и гамма-глобулины обычно используют для защиты людей, бывших в контакте с заразными болезнями. В противоположность другим профилактическим мерам прививка не должна и не может укрепить здоровье человека. Прививки оправданы, только когда нужно отвести опасность от одного человека или от целой группы населения.

#### **Принципы вакцинопрофилактики:**

- доступность, бесплатность;
- информированность, добровольность в одних и обязательность в других случаях, предусмотренных законами РФ;
- соблюдение конституционных прав и обязанностей граждан при проведении прививок;
- своевременность, эффективность и безопасность.

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ**

**Право** — один из видов регуляции общественных отношений; это совокупность установленных государством норм поведения, соблюдение которых обеспечивается мерами государственного воздействия.

Гарантии государства, права и обязанности граждан в вопросах осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются рядом законов и подзаконными актами, а также санитарными правилами и многочисленными методическими указаниями, среди которых:

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (в ред. от 21.12.2013). Статьи Закона отражают медицинские, социальные и этические аспекты вакцинопрофилактики. Предусмотрена бесплатная иммунизация вакцинами, включенными в национальный календарь прививок. В Законе указано, что прививки проводят на добровольной основе с согласия родителей. Возможен и отказ от вакцинации, который оформляется письменно. В Законе предусмотрена социальная защита граждан в случаях тяжелых поствакцинальных осложнений, что подтверждено последующим постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 № 1013.
3. Федеральный закон от 25.11.2013 № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).
4. СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортировки и хранения медицинских иммунологических препаратов» (в ред. от 18.02.2008).
5. СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации».
6. СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики».
7. СанПиН 2.1.3.2630-10 от 18.05.2010 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
8. СП 31.5.2826-10 от 11.01.2011 «Профилактика ВИЧ-инфекции».
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям».
10. Инструкции по составлению государственной статистической отчетности по форме № 5 «Отчет о профилактических прививках» по форме № 6 «О контингенте детей, подростков, взрослых, привитых против инфекционных заболеваний».
11. МУ 3.3.1889-04. «Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания. Методика».

12. МУ 3.3.1891-04 «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».
13. МУ 3.3.2. 2437-09 «Применение термоиндикаторов для контроля температурного режима хранения и транспортировки медицинских иммунологических препаратов в системе «Холодовой цепи».
14. МУ 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок».
15. МУ 3.3.2.1761-03 «Порядок уничтожения непригодных к использованию вакцин и анатоксинов».
16. МУ 3.3.2. 112-02 «Организация контроля соблюдения правил хранения и транспортировки медицинских иммунологических препаратов».

Следует помнить, что нормативные документы имеют способность устаревать! Необходимо следить за их актуальностью.

## РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ

Основной объем работы по реализации программы вакцинопрофилактики традиционно выполняется средним медицинским персоналом детских поликлиник и образовательных учреждений. «... К проведению профилактических прививок допускают медицинский персонал, обученный правилам техники проведения прививок, приемам неотложной помощи в случае развития поствакцинальных реакций и осложнений. К проведению иммунизации против туберкулеза допускают медицинский персонал, прошедший соответствующую подготовку и имеющий специальную справку-допуск, ежегодно обновляемую. Медицинские работники, осуществляющие вакцинопрофилактику инфекционных болезней, должны ежегодно проходить обучение по организации и проведению профилактических прививок». Обучение должно быть непрерывным — это важно: постоянно появляются новые вакцины и схемы проведения вакцинации.

На каждого специалиста среднего звена разрабатывается должностная инструкция, в которой регламентированы основные функциональные обязанности, виды ответственности, определяемые местом работы.

Медицинская сестра подразделения поликлиники (участка, здравпункта и др.):

- вызывает на прием пациентов, подлежащих прививке;
- проводит ежегодную сверку обслуживаемого контингента с амбулаторными картами, сведениями картотеки, компьютерной базой данных;

- ведет учет диспансерной группы наблюдения пациентов;
- представляет сведения в прививочный кабинет о выполнении ежемесячного плана, о проведении прививок по эпидемиологическим показаниям;
- учитывает своевременность выполнения назначений врача при подготовке к прививке (обследование, консультация у специалистов, лечение и др.);
- проводит учет организованного и неорганизованного контингента на территории обслуживания поликлиники;
- осуществляет патронаж после иммунизации;
- выполняет информационно-разъяснительную работу с населением по иммунопрофилактике.

Непосредственно в поликлинике прививки выполняет медицинская сестра прививочного кабинета, которая является не только манипулятором, обученным технике проведения вакцинации, методам соблюдения «холодовой цепи», приемам неотложной помощи, но и активным помощником врача в организационной работе (рис. 18).

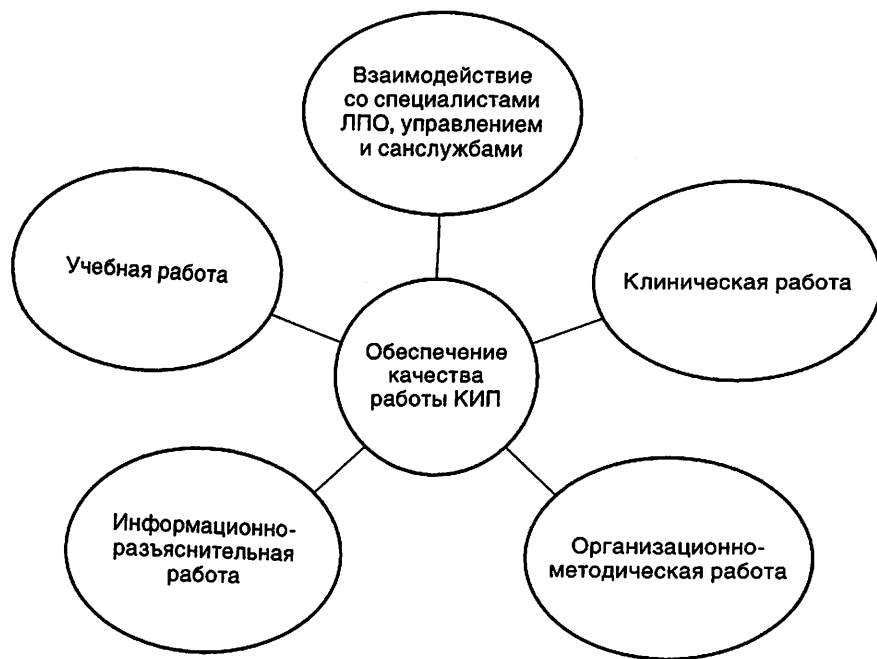


Рис. 18. Организация (структура) работы кабинета иммунопрофилактики

Необходимый объем знаний и умений медицинской сестры прививочного кабинета, детского сада, школы и педиатрического участка, призванных заниматься вопросами вакцинопрофилактики, определен требованиями квалификационных характеристик, отраженных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Основные функции медицинской сестры прививочного кабинета:

- получить от пациента направление врача с указанием вида прививки, дозы, названия препарата и др.;
- выполнить правила асептики и антисептики, регламентированные для парентеральных процедур;
- сверить маркировку на ампуле с назначением врача, оценить визуально физические свойства препарата;
- использовать для прививки только одноразовые шприцы, иглы, соблюдая дозу, метод и место введения, предусмотренные наставлением к медицинским иммунобиологическим препаратам;
- сделать запись о проведенной прививке во всех учетных формах с указанием всех необходимых сведений;
- провести обеззараживание использованного материала (шприцы, вата, иглы, ампулы и др.);
- соблюдать режим хранения медицинских иммунобиологических препаратов, вести учет их движения в прививочном кабинете, составлять отчеты о выполненных прививках, таблицы, списки и другие аналитические материалы по заданию врача-иммунолога;
- информировать пациентов о сделанной прививке, необходимости обращения за медицинской помощью при возможных реакциях на нее;
- наблюдать за привитыми пациентами в течение 30 мин около прививочного кабинета и оказывать первичную доврачебную медицинскую помощь в случае развития немедленных (сильных) реакций;
- строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим в кабинете.
- Нередко медицинскую сестру кабинета иммунопрофилактики заменяют участковые сестры, которые в таком случае должны в совершенстве владеть всеми перечисленными выше требованиями.

## ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРИВИВОК

Организация работы по проведению иммунизации базируется:

- 1) на полном и достоверном учете всех детей, проживающих на данной территории на основании переписи, проводимой участковой медицинской сестрой 2 раза в год (весна, осень), учета детей между переписями, постоянно корректируемого, внесении сведений о новорожденных, вновь прибывших и выбывших детей (табл. 5). По окончании переписи списки сверяют с картами профилактических прививок (ф. 063/у), историями развития детей (ф. 112/у) и уточняют расхождения. Карты профилактических прививок на новорожденных и вновь прибывших детей заполняют медицинские сестры участка и передают в прививочную картотеку;
- 2) на наличии медицинской документации на каждого ребенка.

Таблица 5. Учетная документация кабинета иммунопрофилактики

| Учетная форма | Наименование   |
|---------------|--|
| ф. 112/у      | История развития ребенка   |
| ф. 026/у      | Медицинская карта ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение или школу — форма |
| ф. 025-1/у    | Вкладной лист для подростка к медицинской карте амбулаторного больного                 |
| ф. 156/у-93   | Сертификат о профилактических прививках  |
| ф. 63/у       | Карта профилактических прививок  |
| 064/у         | Журнал профилактических прививок   |

Сертификат о профилактических прививках выдается на руки привитого и хранится дома. Запись о проведенной прививке должна содержать следующие сведения: дату, название препарата, дозу, способ введения, серию, контрольный номер, позже делается запись о характере и сроках возникновения общих или местных реакций на прививку либо их отсутствии. Запись в сертификате заверяется подписью врача и его личной печатью. По окончании переписи списки сверяют с картами профилактических прививок (ф. 063/у), историями развития детей (ф. 112/у) и уточняют расхождения. Карты профи-

лактических прививок на новорожденных и вновь прибывших детей заполняют медицинские сестры участка и передают в прививочную картотеку.

За планирование прививок, их проведение, учет, отчетность несут ответственность врач и участковая медицинская сестра, на ФАПЕ — фельдшер.

В настоящее время при планировании прививок используются специальные компьютерные программы.

Отбор детей на прививку проводит педиатр или фельдшер. При необходимости к этой работе могут быть привлечены другие специалисты: невролог, иммунолог, кардиолог, аллерголог, эндокринолог, инфекционист, которые могут дать рекомендации о целесообразности той или иной прививки и индивидуальных сроках их проведения, в отдельных случаях осуществляется лабораторное обследование. В некоторых случаях перед проведением прививки требуется специальная подготовка (соблюдение гипоаллергенной диеты, прием медикаментозных препаратов), которую назначает врач. О проведении прививки родители (опекуны) должны получить уведомление и дать согласие на ее проведение.

Следование принципам вакцинопрофилактики — это не только требования должностной инструкции, соблюдение конституционных прав и обязанностей граждан при проведении прививок, безукоризненное владение техникой введения вакцины и умение общаться с родителями и детьми разного возраста. Это еще и большая организационная работа: удобное расположение кабинетов и сокращение сроков оформления документов, гибкий график работы прививочного кабинета с учетом минимальной длительности ожидания, перераспределение обязанностей сотрудников при проведении массовой иммунизации, соблюдение врачебной тайны, возможность платной услуги и пр. Медицинским сестрам следует придавать большее значение своему внешнему виду, интерьеру помещений, соблюдению чистоты, порядка и гигиенических требований на всех этапах иммунизации пациентов, что тоже способствует более полному охвату прививками.

Наиболее часто встречаемые проблемы пациента, родителей и медицинских сестер, участвующих в вакцинопрофилактике, представлены в табл. 6.

**Таблица 6.** Проблемы пациентов и медицинских сестер при подготовке ребенка к плановой вакцинации

| Проблема пациента и сестры             | Цель   | Сестринские действия   | Критерии оценки  |
|--|--|--|--|
| Отказ родителей от прививки            | Убедиться в объективности доводов родителей. Уважать решение родителей | Провести беседу (в пределах компетенции):<br>– выяснить причину отказа;<br>– попытаться убедить или переубедить.<br>Направить к врачу в случае неудачи.<br>Зафиксировать отказ от прививки в письменной форме            | Согласие на прививку или отказ в письменной форме  |
| Дефицит знаний о подготовке к прививке | Пациент (мама) получит необходимую информацию                          | Сообщить:<br>– о дате и времени проведения прививки, правилах посещения прививочного кабинета;<br>– подготовке ребенка и последующем наблюдении;<br>– возможных реакциях и осложнениях, действиях в случае необходимости | Пациент (мама) демонстрирует знания и выражает желание следовать полученным рекомендациям  |
| Риск осложнений                        | Максимальное снижение риска осложнений вакцинации                      | Следить за правилами хранения и сроком годности вакцин.<br>Убедиться в наличии направлений, отсутствии противопоказаний к прививке, провести опрос, осмотр, измерение температуры тела                                   | Регистрация температуры хранения вакцин в журнале 2 раза в сутки.<br>Ребенок подготовлен к проведению вакцинации, о чем свидетельствует его состояние и температура тела, заполненная документация |

Важнейшее условие эффективности иммунизации — максимальный охват прививками детей, проживающих на участке. Исследования показывают, что наиболее частой мотивацией отказа от прививок являются:

- убеждение, что не существует риска заразиться инфекцией, против которой проводится прививка;
- уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций;
- мнение, что лучше переболеть;
- боязнь осложнений после прививки;

- недоверие к официальной, «традиционной» медицине;
- религиозные взгляды.

Для того чтобы пациенты убедились в необходимости вакцинации, они должны иметь полную непротиворечивую фактическую информацию о заболеваниях, против которых проводится прививка, и о вакцине. Влияние медицинского работника (врача и медицинской сестры) будет более успешным, если он признает существование риска, прислушается к опасениям пациента. Считают, что при принятии решения пациент проходит этапы от информированности к осознанию необходимости вакцинации и проведению полного комплекса прививок. Помочь пациенту разрешить свои сомнения, уменьшить неоправданный страх перед вакцинацией, прийти к совместному, положительному решению помогает доверительное отношение пациента (его родителей) как к врачам, так и к медицинским сестрам.

## ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Выдержка из методических указаний МУ 3.3.1889-04.

«11. Оформление отказа от проведения профилактических прививок.

11.1. В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» граждане имеют право на отказ от профилактических прививок и в случае отказа от профилактической прививки обязаны подтвердить его в письменной форме.

11.2. Медицинский работник лечебно-профилактической организации, обслуживающей детское население, обязан в случае отказа от иммунизации предупредить родителей ребенка о возможных последствиях:

- об отказе в приеме ребенка в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- о запрете на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РФ требует конкретных профилактических прививок.

11.3. Участковый терапевт или врач подросткового кабинета обязан предупредить гражданина (подростка, взрослого) о следующих последствиях отказа от профилактических прививок:

- об отказе в приеме на работы или отстранение от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями;
- о запрете на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РФ требует конкретных профилактических прививок.

11.4. Отказ от проведения прививок оформляют письменно. С этой целью медицинский работник лечебно-профилактической организации делает соответствующую запись (с обязательной отметкой предупреждения о последствиях) в медицинских документах: в истории развития ребенка (ф. 112/у) или истории развития новорожденного (ф. 097/у); в медицинской карте ребенка (ф. 026/у); в медицинской карте амбулаторного больного (ф. 025-87). Граждане, родители или иные законные представители несовершеннолетних обязаны поставить свою подпись в документе об отказе от профилактической прививки».

Активная иммунизация детей проводится согласно национальному календарю профилактических прививок (приказ Минздравсоцразвития России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»). Каждая страна пользуется своим национальным календарем профилактических прививок, который предусматривает проведение плановой массовой вакцинации. Национальный календарь профилактических прививок — нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения детям профилактических прививок (см. Приложение 1).

Национальный календарь профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

**Туберкулинодиагностика (один из видов массовой иммунодиагностики туберкулеза)** — внутрикожная аллергическая проба с туберкулином (проба Манту), проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб.

С 2014 г. массовая иммунодиагностика в условиях медицинских организаций общей лечебной сети, обеспечивающая скрининг детского населения на туберкулез в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения

туберкулеза органов дыхания», проводится как с использованием аллергена туберкулезного очищенного жидкого в стандартном разведении (очищенный туберкулин), так и с использованием аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении (так называемый Диаскин-тест).

## ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ

1. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ.
2. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 № 60) устанавливают требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических), дезинфекционных мероприятий, полное и своевременное проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения. Глава V СП 3.1.2.3114-13 посвящена организации раннего выявления туберкулеза у детей.

В целях раннего выявления туберкулеза у детей туберкулинодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб.

Проба Манту проводится 2 раза в год:

- детям, не вакцинированным против туберкулеза по медицинским противопоказаниям, а также не привитым против туберкулеза по причине отказа родителей от иммунизации ребенка, до получения ребенком прививки против туберкулеза;
- детям, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания и почек, сахарным диабетом, язвенной болезнью;
- детям, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;
- ВИЧ-инфицированным детям.

Постановка пробы Манту осуществляется средними медицинскими работниками детских, подростковых, амбулаторно-поликлинических и оздоровительных организаций, прошедших обучение в противотубер-

кулезных медицинских организациях и имеющих справку-допуск. Средние медицинские работники детских, подростковых, амбулаторно-поликлинических и оздоровительных организаций проходят обучение в противотуберкулезных медицинских организациях не реже 1 раза в 2 года.

Не допускается проведение пробы Манту на дому, а также в детских и подростковых организациях в период карантина по инфекционным заболеваниям!!! Постановка проб Манту проводится до профилактических прививок. Интервал между профилактической прививкой, биологической диагностической пробой и пробой Манту должен быть не менее 1 мес. В день постановки туберкулиновых проб проводится врачебный осмотр детей.

## РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ежегодный охват пробой Манту детей до 14 лет включительно должен составлять не менее 95%. Обеспечение охвата пробой Манту — это совместная работа среднего медицинского персонала детских поликлиник и образовательных учреждений.

В обязательном порядке обследованию подлежат дети из социально неблагополучных семей и проживающие на территории РФ дети иностранных граждан, прибывшие из неблагополучных по туберкулезу стран.

Реакция на пробу Манту может быть:

- отрицательной — при наличии только уколочной реакции (0–1 мм);
- сомнительной — при наличии инфильтрата (папулы) 2–4 мм или гиперемии любого размера без инфильтрата;
- положительной — при наличии инфильтрата (папулы) 5 мм и более.

В течение 6 дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию в противотуберкулезный диспансер по месту жительства следующие категории детей:

- с впервые выявленной положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- с длительно сохраняющейся (4 года) реакцией (с инфильтратом 12 мм и более);

- с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулоположительных детей — увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
- увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- с гиперреакцией на туберкулин — инфильтрат 17 мм и более;
- при везикулонекротической реакции и лимфангите.

Дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не представили в течение 1 мес с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются в детские организации.

Планирование, организация, своевременный и полный учет проведенных проб Манту (проводимых в целях раннего выявления туберкулеза и иммунизации против туберкулеза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими противотуберкулезными организациями по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дообследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, — важная задача совместной работы медицинской сестры и врача.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ГРАЖДАН И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ

Согласно п. 1.3 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», их соблюдение является обязательным для физических и юридических лиц.

Пункт 5.7 Правил предусматривает, что дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

Установленное Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (п. 5.7) требование о допуске детей, туберкулинодиагностика которым не проводилась, в детскую организацию при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания направлено на предупреждение возникновения, распространения туберкулеза, а также соблюдение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

С этой информацией медицинские работники должны ознакомить законных представителей несовершеннолетних при их отказе от проведения туберкулинодиагностики ребенку.



## ХАРАКТЕРИСТИКА ВАКЦИН ПРИВИВОЧНОГО КАЛЕНДАРЯ

**Вакцины** — это биологические препараты, предназначенные для создания иммунитета (невосприимчивости) к возбудителям инфекционных болезней. Их готовят из живых, лишенных болезнетворных свойств микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности.

**Живые вакцины:** вакцина для профилактики туберкулеза [Вакцина туберкулезная (БЦЖ)\*], вакцина для профилактики кори (Вакцина коревая культуральная живая\*), вакцина для профилактики паротита (Вакцина паротитная культуральная живая сухая\*), полиомиелитная вакцина Сэйбина. Готовят их из ослабленных микроорганизмов, которые могут размножиться в организме привитого, но не вызывают заболевание, а лишь стимулируют выработку защитных белков антител. Живые вакцины создают длительный и прочный иммунитет. В связи с тем, что вакцины изготовлены на основе живых микроорганизмов, следует соблюдать ряд требований для сохранения их жизнеспособности: не подвергать воздействию повышенной температуры и следить, чтобы препарат не соприкасался с дезинфицирующими веществами (после обработки кожи спиртом вакцину необходимо наносить после его испарения, не обрабатывать кожу после введения препарата). У большинства прививка протекает бессимптомно.

**Инактивированные вакцины:** вакцина для профилактики коклюша, полиомиелитная Солка. Готовят из вирулентных штаммов бактерий и вирусов, обладающих набором необходимых антигенов. При их обработке спиртом, ацетоном, формалином или при нагревании структура антигенов почти не повреждается и в то же время достигается их полная инактивация. Поскольку эффективность их ниже, чем у живых вакцин, для создания длительной защиты требуется неоднократное введение препарата.

**Рекомбинантные вакцины** (вакцина для профилактики вирусного гепатита В [Вакцина гепатита В рекомбинантная (рДНК)\*) получены путем встраивания генного материала одного микроорганизма в другой (в генетический аппарат неболезнетворного вируса встраивают участок дезоксирибонуклеиновой кислоты болезнетворного вируса). Такие вакцины дают напряженный иммунитет.

**Анатоксины** (дифтерийный, столбнячный) содержат инактивированный токсин, вырабатываемый микробом-возбудителем. Стимулируют образование антитоксичного иммунитета, который уступает иммунитету после введения живых вакцин. Антитоксический иммунитет не

дает гарантий, что привитый человек не станет носителем бактерий. Если анатоксин не полностью инактивирован при производстве, при его введении могут возникнуть признаки, характерные для данного заболевания.

**Комбинированные вакцины:** вакцина для профилактики дифтерии, столбняка и коклюша (Вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая (АКДС-вакцина)\*), вакцина для профилактики кори, краснухи и паротита, вакцина для профилактики полиомиелита: живая и инактивированная.

Контроль за качеством вакцин в нашей стране осуществляет Государственный научно-исследовательский институт стандартизации и контроля медицинских препаратов им. Л.А. Тарасевича.

В настоящее время в арсенале практической медицины имеется большой перечень вакцинных препаратов. В России зарегистрировано более 100 наименований вакцин, число их увеличивается с каждым годом. При использовании зарубежных медицинских иммунобиологических препаратов дополнительно требуются:

- сертификат соответствия;
- регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения РФ;
- наставление (инструкция) на русском языке.

Выбор вакцины для тех или иных целей должен осуществляться на основе критериев доказательной медицины, среди которых основными являются: доказанная эпидемиологическая эффективность и безопасность применения, продолжительность периода применения и количество примененных доз, а также экономичность. Критерии качества вакцины (табл. 7):

- иммуногенность;
- безвредность;
- стерильность.

Таблица 7. Влияние типа вакцины на ее характеристики

| Характеристика       | Живые вакцины | Инактивированные вакцины | Химические анатоксины |
|----------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|
| Иммуногенность       | +++           | +                        | ++                    |
| Реактогенность       | ++            | +++                      | ++                    |
| Температура хранения | <0 °С         | +                        | -                     |
|                      | >8 °С         | -                        | -/+                   |
| Кратность введения   | 1             | 3                        | 2                     |

Прививки обязаны проводить только в лечебном учреждении (прививочном кабинете) с использованием одноразовых шприцев, игл, с обязательным выполнением всех принципов иммунопрофилактики.

Для обеспечения эффективной реализации Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», высокого качества медицинских иммунобиологических препаратов, безопасности и эффективности их применения создана система «холодовой цепи».

«Холодовая цепь» — это бесперебойно функционирующая система, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки вакцин на всех этапах их следования от предприятия-изготовителя до вакцинируемого. Требования по соблюдению «холодовой цепи» регламентированы Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Федеральными санитарно-эпидемиологическими правилами, «Условиями транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов».

Выделяют 4 уровня «холодовой цепи». Медицинская сестра прививочного кабинета обеспечивает 4-й первичный уровень соблюдения «холодовой цепи», уровень медицинской организации. При транспортировке вакцин используются термоконтейнеры с термоиндикаторами для строгого контроля температурного режима. В медицинской организации вакцины и растворители хранятся в холодильнике. Руководитель медицинской организации утверждает план экстренных мероприятий на случай возникновения проблем с «холодовой цепью».

Даже при наличии высококачественного и современного оборудования «холодовая цепь» окажется неэффективной, если медицинский персонал будет неправильно обращаться с вакциной и имеющимся оснащением.

При производстве, хранении и применении вакцин и анатоксинов возникает потребность уничтожения части препаратов, не пригодных к применению:

- истекший срок годности;
- нарушение режима «холодовой цепи»;
- нарушение целостности ампул (флаконов);
- наличие ампул (флаконов) с неясной или стертой маркировкой;
- изменение внешних свойств, не обозначенных в инструкции (наличие хлопьев, инородных предметов, изменение цветности, прозрачности);
- забракованные серии;
- остатки препаратов во вскрытых ампулах и флаконах после проведения профилактических прививок.

## СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИН

В соответствии с инструктивными документами для каждой вакцины имеется свой предпочтительный способ применения (табл. 8).

Таблица 8. Способы применения вакцин

| Способ                  | Наименование вакцины  |
|-------------------------|---|
| Внутримышечный          | Вакцина для профилактики дифтерии, столбняка и коклюша, вакцина для профилактики дифтерии и столбняка АДС-М   |
|                         | Вакцина для профилактики вирусного гепатита В   |
|                         | Вакцина для профилактики бешенства (Вакцина антирабическая культуральная концентрированная очищенная инактивированная сухая)<br>Вакцина для профилактики менингококковых инфекций |
| Подкожный               | Вакцина для профилактики брюшного тифа  |
|                         | Вакцина для профилактики кори   |
|                         | Вакцина для профилактики краснухи живая   |
|                         | Вакцина для профилактики лептоспироза   |
|                         | Вакцина для профилактики паротита<br>Вакцина для профилактики холеры  |
| Внутрикожный            | Вакцина для профилактики туберкулеза  |
| Накожный                | Вакцина для профилактики чумы   |
|                         | Вакцина для профилактики туляремии  |
|                         | Вакцина для профилактики сибирской язвы<br>Вакцина для профилактики бруцеллеза  |
| Пероральный (через рот) | Вакцина для профилактики полиомиелита<br>Вакцина для профилактики холеры  |
| Интраназальный          | Вакцина для профилактики гриппа   |

Некоторые виды вакцин могут вводить как внутримышечно, так и подкожно — АДС-М, брюшнотифозная; или подкожно и накожно — бруцеллезная, чумная, гриппозная.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ЭКСПЕРТОВ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВВЕДЕНИЮ ВАКЦИН

Все инъекционные вакцины лучше вводить внутримышечно, причем не в ягодичу (можно попасть в седалищный нерв или в подкожную жировую клетчатку). Мышцы гораздо лучше снабжаются кровью, вакцина лучше всасывается, сила иммунного ответа больше. У детей до 2 лет наилучшим местом для прививки является переднебоковая поверхность бедра в средней ее трети. Детей старше 2 лет и взрослых лучше всего прививать в дельтовидную мышцу плеча, то самое

мышечное утолщение на плече — укол делается сбоку, под углом 90° к поверхности кожи. При подкожном введении вакцин частота местных реакций (покраснение, уплотнение) будет заведомо выше, а всасывание вакцин и как следствие иммунный ответ могут быть ниже, чем при внутримышечном введении.

Согласно отечественным рекомендациям, основным местом для введения вакцины при внутримышечной инъекции считается верхний наружный квадрант ягодичной мышцы, реже — передненаружная область бедра. По мнению американских педиатров, ягодичная область у маленьких детей состоит в основном из жировой ткани, поэтому она не является подходящим местом для внутримышечных инъекций, пока ребенок не начнет самостоятельно ходить. Кроме того, у маленьких детей при этом способе введения высока опасность повреждения седалищного нерва. Рекомендуемые способы применения вакцин включены в инструкцию, прилагаемую к каждой упаковке вакцины. Вместе с тем при выборе области для инъекции необходимо учитывать количество инъецируемого материала, размер мышц и пожелания родителей.

Медицинская сестра участвует в проведении плановой и экстренной иммунизации детского населения (термометрия перед прививкой, наблюдение за ребенком и рекомендации родителям в поствакцинальном периоде).

Боязнь медицинских процедур — особый фактор, отрицательно влияющий на психику ребенка. Психологическая помощь в этом случае нужна и болеющим, и практически здоровым детям. Профилактические прививки — один из таких примеров, когда дети нуждаются в психологической коррекции страха. Часто они очень болезненно реагируют не только на сами медицинские процедуры, но и на ожидание начала этих процедур, на приближение к ним людей в белых халатах. Дети плачут, отказываются от контакта с медицинскими работниками и т.д. Конечно, при таких обстоятельствах не приходится говорить о продуктивном общении с ребенком. Он либо замыкается в себе, в своем «ситуативном горе-страхе», либо демонстрирует явные признаки агрессивности. Рассчитывать на спокойное, хотя бы нейтральное отношение ребенка к вакцинации можно в среднем только с 6–7-летнего возраста. Следует помнить, что психологическая подготовка ребенка к прививке должна начинаться как минимум за 30 мин до посещения кабинета! И время подготовки, и форма ее проведения будут зависеть от возраста ребенка.

**Психологический подход — важная часть знаний и опыта медицинских сестер, контактирующих с детьми. Подавление страха у ребенка и у его родителей — одна из главных деонтологических задач.**

Таблица 9. Проблемы пациентов и медицинских сестер на этапе проведения вакцинации в поствакцинальном периоде

| Проблема пациента и сестры | Цель                        | Сестринские действия  | Критерии оценки   |
|----------------------------|-----------------------------|---|---|
| Риск осложнений            | Максимальное снижение риска | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Измерить температуру ребенку.</li> <li>2. Проверить наличие заключения врача о допуске к прививке.</li> <li>3. Сверить наименование препарата на ампуле с назначением врача.</li> <li>4. Проверить маркировку, срок годности медицинских иммунобиологических препаратов, целостность ампулы; визуально оценить качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин), оценки ФТИ.</li> <li>5. Успокоить или помочь родителям успокоить ребенка в случае необходимости.</li> <li>6. Позволить родителям остаться (в зависимости от возраста), взять ребенка на руки.</li> <li>7. Набрать препарат в шприц в присутствии пациента при его готовности.</li> <li>8. Соблюдать технику введения вакцины.</li> <li>9. Убрать своевременно в холодильник ампулу или флакон при многодозовой расфасовке препарата.</li> <li>10. Напомнить родителям, что после проведения прививки следует: — воздержаться от массовых мероприятий, путешествий, физических нагрузок, перегреваний и переохлаждений; — соблюдать рекомендуемый режим; — наблюдать за состоянием ребенка; — обратиться за медицинской помощью в случае сильной или необычной реакции.</li> <li>11. Зафиксировать проведение прививки во всех формах медицинской документации. Заполнить прививочный сертификат и вернуть на хранение родителям.</li> <li>12. Наблюдать (рекомендовать наблюдение) за ребенком в течение 30 мин после парентеральной прививки.</li> <li>13. Оказать неотложную помощь в случае необходимости.</li> <li>14. Запросить информацию или провести патронаж для получения данных о том, как ребенок перенес прививку. Отметить данные в амбулаторной карте</li> </ol> | <p>Поведение и состояние ребенка и требуемой документации</p> <p>Вакцина пригодна к использованию</p> <p>Препарат введен</p> <p>Заполненные учетные формы ф. 112/у, ф. 026/у, ф. 025/у, ф. 156/у-93, журналы</p> <p>Состояние ребенка<br/>Наличие записи в амбулаторной карте</p> |

| Проблема пациента и сестры | Цель                        | Сестринские действия  | Критерии оценки   |
|----------------------------|-----------------------------|---|---|
| Риск инфицирования         | Максимальное снижение риска | 1. Педантично соблюдать асептику при проведении вакцинации и последующей обработке изделий медицинского назначения и поверхностей.<br>2. Дать рекомендации пациентам (родителям):<br>— Следить за температурной реакцией ребенка;<br>— не терять место инъекции;<br>— соблюдать правила гигиены | Отсутствие жалоб, признаков инфицирования в месте введения вакцины, показатели температуры тела |

## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИНЪЕКЦИЙ

- Бактериальные абсцессы, гематомы, периоститы, тканевые некрозы, повреждения седалищного нерва, суставной капсулы, облом иглы и другие могут развиваться при внутримышечном введении вакцин из-за нарушения правил асептики и техники выполнения.
- Холодные абсцессы, некроз при подкожных, внутрикожных и накожных введениях, что может быть связано с нарушением техники введения.
- Возможны обмороки при проведении инъекций у детей школьного возраста, поэтому их введение рекомендуется проводить в положении лежа или сидя.

## ПОСТПРИВИВОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

В ходе многолетнего использования вакцин установлено, что абсолютно безвредных вакцин не существует, так что риск возникновения реакций на прививки есть, хотя и небольшой.

Существует две формы постпрививочной патологии: прививочные реакции и поствакцинальные осложнения, о которых участковая медицинская сестра должна предупредить родителей ребенка.

**Прививочные реакции:** они нестойкие, переносятся легко, проходят сами по себе и не требуют лечения. Прививочные реакции делятся на местные и общие.

Местная реакция развивается непосредственно на месте введения препарата. Проявляется как местная болезненность, отек, гиперемия, инфильтрат, воспаление.

К общим прививочным реакциям относят: повышение температуры тела, общее недомогание, головную боль, боли в суставах, животе, тошноту, рвоту, нарушение сна и т.д.

Температура тела — наиболее объективный показатель общей реакции, именно по степени ее подъема общие реакции делятся на слабые (37–37,5 °С), средние (37,6–38,5 °С) и сильные (свыше 38,5 °С). При повторной вакцинации могут появиться аллергические реакции на вакцину, которые могут возникнуть немедленно или появиться через 1–2 сут после вакцинации. Наличие общей и местной реакции, а также степень их проявления во многом зависят от типа вакцин. Наиболее часто прививочные реакции возникают при введении вакцин АКДС или БЦЖ.

**Поствакцинальные осложнения** — это стойкие патологические изменения в организме, вызванные вакцинацией. Причины их возникновения разные — от непереносимости препарата до ошибок медицинского персонала.

Поствакцинальные осложнения делятся на несколько групп:

- 1-я группа — аллергические осложнения (отек Квинке, анафилактический шок). Данная группа осложнений встречается после повторного введения вакцины;
- 2-я группа — вакциноассоциированные инфекции. Данные осложнения обусловлены остаточной вирулентностью вакцинного штамма или нарушениями в иммунной системе пациента. Как правило, возникают при использовании живых вакцин;
- 3-я группа — неврологические осложнения, возникающие вследствие поражения центральной нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит и др.) или периферической нервной системы (полиневрит, полирадикулоневрит и т.д.).

О любой отрицательной реакции на вакцину педиатр должен немедленно сообщить в соответствующий орган здравоохранения.

**Таблица 10.** Перечень основных осложнений (заболеваний) в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию

| Клинические формы осложнений   | Вакцины  | Сроки развития после прививки                           |
|--|--|---|
| Анафилактический шок   | Все, кроме БЦЖ и ОПВ   | До 24 ч   |
| Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек — отек Квинке, синдром Стивенса Джонсона, синдром Лайела и др.) | - « -  | До 5 дней   |
| Сывороточная болезнь   | - « -  | До 15 дней  |
| Энцефалит  | АКДС, АДС, коревая вакцина   | До 3 дней<br>5–15 дней                                  |
| Другие поражения центральной нервной системы с генерализованными или локальными проявлениями: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит     | АКДС, АДС, коревая вакцина, паротитная вакцина, инактивированные вакцины | От 3 до 7 дней<br>5–15 дней<br>10–40 дней<br>До 30 дней |
| Резидуальные судорожные состояния: афебрильные судороги (появившиеся после прививки), повторившиеся в течение первых 12 мес после прививки             | АКДС, АДС<br>Коревая, паротитная, краснушная вакцины                     | До 3 дней<br>5–15 дней                                  |

Окончание табл. 10

| Клинические формы осложнений   | Вакцины              | Сроки развития после прививки |
|--|----------------------|-------------------------------|
| Вакциноассоциированный полиомиелит у привитого здорового, у контактировавшего с привитым                 | ОПВ                  | 5–30 дней<br>60 дней          |
| Миокардит, тромбоцитопеническая пурпура, нефрит, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, коллагенозы     | Все, кроме ОПВ и БЦЖ | До 30 дней                    |
| Абсцесс в месте введения   | Все                  | До 7 дней                     |
| Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие связь с прививкой                             | Все                  | До 30 дней                    |
| Лимфаденит, в том числе регионарный, келоидный рубец, остеит и другие генерализованные формы заболевания | БЦЖ, БЦЖ-М           | В течение года                |

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ

Медицинские отводы от проведения профилактических прививок должны быть строго обоснованы (табл. 11).

**Таблица 11.** Противопоказания к вакцинации

| Вакцины  | Противопоказания  |
|--|---|
| Все вакцины  | Сильная реакция или осложнения на предыдущее введение вакцины                                     |
| Все живые вакцины  | Первичное иммунодефицитное состояние, иммуносупрессия, злокачественные новообразования            |
| БЦЖ  | Недоношенность (масса тела ребенка <2000 г), прогрессирующие заболевания нервной системы          |
| ОПВ, АДС, АДС-М  | Абсолютных противопоказаний нет   |
| АКДС   | Прогрессирующие заболевания нервной системы, судороги в анамнезе                                  |
| Вакцина для профилактики вирусного гепатита В  | Аллергическая реакция на пекарские дрожжи   |
| Вакцина для профилактики кори.<br>Вакцина для профилактики паротита.<br>Вакцина для профилактики краснухи.<br>Вакцина для профилактики кори, краснухи и паротита | Тяжелые формы аллергических реакций на аминокликозиды (группа антибиотиков) и белки куриного яйца |

Сильной реакцией являются повышение температуры тела выше 40 °С, в месте введения вакцины — отек, гиперемия диаметром больше 8 см.

В настоящее время в действующих нормативных документах выделяют три группы противопоказаний к вакцинации.

- Первая группа — постоянные противопоказания
  - Тяжелая реакция на предыдущую дозу.
  - Иммунодефицит первичный, ВИЧ-инфекция.
  - Судороги.
  - Тяжелые формы аллергических заболеваний (анафилактический шок, рецидивирующий отек Квинке, сывороточная болезнь).
  - Злокачественные болезни крови, новообразования.
  - Аллергические реакции на аминокликозиды.
  - Анафилаксия на куриный белок (импортные вакцины).
- Вторая группа — относительные (временные противопоказания)
  - Острые фебрильные судороги.
  - Хронические заболевания в стадии обострения.
  - Недоношенность (масса тела <2000 г), внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь новорожденных и т.д.).
  - После введения иммуноглобулина, препаратов плазмы крови.
  - Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2–4 нед после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии.
  - При нетяжелых острых респираторных вирусных инфекциях, острых кишечных заболеваниях прививки проводятся сразу после нормализации температуры тела.
- Третья группа — ложные
  - Стабильные органические поражения нервной системы различного происхождения.
  - Врожденные пороки развития в стадии компенсации.
  - Аллергические заболевания и проявления в неявно выраженном состоянии.
  - Непрогрессирующая перинатальная энцефалопатия.
  - Рахит.
  - Умеренная анемия.
  - Тимомегалия.
  - Дисбактериоз, выявленный лабораторно без клинических проявлений.

Такие состояния, как перинатальная энцефалопатия, астма, экзема, анемия, врожденные пороки развития, увеличение тени вилочковой железы, период реконвалесценции после перенесенного сепсиса, пневмонии, гемолитической желтухи, сами по себе не являются противопоказаниями к проведению вакцинации, а ведут лишь к ее отсрочке.

Детей с аллергией вакцинируют в ремиссии (полной или частичной), при необходимости на фоне антигистаминных препаратов (за 1–2 дня до и 3–5 дней после прививки). Больным бронхиальной астмой врач может посоветовать на 1/3 увеличить дозу лекарств базисной терапии. У детей с неврологической патологией врач должен исключить ее прогрессирующий характер, после чего вакцинация проводится по обычной схеме на фоне базисной терапии. Введение плазмы, крови, иммуноглобулина требует отсрочки вакцинации живыми вакцинами от 3 до 12 мес.

В каждом конкретном случае вопрос о допуске ребенка к вакцинации должен решать только врач.

Еще 10 лет назад считалось не нужным сообщать родителям о возможных негативных реакциях организма ребенка на проведение прививки. Сейчас эта информация открытая. Родители по-разному относятся к таким знаниям: одни отказываются от прививок, другие более чутко относятся к выбору вакцин и их введению, третьи просто учитывают вероятность возникновения побочных реакций. Последнее слово остается за родителями, им думать и решать — не перекладывать всю ответственность на врачей! И здесь медицинская сестра не должна остаться в стороне. Неплохо вспомнить, что на число патологических реакций влияет и тип вакцины (живая или инактивируемая), и включения в ее состав, а также способ введения. Безусловно, именно врач назначает прививку с учетом наличия или отсутствия противопоказаний. Он же несет ответственность за возникновение незапланированных осложнений, но только в том случае, если он направил малыша в прививочный кабинет, не обратив внимания на признаки болезни: увеличение лимфатических узлов, покраснение горла, повышение температуры тела.

Однако в промежутке между назначением вакцины и ее введением предстоят контакты с участковой сестрой, сестрой-вакцинатором, где еще можно перепроверить, уточнить, определить, выявить возможные реакции, противопоказания или их отсутствие к вакцинации. Следует объяснить родителям, что не стоит пугаться, если после прививки АКДС у ребенка повысилась температура тела, появились покраснение и уплотнение в месте укола. Вакцина для профилактики полиомиелита часто вызывает у детей расстройства кишечника и дисбактериоз.

Вакцина для профилактики кори вызывает повышение температуры тела и насморк, возможна даже сыпь. Следует учитывать, что никакие осложнения после прививок у братьев и сестер ребенка в расчет не берутся, т.е. у него побочных эффектов может и не возникнуть. Однако логично ожидать аллергическую реакцию у четвертого малыша в семье, если у всех предыдущих детей в раннем возрасте какая-либо вакцина вызвала похожие реакции. В случае нарушения техники проведения прививки как манипуляции ответственность несет только медицинская сестра, ее проводившая.

Виновность сотрудников медицинских учреждений определяет медицинская комиссия. Законом РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» в таких случаях предусмотрены материальные и иные компенсации (бесплатные дополнительные обследования, санаторное лечение, денежные выплаты и др.).

Определение качества иммунопрофилактики в медицинской организации включает:

- анализ выполнения плана профилактических прививок;
- оценку проведения иммунизации по учетно-отчетным документам («документированная привитость»);
- оценку фактической привитости по результатам иммунологического (серологического) мониторинга.

## САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ СОДЕРЖАНИЯ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА

В поликлинике желательно предусмотреть два прививочных кабинета: один для проведения БЦЖ, второй для всех остальных прививок. При отсутствии второго кабинета — на специально выделенном столе, отдельными инструментами, которые используют только для этих целей. Для проведения вакцинации БЦЖ и туберкулиновых проб выделяют определенный день. В прививочном кабинете соблюдают режим уборки, проветривания, обеззараживания ультрафиолетовым облучением.

### ОСНАЩЕНИЕ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА

1. Холодильник для хранения вакцин с маркированными полками с двумя термометрами; хладоэлементы (количество хладоэлементов должно быть не менее указанного в инструкции по применению термоконтейнера или сумки-холодильника, име-

- ющихся в наличии в прививочном кабинете, которые находятся постоянно в морозильном отделении холодильника).
2. Медицинский шкаф для медикаментов и инструментов — 1.
3. Медицинская кушетка — 1.
4. Пеленальный столик — 1.
5. Медицинские столы с маркировкой по видам прививок (не менее трех).
6. Рабочий стол медицинской сестры и хранения документов, инструкций по применению всех медицинских иммунобиологических препаратов — 1.
7. Стул — 1.
8. Бактерицидная лампа.
9. Раковина для мытья рук.
10. Уборочный инвентарь.
11. Термоконтейнер или сумка-холодильник с набором хладоэлементов.
12. Емкость — непрокальваемый контейнер с крышкой для дезинфекции отработанных шприцев, тампонов, использованных вакцин.
13. Шприцы одноразовые (из расчета по числу привитых + 25%), емкостью 1, 2, 5, 10 мл с набором игл.
14. Биксы со стерильным материалом (вата — 1,0 г на инъекцию, бинты, салфетки).
15. Пинцеты — 5.
16. Ножницы — 2.
17. Резиновый жгут — 2.
18. Грелки — 2.
19. Почкообразные лотки — 4.
20. Лейкопластырь, полотенца, пеленки, простыни, одноразовые перчатки.
21. Емкость с дезинфицирующим раствором.

Дезинфекционные мероприятия в детской поликлинике должны быть направлены прежде всего на предупреждение контактно-бытового пути передачи возбудителей инфекционных заболеваний. С этой целью все помещения и предметы в детской поликлинике, с которыми пациенты соприкасаются, необходимо систематически подвергать дезинфекции.

Обязательному обеззараживанию подлежат: пеленальные столы, манежи, игрушки. Пеленальные столы и манежи должны иметь легко моющиеся покрытия и обеззараживаться с применением препаратов в

конце каждой смены при проведении общей уборки. Для этого выделяют специальную емкость и ветошь.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К ИТОГОВОМУ КОНТРОЛЮ (ТЕМЫ 1 И 2)

1. Гестационный возраст доношенного ребенка:
  - 1) 28–30 нед;
  - 2) 32–34 нед;
  - 3) 38–42 нед;
  - 4) 42–44 нед.
2. Патронаж новорожденного ребенка осуществляется медицинской сестрой:
  - 1) 1 раз в неделю;
  - 2) 2 раза в неделю;
  - 3) 1 раз в месяц;
  - 4) 2 раза в месяц.
3. Дошкольный период включает возраст:
  - 1) от 1 года до 3 лет;
  - 2) от 7 до 12 лет;
  - 3) от 3 до 7 лет;
  - 4) от 1 года до 7 лет.
4. Осанка ребенка формируется в возрасте:
  - 1) грудном и раннем;
  - 2) раннем и дошкольном;
  - 3) дошкольном и школьном;
  - 4) пубертатном.
5. Сестринские рекомендации профилактики опрелостей у новорожденного ребенка все, кроме:
  - 1) тщательного подмывания ребенка после акта дефекации с последующим тщательным высушиванием кожи;
  - 2) обработки складок кожи детской присыпкой;
  - 3) обработки складок кожи стерильным растительным маслом;
  - 4) регулярного проведения гигиенических ванн.
6. Температура воздуха в помещении для доношенного новорожденного:
  - 1) 16–17 °С;
  - 2) 18–20 °С;
  - 3) 21–22 °С;
  - 4) 23–24 °С.

7. Температура воздуха в помещении для недоношенного новорожденного:
  - 1) 16–17 °С;
  - 2) 18–20 °С;
  - 3) 21–22 °С;
  - 4) 23–24 °С.
8. Температура гигиенической ванны новорожденному:
  - 1) 18–20 °С;
  - 2) 28–30 °С;
  - 3) 36–38 °С;
  - 4) 40–42 °С.
9. Туалет носовой полости новорожденного при наличии гнойного отделяемого включает все перечисленное, кроме:
  - 1) очищения носовых ходов ватными жгутиками;
  - 2) отсасывания слизи с помощью резинового баллончика;
  - 3) нитрофурал-эпинефриновых, протарговых капель;
  - 4) грудного молока.
10. Диспансерное наблюдение детей раннего возраста с гипотрофией 2-й степени включает:
  - 1) осмотр педиатра, узких специалистов в плановом порядке;
  - 2) антропометрию, клинический анализ крови, мочи, копрограмму, исследование кала на гельминты, простейшие;
  - 3) массаж, гимнастику, ультрафиолетовое облучение, закаливание, коррекцию питания;
  - 4) профилактические прививки.
11. Сестринские рекомендации для 2-месячного ребенка:
  - 1) давать в ручку погремушку;
  - 2) подвешивать над кроваткой игрушки;
  - 3) высаживать в подушки;
  - 4) выкладывать на живот.
12. Диспансерное наблюдение детей с рахитом включает:
  - 1) осмотр педиатром, специалистов по показаниям;
  - 2) анализ крови общий, на кальций и фосфор;
  - 3) рациональное питание, гигиенический режим, закаливание, витамин Д, профилактические прививки;
  - 4) рентгенографию костей.
13. Факторы риска развития анемии у детей раннего возраста:
  - 1) однообразное молочное вскармливание;
  - 2) нарушение кальциевого обмена;
  - 3) недостаток витамина Д;
  - 4) анемия матери во время беременности.



14. Сестринские рекомендации при анемии:
  - 1) полноценное витаминизированное питание;
  - 2) контроль за клиническим анализом крови;
  - 3) контроль за коагулограммой;
  - 4) контроль за приемом препаратов железа.
15. Первая ревакцинация против дифтерии коклюша, столбняка, полиомиелита проводится в возрасте:
  - 1) 12 мес;
  - 2) 18 мес;
  - 3) 20 мес;
  - 4) 24 мес.
16. Болезненное уплотнение и отечность на месте инъекции АКДС — анатоксина у ребенка на следующий день после прививки расценивается как:
  - 1) гипертермическая реакция;
  - 2) местная реакция;
  - 3) общая реакция;
  - 4) инфицирование места инъекции.
17. Вакцину БЦЖ следует использовать после разведения:
  - 1) через 30 мин;
  - 2) через 60 мин;
  - 3) через 15 мин;
  - 4) сразу же.
18. Постоянный медицинский отвод от профилактических прививок оформляется при наличии:
  - 1) острой респираторной вирусной инфекции;
  - 2) хронической пневмонии;
  - 3) прогрессирующих нервных и психических заболеваний;
  - 4) ВИЧ-инфекции.
19. Специфический иммунитет повышается:
  - 1) при закаливании;
  - 2) проведении профилактических прививок;
  - 3) рациональном питании.
20. К вакцинальным препаратам относятся:
  - 1) вакцины живые;
  - 2) вакцины убитые;
  - 3) анатоксины;
  - 4) иммуноглобулины.
21. Биологический препарат, применяемый для создания активного иммунитета:
  - 1) интерферон;
  - 2) бактериофаг;

- 3) вакцина;
- 4) иммуноглобулин.
22. Биологический препарат, применяемый для создания пассивного иммунитета:
  - 1) интерферон;
  - 2) бактериофаг;
  - 3) вакцина;
  - 4) иммуноглобулин.
23. Скрининг-программа — это:
  - 1) учет заболеваемости детей;
  - 2) массовые диагностические тесты;
  - 3) программы по диспансеризации детей;
  - 4) все ответы верны.
24. Скрининг-программа проводится:
  - 1) в один этап;
  - 2) в два этапа;
  - 3) в три этапа;
  - 4) в четыре этапа.
25. Первый этап скрининг-программы проводится:
  - 1) медицинской сестрой;
  - 2) педиатром;
  - 3) врачом-специалистом;
  - 4) педагогом.
26. Лабораторные исследования, необходимые ребенку 3 лет, согласно первому этапу скрининг-программы, все перечисленное, кроме:
  - 1) общего анализа мочи;
  - 2) общего анализа крови;
  - 3) анализа кала на диз. группу;
  - 4) анализа мочи на белок и билирубин.
27. При белой гипертермии у детей применяется все, кроме:
  - 1) жаропонижающих средств;
  - 2) литической смеси;
  - 3) дротаверина (Но-шпы♣);
  - 4) холода на крупные сосуды.
28. Тактика сестринского вмешательства при судорогах:
  - 1) предотвратить прикус языка;
  - 2) применить холод к голове;
  - 3) уложить ребенка на мягкую поверхность;
  - 4) вызвать врача.

29. Тактика сестринского вмешательства при носовом кровотечении:
- 1) наклонить голову ребенка вперед;
  - 2) запрокинуть голову назад;
  - 3) приложить холод на область переносицы;
  - 4) провести переднюю тампонаду носа.
30. Факторы, обуславливающие тяжесть и длительность адаптации:
- 1) возрастная незрелость адаптационных механизмов;
  - 2) отягощенный биологический и социальный анамнез;
  - 3) качество работы с вновь поступившими детьми;
  - 4) наследственность.
31. Щадящее контрастное обливание водой проводится по схеме:
- 1) теплая — холодная — теплая;
  - 2) холодная — теплая — холодная;
  - 3) только теплая;
  - 4) только холодная.
32. Управляемые инфекции средствами иммунопрофилактики — все перечисленное, кроме:
- 1) дифтерии;
  - 2) кори;
  - 3) коклюша;
  - 4) ветряной оспы.
33. Дети для занятий физкультурой подразделяются на группы:
- 1) основная, подготовительная;
  - 2) основная, подготовительная, специальная;
  - 3) подготовительная, специальная;
  - 4) основная, специальная.
34. Срок временных медицинских отводов от профилактических прививок для детей после обострения хронических заболеваний:
- 1) 2 нед;
  - 2) 1 мес;
  - 3) 1,5 мес;
  - 4) 2 мес.
35. Срок временных медицинских отводов от профилактических прививок для детей после острого заболевания:
- 1) 2 нед после выздоровления;
  - 2) 1 мес после выздоровления;
  - 3) 1,5 мес после выздоровления;
  - 4) 2 мес после выздоровления.

36. Перед проведением профилактической прививки проводятся:
- 1) медицинский осмотр, термометрия;
  - 2) медицинский осмотр, термометрия, проведение анализов крови, мочи;
  - 3) медицинский осмотр, термометрия, иммунологическое исследование;
  - 4) медицинский осмотр, термометрия, биохимическое исследование.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

### ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ — ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Рациональное питание ребенка — основа его правильного роста, психомоторного развития, один из существеннейших факторов в профилактике инфекционных, соматических заболеваний, неблагоприятных воздействий окружающей среды, оказывает самое непосредственное влияние на состояние здоровья. Особенностью питания детей всех возрастов является их высокая по сравнению с взрослыми потребность во всех пищевых и биологических компонентах. Организм ребенка интенсивно растет и развивается, дифференцируются ткани, что создает напряжение обменных процессов и увеличивает потребность во всех пищевых веществах.

Пища ребенка должна содержать все необходимые пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, микроэлементы, витамины, воду) в таком количестве, чтобы покрыть пластические и энергетические траты, а по форме и составу должна быть приспособленной к функциональным особенностям пищеварительной системы ребенка. Характер вводимой ребенку пищи в большей или меньшей степени отражается на функциях всех органов, на тоне нервной системы, на гормональном равновесии, на специфической и неспецифической резистентности организма. Организация правильного здорового питания детей и подростков имеет не только медицинское значение как фактор сохранения здоровья конкретного ребенка и его последующего развития, но и большое социальное значение как фактор, определя-

ющий здоровье будущих поколений. Наибольшая скорость прироста массы и длины тела ребенка наблюдается в течение первого года жизни и в подростковом периоде, когда резко увеличиваются темпы роста. Указанные два периода в жизни человека — грудной и подростковый — характеризуются наибольшей потребностью в пищевых веществах и энергии на единицу массы тела.

### ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

#### ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

В настоящее время большинство специалистов без колебаний отдадут свой голос материнскому молоку и натуральному способу его использования. Оно является самой лучшей и полезной пищей для ребенка, обладает уникальными свойствами, содержит более 100 полезных веществ, чего нет ни в одной искусственной смеси. В грудном молоке имеются идеально подходящие ребенку белки, жиры, углеводы, которые легко перевариваются и усваиваются. Грудное вскармливание по многим причинам физиологически и психологически полезнее для ребенка, чем самые лучшие смеси.

В период внутриутробного развития все необходимые пищевые вещества плод получает через плаценту от матери, которая его 9 мес вынашивает и обеспечивает все условия для его развития. После рождения способ питания ребенка изменяется, пищевые вещества ребенок должен получать извне. Однако желудочно-кишечный тракт новорожденного ребенка еще не приспособлен к перевариванию «взрослой» пищи. Для ребенка первого года жизни самым подходящим питанием является материнское молоко. Белок женского молока состоит преимущественно из сывороточных белков (альбуминов, глобулинов), которые легко перевариваются и усваиваются в желудочно-кишечном тракте ребенка грудного возраста. Казеина — грубого, крупного белка — в женском молоке почти в 5 раз меньше, чем в коровьем. Попадая в желудок ребенка, сывороточные белки грудного молока под воздействием соляной кислоты желудочного сока образуют нежные мелкие хлопья, которые легко поддаются расщеплению с помощью пищеварительных ферментов. Белки коровьего молока образуют крупные и более плотные хлопья, которые требуют более длительного переваривания. Белки состоят из аминокислот, которые тоже присутствуют в грудном молоке. Кроме того, там обнаружена небелковая аминокис-

лота таурин — важная для развития головного мозга и сетчатки глаза. К собственно белкам женского молока относятся иммуноглобулины (антитела), лактоферин, защищающий от желудочно-кишечных инфекций, другие сывороточные белки (лактоглобулин, лактальбумин и сывороточный альбумин), человеческий казеин. Последний заметно отличается от казеина коровьего молока, который чаще всего вызывает аллергию. Жиры женского молока, в отличие от коровьего, содержат более высокую концентрацию полиненасыщенных жирных кислот, участвующих в процессах формирования зрительного анализатора и центральной нервной системы, интеллекта ребенка. Более легкое переваривание и усвоение жира грудного молока обусловлено содержанием в нем фермента липазы, расщепляющего жир. Научно доказана роль незаменимых жирных кислот в развитии нейронов. В странах, где шире распространено грудное вскармливание, реже встречается рассеянный склероз — тяжелая неврологическая патология. Углеводы в женском молоке на 90% представлены лактозой. Молочный сахар (лактоза) в нерасщепленном виде поступает в толстую кишку и оказывает пробиотическое действие — стимулирует рост полезных микроорганизмов кишечника (лактобактерии, бифидобактерии). Поэтому дети, находящиеся на грудном вскармливании, гораздо реже болеют кишечными инфекциями. Помимо уникального белкового состава оно содержит большое количество ферментов, микроэлементов, гормонов, благодаря которым обеспечивается гармоничное психофизическое развитие ребенка, повышаются показатели его умственного развития. Женское молоко богато витаминами А, В, С, Д, Е, К, микроэлементами, минеральными веществами. Оптимальное соотношение кальция и фосфора является залогом профилактики рахита и обеспечивает процесс костеобразования.

Научно доказано, что у малышек, находившихся на грудном вскармливании, в последующем реже встречается кариес, чем у детей, получавших искусственные смеси. Возможно, это обусловлено присутствием в материнском молоке фтора и других веществ, например селена.

У сосущих грудь детей выше уровень запасов железа, усвоению которого способствуют высокие дозы витамина С. Воды в молоке больше всего. Она особенно важна для терморегуляции младенца (25% рассеиваемого им тепла теряется за счет испарения влаги его дыхательной системой и кожей). Это означает, что кормящая женщина должна больше пить: не менее 2 л воды ежедневно. Даже в условиях жаркого влажного климата материнское молоко может полностью удовлетворить потребности младенца в живительной влаге.

Наиболее важное свойство грудного молока — формирование и укрепление иммунной системы. Одними из основных компонентов грудного молока, влияющих на формирование иммунитета, служат пребиотики, влияющие на формирование местного иммунитета в кишечнике, и нуклеотиды, влияющие на выработку защитных иммуноглобулинов, повышающих сопротивляемость организма заболеваниям. Известно, что дети, которые длительное время находятся на естественном вскармливании, реже в будущем болеют гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом. Грудное вскармливание снижает риск развития аллергических заболеваний, хронических заболеваний органов пищеварения, способствует правильному развитию челюстно-лицевого скелета и своевременному прорезыванию зубов.

Естественное вскармливание положительно сказывается на состоянии здоровья женщин-матерей. У этих женщин значительно меньше риск развития злокачественных опухолей молочных желез, женских половых органов. Однако главное — при грудном кормлении возникает особая эмоциональная связь между мамой и малышом, они начинают лучше чувствовать и понимать друг друга. Детские психологи обнаружили, что младенцы, сильно привязанные к своим матерям благодаря грудному вскармливанию, становятся психологически независимыми в 2 года, а в 5 лет уже ведут себя вполне самостоятельно. Таким образом, грудное молоко является лучшей пищей для малыша, обеспечивая его всем необходимым для правильного роста и развития, нормального функционирования всех органов и систем.

### ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Способствует более быстрому восстановлению сил после родов.
2. Ускоряет сокращение матки и предупреждает послеродовые кровотечения.
3. Является профилактикой некоторых онкологических заболеваний (молочной железы, яичников).
4. Предупреждает наступление беременности.
5. Способствует более быстрому снижению массы тела и возвращению к цифрам, которые были до беременности.
6. Предупреждает развитие мастита из-за застоя молока.
7. Улучшает минерализацию костей, снижает риск развития остеопороза в будущем.

Грудное вскармливание имеет важное психологическое преимущество, способствуя формированию нежных взаимоотношений между матерью и ребенком.

Состав грудного молока во многом зависит от питания самой кормящей матери.

*Лактация* — сложный физиологический процесс, который предъявляет особые требования к женскому организму. Путем правильной организации питания и полноценного отдыха можно увеличить количество и улучшить состав грудного молока. Кормящей маме целесообразно принимать пищу 5–6 раз в день, за 30 мин до кормления ребенка грудью.

### СОВЕТЫ ПО ПИТАНИЮ КОРМЯЩЕЙ МАМЫ

- Ежедневное разнообразное питание.
- Избегайте диет и препаратов, предназначенных для быстрого снижения массы тела.
- Следует выпивать до 2 л жидкости в день (молоко, компоты, соки).
- Значительную часть рациона должны составлять углеводы, содержащиеся в макаронных изделиях из крупнозерновых злаков, в хлебе, кашах и рисе.
- Ежедневное употребление продуктов, богатых белком: постное мясо, рыба, птица, бобовые, яйца, молочные и кисломолочные продукты.
- Для здорового питания важно употребление жиров, обогащенных ненасыщенными жирными кислотами, — растительное или оливковое масло.
- Пейте предпочтительно фильтрованную или ключевую воду.
- Овощи и фрукты — прекрасный источник многих витаминов, некоторых минералов и фитонутриентов, которые необходимо употреблять не менее 5 раз в день.
- Ежедневное употребление не менее трех видов молочных продуктов для получения достаточного количества кальция, витамина Д и других питательных веществ, необходимых для укрепления костей. Ограничить употребление цельного коровьего молока до 500 мл в день (опасность аллергических реакций).
- Мама должна проявить терпение, твердость духа и принять все необходимые меры для сохранения лактации, если молока сразу после родов недостаточно, поскольку никакие детские смеси не могут его заменить.

- Следует избегать продуктов, вызывающих аллергические реакции (шоколад, крепкий кофе, какао, некоторые фрукты, овощи и ягоды).
- Если у одного из родителей в семейном анамнезе присутствует атопическое заболевание, для предупреждения развития аллергии у ребенка дайте следующие рекомендации:
  - мама должна воздержаться от высокоаллергенной пищи в последний триместр беременности и в период лактации;
  - следует избегать продуктов, вызывающих аллергические реакции (шоколад, крепкий кофе, какао, некоторые фрукты, овощи и ягоды);
  - не вводить прикорм до 6-месячного возраста, при невозможности длительного грудного вскармливания использовать гипоаллергенную искусственную смесь;
  - необходимо ограждать младенца от аллергенов, присутствующих в окружающей среде (перхоть животных, пыль, пыльца, табачный дым).

Таким образом, ни одна самая совершенная искусственная смесь не обладает уникальными свойствами материнского молока и никогда не сможет служить ее полной заменой. Грудное молоко — идеальный продукт, предназначенный самой природой для вскармливания младенца, один из важнейших факторов адаптации новорожденного к новым условиям внеутробного существования.

### ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ГРУДНОГО МОЛОКА

Состав грудного молока непостоянен и зависит:

- от периода лактации;
- режима дня;
- состояния здоровья матери;
- питания матери во время беременности и в период лактации;
- психологического микроклимата в семье.

В первые 3–5 дней после родов из молочных желез выделяется молозиво — очень ценный и полезный продукт для малыша.

*Молозиво* — это особое грудное молоко густого желтоватого цвета, представляющее собой высококалорийный, наиболее полно усваиваемый продукт, богатый белком (5–6%), минеральными солями, жиром. Оно является переходным от внутриутробного питания к кормлению грудным молоком и содержит вещества, активизирующие обмен веществ, ферменты, антитела.

Молозиво содержит ферменты, которые компенсируют временную низкую активность пищеварительных ферментов у новорожденного, а также иммунологические факторы, препятствующие развитию различных инфекций. В молозиве содержится больше белка, антител и других антиинфекционных белков, лейкоцитов, чем в зрелом молоке. Молозиво обладает мягким слабительным эффектом, который очищает кишечник ребенка от мекония (первичного достаточно темного цвета стула). При этом кишечник ребенка очищается от билирубина, что предотвращает возникновение желтухи.

Молозиво обладает фактором роста, который способствует развитию незрелого кишечника ребенка после рождения, предохраняет ребенка от развития аллергии и непереносимости другой пищи.

Молозиво по содержанию некоторых витаминов значительно богаче, чем зрелое молоко, в частности витамином А, который снижает опасность возникновения любых инфекций. Поэтому очень важно, чтобы ребенок получал молозиво в течение первых нескольких кормлений. Не следует давать детям какое-либо питье или пищу до начала кормления грудью. Особенно опасно подкармливать ребенка искусственным питанием в том случае, если ребенок не получал молозива.

С 4–5-го по 14-й день начинает вырабатываться переходное молоко с меньшим количеством белка и минеральных веществ, но с повышенным содержанием жира. Постепенно состав грудного молока стабилизируется и на 2–3-й неделе после родов вырабатывается зрелое молоко.

Состав молока меняется непосредственно в процессе кормления ребенка (табл. 12).

*Раннее молоко* — в начале кормления, молоко голубоватого цвета. Раннее молоко вырабатывается в большом количестве и в нем содержится много белка, лактозы и других питательных веществ. С ранним молоком ребенок получает необходимое для него количество воды. Детей в возрасте 4–6 мес не следует поить водой даже в жарком климате (удовлетворив свою жажду различным питьем, ребенок употребляет меньше грудного молока).

*Позднее молоко* — в конце кормления, молоко насыщенного белого цвета. В позднем молоке содержится больше жира, чем в раннем. Такое количество жира делает грудное молоко более энергетичным, поэтому очень важно не отрывать ребенка от груди преждевременно, чтобы он мог получить в большем количестве молоко, обогащенное жиром.

**Таблица 12.** Сравнительный состав женского молока в различные сроки лактации и коровьего молока в 100 мл (Ладодо К.С., Дружинина Л.В., 1995)

| Показатели         | Женское молоко |            |        | Коровье молоко |
|--------------------|----------------|------------|--------|----------------|
|                    | молозиво       | переходное | зрелое |                |
| Белок, г           | 4,0            | 2,0        | 1,2    | 2,8 (3,2)      |
| Жир, г             | 1,7            | 3,2        | 3,5    | 3,5            |
| Углеводы, г        | 5,7            | 6,0        | 6,5    | 4,7            |
| Кальций, мг        | 48             | 46         | 34     | 120            |
| Фосфор, мг         | 20             | 16         | 14     | 90             |
| Магний, мг         | 7              | 6          | 3,5    | 10             |
| Железо, мг         | 0,1            | 0,06       | 0,05   | 0,06           |
| Калорийность, ккал | 60             | 62         | 65     | 61             |

## ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Раннее прикладывание к груди — в течение первых 30 мин после рождения ребенка кладут на живот матери, затем ему помогают найти грудь и взять сосок. Это играет важную роль в становлении лактации, ускоряет начало выработки грудного молока. Ребенок при этом получает первые порции богатого питательными веществами материнского молока (молозиво), обеспечивающее его полноценным питанием и защитой от микробов, с которыми ребенок столкнулся в первые минуты своей жизни.

Раннее прикладывание новорожденного к груди противопоказано при несовместимости ребенка и мамы по резус-фактору, при выявлении у младенца тяжелых нарушений мозгового кровообращения, угнетении центральной нервной системы, синдроме дыхательных расстройств, глубокой недоношенности с отсутствием сосательного и глотательного рефлексов, тяжелого наследственного заболевания — галактоземии, а также при отягощенном течении родов (послеродовые кровотечения, потеря сознания, кесарево сечение). Возможность последующего грудного вскармливания зависит от состояния здоровья ребенка.

**Совместное пребывание матери и ребенка в роддоме.** Следует обеспечить круглосуточное совместное пребывание в одной палате матери и ребенка. Необходимо осуществлять телесный контакт матери и ребенка «кожа к коже», он важен для установления тесной эмоциональной связи между ними.

Мама может кормить своего ребенка по требованию, что важно для достаточной стимуляции молочной железы и обеспечения полноценной лактации.

**Правильное прикладывание ребенка к груди.** При наличии сосательного рефлекса сразу после рождения ребенок еще не может сосать мамину грудь. Маме необходимо взять кроху на руки и как можно глубже вложить грудь ему в ротик. Губки ребенка должны быть вывернуты наружу, а околососковый кружок захвачен почти полностью. Глубокий захват поможет опустошить грудь полностью, не травмируя ее. В процессе сосания малыш не должен издавать причмокивающих звуков.

**Вскармливание только грудным молоком.** В первые дни происходит становление системы мать–дитя. Чем больше ребенок сосет, тем быстрее налаживается лактация, и молока вырабатывается столько, сколько нужно малышу.

**Кормление по требованию.** Грудное вскармливание необходимо осуществлять по требованию ребенка, а не по расписанию. Прикладывание ребенка к груди должно осуществляться по любому знаку голода (активные сосательные движения губ, вращательные движения головки в поисках мамы, хныканье). Продолжительность кормления ребенок регулирует сам. По мере увеличения объема молока частота и длительность кормлений уменьшаются. При длительном сосании груди и активном ее опорожнении следует предложить ребенку вторую грудь, а следующее кормление начать с нее же, чтобы ребенок получил наиболее питательное (заднее молоко).

Ребенок на грудном вскармливании обычно не нуждается в допаивании. Не надо давать новорожденному и грудному ребенку никакой другой пищи и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями. Дополнительное количество жидкости может потребоваться в жаркое время, при повышении температуры тела и различных заболеваниях.

**Кормление без сцеживаний.** Если лактация достаточная, сцеживание применять не следует, так как при кормлении по требованию молока вырабатывается столько, сколько нужно ребенку. Регулярные сцеживания травмируют ткань молочной железы, отнимают у женщины много времени. Они необходимы только тогда, когда ребенок по каким-то причинам не может сосать грудь, а лактацию нужно сохранить, или когда грудь переполнена, и ребенок не справляется с отсасыванием такого объема молока (чаще в первые дни лактации). Новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, не рекомендуется предлагать соски, дополнительное питье из бутылочки, так как сосать из

соски гораздо легче, чем из груди, и ребенок может отказаться от груди. Докормливать малыша сцеженным молоком следует из ложечки.

Ночные кормления особенно значимы для успешной лактации, так как ночью вырабатывается больше всего пролактина — гормона, отвечающего за производство молока. Необходимо учитывать, что для совсем маленьких детей неестественны длительные перерывы между кормлениями. Совместный сон гарантирует психологический и физический комфорт мамы и ребенка во время ночных кормлений.

Следует продолжать грудное вскармливание ребенка до года и более.

В развивающихся странах грудное вскармливание продолжается минимум 1–2 года после начала использования прикорма. Польза такой практики для младенца заключается в защите его пищеварительной системы, а также в снижении частоты и тяжести инфекции.

**Факторы, оказывающие стимулирующее влияние на лактацию**

- Более частое прикладывание ребенка к груди (до 10–12 раз в сутки).
- Кормление из обеих грудей.
- Рациональное питание.
- Прием поливитаминных комплексов для кормящих женщин.
- Достаточный питьевой режим.
- Психологический комфорт в семье.
- Регулярные прогулки на свежем воздухе.
- Полноценный отдых (не менее 8 ч ночью и 1–2 ч днем).
- Использование средств для стимуляции лактации.

**Кормящая женщина должна знать следующее.**

1. В настоящее время рекомендуется так называемый свободный режим кормления, т.е. кормление без фиксированного расписания, по требованию ребенка. Обычно при режиме свободного вскармливания новорожденный может получать грудь до 10–12 раз в сутки, включая 2–4 ночных кормления. Впоследствии по мере роста ребенка у него обычно вырабатывается свой режим кормления: к концу 2-го месяца жизни — от 6 до 8 раз в сутки, с 5 мес — 5 раз, после года — 4 раза в сутки, в дальнейшем ребенок самостоятельно отказывается от ночных кормлений.
2. В первые 4–6 мес ребенка кормить исключительно грудью.
3. Длительность одного кормления не должна превышать 20–30 мин.
4. Свободное вскармливание обеспечивается закономерностью, согласно которой чем чаще ребенок сосет грудь, тем больше вырабатывается молока в грудной железе. Во время сосания

- ребенком груди сенсорные импульсы поступают из сосков в молочные железы. В ответ на эти импульсы передняя доля гипофиза вырабатывает пролактин, который стимулирует молочные секреторные железы вырабатывать молоко.
5. Ночью вырабатывается больше пролактина, следовательно, кормление грудью ночью особенно полезно для поддержания выработки молока. Помимо этого задняя доля гипофиза секретует гормон окситоцин, стимулирующий сокращение мышечных клеток, расположенных вокруг альвеол. Окситоцин начинает вырабатываться до начала сосания ребенком груди, когда мать только собирается кормить грудью. Молоко, собравшееся в альвеолах, поступает по протокам в млечный синус, иногда молоко вытекает наружу — «рефлекс окситоцина или рефлекс выброса молока».
  6. В различные часы суток ребенок высасывает неодинаковое количество молока и, находясь на свободном режиме, может полностью удовлетворить свои потребности, хорошо прибавляя в весе.
  7. Для успешного грудного кормления необходимы спокойная обстановка, полноценное питание кормящей женщины, доступный отдых, постоянное внимание и помощь родных и близких.
  8. Поводом раннего и необоснованного введения докорма детскими смесями могут быть лактационные кризы, возникающие на 3–6-й неделе, 3, 4, 7, 8-м месяце лактации, носящие транзиторный характер продолжительностью 3–4 дня и характеризующиеся уменьшением количества молока без явной видимой причины. Для здорового ребенка лактационные кризы опасности не представляют. Чаще они обусловлены изменениями в гормональной системе женщины, а также интенсивным ростом малыша, приводящим к увеличению его аппетита. В таких случаях кормящей женщине надо сразу стимулировать выработку молока и перейти на увеличение частоты прикладывания малыша к груди.
  9. Первой новой пищей, рекомендуемой ребенку, является фруктовый сок, который вводят в разведенном виде с 0,5 чайной ложки, постепенно увеличивая его количество, которое должно равняться числу месяцев, умноженному на 10 (например, в 5 мес — 50 мл, к году — 100 мл). Оптимальным сроком его введения считается 3-й месяц жизни. В первое время лучше использовать яблочный сок, который дают между кормлениями или через час после кормления. С 4 месяцев рекомендуется тертое яблоко, пюре из бананов, абрикосов, персиков, груш. Фруктовые соки и яблочное пюре

- вводят для обеспечения ребенка водорастворимыми витаминами. Позже можно дать клюквенный, сливовый, абрикосовый, грушевый, вишневый, морковный соки. Малиновый, клубничный, цитрусовый, томатный соки, принадлежащие к числу продуктов с высокой потенциальной аллергенностью, следует назначать с учетом индивидуальной переносимости и аллергологического анамнеза, их вводят осторожно, не ранее 6 мес жизни. Ягоды рекомендуются после 9 мес. Виноградный сок детям грудного возраста не рекомендуется из-за повышенного содержания глюкозы, которая усиливает процессы брожения в кишечнике. Детям с неустойчивым стулом полезны вишневый, гранатовый, черничный сок, а при запоре — апельсиновые соки (морковный, абрикосовый, томатный, сливовый, свекольный).
10. Оценка адекватности лактации и достаточного для младенца количества секретируемого молока требует тщательного анализа поведения ребенка, характера стула, частоты мочеиспускания. Вероятными признаками недостаточной лактации являются:
    - беспокойство и частый плач ребенка;
    - необходимость в частых прикладываниях к груди;
    - беспокойство во время кормления.
 Достоверными признаками недостаточного питания являются:
    - скудный редкий стул;
    - редкие мочеиспускания с выделением небольшого количества концентрированной мочи;
    - низкая прибавка в массе тела.
 Объективными показателями нормального развития ребенка, а следовательно, и достаточного количества получаемого им грудного молока служат равномерное в соответствии с возрастными нормами нарастание роста, массы тела, окружности груди, хорошее состояние кожи, спокойный сон, высокая сопротивляемость инфекциям, нормальные показатели нервно-психического развития. При достаточном количестве грудного молока ребенок мочится не менее 6 раз в сутки, стул однородной мягкой консистенции, без неприятного запаха.
- ### О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ЗАТЯНУВШЕЕСЯ КОРМЛЕНИЕ
- Если малыш сосет энергично, но не отказывается от груди, капризничает, беспокоится, возможно, у мамы мало молока. Чтобы в этом убедиться, необходимо нажать на сосок — молоко будет выделяться редкими каплями. В такой ситуации ребенка придется докормить из другой груди.



— Если малыш сосет вяло, сосательные движения редкие, у груди он засыпает, необходимо стимулировать сосательный рефлекс легким похлопыванием новорожденного по щеке. Кормление можно продлить до 25 мин.

Если маме сложно приспособиться к режиму «свободного вскармливания» (бытовые, социальные факторы), то в таких случаях следует перейти на кормление ребенка в определенные часы. Существует два режима кормления: 6- или 7-разовое. Шестиразовое кормление предлагается здоровому доношенному ребенку. Интервал между кормлениями составляет 3,5 ч. Например: 6; 9.30; 13; 16.30; 20; 23.30.

Семиразовое кормление рекомендуется детям с низкой массой тела, недоношенным, срыгивающим, с вялым сосательным рефлексом. Ребенок прикладывается к груди в 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ч, т.е. через каждые 3 ч.

В первые месяцы жизни малыша маме нужно быть особенно внимательной. Необходимо научиться отличать голодный плач малыша от плача и беспокойства, вызванного другими причинами. Голодный плач — возмущенный, настойчивый, сочетается с поворотом головы, появлением сосательных движений в то время, когда ребенка берут на руки в положение для кормления.

В целях определения количества получаемого молока проводится контрольное взвешивание в течение всего дня до и после кормления.

### ОБЪЕМ МОЛОКА, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ РЕБЕНОК ЗА СУТКИ

- От 10 дней до 2 мес принято считать суточное количество пищи, равное  $1/5$  массы тела ребенка (600–900 мл), при частоте кормления 6–7 раз в сутки.
- В возрасте от 2 до 4 мес —  $1/6$  массы тела (800–1000 мл), при частоте кормления 6 раз в сутки.
- От 4 до 6 мес —  $1/7$  часть массы тела (900–1000 мл), при 5-разовом суточном кормлении.

**Пример:** ребенок первого месяца жизни весит 4200 г, кормится 6 раз в сутки. За сутки он должен получать:  $4200:5=850$  мл молока. Объем одного кормления составит:  $850:6=140$  мл. При 7-разовом питании на кормление потребуется:  $850:7=120-125$  мл.

Объем полученного молока у ребенка до 6 мес жизни не должен превышать 1 л/сут.

С 4–6 мес ребенок начинает получать прикорм, в связи с чем его следует перевести на 5-разовое кормление через каждые 4 ч с ночным перерывом в 8 ч.

### КАК ПРАВИЛЬНО ПРИКЛАДЫВАТЬ РЕБЕНКА К ГРУДИ

В 1991 г. ЮНИСЕФ при поддержке ВОЗ выступил с инициативой «Больница доброжелательна к ребенку», в которой изложены **10 принципов успешного грудного вскармливания**.

1. Информированность всего медико-санитарного персонала в отношении грудного вскармливания.
2. Обучение всего персонала для осуществления этой задачи.
3. Информированность всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Помощь матерям при кормлении грудью в течение первых 30 мин после родов.
5. Обучение матерей, как кормить грудью, как сохранить лактацию, даже если они отделены от детей.
6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением особых медицинских показаний.
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного — разрешать им находиться в палате 24 ч в сутки.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь матери или успокаивающих (соски, пустышки и др.).
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы или клиники.

Большинство трудностей при кормлении ребенка возникает из-за неправильного прикладывания его к груди, когда ребенок захватывает только сосок. При этом ребенок не надавливает на млечный синус, молоко из груди не вытекает. Малыш начинает беспокоиться, вытягивает сосок, натирает его кожу. Все это ведет к повреждению кожи соска, появлению трещин, воспалению. Ввиду того, что младенец не высасывает молоко, у женщины отмечается нагрубание желез, это может способствовать развитию гнойного воспаления молочной железы (мастит).

### Признаки неправильного кормления

- Мать и ребенок не смотрят друг на друга.
- Мать не гладит ребенка, не разговаривает с ним.
- Женщина сидит в неудобной позе: плечи не напряжены, она наклоняется над младенцем.

- Тело ребенка не прижато к матери, шея повернута.
- Подбородок ребенка не касается груди матери.
- Рот ребенка полуоткрыт, губы вытянуты.
- Нижняя губа не вывернута наружу, язык не виден.
- Ребенок захватывает при сосании только сосок, ареола почти не видна.
- Щеки малыша напряжены и втянуты.
- Ребенок беспокоен, плачет.
- Слышно чмоканье, быстрое сосание.
- У матери отмечаются покраснение кожи соска, трещины.
- После кормления молоко остается в груди.
- При неправильном кормлении ввиду возможного проникновения инфекции через трещины соска может развиваться гнойное воспаление молочной железы (мастит).

Таким образом, при неправильном прикладывании ребенка к груди мать испытывает боль при кормлении, появляются трещины, болезненное нагрубание молочных желез, мастит. Ребенок беспокоен, он не получает достаточного количества молока и плохо прибавляет в весе.

### КАК ПОМОЧЬ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЕ ПРАВИЛЬНО ПРИЛОЖИТЬ РЕБЕНКА К ГРУДИ

Для успешного кормления большое значение имеет правильное положение мамы. Неправильное положение, в котором ребенок сосет грудь, может привести к появлению трещин, развитию воспаления грудной железы, что сильно затрудняет грудное кормление.

Техника грудного вскармливания предполагает соблюдение следующих правил.

- Медицинской сестре необходимо сесть рядом в удобное положение.
- Выбрать для матери и ребенка наиболее удобную позу — положение сидя, лежа, положение «из подмышки», чтобы провести все время кормления в спокойной, расслабляющей обстановке.
- В положении сидя (рис. 19а) поставить под ногу скамеечку, рука, поддерживающая ребенка, должна иметь опору — подлокотник; в позе лежа (рис. 19б) мама ложится на бок и кладет ребенка перед собой на плоскую подушку; в положении «из подмышки» (рис. 19в) малыш лежит на спине так, чтобы его ступни находились под рукой мамы, а колени строго под мышкой. Затылок поддерживается рукой, а тело — предплечьем.



Рис. 19. Грудное вскармливание: а — в положении сидя; б — в положении лежа; в — в положении «из подмышки»

Объяснить и показать, как держать ребенка:

- 1) голова и туловище ребенка находятся на одной прямой линии;
- 2) лицо ребенка обращено к груди матери, нос напротив соска;
- 3) туловище ребенка близко прижато к телу матери;
- 4) мать поддерживает все тело новорожденного снизу, а не только его плечи и голову.

Показать, как поддерживать грудь:

- 1) пальцами снизу возле стенки грудной клетки;
- 2) поддерживать грудь указательным пальцем;
- 3) большой палец находится сверху груди, пальцы не должны находиться близко к соску.

Помочь ребенку хорошо приладиться к груди:

- 1) коснуться соском верхней губы ребенка;
- 2) подождать, пока ребенок широко откроет рот;
- 3) быстро придвинуть ребенка к груди, направив его нижнюю губу ниже соска;
- 4) следить за тем, чтобы малыш брал в рот не только сосок, но и весь околососковый кружок (ареолу), а также часть груди ниже ареолы;

- 5) нижняя губа ребенка должна быть вывернута наружу, а подбородок, щеки и нос — плотно прилегать к груди;
- 6) ребенок втягивает сосок и ареолу груди, а затем, надавливая на них языком, выжимает молоко.

По окончании кормления:

- 1) достаточно просунуть палец между соском и ротиком крохи;
- 2) после отнятия ребенка от груди придать ему вертикальное положение, чтобы отошел проглоченный во время сосания воздух;
- 3) грудь следует подержать некоторое время открытой (дать возможность высохнуть соску на воздухе).

## РЕКОМЕНДАЦИИ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЕ

*Способы увеличения лактации*

- Частое и правильное прикладывание ребенка к груди, особенно полезно кормление ночью для поддержания выработки молока.
- Питье и докорм давать только из ложечки, использование пустышек затрудняет грудное вскармливание.
- Здоровый ребенок 4–6-месячного возраста, находящийся на грудном вскармливании, не должен получать никаких пищевых добавок.
- Организация правильного режима питания матери: наиболее целесообразно дробное питание — 5–6 раз в сутки, в рацион питания кормящей матери следует включать продукты, содержащие достаточное количество белка, овощей, фруктов, молочных продуктов, а также продуктов, богатых железом; полноценный отдых: сон не менее 8 ч ночью и 1–2 ч днем; прогулки с ребенком на свежем воздухе; исключение больших физических нагрузок.
- Увеличению объема лактации содействует оптимальный питьевой режим матери, включающий дополнительное использование не менее 1 л жидкости в виде зеленого чая, компотов, соков, молока, кисломолочных продуктов, а также различные лекарственные растения: фенхель, крапиву, кориандр, тмин, анис, тысячелистник, шишки хмеля, семена тыквы, отвар перегородок грецкого ореха, твердые сорта сыра.
- Для поддержания одинакового запаса молока в обеих молочных железах при каждом кормлении предлагать малышу и правую, и левую грудь.
- Для лучшей выработки молока за 15–20 мин до кормления принимать стакан любого кисломолочного продукта, фруктового сока, свежесваренного зеленого чая с молоком.

- Для стимуляции лактации применяются напитки: из морковного сока по 1/2 стакана 2–3 раза в день (для улучшения вкуса в него можно добавить молоко, сливки, фруктовый сок по 1 столовой ложке на порцию); из тертой моркови с молоком и медом; из сока редьки с медом (редьку натереть на мелкой терке, отжать сок, развести в соотношении 1:2 кипяченой водой, на стакан кипятка добавить 1–2 чайных ложки меда и немного соли, принимать по 1/2 стакана в день); настоя из семян укропа (1 столовую ложку семян укропа заварить стаканом кипятка, настоять 2 ч, процедить, принимать по 1/2 стакана 2 раза в день или по 1 столовой ложке 6 раз в день); из запаренных хлопьев геркулеса с натертым зеленым яблоком.
- Для улучшения лактации целесообразно принимать контрастный душ на область молочных желез, проводить мягкое растирание груди махровым полотенцем.
- Избегать избыточного употребления пряностей, острых приправ, лука, чеснока, которые придают неприятный вкус грудному молоку; продуктов, вызывающих аллергические реакции;
- Категорически запрещаются любые спиртные напитки, включая пиво (алкоголь легко переходит в грудное молоко и может привести к тяжелым поражениям центральной нервной системы), нежелательно курение, так как никотин не менее вреден для ребенка.
- Необходимо регулярно мыть соски водой, не используя мыло и не протирая грудь спиртом (это может привести к трещинам на сосках). После кормления не следует вытирать оставшееся на сосках молоко, оно помогает предотвратить их сухость. Достаточная выработка грудного молока во многом зависит от настроения матери на кормление своего ребенка грудью, в ее убежденности, что это важно и необходимо. Грудное вскармливание желательно сохранить в течение всего первого года жизни, если грудного молока много, малыш может получать грудь и в более старшем возрасте — иногда до 1,5 года и даже до 2 лет. Прекращение грудного вскармливания, когда ребенок уже хорошо переносит все виды прикорма, обычно и для малыша, и для мамы проходит безболезненно.

## ПРИЧИНЫ ОТКАЗА РЕБЕНКА ОТ ГРУДИ

В ряде случаев ребенок может отказываться от груди. Необходимо найти причину отказа от груди и по возможности постараться ее устранить.

- Болезнь ребенка (инфекционное заболевание, заложенность носа, инфекция слизистой оболочки полости рта, молочница, прорезывание зубов, последствия перинатального повреждения центральной нервной системы).
- Затруднения с техникой кормления грудью («догрудное» вскармливание из бутылочки или сосание соски, неправильное прикладывание к груди, ограниченное кормление грудью, нагрубание молочной железы, большой запас грудного молока, плоские или втянутые соски).
- Изменение вкусовых качеств молока, связанное с воспалительными изменениями молочной железы либо с особенностями соска, изменением рациона питания кормящей женщины, изменением запаха матери, привычного для него уклада жизни (разлука с матерью, новое ухаживающее лицо, появление чужих в доме).
- Беспокойство ребенка, связанное с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы в связи с неблагоприятным течением родов. (Ребенок беспокойный, у него отмечаются «дрожание подбородка», вздрагивание, частые срыгивания. При появлении этих симптомов необходимо обратиться к неврологу.)
- В 6–8-месячном возрасте может быть мнимый отказ от груди, связанный с тем, что ребенок может отвлекаться, глядя по сторонам.

При появлении отказа от груди необходимо тщательно проанализировать все возможные причины, ликвидировать их и помочь ребенку снова получать удовольствие от кормления грудью. Постараться постоянно находиться рядом с ребенком, предлагать ему грудь при каждом требовании, избегать использования сосок, пустышек.

## ПРОБЛЕМЫ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Первые несколько недель кормления младенца грудью могут оказаться довольно сложными. Возможно развитие лактостаза (затрудненный отток молока), трещин сосков, мастита.

При лактостазе необходимо:

- ограничить потребление жидкости;
- максимально частое прикладывание ребенка к больной груди и сцеживание оставшегося после кормления молока;
- проводить легкий массаж молочной железы по направлению от затвердевшего участка к ареоле;

- неприятные ощущения можно уменьшить, приложив к груди кусочки льда, завернутые во фланелевую ткань, чередуя с теплыми влажными салфетками на 10 мин;
- в промежутках между кормлениями можно использовать накладку для сбора грудного молока, которые помещаются в чашечке бюстгальтера;
- разъяснить природу кратковременных лактационных кризов.

При трещинах сосков:

- не прекращать кормление даже на короткое время;
- исправить положение ребенка при кормлении;
- после каждого кормления смазывать соски сцеженным грудным молоком или специальным кремом (декспантенолом) для образования защитной пленки;
- при сильных болях возможно кормление ребенка через защитные накладки на сосок, в тяжелых случаях можно давать сцеженное грудное молоко из чашечки;
- для профилактики возникновения трещин сосков можно порекомендовать после каждого кормления делать для сосков воздушные и солнечные ванны, а также смазывать сосок капелькой «позднего» молока.

При подтекании молока из груди:

- применение одноразовых или многоразовых вкладышей для бюстгальтера с частой их сменой.

При втянутых и плоских сосках:

- пока ребенок не научился сосать из груди матери, нужно налаживать сцеживание молока и кормить младенца сцеженным молоком из ложечки или специального стаканчика;
- можно применять специальные пластиковые накладки для сосков, которые вкладываются в бюстгальтер и, прижимая ареолу, способствуют формированию соска;
- стимуляция сосков перед кормлением пальцами, в ряде случаев помогает молокоотсос перед кормлением в целях вытягивания сосков.

При мастите:

- при уплотнении и ограниченном воспалении в груди кормить малыша разрешается;
- при сильных болях и появлении гнойного воспаления прикладывание ребенка к больной груди следует временно прекратить и срочно обратиться к врачу;
- возможно применение противовоспалительной терапии, назначенной врачом, однако от применения аспирина и анальгина

следует воздержаться, использовать физические методы охлаждения;

— следует продолжать кормление здоровой грудью, а молоко из больной груди сцеживать.

Кормление сцеженным грудным молоком проводится в тех случаях, когда по какой-то причине невозможно прикладывать ребенка к груди матери (болезнь матери, родовая травма, глубокая недоношенность, дневная работа, отъезд, для профилактики гипогалактии, лактостаза, при поврежденных сосках). В этих случаях ребенку дают сцеженное грудное молоко из ложечки или чашки, чтобы у малыша не угас сосательный рефлекс.

### РЕКОМЕНДАЦИИ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЕ ПО ТЕХНИКЕ СЦЕЖИВАНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА

Перед тем как сцедить молоко, нужно тщательно вымыть руки и убедиться, что все принадлежности для сцеживания и хранения молока вымыты и простерилизованы.

Объяснить и показать технику ручного сцеживания:

- 1) сцеживать грудное молоко лучше всего рукой;
- 2) усадить мать в удобное положение;
- 3) расположить большой и указательный пальцы с обеих сторон околососкового кружка и нажать внутрь по направлению к стенке груди;
- 4) сделать несколько легких массирующих движений пальцами от основания груди в сторону ареолы;
- 5) большим и указательным пальцами нажимать на участок за соском и околососковым кружком;
- 6) нажать с боков, чтобы опорожнить все сегменты.

При нагрубании и болезненности груди сцеживание проводится ручным молокоотсосом.

### Сцеживание с помощью молокоотсоса с резиновой грушей

Молокоотсос с резиновой грушей представляет собой стеклянную трубку с резиновой грушей на конце или с поршнем, второй конец трубки расширен настолько, чтобы охватить сосок.

1. Необходимо сжать резиновую грушу, чтобы вытеснить воздух.
2. Широкий конец трубки разместить в околососковой области.
3. Убедиться, что стекло герметично охватывает кожу груди.
4. Отпустить грушу, сосок и околососковый кружок всасываются внутрь.

5. Сжать и отпустить грушу снова (проделать несколько раз).
6. Молоко начинает течь и собираться в выпуклости на стороне трубки.
7. Нарушить герметичность, чтобы вылить молоко, и продолжить сцеживание.
8. Промыть и произвести стерилизацию после использования.

### Сцеживание грудного молока молокоотсосом-шприцем

Широкий воронкообразный конец шприца накладывается на сосок, воронка приделана к внутреннему поршню шприца, вставленному внутрь наружного цилиндра, молоко собирается в большом наружном цилиндре.

1. Необходимо убедиться, что поршень находится внутри наружного цилиндра, резиновая прокладка в хорошем упругом состоянии.
2. Наложить воронку на сосок.
3. Убедиться, что она плотно прилегает к коже по кругу и обеспечивает воздушную герметичность.
4. Потянуть наружный цилиндр вниз, сосок всосется в воронку.
5. Отпустить наружный цилиндр и снова потянуть, молоко начнет течь и собираться в наружном цилиндре.
6. Как только молоко начинает течь, нарушьте герметичность, чтобы вылить молоко и повторить процедуру.

### Сцеживание грудного молока методом «теплая бутылка»

Данный метод рекомендуется при нагрубании грудных желез и тугих сосках, когда сцеживание вручную или с помощью молокоотсоса вызывает боль.

1. В тщательно вымытую бутылку с широким (диаметром не менее 3 см) горлышком налить горячей воды.
2. Оставить бутылку на несколько минут, чтобы стекло нагрелось.
3. Завернуть бутылку в материал и вылить горячую воду обратно в кастрюлю.
4. Охладить горло бутылки в холодной воде внутри и снаружи, чтобы не обжечь кожу соска.
5. Плотно приложить горлышко бутылки к околососковой области так, чтобы бутылка герметически ее закрыла.
6. По мере охлаждения бутылки сосок втягивается в ее горлышко, и молоко начинает отделяться.
7. Когда поток молока ослабевает, бутылку снимают, молоко переливают в чистую емкость.

8. Бутылку снова заполняют горячей водой и повторяют всю процедуру до полного сцеживания молока.

В 1997 г. появился молокоотсос AVENT ISIS, полностью имитирующий естественное сосание младенца. Воронка молокоотсоса имеет мягкую силиконовую насадку — лепестковый массажер, который окружает ореолу. Пять лепестковых секций массажера сжимаются и разжимаются синхронно с ритмом работы молокоотсоса, бережно массируя грудь и безболезненно стимулируя выработку и выделение грудного молока.

### Хранение и использование сцеженного грудного молока

Чтобы сцеженное молоко сохранило все целебные свойства, его надо в течение получаса подержать в закрытой посуде при комнатной температуре. Когда молоко немного остынет, его помещают в основное отделение холодильника. Грудное молоко, сцеженное с помощью молокоотсоса AVENT ISIS в контейнер VIA, можно хранить в течение 24 ч в холодильнике или 3 мес в морозильной камере, таким образом, при желании мама может создать банк грудного молока. Перед кормлением молоко подогревается под струей теплой воды или в специальных подогревателях. Перед тем как давать молоко ребенку, бутылку необходимо взболтать, чтобы равномерно распределить жировую фракцию молока. Все принадлежности для кормления детей первого года жизни необходимо стерилизовать. Существует несколько методов стерилизации: кипячение бутылочек в большом сосуде в течение 20 мин, химическая стерилизация с помощью специальных таблеток или растворов, паровая стерилизация с помощью специальных электрических или электронных стерилизаторов.

### ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ОСОБЕННОСТЯМ КОРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Оптимальным для питания недоношенных детей является женское молоко. Излишки материнского молока, которые остаются после очередного кормления, сохраняются в холодильнике в течение 3,0–3,5 ч (до следующего кормления) и используются для питания без стерилизации. Стерилизации должно подвергаться молоко, которое хранится в холодильнике свыше 3,5 ч, а также молоко, смешанное от разных матерей и оставшееся от кормления при неблагоприятной эпидемиологической ситуации в отделении.

Методы питания:

- энтеральное питание — грудь матери, кормление из бутылочки, разовые желудочные зонды, постоянные зонды (назогастральные, назоудодеальные);

- парентеральное питание — введение через пупочную вену, центральные вены, периферические вены.

Недоношенных детей с массой тела свыше 2 кг (что соответствует сроку гестации 33–34 нед) можно вскармливать из груди матери под контролем весов, хотя первые 2 сут этих детей лучше кормить из бутылочки. Недоношенных с массой от 2 до 1,5 кг вскармливают из бутылочки, по достижении ими массы тела 1800–1900 г и при наличии хорошего сосательного рефлекса их следует постепенно переводить на грудное кормление. Недоношенных детей с массой тела менее 1,5 кг (гестационный возраст 30 нед) кормят через катетер. Перевод с кормления через зонд на кормление из бутылочки осуществляется индивидуально после появления выраженной и синхронной способности глотания, сосания и дыхания (ребенок начинает «сосать» зонд). Независимо от степени недоношенности, если состояние ребенка тяжелое, избирается щадящий способ кормления — через катетер. После стабилизации состояния ребенка переводят на физиологический способ питания.

В соответствии с международной программой грудного вскармливания, принципы которой сформулированы в декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания», в России была разработана программа поддержки грудного вскармливания, утвержденная Министерством здравоохранения РФ, а также ряд других нормативно-методических документов. Согласно этим документам, в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства рекомендуется проводить следующую работу по поддержке естественного вскармливания:

- иметь доступную печатную информацию, касающуюся практики грудного вскармливания, которую следует регулярно доводить до сведения всего медицинского персонала;
- информировать всех беременных о преимуществах грудного вскармливания и необходимости раннего прикладывания новорожденного к груди матери (в течение первых 30 мин после родов);
- обеспечить круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка в палате «мать и дитя» родильного дома и поощрять грудное вскармливание по требованию здорового ребенка в домашних условиях;
- стремиться к проведению в течение первых 4–6 мес исключительно грудного вскармливания, т.е. не давать здоровым новорожденным никакой пищи, кроме грудного молока;
- обеспечивать преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники.

Эти мероприятия необходимо проводить с учетом состояния здоровья как матери, так и ребенка.

## РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

У каждого грудного ребенка время от времени возникают проблемы с питанием. Малыш испытывает трудности с пищеварением, его беспокоят колики или запор, он отказывается есть, капризничает, не спит.

Повышенное газообразование и кишечные колики новорожденных — распространенное явление, к 3–4-м месяцам они, как правило, исчезают. Возникновение кишечных колик прежде всего связано с незрелостью ферментных систем желудочно-кишечного тракта, из-за неправильно подобранной смеси, из-за употребления кормящей мамой продуктов, вызывающих повышенное газообразование. Однако бывают и более серьезные проблемы — пищевая аллергия, лактазная недостаточность.

**Колики** случаются у детей как на грудном, так и на искусственном вскармливании.

### Совет маме

- Возьмите ребенка на руки и равномерно укачивайте.
- Сделайте круговой массаж животика по часовой стрелке.
- Старайтесь оставаться спокойной: ребенок может почувствовать вашу тревогу, и это только усугубит ситуацию.
- Если вы кормите грудью, избегайте употребления продуктов, которые могут способствовать усилению колик у ребенка, — острой пищи, кофеина, лука, коровьего молока.

**Вздутие живота** происходит из-за заглатывания слишком большого количества воздуха во время кормления.

### Совет маме

- Во время кормления ребенок должен захватывать рот сосок и часть ареолы — области груди около соска.
- После кормления подержите малыша в вертикальном положении в течение 20–30 мин.
- При вскармливании смесью избегайте слишком энергичного встряхивания бутылочки, так как в этом случае в питание попадают пузырьки воздуха.
- Слишком медленное или слишком быстрое кормление способствует образованию газов.
- При кормлении из бутылочки убедитесь, что из отверстия соски течет непрерывная струя смеси, а горлышко бутылки покрыто полностью молочной смесью.

**Срыгивание** является результатом выхода небольшого количества воздуха, который вместе с пищей попадает в желудок. Неправильное прикладывание ребенка к груди, перекорм, нерациональное питание матери при грудном вскармливании, использование неадаптированных продуктов в первом полугодии жизни, перинатальное поражение центральной нервной системы, врожденные аномалии развития пищевода, желудка, кишечника и др.

### Совет маме

- После кормления держите малыша в вертикальном положении.
- Кормите его малыми порциями, но чаще.
- Через каждые несколько минут во время кормления давайте ребенку передохнуть.
- Старайтесь, чтобы малыш заглатывал с пищей как можно меньше воздуха.

**Диарея** характеризуется частым жидким стулом. Может быть вызвана вирусной, бактериальной или паразитарной инфекцией, может развиваться после курса лечения антибиотиками, при нерациональном питании матери при грудном вскармливании, пищевой непереносимости (целиакия, частичная лактазная недостаточность, пищевая аллергия) и др. Диарея может привести к быстрому обезвоживанию организма.

### Совет маме

- Чтобы избежать обезвоживания, давайте ребенку достаточно жидкости.
- Старайтесь не давать ребенку продукты, ускоряющие прохождение пищи через кишечник, — сливы, чернослив, апельсины, шпинат и др.
- В случае искусственного вскармливания при приготовлении смеси строго следуйте инструкции производителя.
- Никогда не давайте ребенку лекарства от диареи, не посоветовавшись с врачом.
- Риск инфекционной диареи может быть уменьшен в результате соблюдения простых гигиенических мер. Регулярно мойте руки, тщательно мойте овощи и фрукты.
- В случае развития диареи у ребенка до 3 мес необходимо немедленно проконсультироваться с врачом, если ребенку больше 3 мес, то к врачу следует обратиться при наличии признаков интоксикации и обезвоживания.

**Запор** — одна из наиболее распространенных проблем, связанных с питанием у детей. У детей, вскармливаемых грудью, запор — редкое

явление. Однако именно запором во многих случаях сопровождаются изменения в рационе питания, чаще всего переход с грудного молока на детскую смесь или введение прикорма.

#### Совет маме

- Поощряйте ребенка к тому, чтобы он активнее двигался (двигать ножками, когда он лежит на спине, или стимулировать его, чтобы он больше ползал).
- Осторожно массируйте животик ребенка круговыми движениями по часовой стрелке в течение нескольких минут.

Если ребенок находится на грудном вскармливании, изменение диеты кормящей мамы может помочь справиться с проблемой. Ограничьте употребление коровьего молока, старайтесь есть больше фруктов и овощей. Если ребенок находится на искусственном вскармливании, обратитесь к врачу-педиатру для внесения коррекции в питание. Не пытайтесь исправить ситуацию самостоятельно с помощью слабительных средств или травяных отваров. Лекарства следует давать ребенку только под контролем врача.

Наиболее часто у детей раннего возраста возникают пищевая аллергия, лактазная недостаточность и целиакия. Диагноз может поставить только врач.

**Пищевая аллергия в младенческом возрасте** чаще всего обусловлена непереносимостью белков коровьего молока или продуктов, принимаемых в пищу кормящей матерью. Симптомы обычно появляются в первые месяцы жизни при введении докорма молочными смесями или перевода на искусственное вскармливание. У ребенка могут наблюдаться аллергические высыпания, боли в животе, неустойчивый стул (чередование жидкого стула и запора) с примесью слизи, крови в кале. Недопустимо использование коровьего молока и неадаптированных смесей в питании ребенка первого года жизни.

По назначению врача из питания матери и ребенка исключаются высокоаллергенные и индивидуально непереносимые продукты.

В России примерно 20% детей в возрасте до года подвержены пищевой аллергии. Родители таких детей должны начинать прикорм с наибольшей осторожностью. В группе повышенного риска находятся дети, в чьей семье имеется предрасположенность к аллергии. Если аллергией страдал один из родителей, то риск развития этого заболевания у ребенка достигает 37%, если болели оба, то вероятность наследования аллергии возрастает до 60%.

**Продукты низкой степени аллергенности:** тыква, кабачок, цветная капуста, зеленое яблоко, слива, груша, рисовая каша, индейка.

**Продукты высокой степени аллергенности:** цельное коровье молоко, яйца, рыба, орехи, соя, пшеница, мед, цитрусовые, шоколад, клубника, помидоры, морепродукты.

Сроки введения и ассортимент продуктов и блюд прикорма для здоровых детей первого года жизни, детей из группы высокого риска по развитию аллергических заболеваний и с пищевой аллергией представлены в табл. 13.

Таблица 13. Сроки введения прикорма

| Продукты              | Возраст детей, мес |                       |                         |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|
|                       | здоровые дети      | группа высокого риска | пищевая аллергия        |
| Каша                  | 4–6                | 4,5–6                 | 5–6                     |
| Овощное пюре          | 4–6                | 4,5–6                 | 5–6                     |
| Фруктовое пюре        | 4–6                | 5,5                   | 6,5                     |
| Фруктовый сок         | 4–6                | 6                     | После 8                 |
| Мясное пюре           | 6                  | 6                     | 6                       |
| Творог                | 6                  | 6–7                   | –                       |
| Желток                | 7                  | 8                     | –                       |
| Рыбное пюре           | 8                  | 9–10                  | –                       |
| Детский кефир, йогурт | Не ранее 8         | Не ранее 8            | –                       |
| Сухари, печенье       | 7                  | 7                     | 7 (несдобные, без яйца) |
| Хлеб пшеничный        | 8                  | 8                     | 9 (несдобные, без яйца) |
| Растительное масло    | 4–6                | 5                     | 5                       |
| Сливочное масло       | 4–6                | 5,5                   | 5–6<br>(топленое масло) |

Гипоаллергенный фруктовый прикорм детей с пищевой аллергией формируется главным образом из яблок зеленой и белой окраски. С учетом индивидуальной переносимости используют груши и сливы. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость.

Куриное яйцо и рыба как высокоаллергенные продукты не вводятся в рацион детей первого года жизни с пищевой аллергией.

Кисломолочные продукты и творог, как и другие продукты, содержащие коровье молоко, при наличии аллергии на белок коровьего молока полностью исключаются из рациона ребенка (табл. 14).

Матери необходимо рекомендовать строгий учет индивидуальной переносимости продуктов (пищевой дневник).



**Таблица 14.** Пример рациона ребенка второго полугодия жизни с аллергией к белку коровьего молока

|                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>1-е кормление</b>               | Грудное молоко или специализированная смесь (на основе гидролизата белка или аминокислот)   | 200 мл                            |
| <b>2-е кормление</b>               | 10% безмолочная каша с добавлением грудного молока или специализированной смеси + топленое (растительное) масло<br>Фруктовое пюре (яблоко, груша) | 150–170 мл<br>3г<br>20–40 г       |
| <b>3-е кормление</b>               | Овощное пюре + растительное масло<br>Мясное пюре<br>Фруктовое пюре  | 160 г (3 г)<br>20–50 г<br>20г     |
| <b>4-е кормление (в 6–8 мес)</b>   | Грудное молоко или специализированная смесь (на основе гидролизата белка или аминокислот)   | 200 мл                            |
| <b>4-е кормление (после 8 мес)</b> | Овощи – крупяное блюдо (кабачок + рис; цветная капуста + греча 1:1) + растительное масло<br>Мясное пюре<br>Фруктовое пюре (яблоко, груша)         | 160 г (3 г)<br>20–30 г<br>20–40 г |
| <b>5-е кормление</b>               | Грудное молоко или специализированная смесь (на основе гидролизата белка или аминокислот)   | 200 мл                            |

**Лактазная недостаточность** — непереносимость молочного сахара (лактозы), содержащегося в молочных продуктах. Бывает врожденной (генетически обусловленной) и приобретенной (чаще всего после перенесенной острой кишечной инфекции после рождения ребенка).

Первые признаки заболевания у младенцев появляются обычно на 3–4-й неделе жизни, что связано с увеличением объема грудного молока. Частый, жидкий, вспененный, с резким кислым запахом стул. Выраженное беспокойство ребенка, особенно в начале и после кормления.

Назначить лечение может только врач. Ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, необходимо максимально сохранить материнское молоко при использовании медикаментозного препарата лактазы. Эффект наступает в течение 3–4 дней. При искусственном и смешанном вскармливании используют специализированные низколактозные и безлактозные молочные смеси. Во втором полугодии жизни, по мере улучшения усвоения лактозы в кишечнике, обычно удается перевести ребенка с низколактозной смеси на обычную молочную, кефир, йогурт.

**Целиакия** — непереносимость белка пшеницы (глутена) и подобных ему белков ржи, ячменя, овса. Появляется у детей с генетической предрасположенностью со второго полугодия жизни: частый, обильный, зловонный, «жирный» стул. Ребенок становится вялым, раз-

дражительным, ухудшается аппетит, появляется беспричинная рвота, увеличивается живот, теряет массу тела.

Врач назначает пожизненную диету: из питания исключаются хлеб, хлебобулочные, кондитерские, макаронные изделия, каши из пшеничной, ржаной, ячменной и овсяной круп. Заменой являются рис, гречка, кукуруза, пшено, картофель.

**Прикорм** — это введение в рацион питания правильно подобранных продуктов и блюд на основе круп, овощей и фруктов, творога, яиц, мяса, рыбы.

**Прикорм** — постепенное расширение рациона ребенка в дополнение к грудному молоку или молочной смеси.

Необходимость расширения рациона питания ребенка обусловлена следующими факторами:

- важностью дополнительного введения в растущий организм энергии и ряда пищевых веществ (белка, железа, цинка и др.), поступление которых с женским молоком (или заменителями грудного молока) на определенном этапе развития малышей (с 4–6 мес) становится недостаточным;
- целесообразностью расширения спектра пищевых веществ рациона, в частности за счет содержащихся в продуктах прикорма растительного белка, различных видов углеводов, жирных кислот, микроэлементов, необходимых для дальнейшего роста и развития ребенка;
- задачей тренировки и развития пищеварительной системы и жевательного аппарата детей и стимуляции моторной активности их кишечника.

Существуют определенные правила введения прикорма, которые необходимо соблюдать родителям, чтобы ребенок рос здоровым.

1. Начинать введение любого нового продукта тогда, когда ребенок здоров.
2. Не начинать введение прикорма в жаркую погоду, во время болезни ребенка, прорезывания зубов.
3. Не начинать введение прикорма во время проведения профилактических прививок.
4. Прикорм следует давать детям до кормления грудью, с ложечки, а не через соску.
5. Введение любого нового вида пищи следует начинать с одного продукта, постепенно переходя к смеси двух, а затем нескольких продуктов данной группы.

6. Начинать необходимо с малых количеств, с 1 чайной ложки в день, вводить постепенно в течение 7 дней, переходить к другому виду прикорма только после того, как ребенок привыкнет к первому виду, предлагайте малышу новые блюда в первой половине дня.
7. Блюда прикорма должны быть хорошо протертыми, полужидкими гомогенными и не вызывать у ребенка затруднений при глотании.
8. Переходить к густой пище следует постепенно, когда ребенок научится жевать.
9. Не приучайте малыша к очень сладкой пище, хотя и совсем отказываться от сладкого тоже не стоит, не добавляйте в его блюда соль.

### ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ РАЦИОНА

1. Лучшая профилактика — длительное грудное вскармливание. При этом кормящей маме нужно соблюдать гипоаллергенную диету.

2. Детям группы риска прикорм вводится с 5–6-го месяца жизни только после консультации лечащего врача.

3. Рекомендуются начинать прикорм с однокомпонентных пюре или каш, чтобы иметь возможность отследить реакцию организма ребенка.

Однокомпонентные продукты — это каши без молока и сахара, состоящие из одного вида зерна; фруктовые или овощные пюре, соки из одного вида фруктов или овощей: моркови, цветной капусты, картофеля, яблока, персика, груши и др.; пюре из моркови, тыквы, чернослива, персика, яблок и др.; мясные пюре — мясо цыпленка, индейки, ягненка и др.

Многокомпонентные продукты: яблоко и персик; яблоко и груша; яблоко с лесными ягодами и др.; яблочный сок и пюре из яблок, сок яблочно-грушевый, пюре из персиков и яблочный сок и др.

Таблица 15. Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни

| Наименование продуктов и блюд | Возраст детей, мес |      |     |        |
|-------------------------------|--------------------|------|-----|--------|
|                               | 4–6                | 7    | 8   | 9–12   |
| Овощное пюре, г               | 10–150             | 170  | 180 | 200    |
| Каша, г                       | 10–150             | 150  | 180 | 200    |
| Фруктовое пюре, г             | 5–60               | 70   | 80  | 90–100 |
| Фруктовый сок, мл             | 5–60               | 70   | 80  | 90–100 |
| Творог (не ранее 6 мес), г    | 10–40              | 40   | 40  | 50     |
| Желток, шт.                   | –                  | 0,25 | 0,5 | 0,5    |

Окончание табл. 15

| Наименование продуктов и блюд   | Возраст детей, мес |     |      |       |
|---------------------------------|--------------------|-----|------|-------|
|                                 | 4–6                | 7   | 8    | 9–12  |
| Мясное пюре (не ранее 6 мес), г | 5–30               | 30  | 50   | 60–70 |
| Рыбное пюре, г                  | –                  | –   | 5–30 | 30–60 |
| Детский кефир, йогурт, мл       | –                  | –   | 200  | 200   |
| Сухари, печенье, г              | –                  | 3–5 | 5    | 10–15 |
| Хлеб пшеничный, г               | –                  | –   | 5    | 10    |
| Растительное масло, мл          | 1–3                | 5   | 5    | 6     |
| Сливочное масло, г              | 1–4                | 4   | 5    | 6     |

Первый прикорм целесообразно вводить в возрасте 4,5 мес, предпочтительнее назначать овощное пюре (картофель, морковь, кабачки, тыква, цветная капуста, фасоль, зеленый горошек, позже — белокочанная капуста, свекла, репа). В возрасте 6–7 мес ребенок должен получать 150 г овощного пюре с 3–4 мл растительного масла.

Каша из рисовой, гречневой, кукурузной муки на овощном пюре вводят как второй прикорм с 5–6 мес (сначала 5%, затем 8 и 10%), добавляя 3 г растительного или сливочного масла.

С возраста 6 мес до 1 года объем пюре и каш постепенно доводят до 200 г в день, жира — до 6 г.

С 6–7 мес в рацион питания вводится творог (источник кальция), начиная с 2–3 г (1/2 чайной ложки).

В 6 мес можно давать сухарик или печенье (3–5 г), а в 7 мес — кусочек пшеничного хлеба (5 г).

С 6,5–7 мес рекомендуется мясо животных (говядина, курица, кролик, нежирная свинина с овощами), начиная с мясного пюре промышленного производства, которое в 8–9 мес заменяется фрикадельками.

С 7,5–8 мес (третий прикорм) вводятся молочные продукты (кефир, ацидолакт, биолакт, цельное молоко).

В 9–10 мес (четвертый прикорм) можно рекомендовать рыбные продукты (треска, хек, судак, речная рыба).

11–12 мес — последнее кормление грудью заменяется кефиром или цельным молоком.

Рано или поздно перед каждой мамой встает вопрос: что полезнее — кажущаяся более питательной и вкусной домашняя еда или продукты промышленного изготовления. В последние годы появилось много научных работ, которые свидетельствуют о недостатках домашнего прикорма.

К ним можно отнести:

- дефицит ряда важных минеральных веществ, таких как цинк, железо, витамины А, Е, С, группы В;
- отрицательное влияние неблагоприятных экологических условий (загрязнение почв и воды, использование химических удобрений и пр.), в которых выращиваются урожай или домашние животные, чье мясо используется при приготовлении пищи;
- при домашней термической обработке молока, мяса, каш, фруктов, овощей начальный уровень витаминов снижается и не может обеспечить потребности ребенка в этих веществах.

**В связи с этим при назначении прикорма рекомендуется отдавать предпочтение продуктам промышленного производства.**

Современные технологии пищевой промышленности:

- предусматривают обогащение продуктов детского питания витаминами и минералами на определенной стадии технологического процесса;
- обеспечивают стабильность, сохранность состава и питательной ценности в любое время года на протяжении всего срока годности продукта;
- гарантируют гигиеническую и микробиологическую чистоту продуктов, а значит, позволяют избежать попадания болезнетворных бактерий из пищи в кишечник;
- гарантируют отсутствие пестицидов, гербицидов, радионуклидов;
- отказались от использования искусственных консервантов и красителей;
- позволяют составить меню в соответствии с возрастными особенностями ребенка;
- помогают максимально разнообразить меню ребенка, вводя в него многие продукты, недоступные по причинам сезонности или высокой стоимости;
- существенно экономят время, оставляя больше возможности на общение с малышом.

Рекомендуемые сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в питании детей первого года жизни.

#### 1. Плодовоовощные соки

- ##### 1.1. Специализированные соки и нектары для детского питания (фруктово-ягодные, фруктово-овощные и овощные).

- С 5 мес — монокомпонентные осветленные соки: яблочный, грушевый, сливовый, персиковый, абрикосовый, тыквенный, морковный.
- С 5,5–6 мес — моно- и поликомпонентные соки.

Соков из цитрусовых, экзотических плодов, обладающих высокой потенциальной аллергенностью, в детском питании следует избегать.

- ##### 1.2. Соки массового потребления, разрешенные для использования в детском питании, — с 3 лет.

#### 2. Специализированные фруктовые, фруктово-ягодные и фруктово-овощные пюре и нектары

##### 2.1. Пюре

- С 4,5 мес — гомогенизированные монокомпонентные пюре из яблок, груш, слив, персиков, абрикосов.
- С 5 мес — моно- и поликомпонентные пюре из плодов и ягод: черносмородиновое, малиновое, черешневое, вишневое, яблоко с морковью, яблоко с тыквой, яблоко с грушей и айвой и др.
- С 5–6 мес — пюре фруктово-зерновые и фруктово-молочные.

##### 2.2. Десерты

- С 8 мес — фруктовые, фруктово-молочные и другие виды десертов.

#### 3. Специализированные овощные пюре для детского питания

- С 4,5 мес — из кабачков, цветной капусты, брокколи, моркови.
- 5 мес — моно- и поликомпонентные с расширением ассортимента овощей за счет тыквы, капусты и др.
- С 6 мес — поликомпонентные, в том числе с добавлением томатов и свеклы.
- С 7 мес — поликомпонентные с добавлением зеленого горошка.
- С 8 мес — поликомпонентные, в которые могут входить лук и чеснок.
- С 9 мес — поликомпонентные пюре, в которые могут включаться специи (белый перец, лавровый лист) и пряные овощи (сельдерей, укроп).

#### 4. Злаковые и злаково-молочные смеси (безмолочные и молочные каши)

- С 4 мес — рисовая, гречневая.
- С 5 мес — кукурузная и ее смесь с рисовой или гречневой.

#### 5. Специализированные мясные пюре для детского питания

- С 6 мес — из говядины, свинины, курицы, индейки и др.
- С 8 мес в пюре можно включать субпродукты.

- Мясные пюре бывают трех степеней измельчения: гомогенизированные (для детей 7–8 мес), пюреобразные (для детей 7–8 мес) и крупноизмельченные (для детей 9–12 мес и старше).
  - 6. **Специализированные мясорастительные консервы для детского питания**
    - С 6–7 мес в соответствии с ассортиментом овощей и мясных продуктов, представленных в пп. 3 и 5.
  - 7. **Специализированные рыбные консервы для детского питания**
    - С 8–9 мес из трески, хека, минтая и других видов речных и морских рыб.
  - 8. **Специализированные рыборастительные консервы для детского питания**
    - С 8–9 мес в соответствии с ассортиментом рыбы и овощей, представленных в пп. 3 и 7.
    - Рыборастительные консервы бывают трех степеней измельчения: пюреобразные (для детей с 8–9 мес), крупноизмельченные (для детей с 11–12 мес).
  - 9. **Неадаптированные кисломолочные продукты для детского питания (кефир, йогурт и др.) старше 8 мес жизни**
  - 10. **Специализированные травяные чаи для детского питания**
    - Включающие экстракты одного или нескольких видов лекарственных трав, а также углеводный компонент — сахарозу, глюкозу, декстрин — мальтозу — с 4 мес.
- Таким образом, к году рацион ребенка приближается к питанию детей более старшего возраста.

## СМЕШАННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Как мать ребенка, так и врачи должны приложить все усилия для того, чтобы продлить грудное вскармливание до 1–1,5-летнего возраста ребенка. При этом рационально организованное питание кормящей матери, построенное с учетом рекомендуемых норм физиологических потребностей в макро- и микронутриентах и энергии, обеспечиваемых соответствующими наборами продуктов, использованием витаминно-минеральных комплексов или специализированных продуктов нутритивного и лактогонного действия, обогащенных витаминами и минеральными веществами, безусловно, позволит поддержать здоровье женщины и обеспечить адекватное развитие грудного ребенка.

Введение докорма или перевод ребенка на полное искусственное вскармливание должно быть строго обоснованным и может осуществляться только в том случае, когда весь арсенал средств, направленных

на профилактику гипогалактии и стимуляцию лактации, оказывается неэффективным.

Все смеси содержат необходимый набор витаминов и минеральных веществ в соответствии с физиологическими потребностями детей первых месяцев жизни, обеспечивающих оптимальное формирование и функционирование различных органов и систем ребенка.

При этом большое внимание уделяется достаточному введению витамина D, участвующего в процессах обмена кальция и минерализации костной ткани. Его содержание в 100 мл готовой смеси составляет 40–50 МЕ. Во все смеси добавлены витамины группы B, витамин E, обладающий антиоксидантной активностью витамин A, принимающий участие в иммунных реакциях организма, а в некоторые смеси введен бета-каротин.

Содержание белка, жиров, углеводов, минеральных веществ и витаминов в смесях должно соответствовать отечественным («Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», СанПиН 2.3.2.1078-01, п. 3.1.1.1) и международным (Codex Alimentarius Commission of FAO/WHO; European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition /ESPGHAN/, Директива Е.С., 1996) стандартам для адаптированных молочных смесей.

Различают смеси «начальные» (для детей до 6 мес) и «последующие» (для детей 6–12 мес). «Последующие» смеси, в отличие от «начальных», содержат более высокое количество белка (1,5–1,8 г в 100 мл). Продукты для детей этой возрастной группы содержат весь необходимый набор витаминов и минеральных веществ в соответствии с рекомендуемыми нормами потребления и отличаются более высоким содержанием железа, кальция, цинка по сравнению с «начальными» смесями. Поскольку у детей к 4–5 мес жизни истощаются запасы железа, полученные внутриутробно, требуется дополнительное введение в смесь этого важного микронутриента (1,1–1,4 мг железа в 100 мл).

Смеси «от 0 до 12 мес» используются в питании детей на протяжении всего первого года жизни.

Важным направлением детской диетологии является введение в состав смесей пробиотиков — живых микроорганизмов, которые благоприятно влияют на здоровье ребенка, нормализуя его кишечную микрофлору.

При разработке продуктов пробиотического действия используются различные виды микроорганизмов, к которым, как и к продуктам, созданным на их основе, предъявляются строгие требования безопасности, функциональной эффективности, технологичности. Эти продукты нашли широкое применение и используются как в профилактических,

так и в лечебных целях, так как обеспечивают хорошие показатели физического развития детей, стабильный состав микрофлоры кишечника, улучшение показателей иммунного статуса.

Большинство продуктов-пробиотиков для детского питания являются кисломолочными. Для их приготовления подбираются специальные штаммы лактобактерий (*Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus* и болгарские палочки), бифидобактерий (*Bifidobacterium lactis* Bb12, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium infantis*) и термофильного стрептококка. Закваски могут быть монокомпонентными и комбинированными.

Кисломолочные смеси обладают двойным функциональным эффектом — за счет пробиотических штаммов и продуцируемой ими молочной кислоты. В процессе молочнокислого брожения продукты приобретают ряд важных свойств: в них снижается уровень лактозы, накапливаются бактерицидные вещества, молочная кислота, происходит частичное расщепление белка, что облегчает переваривание продукта и его усвоение, а также несколько снижается антигенность белкового компонента.

Основные свойства кисломолочных продуктов — общее биологическое действие на организм ребенка, влияние на микробиоценоз кишечника, воздействие на секреторную функцию пищеварительных желез и перистальтику кишечника, а также иммуномодулирующий эффект.

**Первый прикорм** детям, находящимся на смешанном и искусственном вскармливании, назначается с 4–4,5 мес, с такой же последовательностью, как и при естественном вскармливании, с ежемесячным расчетом питания, исходя из потребностей в белках, жирах, углеводах, калориях (соответственно 1,0:1,5:4,0; а количество калорий на 10% больше). Режим питания при смешанном вскармливании остается свободным. Необходимо только контролировать количество молока у матери с помощью контрольного взвешивания. Докорм целесообразно давать с ложечки.

Для ориентировочного расчета необходимого ребенку объема питания может применяться объемный метод: при этом суточный объем питания в возрасте:

- от 10 дней до 2 мес составляет  $1/5$  массы тела (от 600 до 900 мл);
- 2–4 мес —  $1/6$  массы тела (800–1000 мл);
- 4–6 мес —  $1/7$  массы тела (900–1000 мл);
- 6 мес — 1 год —  $1/8$ – $1/9$  массы тела (1000–1200 мл), этот объем не включает чай, воду, соки;
- ребенок в возрасте 2 мес получает в сутки 800 мл молока, на каждую недостающую неделю вычитается 50 мл, на каждый последующий месяц прибавляется 50 мл, примерная норма пищи на

одно кормление определяется делением суточного объема на число кормлений.

Перевод ребенка на искусственное вскармливание, особенно в первые месяцы жизни, не должно быть слишком быстрым, так как в силу физиологической незрелости адаптация к искусственному питанию протекает у него очень напряженно.

При искусственном вскармливании детям первых месяцев жизни рекомендуется 6–7-разовое кормление, через 3,0–3,5 ч с 6,5- или 6-часовым ночным перерывом. После введения первого прикорма (4,5–5,0 мес) ребенок может быть переведен на 5-разовое питание. Промежутки между кормлениями удлиняются, а число кормлений уменьшается, при строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований к приготовлению пищи.

Однако с учетом индивидуальных особенностей ребенка число кормлений может изменяться, и при искусственном вскармливании может быть также использован принцип «свободного» вскармливания. При искусственном вскармливании важно правильно определить необходимый объем питания ребенка. Примерно суточное количество пищи в первые 5–7 дней жизни ребенка при искусственном вскармливании может быть рассчитано по формуле:

$$70 \text{ или } 80 \times n,$$

где  $n$  — день жизни новорожденного, коэффициент 70 используется у детей, родившихся с массой тела менее 3200 г, коэффициент 80 — более 3200 г.

В дальнейшем для расчета необходимого ребенку количества молочной смеси следует использовать энергетический «калорийный» метод, основанный на учете физиологической потребности ребенка в энергии, которая в первом полугодии составляет 115 ккал/кг, во втором полугодии — 110 ккал на 1 кг массы тела.

Введение продуктов и блюд прикорма детям, находящимся на смешанном и искусственном вскармливании, мало отличается от схемы введения прикорма при естественном вскармливании. По показаниям первым может быть введен не овощной, а злаковый прикорм. Детям первого года необходима современная адаптированная кисломолочная смесь.

При смешанном и искусственном вскармливании ребенок должен обязательно получать жидкость в достаточном количестве. В норме суточная потребность грудного ребенка в питье примерно соответствует объему одного кормления. Однако в жаркое время года, в период прорезывания зубов, а также при повышении температуры тела количество потребляемой жидкости можно увеличить в 1,5–2 раза.

Небольшое количество воды можно давать ребенку и в ночное время. Недопустимо в качестве питья использование сырой некипяченой воды. Кроме воды и соков в качестве питья можно использовать различные отвары (ромашка, укропная вода, шиповник), объем отвара не должен превышать 40–50 мл в день. Компоты и чай можно давать начиная со второго полугодия.

### Как кормить ребенка молочными смесями

#### Совет маме

- Необходимо делать перерывы между кормлениями.
- Не пытайтесь кормить ребенка по жесткому режиму. Он пока к нему не готов. Новорожденных нужно кормить каждые 2–4 ч.

### Как кормить из бутылочки

#### Совет маме

Кормление — это время особого душевного единства с малышом. Нежно держите его на руках, прижимая к себе. Поддерживайте головку ребенка, чтобы она находилась выше его животика.

### Правильное положение

#### Совет маме

Во время кормления головку малыша нужно постоянно поддерживать. После кормления ребенка надо подержать в вертикальном положении, прижав животик к своей груди. Это делают для того, чтобы вышел воздух, попавший в желудок ребенка во время кормления.

### Продолжительность кормления

#### Совет маме

Ребенок сам подскажет, когда пора заканчивать кормление. Нужно лишь внимательно следить за его поведением. Если он отводит головку и выплевывает сосок или соску, ребенок сыт. Если он увлеченно и жадно сосет и глотает грудное молоко или смесь, это означает, что он еще голоден. Поэтому маме необходимо прислушиваться к своему малышу и не заострять внимание на делениях бутылочки.

### Температура смеси

#### Совет маме

- Смесь или молоко должны находиться в холодильнике, а не при комнатной температуре.
- Бутылочку с детским питанием можно подогреть под струей горячей воды.
- Прежде чем дать смесь ребенку, следует проверить ее температуру, выдавив каплю смеси на запястье.

Объясните родителям, чем опасно искусственное вскармливание.

- Искусственное вскармливание препятствует налаживанию связи между ребенком и матерью.
- Ребенок чаще подвержен диарейным и респираторным заболеваниям, отитам и другим инфекциям, а также развитию дефицита витамина А, аллергическим заболеваниям.
- Может развиться непереносимость к молоку животных с проявлениями кишечных расстройств, сыпи и других симптомов.
- Увеличивается риск возникновения хронических заболеваний, диабета, ожирения.
- Может быть значительно понижен общий показатель интеллектуального тестирования.

## ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА

### ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

После того как малышу исполнится 1 год, его постепенно нужно переводить на более твердую пищу.

### КАК ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЙТИ ОТ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ К ВЗРОСЛОЙ ПИЩЕ

#### Совет маме

- Если ребенок начал усердно работать челюстями, даже когда он ест свое любимое пюре, он готов к переходу на более твердую пищу.
- Чтобы облегчить переход к более твердой пище, предлагайте питание более грубой текстуры, чередуя его с уже знакомым пюре.
- Чередовать разные виды пищи лучше в одно кормление, так малышу легче будет приспособиться к более твердой еде. Делать это следует в течение одной недели

Питание малыша должно соответствовать следующим требованиям.

- Питание должно быть сбалансированным по содержанию полезных веществ, а следовательно, максимально разнообразным.
- Пища должна готовиться на пару, вариться, тушиться или запекаться.
- Высокое качество продуктов.

Питание детей 1–3 лет является переходным от вскармливания младенца к питанию, свойственному взрослому человеку. Процессы роста в этот период протекают существенно медленнее, чем в грудном возрасте. В 1–3 года по мере прорезывания молочных зубов и совершенствования функций желудочно-кишечного тракта в рацион ребенка вводят все больше твердой пищи и осуществляют постепенный переход ко все более «взрослому» рациону питания.

Суточный объем питания в 1–1,5 года равен 1000–1100 мл, в 1,5–3 года — 1200–1500 мл, объем разового приема пищи может составлять 100–200 г, что следует учитывать при составлении меню для детей 2–3-летнего возраста. Потребность в пищевых веществах и энергии на единицу массы тела в возрасте 1–3 лет меньше, чем в грудном возрасте.

Средняя суточная потребность в белках, жирах, углеводах, калориях составляет 53, 53, 212 и 1540 ккал соответственно. Соотношение между белками, жирами, углеводами должно составлять 1:1:4.

Суточная калорийность распределяется следующим образом: завтрак — 25%, обед — 35–40%, полдник — 10–15%, ужин — 25%. Для детей старше года физиологичным является 4–5-разовое питание. Целые куски пищи для детей 1,0–1,5-годовалого возраста должны быть размером не более 2–3 см, а предпочтительными являются блюда кашицеобразной консистенции.

В возрасте 1–1,5 года пищу дают в протертом виде; с 1,5 года вводят разваренные каши, запеканки, тушеные овощи, с 2 лет можно давать салаты, овощное рагу, рыбу (кусочками) без костей.

Последние годы выпускают специализированные продукты для детей в возрасте 1–3 года. В их число входят сухие молочные напитки, сухие каши быстрого приготовления, мясорастительные и рыборастворительные консервы, овощные и плодоовощные консервы. В продукто-вом наборе данной группы детей должны присутствовать все группы пищевых продуктов: нежирные сорта говядины, кури, молоко и молочные продукты, крупы, при хорошей переносимости можно включать в рацион орехи, грибы, мед. Яйца не чаще 1–2 раз в неделю (профилактика аллергического диатеза), ограничение сахара, не рекомендуются шоколад, икра, крепкие мясные, куриные бульоны, апельсины,

мандарины, округлые по форме твердые фрагменты пищи (опасность асфиксии).

Молоко и молочные продукты включаются в питание детей этого возраста 3–4 раза в день. Профилактике дефицита железа способствуют потребление мясных блюд в сочетании с мясными гарнирами, содержащими витамин С, а также потребление фруктов, плодово-ягодных соков. Особенностью продуктового набора для этой группы детей может быть большая доля молока и молочных продуктов по сравнению со старшими детьми и взрослыми. Необходимо ограничивать животные жиры по сравнению с растительными.

Необходимо обеспечить высокую нутриентную плотность пищи путем ограничения сахара и других сладостей, имеющих значение в профилактике кариеса. На формирование предпочтений в выборе пищи у детей основное влияние оказывает питание семьи или организация питания в детском учреждении, в котором воспитывается ребенок. Одной из проблем в питании детей этой возрастной группы является аппетит. Хороший аппетит грудного ребенка в данном возрасте может смениться частым его отсутствием, что вызывает волнение, тревогу у родителей. Пища должна нравиться ребенку, должна быть полноценной, сбалансированной, удовлетворяющей потребности растущего организма.

Основное правило приготовления пищи для детей в возрасте от 1 до 3 лет: пища должна быть измельченная, кашицеобразная, приготовленная на пару; применяется тушение, отваривание, не рекомендуются жареные блюда. Только разнообразие пищи, смесь растительных и животных продуктов позволяют обеспечить полноценное питание в этом возрасте. Пища должна быть разной и вкусно приготовленной. К каждому новому блюду ребенка нужно приучать постепенно, осторожно и терпеливо. Обстановка во время еды должна быть приятной, спокойной, суета и нервозность могут ухудшить аппетит. Не рекомендуется на стол ставить сразу все блюда. Необходимо правильно составлять меню ребенка. Блюда из мяса и рыбы лучше подавать на завтрак и обед, крупяные, молочные, овощные продукты — на ужин.

В раннем детском возрасте начинают формироваться отношение к пище, первые пристрастия и привычки, которые могут быть преходящими. Однако некоторые из них становятся постоянными и формируют пищевое поведение в будущей взрослой жизни. На формирование предпочтений в выборе пищи у детей основное влияние оказывают организация питания в детском дошкольном учреждении, в котором воспитывается ребенок, и характер питания в семье. Возникшие же противоречия между домашним питанием и питанием в детском

дошкольном учреждении могут неблагоприятно сказаться на формировании навыков и предпочтений у ребенка. Правило здорового и рационального питания — разнообразное питание с применением всех групп пищевых продуктов, обеспечивающих потребности ребенка в пищевых веществах и энергии.

## САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Из-за большой восприимчивости детского организма к разным инфекциям (в частности, к возбудителям кишечных инфекций) родители должны тщательнее следить, чтобы вся посуда для кормления малыша была чистой, поскольку в молоке болезнетворные бактерии развиваются очень активно.

Ребенок должен получать пищу только из чистой посуды, но периодическую стерилизацию бутылочек и других предметов рекомендуют проводить до года. К этому времени иммунитет малыша уже будет настолько сильным, что ребенок сможет противостоять микробам, попадающим в его организм с поверхности детской посуды.

При этом существует мнение педиатров, что малышам старше 6 мес стерилизовать посуду уже не нужно, но есть также и врачи, придерживающиеся утверждения, что способность иммунной системы противостоять болезнетворным микроорганизмам формируется лишь к 1,5 года. Частоту стерилизации стоит со временем уменьшать и к 1,5 года свести до нуля.

Теплую смесь или молоко не рекомендуют хранить в посуде дольше 1 ч.

Если младенец не допил порцию, остатки следует вылить, поскольку в бутылочку попали микроорганизмы из ротовой полости. Чтобы не готовить смесь много раз в день, вы можете одновременно подготовить для малыша питание в нескольких бутылочках и хранить их в холодильнике, подогревая лишь одну порцию перед каждым кормлением малютки.

В обработке нуждаются все предметы, способные попасть в рот новорожденного. Прежде всего, это:

- принадлежности для кормления (к ним относят бутылочки, их крышечки, соски, молокоотсос);
- пустышки (важно иметь наготове несколько простерилизованных сосок, чтобы дать ребенку чистый аксессуар вместо выплюнутого на пол);

- зубные кольца и грызунки;
- игрушки, которые переносят кипячение.

Для стерилизации детской посуды используют:

- кипячение;
- обработку паром;
- специальный стерилизатор;
- обработку в микроволновой печи;
- обработку в мультиварке (на режиме «пар»);
- обработку специальным стерилизующим раствором.

Перед стерилизацией посуда должна быть тщательно промыта в горячей воде с использованием жидкости для мытья посуды для детей либо хозяйственного или детского мыла.

**Промывать бутылочки и другие предметы следует сразу после кормления, чтобы не допустить засыхания молока.**

В этом поможет ершик или щетка, используемая для мытья только посуды малыша. Необходимо уделять больше внимания резьбе на горлышке. Промыв бутылочку, крышку и соску, нужно все хорошо прополоскать, чтобы мыло полностью удалилось с детской посуды.

Наиболее доступный и простой вариант простерилизовать бутылочки — кипячение. Посуду помещают в кастрюлю с водой и доводят до кипения, после чего держат в кипящей воде 3–10 мин. Далее предметы нужно разложить на чистую салфетку, чтобы они просохли и остыли. Минусом такой стерилизации является риск испортить детали бутылочек из пластика и резины.

Стерилизация с помощью пара так же надежна, как и кипячение, но считается более щадящим методом для бутылочек. Посуду можно подержать над паром, который поднимается над кастрюлей кипящей воды или носика чайника, либо воспользоваться пароваркой.

В специальных стерилизаторах для детской посуды также применяют обработку паром. В устройство наливают воду и помещают бутылочки (сразу от 4 до 8), закрывают крышкой и через 10–12 мин достают чистыми руками.

В микроволновой печи посуду для ребенка стерилизуют также в специальном устройстве (стерилизаторе) или в чистой посуде из стекла, в которую наливают воду и погружают бутылочки. Такой способ обработки не применяют для детской посуды, у которой есть металлические части.



Существуют также специальные таблетки или порошки для обеззараживания бутылочек, которые нужно разводить в воде. В приготовленный раствор помещают хорошо вымытую посуду и вынимают ее через полчаса. Хотя такая обработка считается безопасной для ребенка, в большинстве случаев мамы прибегают к ней только в случаях, когда обработка паром или кипячение недоступны (например, в поездке).

Необходимо соблюдать следующие правила.

- Подходя к ребенку, необходимо вымыть руки.
- Нельзя брать соску или ложку ребенка в рот.
- Если вы нездоровы, нельзя целовать лицо и руки новорожденного.
- Не курить, не держать животных в комнате ребенка.
- Большой человек не должен подходить к ребенку.
- Ограничить посещение ребенка посторонними (особенно в первый месяц жизни).
- Не посещайте с новорожденным места массового скопления людей.
- При любом заболевании ребенка проконсультируйтесь с педиатром. Не стоит заниматься самолечением!

## ВОСПИТАНИЕ У РЕБЕНКА ОПЯТНОСТИ, НАВЫКОВ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ

Посоветуйте родителям:

- с момента введения прикорма (4–6 мес) ребенку надо мыть руки перед каждым кормлением, вырабатывая, таким образом, гигиенический навык;
- с 4,5–5 мес приучать ребенка есть с ложки;
- с 6,5–7 мес приучать есть самостоятельно (во время кормления давать ребенку кусочек белого хлеба, печенье);
- с 7–8 мес приучать ребенка пить из чашки (сначала чашку держит взрослый, а потом сам ребенок, в 12 мес самостоятельно пьет из чашки);
- с 8–9 мес во время кормления сажать на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног;
- приучение к аккуратности и выработке отрицательного отношения к неопрятности во время еды (во время кормления ребенка первого года жизни надо следить, чтобы его лицо и одежда были чистыми);
- в 1 год 4 мес побуждать ребенка есть самостоятельно густую пищу, а затем жидкую, помогать регулировать движения, учить самостоятельно пользоваться салфеткой;

- в 1 год 6 мес ребенок ест ложкой любую пищу, но еще нередко проливает ее, пользуется сам салфеткой при напоминании, к 2 годам ест аккуратно, не обливается, пользуется салфеткой без напоминания;
- в течение 2–3-го года надо приучать детей с помощью словесных указаний и собственного примера к культурному поведению за столом (держат ложку в правой руке, а хлеб — в левой, не размачивать хлеб в супе, чае, не выходить из-за стола с полным ртом, говорить «спасибо» и т.д.).

Основные правила, которых должны придерживаться родители.

- Не стоит обещать ребенку какое-либо поощрение, если он поест (тем самым формируется зависимость от еды), лучше привлекать внимание к еде необычным оформлением блюда.
- За едой не следует отвлекать ребенка чтением книг, просмотром телевизионных передач.
- Не затягивайте процесс приема пищи (в среднем 20–30 мин).
- Не разрешайте детям перед основным приемом пищи (обед, ужин) есть конфеты, печенье, пить газировку и т.д.
- Надо осторожно относиться к лакомствам (яркие конфеты, напитки) с искусственными пищевыми красителями и консервантами, оказывающим неблагоприятное влияние на поведение детей, проявляющееся неадекватным поведением (капризность, неусидчивость, невозможность сосредоточиться).
- В рацион необходимо вводить фрукты, овощи, соки.
- При постоянном отсутствии аппетита посоветуйте обратиться к врачу.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К ИТОГОВОМУ КОНТРОЛЮ

1. Укажите преимущества вскармливания женским молоком по сравнению со вскармливанием коровьим молоком:
  - 1) стерильность;
  - 2) большое содержание казеина;
  - 3) широкий спектр биологически активных веществ;
  - 4) антиинфекционный фактор.
2. Рекомендуемое количество кормлений при естественном вскармливании новорожденного:
  - 1) свободное вскармливание (10–12 раз в сутки);
  - 2) 7 раз в сутки;
  - 3) 8 раз в сутки;
  - 4) 5 раз в сутки.

3. Время введения прикорма при естественном вскармливании:
  - 1) в 1 мес;
  - 2) 2 мес;
  - 3) 3 мес;
  - 4) 4 мес.
4. Время введения прикорма при искусственном вскармливании:
  - 1) в 1 мес;
  - 2) 2 мес;
  - 3) 4,5 мес;
  - 4) 4 мес.
5. Продукты низкой степени аллергенности:
  - 1) тыква;
  - 2) кабачок;
  - 3) зеленое яблоко;
  - 4) помидоры.
6. Продукты высокой степени аллергенности:
  - 1) цельное коровье молоко;
  - 2) морепродукты;
  - 3) соя;
  - 4) индейка.
7. Кратность кормления ребенка 2-го месяца жизни составляет:
  - 1) 10–12 раз в сутки;
  - 2) 7–8 раз в сутки;
  - 3) 9 раз в сутки;
  - 4) 5 раз в сутки.
8. К однокомпонентным продуктам относятся:
  - 1) пюре из яблок, пюре из черники;
  - 2) пюре из цветной капусты, вода;
  - 3) пюре из яблок, пюре из абрикосов, лимонный сок;
  - 4) сок яблочно-грушевый.
9. К многокомпонентным продуктам относятся:
  - 1) пюре из бананов, лимонная кислота, вода;
  - 2) мясо цыпленка, кукурузный крахмал, вода;
  - 3) яблочный сок, пюре из моркови, пюре из яблок;
  - 4) пюре из чернослива, витамин С, вода.
10. Суточное количество молока, которое должен получить ребенок в возрасте 3 мес в зависимости от массы тела при расчете объемным способом:
  - 1) 1/5 массы его тела;
  - 2) 1/6 массы его тела;

- 3) 1/7 массы его тела;
- 4) 1/8 массы его тела.
11. Продуктом первого прикорма являются:
  - 1) каши из рисовой муки;
  - 2) паровые котлеты;
  - 3) каши из гречневой муки на овощном отваре;
  - 4) овощное пюре.
12. Видом докорма на первом году жизни являются:
  - 1) каши;
  - 2) адаптированные смеси;
  - 3) соки.
13. Смешанное вскармливание предполагает использование:
  - 1) грудного молока и овощного пюре;
  - 2) адаптированной смеси и овощного пюре;
  - 3) грудного молока и адаптированной смеси;
  - 4) адаптированной смеси и соков.
14. Показаниями для введения докорма являются:
  - 1) срыгивания;
  - 2) дисфагия;
  - 3) недостаточная прибавка массы тела;
  - 4) паратрофия.
15. Порядок введения докорма:
  - 1) перед кормлением грудью;
  - 2) после кормления грудью;
  - 3) между кормлениями грудью;
  - 4) полностью заменяя кормление грудью.
16. Сестринские рекомендации при гипогалактии предполагают:
  - 1) прием жидкости за 20 мин до кормления;
  - 2) прием пряностей за 20 мин до кормления;
  - 3) ограничение белковой пищи;
  - 4) увеличение кратности прикладывания ребенка к груди.
17. Мясо в виде пюре вводят в питание ребенка в возрасте:
  - 1) 6 мес;
  - 2) 7 мес;
  - 3) 8 мес;
  - 4) 9 мес.
18. Порядок введения первого прикорма:
  - 1) перед кормлением грудью;
  - 2) после кормления грудью;
  - 3) полностью заменяя одно кормление;
  - 4) между кормлениями грудью.

19. Рыбные блюда вводят в питание ребенка в возрасте:
- 1) 8 мес;
  - 2) 9 мес;
  - 3) 10 мес;
  - 4) 12 мес.
20. Суточное количество молока, которое должен получить ребенок в возрасте 4 нед, в зависимости от массы тела при расчете объемным способом:
- 1)  $1/5$  массы его тела;
  - 2)  $1/6$  массы его тела;
  - 3)  $1/7$  массы его тела;
  - 4)  $1/8$  массы его тела.
21. Достоверными признаками недостаточной лактации являются:
- 1) скудный редкий стул;
  - 2) редкие мочеиспускания с выделением небольшого количества концентрированной мочи;
  - 3) низкая прибавка в массе тела;
  - 4) беспокойство и частый плач ребенка.
22. Суточный объем питания к концу первого года жизни составляет:
- 1) 700 мл;
  - 2) 800 мл;
  - 3) 950 мл;
  - 4) 1000 мл.
23. Тактика медицинской сестры в ситуации экстренного отлучения ребенка от груди по медицинским показаниям:
- 1) ограничение употребления жидкостей матерью в течение нескольких дней;
  - 2) давящая повязка на грудь;
  - 3) исключение из рациона лактогенных продуктов;
  - 4) все ответы верны.
24. К основным ошибкам при искусственном вскармливании относятся:
- 1) частые перемены в питании;
  - 2) игнорирование индивидуальных особенностей ребенка;
  - 3) ограничение диеты и перевод на другие смеси при любом ухудшении стула;
  - 4) стерильность и подогрев смеси перед кормлением.
25. Факторами гипогалактии являются:
- 1) нерациональный образ жизни;
  - 2) заболевания матери и осложнения беременности;
  - 3) более частое прикладывание ребенка к груди;
  - 4) сцеживание молока после каждого кормления.

26. Факторами перевода ребенка на смешанное вскармливание могут быть:
- 1) гипогалактия у матери;
  - 2) неправильная форма соска у матери;
  - 3) социально-бытовые условия;
  - 4) расщелина твердого нёба.
27. Число кормлений для детей старше 1,5 года составляет:
- 1) 7 раз;
  - 2) 6 раз;
  - 3) 5 раз;
  - 4) 4 раза.
28. Сроки введения прикорма при смешанном вскармливании:
- 1) 2 мес;
  - 2) 2,5 мес;
  - 3) 4 мес;
  - 4) 5 мес.

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И РЕБЕНКА

В ситуации общения с маленькими пациентами у медицинского персонала педиатрического профиля нередко возникают трудности психологического характера: малыш не идет на контакт и т.п. Дело в том, что ребенок в разной степени может быть готов к такому общению, для него чаще всего это тревожный момент (даже если это посещение поликлиники в профилактических целях). Медицинской сестре приходится прикладывать значительные усилия, учитывать и темперамент ребенка, и его возрастные особенности, чтобы добиться взаимопонимания. Кроме того, нередко родители хотели бы услышать от медицинской сестры советы не только по профилактике заболеваний и способах выполнения назначений врача, но и узнать, как решить те или иные проблемы в поведении ребенка. И в этой ситуации очень важно, не выходя за рамки профессиональной компетенции, не стремясь подменить собой психолога, дефектолога, логопеда, сориентировать родителей в воспитании здорового и физически, и психически малыша, дать рекомендации по психологической подготовке к посещению детского сада, школы, подобрать систему оздоровительных игр.

### ВОЗРАСТНАЯ ПЕРИОДИЗАЦИЯ

В настоящее время в отечественной медицине (и в психологии) наиболее часто используется следующая **возрастная периодизация**:

- период новорожденности — до 1 мес;
- период младенчества — 1–12 мес;

- период раннего детства — 1–3 года;
- дошкольный период — 3–7 лет;
- младший школьный период — 7–12 лет;
- подростковый период — 12–16 лет;
- ранняя юность — 16–19 лет;
- поздняя юность — 19–21 год;
- молодость (ранняя зрелость) — 21–35 лет;
- зрелость — 35–60 лет;
- пожилой возраст (первая старость) 60–75 лет;
- преклонный возраст (старость) — 75–90 лет;
- долгожительство — старше 90 лет.

Таким образом, **возрастной период** — это цикл развития человека, имеющий свою структуру и динамику, свои специфические нормы и аномалии. В каждом возрастном периоде возможно как ускорение, так и замедление развития, появление черт, свойственных иным возрастным периодам. Надо отметить, что психологический возраст может не совпадать с хронологическим возрастом отдельного ребенка, записанным в его свидетельстве о рождении, а затем в паспорте. Возрастной период со своим неповторимым содержанием — особенностями развития психических функций и личности ребенка, особенностями его взаимоотношений с окружающими и главной для него деятельностью — имеет определенные границы. Однако эти хронологические границы могут сдвигаться, и один ребенок вступит в новый возрастной период раньше, а другой — позже.

Поэтому нередко физиологическая периодизация возраста может отличаться от реального развития событий в становлении личности конкретного малыша.

Ознакомимся с одним из вариантов **психологической возрастной периодизации** применительно именно к указанным возрастным этапам:

- **период новорожденности** — 0 дней — появление первой социальной улыбки (приблизительно в 1 мес);
- **период младенчества**;
- **первый подпериод** — от первой социальной улыбки до появления целенаправленного акта хватания (приблизительно в 6 мес);
- **второй подпериод** — от появления целенаправленного хватания до первых самостоятельных шагов (приблизительно в 1 год);
- **период раннего детства** — от первых самостоятельных шагов до появления самосознания, употребления местоимения «Я» (приблизительно в 3 года);
- **дошкольный период** — от появления самосознания до появления адекватной самооценки (приблизительно в 7 лет).

Здесь требуются некоторые уточнения: социальной называется улыбка, возникающая в ответ на внимание, проявленное со стороны другого человека. Иногда мамы уверяют, что их малыш впервые улыбнулся им уже в палате роддома. Конечно, очень хочется, чтобы для каждого ребенка его жизненный путь начинался именно с улыбки, однако в данном случае возникает рефлекторное сокращение мимических мышц. А вот когда малыш фокусирует взгляд на глазах взрослого, агукующего для него, и пусть кривенько, пусть еще неуверенно растягивает крошечный ротик — вот это и есть проявление социальной улыбки. В дальнейшем к этому добавятся вокализации (гуканье и гуление) и общее двигательное оживление. Вот он долгожданный «комплекс оживления», который достигает своего рассвета месяцам к трем младенческой жизни (см. Приложение 7).

**Целенаправленный акт хватания** подразумевает целую серию сложных мыслительных и двигательных операций, а не просто хаотичное поколачивание по подвешенным над кроваткой погремушкам. Ведь сначала надо рассмотреть все игрушки, потом отдать предпочтение одной из них, а затем, следуя выбранной цели, скоординировать движения мышц руки, груди, спины. Как только этот процесс завершается, естественным движением становятся подтягивание за игрушку и попытка самостоятельно сесть. Переход в положение сидя открывает для младенца поистине новые горизонты: теперь можно увидеть не только потолок и стенки кроватки, но и осмотреть комнату, гораздо удобнее играть и дотягиваться до интересных предметов.

**Первые самостоятельные шаги** кто-то из малышек делает уже в 9 мес, а кто-то, в силу особенностей характера, врожденной осторожности, лишь в 1,2 мес. И в первом, и во втором случае это физиологическая норма, а устанавливать жесткие рамки для норм психологических тем более не стоит. Однако малыш, сделавший первый шаг, уже перешел на совершенно новый этап развития, он с каждым шагом разрывает связь — симбиоз мама и ребенок, заявляя о себе как о независимой личности.

**Самосознание** зарождается у малыша приблизительно в 2-летнем возрасте. Именно в это время дети начинают узнавать самих себя в зеркале, а чуть позже в речи появляется местоимение «Я»: «Я хочу», «Я сам», вместо «Тата хочет», «Саша устал». Американскими психологами был проведен интересный эксперимент: малышек подводили к зеркалу, потом незаметно касались носа ребенка пальцем, испачканным краской, так, чтобы осталось заметное пятнышко. Дети младше 2 лет, посмотрев вновь в зеркало, не реагировали на испачканное личико, так как не соотносили увиденные пятна и себя. Большинство же 2-летних

детей дотрагивались рукой до испачканного носа, т.е. узнавали самих себя в отражении. Чуть позже в речи появляется местоимение «Я».

Появление адекватной самооценки является признаком завершения дошкольного детства и одним из важных моментов в психологической готовности к школьному обучению. Оценивая свои умения, 5-летний ребенок всегда преувеличивает собственные достижения: «Я лучше всех нарисовал, а у Ваньки вообще домик кривой». К 6 годам сохраняется завышенная самооценка, но в это время дети хвалят себя не в такой открытой форме, как раньше.

## ВОЗРАСТНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИЗИСЫ РАЗВИТИЯ

На разных этапах развития изменения в детской психике могут происходить постепенно, а могут быстро и резко. Соответственно, выделяют стабильные и кризисные стадии развития.

Для **стабильного периода** характерно плавное течение процесса развития, без резких перемен в личности ребенка. Незначительные, минимальные изменения, обычно незаметны для окружающих. Однако они накапливаются и в конце периода дают качественный скачок в развитии: появляются *возрастные новообразования*. Только сравнив начало и конец стабильного периода, можно представить себе тот огромный путь, который прошел ребенок в своем развитии.

**Стабильные периоды** составляют большую часть детства. Они длятся, как правило, несколько лет.

Однако кроме стабильных этапов существуют и кризисные периоды, или так называемые кризисы развития.

**Возрастной психологический кризис — это относительно непродолжительный период, характеризующийся резкими психологическими изменениями.**

Выделяют:

- 1) кризис новорожденности — 0 дней — появление первой социальной улыбки;
- 2) кризис 1-го года жизни;
- 3) кризис 3 лет;
- 4) кризис 7 лет;
- 5) подростковый кризис — 13 лет;
- 6) кризис ранней юности — 17 лет.

Кризисы, в отличие от стабильных периодов, длятся недолго, обычно несколько месяцев, но при неблагоприятном стечении обстоя-

ятельств могут растягиваться до года и даже 2 лет. Иначе говоря, кризисы — это краткие, но бурные стадии, в течение которых происходят значительные сдвиги в развитии, и ребенок резко меняется во многих своих чертах.

Не стоит думать, что вот исполнилось ребенку 3 года, и он со дня рождения моментально вступает в кризисный период. Начинается и завершается кризис незаметно, его границы чаще всего размыты, неотчетливы. «Обострение» же наступает в середине кризисного периода. При этом кульминация кризисного периода для окружающих ребенка людей связана в первую очередь с явным изменением поведения, появлением «трудновоспитуемости». Взрослые теряют контроль над поведением ребенка, прежние действенные меры воспитания оказываются безуспешными. Типичная картина кризисного периода складывается как из мозаичных кусочков — капризы, более или менее острые конфликты с окружающими, неадекватно сильная реакция на запреты. У школьников, кроме того, снижаются работоспособность и успеваемость, ослабляется интерес к занятиям.

Естественно, что у разных детей кризисные периоды проходят по-разному. Поведение одного становится трудно переносимым, а второй почти не меняется, вроде также тих и послушен. Индивидуальных различий во время кризисов гораздо больше, чем в стабильные периоды. И все же в любом случае изменения есть даже во внешнем плане. Чтобы их заметить, надо сравнивать ребенка не с ровесниками, тяжело переживающими кризис, а с ним самим — таким, каким он был раньше, месяц назад. Каждый ребенок испытывает трудности в общении с окружающими, у каждого снижается темп продвижения в учебе. Однако главные изменения, происходящие во время кризиса, — внутренние. Ребенок теряет интересы, еще вчера направлявшие всю его деятельность, отказывается от прежних ценностей и форм отношений. Это приводит к обострению противоречий между возросшими потребностями ребенка и его все еще ограниченными возможностями, между новыми потребностями ребенка и сложившимися раньше отношениями с взрослыми.

Суммируя все сказанное выше, можно сделать вывод, что кризис детского развития — это переходные периоды от одного этапа детского развития к другому, возникающие на стыке двух возрастов. В кризисные периоды обостряется противоречие между возросшими потребностями человека и его ограниченными возможностями.

**Общими чертами** для любого кризиса являются:

- негативизм (отрицательное отношение к ранее выполнявшимся требованиям);

- резкие перепады настроения;
- раздражительность, даже агрессивность;
- капризность, обидчивость.

## ВЕДУЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЗРАСТА

И все-таки, почему именно в 3, в 7 лет наступает эта полоса «нехорошего» поведения? Надо заметить, что все развитие личности ребенка осуществляется в разных видах деятельности (общение, действия с предметами, учеба и т.д.), сменяющих друг друга. Для каждого возрастного периода основной, преобладающей является какая-то одна деятельность, которая называется **ведущей деятельностью возраста**. Именно в процессе ее осуществления и формируются новообразования данного возраста. Так, например, на первом году жизни в процессе эмоционального общения со взрослыми (это ведущая деятельность младенца) зарождается самостоятельная речь (а это — первое психологическое новообразование).

Выделяют следующие **виды ведущей деятельности возраста**.

1. Эмоционально положительное общение ребенка со взрослыми — от 0 до 1 года.
2. Предметно-манипулятивная деятельность — от 1 года до 3 лет.
3. Сюжетно-ролевая игра — от 3 до 7 лет.
4. Учебная деятельность — от 7 до 13 лет.
5. Интимно-личностное общение — от 13 до 15 лет.
6. Учебно-профессиональная деятельность — от 15 до 17 лет.

В ходе своего развития любая ведущая деятельность проходит три фазы.

1. Насыщение.
2. Кульминация.
3. Спад.

Так, например, на первом году жизни кульминацией, т.е. наивысшей точкой в развитии ведущей деятельности возраста — общение со взрослыми, является «комплекс оживления». Возрастной кризис развития возникает тогда, когда прежняя ведущая деятельность идет на спад, а новая стремится к своей кульминации.

Знание о ведущей деятельности возраста помогает правильно оценить уровень психомоторного развития и дать родителям рекомендации по дальнейшему воспитанию здорового малыша, а соблюдение правил общения в кризисные периоды позволит медицинскому работнику избежать конфликтных ситуаций.

## ОБЩЕНИЕ С МЛАДЕНЦЕМ

К сожалению, для многих даже само название данного раздела покажется несуразным — какое может быть общение с запеленатой, заплаканной «куклой»? Покормили, взвесили, наличие-отсутствие сыпи и опрелостей проверили — и будь здоров.

Однако нам все же предстоит признать правоту современных психологов и физиологов, в один голос утверждающих, что именно **период младенчества является базой для формирования здоровой и психически, и физически личности**. При этом основополагающим условием для гармоничного развития малыша считается создание вокруг него атмосферы доброжелательности. Конечно, мы никогда не станем отрицать важности соблюдения всех врачебных предписаний, точности в режиме питания, санитарно-гигиеническом режиме. Однако медицинский работник должен постараться объяснить родителям, что младенец — это не объект лишь физиологического ухода.

Вот заботливая и очень усталая мама молча переодевает малыша, четко проверяет, нет ли опрелостей, дышит ли носик, не горяча ли смесь в бутылке, при этом пресекает все попытки родных «посюсюкать» с крошкой и покачать на ручках: «Избалуете!». На недолгие минуты бодрствования малышу заводят музыкальную карусель, укрепленную над новенькой кроваткой, а на прогулке малыш созерцает белую (или в крапинку) изнанку самой удобной (и дорогой) коляски. И погуляли, как положено, 2 ч, и мама поболтала с подружками. Такой малыш при осмотре врачом объективно будет, скорее всего, здоров, а вот ущерб, нанесенный его психическому развитию, можно оценить лишь спустя годы. Зачем плакать, если все равно не возьмут на руки, зачем агукать, если маме интереснее чужая тетя, зачем тянуть ручку к надоевшим фигуркам — я все равно один. Сначала начинаем изучать личность малыша, а потом с удивлением говорим: «Ничего ему не интересно, только мультики смотрит...». Так о чем же помимо правил вскармливания и ухода за новорожденным нужно поговорить с молодой (или не очень) мамой?

**Необходимо стимулировать развитие всех органов чувств малыша.**

Проще всего дело обстоит со слухом.

Важно как можно больше разговаривать с малышом, уделяя особое внимание **интонации**. Монотонный, раздраженный, плаксивый голос мамы повергает и малыша в бездну стресса, ведь ребенок в этом возрасте связан с родившей его женщиной пусть уже не физическими, но пси-

хическими узами. Конечно, не нужно изображать притворную радость или кричать во все горло. Кстати, как тихий, так и слишком громкий голос может испугать малыша. Новый, незнакомый человек остается в сознании младенца прежде всего слепком голоса и запаха. Поэтому соседка с прокуренным дыханием и визгливым тембром может вызвать у малыша весьма бурную реакцию, вплоть до отказа от груди. Помните, еще наши бабушки говорили в таком случае: «Сглазили...» А еще весьма мудрым остается требование не показывать новорожденного и не принимать гостей, пока наследнику не исполнится 1,5 мес. Да и потом на прогулке «чужим» не разрешали наклоняться низко над коляской. В этом есть доля рационализма — малыш в этом возрасте все эмоции черпает через еще незрелые органы чувств, и некоторые впечатления могут стать чрезмерно сильными.

Постоянно раздраженные, злые голоса формируют у малыша негативное, подозрительное отношение к окружающему миру, и потом родителям не стоит удивляться словесной агрессии, которую обрушит на них научившееся говорить чадо.

Важно также развивать **тактильные ощущения** у младенца. Мамины ласковые прикосновения — это лучшее благо и спасение от любой младенческой печали. Находясь рядом с маминым телом, малыш ощущает себя в безопасности, ведь ритмичность ударов маминого сердца ребенку знакома уже с внутриутробного периода. Поэтому и успокаиваются малыши быстрее, если их нежно прижимают к левой стороне груди, или укачивают, так чтобы голова и ушко младенца находились в области маминого сердечка. Кроме того, трудно переоценить значение размеренного укачивания, покачивания на коленях для развития вестибулярного аппарата ребенка. А вот подкидывать, трясти малыша запрещено. Существует так называемый синдром сотрясения младенца — Shaken-baby Syndrome (SBS). Энергичные встряхивания чреватые кровоизлияниями в головной мозг или глаза, что приводит к органическим поражениям мозга, а также к слепоте и параличам. Группой риска в этом случае, конечно, являются лица мужского пола — отцы и родственники. Опасность усиливается, если мужчина видит малыша редко и, не умея с ним правильно обращаться, стремится энергичными ласками «компенсировать» свое долгое отсутствие. Эти моменты необходимо объяснить обоим родителям.

Даже взрослому человеку для хорошего самочувствия, по мнению психологов, требуется хотя бы дюжина мимолетных прикосновений, а малышу их нужно в сто раз больше! Это особенно важно для детей, находящихся на искусственном вскармливании. Они в большей степени обделены телесным контактом с мамой.

Ласковые, плавные прикосновения рук близкого человека являются для малыша незаменимым средством от «младенческих коликов», страха, печали. По данным исследований, проведенных Научно-исследовательским институтом прикосновений в Майами, недоношенные младенцы, которым 3 раза в день делали массаж, быстрее набирали вес, а в 9 мес имели лучшие показатели психомоторного развития в сравнении с доношенными сверстниками. Пусть не 3 раза, хотя бы 1 раз во время утреннего туалета, когда и мама, и малыш в хорошем настроении, выполнение массажных движений вполне обосновано. Мы не говорим о тех случаях, когда невролог назначил лечебный массаж. Здесь, конечно, прерогатива остается за профессионалом. Однако выполнить простейшие элементы общеукрепляющего массажа в состоянии любая мама. Главное, обучить ее основным приемам, объяснить принципы направления движения (от периферии к центру), объяснить, что нельзя массировать области скопления лимфатических узлов и делать массаж при повышенной температуре тела. Все прикосновения к ребенку должны быть плавными. А мама пусть или напевает нежную мелодию, или просто мягким голосом говорит о своей любви к малышу. Эти драгоценные минуты полного контакта, единства матери и ребенка окупятся впоследствии сторицей.

Кроме того, существует такой вид массажа, который выполнять систематически может именно мама. Это один из простейших видов логопедического массажа. Ведь всем родителям хочется, чтобы их ребенок говорил чисто и правильно. А формироваться речь начинает на первом году жизни, и стимулировать ее надо именно в этот период, а не в 5–6 лет метаться по логопедам. Для речевого развития ребенка в периоды младенчества и дошкольного детства особое значение приобретает развитие мелкой моторики (как малыш координирует движения пальчиков рук). Между чувствительными окончаниями на пальчиках и речевой зоной головного мозга существует тесная связь. Другими словами, чем более развиты, направлены, координированы действия пальчиков, тем лучше развивается активная речь ребенка.

Итак, вы можете обучить маму логопедическому массажу кистей рук (автор — кандидат педагогических наук Е.А. Екжанова).

Руки у мамы должны быть теплыми и сухими. Массаж выполняют дважды в день, ребенок может лежать или сидеть. Перерыв — 1 день.

1. Поглаживание наружной и внутренней поверхностей рук ребенка от кончиков пальцев к локтю (6 раз на каждой руке).
2. Сгибание и разгибание всех пальцев рук малыша одновременно (за исключением большого пальца) — 6 раз по очереди на каждой руке.

3. Спиралевидные движения пальца мамы по раскрытой ладони ребенка от середины к основанию пальцев с переходом на движение по внутренней стороне большого пальца (4 раза на каждой ладони).
4. Точечные нажатия большим и указательным пальцами мамы на середину каждой фаланги всех пальцев ребенка по направлению от кончика к основанию (все пальцы кисти массируются по очереди по 2 раза).
5. Отведение и приведение большого пальца ребенка в трех направлениях: вперед — назад, вбок — в сторону, по кругу.
6. Ласковое поглаживание каждой ручки ребенка от периферии к центру (6 раз).

Наилучшей игрушкой для младенца является... лицо другого человека. Однако бывают моменты, когда усталая мама просто не может находиться рядом с малышом. В этом случае возможно использование нарисованного на картоне лица с выражением положительной эмоции — улыбка, смеющиеся глаза. Подвешивают такую самоделку так же, как и, например, музыкальные карусели.

Маме необходимо знать, что до 3 лет основным органом чувств у малыша являются язык, рот. Все, что можно дотянуть до рта, ребенок оближет, надкусит, пробуя на вкус. Поэтому лучше пока повременить с приобретением плюшевых друзей. А вот тряпичная кукла или просто подушка-думочка со смешной рожицей-аппликацией могут быть использованы в качестве «ночного сторожа».

Малыш взрослеет и меняется его отношение к окружающему миру. **В возрасте 8 мес практически все дети переживают пик недоверия к «чужакам».** Дети, которые не отвергают «чужих» в этом периоде, не будут соблюдать дистанцию в общении и в дальнейшие периоды жизни. Следовательно, временный негативизм ребенка по отношению к «чужим», в том числе к медицинскому персоналу, скорее, свидетельствует о правильном развитии ребенка, хотя осмотр его медицинским работником бывает сопряжен с определенными трудностями. Обследование ребенка приходится проводить на руках матери. А вот попытка обследования спящего ребенка может стать причиной серьезного испуга, поэтому лучше подождать пока он проснется или в случае крайней необходимости — осторожно разбудить.

Способность ребенка любить окружающих тесно связана с тем, сколько любви он получил сам и в какой форме она выражалась. Особенно в этом отношении страдают мальчики — считается, что уже в возрасте до 1 года мальчики в 5 раз меньше получают ласковых при-



косновений. В дальнейшем и эти крохи тактильного внимания стремительно сокращаются. Ведь «парень должен расти мужчиной». А потом удивляемся подростковой агрессии и неумению найти компромисс в собственной семейной жизни.

Можно сказать, что события первого года жизни формируют у ребенка основу доверия или недоверия к внешнему миру. Ущербность общения в этом возрасте, отсутствие любви между окружающими ребенка людьми и любви к ребенку, по мнению большинства психологов, окрасит в серо-черные тона решение всех возрастных задач, которые будут возникать перед ребенком на последующих этапах развития.

## ОБЩЕНИЕ С РЕБЕНКОМ В ПЕРИОД РАННЕГО ДЕТСТВА

В период с 9 мес до 1,5 года ребенок особенно трудно вступает в контакт с медицинским работником или другими незнакомыми взрослыми. Попытка обследования нередко встречает бурный протест. Поэтому очень важно получить подробную информацию от матери и научить ее регистрировать тревожные симптомы (мама становится глазами и пальцами медицинского работника). А ведь именно в этот период многие мамы вынуждены перепоручать малыша заботам бабушек и воспитателей детского сада.

Начиная с годовалого возраста, ребенок меняет интересы: теперь ему уже недостаточно просто общения с взрослым, ему необходимо взаимодействие с ним как с равным партнером в процессе манипулирования с различными предметами. При этом малышу гораздо интереснее реальные предметы обихода, чем самые дорогие игрушки. Не вызовет интереса большая кукла с набором одежды и личным горшком, мелкие формочки для куличиков еще останутся без внимания, а вот грузовая машина, в которую можно нагрузить песок, понравится и мальчикам, и девочкам. Картонные коробки, пластмассовые тарелки, ложки, миски различных размеров, которые можно вкладывать друг в друга, катать, складывать и сортировать, займут внимание ребенка на достаточно продолжительное время.

На 3-м году жизни в развитии малыша происходит качественный и очень заметный для окружающих скачок. При этом претерпевают изменения и физическая, и эмоциональная, и интеллектуальная сферы (см. Приложение 7). Хотя пока ведущей является, так же как и для годовалого младенца, предметно-манипулятивная деятельность, но коренным образом меняется роль ребенка в этой деятельности. Из хаотичного познания внешних признаков, основных отличительных признаков и функций предмета, ребенок превращается в пытливого исследова-

теля. Ему важно не то, что грузовик можно катать и за веревочку, и просто рукой, что в его кузов можно нагрывать песок, а то, что позволяет вращаться колесикам, и действительно ли в кабине нет шофера. Шквал «почему?», «куда?», «как?», «зачем?» захлестывает окружающих ребенка людей. Подчас мы очень устаем, беспрерывно отвечая на, казалось бы, «бестолковые» вопросы, просим «помолчать хоть минутку». Однако ведь именно такой виток в развитии интеллекта ребенка должен радовать и родителей, и врачей, и воспитателей. Поверьте, родители умственно отсталого ребенка отдали бы все на свете хоть за одно «почему?». Отвечая вдумчиво и честно на вопрос ребенка, мы учим его анализировать, сравнивать, делать выводы. Другими словами, учим думать.

В возрасте от 2 до 3 лет происходят также значительные изменения в словарном запасе ребенка. Он меняется как количественно (примерно 1500 слов), так и качественно (появляется фразовая речь, причастные обороты). Именно по наличию и уровню развития речи очень часто в этом возрасте судят и об умственном развитии ребенка в целом: молчит в 3 года — умственно отсталый. Здесь, конечно, необходимо избегать жестких формулировок и тем более постановок псевдопсихиатрических диагнозов (это прерогатива только специалистов). Дети развиваются очень разными темпами, кроме того, молчаливая замкнутая мама провоцирует развитие таких же качеств и у малыша. Родителям следует посоветовать стимулировать, но не форсировать речевое развитие ребенка. При явных проблемах (полное отсутствие речи) пусть с малышом займется профессионал — логопед. Родительская же роль — развитие мелкой моторики, массаж пальчиков, акцентирование внимания детей на правильной речи, на четкости произношения. Если же ребенок говорит много и достаточно хорошо при избыточном потоке информации, при постоянном призыве выучить очередное стихотворение, возрастает риск возникновения... заикания. Ведь возраст 2—3 года (период становления речи) является первым пиком возникновения заикания. Далее проблемными могут стать моменты совершенствования и усложнения фразовой речи (3—5 лет) и период, связанный с началом обучения чтению и письму (6—7 лет). Постарайтесь свести к минимуму ваше возможное негативное влияние на развитие речи малышей.

Деятельность малышей 2—3 лет еще не стоит приравнивать к полноценной игре. Малыш еще только учится принимать на себя определенные «роли»: мамы, летчика, продавца. Однако чаще дети раннего возраста играют «рядом, но не вместе». Для развития, как интеллектуального, так и физического, ребенок должен научиться играть. И именно взрослый становится проводником малыша в замечательной

**СТРАНЕ ИГР.** Почему ребенок капризничает? Почему он не может себя ни на минуту занять сам? Да потому, что он и не должен это делать, он нуждается в партнерстве взрослого, придумывающего сюжет и основной ход игры, замечающего усталость ребенка и переводящего деятельность подопечного в новое русло.

Малыш в этом возрасте не может сосредоточенно заниматься чем-либо более 15 мин (это наилучший вариант, чаще бывает меньше). После «спокойных» игр — рисования, лепки — хотя бы 10 мин дайте ребенку активно подвигаться. Например, предложите под тихую музыку из магнитофона танцевать медленно и плавно, а под громкую — быстро; покидайте мячики в корзинки или подвешенные кольца, поиграйте, наконец, в «прятки». Потом опять переключитесь на «тихие» игры (см. Приложение 8).

В этом возрасте большинство детей еще не готовы к восприятию цифр, букв в том символическом значении, которое придаем им мы. Многие виды раннего обучения могут, напротив, надолго отбить у ребенка желание постигать новое. Познание окружающего мира — вот что должно оставаться главным: камень — твердый, а мех — мягкий; дождь — холодный, а пирожок — теплый; у курочки — цыплята, а у кошки — котята... Отвечать на вопросы и показывать, рассказывать, побуждая малыша ответить, пусть вначале и односложно. Важно вместе с ребенком восхищаться осенним листочком и первым снегом...

Вот в чем будет заключаться развивающее воспитание в возрасте до 3 лет, вот о чем не должны забывать мамы, а вовсе не о количестве вызубренных букв алфавита.

В период преддошкольного детства в жизни многих детей происходит очень значимое событие — они впервые отправляются в детский сад. Если говорить о наилучшем с психологической точки зрения возрасте для начала посещения детского дошкольного учреждения, то это все-таки 4-й год жизни. Перейден рубеж кризиса 3 лет, появился интерес к сверстникам, меньше зависимость от мамы, лучше иммунитет, чем у 2-летнего. Однако в реальной жизни чаще всего мамы по разным причинам уже в 2,5 года собирают малыша на его «настоящую работу».

## ПРОЯВЛЕНИЯ СОЦИОЗА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА В ДЕТСКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Начало посещения детского сада для любого, даже самого активного, жизнерадостного ребенка — это сильнейший стресс. Каждый малыш в первые недели пребывания в условиях детского дошкольного учреждения проходит нелегкий период адаптации к новым социальным услови-

ям. Здесь особое значение имеет и разлука с мамой, любимыми игрушками, и непривычная еда, необходимость четко выполнять указания воспитательницы. При этом ребенок подчас не понимает, почему вдруг в его жизни произошли такие перемены. Почему нельзя, как и раньше, остаться с мамой дома, почему маме надо на работу, или почему она осталась дома с маленьким братиком, а он, как старший, должен идти в детский сад. А может, это я в чем-то виноват, может, на меня сердятся или больше не любят? Подобные негативные эмоции, подчас страх перед какими-то жесткими требованиями могут привести к формированию хронической стрессовой ситуации, как следствие — ослаблению иммунитета и возникновению череды «болезней привыкания». Происходит трудный период адаптации к новым условиям существования.

**Адаптация — это привыкание к новым условиям.**

Ребенок особенно восприимчив и чувствителен к различным вариантам общения. То крик, то ласка, то кнут, то пряник, а также смена лиц, ухаживающих за ребенком и общающихся с ним (особенно в первые 3 года жизни), нарушают процесс социальной адаптации, вызывая болезненные проявления — агрессию или апатию.

Следствием эмоционального стресса, переживаемого ребенком, может стать патологическое состояние, называемое «социоз» (название дано по аналогии с неврозом, психозом).

**Социоз — это патологическое состояние, вызванное социальными причинами, и является, по сути, срывом адаптационных механизмов организма.**

Проявления социоза:

- 1) агрессивность или апатия;
- 2) чрезмерная боязливость;
- 3) патологическое упрямство.

Длительность периода адаптации ребенка зависит от множества причин:

- особенности высшей нервной деятельности (важно, кто ребенок по темпераменту — оптимист-сангвиник или ранимый меланхолик);
- возраст ребенка (по данным L. Hausam и H. Spiees), наиболее ранимы дети первых 2 лет жизни, адаптация в этом возрасте составляет до 10 дней, а вот в возрасте 15 лет — всего 1–2 дня);

- состояние здоровья ребенка (часто болеющие дети тяжелее реагируют на смену обстановки);
- разница в методах воспитания (воспитание по типу «кумир семьи» приводит к желанию первенства всегда и во всем, и отсутствие похвалы может спровоцировать взрыв эмоций).

По тяжести течения М.В. Бениаминова различает легкую, среднетяжелую и тяжелую форму адаптации (табл. 16).

Таблица 16. Формы адаптации

| Параметр  | Форма адаптации                                |  |  |
|---|--|--|--|
|   | легкая   | среднетяжелая                                  | тяжелая  |
| Нормализация поведенческих реакций (аппетит, сон, эмоции) | К 10–20-му дню                                 | К 20–40-му дню                                 | К 60-му дню и более  |
| Нервно-психическое развитие                               | Нет отставания в сравнении с исходными данными | Замедляется темп речевой активности на 1–2 мес | Появляются невротические реакции (капризы, истерия), потеря массы тела и замедление темпа ее нарастания на период до 6 мес |

Данные, приведенные в таблице, применимы к детям раннего и дошкольного возраста.

Чем младше ребенок, тем труднее, тяжелее протекает адаптация. Именно поэтому все-таки рекомендуется подождать окончания кризиса 3 лет и потом постепенно, а не за 3 дня, начинать готовить малыша к посещению детского сада.

## ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ К ПОСЕЩЕНИЮ ДЕТСКОГО САДА

1. Познакомьте ребенка с воспитателями и территорией садика за несколько месяцев до начала посещения группы. Гулять с детьми вам вряд ли разрешат, а вот узнать имя-отчество «вторых мам», расположение шкафчиков и туалета вполне можно. Особенно это важно для застенчивых детей.
2. За полгода (а не за неделю) до начала «новой жизни» начинайте переводить биологические часы ребенка на режим дошкольного учреждения — более ранний подъем без часовых разлеживания в постели, самостоятельное одевание и раздевание, прием

- пищи без постоянных набегов за печенюшками в кухонный шкаф.
3. Перестраивайте режим питания — от каш и супов никуда не уйти. Приучите малыша, что кушать надо только за столом на кухне, а не у телевизора, аккуратно, и обязательно убирая за собой.
  4. Вместе выбирайте новую одежду для садика — она должна быть и удобной, и нравиться малышу. Девочкам особенно нравится, когда мама вместе с ними планирует гардероб на каждый день — «это ты будешь одевать в понедельник, а какие носочки сюда подойдут?».
  5. Соберите и «ранец» дошкольника, наверняка вас попросят принести краски, карандаши, альбом, тетрадь и т.д. Пусть малыш тоже участвует в выборе этих «сокровищ» — «одну упаковку карандашей можно открыть сейчас, а эту спрячем для детского сада, ладно?».
  6. Придумайте ребенку талисманчик, который будет с ним в первые, самые трудные дни пребывания — привыкания в садике. Может, кукла-брелок на цепочке, прикрепленная к штанишкам, это залог вашего возвращения вечером и частичка Дома.
  7. Сочините и проигрывайте с малышом сказку про котенка (медвежонка, щенка), который собирается идти в детский сад. Например: «Жил-был маленький зайчик. Он был такой беленький, ласковый, мама его очень любила. Однажды они гуляли и увидели много зайчат, которые веселились на лужайке. «Это детский садик», — сказала мама-зайчиха. Зайчонок стал спрашивать маму, а что еще детки делают в этом саду...». Только не надо идеализировать будущее малыша в детском саду и восторженно рассказывать как там весело, здорово, все дружат, все воспитатели добрые. Иначе малыш, столкнувшись с тем, что ему почему-то все-таки грустно в этом сказочном месте, перестанет доверять вашим словам в будущем.
  8. Вместе с героем сказки проигрывайте щекотливые ситуации, которые могут возникнуть в садике: на прогулке захотелось в туалет, не успел добежать и намочил штанишки, не хотелось кушать и теперь тошнит и т.д.
  9. В дни посещения садика устраивайте малышу «тихие вечера» — без телевизора, шумных игр. Почитайте ему, просто погладьте, посидите рядом, пока он строит башню. Ведь малыш устал куда больше вас, он тоже был «на работе», где 10 ч вынужден был общаться с людьми, многие из которых ему, может, не очень-то и нравятся.

## КРИЗИС 3 ЛЕТ

Кризис 3 лет может проявляться у многих в капризах, «приступах нехотения», истерических требованиях выполнить их желания.

Родители могут жаловаться на подобные моменты в поведении трехлетки и ждать вашего авторитетного совета.

## СОВЕТЫ ПО ОБЩЕНИЮ С 3-ЛЕТНИМ РЕБЕНКОМ

Всегда разбирайтесь в причине каприза или топанья ногами: если вы без предупреждения выключили мультфильм на самом интересном месте — повод достаточно обоснован. О том, что через некоторое время надо идти спать (кушать, умываться) надо предупреждать заранее. Очень хорошо, если не вы, а песочные часики или красивый будильник напомнят малышу о том, что пора делать: «Через десять минут мы все пойдем в столовую кушать. Наш будильник вам напомнит об этом. Хорошо?».

В случае уже разразившейся «истерики», сопровождающейся падением на пол, крушением всего вокруг и выкриками обидных слов, первым делом удалите «публику» или самого «актера» со «сцены». Ведь как часто дети на вопрос: «А почему ты не плакал, когда ушибся?» — резонно отвечают: «Так ведь никто же не видел». Возьмите малыша твердо и молча за руку или даже в охапку и уведите, унесите в ближайшее тихое и пустое место (соседняя комната, лужайка за магазином). Постепенно, без избыточного внимания окружающих, всхлипы стихнут, а вам можно будет обсудить происшедшее с малышом. Проявите все свою способность к эмпатии (сочувствию): «Тебе сейчас очень грустно? Ты разозлился? Твой песочный замок разрушили мальчишки, а ты так хотел показать его маме?» Эти вопросы-утверждения дадут малышу уверенность, что его чувства понятны, хотя, может, и выражает их он слишком бурно. Контролю над собственными эмоциями еще надо учиться (и, кстати, не только детям).

Не используйте негативные характеристики личности ребенка: «неряха», «рохля», «дурак» — и не поощряйте использование этих слов в речи самими детьми. В детской комнате дым коромыслом, все игрушки раскиданы, сломан стул. Выразите свои чувства, не переходя на личности: «Ничего себе, вот это беспорядок! Мне это не очень нравится. Да и сломанному стульчику, я думаю, тоже плохо. Кто же поможет его починить?»

Если вы разозлились на ребенка (что вполне возможно), ничего не предпринимайте, а лучше сожмите руки за спиной, чтобы не пустить

их в ход. Ребенку необходимо четко и по возможности спокойно сказать: «Ты меня очень расстроил. Мне обидно. Сейчас я не хочу с тобой говорить». Никогда не шлепайте ребенка в порыве гнева, тем более по попе, по рукам. Попка — это интимное место, предназначенное для удовольствия, а не битья, а руки — связующее звено с миром, символ доверия. Резкие физические действия возможны только в том случае, если ребенку угрожает реальная опасность: пытается выбежать на дорогу, утащил с кухни острый нож и т.д. В этих ситуациях, конечно, необходимо действовать быстро, но без крика, хаотичных действий, так как испуганный ребенок может натворить еще что-нибудь, навредить и себе, и вам.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К ИТОГОВОМУ КОНТРОЛЮ

- Период развития ребенка от 1 года до 3 лет называется:
  - старший дошкольный возраст;
  - младенчество;
  - младший школьный возраст;
  - раннее детство.
- Для ребенка 2,5 года ведущей является деятельность:
  - сюжетно-ролевая игра;
  - учебная деятельность;
  - предметно-манипулятивная;
  - эмоционально-положительное общение с взрослыми.
- Учебная деятельность является ведущей для ребенка:
  - 5 лет;
  - 16 лет;
  - 13 лет;
  - 9 лет.
- Первый пик возникновения заикания приходится на возраст:
  - 2–3 года;
  - 3–4 года;
  - 4–5 лет;
  - 5–6 лет.
- Установите соответствие.

| Возрастной период | Ведущая деятельность                      |
|-------------------|---|
| 1) 0–12 мес.      | А. Игра.                                  |
| 2) 1–3 года.      | Б. Эмоционально-положительное общение.    |
| 3) 3–6 лет.       | В. Учебная деятельность.                  |
|                   | Д. Предметно-манипулятивная деятельность. |

6. Психологическим критерием окончания раннего детства является:
- 1) появление первых самостоятельных шагов;
  - 2) утрата детской непосредственности;
  - 3) появление самосознания;
  - 4) появление целенаправленного хватания.
7. Сказки с повторяющимися действиями, линиями сюжета любят дети в возрасте:
- 1) до 3 лет;
  - 2) 4–5 лет;
  - 3) 5–6 лет;
  - 4) 6–7 лет.
8. Пик недоверия к незнакомым людям приходится на возраст:
- 1) 3–4 года;
  - 2) 3–6 мес;
  - 3) 1–3 мес;
  - 4) 9 мес — 1,5 года.
9. Патологическое состояние, вызванное социальными причинами, срыв адаптационных механизмов организма называется:
- 1) кульминация;
  - 2) эмансипации;
  - 3) социоз;
  - 4) гиперадаптация.
10. Умение сочувствовать другим людям, понимать их внутреннее состояние называется \_\_\_\_\_.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ

### Темы 1–2

1 — 3. 2 — 1. 3 — 1. 4 — 1. 5 — 2. 6 — 3. 7 — 4. 8 — 3. 9 — 4. 10 — 1, 2, 3. 11 — 2, 4. 12 — 1, 2, 3. 13 — 1, 4. 14 — 1, 2, 4. 15 — 2. 16 — 2. 17 — 4. 18 — 4. 19 — 2. 20 — 1, 2, 3. 21 — 3. 22 — 4. 23 — 2. 24 — 3. 25 — 1. 26 — 4. 27 — 4. 28 — 1, 2, 4. 29 — 1, 3, 4. 30 — 1, 2, 3. 31 — 1. 32 — 4. 33 — 2. 34 — 2. 35 — 2. 36 — 1.

### Тема 3

1 — 1, 3, 4. 2 — 1. 3 — 2. 4 — 3. 5 — 1, 2, 3. 6 — 1, 2, 3. 7 — 2. 8 — 2. 9 — 3. 10 — 1/6 массы тела. 11 — 5. 12 — 2. 13 — 3. 14 — 3. 15 — 2. 16 — 4. 17 — 2. 18 — 1. 19 — 2. 20 — 1/5 массы тела. 21 — 1, 2, 3. 22 — 4. 23 — 4. 24 — 1, 2, 3. 25 — 1. 2. 26 — 1, 3. 27 — 4. 28 — 3.

### Тема 4

1 — 4. 2 — 3. 3 — 4. 4 — 1. 5 — 1–Б, 2–Д, 3–А. 6 — 3. 7 — 1. 8 — 4. 9 — 3. 10 — эмпатия.

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности продуктов питания».
3. Постановление Правительства Российской Федерации № 554 от 24.07.2000 «Положение о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании».
4. Приказ Министерства здравоохранения СССР «Об усилении борьбы с гельминтозами в стране» № 089 (1986 г.).
5. Приказ МЗ РФ «Об организации деятельности медицинской сестры участковой» от 21.06.2006 № 490.
6. Приказ МЗ РФ «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» от 04.08.2006 № 584.
7. Национальная стратегия вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Смешанное и искусственное вскармливание детей.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
10. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 21.12.2013 с изм., вступившими в силу с 01.01.2014) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
12. *Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю.* Вы и младенец. У истоков общения. — М.: Педагогика, 1991.
13. *Баранов А.А., Тутельян В.А. и др.* Современные представления о вскармливании детей первого года жизни. — М., 2005.
14. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т.* Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 120 с.
15. *Брэдвей Л., Алберс Хил Б.* Ребенок от 0 до 3 лет. Как развить врожденные способности. — М.: ЮНВЕС, 1997.
16. *Брокет З., Шрейбер Г.* Целительная сила сказок. — М.: АКВАРИУМ БУК; К.: ФГУИППВ, 2003.

17. *Гарбузов В.И.* От младенчества до отрочества: размышления врача о развитии и воспитании ребенка. — Л.: Интерполиграфцентр ЛО СФК, 1991.
18. *Вельтищев Ю.Е.* Состояние здоровья детей, негативные тенденции и общая стратегия профилактики // Рос. вестник перинатологии и педиатрии: приложение. — М., 1994.
19. *Виноградов П.А.* Физическая культура и здоровый образ жизни. — М.: Физкультура и спорт, 1999.
20. Вакцины и вакцинация. Национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Р.М. Хаитова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 640 с.
21. *Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г. и др.* Поликлиническая педиатрия. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2002.
22. *Запруднов А.М., Григорьев К.И.* Педиатрия с детскими инфекциями: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 560 с.
23. *Караваев В.Е., Ларюшина Р.М., Орлова С.Н., Шубина Н.Ю.* Вакцинопрофилактика в практике врача-педиатра. — Иваново, 2001.
24. *Корнеева Е.Н.* Почему они такие разные? Характер и темперамент вашего ребенка. Эти загадочные малыши... — Ярославль: Академия развития, Академия Холдинг, 2001.
25. *Костяева В.Н.* Нестандартный ребенок. — М.: Айрис-пресс, 2004.
26. *Коровина Н.А., Захарова И.Н. и др.* Витамины и микроэлементы в практике врача-педиатра // РМЖ. — 2004. — № 1.
27. *Куценко Г.И., Чичерин Л.П.* Охрана здоровья и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам. — Воронеж; М., 2000. — 156 с.
28. Лекции по педиатрии «Патология новорожденных и детей раннего возраста» / под ред. В.Ф. Демина, С.О. Ключникова. — М., 2001.
29. *Мазурин А.В., Воронцов И.М.* Пропедевтика детских болезней. — М.: Медицина, 1986.
30. *Макарова И.В., Смирнова Г.И. и др.* Профилактика и лечение атопического дерматита у детей. — М., 2002.
31. *Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б.* Питание человека (основы нутрициологии). — М., 2002.
32. *Мухоморова Ю.Г. и др.* Микроэлементы: участие в обменных процессах и их значение в детском питании // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1. — № 5.
33. *Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д.* Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе: пособие для практических психологов, педагогов и родителей. — М.: ВЛАДОС, 2001.
34. Организация работы медицинских сестер амбулаторно-поликлинической службы / под ред. Т.В. Рябчиковой. — М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздора», 2007. — 192 с.
35. *Самсыгина Г.А.* Диспансеризация детей раннего и дошкольного возраста // Педиатрия. — 2013. — № 2.

36. Рекомендуемые сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в питание детей первого года жизни: метод. указания // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1. — № 5. — С. 29–34.

37. Рюхова И.В. Как подарить малышу здоровье. Кормим грудью. — М.: Эксмо, 2010. — 544 с.

38. Руководство Р 1.1.004-94 «Государственная система санитарно-эпидемиологического нормирования РФ. Общие требования к построению, изложению и оформлению санитарно-гигиенических и эпидемиологических нормативных и методических документов», утв. Госкомсанэпиднадзором РФ 09.02.1994.

39. Санникова Н.Е., Вахлова И.В. Вскармливание детей первого года жизни. — Екатеринбург, 2002. — 153 с.

40. Спиричев В.Б. Дефицит микронутриентов и отечественные продукты лечебно-профилактического питания для его коррекции. — М., 1998.

41. Стуколова Т.Н. Лекции по поликлинической педиатрии. — М., 2005.

42. Чернышов В.Н. и др. Поликлиническая педиатрия: учеб. пособие. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.

43. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: сб. мат. / под ред. А.А. Баранова. — М.: ПедиатрЪ, 2013. — Вып. VI. — 192 с.

44. Шабалов Н.П., Цвелелев Ю.В. Основы перинатологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2004.

45. Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 184 с.

46. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. — Тверь, 2013.

47. Вакцинопрофилактика [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.epidemiolog.ru/vac\\_prof](http://www.epidemiolog.ru/vac_prof)

48. «Здоровая Россия» — государственная программа профилактики [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.takzdorovo.ru>

49. Здоровье ребенка [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://zdorovye-rebenka.ru>

## Приложение 1

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2014 № 125н

## ПРИЛОЖЕНИЯ

|                         | ДЕТИ ДО 18 ЛЕТ |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   | ВЗРОСЛЫЕ |       |       |       |       |       |     |
|-------------------------|----------------|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|---|---|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
|                         | МЕСЯЦЫ         |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   | ГОДЫ     |       |       |       |       |       |     |
|                         | 0              | 1  | 2  | 3  | 4,5 | 6  | 12 | 15 | 18 | 20 | 6 | 7 | 14       | 15-17 | 18-25 | 26-35 | 36-55 | 56-59 | 60+ |
| Туберкулез              | 3-7 д.         |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Гепатит В               | v1             | v2 |    |    |     | v3 |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Гепатит В               | v1             | v2 | v3 |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Пневмококковая инфекция |                |    | v1 |    | v2  |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Коклюш                  |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Дифтерия                |                |    |    | v1 | v2  | v3 |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Столбняк                |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Полиомиелит             |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Гемофильная инфекция    |                |    |    | v1 | v2  | v3 |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Корь                    |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Краснуха                |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Эпидемический паротит   |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |
| Грипп                   |                |    |    |    |     |    |    |    |    |    |   |   |          |       |       |       |       |       |     |

■ Всем лицам данной возрастной группы

■ Лицам из групп риска, по показаниям, призывники (грипп)

■ Ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений и однократно привитые (для кори и краснухи)

Каждые 10 лет с момента последней ревакцинации (АДС-м)

АДС-м АДС-м АДС-м

RV2 RV3

ОПВ ОПВ

ИПВ ИПВ

RV RV

Девушки

Ежегодно

**Примечания**

1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством РФ, согласно инструкциям по применению.

2. При нарушении сроков иммунизации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению препаратов. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

3. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

4. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями 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 иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами вакцинация против туберкулеза не проводится.

5. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

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

7. При исключении диагноза «ВИЧ-инфекция» детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

8. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

9. При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста и учащихся 1–11 классов школ используются вакцины без ртутьсодержащих консервантов.

– По эпидемическим показаниям прививают детей, ранее не привитых и не болевших, контактных в очагах:

- эпидемического паротита с 1 года;
- кори с 1 года;
- дифтерии с 3 мес.

Контроль выполнения плана профилактических прививок осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии, которому ежемесячно представляют отчет о сделанных прививках.



## Приложение 2

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА  
И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Настоящее согласие (отказ) на медицинское вмешательство составлен в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

о том, что приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» утвержден перечень следующих видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие **при выборе врача и медицинской организации** для получения первичной медико-санитарной помощи.

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.

5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Я информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно **соглашаюсь** на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств в детской поликлинике \_\_\_\_\_ несовершеннолетнему \_\_\_\_\_.

(указывается Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

а) в сопровождении законного представителя (родителя, опекуна, попечителя),

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
законного представителя

б) в сопровождении моего доверенного лица \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
законного представителя

в) при обращении ребенка в детскую поликлинику самостоятельно.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
ребенка старше 15 лет

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Приложение 3

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
(ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ ОТ  
2 ДО 7 ЛЕТ) ИЛИ ОТКАЗА ОТ НЕГО**

Настоящее согласие (отказ) на медицинское вмешательство составлен в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю то, что **проинформирован(а)** врачом:

- о том, что профилактические осмотры детей проводятся в рамках Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и способствуют улучшению диагностики отклонений в состоянии здоровья детей в ранние периоды, повышению качества оздоровления и формированию системы реабилитационных мероприятий в учебно-воспитательном процессе;
- о порядке проведения медицинского осмотра ребенка в возрасте от 2 до 7 лет, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н:
  - Я информирован о том, что медицинский персонал делает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

| Возрастные периоды | Осмотры врачами-специалистами  | Лабораторные, функциональные и иные исследования   |
|--------------------|--|--|
| 2 года             | Педиатр, детский стоматолог  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 2 года 6 мес       | Педиатр  |  |
| 3 года             | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, акушер-гинеколог (для девочек), детский уролог-андролог (для мальчиков) | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови   |
| 4 года             | Педиатр, детский хирург  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 5 лет              | Педиатр, детский хирург  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 6 лет              | Педиатр, невролог, офтальмолог, детский стоматолог   | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови   |
| 7 лет              | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, акушер-гинеколог, детский уролог-андролог          | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы, электрокардиография |

| Образовательное учреждение             | Осмотры врачами-специалистами   | Лабораторные, функциональные и иные исследования  |
|--|---|---|
| Дошкольные образовательные учреждения  | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, акушер-гинеколог детский, уролог-андролог                      | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, анализ кала на яйца глистов   |
| Общеобразовательные учреждения (школы) | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, акушер-гинеколог, детский уролог-андролог | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, анализ кала на яйца глистов, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы, электрокардиография |

Необходимость других методов исследования будет разъяснена дополнительно.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: добровольно соглашаюсь / отказываюсь на проведение профилактического медицинского осмотра:

(нужное подчеркнуть)  
несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

(указывается Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## Приложение 4

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
(ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ РЕБЕНКУ В ВОЗРАСТЕ  
ДО 3 ЛЕТ) ИЛИ ОТКАЗА ОТ НЕГО**

Настоящее согласие (отказ) на медицинское вмешательство составлен в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю то, что **проинформирован(а)** врачом:

- о том, что профилактические осмотры детей проводятся в рамках Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и способствуют улучшению диагностики отклонений в состоянии здоровья детей в ранние периоды, повышению качества оздоровления и формированию системы реабилитационных мероприятий в учебно-воспитательном процессе;
- о том, что неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводится детям в возрасте до 1 мес включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка;
- о том, что аудиологический скрининг проводится детям в возрасте до 3 мес включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка;

- о порядке проведения медицинского осмотра ребенка в возрасте до 3 лет в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1346н.

| № п/п | Возрастные периоды | Осмотры врачами-специалистами  | Лабораторные, функциональные и иные исследования   |
|-------|--------------------|--|--|
| 1     | Новорожденный      | Педиатр  | Неонатальный скрининг. Аудиологический скрининг  |
| 2     | 1 мес              | Педиатр, невролог, детский хирург, офтальмолог   | УЗИ органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов, нейросонография, аудиологический скрининг |
| 3     | 2 мес              | Педиатр  |  |
| 4     | 3 мес              | Педиатр, невролог, травматолог-ортопед   | Общий анализ крови, общий анализ мочи, аудиологический скрининг  |
| 5     | 4 мес              | Педиатр  |  |
| 6     | 5 мес              | Педиатр  |  |
| 7     | 6 мес              | Педиатр, детский хирург, невролог  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 8     | 7 мес              | Педиатр  |  |
| 9     | 8 мес              | Педиатр  |  |
| 10    | 9 мес              | Педиатр  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 11    | 10 мес             | Педиатр  |  |
| 12    | 11 мес             | Педиатр  |  |
| 13    | 12 мес             | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский  | Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Исследование уровня глюкозы в крови. Электрокардиография        |
| 14    | 1 год 3 мес        | Педиатр  |  |
| 15    | 1 год 6 мес        | Педиатр  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 16    | 1 год 9 мес        | Педиатр  |  |
| 17    | 2 года             | Педиатр, детский стоматолог  | Общий анализ крови, общий анализ мочи  |
| 18    | 2 года 6 мес       | Педиатр  |  |
| 19    | 3 года             | Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, акушер-гинеколог (для девочек), детский уролог-андролог (для мальчиков) | Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови                             |

Я информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь/отказываюсь на проведение профилактического медицинского осмотра:

(нужное подчеркнуть)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

(указывается Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/  
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись   
законного представителя

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

Настоящее согласие (отказ) на медицинское вмешательство составлен в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» Я, нижеподписавшийся (ая) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, государственной социальной поддержке граждан при возникновении поствакцинальных осложнений (глава V Федерального закона от 17.09.1998 № 157), последствиях отказа от профилактической прививки;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РФ требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства РФ от 15.07.1999 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я проинформирован(а) о том, что в целях раннего выявления туберкулеза у детей пробу Манту (туберкулинодиагностику, не являющуюся прививкой) проводят вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет 1 раз в год, детям, не вакцинированным против туберкулеза по медицинским противопоказаниям, пробу Манту ставят с 6-месячного возраста 2 раза в год до получения ребенком прививки БЦЖ-М вакциной (СП 3.1.1295-03. Профилактика туберкулеза, гл. IV).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки согласно национальному календарю профилактических прививок 2011 года, реакции Манту \_\_\_\_\_

(указать)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививок согласно национальному календарю профилактических прививок 2011 года (согласно

приказу МЗСР России от 31.01.2011 № 51н), реакции Манту с предоставлением мне информации о дате предстоящей прививки:

\_\_\_\_\_ (название прививки, реакции Манту)

добровольно отказываюсь от проведения прививки

\_\_\_\_\_ (название прививки, реакция Манту)

несовершеннолетнему \_\_\_\_\_

(указывается Ф.И.О. и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись \_\_\_\_\_  
ребенка старше 15 лет

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.  
(должность, ФИО, тел.)

## ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

| Процесс           | Возрастной период  |   |   |
|-------------------|--|---|---|
|                   | Младенчество   | Раннее детство  | Дошкольный период   |
| <b>Восприятие</b> | В 2 мес — проявление интереса к новым предметам.<br>В 3 мес — возможность прослеживания движущихся предметов; различение цветов и форм.<br>С 6 мес — особая чувствительность к интонации.<br>В 8 мес — восприятие губыны | Восприятие еще ограничено наглядной ситуацией — нет творческого воображения. Активно познает качества предметов тактильными ощущениями. Предмет, попавший в поле зрения, обязательно будет обследован | Становится осмысленным и целенаправленным, появляются произвольные действия в познании мира — наблюдение, рассматривание, поиск. Активно использует в речи названия качеств, признаков, состояний предметов. Ребенок способен решить задачу методом мысленного соотнесения (сначала мысленно примерить, потом правильно вложить фигуру в нужное отверстие).<br>К 5 годам — различение право — лево. К 6 годам — ощущение времени (минуты, часы, вчера, сегодня) |
| <b>Память</b>     | К 3 мес — узнавание игрушки, к 4 мес отличает знакомое лицо человека от незнакомого, знакомый голос от незнакомого   | Становится продолжительным восприятия, на уровне узнавания, но нет опоры на прошлый опыт. Раннее детство практически полностью забывается   | До 5 лет — непроизвольная память (запоминает только интересное, яркое). После 5 лет формируется произвольная память (важно для школьного обучения)  |
| <b>Мышление</b>   | Появляются первоначальные формы наглядно-действенного мышления. Действует методом проб и ошибок (в поисках игрушки переворачивает все подушки)   | Наглядно-действенное мышление. В сотрудничестве со взрослым усваивает способы действий с различными предметами. При складывании предметов использует слововой метод или метод проб и ошибок           | Переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению. Учится логически рассуждать, делать выводы о причинах и следствии, обобщать (маленький — значит, легкий). К 6 годам способен понимать символизм букв и цифр   |

| Процесс     | Возрастной период   |  |   |
|-------------|---|--|---|
|             | Младенчество  | Раннее детство   | Дошкольный период   |
| <b>Речь</b> | Появление первых слов (девочки — в 8–9 мес, мальчики — в 11–12 мес).<br>Характерны слова-звукоподражания: ав-ав (собака).<br>К году понимает около 10–20 слов, произносит 1–5 слов, сходных по звучанию со взрослой речью («мама», «дай», «нет» и т.п.) | Может обозначать одним словом предметы, различные по внешнему виду, но сходные по какому-то признаку или способу действия («уля» — резиновая уточка и остроносые ботинки).<br>Количество понимаемых слов (пассивный словарь) больше количества самостоятельно произносимых (активный словарь).<br>1 год 8 мес — 2 года — появление двухсловной фразы, множественного числа, первый период «почемучек» — вопросы «что это?».<br>К 3 годам — активный словарь достигает 1000–1500 слов (все части речи, разные типы предложений) | К 5 годам исчезают физиологические несовершенства речи (неверное произнесение звуков). К 6 годам активный словарь составляет около 3000 слов. Усваиваются закономерности построения слова и фразы, падежные окончания. В 3–5 лет — период словотворчества — «Дым трубится». В речи появляются монологи и связные пересказы. Второй период «почемучек» — в 5 лет |

| Процесс | Возрастной период  |  |  |
|---------|--|--|--|
|         | Младенчество   | Раннее детство   | Дошкольный период  |
| Эмоции  | К 3 мес — «комплекс оживления». Эмоции удивления, радости, тревоги.<br>С 8 мес — страх незнакомец.<br>С 7–11 мес — «страх расставания с мамой» | Характерны яркие эмоциональные реакции, связанные с непосредственными желаниями ребенка. Бурное реагирование на ситуационные трудности сменяется другими эмоциями (ребенка легко отвлечь от негативных эмоций). Чутко улавливает настроение близких (агрессивные моменты других членов семьи выражает в кусании, драчливости). Со сверстниками эгоцентричен, исходит из своих желаний, не учитывая пожелания другого ребенка.<br>Возникает самооценка: «Я хороший» | Овладевают всей массой человеческих эмоций, способны сами отвлекаться от неприятной ситуации, в некоторой мере контролировать проявления эмоций. Предстоящие события всегда вызывают эмоциональный отклик.<br>Переживания становятся глубже, появляется способность сопереживания сверстнику.<br>Формируется адекватная самооценка |

## Приложение 7

## ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ИГРУШЕК И КНИГ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Для полноценного развития у ребенка должны быть игрушки из каждой перечисленных ниже групп.

- Игрушки из реальной жизни:** кукольное семейство (семья зверюшек), кукольный домик, мебель, посуда, машины, лодка, касса, весы, медицинские и парикмахерские инструменты, мелки и доска, музыкальные инструменты, железная дорога, телефон и т.д.
- Игрушки, помогающие «выплеснуть» агрессию:** солдатика, ружья, мячи, надувные «груши», подушки, резиновые игрушки, скакалка, надувной молоток, дротика для метания, кегли и т.д.
- Игрушки для развития творческой фантазии и самовыражения:** кубики, матрешки, пирамидки, конструкторы, азбука, настольные игры, разрезные картинки, паззлы, краски, пластилин, мозаика, наборы для рукоделия, кусочки ткани, бумага для аппликаций, клей и т.д.

При выборе любых игрушек для детей младше 3 лет стоит придерживаться следующих правил.

- На этикетке не должно быть надписи «Для детей старше 3 лет» или изображения малыша в зачеркнутом круге.
- Если хоть одна деталь игрушки мельче кулака взрослого, играть в нее он может только при вашем участии.
- Игрушки должны быть приятного, неядовитого цвета, без острых краев.
- Если игра или книжка претендует на название развивающей, внимательно прочитайте сведения об авторе (является ли составитель психологом, дефектологом), каким учреждением рекомендовано использование игрушек (Институт коррекционной педагогики, Институт возрастной физиологии).

## Примерный перечень литературы для детей раннего возраста

В выборе книг для чтения следует ориентироваться на возраст ребенка. Поверьте, истории о Муми-тролле ему еще сложноваты. А вот все народные сказки (и не только русские) вполне подойдут. При этом внимательно прочитайте книгу сами, подумайте, все ли слова будут понятны детям. Не стоит читать неадаптированный вариант русских народных сказок — они сложны и... жестоки. Подберите сюжеты, в которых есть повторяющийся ряд действий, слов: «Репка», «Курочка Ряба», «Теремок», «Гуси-лебеди», «Маша и медведь», «Три поросенка», чуть позже — «Красная шапочка», «Мальчик-с-пальчик», «Золушка».



Оригинальный вариант «Винни-пуха», «Карлсона», «Буратино» еще требует значительного упрощения. Картинки в книге должны быть, во-первых, цветными, во-вторых, достаточно большими (желательно на всю страницу), в-третьих, легко узнаваемыми (медведь должен быть похож на медведя, а не на кляксу). Из стихов подойдут короткие четверостишия А. Барто, С. Маршака.

### ПРИМЕРЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-РАЗВИВАЮЩИХ ИГР

#### Рекомендуемая литература для родителей

1. *Галанов А.* Игры, которые лечат. — М.: Педагогическое общество России, 2005.
2. *Кряжева Н.Л.* Мир детских эмоций. — Ярославль: Академия развития, 2001.

#### Игры для развития мелкой моторики

##### Пальчик о пальчик (с 9 мес)

Цель: уравнивание нервных процессов, укрепление тормозных реакций, выполнение действий по команде, координация движений рук.

Ребенок сидит перед ведущим. Под песенку ведущего повторяет за ним движения:

Пальчик о пальчик тук да тук! (повторить 2 раза).

Хлопай, хлопай, хлопай! (хлопают в ладоши).

Ножками топай, топай, топай! (повторить 2 раза).

Спрятались, спрятались (закрывают лицо руками).

Пальчик о пальчик тук да тук (повторить 2 раза).

##### Я рисую по крупе

Цель: развитие координации движений рук, творческого воображения.

Оснащение: яркий поднос насыщенного цвета, 1–1,5 стакана мелкой крупы (манка, пшено).

Тонким равномерным слоем рассыпаем по подносу мелкую крупу. Проведем пальчиком ребенка по крупе. Получается яркая контрастная линия. Далее позволяют малышу самому нарисовать несколько хаотических линий. Затем вместе с ребенком рисуют какие-нибудь предметы (забор, дождик, волны).

#### Игры для развития навыков общения в коллективе и общей моторики

##### Игры на улице «Зоопарк на прогулке»

Цель: развитие двигательной и слуховой памяти, координации движений, внимания.

Дети шагают по кругу под музыку. На слово «зайчик», произнесенное ведущим, они должны начать прыгать, как зайчики, на слово «лошадка» — изображать, как лошадь ударяет копытом об пол, на слово «рак» — пятиться, «птицы» — бегать врассыпную, широко расставив руки, «аист» — стоять на одной ноге. Эта игра стимулирует внимание, учит быстро реагировать на звуковые сигналы.

## Приложение 9

### ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА У РЕБЕНКА (МЕТОДИКА Г.П. ЛАВРЕНТЬЕВОЙ И Т.М. ТИТАРЕНКО, ДЛЯ ДЕТЕЙ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ)

Для определения типа темперамента используется специальная карта наблюдений, которая предлагается родителям для заполнения в течение недели.

#### Карта наблюдений за ребенком

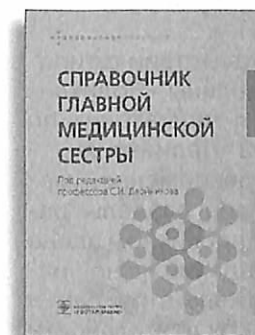
Уважаемые родители! Проследите, пожалуйста, как ведет себя ребенок в следующих ситуациях. Для этого каждый раз, наблюдая за реакцией ребенка, ставьте пометку в соответствующей графе.

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>1. Как ведет себя ребенок, если возникает необходимость быстро, безотлагательно действовать?</b>                            |   |   |   |
| А) включается легко, без ярких эмоций  | Б) включается очень активно, эмоционально                     | В) включается неторопливо                           | Г) включается робко, осторожно                    |
| <b>2. Как реагирует ребенок на замечания взрослого?</b>  |   |   |   |
| А) говорит, что больше не будет, но позже делает то же самое   | Б) не слушает и поступает по-своему, проявляет бурную реакцию | В) молчит, принимает к сведению, обдумывает         | Г) обижается, молчит, долго переживает, плачет    |
| <b>3. Как разговаривает ребенок с другими детьми в значимых для него ситуациях?</b>  |   |   |   |
| А) быстро, прислушиваясь к высказываниям других  | Б) стремительно, страстно, никого не слушая                   | В) спокойно и уверенно                              | Г) с сомнением, неуверенно, оглядываясь на других |
| <b>4. Как ребенок ведет себя в непривычной для него обстановке (в кабинете врача, заведующего детским садом, в аэропорту)?</b> |   |   |   |
| А) легко ориентируется, проявляет любопытство, активность  | Б) возбужден, иногда излишне беспокоен                        | В) внимательно, обстоятельно осматривает все вокруг | Г) слушает взрослых, ведет себя застенчиво        |

**Ключ к карте наблюдений.** Если ребенок чаще всего проявляет реакции по типу «А», можно считать, что у него преобладают сангвинические черты темперамента, по типу «Б» — холерические черты, по типу «В» — флегматические черты, по типу «Г» — меланхолические черты. «Чистые» типы темперамента встречаются редко, чаще наблюдается комбинация разных черт с преобладанием одного из типов темперамента.

## Справочник главной медицинской сестры

Под ред. С.И. Двойникова



2017 г., 320 с.

- Справочник главной медицинской сестры написан авторским коллективом, представляющим медицинские образовательные организации высшего и среднего профессионального образования и лечебно-профилактические организации Московской области. Содержание справочника соответствует квалификационным требованиям к должности главной медицинской сестры и является результатом анализа нормативных правовых документов в здравоохранении, ФГОС ВПО по специальности «Сестринское дело» (бакалавр), дополнительных образовательных программ обучения, требований работодателя, практического опыта главных внештатных специалистов по сестринскому делу и главных медицинских сестер Московской области.
- Издание может быть рекомендовано в качестве основной справочной литературы для главных и старших медицинских сестер лечебно-профилактических организаций, а также дополнительного учебного пособия при подготовке специалистов по специальности «Сестринское дело» (бакалавр), повышении квалификации главных и старших медицинских сестер.

## Поликлиническая и неотложная педиатрия



2019 г., 472 с.

**Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова**

- Учебник написан в соответствии с типовой программой дисциплины «Поликлиническая и неотложная педиатрия» по специальности 31.05.02 «Педиатрия».
- С учетом достижений современной медицины рассмотрены все разделы работы врача-педиатра в первичном звене здравоохранения. В издании ясно, наглядно и доступно изложены структура и организационные аспекты деятельности детской поликлиники. Подробно отражены вопросы наблюдения за здоровым ребенком (уход, режим, питание, вакцинапрофилактика и т.д.); амбулаторного ведения доношенных и недоношенных новорожденных, младенцев групп риска; диагностики и лечения соматических и инфекционных заболеваний; диспансеризации больных детей в соответствии с последними приказами Минздрава России и Федеральными клиническими рекомендациями. Большой раздел посвящен медицинской помощи организованым детям; особое внимание уделено неотложным состояниям и помощи на догоспитальном этапе.
- Учебник предназначен студентам медицинских высших учебных заведений.

## ГДЕ И КАК КУПИТЬ КНИГИ

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12

### Отдел оптовых продаж (вузы + опт)

Тел.: (495) 921-39-07 (доб. 112, 113, 152, 192, 109);  
моб.: (916) 876-90-59;

e-mail: opt@geotar.ru, iragor@geotar.ru, sitnikova@geotar.ru, sa@geotar.ru

### Отдел продаж медицинским училищам и колледжам

Тел./факс: (495) 228-09-74, 921-39-07 (доб. 138, 207, 252);  
моб.: (926) 817-51-50, (985) 339-53-01;

e-mail: sales2@geotar.ru, zhernova@geotar.ru

### Отдел розничных продаж и выставок

Тел./факс: (495) 921-39-07 (доб. 255, 280); моб.: (926) 168-42-16;  
e-mail: bobyleva@geotar.ru, gnezdilov@geotar.ru

### Интернет-магазин «Медкнигасервис»

Тел.: 8 (800) 555-99-92; www.medknigaservis.ru;  
e-mail: bookpost@medknigaservis.ru;  
доставка по всей России

### Фирменные магазины (Москва)

М. «Фрунзенская», Комсомольский пр-т, д. 28, подъезд 3 (здание Московского дворца молодежи, вход в магазин со стороны Комсомольского проспекта). Ежедневно с 9 до 20 ч.  
Тел.: (499) 685-12-47; моб.: (916) 877-06-84



М. «Новокузнецкая», «Третьяковская», ул. Садовническая, д. 13, стр. 11. Ежедневно с 9 до 20 ч.  
Тел.: (495) 921-39-07 (доб. 602, 603)



М. «Савёловская», ул. Суцёвский Вал, д. 9, стр. 1 (вход справа от Мебельного центра). Ежедневно с 9 до 20 ч.  
Тел.: (495) 921-39-07 (доб. 729); моб.: (985) 387-14-57



**Книги Издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»  
вы можете приобрести у следующих региональных представителей:**

**Архангельск.** «АВФ-книга»:  
ул. Ленина, 3;  
тел.: (8182) 65-38-79

**Архангельск.**  
Книготорговая фирма «Рамкона»:  
ул. Шубина, 3, оф. 47А;  
тел.: (8182) 47-00-77;  
www.ramcona.ru

**Астрахань.** «Медицинская книга»:  
ул. Бакинская, 121 / ул. Кирова, 51  
(около Медицинского университета);  
тел.: (8512) 60-87-06, (917) 170-25-22;  
факс: (8512) 25-87-06

**Барнаул.** ИП Сидоренко П.А.:  
ул. Новоугольная, 24;  
тел.: (902) 999-22-22

**Владивосток.** «Медицинская книга»:  
Партизанский пр-т, 62А,  
Дворец культуры железнодорожников;  
тел.: (914) 792-11-26

**Владикавказ.** «Книги»: ул. Маркуса, 26;  
тел.: (8672) 45-16-08, 50-56-63

**Волгоград.** «Современник»:  
пр-т Ленина, 2;  
тел.: (8442) 38-33-94, 38-33-96

**Воронеж.** ИП Собацкий Б.Н.,  
«Медицинская книга»:  
ул. Кольцовская, 6;  
тел.: (4732) 40-59-56 (моб.)

**Екатеринбург.** Магазин медицинской  
книги: ул. Волгоградская, 184;  
тел./факс: (343) 338-77-25;  
http://www.mmbook.ru/;  
торговый представитель:  
г. Тюмень, ул. Одесская, 59.  
Магазин «Милан»,  
отдел «Медкнига»

**Екатеринбург.** «Дом книги»:  
ул. Антона Валека, 12;  
тел.: (343) 253-50-10

**Ессентуки.** «РОССЫ»:  
ул. Октябрьская, 424;  
тел.: (8793) 46-93-09

**Иваново.** «Новая мысль»:  
пр-т Ленина, 5; тел.: (4932) 41-64-16

**Ижевск.** Магазин «Медицинская  
литература» (ИП Тюлькин А.В.):  
ул. Лихвинцева, 46  
(ТЦ «Виктория»);  
тел.: (912) 850-71-72, (950) 165-32-15;  
e-mail: alextyulkin@yandex.ru;  
www.doctorbooks.ru

**Иркутск.** Магазин «Медкнига»:  
ул. К. Либкнехта, 157;  
тел.: (3952) 20-06-68, (914) 910-53-48;  
мкр. Юбилейный, 100, МАПО;  
тел.: (914) 901-91-17

**Казань.** Магазин «Медкнига»:  
ул. Бутлерова, 31;  
тел.: (843) 238-8-239,  
(950) 312-80-27

**Казань.** Ул. Бутлерова, 36 (КГМА);  
тел.: (952) 038-11-12

**Киров.** ИП Комм В.З.:  
ул. Маклина, 39, оф. 2;  
тел.: (8332) 54-88-51, (919) 515-87-89

**Краснодар.** ИП Горбанев К.А.  
 («Медицинская книга»): ул. Седина, 6/1;  
тел.: (908) 671-63-91

**Краснодар.** ИП Белик Е.Н.:  
ул. Седина, 4; тел.: (918) 330-08-73

**Красноярск.** «Академкнига»:  
ул. Сурикова, 45;  
тел.: (391) 227-03-90, 227-34-26;  
e-mail: akademkniga@bk.ru

**Махачкала.** «АРБАТ-МЕДИА»:  
ул. Толстого, 9; ул. А. Акушинского, 11М  
(напротив старой автостанции);  
тел.: (8722) 78-06-38;  
e-mail: arbat@td-arbat.ru

**Москва.** Дом книги «Молодая гвардия»:  
ул. Б. Полянка, 28, стр. 1;  
тел.: (495) 780-33-70, 238-50-01

**Книги Издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»  
вы можете приобрести у следующих региональных представителей:**

**Москва.** Торговый дом «Библио-Глобус»:  
ул. Мясницкая, 6/3, стр. 1;  
тел.: (495) 781-19-00; факс: (495) 628-87-58

**Нальчик.** Магазин «Твоя книга»:  
ул. Кирова, 353;  
тел.: (928) 704-93-87

**Нижний Новгород.** «Дом книги»:  
ул. Советская, 14;  
тел.: (831) 246-22-92,  
246-22-73, 277-52-07;  
e-mail: kniga@kis.ru

**Новосибирск.** «Книги Сибири»:  
ул. Часовая, 6/2;  
тел.: (383) 335-61-63

**Оренбург.** Фирма «Фолиант»:  
ул. Советская, 24;  
тел.: (3532) 77-40-33,  
77-46-92, 77-20-24

**Пермь.** Книжный магазин  
«Пермкнига»: ул. Лодыгина, 6;  
тел.: (342) 278-33-23,  
242-84-90, 242-72-74

**Пятигорск.** Магазин «Твоя книга»:  
ул. Береговая, 14;  
тел.: (8793) 39-02-53

**Республика Крым и г. Севастополь.**  
ИП Славгородский Л.Л.:  
Симферополь, Б-р Ленина, 2А  
(здание Военорга, 1-й этаж);  
тел.: (978) 769-88-67 (МТС РФ),  
(978) 796-36-99 (МТС РФ),  
(978) 941-40-05 (К-Телеком),  
(987) 852-61-62 (МТС РФ);  
http://knigamed.com/

**Ростов-на-Дону.** «РОСТОВКНИГА»:  
ул. Таганрогская, 106;  
тел.: (863) 295-89-36;  
tovaroved@rostovkniga.com

**Рязань.** Супермаркет «Книги»:  
Московское ш., 5А, ТД «БАРС-1»;  
тел.: (4912) 93-29-54

**Санкт-Петербург.** «Санкт-Петербургский  
дом книги»: Невский пр-т, 28;  
тел.: (812) 318-49-15, 312-01-84

**Санкт-Петербург.** СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова: ул. Кирочная, 41

**Санкт-Петербург.** ИП Кузьменок И.В.  
(медицинская и ветеринарная  
литература): ДК им. Крупской, 2-й этаж,  
место № 54, 80; тел.: (962) 708-77-64  
(место № 54), (911) 24-22-54 (место № 80);  
http://krupaspb.ru/uchastniki/;  
e-mail: personal/medkniga.htm

**Санкт-Петербург.** «Медицинская  
литература на Боткинской, 3»:  
ул. Боткинская, 3 (ТК «У метро»,  
помещение 209);  
тел.: (921) 927-27-37, (905) 259-85-84

**Саратов.** «Стержень»:  
ул. Валовая, 92; тел.: (8452) 23-46-44;  
факс: (8452) 23-56-99

**Смоленск.** СГМУ, магазин «Пульс»:  
ул. Крупской, 28;  
тел.: (4812) 31-09-25

**Ставрополь.** «Мир Знаний»:  
ул. Лермонтова, 191, корп. 43;  
тел.: (8652) 24-28-77;  
e-mail: mz@kavkazinterpress.ru

**Уфа.** Магазин «Медицинская книга»  
(ИП Сахаутдинов Р.Г.):  
ул. Пушкина, 96/98, корп. 7  
(здание БГМУ, 1-й эт.);  
тел.: (905) 002-34-91

**Хабаровск.** «Деловая книга»:  
ул. Промышленная, 20Д, Д1;  
тел.: (4212) 45-06-65,  
46-95-31, 45-06-64

**Челябинск.** ЧП Луговых А.Ю.,  
Южно-Уральский ГМУ (главный корпус,  
1-й этаж): ул. Воровского, 64;  
тел.: (351) 775-77-47,  
(912) 895-26-36

### Фирменные магазины «Медкнига» (Республика Татарстан)

г. Казань, ул. Бутлерова, 31. Тел.: +7 (843) 238-8-239, +7 (950) 312-80-27;  
e-mail: [gafurovan@mail.ru](mailto:gafurovan@mail.ru), [kazanmedkniga@mail.ru](mailto:kazanmedkniga@mail.ru)  
Время работы: ежедневно с 09.00 до 20.00.

г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36, КГМА, 1-й этаж. Тел.: +7 (952) 038-11-12  
Время работы: понедельник – пятница с 09.00 до 20.00

### Фирменный магазин «Медкнига» (Краснодарский край)

г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 6/1. Тел.: +7 (908) 671-63-91  
Время работы: понедельник – суббота с 08.00 до 18.00

**РЕАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ В СНГ  
(ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ИЗДАТЕЛЬСТВА, ФИЛИАЛЫ,  
ДИЛЕРЫ, МАГАЗИНЫ)**

### Представительство Издательской группы «ГЭОТАР-КазМедиа» ТОО «ГЭОТАР-КазМедиа»

Республика Казахстан,  
010000, г. Астана, ул. Бейбитшилик, 54, кв. 3. Тел.: (7172) 39-82-62;  
e-mail: [yuliya\\_borisenko@list.ru](mailto:yuliya_borisenko@list.ru)

### Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» в Украине

**Винница.** Интернет-магазин «Медкнига»  
г. Винница, ул. Блока, 14/2.  
Тел.: +38 (068) 834-73-89,  
+38 (095) 337-12-25,  
+38 (063) 351-03-02, +38 (043) 266-05-10;  
[www.medkniga.com.ua](http://www.medkniga.com.ua);  
e-mail: [info@medkniga.com.ua](mailto:info@medkniga.com.ua);  
Viber & WhatsApp: +380635210302;  
Skype: [medkniga\\_max@outlook.com](mailto:medkniga_max@outlook.com)

**Киев.** Интернет-магазин «Librabook»  
(доставка курьером по Киеву,  
почтой по Украине).  
Тел.: +38 (044) 383-20-95,  
+38 (093) 204-33-66, +38 (094) 927-90-95;  
[www.librabook.com.ua](http://www.librabook.com.ua);  
e-mail: [info@librabook.com.ua](mailto:info@librabook.com.ua);  
ICQ: 570-251-870

### Дилер Издательской группы «ГЭОТАР-Медиа» в Республике Беларусь ЧПТУП «Дар-Ника»

Республика Беларусь, 247760, г. Мозырь,  
ул. Ленинская, 9/10.  
Тел.: (37529) 662-46-51,  
(37529) 730-13-66

### Дилер Издательской группы «ГЭОТАР-Медиа» в Республике Беларусь ООО «Лебенскрафт»

Республика Беларусь, 210024, г. Витебск,  
пр-т Победы, 7/1, комн. 112.  
Тел.: (37529) 718-41-51

### ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству  
авторов и редакторов медицинской литературы.

**ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ**  
учебной литературы для вузов и колледжей, атласов,  
руководств для врачей, переводных изданий.

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.  
Тел.: 8 (495) 921-39-07.

*Учебное издание*

**Н.В. Иванова, Л.Н. Буркастова, Э.О. Костюкова,  
Н.В. Широкова, Л.В. Талызова, В.В. Виноградова**

## ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ (ранний возраст)

Зав. редакцией *А.В. Андреева*

Менеджер проекта *Т.Е. Якобсон*

Выпускающие редакторы *Н.В. Белова, Т.В. Самойлик*

Корректоры *М.Ю. Никитина, Е.Н. Петрова*

Компьютерная верстка *М.А. Бугрова*

Дизайн обложки *И.Ю. Баранова*

Технолог *Ю.В. Поворова*

123.920

# ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ СПРАВОЧНИК



Нужна информация  
по лекарственному препарату?  
Мы ее вам предоставим!



[www.lsgeotar.ru](http://www.lsgeotar.ru)

## ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ



### КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

[www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)

### КОНТЕНТ

- Учебники, учебные пособия
- Практикумы
- Атласы
- Тестовые вопросы и ситуационные задачи
- Практические умения
- Мультимедийные материалы

### МОБИЛЬНАЯ ВЕРСИЯ

[m.studmedlib.ru](http://m.studmedlib.ru)



+мобильные  
приложения

Подписано в печать 04.12.2018. Формат 60×90 1/16.  
Бумага офсетная. Печать цифровая.  
Объем 15 усл. печ. л. Доп. тираж 500 экз. Заказ № 15765

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».  
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.  
Тел.: 8 (495) 921-39-07.

E-mail: [info@geotar.ru](mailto:info@geotar.ru), <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».  
Филиал «Чеховский Печатный Двор».  
142300, Московская обл., г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1.

ISBN 978-5-9704-5015-4



9 785970 450154 >

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

тел.: (495) 921-39-07 (доб. 526), (917) 550-49-19  
e-mail: [chmarov@geotar.ru](mailto:chmarov@geotar.ru)



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

Издание посвящено основным разделам работы медицинской сестры педиатрического профиля. Рассмотрены наиболее часто встречаемые в практике вопросы, описано проведение профилактических медицинских осмотров здоровых детей различных возрастных групп, изложены функциональные особенности растущего организма и связанные с ними вопросы ухода, питания, воспитания, специфической и неспецифической профилактики заболеваний, рассмотрена образовательная роль медицинской сестры детской поликлиники в укреплении здоровья детей.

Данное пособие подготовлено в качестве учебно-методического обеспечения дополнительного профессионального образования по направлению «Первичная медико-санитарная помощь детям», также может быть применено в практическом здравоохранении.

Учебное пособие предназначено для подготовки специалистов среднего звена:

- по специальности 34.02.01. Сестринское дело (ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий: МДК.01.01. Здоровый человек и его окружение, МДК.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению);
- по специальности 31.02.01. Лечебное дело (ОП.01. Здоровый человек и его окружение, ПМ.04. Профилактическая деятельность).

ISBN 978-5-9704-5015-4



9 785970 450154 >



[www.geotar.ru](http://www.geotar.ru)

[www.medknigaservis.ru](http://www.medknigaservis.ru)