

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения и социального развития Российской  
Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии с курсами поликлинической  
педиатрии и последипломного образования

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ  
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ НА  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

Рубрика: Внедрение оздоровительных технологий в профилактическую  
работу участкового врача-педиатра

Авторы–составители:  
Волгина С.Я., Кулакова Г.А., Соловьёва Н.А., Курмаева Е.А.

Казань, 2015

## ОГЛАВЛЕНИЕ

- 1.Режим дня. Рекомендации по составлению режима дня
  - 2.Рекомендации по питанию здорового ребенка
  - 3.Рекомендации по физическому воспитанию детей
    - 3.1.Массаж
    - 3.2.Гимнастика
    - 3.3. Рекомендации по закаливанию детей
  - 4.Рекомендации по оценке физического развития ребенка
  - 5.Рекомендации по оценке и коррекции отклонений в нервно-психическом развитии ребенка
  - 6.Подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения, адаптация детей в дошкольных учреждениях и методы их коррекции
  - 7.Вакцинопрофилактика
  - 8.Проведение профилактических осмотров
- Литература

## 1. Режим дня. Рекомендации по составлению режима дня

*Режим дня*—это рациональное распределение времени на все виды деятельности и отдыха в течение суток. Он строится на основе биологического ритма функционирования организма. Соблюдение режима – последовательности часов сна, кормления, бодрствования способствует выработке определенного динамического стереотипа, который способствует нормальной деятельности всех органов и систем ребёнка в раннем возрасте. Критерием эффективности режимных мероприятий является хорошее эмоциональное состояние ребёнка при кормлении и бодрствовании, а также спокойный глубокий сон.

*Существует несколько опорных пунктов при формировании режима дня:*

- любая информация носит рекомендательный характер, каких – то строгих норм и стандартов не существует;
- режим составлен оптимально, если время кормления, укладывания спать и проведения туалета совпадают с потребностями ребёнка в данный момент;
- в связи с тем, что резкие изменения в суточном режиме тяжело переносятся детьми, перевод ребёнка на другой возрастной этап должен быть постепенным, и не вызывать отрицательных эмоций;
- при установлении режима дня необходимо учитывать индивидуальные особенности ребёнка и состояние его здоровья;
- соблюдение ребёнком определенного распорядка приучает его к организованности, к быстрой адаптации к условиям детского сада.

*При несоблюдении режима могут возникнуть нарушения в состоянии здоровья ребенка:*

- ухудшение настроения (он становится плаксивым, капризным, раздражительным), связанное с переутомлением, недосыпанием;
- отсутствие нормального развития нервно–психической деятельности;
- трудность формирования культурно–гигиенических навыков, опрятности.

Примерная схема режима дня ребенка от года до трех лет представлена в табл. 1.

Таблица 1

Режим дня ребёнка в возрасте от 1 года до 3 лет

Возраст	Кормление		Бодрствование, максимальная длительность, час.	Количество периодов дневного сна	Общая продолжительность сна в сутки, час.
	Частота	Перерывы между кормлениями, час.			
От года до 1 года 6 мес.	4	4,5 – 3,5	3,5 – 4,5	2	14,5 – 13,5
От 1 года 6 мес. до 2 лет	4	4 – 3,5	4,5 – 5,5	1	13,5 – 12,5
От 2 до 3 лет	4	4 – 3,5	5,5 – 6	1	12,5 – 12,0

*Особенности режима дня ребёнка от года до 1,5 лет (примерный режим дня представлен в табл. 2).*

Примерный режим дня для детей от года до 1,5 лет

Распорядок дня	Время
Завтрак	7.30 – 8.00
Игры, сборы на прогулку	8.00 – 8.30
Прогулка	8.30 – 10.00
Сон	10.00 – 12.00
Обед	12.00 – 12.30
Вторая прогулка	13.00 – 16.00
Полдник	16.00 – 16.15
Сон	16.15 – 18.00
Третья прогулка или игры дома, купание	18.00 – 19.30
Ужин и до 7 часов утра, ночной сон	19.30 – 20.00

*Особенности возрастного периода.* На втором году жизни происходят значительные изменения в развитии ребёнка. В первом полугодии дети быстро устают. Высокая двигательная активность сочетается с недостаточной координацией движений. Ребёнок в этом возрасте самостоятельно ходит, приседает и наклоняется. Умеет выполнять простые просьбы взрослого, правильно называет 4 – 6 предметов, когда ему показывают их. Начинает активно употреблять облегченные слова, при этом словарный запас быстро расширяется. Начинает самостоятельно пользоваться ложкой, но делает это пока не умело.

*Сон.* Ребёнок спит днем два раза: первый дневной сон – 2-2,5 часа, второй – 1,5-2 часа. Подготовка ребёнка (прекращение шумных игр, умывание) ко сну происходит заранее, хотя бы за полчаса до того, как его будут укладывать в постель. Укладывать спать днем и на ночь следует в один и тот же час – у детей вырабатывается условный рефлекс на время и в последующие дни ребёнок сам просыпается и засыпает в установленное по режиму время. При приучении ребёнка к режиму, нужно его будить, если он сам не просыпается в положенное время, допускается отклонение от точного времени на 15 – 20 минут. В дальнейшем, когда режим уже установлен, будить ребёнка не следует, так как это ухудшает его настроение. Поднимать малыша необходимо после сна по мере пробуждения и учить одеваться, показывая и называя предметы одежды.

В летнее время года ребёнок должен спать на свежем воздухе – на улице или на веранде, в крайнем случае, в помещении с открытой форточкой. С мая по август его можно укладывать на ночной сон немного позже, соответственно, продлевая дневной сон.

*Кормление.* Кормить следует четыре раза в день (завтрак, обед, полдник и ужин), с интервалами 3 – 4 часа. Режим строится таким образом, чтобы ребёнок после кормления бодрствовал, а затем спал до следующего кормления. Соблюдение чередования правил обеспечивает оптимальное состояние ребёнка в каждом возрастном периоде.

В этом возрасте ребёнка следует приучить пользоваться ложкой самостоятельно: сначала есть густую пищу, затем жидкую. Первые две– три ложки ребёнок съедает сам, затем взрослый докармливает его другой ложкой, не вынимая ее из рук ребёнка. В конце кормления он сам съедает еще две – три ложки.

*Бодрствование.* Продолжительность периодов бодрствования не должна превышать 4-4,5 часов. Удлинение времени бодрствования или укорочение сна нежелательно, так как может способствовать переутомлению нервной системы и нарушению поведения.

Период бодрствования в основном включает в себя игру, прогулки водные процедуры. В игре в основном используются *игрушки*, которые можно тянуть (машинки,

коляски), кубики, различные вкладывающиеся одна в другую коробочки, книжки с простыми яркими картинками, фигурки зверей, пирамидки.

Очень важна организация прогулок на свежем воздухе два раза в день (после обеда и полдника), продолжительность одной прогулки 1,5 часа, в летнее время года это время может быть увеличено до 2 часов при хороших погодных условиях.

Водные процедуры следует проводить перед полдником. Можно использовать общие обтирания. Гигиеническое купание 2- 3 раза в неделю перед ночным сном.

Важно воспитывать *культурно-гигиенические навыки*: мыть руки перед едой, садиться на детский стул, учиться самостоятельно аккуратно есть ложкой, после еды пользоваться салфеткой.

Необходимо учить ребёнка садиться на горшок и сидеть на нем до результата. Для приучения к опрятности детей регулярно высаживают на горшок после сна, каждые 1,5-2 часа во время бодрствования, до прогулки и по возвращении с неё.

*Особенности режима дня ребёнка от 1,5 лет до 2 лет* (примерный режим дня представлен в табл. 3).

Таблица 3

Примерный режим дня для детей от 1,5 до 2 лет

Распорядок дня	Время
Подъем, туалет, утренняя зарядка завтрак	7.00 – 8.00
Утреннее бодрствование, прогулка, игры, занятия	8.00 – 12.00
Обед	12.00 – 12.30
Дневной сон	12.30 – 16.00
Полдник	16.00 – 16.30
Вечернее бодрствование, прогулка, купание	16.30 – 20.00
Ужин	20.00 – 20.30
Ночной сон	21.00

*Особенности возрастного периода.* Ребёнок перешагивает через предмет, лежащий на полу, бегаёт, при умывании потирает руки под струей воды. Может называть предметы, обобщает их по существенному признаку, знает основные части тела. Самостоятельно снимает расстегнутую обувь, держит чашку при питье, более умело пользуется ложкой. Воспроизводит в игре ранее увиденные или разученные действия: кормит куклу, складывает башню из кубиков и т. п., может различать 3-4 разных по форме предмета (шар, куб, пирамидка). Хорошо знает значение слов «можно» и «нельзя», но не всегда в состоянии подчиниться запрету.

*Сон.* После полутора лет ребёнок переводится на режим с одним дневным сном. Продолжительность дневного сна составляет 3–3,5 часа. Общая продолжительность сна в этом возрасте от 13 до 14,5 часов, из них ночной сон – 10-11 часов. Приучая ребёнка к самостоятельности, не следует заставлять его долго раздеваться, особенно перед сном, так как это приводит к утомлению и плохому засыпанию.

*Кормление.* Кормить ребёнка следует четыре раза в день. Промежутки между кормлениями от 3,5 до 4,5 часов. Если ребёнок в периоды между кормлениями бодрствует, этот интервал не должен превышать 3,5-4 часа. Ночной перерыв между ужином и завтраком составляет около 12–13 часов. Завтрак должен начинаться не позже, чем через час после пробуждения, ужин – не менее чем за час до укладывания ребёнка, чтобы обеспечить ему спокойный сон.

*Бодрствование.* Периоды непрерывного бодрствования в этой возрастной группе увеличивается до 5–5,5 часов.

Во время игры в этом возрасте ребёнок уже активно использует лопатки, мячи. Прогулки на воздухе организуются два раза в день, после завтрака и полдника. Продолжительность прогулок такая же, как и в предыдущей возрастной группе.

Водные процедуры проводятся перед обедом. С 1,5 лет в качестве водных процедур можно использовать душ, эффект которого сильнее, чем при обтирании, так как кроме температурного воздействия ребёнок испытывает еще и механическое. Температура воды снижается постепенно, один раз в 5 дней на 1°, от 35–37° и доводится до 24–28°. Сначала обливают спину, затем грудь, живот, в последнюю очередь руки. Длительность процедуры занимает примерно 1,5 минуты. Гигиеническое купание осуществляется 2 раза в неделю перед ночным сном.

К двум годам навык опрятности должен быть практически сформирован, но заигравшись, ребёнок может забыть попроситься на горшок, поэтому ему надо об этом напоминать и высаживать его на горшок перед сном и после сна.

*Особенности режима дня ребёнка от 2 до 3 лет* (примерный режим дня представлен в табл. 4).

Таблица 4

Примерный режим дня для детей от 2 до 3 лет

Распорядок дня	Время
Пробуждение, туалет, водные процедуры	6.30 – 7.30
Завтрак	7.30 – 8.00
Игра – прогулка	8.00 – 11.30
Обед	11.30 – 12.30
Сон	12.30 – 15.30
Полдник	15.30 – 16.00
Игра – прогулка	16.00 – 19.00
Ужин	19.00 – 19.30
Игра	19.30 – 20.30
Ванна	20.30 – 21.00
Сон	21.00 – 6.30

*Особенности возрастного периода.* Словарный запас существенно увеличивается по сравнению с предыдущим периодом. Ребенок говорит многословными предложениями. Его речь начинает приближаться к речи взрослого. Он ест аккуратно, надевает и снимает майку или рубашку, в течение дня проситься на горшок. Сосредоточенно занимается с игрушками, увлеченно рассматривает книжки, картинки. Третий год – это период развития самостоятельности и творческой деятельности.

*Сон.* На протяжении третьего года жизни ребёнок может находиться на режиме с однократным дневным сном. Если ребёнок категорически отказывается от дневного сна, тогда это в это время он должен находиться в состоянии спокойного бодрствования (например, рассматривание картинок в книжке), это позволит нервной системе ребёнка отдохнуть и избежать переутомления.

*Кормление.* Четырехразовое кормление с интервалом 3,5–4 часа (завтрак, обед, полдник и ужин).

*Бодрствование.* Каждый период бодрствования занимает 6–6,5 часов. Для детей, которые легко утомляются, ослабленных детей периоды бодрствования можно сократить до 5–5,5 часов за счет удлинения сна. Ребёнок в этом возрасте уже способен на короткое время сдерживать свои действия и желания, однако по-прежнему легко возбуждается и утомляется от однообразной деятельности. Он может заниматься одним и тем же делом не

более 20–30 минут. Периоды бодрствования должны состоять из рационального чередования разных видов активной деятельности. В игру ребёнка включаются детские музыкальные инструменты, цветные карандаши, конь-качалка, куклы, формочки для песка.

Как и в предыдущие возрастные периоды, определенную часть периода бодрствования дети должны проводить на воздухе даже в зимнее время года, но не более 1,5 часов, так как они еще довольно быстро охлаждаются. В теплое время года прогулки могут удлиниться до 2 ч, а при соответствующих условиях весь период бодрствования может быть перенесен на воздух.

Водные процедуры включают себя обливания, но для ослабленных детей может быть использование обтирание. Рекомендации по температурному режиму водных процедур, как и в предыдущих возрастных группах. Гигиеническую ванну ребёнка на третьем году проводят один раз в неделю перед ночным сном.

Несмотря на то, что ребёнок в основном уже умеет регулировать свои физиологические отправления, все же следует высаживать его на горшок перед сном, прогулкой и обязательно следить за аккуратностью этого процесса.

В этом возрасте важно стимулировать у детей активную самостоятельную деятельность, развивать и закреплять уже появившиеся навыки и умения постоянным их повторением.

## **2. Рекомендации по питанию здорового ребенка**

Возраст 1-3 лет жизни – критический период для формирования пищевого поведения и стойких нарушений аппетита. Именно в этом промежутке наиболее часто встречаются снижение аппетита и эмоционально окрашенные отказы от пищи, что в определенной степени связано с повышением роли эмоциональной составляющей в жизни ребенка, развитием познавательной деятельности на фоне незрелости регуляции процессов возбуждения и торможения. Возрастает осознание своей индивидуальности, собственного «Я», которое находит отражение и в формировании вкусовых пристрастий. Именно поэтому допускается возможность самостоятельного выбора продуктов, блюд и их количества в соответствии с аппетитом, возрастом и состоянием здоровья. Если четко наметились вкусовые пристрастия и ребенок упорно отказывается от продукта, необходимо заменить его близким по пищевой ценности.

Ранний возраст – ответственный этап перехода к взрослому типу питания, имеющий свою специфику. Технология приготовления пищи для детей предусматривает использование наиболее щадящих методов – отваривание, тушение, запекание, приготовление на пару.

*В рационе сохраняется высокий удельный вес молочных продуктов.* Они являются источником ценного кальция, витаминов группы В, а также поставщиком белка и молочного жира. После года малышу можно предлагать кефир (до 200 мл в сутки), йогурт (200–300 мл). Лучше не превышать рекомендуемое количество, так как молочнокислые продукты богаты кислыми соединениями, что может перегружать как пищеварительную, так и выделительную системы ребенка.

Принимая во внимание значительный удельный вес молочной составляющей в рационе, для детей старше года разработана новая группа смесей – так называемых «третьих формул» (Фрисолак-3 (Friso), Малютка 3 (ОАО Истра–Нутриция), Нутрилон-3 Юниор (Нутриция Голландия) и другие. По своему составу они отвечают возрастным особенностям и потребностям организма ребенка раннего возраста. «Третьи формулы» используются в качестве одной из составляющих молочной части рациона как самостоятельный напиток или для приготовления инстантных каш. Рекомендуемое количество смеси – 200-400 мл в сутки. Включение в питание детей старше года «третьих формул» помогает предотвратить дефицит ряда важных нутриентов.

Другими важными молочными продуктами являются творог и сыр. Суточную дозу творога можно после года увеличить до 70 г в день. *Творог* можно давать в «чистом» виде или приготовить из него пудинг, запеканку, ближе к полутора годам – сделать сырники. *Сыр* чаще используется в тертом виде в качестве добавки к макаронным изделиям.

*Сливочное масло* чаще всего используется в качестве добавки к кашам или намазанным на хлеб. Рекомендуемая доза его составляет около 12 г в день. Лучше не подвергать сливочное масло тепловой обработке (то есть добавлять уже в готовые блюда).

После года можно в небольших количествах использовать нежирную сметану и сливки. *Сметана* наилучшим образом подходит для заправки первых блюд, сливки – для приготовления соусов ко вторым блюдам.

*Крупы также широко используются в детском питании.* Особенно полезны для малышей овсянка и гречка, можно также использовать кукурузную, рисовую, пшеничную и другие виды круп. Годовалому ребенку будет проще жевать и глотать, если каша будет иметь однородную консистенцию, поэтому часто используются растворимые («инстантные») каши. Ближе к полутора годам можно давать хорошо разваренные крупы без дополнительного измельчения.

Время от времени следует использовать макаронные изделия в виде гарнира или заправлять ими суп. Рекомендуется предлагать их ребенку один – два раза в неделю.

*Хлеб* также используют в питании детей этого возраста. До 1,5 лет лучше предлагать детям только белый хлеб: он легче переваривается. Общее количество хлеба в день не должно превышать 100 г. Начиная с 1,5 лет можно включать в рацион немного ржаного хлеба (до 50 г в сутки).

*Яйца* также имеют большое значение в питании детей после 1 года, так как богаты ценными питательными веществами – легкоусвояемым белком, ценными аминокислотами, витаминами (А, D, Е), фосфолипидами, минеральными веществами, микро- и макроэлементами. Белок яиц усваивается практически полностью на 96 – 97%, жиры – примерно на 95%. Для питания детей используются только куриные и перепелиные яйца. Яйца водоплавающих птиц исключаются из-за высокого риска передачи опасных инфекций. Перепелиные яйца отличаются от куриных, не только более высоким содержанием белка (с большим количеством незаменимой аминокислоты – триптофана), но и более высоким содержанием жира и холестерина.

Детям до 1,5 лет предлагать яйца следует только в сваренном виде (вкрутую) или в виде омлетов на молоке или с овощами. Яйца в сыром виде, «всмятку» и в «мешочек» опасны с точки зрения передачи инфекций. Кроме того, они добавляются к другим продуктам во время приготовления различных блюд (сырников, блинчиков и пр.). Поскольку яйца – продукт с высокими аллергенными свойствами (перепелиные яйца все же намного менее аллергенны, чем куриные), их не стоит давать детям ежедневно, лучше делать это 3 раза в неделю или через день.

*Мясные продукты* даются в виде паровых котлет, тефтели, фрикаделек, мясного суфле и пудинга в количестве 100 г ежедневно. Ближе к середине второго года можно предлагать ребенку тушеное мясо мелкими кусочками, но при этом внимательно следить за тем, чтобы он не подавился. В питании по-прежнему используются многие сорта мяса: говядина, телятина, нежирная свинина, кролик, индейка, курица, а также субпродукты – печень, язык, сердце, мозги. Мясо водоплавающей птицы (утки, гуся) и баранина богаты тугоплавкими жирами, что усложняет переваривание и усвоение этих сортов мяса, поэтому их можно давать лишь время от времени.

*Рыбу* следует предлагать один – два раза в неделю как замену мясным блюдам. Можно приготовить рыбные котлеты (паровые) или тефтели, потушить рыбное филе.

Овощное меню малыша можно обогатить свеклой, репой, томатами, зеленым горошком, фасолью. Бобовые следует давать в небольших количествах и только в хорошо проваренном и тщательно измельченном виде, так как эти продукты богаты грубой клетчаткой, которая вызывает повышенное газообразование в кишечнике, усиливает



перистальтику, что может привести к болям в животе и разжижению стула. Овощи находят основное применение в супах и гарнирах к мясным и рыбным блюдам. Их можно не только отваривать, но и тушить. В возрасте 1 года они даются в виде пюре, ближе к полутора годам можно начинать предлагать малышу мягкие отварные или тушеные овощи кусочками. Ближе к полутора годам можно предлагать ребенку огородную зелень – укроп, петрушку, кинзу, черемшу, шпинат, салат, зеленый лук. Мелко нарезанную зелень следует добавлять в супы и вторые блюда перед подачей их к столу.

*Растительные масла* необходимо добавлять в финальной стадии приготовления овощей, чтобы как можно меньше подвергать их тепловой обработке, так как в процессе их нагревания образуются канцерогены.

*Фрукты и овощи* также должны быть широко представлены на столе ребенка. После года его можно знакомить с новыми видами фруктов и ягод: клубникой, вишней, черешней, киви, абрикосами, персиками, смородиной, крыжовником, черноплодной рябиной, облепихой, малиной, ежевикой, клюквой, черникой, брусникой и даже цитрусовыми. Виноград усиливает процессы брожения, поэтому его рекомендуют давать детям не раньше трех лет. Рекомендуемая доза фруктов – около 200–250 г в день.

В качестве напитков могут быть рекомендованы морсы, кисели, компоты, соки домашнего приготовления и промышленного выпуска, специализированные для детского питания, которые наиболее предпочтительны. При этом следует учитывать, что избыточное потребление сока может стать причиной функциональной диареи, обусловленной присутствием сорбитола и соотношением фруктоза/глюкоза. Ряд зарубежных исследователей считает целесообразным лимитировать потребление фруктового сока для детей от 1 года до 6 лет до 120–180 мл не менее чем в 2 приема. Компоты должны быть сварены без подсластителей либо с добавлением небольшого количества фруктозы. С 2 лет можно добавлять чай, суррогатный кофе, какао.

Газированные напитки (даже минеральную воду) детям до 3 лет давать не рекомендуется, так как содержащийся в этих напитках углекислый газ раздражает слизистую желудочно-кишечного тракта. Количество потребляемой жидкости пусть регулирует сам малыш. Оно будет, безусловно, зависеть от рациона питания, времени года, окружающей температуры и двигательной активности.

Питье может быть представлено чистой водой (лучше не кипяченой, а бутилированной «для детского питания»).

*Сладости.* Можно добавлять понемногу сахара, чтобы подсластить некоторые, особенно не любимые продукты. Лучше предпочесть фруктозу: она медленнее и равномернее всасывается и усваивается организмом (что почти исключает резкие перепады уровня глюкозы в крови), для проникновения в клетки организма не требует инсулина.

Сладости с фруктозой продаются в отделах с лечебным питанием – пастила, зефир, повидло, джем и, конечно же, мед (при условии их переносимости). Общая доза сахаров в день составляет 30 – 40 г для детей 1 — 1,5 лет.

Поваренная соль используется в небольших количествах – около 0,5–1,0 г в день.

В последние годы при организации питания детей 1-3 лет жизни стали более широко использоваться специализированные продукты промышленного выпуска, которые соответствуют физиолого-биохимическим возможностям организма ребенка раннего возраста и вносят существенный вклад в оптимизацию его питания. Эти тенденции закреплены в рекомендациях ВОЗ. Широкий ассортимент продукции позволяет обеспечить вкусовое разнообразие рациона, которое в настоящее время расценивается в качестве одного из факторов, влияющих на нервно-психическое развитие ребенка.

Питание должно удовлетворять физиологические потребности детей в основных пищевых веществах и энергии (табл. 5).

Примерный суточный набор продуктов (в г) для детей  
(данные Института питания АМН РФ)

Продукты	1-1,5 года	1,5-2 года	3 года
Молоко, мл	650	650	600
Творог и творожные изделия	40	40	40
Сметана и сливки	5	10	10
Сыр	5	5	5
Мясо	50	70	100
Рыба	20	25	30
Яйца	25	25	30
Хлеб ржаной	10	10	40
Хлеб пшеничный	45	60	100
Мука пшеничная	5	5	10
Макаронные изделия	5	5	10
Крупы	20	20	20
Крахмал	1,5	1,5	2
Бобовые	-	-	5
Сахар и кондитерские изделия	40	60	60
Жиры животные	15	15	20
Жир растительный	2	3	5
Картофель	100	120	150
Овощи	150	200	225
Фрукты	150-200	150-200	150-200
Ягоды	20	20	30
Сухофрукты	-	-	10
Чай	0,1	0,1	0,2
Соль	1,5	1,5-2	3-4
<i>Химический состав:</i>			
- белки	45-50	50-55	60-65
- жиры	45-50	50-55	60-65
- углеводы	155-165	180-190	230-245
<i>Энергетическая ценность:</i>			
- кДж	5356-5816	5899-6339	7301-7845
- ккал.	1280-1390	1410-1515	1745-1875

До 1,5 лет ребенка можно оставить пятиразовое питание, но если вы замечаете, что он отказывается от последнего кормления, значит, его пора перевести на «взрослый» четырехразовый режим: завтрак, обед, полдник и ужин. В этом случае интервалы между кормлениями составляют 3,5–4 часа. Распределение этого количества в течение дня достаточно равномерное: завтрак и ужин – по 25%, обед – 35%, полдник – 15%.

Многие педиатры считают, что кормить грудью стоит примерно до 20–24 месяцев. Ведь сосание груди не только дает ребенку возможность получить вкусное молоко, но и позволяет ощутить материнское тепло и заботу, обеспечивая психологический комфорт. Нельзя также забывать о том, что молоко и в этом возрасте остается чрезвычайно полезным: оно содержит необходимые вещества. Примерное меню ребенка в возрасте 1-1,5 года представлено в табл. 6.

Таблица 6

Примерное меню ребенка в возрасте 1-1,5 года

Приемы пищи	Время приема пищи	Меню	Количество (г)
Завтрак № 1	8.30-9.00	Каша молочная овсяная с фруктами	180
Завтрак № 2	10.30-11.00	Детский творожок	50
		Детское молочко 3	100
Обед	12.00-13.00	Суп овощной	150
		Мясная котлета	50-60
		Картофельное пюре	100
		Кисель фруктовый	100
Полдник	15.30	Кефир детский	150
		Печенье	15
		Фрукты	100
Ужин	18.30	Запеканка мясная с овощами	180
Перед сном	21.00	Детское молочко 3	100
Хлеб на весь день	-	Пшеничный	40

К двум годам у детей имеется до 20 молочных зубов, что позволяет им хорошо пережевывать пищу. При этом усиливается выработка пищеварительных соков и пища легче усваивается, поэтому так важно своевременно научить ребенка правильно есть. Для этого необходимо заменять жидкую и полужидкую пищу более плотной: постепенно вводить разваренные каши, овощные и крупяные запеканки, тушеные овощи. Если малыша в этом возрасте не приучить есть плотную пищу, требующую пережевывания, то в дальнейшем он будет неохотно принимать или даже отказываться от таких необходимых блюд, как мясо кусочками, фрукты, овощи.

У ребенка в возрасте от 1,5 до 3-х лет должно быть четырехразовое питание – завтрак, обед, полдник и ужин. Причем в обед он должен получать примерно 40–50% всей пищевой ценности рациона, а остальные 50–60% распределяются на завтрак, полдник и ужин. Энергетическая ценность продуктов в сутки составляет 1400–1500 ккал. Ребенку необходимо получать в сутки 50–60 граммов белка, 70–75% которого должно быть животного происхождения; жиров – 50–60 граммов, в том числе около 10 граммов растительного масла; углеводов – 220 граммов.

Как и в самом начале второго года жизни, ребенку 1,5–3 лет необходимо ежедневно употреблять достаточное количество кисломолочных продуктов. Детям этого возраста в сутки в среднем требуется 25–50 г творога (жирность 5–11%), 5–10 г сливок или сметаны (10–20%), 5 г сыра, 500–550 мл молока и кефира (3,2–4%). Творог, сметана, сливки, сыр, могут использоваться через 1–2 дня, например, для приготовления вареников, сырников, запеканок, а молоко и кисломолочные напитки должны включаться в рацион ежедневно.

С возрастом в рационе питания ребенка постепенно увеличивается количество мяса – от 100 г в 1,5 года до 120 г к 3 годам. Полезны в детском питании субпродукты (они богаты белком и жирорастворимыми витаминами, особенно витамином А, имеют более нежную, чем у мяса, структуру, а следовательно, легче и быстрее перевариваются в ЖКТ) – печень, язык, сердце. Мясо можно готовить уже в виде паровых, духовых котлет, рагу, обжаренного фарша. Из колбасных изделий не часто и в ограниченном количестве для расширения вкусового восприятия можно давать малышу молочные сосиски и некоторые сорта вареной колбасы (диетической, молочной, докторской).

Куриное яйцо, являющееся одним из основных поставщиков белка, следует давать, в среднем, по 1/2 в день, или 1 яйцо через день и только сваренное вкрутую или в виде омлета, а также использовать их для приготовления запеканок и котлет.

В меню ребенка, если нет медицинских противопоказаний, должны включаться блюда из морских и речных сортов рыбы, за исключением жирных и деликатесных сортов (осетрина, лосось, семга, палтус) до 30–40 г/сут. Детям можно предложить вареную или обжаренную рыбу, освобожденную от костей, рыбные котлеты, биточки.

Рекомендуется употребление картофеля в количестве до 100–120 г/сут. (в том числе для приготовления первых блюд), а также 150–200 г различных овощей для приготовления супов, салатов, гарниров.

В отличие от питания детей раннего возраста, в пищу ребенка старше 1,5 лет необходимо постоянно включать огородную зелень: петрушку, шпинат, салат, зеленый лук, чеснок в небольших количествах для заправки супов, салатов и вторых блюд. В этом возрасте овощной рацион расширяется за счет введения редиса, редьки, репы и бобовых культур, таких, как горох, фасоль, бобы. Овощные пюре заменяют мелко нашинкованными салатами, тушеными и отварными овощами, нарезанными мелкими кусочками.

Обязательным компонентом суточного рациона ребенка являются фрукты – 100–200 г/сут. и ягоды 10–20 г/сут.

В питании детей старше полутора лет используются различные крупы. Особенно полезны овсяная и гречневая, богатые минеральными солями и витаминами, полноценным белком. Полезно включать в рацион такие крупы, как ячневая, пшено, перловка. Дети этого возраста уже едят лапшу, вермишель в виде гарниров или молочных супов, однако этими продуктами увлекаться не стоит, так как они богаты углеводами. В среднем детям старше 1,5 лет в сутки надо давать не более 15–20 г крупы и 50 г макаронных изделий.

Сахар тоже входит в рацион питания детей. Он улучшает вкусовые качества блюд, но избыток его вреден для здоровья ребенка, так как снижает аппетит, может повлиять на обмен веществ и привести к избыточному увеличению массы тела. Ребенку в возрасте от 1,5 до 3 лет можно употреблять до 30–40 г сахара в сутки. Можно побаловать ребенка сладостями. Шоколад и шоколадные конфеты не следует предлагать малышу, так как они повышают возбудимость нервной системы и могут вызывать аллергические реакции.

Примерное меню ребенка в возрасте 1,5–3 года представлено в табл. 7.

Примерное меню ребенка в возрасте 1,5-3 года

Приемы пищи	Время приема пищи	Меню	Количество (г)
Завтрак № 1	8.30-9.00	Каша молочная овсяная с фруктами	200
Завтрак № 2	10.30-11.00	Детский творожок	60
		Детское молочко 4	100
Обед	12.00-13.00	Салат	40
		Суп овощной	150
		Мясная котлета	70-80
		Гарнир	100
		Компот	100
Полдник	15.30	Кефир детский	150
		Печенье/булочка	15/45
		Фрукты	150
Ужин	18.30	Запеканка мясная с овощами	200
Перед сном	21.00	Детское молочко 4	150
Хлеб на весь день	-	Пшеничный	60
		Ржаной	30

### 3. Рекомендации по физическому воспитанию детей

Физическое воспитание – процесс, направленный на формирование двигательных навыков, психофизических качеств, достижение физического совершенства. Важным для ребенка является проведение массажа, гимнастических упражнений и закаливающих мероприятий.

#### 3.1. Массаж. Цели и задачи массажа

- Общее укрепление организма.
- Укрепление мышц, связочного аппарата, суставов, с акцентом на область спины, живота, ягодиц и нижних конечностей (на мышцах, участвующих в прямохождении).
- Улучшение функций и ритма дыхания.
- Профилактика нарушений осанки. Естественные изгибы позвоночника у детей этого возраста уже сформированы, но еще не закреплены.
- Профилактика развития плоскостопия.
- Профилактика деформаций нижних конечностей. Х-, О-образные, плосковальгусные (стопа вовнутрь), плосковарусные (стопанаружу).
- Развитие координации, ловкости и чувства равновесия.

#### *Особенности проведения массажа*

- После года массаж начинается, как правило, с больших участков тела.
- На конечностях массаж начинается с ближайшего отдела и осуществляется к периферическим лимфоузлам, сначала – плечо, затем предплечье, кисть или сначала – бедро, затем голень, стопа.

- Активно используются все приемы массажа.
- Количество повторения каждого приема в среднем 3-5 раз, время массажа – 30-40, минут, в отдельных случаях длительность можно увеличить до 45 минут.
- Если ребенок во время массажа засыпает, то гимнастику лучше делать до массажа.
- Выполнять массаж ребенку после года допустимо в любом положении. И лежа, и сидя, и даже – стоя.

*Физкультурные занятия* с детьми второго и третьего года жизни должны быть направлены на развитие всех групп мышц. В каждое занятие необходимо включать упражнения для развития и совершенствования ходьбы, бега, координации движений. Основу двигательной активности ребенка должны составлять ходьба, лазанье, преодоление препятствий, различные игры с мячом, обручем, гимнастической палочкой и другими игрушками.

### 3.2. Гимнастика

#### Особенности физического развития ребенка от года до 3 лет

- Повышенная двигательная активность, которая сочетается с недостаточно хорошей координацией движений, в связи с чем, дети падают.
- Могут одновременно выполнять движения руками и ногами. Но для них это координационно сложно, поэтому чаще всего многие движения они совершают попеременно.
  - В возрасте 1,5 лет дети начинают подниматься на ступеньки и спускаться с них.
  - Ребенок способен пройти по относительно узкой дорожке, не нарушая ее границ.
  - Ближе к двум годам может относительно далеко бросить мяч, при этом сохраняя свое равновесие.
  - К двум годам начинает манипулировать с предметами.
  - К 3 годам ребенок выполняет практически любые активные упражнения по просьбе взрослых, достаточно развита координация движений, ловкость и чувство равновесия. Надо предоставить ребенку достаточную свободу движений, это необходимое условие для дальнейшего развития ребенка. Ограничение его подвижности недопустимо.

#### Правила при выполнении гимнастики

- Упражнения должны быть на все группы мышц.
- Все упражнения выполняются в игровой форме.
- Все активные упражнения, которые может выполнять сам ребенок, взрослый выполняет вместе с ним. Можно подключать других детей в этой семье, и – взрослых.
  - Количество повторений в каждом упражнении – 3-5 раз. Каждое новое упражнение повторяется сначала 1-2 раза.
  - Начинать и заканчивать занятия лучше с любимого для ребенка упражнения.
  - Гимнастику желательно выполнять в утреннее время.
  - Занятия должны быть регулярными, ежедневными. Массаж должен идти в комплексе с гимнастикой, с активными физическими упражнениями.
  - Ребенок должен быть одет соответственно времени года. Летом упражнения можно выполнять в одних трусах и маечке. Зимой – в зависимости от температуры воздуха в помещении. Температура окружающей среды должна быть 18-20°C. Зимой температура в помещении для занятий может достигать до 22°C.

• Перед проведением гимнастики помещение должно проветриваться в течение 15 минут. Выполняются упражнения не натощак, но после еды должно пройти не менее 1 часа, а лучше – 1,5 часа. До еды занятия заканчиваются за час.

Примерный гимнастический комплекс упражнений для детей от 1 года до 1 года 6 мес., от 1 года 6 мес. до 2 лет, от 2 до 3 лет представлен соответственно в таблицах 8, 9, 10.

Таблица 8

Примерный гимнастический комплекс упражнений для детей от 1 до 1,5 лет (комп.№6)

№	Название упражнений	Исходное положение
1.	Сгибание и разгибание рук (бокс) с кольцами	Стоя лицом друг к другу (взрослый выполняет вместе с ребенком)
2.	Поднятие выпрямленных ног до палки	Лежа на полу на спине
3.	Наклон туловища с выпрямлением, с фиксацией колен	Стоя на столе
4.	Присаживание из положения лежа, держась за палку	Лежа на полу на спине
5.	Напряженное прогибание позвоночника (с помощью палки)	Лежа на животе на столе
6.	Приседание с кольцами	Стоя лицом друг к другу
7.	Присаживание самостоятельно с фиксацией колен или стоп	Лежа на спине
8.	Пролезание под гимнастическую скамью (или любое другое препятствие высотой 40 см)	Лежа на животе
9	Ходьба по ребристой поверхности (резиновый коврик, специальный тренажёр для стоп и пр.)	Стоя

Таблица 9

Примерный гимнастический комплекс упражнений для детей от 1 года 6 месяцев до 2 лет (комплекс № 7)

№	Название упражнений	Исходное положение
1.	Круговые движения руками	Взрослый выполняет вместе с ребенком
2.	Приседание, держась за гимнастическую палку	Стоя
3.	Поднятие выпрямленных ног до гимнастической палки	Лежа на спине на полу
4.	Напряженное прогибание позвоночника (с помощью палки)	Лежа на животе на столе
5.	Присаживание, держась за палку	Лежа на спине на полу
6.	Пролезание под гимнастическую скамью, любое другое препятствие высотой 40 см	Лежа на животе
7.	Присаживание с фиксацией колен и стоп	Лежа на спине на гимнастической скамье
8.	Ходьба по ребристой поверхности	Стоя
9.	Перешагивание через препятствия	Стоя

Таблица 10

Примерный гимнастический комплекс упражнений для детей от 2 до 3 лет (комплекс № 8)

№	Название упражнений	Исходное положение
1.	Круговые движения руками или сгибание и разгибание рук	Взрослый выполняет вместе с ребенком
2.	Пролезание под гимнастическую скамью	Лежа на животе
3.	Приседание, держась за палку	Стоя
4.	Поднятие ног до гимнастической палки	Лежа на спине
5.	Ходьба по дорожке шириной 15 см	Стоя
6.	Присаживание, держась за палку	Лежа на спине
7.	Перешагивание через ряд препятствий высотой 40 см друг от друга	Стоя
8.	Присаживание с фиксацией стоп	Лежа на спине
9.	Ходьба по ребристой поверхности	Стоя

### 3.3. Рекомендации по закаливанию детей

Под закаливанием следует понимать повышение устойчивости организма к неблагоприятному воздействию физических факторов окружающей среды (повышенная или пониженная температура воздуха, воды, повышенные параметры влажности и скорости воздуха, ультрафиолетовое излучение, пониженное атмосферное давление) путем научно обоснованного систематического тренирующего дозированного воздействия этими факторами. Закаливание – ведущий метод повышения сопротивляемости детского организма. Воздух, солнце и вода – это те естественные факторы, которые помогают ребенку обрести стойкость к любым атмосферным условиям.

#### Основные требования к проведению закаливания

1. *Учет индивидуальных особенностей организма ребенка.* При формировании системы закаливания необходимо учитывать состояние здоровья, возраст, климатические условия, развитие подкожно-жировой клетчатки, тип нервной системы, степень закаленности ребенка.

Следует выделять три группы детей: I – здоровые закаленные; II – дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья, и здоровые, но незакаленные; III – дети, страдающие хроническими заболеваниями, и реконвалесценты после длительных заболеваний.

*Закаливание детей I группы* нужно начинать с индифферентных раздражителей. Для воздушных ванн – это комфортные показатели температуры воздуха, для местных и общих водных процедур – температура кожи в состоянии теплового комфорта.

*Для детей II и III групп* начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2–4°С выше, чем для детей I группы, а темп её снижения более медленным. Изменяя продолжительность воздействия холодных раздражителей, можно увеличивать энерготраты ребёнка. Это важно для детей повышенного питания и с ожирением, т.к. кратковременные холодные воздействия тонизируют процессы теплоотдачи, а продолжительные по времени заинтересовывают глубинные процессы обмена (телопродукцию).



2. *Постепенное* увеличение силы раздражителя означает, что недопустимо в начале закаливания почти мгновенное и глубокое снижение температуры, а также быстрое увеличение продолжительности процедуры.

А. *Для ослабленных детей* закаливание можно начинать с участков тела менее чувствительных к холоду (например – рук) постепенно переходя к участкам тела, которые не подвергались холодовому воздействию и поэтому более чувствительны (спина).

Б. *Изменение площади поверхности тела*, подвергающейся действию закаливающего фактора: обычно начинают с дистальных участков, постепенно увеличивая площадь воздействия.

В. *Переход от менее интенсивных процедур к более интенсивным*: от воздушных к водным, от обтирания к обливанию водой.

Г. *Увеличение интенсивности* закаливающего фактора: понижение или повышение температуры, увеличение скорости движения воздуха, силы ультрафиолетового облучения.

Д. *Увеличение времени* действия закаливающего раздражителя. Интенсивность закаливающего фактора должна возрастать постепенно, но каждая последующая нагрузка должна вызывать ответную реакцию организма, вегетативные сдвиги: учащение пульса, увеличение глубины и частоты дыхания. Отсутствие этих сдвигов свидетельствует о недостаточном увеличении воздействующего раздражителя.

3. *Систематическое* использование закаливающих процедур во все времена года, без перерывов, т.е. регулярные повторения закаливающих воздействий, которые формируют на базе безусловного рефлекса условно –рефлекторную пульсацию кожных сосудов, что обеспечивает большую устойчивость кожной поверхности к длительному воздействию холода, а регуляция теплоотдачи способствует поддержанию температуры внутренней среды на постоянном уровне. При прекращении закаливающих воздействий условные рефлексы угасают. Тренирующий эффект закаливающей нагрузки достигается через несколько месяцев (2 – 3), исчезает за 2–3 недели (у дошкольников через 5–7 дней). Учитывая это правило, нельзя отменять закаливание даже в случае легких заболеваний детей – следует уменьшать нагрузку или интенсивность раздражителя.

4. *Специфичность* процессов адаптации обуславливает необходимость соблюдать принцип разнообразия или комплексности средств закаливания. Подразумевается использование разновидностей действия одного и того же фактора. Например, полоскание водой горла и обливание водой стоп приводит рефлекторно к снижению чувствительности носоглотки к холоду.

5. *Полиградационность*, т.е. необходимость тренировок к сильным и слабым, быстрым и замедленным, а также средним по силе и времени охлаждениям. Чтобы не закреплять узкие стереотипы закалённости, необходимо вырабатывать готовность детского организма реагировать на разные по диапазону колебания факторов. Отмечают феномен «односторонней адаптации», суть которого заключается в том, что если закалять верхнюю часть туловища, то устойчивым к охлаждению становится только торс, но не нижние конечности. В этом случае толерантность к холоду на стопах ослабевает. Поэтому лучше сочетать местные и общие закаливающие процедуры, когда достигается оптимальная устойчивость организма к холоду.

6. Все закаливающие процедуры должны проводиться на фоне *положительных эмоций*. Нарушение этих правил приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливания, а иногда и к гиперактивации нейроэндокринной системы и последующему ее истощению.

#### Основные виды закаливающих процедур

*Закаливающие процедуры разделяют на общие*, когда воздействию подвергается вся поверхность тела, и местные, направленные на закаливание отдельных участков тела. *Местные процедуры* оказывают менее сильное действие, чем общие. Но добиться

полезного эффекта можно и при местном закаливании, если умело подвергать воздействию температурных факторов наиболее чувствительные к охлаждению участки тела – ступни, горло, шею. Особенно полезно сочетать общие и местные закаливающие процедуры. Это намного повышает устойчивость организма к неблагоприятным внешним факторам.

### Воздушные ванны

*Воздушные ванны* из всех естественных сил природы рассматриваются как наиболее «мягкие» и безопасные процедуры. С них обычно и рекомендуется начинать систематическое закаливание организма.

Закаливающее действие воздуха связано с разницей температур между ним и поверхностью кожи. Слой воздуха, находящийся между телом и одеждой, обычно имеет постоянную температуру около 27–28°C. Разница между температурой кожи одетого человека и окружающим воздухом, как правило, невелика, поэтому отдача тепла организмом почти незаметна.

Длительное пребывание на свежем воздухе – неременный элемент закаливания. Даже зимой нужно стараться, чтобы дети были на прогулке не менее 3–4 часов. Как правило, во время прогулки проводятся подвижные игры. Можно выделить несколько способов закаливания воздухом. Рассмотрим эти способы применительно к детям до года.

I способ – *проветривание помещения*. Закаливание воздухом начинается именно с этого. Лучший способ проветривания – сквозное, его можно устраивать в отсутствие ребенка. Закаливающим фактором при проветривании помещения является понижение температуры на 1–2°C. Осенью и зимой проветривать помещение необходимо 4–5 раз в день по 10–15 минут. Летом окно должно быть открыто, оптимальная температура воздуха в помещении, где находится грудной ребенок, +20°C. Исследования показали, что при более высокой температуре в помещении рост и развитие ребенка задерживаются.

II способ – *прогулка, включающая сон на воздухе*. Желательно как можно больше времени проводить под открытым небом. Летом за городом целесообразно питание, сон, гимнастику, игры вынести на свежий воздух. В любое время года полезно гулять, не забывая, однако, что одевать ребенка нужно по погоде. В первые 1,5 года жизни ребенка рекомендуется дневной сон на воздухе. При этом быстрое засыпание, спокойный сон, ровное дыхание, розовый цвет лица, отсутствие пота, теплые конечности при пробуждении свидетельствуют, что ребенок одет правильно, то есть находится в состоянии теплового комфорта. При охлаждении или перегревании ребенок спит беспокойно. Холодные конечности являются показателями резкого охлаждения. Потный лоб и влажная кожа свидетельствуют о том, что ребенку жарко.

Ежедневное пребывание на открытом воздухе – мощный оздоровительный фактор и для детей старшего возраста. Общая длительность пребывания учащихся начальных классов на открытом воздухе должна быть не меньше 3 – 3,5 часа.

III способ – *воздушные ванны*. Под влиянием воздушных ванн повышается поглощение кислорода, существенно изменяются условия теплообмена, улучшается состояние нервной системы ребенка – он становится спокойнее, лучше ест и спит.

При проведении местных и общих воздушных ванн рекомендуется следующая температура воздуха в помещении (табл. 11).

Рекомендуемая температура воздуха в помещении при проведении воздушных ванн

Воздействующий фактор	Возраст	Местные воздействия		Общее воздействие	
		Начальная температура	Конечная температура	Начальная температура	Конечная температура
Воздух	до 2 лет	+23°C	+18–20 °C	+23°C	+20 +21 °C
	2 – 3 года	+22°C	+16–18 °C	+22°C	+20°C
	Продолжительность ограничена режимными моментами (утренняя гимнастика, физкультура, музыкальные занятия)		Продолжительность ванн с 3–5 минут до 10–15 минут		

Во время и после воздушной ванны ребенок должен выглядеть бодрым, у него должно быть хорошее настроение. Необходимо обращать внимание на сон и аппетит ребенка: их нарушение может быть признаком неблагоприятного влияния воздушной ванны. В летний период их можно сочетать с солнечными ваннами.

#### Закаливание солнечными лучами

Солнечный свет совершенно необходим для нормального развития ребенка. Вместе с тем ни в коем случае нельзя допускать слишком длительного пребывания детей под палящими лучами солнца. Во время прогулок и солнечных ванн голова ребенка должна быть всегда прикрыта легким светлым головным убором.

Для детей старше года температура воздуха при воздушных ваннах составляет +18–19°C. Во время воздушной ванны дети должны находиться в движении: участвовать в подвижных играх, выполнять гимнастические упражнения и т.п. После воздушных ванн, проводимых в помещении, можно переходить на открытый воздух. Регулировать действие воздуха на организм помогает постепенное облегчение одежды.

Одно из эффективных средств закаливания – *дневной сон на открытом воздухе летом и зимой в любую погоду*. Лучше всего укладывать детей спать на веранде или балконе.

#### Закаливание водой

Закаливание детей водой следует начинать с *местных процедур* – умывания, мытья ног перед сном, игр с водой. С раннего возраста приучать детей к прохладной, но, конечно, не очень холодной воде. При местных водных процедурах начальная температура воды должна быть +28–30°C, затем ее снижают через каждые 3–4 дня на 1–2°C для детей старше года до +16 – 18°C.

В дальнейшем от местных процедур переходят к кратковременным общим процедурам – обтиранию, обливанию, ванне, душу, купанию в открытых водоемах.

Рекомендуется начинать с *сухих обтираний*. Делать это кусочком фланели. Тело ребенка протирают до появления небольшой красноты. Через две недели приступают к *влажным обтираниям*. Температура воды для детей раннего возраста должна быть не ниже +33–34°C, а в зимнее время – +34–35°C. В дальнейшем температура воды постепенно снижают на 1°C, доводя ее до +28–30°C. У детей 2–3-х лет температуру воды рекомендуется постепенно снижать до +24–26°C. После обтирания тело вытирают насухо,

слегка растирая его до легкого покраснения. Через 1,5 месяца влажных обтираний можно переходить к обливанию, но только детям старше одного года.

В помещении, где проводят влажное обтирание (обычно с помощью полотенца), температура воздуха должна быть не ниже  $+18-20^{\circ}\text{C}$ . Температура воды для увлажнения вначале не ниже  $+30-32^{\circ}\text{C}$ , затем ее ежедневно снижают на  $0,5-1^{\circ}\text{C}$ , доводя до  $+16-18^{\circ}\text{C}$ . Вначале обтирают грудь и живот, потом спину и поясницу, руки и ноги, последовательно вытирая каждую смоченную часть не только досуха, а до покраснения кожи и приятного ощущения тепла. Общая длительность влажного обтирания обычно не должна превышать 2–3 минут.

*Местное обливание ног* проводится при температуре воздуха в помещении не ниже  $+20^{\circ}\text{C}$ . При обливании ног смачивают нижнюю половину голени и стопы. Сосуд с водой держат на близком расстоянии от тела (4–5 см). На каждое обливание расходуется  $1/2-1/3$  литра воды соответствующей температуры (табл. 12). Температура воды снижается через 1 – 2 дня на  $2^{\circ}\text{C}$ .

Таблица 12

## Обливание ног с постепенным снижением температуры воды

Возраст	Начальная температура	Конечная температура
2 – 3 года	$+30^{\circ}\text{C}$	$+18^{\circ}+16^{\circ}\text{C}$

Обливание продолжается 15–20 сек., после чего следует растирание кожи сухим полотенцем до легкого розового оттенка. Необходимо помнить, что эффект закаливания будет только в том случае, если прохладную воду лить на теплые ноги ребенка. В связи с этим обычно обливание ног рекомендуется проводить после дневного сна. Летом целесообразней обливание ног с целью закаливания сочетать с мытьем их после прогулки.

*При общем обливании* голову оставляют сухой. Обливание продолжается 20–30 сек. (табл. 13). Затем тело быстро вытирают насухо. Температура воздуха в помещении во время обливания не должна быть ниже  $+18^{\circ}\text{C}$ . Необходимо внимательно следить за самочувствием ребенка во время процедуры. Легкое побледнение, появление «гусиной» кожи в начале обливания вполне естественны. Однако если они держатся слишком долго, немедленно прекратите процедуру.

Таблица 13

## Температура воды при обливании всего тела

Возраст	Начальная температура	Конечная температура
до 2-х лет	$+35^{\circ}\text{C}$	$+26^{\circ} - 28^{\circ}\text{C}$
2 – 3 года	$+34^{\circ}+35^{\circ}\text{C}$	$+24^{\circ}\text{C}$

Температура воды снижается через 3–4 дня на  $2^{\circ}\text{C}$ .

*Купание в открытых водоемах* – самый лучший способ закаливания в летнюю пору. Купаться дети могут начинать только после предварительного закаливания воздухом и водой. Температура воды в открытом водоеме должна быть не менее  $+22^{\circ}\text{C}$ , а воздуха  $+24^{\circ}\text{C}$ . Время пребывания в воде вначале составляет 3 мин., затем постепенно увеличивается до 6–8 мин. Купаться детям достаточно 1 раз в день. Лучшее время для этого в средней полосе – от 11 до 12 часов.

При организации плавания детей можно использовать *бассейны*, отвечающие требованиям к плавательным бассейнам, их устройству, эксплуатации и качеству воды.

В холодный период года занятия в бассейне предпочтительно проводить после прогулки. При организации плавания в бассейне перед прогулкой для предупреждения переохлаждения детей необходимо предусмотреть промежуток времени между ними не менее 50 минут.

Для профилактики переохлаждения детей плавания в бассейне не следует заканчивать холодной нагрузкой (холодный душ, проплывание под холодной струей, топтание в ванночке с холодной водой).

Продолжительность нахождения в бассейне в зависимости от возраста детей должна составлять в младшей группе – 15–20 минут.

Существует *контрастное закаливание* как переходная ступень между традиционным и интенсивным закаливанием: контрастные ножные ванны, контрастное обтирание, контрастный душ, сауна, русская баня и др. Контрастное закаливание эффективнее закаливания только холодом. Наиболее распространенным методом для детей является контрастное обливание ножек (нельзя обливать холодные ноги холодной водой, ноги предварительно нужно согреть). Контрастное обливание может быть щадящим, когда вначале ноги обливают теплой водой (+35–36°C), а затем сразу же прохладной (+24–25°C), после чего вновь следует теплое обливание (+35–36°C). Постепенно температура теплой воды увеличивается до +40°C, а холодной снижается до +18°C. Заканчивают процедуру сухим растиранием. Такой метод обливания рекомендуется детям, ослабленным или после болезни. Детям же закаленным и редко болеющим лучше проводить контрастное обливание, начиная с холодной воды (+24–25°C), потом теплой водой (+35–36°C) и затем вновь холодной водой с таким же постепенным изменением температур. После обливания сухое растирание.

*Контрастный душ.* Сначала нужно постоять под теплой водой, нагреть руки, ступни и обязательно воротниковую зону шеи. Затем прохладной водой обливать руки, ступни, и кратковременно шею. Затем снова вернуться к горячему душу. Такие процедуры проделывать не менее трех раз. Контрастные души всегда начинаются согреванием и заканчиваются обливанием холодной водой. Душ сочетает термическое и механическое раздражение, поэтому особенно эффективен. Продолжительность его для закаливания от 1 до 5 минут. Начинают с температуры воды +30–32°C, постепенно доводя ее до +21–22°C, снижая на 0,5–1 °С через каждые 2–3 дня. После проведения процедуры необходимо завернуться в махровое полотенце на несколько минут.

*Баня* – замечательная закаливающая и лечебная процедура. Очень хороша баня при тяжелых диатезах, аллергических заболеваниях дыхательной системы. Противопоказания для бани гипертония высокой степени или гипотония, тяжелое поражение почек, нервной системы, особенно повышенное внутричерепное давление, болезни сердца.

При использовании сауны с целью закаливания и оздоровления детей необходимо соблюдать следующие требования:

- площадь термокамеры должна быть не менее 9,0 м<sup>2</sup>;
- в термокамере следует поддерживать температуру воздуха в пределах +60–70 °С, при относительной влажности – 15–20%;
- во время проведения процедур необходимо избегать прямого воздействия теплового потока от калорифера на детей;
- калориферы устанавливают в специальном углублении и обязательно используют деревянные загородки для частичного ограждения теплового потока;
- при размещении термокамеры в помещении бассейна необходимо предусмотреть тамбур площадью не менее 6 м, чтобы исключить влияние влажного режима бассейна на температурно-влажностный режим термокамеры;
- продолжительность первого посещения ребенком сауны не должна превышать более 3 мин.;

– после пребывания в сауне ребенку следует обеспечить отдых в специальной комнате и питье (чай, соки).

Присутствие медицинского персонала при проведении занятий в бассейне и при приеме детьми процедур в сауне обязательно.

Есть два варианта бани: сухая и парная. Дети, как правило, лучше переносят парную. Перед этой процедурой нужно приготовить заранее два – три тазика холодной воды. На голову малышу нужно надеть толстую шерстяную шапочку и занести его в парилку. Ребенок должен быть сухим. С ребенком раннего возраста не следует торопиться: при его крике или испуге нужно покинуть парилку и облить ребенка прохладной водой и дать ему питье. Процедуру повторить три раза.

Кроме перечисленных закаливающих процедур хорошим средством закаливания и предупреждения заболеваний зубов, слизистой рта и носоглотки является *систематическое простое полоскание рта кипяченой водой* комнатной температуры. Приучать детей полоскать рот можно с 2 – 3 лет. На полоскание используют 1/3 – 1/2 стакана воды.

*Медицинских отводов от закаливания не должно быть.* Исключение должны составлять лишь острые заболевания. Нужно помнить, что методы и средства закаливания подбираются индивидуально в зависимости от возраста, состояния ребенка и условий окружающей среды.

Необходимо помнить, что все закаливающие процедуры – будь то воздушные, водные или солнечные – весьма сильное средство воздействия на детский организм, поэтому следует обязательно соблюдать все правила закаливания.

#### Рекомендации по закаливанию детей от 1 года – 3 лет

Температура в помещении +19–20°C.

Дневной сон на свежем воздухе при температуре воздуха от – +15 до +30°C.

Воздушные ванны при смене белья после ночного и дневного сна, у детей старше 2 лет – во время утренней гигиенической гимнастики и умывания.

Прогулки 2 раза в день при температуре воздуха от –15 до +30°C.

Умывания. Температура воды в начале закаливания +20°C, в дальнейшем ее постепенно снижают до +16–18°C. Детям старше 2 лет моют шею, верхнюю часть груди и руки до локтя.

Общие обливания после прогулок. Начальная температура воды +34–35°C, постепенно ее снижают до +24–26°C.

Обливание ног перед дневным сном. Первоначальная температура воды +28°C, затем ее последовательно снижают до +18 °C.

Общие ванны при температуре воды +36°C продолжительностью 5 минут с последующим обливанием более прохладной водой (+34°C) перед ночным сном 2 раза в неделю.

Летом пребывание под лучами солнца начинают с 5–6 минут и доводят длительность солнечных ванн до 8–10 минут (2–3 раза в день).

Купание проводится в первую половину дня, в жаркие дни, допускается повторное купание во второй половине дня. Начинать купание рекомендуется в солнечные и безветренные дни при температуре воздуха не ниже +23°C и температуре воды не ниже +20°C. Продолжительность купания в первые дни 2–5 минут, с постепенным увеличением до 10–15 минут. Не разрешается купание сразу после еды. Одновременно купаться может не более 10 детей под наблюдением 2 взрослых (один находится в водоеме, второй наблюдает с берега). Продолжительность процедур 15–20 минут.

Воздушные ванны начинают при температуре воздуха не ниже +18°C. Прием воздушных ванн рекомендуется сочетать с ходьбой, подвижными играми, физическими упражнениями, общественно полезным трудом.

При отклонении температуры воздуха помещений от указанных, тепловой комфорт ребенка достигается изменением в слойности его одежды (табл. 14).

Таблица 14

#### Достижение теплового комфорта ребенка

Температура помещения	Одежда
+23°C и выше	1–2–слойная одежда: тонкое хлопчатобумажное белье, легкое хлопчатобумажное платье с короткими рукавами, носки, босоножки
+21°C–22°C	2–слойная одежда: хлопчатобумажное белье, хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинным рукавом, колготы, туфли для детей 3 лет
+18°C–20°C	2–слойная одежда: хлопчатобумажное белье, хлопчатобумажное или полушерстяное платье с длинным рукавом колготы для детей 3
+16°C–17°C	3–слойная одежда: хлопчатобумажное белье, трикотажная кофта, трикотажное или шерстяное платье с длинным рукавом, колготы, туфли (теплые тапочки)

При температурах выше и ниже указанных, даже при обеспечении правильной одежды детей, наступает перегревание или охлаждение, что может явиться причиной заболевания. Оздоровляющее действие воздуха необходимо также использовать при организации дневного сна. Во время сна ребенку обеспечивается состояние теплового комфорта путем соответствующего подбора одежды и температуры воздуха помещений (табл. 15).

Таблица 15

#### Достижение теплового комфорта ребенка в холодное время года

Помещение	Групповое помещение или спальня	Отапливаемая веранда	Не отапливаемая веранда
Температура воздуха	+15–16°C	+5–6°C	–10–15°C
Одежда	Байковая рубашка с длинными рукавами или пижама, теплое одеяло	Спальный мешок, пижама байковая, косынка, носки	Спальный мешок, пижама, носки, косынка, поверх мешка – теплое одеяло (матрацы и спальные мешки хранить в теплом помещении)

В теплое время для сна надевают легкое белье с короткими рукавами, а летом в жаркие дни дети могут спать в одних трусиках. После укладывания детей открывают фрамуги, окна, создавая сквозное проветривание на 5–7 минут. В течение всего времени сна, для поддержания нужной температуры, оставляют открытыми с одной стороны фрамуги, окна. Закрывают их за 20–30 минут до подъема детей.

Прогулка при правильной ее организации является одним из важнейших моментов закаливания детей. В зимний сезон дети должны находиться на свежем воздухе не менее 4–6 часов ежедневно. Дети до 3-х лет выходят на прогулку зимой в безветренную погоду при температуре наружного воздуха – 15°C. При этом важно правильно одеть и обуть

ребенка соответственно сезону и погоде, чтобы обеспечить ему свободу движения и необходимый тепловой комфорт (табл. 16).

Таблица 16

Рекомендуемая одежда при определенной температуре воздуха

от +6 до – 3°С	от – 3 до – 8°С	от – 9 до – 14°С
4–слойная одежда: белье, платье, трикотажная кофта, колготы, рейтузы, куртка или демисезонное пальто (зимнее пальто) без трикотажной кофты (когда температура ниже 0°С), сапожки	4–слойная одежда: белье, платье, трикотажная кофта, колготы, рейтузы, зимнее пальто, без трикотажной кофты (когда температура ниже 0°С), утепленные сапоги	5–слойная одежда: белье, платье, трикотажная кофта (свитер), колготы, рейтузы – 2 пары, зимнее пальто, утепленные сапоги с носками

#### 4. Рекомендации по оценке физического развития ребенка

Во время каждого профилактического осмотра ребенка рост и вес отмечают на диаграммах физического развития (прил. 3, 6) оценивают по центильным таблицам (прил. 2, 5). По диаграммам можно определить, соответствует ли вес росту. Чтобы оценить физическое развитие, рост и вес определяют не однократно, а систематически. В сомнительных ситуациях определяют скорость роста (прил. 4, 7).

#### 5. Рекомендации по оценке и коррекции отклонений в нервно-психическом развитии ребенка

*Оценка психомоторного развития.* За психомоторным развитием (грубые и тонкие движения, речь, навыки общения и ухода за собой) следят с помощью простых тестов, например денверского теста (прил. 1). Сокращенный вариант денверского теста занимает всего 5–7 мин. В табл. 17, 18 приведены средний возраст формирования основных навыков. При выявлении отклонений ребенка обследуют более тщательно.

На втором году жизни продолжается интенсивное психомоторное и физическое развитие ребёнка. Условные рефлексы в этом возрасте начинают формироваться быстрее. Дети подвижны, в их поведении преобладают яркие положительные эмоции, они произносят много звуков и слов, часто улыбаются и громко смеются, проявляя повышенный интерес к окружающему. В первом полугодии 2-го года жизни совершенствуется ходьба, улучшаются координация движений и понимание речи, значительно увеличивается словарный запас. Во втором полугодии 2-го года жизни игра приобретает сюжетный характер, дети стремятся к играм друг с другом, начинают выполнять требования взрослых, обучаются элементарным правилам поведения.

В течение 3-го года жизни моторные навыки детей претерпевают дальнейшее совершенствование. Расширяется ориентировка в окружающем, усложняются речь, игровая деятельность.



## Средний возраст формирования основных навыков

Возраст	Навыки	
12 мес.	Грубые движения	Самостоятельно ходит
	Тонкие движения	Кладет мелкие предметы в бутылку Умышленно бросает предметы Черкает карандашом
	Речь	Произносит слова осмысленно, но речь непонятная
	Навыки общения и ухода за собой	Играет с куклой Пьет из чашки Помогает одевать себя
15 мес.	Грубые движения	Бегает
	Тонкие движения	Высыпает мелкие предметы из бутылки
	Речь	Правильно называет 4–6 предметов, когда ему указывают на них
18 мес.	Тонкие движения	Рисует каракули Использует предметы в качестве инструментов Строит башню из трех кубиков
	Речь	Знает название трех частей тела Называет предмет на картинке Узнает членов семьи Употребляет 7–20 слов Речь понятная (16 мес.)
	Навыки общения и ухода за собой	Пользуется ложкой
21 мес.	Речь	Комбинирует два слова Употребляет 50 слов Находит нужную картинку
	Тонкие движения	Строит в ряд три кубика
24 мес.	Речь	Строит предложения из двух слов
<p>О развитии грубых движений, навыков общения и ухода за собой узнают из беседы с родителями</p> <p>Для оценки тонких движений ребенок должен выполнить задания</p> <p>Речевое развитие оценивают со слов родителей и при обследовании</p>		

Оценка уровня возрастного развития детей  
(Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова)

Возраст	Нервно-психическое развитие
1 год 3 мес.	Запас слов 10 – 30. Начинает обобщать предметы по существенным признакам. Пользуется облегченными словами в момент сильной заинтересованности. Ходит, не присаживаясь, длительно, меняет положение (приседает, наклоняется, поворачивается и т. д.). Самостоятельно ест густую пищу
1 год 6 мес.	Запас слов 30 – 40. Появляются двухсловные предложения. Облегченные слова начинает заменять правильными. Понимает смысл целых предложений о событиях и явлениях, часто повторяющихся. Перешагивает через препятствия. Самостоятельно ест любую пищу
1 год 9 мес.	Запас активных слов начинает быстро расти. Легко повторяет слова и фразы. Понимает несложный рассказ взрослого по сюжетной картинке. Подбирает по образцу и словам взрослого два контрастных цвета (красный, синий). Часто раздевается и помогает взрослому одевать его
2 года	Запас слов 200 – 300. Появляются трехсловные предложения. Начинает употреблять прилагательные и местоимения. Понимает рассказ без показа. Появляются вопросы типа: «Что это?», «Куда?». Подбирает по образцу и просьбе взрослого четыре контрастных цвета (красный, синий, зеленый, желтый). Поднимается и спускается самостоятельно по лестнице, пытается стоять на одной ноге. Контролирует свои физиологические отправления
2 года 6 мес.	Свободно пользуется речью во всех случаях жизни. Повторяет и заучивает короткие стихи. Знает свои имя и фамилию. С помощью карандаша, кисти, пластилина, глины изображает простые предметы и называет их. Выполняет сюжетные постройки. Появляются элементы ролевой игры. Одевается самостоятельно. Ходит по лестнице переменным шагом
3 года	Легко запоминает стихи, песни, повторяет маленькие рассказы. Задает вопрос «Почему?», пользуется формами приветствия. Раскрашивает ограниченные поверхности. Начало конструктивной деятельности. Завязывает шнурки на ботинках. Ходит самостоятельно в туалет

Наблюдение за ребенком: приучение к горшку

Здоровый ребенок со временем сам начинает проситься на горшок, хотя многим родителям трудно этого дожидаться. Родители могут помочь малышу научиться пользоваться горшком, но могут и затормозить приобретение этого навыка.

Рекомендации

1) Начинать приучение лучше всего в возрасте 2–3 лет. К этому времени многие дети уже сами просятся на горшок, выражают недовольство грязными штанишками и интересуются тем, что делают взрослые в туалете.

2) Сначала приучают сдерживать дефекацию, поскольку это требует менее сложной, чем при мочеиспускании, координации мышц. Кроме того, позывы к дефекации

возникает гораздо реже. Полезно сажать малыша на горшок сразу после еды, когда наполнение желудка рефлекторно стимулирует эвакуацию содержимого толстой кишки.

3) Когда частота мочеиспускания уменьшается, и ребенок просыпается сухим после дневного сна, можно приучать его мочиться в горшок. Обычно это происходит в 2,5–3 года.

4) Если у ребенка, научившегося пользоваться горшком, вдруг возникает недержание мочи или кала, необходимо обследование.

Наблюдение за ребенком: страхи

*Боязнь купания* возникает в 1–2 года, иногда – после неприятного происшествия, например попадания мыла в глаза или засыпания в воде. Не следует настаивать на купании в ванной, лучше попробовать другой способ – мытье в тазике или обтирание губкой.

*Боязнь разлуки* встречается довольно часто. Страх появляется в возрасте около 2 лет, когда родители уже не проводят все свое время с ребенком, и усиливается ко времени сна. Родителям следует с раннего возраста постепенно приучать ребенка к самостоятельности. Когда он остается с няней, пусть в первые полчаса родители побудут вместе с ними, а уходя, ведут себя уверенно. Если ребенок безутешен, можно дать ему мамину или папину вещь (например, мамину косынку, пахнущую ее духами). Это убедит его в том, что родители ушли не навсегда и скоро вернуться.

*Воображаемые страхи* появляются в возрасте 3 лет. Дети боятся собак, темноты, огня, смерти. Чаще всего подобные страхи встречаются у детей, измотанных сражениями с родителями по поводу мокрых штанишек или еды, хотя считать эти конфликты причиной страха не следует. Иногда воображаемые страхи провоцируются страшными историями, угрозами, телевизионными передачами. Родители должны ободрить ребенка, постараться понять, что именно его пугает. Ни в коем случае нельзя заставлять малыша внезапно сталкиваться с предметом его страхов. Вместо этого предложите ему игру и предоставьте активную роль – пусть он обрызгает комнату «жидкостью от чудищ» или нарисует «отпугивателя страшилищ». Такой прием часто навсегда избавляет ребенка от страхов.

*Боязнь физических недостатков* возникает в возрасте около 3 лет или позже. Иногда ее провоцирует встреча с калекой или инвалидом. Ребенок быстро воображает, что с этим человеком что-то случилось, и ставит себя на его место. Дети могут считать уродством физические различия между мальчиками и девочками, в этом случае лучше всего дать ребенку простое и доступное объяснение.

#### Наблюдение за ребенком: сосание пальцев

Грудных детей и детей младшего возраста сосание большого пальца успокаивает. Эта привычка не нарушает расположение постоянных зубов, при условии, что будет забыта до их прорезывания.

Рекомендации. Большинство детей прекращают сосать пальцы к 5–6 годам, возвращаясь к этой привычке только во время тяжелых переживаний. Если родители излишне беспокоятся, нужно успокоить и поддержать их. Вместо того, чтобы ругать ребенка, можно отучить его сосать пальцы, воспользовавшись положительным подкреплением.

#### Наблюдение за ребенком: патологические привычки

Патологические привычки – результат закрепления возникающих в раннем грудном возрасте приемов самоуспокоения. Они подразделяются на 2 группы.

*Ритмичные движения*– качание головой и туловищем, верчение головой, постукивание по голове – впервые появляются после полугода. Позднее они возникают вновь в моменты усталости, засыпания, переживаний и служат для самоуспокоения.

*Исследование половых органов и мастурбация.* У детей до 3 лет – это проявление любопытства. Если ребенок общителен и не поглощен полностью подобными действиями, повода для беспокойства нет. Чрезмерное увлечение игрой с половыми органами может быть признаком сильной тревоги, конфликтов в семье или эмоционального расстройства.

*Рекомендации.* При ритмичных движениях нужно обеспечить спокойную обстановку и постараться предотвратить самоповреждения. Нельзя одергивать или наказывать ребенка.

Мастурбация – этап нормального полового развития. Вместо того, чтобы настойчиво привлекать внимание ребенка к его действиям, попробуйте отвлечь его. Попытки пресечь такое поведение, особенно с помощью наказаний, могут привести к психологической травме.

### Задержка речевого развития

Этиология: снижение слуха, общая задержка развития, моторная апраксия мышц лица, аутизм, психосоциальная депривация, отравление свинцом, первичные нейрогенные расстройства речи.

Обследование и диагностика (табл. 19).

Таблица 19

#### Признаки значительной задержки речевого развития\*

Возраст	Симптомы
12 мес.	Мало лепечет (тихий ребенок)
18 мес.	Не понимает простых слов – своего имени или названий окружающих предметов; не способен выполнить простейшие просьбы типа «иди сюда», «сядь»
2 года	Использует несколько отдельных слов; не пытается повторять слова
2,5 года	Не знает названий окружающих предметов и частей тела; не может по просьбе показать на знакомый предмет или принести что-либо, находящееся вне поля зрения; не умеет составлять фразы из двух слов (например, «дай молока»); ребенка часто неправильно понимают
3 года	Не говорит простых предложений (подлежащее, сказуемое, дополнение); не понимает простых объяснений или рассказов о событиях в прошлом или будущем
* - Значительная задержка речевого развития обычно наблюдается при общей задержке развития	

1. Детям с задержкой речевого развития показана оценка слуха.

2. Для оценки развития используют соответствующие возрасту тесты: денверский тест психомоторного развития, шкалу раннего речевого развития (EarlyLanguageMilestoneScale), шкалу Бейли для оценки развития грудных детей (BayleyScalesofInfantDevelopment).

3. Из беседы с родителями и наблюдений выясняют, каким образом ребенок сообщает о своих потребностях. В отличие от общей задержки развития и аутизма, при снижении слуха, моторной апраксии мышц лица и первичных нейрогенных расстройствах речи дети способны выразить свои нужды.

4. Затруднения при кормлении и неспособность повторять движения языком характерны для моторной апраксии мышц лица.

5. Сравнивают понимание и воспроизведение речи.

6. Сведения о домашнем окружении ребенка и его общении помогают выявить недостаточную стимуляцию речевого развития.

7. Помните, что многие дети не проявляют полностью речевые навыки перед посторонними. Для постановки диагноза задержки речевого развития обязательны данные анамнеза.

*Лечение.* После первичного обследования ребенка направляют к специалисту.

Для устранения небольшой задержки речевого развития в большинстве случаев достаточно проинструктировать родителей, чтобы они все время разговаривали с ребенком во время игр, показывая предметы и называя их.

Желательно начать коррекцию как можно раньше (до 3 лет). В более позднем возрасте ребенок может посещать специальные занятия для развития речи.

#### Условия для здорового психического развития ребенка

Для обеспечения всех видов детской деятельности необходимы определенные условия, при которых ребенок будет расти и развиваться. Такими условиями являются: *развивающая предметная среда* (предметы игровые и развивающие, игрушки, детская библиотека, физкультурно-игровые и оздоровительные сооружения, природа с ее объектами и др.) и содержательное общение с взрослыми.

Предметно-игровая деятельность – ведущая в раннем возрасте для ребенка. К концу первого года жизни малыш уже умеет обращаться с простыми игрушками по тем правилам, которым его научили взрослые: собирает пирамидку и матрешку, катает мяч, складывает кубики. И, наконец, на втором году жизни здоровый ребенок переходит к предметным действиям нового качества: он начинает учиться пользоваться кружкой и ложкой, позже – расческой, карандашом, дидактическими игрушками. В этот период наиболее важными для него являются действия с предметами, которые он выполняет совместно с взрослым, в общении с ним.

Во время знакомства с предметами, игрушками и способами пользования ими взрослый помогает формированию восприятия и двигательных навыков ребенка, развитию его мышления.

Дидактические (развивающие) игрушки, правильно подобранные по цвету, форме, величине, количеству, являются прекрасным средством развития детей с любыми нарушениями в развитии в любом возрасте. Они не только обогащают чувственный опыт ребенка, но и учат его мыслить. Основная задача взрослого состоит в том, чтобы с помощью таких игрушек обратить внимание больного ребенка на различные свойства предметов, научить его выполнять задачи на подбор их по сходству и различию. В таких практических действиях, как соединение, разъединение, нанизывание предметов развиваются мыслительные операции анализа, синтеза, обобщения и др.

Хотелось бы предостеречь родителей от предъявления ребенку большого количества игрушек. По мнению психологов, избыток игрушек рассеивает и притупляет внимание, не позволяет освоить каждую из них в полной мере. Гораздо важнее научить ребенка играть с одной игрушкой, научить придумывать игры.

Одно из любимых занятий многих детей, которое часто доводит родителей до изнеможения, – выбрасывание игрушек, предметов из кровати, сбрасывание со стола. Другой малыш может долго, монотонно выкладывать предметы из коробки, из сумочки и

складывать их обратно, открывать и закрывать крышки кастрюль, банок, ящики и дверцы шкафов. Не запрещайте, а помогите организовать такую игру для ребёнка! Например, на кухне, где Вы заняты приготовлением еды. Убрав наиболее опасные вещи, предложите ему сложить все предметы, которые Вы предварительно достали, в ящик шкафа. Банка с крышкой, наполненная разными предметами, дает малышу возможность прятать и находить их, открывая и закрывая крышку, греметь ими.

Дидактические игрушки развивают у ребёнка с проблемами в развитии мелкую моторику рук, а также – память и мышление, в силу того, что он запоминает, а потом пытается воспроизвести те действия, которые ему показали взрослые.

Для детей с нарушениями в развитии нужны следующие игрушки: пирамидки и подобные игры для нанизывания форм с различными отверстиями; матрешки, стаканчики, коробочки и др. наборы однородных предметов разной величины и цвета для сравнения; варианты игр с целью присоединения их элементов с помощью липучек, шнурков, пуговиц, кнопок; кубики и разрезные картинки из 2, 3, 4 частей; разнообразные вкладыши, мозаики, емкости по типу «Почтового ящика» для вкладывания различных форм и предметов в соответствующие отверстия или рамки, музыкальные инструменты и звучащие игрушки для развития слухового внимания. Кроме того, необходимы разнообразные сюжетные игрушки (куклы, машины, животные, предметы быта: посуда, мебель и др.) Огромное удовольствие доставляют детям игры с мячом. Его можно ловить, катать, подбрасывать вместе с ребёнком.

Детям с проблемами в развитии очень полезны игры с водой, песком и др. природными материалами. Такие действия не только привлекают многих из них, но и развивают тактильные ощущения.

Игра определяет дальнейшее психическое и физическое развитие проблемного ребёнка. Использование в повседневной жизни подвижных игр, если это возможно, создает условия для того, чтобы ребёнок научился владеть своим телом. Кроме того, подвижная игра - источник радости, одно из лучших средств общения взрослого с ребёнком. Включение в игру различных персонажей развивает детскую фантазию, способствует формированию речи.

Врач и медицинская сестра осуществляет контроль за выполнением в семье медико-педагогических рекомендаций по коррекции поведения и нервно-психического развития ребёнка.

## **6. Подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения, адаптация и методы их коррекции**

Поступление ребёнка в дошкольное образовательное учреждение сопровождается изменением окружающей его среды, режима дня, характера питания, системы поведенческих реакций (динамического стереотипа) крохи, приводит к необходимости устанавливать социальные связи, адаптироваться к новым условиям жизни.

На процесс адаптации ребёнка влияют достигнутый уровень психического и физического развития, состояние здоровья, степень закаленности, сформированность навыков самообслуживания, коммуникативного общения со взрослыми и сверстниками, личностные особенности самого малыша, а также уровень тревожности и личностные особенности родителей. Дети, имеющие отклонения в этих сферах труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них может развиваться эмоционально-стрессовая реакция, приводящая к нарушению здоровья. Для профилактики подобных реакций необходима организация медико-психолого-педагогического сопровождения детей в период их подготовки и адаптации к пребыванию в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ). В этой работе выделяются следующие направления:

- подготовка детей к поступлению в ДОУ и прогнозирование адаптации к нему;

- организация жизнедеятельности детей в период адаптации;
- контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации и коррекция возникающих нарушений.

Лучшим периодом года для поступления в ДООУ считается конец августа – начало сентября. В это время у ребёнка имеется естественная закаленность, запас витаминов; к тому же дети из уже сформированных групп за лето отвыкли друг от друга, и новому ребёнку легче завести друзей, программы занятий только начинаются, роста простудной заболеваемости еще нет. Подготовка детей к поступлению в ДООУ должна начинаться не позднее, чем за 6 мес. до этого. Педиатру необходимо составить план подготовки и в форме 112/ув листе уточненных диагнозов поставить отметку о начале мероприятий. За 2 мес. до поступления в ДООУ проводятся профилактические осмотры детей врачами: офтальмологом, неврологом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, стоматологом, участковым педиатром и логопедом (для детей от 3 лет). По показаниям ребёнок должен быть осмотрен и другими специалистами.

Лабораторное исследование включает клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов и простейшие. В период подготовки, в соответствии с календарем профилактических прививок, продолжается вакцинация ребёнка, однако, планируя ее, педиатр должен помнить о том, что целесообразно начать посещение ДООУ не ранее чем через месяц после последней прививки. По результатам осмотров проводятся лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, оформляется эпикриз для ДООУ с комплексной оценкой здоровья, указанием прогноза адаптации, рекомендациями на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию.

Обязательным этапом подготовки ребёнка является гигиеническое обучение родителей. В поликлинике и ДООУ оформляется информационный стенд для родителей со сведениями о том, какие документы и анализы нужны для поступления; желательна организация консультаций врачей, психологов и педагогов этих учреждений по фиксированным дням. Возможна организация родительских конференций по темам «Подготовка детей к поступлению в ДООУ», «Особенности течения адаптации к ДООУ и профилактика нарушений здоровья в это период», оформление памяток, сайтов.

Родители должны знать о важности постепенного и заблаговременного (хотя бы за 2–3 недели до поступления) перевода ребёнка на режим дня, аналогичный режиму ДООУ, введения в рацион питания блюд и продуктов, используемых там. Учитывая важную роль белков и витаминов (особенно группы В) в приспособительных реакциях детей, следует обратить внимание родителей на качество детского питания. У детей с неблагоприятным прогнозом адаптации за 3–4 недели до поступления в ДООУ рекомендуется увеличить на 10–15% возрастную норму содержания белков в суточном рационе, обязательно также использование йодированной соли.

Следует подчеркнуть необходимость формирования у ребёнка навыков самообслуживания (самостоятельный прием пищи, одевание, пользование горшком, мытьё рук и умывание). Для облегчения адаптации ребёнка к детскому коллективу рекомендуются прогулки и игры совместно с другими детьми, посещение групповых занятий, участие в детских коллективных мероприятиях.

Если ребёнок, поступающий в ДООУ, уже способен к речевому общению, следует рекомендовать родителям проводить с ним беседы о поступлении в детское учреждение.

*При прогнозировании течения адаптации* педиатру следует учитывать, что привыкание детей к новым условиям особенно затруднено с 9 до 18 мес. Этот период жизни характеризуется установлением прочного динамического стереотипа, однако способность к его перестройке у ребёнка ограничена. Кроме того, необходимо учитывать, что на 3-м году жизни ребёнок вступает в критический период нервно-психического развития, известный как «кризис 3 лет, или кризис самости», связанный с формированием эго-системы. В случае выраженных проявлений кризиса (упрямства, агрессивности, негативизма) способность к адаптации ребёнка также снижается.

Научными исследованиями установлены прогностические признаки затруднения адаптации. Для детей ясельного возраста:

- частые заболевания матери во время беременности;
- несоответствие домашнего режима ясельному;
- возраст ребёнка от 9 до 18 месяцев;
- токсикоз 2-й половины беременности у матери;
- асфиксия при рождении;
- низкий культурный и образовательный уровень семьи;
- злоупотребление родителями алкоголем;
- конфликтные отношения между родителями;
- отставание ребёнка в нервно-психическом развитии;
- раннее (с 4 месяцев) искусственное вскармливание;
- рахит 2 – 3-й степени;
- наличие хронических заболеваний и морфо-функциональных отклонений (2 – 3-я группа здоровья);
- масса тела при рождении менее 2500 г и более 4000 г;
- содержание гемоглобина менее 116 г/л.

При наличии у ребёнка четырех и более факторов риска наиболее вероятно неблагоприятное течение адаптации. Дети с неблагоприятным прогнозом адаптации должны быть взяты под наблюдение педиатра и психолога ДОО с первых дней посещения учреждения.

*Организация жизнедеятельности детей в период адаптации к ДОО.* Первичный прием ребёнка в ДОО должен проводиться педиатром, психологом и педагогом-воспитателем учреждения. При этом уточняются сведения по анамнезу жизни, состоянию здоровья, особенностям воспитания и поведения ребёнка, назначаются необходимые медико-педагогические мероприятия. Целесообразно оформление стенда «Облегчение адаптации ребёнка к ДОО», создание индивидуальных памяток для родителей.

Для облегчения адаптации необходимо постепенное формирование групп вновь поступающими детьми (не более 3 детей в неделю), укороченное пребывание ребёнка в ДОО (начиная с 2–3 час.) с постепенным увеличением на 1–2 часа в день в зависимости от поведения малыша. Психологи рекомендуют следующую примерную схему: первый, второй день – пребывание 2–3 часа. Родителям надо постараться прийти к дневной прогулке, погулять вместе со всеми и уйти домой обедать. Находиться с ребёнком в группе, кормить его там, а тем более укладывать спать не рекомендуется. Малыш должен знать, что в детском саду этим занимается воспитатель. На третий-шестой «садовские» дни надо забирать ребёнка сразу после обеда, до сна. Лучше рассчитать время так, чтобы прийти до окончания обеда и подождать в раздевалке, не показываясь малышу. Со вторника 2-й недели малыша следует забирать домой в полдень. И лишь с 3-й недели можно оставлять ребёнка в саду на целый день. Предложенную схему, безусловно, можно изменять в зависимости от течения адаптации ребёнка.

Формирующиеся группы должны быть в первую очередь обеспечены помощниками воспитателей, чтобы у педагога оставалось больше времени на работу с детьми. В этих группах следует избегать частой смены воспитателей и перевода ребёнка из одной группы в другую. В период адаптации обязательно сохраняются привычные для ребёнка способы кормления, укладывания спать, следует разрешить принести в сад любимую игрушку, кружку, пижаму и т.д. Временное сохранение привычных для ребёнка приемов воспитания, даже в том случае, если они противоречат установленным в ДОО правилам, помогает облегчить адаптацию. Для предупреждения формирования у малыша защитно-оборонительных реакций запрещается насильно кормить его и укладывать спать, проводить какие-либо травмирующие или непривычные для ребёнка процедуры – стричь ногти, волосы, полоскать горло, чистить зубы, выполнять закаливающие процедуры.

В период адаптации ребёнку не рекомендуется проводить прививки. Первая



профилактическая прививка в ДООУ назначается по окончании периода адаптации, но не ранее чем через месяц после поступления ребёнка. Организация игровой деятельности в первые дни ближе к взрослому, в стороне от детей, помогает ребёнку привыкнуть к новому фактору – большому количеству сверстников – и удовлетворить чрезвычайно острую в период адаптации потребность в эмоциональном контакте со взрослыми. Удовлетворению этой потребности также хорошо помогает частое ласковое обращение к ребёнку, общение «лицом к лицу», периодическое пребывание малыша на руках, тактильный контакт (поглаживание, ласковые прикосновения). Если ребёнок очень привязан к маме, сильно плачет, отказывается есть, рекомендуется рассмотреть вопрос о ее кратковременном присутствии (при соблюдении санитарно-противоэпидемического режима) в первые 3–4 дня в группе.

Особое внимание воспитатель и медицинский работник должны обращать на состояние носоглотки ребёнка. Даже легкое покраснение зева или наличие умеренных выделений из носа являются показанием к удалению малыша на 3–4 дня из детского учреждения. На фоне снижения сопротивляемости в период адаптации эти явления могут привести к развитию заболевания, поэтому ребёнок нуждается в щадящем домашнем режиме. Следует помнить, что если в период адаптации малыш перенес какое-либо заболевание, то после полного выздоровления он нуждается в постепенном увеличении времени пребывания в ДООУ. Облегчают адаптацию ребёнка музыкальные занятия, функциональная музыка (музыкальное сопровождение таких режимных моментов, как отход ко сну, подъем, прогулка, зарядка, физкультурное занятие) и рисование. Родителям рекомендуется в период нахождения ребёнка вне ДООУ увеличить объем двигательной активности (желательно в виде совместных прогулок и игр) и снизить объем новых впечатлений (хождение в гости, театры, просмотр телепередач, игры на компьютере). Не рекомендуется одновременно с определением ребёнка в ДООУ начинать занятия в кружках, секциях, художественной или музыкальной школах.

## 7. Вакцинопрофилактика

Вакцинопрофилактика является одним из разделов профилактической работы врача педиатра. Приказом Минздравсоцразвития России № 51 н от 31.01.2011 г. утвержден Национальный календарь профилактических прививок (табл. 20).

### Дополнительная вакцинация

Совершенствование иммунопрофилактики предусматривает расширение спектра массовых прививок всеми лицензированными в России вакцинами.

*Ветряная оспа.* Заболеваемость очень высока – 300 – 800 на 100 000, ежегодно переносят ветряную оспу от 500 000 до 800 000 детей и подростков. Огромные экономические потери. ВОЗ рекомендует внедрить селективную вакцинацию детей из групп риска (больные лейкозом, семейное окружение иммунокомпрометированных пациентов и беременных, контактных в очаге (позволит контролировать вспышки в ДДУ и школах). Стоит вопрос о 2 – х кратной вакцинации. В странах, включивших её в календарь, проводят 2 – кратно.

*Варилрикс* – живая вакцина (Англия) предотвращает болезнь в 83 – 86 %, снизила заболеваемость в США за 5 лет на 80% в группе детей от 0 до 4 лет. Вакцинация проводится с 12 мес., можно сочетать с живыми вакцинами.

*Ротавирусная инфекция* – основной возбудитель диарей в раннем детстве  
Вакцины, регистрируемые в России:

*Ротарикс*– оральная живая моновалентная (Англия) вводится 2 – кратно, с 6 нед. с интервалом 4–6 недель (не позже 24 нед.).

## Национальный календарь профилактических прививок

Категории и возраст граждан, подлежащих профилактическим прививкам	Наименование прививки	Порядок проведения профилактических прививок
Дети в 18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против гемофильной инфекции	Ревакцинации проводят однократно детям, привитым на первом году жизни в соответствии с инструкциями по применению вакцин
Дети в 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети от 1 года до 18 лет	Вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям и взрослым данных возрастных групп по схеме 0 – 1 – 6 (1 доза – в момент начала вакцинации, 2 доза – через месяц после 1 прививки, 3 доза – через 6 месяцев от начала иммунизации)
Дети от 1 года до 18 лет	Иммунизация против краснухи	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям от 1 года до 18 лет не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее
Дети с 6 месяцев	Вакцинация против гриппа	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин ежегодно данным категориям граждан

## Примечания:

1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, 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 ртути-содержащих консервантов.

РотаТек – живая оральная 5 – валентная (Нидерланды) вводится 3 –кратно, первая доза с 6 до 12 нед., завершая к 32 нед.

Противопоказано детям с повышенной чувствительностью к компонентам вакцины, с пороками развития желудочно – кишечного тракта, перенесшим инвагинацию, иммунодефицитами. Откладывается при наличии у ребёнка рвоты, кишечные расстройства, тяжелые заболевания.

*Пневмококковая инфекция.* Пневмококки вызывают самую частую бактериальную инфекцию человека по оценке ВОЗ, она вызывает 1,2 млн смертей в год, более 40% смертей детей 0 – 5 лет. Более 90% пневмоний в возрасте от 0 до 5 лет вызваны пневмококками.

Пневмо 23 (Франция) – 23–валентная полисахаридная, вводят однократно п/к или в/м 0,5 мл с 2 лет.

Превенар(США) – 7 – валентная конъюгированная (с белком), вводят в/м 0,5 мл с 2 мес. до 5 лет в сочетании с АКДС, т. е. трёхкратно в возрасте до 6 мес. Ревакцинация в 12 – 15 мес.; с 7 до 11 мес. – 2 дозы + ревакцинация; от 12 до 23 мес. – 2 дозы с интервалом между введением не менее 2 мес.; от 2 до 5 лет – 1 доза.

Сочетаются с разными вакцинами календаря, кроме БЦЖ. В сочетании с вакциной против гриппа и Хиб – инфекции значительно снижает заболеваемость ОРЗ.

#### Отбор детей для проведения профилактических прививок

Все здоровые дети подлежат профилактическим прививкам против инфекционных заболеваний согласно Национальному календарю иммунизации.

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок (МУ 3.3. 1.1095 – 02 от 01.03.2002).

В случае острого заболевания плановая вакцинация откладывается на 2 – 4 недели

после выздоровления. Возможно проведение прививок по эпидемиологическим показаниям на фоне текущих тяжелых ОРЗ или ОКИ (отмечена хорошая иммуногенность и низкая реактогенность вакцин).

Детей, перенесших менингококковый менингит и другие острые тяжелые заболевания нервной системы, прививают через более длительные интервалы (до 6 месяцев от начала болезни) после стабилизации остаточных изменений, которые при более ранней вакцинации могут быть истолкованы как ее последствия.

Вакцинация не проводится во время обострения хронического заболевания. Она откладывается до наступления полной или максимально достижимой ремиссии, в том числе на фоне поддерживающего лечения (кроме иммуносупрессивного). Вакцинация проводится через 1 месяц после начала ремиссии. В случае предстоящей плановой операции прививки следует провести не позже чем за 1 месяц до операции и не раньше чем через 3 – 4 недели после нее. Методическими указаниями (МУ 3.3. 1.1095 – 02 от 01.03.2002) главного Государственного санитарного врача РФ «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» определен перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (табл. 21).

Таблица 21

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение на предыдущее введение
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное). Иммуносупрессия: злокачественные новообразования. Беременность
БЦЖ – вакцина	Вес ребенка менее 2000 г. Келоидный рубец после предыдущей дозы
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы. Афебрильные судороги в анамнезе
Живые вакцины: коревая (ЖКВ), паротитная (ЖПВ), краснушная, а также комбинированные ди- и тривакцины	Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды (гентамицин, канамицин и др.). Для вакцин зарубежного производства, приготовленных на культуре клеток куриных эмбрионов: анафилактическая реакция на белок куриного яйца
Вакцина гепатита В (ВГВ)	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи

Тактика вакцинации при наличии реакции на предыдущие дозы

*Поствакцинальные осложнения и сильные реакции на профилактические прививки являются противопоказанием для введения тех же и аналогичных вакцин.*

*Сильной реакцией считается наличие температуры тела выше 40°C, в месте введения вакцины – отек и гиперемия свыше 8см в диаметре.*

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998г. к *поствакцинальным осложнениям относят тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок, а именно:*

1. Анафилактический шок.
2. Тяжелые генерализованные аллергические реакции.

### 3.Энцефалит.

4.Поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома.

5.Генерализованная инфекция, остеоит, остит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ.

6.Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

Если появление таких реакций связано с введением АКДС – вакцины, следующую вакцинацию проводят бесклеточной вакциной или АДС анатоксином. Если ребёнок дал сильную реакцию на 1–е введение АКДС, при отсутствии бесклеточной вакцины курс вакцинации против дифтерии и столбняка продолжают АДС, который вводят однократно, не ранее, чем через 3 мес.; после 2–й дозы АКДС курс прививок считают законченным и в обоих случаях ревакцинацию проводят через 12 мес. После третьей вакцинации АКДС, ревакцинацию проводят через 12 – 18 мес. При редких реакциях на АДС или АДС – М завершение вакцинации по эпидпоказаниям может быть проведено теми же вакцинами на фоне введения (один день до и 2–3 дня после вакцинации) стероидов (внутри преднизолон 1,5– мг/кг/сутки или другой препарат в эквивалентной дозе).

Если у ребенка возникла анафилактическая реакция на содержащиеся в живых вакцинах антибиотики или яичный белок, последующее введение этих и сходных по составу вакцин противопоказано.

### Наблюдение детей в поствакцинальном периоде

В ответ на иммунизацию у привитого развивается *нормальная вакцинальная реакция*, под которой понимают клинические и лабораторные изменения, связанные со специфическим действием вакцины (клинические проявления и частота их развития описаны в инструкциях медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП)). Обычно вакцинальный процесс протекает бессимптомно. Клинические расстройства, возникающие вследствие проведения профилактической прививки и несвойственные обычному течению вакцинального процесса, расценивают как патологические вакцинальные реакции.

После инъекции вакцины ребенка следует наблюдать в положении «лежа» или «сидя» в течение 30 минут. Дальнейшее наблюдение за течением поствакцинального периода проводится патронажной медсестрой через 24 часа после всех видов вакцинаций. Повторный патронаж детей в поствакцинальном периоде проводится:

- на 2 и 7 дни после иммунизации после полиомиелита
- на 30– й день, через 3 мес., 6, 9, 12 мес. после БЦЖ.
- на 7– й день после введения АКДС, АДС, АДС–М, АС,
- на 30– й день после введения ОПВ,
- на 18– й день после коревой,
- на 21– й день после паротитной вакцины,
- на 14–й день после краснушной вакцины, против гепатита В.

Все формы прививочной реакции регистрируются в соответствующей медицинской документации: ф.63/у, ф.112/у, ф.026/у, ф.156/у. Кроме того, сильные реакции регистрируются в окружном центре санэпиднадзора. Каждый случай поствакцинального осложнения подлежит регистрации и расследуется комиссионно с участием клинициста и эпидемиолога.

*Частота наблюдения.* Американская академия педиатрии рекомендует следующую частоту наблюдения за ребенком: от рождения до 2 лет – по крайней мере, 5 раз, с 2 до 3 лет – 3 раза. Приняты следующие сроки посещений врача: 12, 15 и 18 мес., 2, 3 лет, а затем – раз в 2 года.

В более частом наблюдении нуждаются дети из неблагополучных в социальном или экономическом плане семей, дети с перинатальной патологией, врожденными пороками, пороками развития или приобретенными хроническими заболеваниями. Родители, которым требуются советы по уходу за ребенком, тоже могут чаще обращаться к педиатру.

Важным аспектом является профилактика несчастных случаев у детей (табл. 22).

Таблица 22

### Принципы профилактики несчастных случаев у детей

Возраст и причины несчастных случаев	Профилактика
1–2 года	
Ожоги	Горячие напитки ставьте подальше от края стола; по возможности пользуйтесь только задними конфорками плиты; храните спички в недоступном для детей месте
Отравления	Все лекарственные, чистящие и другие химические средства держите закрытыми, в недоступном для детей месте; дома нужно иметь рвотные средства и номер телефона центра отравлений
Автомобильные аварии (наезды)	Ребенок младше 2 лет еще не может управлять двухколесным велосипедом, роликовыми коньками, роликовой доской и даже некоторыми трехколесными велосипедами; следите за ребенком, если он играет недалеко от дороги, или позволяйте играть только во дворе
2–3 года (те же, что и в 1–2 года)	
Ожоги, пожар	Обучите ребенка правилам поведения при пожаре, в первую очередь, как сбить с себя огонь («падай и катайся по земле»)

## 8. Проведение профилактических осмотров

Медицинские осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Профилактические медицинские осмотры детей проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних (табл. 23, 24).

Таблица 23

## Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров

№ п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	1 год 3 месяца	Педиатр	
2.	1 год 6 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
3.	1 год 9 месяцев	Педиатр	
4.	2 года	Педиатр Детский стоматолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
5.	2 года 6 месяцев	Педиатр	
6.	3 года	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

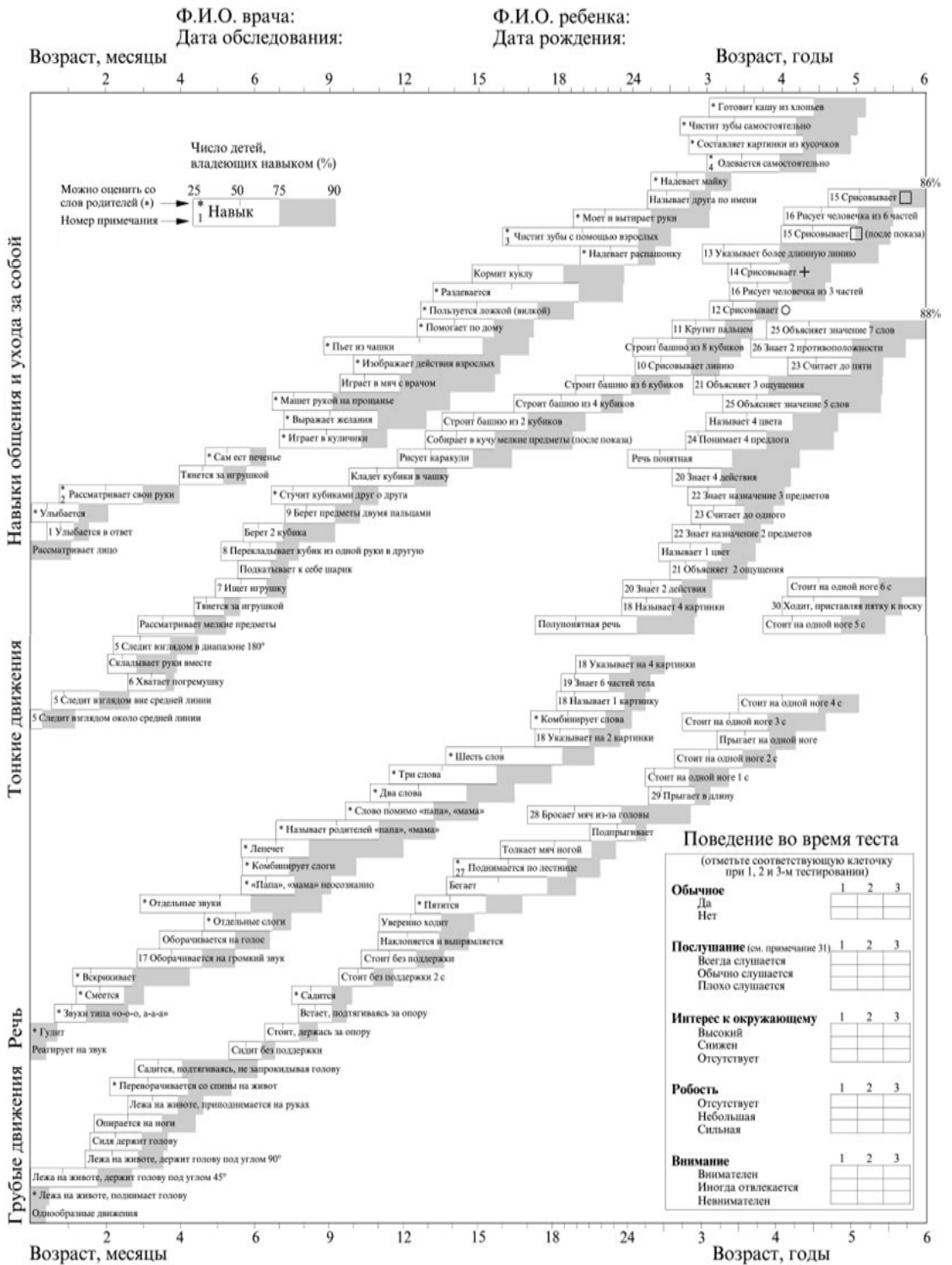
<\*\*\*> Медицинский осмотр врача - детского уролога-андролога проходят мальчики, врача-акушера-гинеколога - девочки.

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются при поступлении в образовательные учреждения (табл. 24).

Таблица 24

## Перечень исследований при проведении предварительных медицинских осмотров

№ п/п	Перечень типов образовательных учреждений, при поступлении в которые проводятся предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Дошкольные образовательные учреждения	Педиатр Невролог Хирург Стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр Гинеколог (уролог-андролог)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Анализ кала на яйца глистов



Денверский тест психомоторного развития  
(W. K. Frankenburg, J. B. Dodds (1969, 1989, 1990), W. K. Frankenburg(1978))



## ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимова Л. И., Юрко Г. П. Физическое воспитание детей. – М., 1989.
2. Адаптация ребенка к пребыванию в дошкольных образовательных учреждениях. Роль педиатра / Н.Д. Бобрищева-Пушкина, О.Л. Попова, Л.Ю. Кузнецова, А.А. и др. // Практика педиатра. - 2008. - С. 66-72.
3. Брызгунов И. Закаливание: принципы и методы //Семья и школа, 1998. – №3. – С. 30 – 31.
4. Воронцов И.М. Проблемы питания детей в возрасте 1-3 лет и пути их решения //Вопросы детской диетологии. – 2004. - № 2. – С. 33-36.
5. Губерт К.Д., Рысс М. Г. Гимнастика и массаж в раннем возрасте. – М., 1981.
6. Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г. Поликлиническая педиатрия. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 504 с.
7. Захарова И.Н., Боровик Т.Э., Суржик А.В., Дмитриева Ю.А. Особенности питания детей от года до трех лет: Учебное пособие для врачей-педиатров. – М., 2012. – 58 с.
8. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. М., ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 480 с.
9. Лиссойер Т., Клэйден Г. Детские болезни /Том Лиссойер, ГрэчэмКлэйден; пер. с англ. Под ред. Н.А. Геппе. – М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 592 с.
10. МУ 3.3.1.1123 – 02. Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика.
11. МУ 3.3.1.1095 – 02. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок.
12. МУ 3.3.1889 – 04. Порядок проведения профилактических прививок.
13. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Второй и третий годы жизни /Т. Хелльбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара и др. – Минск: «Открытые двери», 1997. - 124 с.
14. Прусаков Ф.В, Белоусова М.В., Уткузова М.А. Нейрореабилитация детей раннего возраста. – Казань, «Печатный двор», 2009. – 280 с.
15. Озерецковский Н.А., Федоров А.М. Порядок проведения профилактических прививок. В кн. Иммунопрофилактика. – М., 2009, 176 с.
16. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 624 с.
17. Постановление федеральной служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека № 91от 22 июля 2010 г. Об утверждении СанПиН 2.4.1.2660 – 10 «санитарно–эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».
18. Постановление федеральной служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека № 189 от 29 декабря 2010 г. Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821 – 10 «санитарно–эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
19. Поствакцинальные осложнения. Пособие для практического врача. /Под ред. В.В. Ивановой. – М., 2004. – 80 с.
20. Праздников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста. – Л.: Медицина, 1988. – 224 с.
21. Приказ Минздравсоцразвития России № 51 н от 31.01.2011 г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
22. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
23. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей /М-во здравоохранения

- и соц. развития Российской Федерации [и др.]; пи соц. развития Российской Федерации [и др.]; под ред. А.А. Баранова. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 692 с.
24. Руководство по детскому питанию. Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М.: МИА, 2004.
25. Руководство участкового педиатра /под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 352с.
26. Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М. Наблюдение за развитием и состояние здоровья детей (Руководство для врачей). – М.: Медпрактика-М, 2004. – 338 с.
27. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях. СанПиН 2.4.1.2660-10, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.07.2010 № 91.
28. Степаненкова Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений /Эмма Яковлевна Степаненкова. – 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 368 с.
29. Федеральный закон от 17.09.98 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (в ред. Федеральных законов от 25.12.2012 № 264-ФЗ).
30. Федеральный закон РФ от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» (ред. от 30.12.2008, в ред. Федеральных законов от 19.07.2011 № 248-ФЗ).
31. Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329 – ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
32. Физиология роста и развития детей и подростков. Теоретические и клинические вопросы: Руководство для врачей в 2 томах. 2-е изд. Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006.