

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

И. Э. Бовбель, Н. И. Якимович, В. Ю. Малюгин

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.
ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616-053.2:613.953.1(075.8)

ББК 57.32я73

Б72

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 15.03.2023 г., протокол № 3

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. 2-й каф. детских болезней Д. Д. Мирутко, каф. пропедевтики детских болезней

Бовбель, И. Э.

Б72 Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Основы рационального вскармливания детей : учебно-методическое пособие / И. Э. Бовбель, Н. И. Якимович, В. Ю. Малюгин. – Минск : БГМУ, 2023. – 52 с.

ISBN 978-985-21-1292-5.

Освещены вопросы комплексной оценки состояния здоровья ребенка при проведении диспансерного наблюдения, рассмотрены современные аспекты организации рационального вскармливания детей первого года жизни.

Предназначено для студентов 6-го курса лечебного факультета, для субординатуры по профилю «Общая врачебная практика».

УДК 616-053.2:613.953.1(075.8)

ББК 57.32я73

ISBN 978-985-21-1292-5

© Бовбель И. Э., Якимович Н. И., Малюгин В. Ю., 2023

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 7 ч.

Диспансеризация детского населения с акцентом на сопровождение здорового детства — основная форма профилактической работы в амбулаторной врачебной практике. Оценка состояния здоровья ребенка, определение группы риска для наблюдения за детьми первого года жизни, организация и контроль рационального вскармливания входят в установленный перечень знаний, навыков и умений, применяемых врачом общей практики при оказании медицинской помощи в педиатрии.

Особая значимость питания в раннем детском возрасте обусловлена бурным ростом и развитием ребенка, становлением и совершенствованием функций структуры органов и систем, программирующим влиянием на формирование отдельных характеристик здоровья человека. Одним из определяющих факторов, способным индуцировать на молекулярном уровне транзиторные и/или стабильные эпигенетические модификации, проявляющиеся в изменении профиля экспрессии генов, является функциональный компонент пищи. Нерациональное питание ведет к отклонениям в физическом развитии детей, нарушениям развития центральной нервной системы и репродуктивной функции, к снижению резистентности организма, возникновению алиментарно-зависимых заболеваний.

Цель занятия: формирование у обучающихся профессиональных компетенций по вопросам оценки состояния здоровья детей и рационального вскармливания ребенка первого года жизни, необходимых в дальнейшей врачебной деятельности по специальности.

Задачи занятия. *Студент должен знать:*

- порядок проведения диспансерного наблюдения детского населения на амбулаторно-поликлиническом этапе в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;
- критерии, определяющие и характеризующие здоровье ребенка;
- порядок проведения диспансеризации детей первого года жизни, имеющих риск развития заболеваний (патологических состояний);
- правила наблюдения за новорожденным ребенком в амбулаторно-поликлинических условиях;
- оценку физического и нервно-психического развития детей раннего возраста;
- организацию рационального вскармливания ребенка первого года жизни, преимущества грудного вскармливания, правила и сроки введения прикорма.

Студент должен уметь:

- проводить физикальное обследование детей грудного возраста;
- оценивать рефлексы новорожденного;
- проводить первичный туалет новорожденного;
- определять группу здоровья и группы риска детей первого года жизни;
- проводить индивидуальное медицинское наблюдение за детьми в зависимости от направленности риска развития заболеваний (состояний);
- оценивать физическое развитие (нутритивный статус) ребенка и осуществлять контроль за его динамикой;
- оценивать нервно-психическое развитие детей раннего возраста;
- давать рекомендации кормящей женщине по восстановлению секреции грудного молока;
- организовывать рациональное вскармливание ребенку первого года жизни.

Студент должен владеть:

- методикой физикального обследования грудного ребенка;
- методами выявления, минимизации и профилактики рисков развития неинфекционной патологии;
- навыками комплексной оценки состояния здоровья ребенка, дифференцированного наблюдения за детьми первого года жизни в зависимости от риска развития заболеваний (состояний);
- правильным оформлением медицинской документации: истории развития ребенка — форма 112/у; карты учета проведения диспансеризации ребенка — форма 3/у-ДР; выписки из медицинских документов — форма 1 мед/у-10;
- навыками обучения родителей правилам ухода за новорожденным ребенком, закаливанию детей первого года жизни;
- методами пропаганды грудного вскармливания;
- способом расчета необходимого объема питания, назначения прикорма ребенку первого года жизни.

Требования к исходному уровню знаний. Необходимо повторить из следующих дисциплин:

- *физиологии*: основные показатели, характеризующие функциональное состояние организма; понятие об энерготратах; специфическое динамическое действие пищи; физиологическая роль основных питательных веществ, витаминов, микроэлементов и биологически активных веществ;
- *биохимии*: химический состав основных питательных веществ (белки, жиры и углеводы) и микронутриентов, их классификация и значение в обмене веществ организма;
- *социальной гигиены*: понятие общественного здоровья и показатели, его характеризующие; методы и методики антропометрических исследований;

– *педиатрии*: физиологические рефлексы новорожденного и их оценка; оценка состояния новорожденного по шкале Апгар (шкале Сильвермана), проведение первичного туалета новорожденного; нутритивный статус ребенка и методы его оценки.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Понятие «здоровье», «общественное здоровье».
2. Понятие «онтогенез» и факторы, его определяющие.
3. Этапы физикального обследования новорожденного ребенка. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар (шкале Сильвермана).
4. Физиологические рефлексы новорожденного.
5. Первичный туалет новорожденного.
6. Методика проведения антропометрических исследований.
7. Состав, структура и ключевые свойства белков, жиров и углеводов, их важнейшие задачи и функции в организме.
8. Роль витаминов и микроэлементов в питании.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка, критерии, определяющие и характеризующие здоровье.
2. Оценка нарушения питания и физического развития ребенка.
3. Группы нервно-психического развития детей раннего возраста.
4. Наблюдение за новорожденным ребенком, содержание врачебного патронажа.
5. Диспансеризация детей в возрасте до 1-го года, имеющих риск развития заболеваний (патологических состояний).
6. Вскармливание ребенка первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания.
7. Адаптированные молочные смеси для питания детей первого года жизни, показания к применению.
8. Современная схема и правила введения прикорма.
9. Организация обеспечения бесплатным питанием детей первых 2-х лет жизни.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Диспансеризация детского населения — основная форма профилактической работы врача общей практики (врача-педиатра участкового), осуществляется согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2022 г. № 83 «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения». В ходе диспансеризации проводится анализ медицинских документов и медицинский осмотр ребенка с комплексной

оценкой состояния здоровья, для детей первого года — группы риска; оформляется карта учета диспансеризации ребенка (форма З/у-ДР). Для проведения диспансеризации могут использоваться выездные формы работы, в том числе с применением мобильных медицинских комплексов. Схема проведения диспансеризации детей в возрасте до 1-го года представлена в прил. 5.

Для комплексной оценки состояния здоровья ребенка учитывают факторы, определяющие особенности индивидуального развития на основании данных генеалогического, биологического и социального анамнеза и характеризующие физическое и нервно-психическое развитие, уровни резистентности, уровень функционального состояния организма, наличие хронических заболеваний и пороков развития. С учетом перечисленных критериев оценивают состояние здоровья, а детям первого года жизни при наличии факторов риска определяют группу риска.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ

К определяющим или обуславливающим здоровье факторам относят особенности индивидуального развития ребенка — особенности онтогенеза, которые определяются по данным генеалогического, биологического и социального анамнезов. Оценка каждого из анамнезов регистрируется в медицинской документации (история развития ребенка, ф. 112/у).

Генеалогический анамнез — информация о наличии наследственных заболеваний, о состоянии здоровья членов семьи и других близких родственников. Врач составляет схему родословной семьи и оценивает генеалогический анамнез.

Индекс отягощенности ИО = общее число заболеваний на всех известных родственниках / общее число родственников (исключая пробанда). Если ИО более 0,7 — анамнез отягощен, если ИО по конкретной нозологической группе (например, патология мочевыводящей системы) более 0,4 — анамнез отягощен по данной нозологической группе.

Оценка генеалогического анамнеза: *отягощен* или *не отягощен*.

Биологический анамнез — особенности антенатального, интранатального и постнатального периодов развития ребенка. Данный анамнез включает:

- особенности антенатального, интра- и раннего неонатального периодов (гестозы, угроза прерывания, акушерские пособия, преждевременные роды, оценка по Апгар при рождении, диагноз при выписке из роддома и др.);
- воздействия, ухудшающие здоровье в последующем (острые заболевания любой этиологии, ранний перевод на искусственное вскармливание и т. д.).

Оценка биологического анамнеза: *благополучный* (при отсутствии факторов риска), *условно-благополучный* (выявлены факторы риска в одном из

периодов онтогенеза) и *неблагополучный* (имеются факторы риска в двух и более периодах онтогенеза).

Социальный анамнез — характеристика семьи (полнота, образовательный уровень, психологический климат), жилищно-бытовых условий, санитарно-гигиенический уровень, материальная обеспеченность ребенка и др.

Оценка социального анамнеза: *благополучный* или *неблагополучный*.

МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Физическое развитие (ФР) — один из основных критериев, отражающих физическое здоровье как отдельно взятого ребенка, так и детского населения в целом. Во время беременности ФР ребенка контролируется после первого триместра. Ультразвуковое исследование позволяет оценить общую длину, размер головки и длину бедра плода для определения мер по стимуляции роста.

После рождения ребенка мониторинг ФР (длина, вес, окружность головы, окружность груди) проводится регулярно, у детей 1-го года жизни с частотой 1 раз в месяц. На 2-м и 3-м годах жизни измерение роста и веса ребенка проводится 2 раза в год, в дальнейшем — 1 раз в год. Оценка ФР проводится во время визитов к врачу общей практики (врачу-педиатру) обученным персоналом (медицинская сестра участковая, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер) на специальных весах и ростомерах с корректной интерпретацией врачом с учетом всех данных обследования. У детей до 2-х лет длина измеряется в положении лежа на горизонтальном ростомере.

Методы оценки должны быть стандартизированы с учетом пола: в картах развития оцениваются вес к возрасту, рост к возрасту, вес к росту и индекс массы тела (табл. 1).

Таблица 1

Рекомендуемые международные методы мониторинга развития детей до 5 лет

Возрастная группа	Утвержденные стандарты
Фетальная	INTERGROWTH-21* для фетального периода
Новорожденные	INTERGROWTH-21* для веса при рождении
Недоношенные	Таблицы Fenton или Olsen
Младенцы и дети до 5 лет	Стандарты развития для детей, рекомендованные ВОЗ*

* <https://www.who.int>.

При оценке ФР с использованием карт развития, которые имеются на одной из первых страниц истории развития ребенка (ф. 112/у), необходимо:

– для детей раннего возраста оценивать траекторию: вес/возраст, длина (рост)/возраст, окружность головы;

- учитывать, что наиболее информативна оценка в динамике, а не однократная;
- для здоровых детей предпочтение отдавать центильному методу оценки;
- учитывать, что 50-й перцентиль не может быть идеалом для конкретного ребенка и показатели ФР родителей;
- считать отклонения в пределах средних, ниже и выше средних нормальными и только низкие и высокие (больше или меньше 2 центильных коридоров) следует рассматривать как нарушение развития.

Оценка ФР в нашей стране проводится тремя основными методами:

- соматометрическим;
- стоматоскопическим;
- физиометрическим.

Соматометрический (антропометрический) метод является основным, а *стоматоскопический* (визуальная оценка физического развития) и *физиометрический* методы — вспомогательными.

Существует несколько методов сравнения результатов антропометрических измерений со стандартными величинами данного пола и возраста:

- метод сравнения полученных данных с «долженствующими» с учетом месячных прибавок массы;
- метод сигмальных отклонений;
- центильный метод;
- оценка Z-score;
- с помощью программы ВОЗ Antro.

Центильный метод оценки физического развития основан на процентном распределении частот встречаемости того или иного признака (рост, вес, окружность головы, индекс массы тела) в зависимости от пола и возраста. При оценке показателей ФР используют 7 перцентилей (3, 10, 25, 50, 75, 90, 97) и 7 перцентильных коридоров (< 3, 3–10, 10–25, 25–75, 75–90, 90–97, > 97).

При медицинском осмотре указываются данные веса, роста и значения перцентильных коридоров, в которые они попали, оценка физического развития и его гармоничность. Для итоговой оценки следует воспользоваться табл. 2.

При средних показателях ФР центильный коридор находится в диапазоне 25–75 перцентилей (среднее гармоничное). Настороженности врача требуют легкие отклонения: $\geq 10 - < 25$ (ниже среднего) или $75 - \leq 90$ перцентилей (выше среднего) и умеренные отклонения: $\geq 3 - < 10$ (низкое) или $> 90 - \leq 97$ (высокое) ФР. Если значения находятся в перцентильном коридоре < 3 или > 97 центилей (области очень низких и очень высоких величин), необходимо дополнительное обследование ребенка с целью исключения соматического, инфекционного, эндокринного или генетического заболевания.

Оценка физического развития и его гармоничности

Масса тела (перцентили)	Рост (перцентили)						
	< 3	3–10	10–25	25–75	75–90	90–97	> 97
> 97	Резко дисгармоничное, задержка роста	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Высокое, резко дисгармоничное	Очень высокое, дисгармоничное	Очень высокое, гармоничное
90–97	Резко дисгармоничное, задержка роста	Низкое, резко дисгармоничное	Ниже среднего, резко дисгармоничное	Среднее, резко дисгармоничное	Выше среднего, резко дисгармоничное	Высокое, резко дисгармоничное	Очень высокое, дисгармоничное
75–90	Резко дисгармоничное, задержка роста	Низкое, дисгармоничное	Ниже среднего, дисгармоничное	Среднее, дисгармоничное	Выше среднего, дисгармоничное	Высокое, дисгармоничное	Высокое, резко дисгармоничное
25–75	Резко дисгармоничное, задержка роста	Низкое, гармоничное	Ниже среднего, гармоничное	Среднее, гармоничное	Выше среднего, гармоничное	Высокое, гармоничное	Резко дисгармоничное
10–25	Низкое, резко дисгармоничное, задержка роста	Низкое, дисгармоничное	Ниже среднего, гармоничное (гипостатура)	Среднее, дисгармоничное	Выше среднего, дисгармоничное	Высокое, дисгармоничное	Резко дисгармоничное
3–10	Очень низкое, дисгармоничное, задержка роста	Низкое, гармоничное	Низкое, дисгармоничное	Низкое, резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное
< 3	Очень низкое, гармоничное, задержка роста	Очень низкое, дисгармоничное	Очень низкое, резко дисгармоничное	Низкое, резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное	Резко дисгармоничное

Способом, позволяющим выявить отклонения массы тела от нормы для детей старше 2-х лет, является расчет индекса массы тела по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{квадрат роста (м}^2\text{)}.$$

Стандартная норма ИМТ (19,5–22,9 кг/м²), предлагаемая для взрослых, для детей младше 14–15 лет не подходит в связи с неравномерностью прибавки массы и роста, поэтому оценка состояния питания проводится аналогично общим подходам использования центильного метода (например, нахождение показателя ИМТ в зоне выше 90-го (97-го) перцентиля трактуется как очень высокое).

Метод Z-score (Z-скор), предложенный экспертами ВОЗ (1978), — модифицированный метод сигмальных отклонений. Его особенность заключается в том, что для расчетов используется значение медианы, а не средней арифметической, что является более точным. Показатель Z-score — это число стандартных отклонений (сигм), на которое исследуемый показатель (масса, рост, ИМТ) отличается от стандартной популяции. Вычисляется по следующей формуле:

$$Z\text{-score} = \frac{\text{показатель пациента} - \text{медиана эталонной популяции}}{\text{значение стандартного отклонения эталонной популяции}}$$

В стандартной популяции величина Z-score равна нулю при величине стандартного отклонения равной 1. Положительные величины Z-score свидетельствуют об увеличении антропометрического показателя по сравнению со стандартом, а отрицательные — о его снижении. По выраженным отрицательным значениям показателя Z-score можно судить об отставании в физическом развитии ребенка.

Величину Z-score рассчитывают для трех показателей: масса тела для возраста (МТ/В), длина тела для возраста (ДТ/В), масса тела для длины тела (МТ/ДТ). Показатель МТ/ДТ применяется только до 10 лет у девочек и до 11,5 лет у мальчиков.

В результате определения Z-score можно выделить следующие варианты оцениваемых показателей:

- 1) *низкие* — значения стандартных отклонений ДТ и МТ менее – 2;
- 2) *высокие* — значения стандартных отклонений ДТ и МТ более + 2;
- 3) *нормальные* — значения стандартных отклонений от – 2 до + 2.

Z-score ДТ/В характеризует линейный рост и оценивает долгосрочную задержку роста, т. е. Z-score менее – 2 может свидетельствовать о хронической недостаточности питания, приведшей к задержке роста.

Z-score МТ/ДТ отражает пропорции тела или гармоничность развития, он чувствителен к острому недоеданию.

Z-score МТ/В чувствителен к острому нарушению питания и отражает недоедание ребенка в настоящее время или в ближайшем прошлом.

ВОЗ Antro состоит из трех модулей (антропометрический калькулятор, индивидуальная оценка, обследование состояния питания), каждый из которых позволяет выполнять определенные функции: оценивать состояние питания ребенка, прослеживать рост и развитие во времени, проводить обследования состояния пациента.

Программы ВОЗ Antro для детей до 5 лет и ВОЗ AntroPlus для детей от 5 лет и старше (<https://www.who.int>) доступны для установки на персональном компьютере.

Соответствие перцентилей и Z-score представлено в табл. 3.

Таблица 3

Соответствие перцентилей и Z-score

Z-score	Перцентиль
3	99,8 %
2	97,7 %
1	84,1 %
0 (медиана)	50 %
- 1	15,9 %
- 2	2,3 %
- 3	0,1 %

Для оценки различных форм нарушения питания и физического развития с использованием Z-score и их комбинаций определены критерии, которые представлены в табл. 4.

Таблица 4

Диагностическое значение Z-score антропометрических показателей у детей*

Z-score/перцентиль	Показатели			
	рост	масса/возраст кг/см	масса/рост	ИМТ кг/м ²
Z > + 3 99,8 ц	Высокорослость	Избыточная масса тела или ожирение**	Избыточная масса тела или ожирение**	Избыточная масса тела или ожирение**
+ 2 < Z ≤ + 3 97,7 ц – 99,8 ц	Вариант нормы	Вариант нормы	Избыточная масса тела	Избыточная масса тела
+ 1 < Z ≤ + 2 84 ц – 97,7 ц	Вариант нормы	Вариант нормы	Риск избыточной массы тела	Риск избыточной массы тела
0 (медиана) - 1 ≤ Z ≤ + 1 50 ц				
- 1 ≤ Z < - 2 15,9 ц – 2,3 ц	Вариант нормы	Вариант нормы	Легкая недостаточность питания	Легкая недостаточность питания
- 2 ≤ Z < - 3 2,3 ц – 0,1 ц	Низкорослость, может свидетельствовать о хронической белково-энергетической недостаточности	Недостаточная масса тела	Умеренная недостаточность питания	Умеренная недостаточность питания
- 3 < Z 0,1 ц			Тяжелая недостаточность питания	Тяжелая недостаточность питания

* <https://minzdrav.midural.ru>, адаптировано из WHO child growth standards: training course on child growth assessment. 2008 г., с изменениями авт.

** Диагноз ожирения на первом году жизни не ставится.

Оптимальным методом оценки нутритивного статуса являются «Стандартные карты развития» (ВОЗ, 2006 г.). Они включают следующие индексы: масса для возраста, рост (длина тела) для возраста, масса тела для роста (длины тела), индекс массы тела для возраста, а также окружность головы, плеча, толщина кожных складок в области трехглавой мышцы и подлопаточной области для возраста и пола. У ребенка, чей показатель массы тела к возрасту находится в диапазоне более двух стандартных отклонений, необходимо иметь настороженность в отношении задержки роста и оценивать показатели массы тела к длине тела/росту или же индекс массы тела к возрасту. К нарушениям физического развития могут привести как экзогенные, так и эндогенные факторы. К эндогенным факторам относятся:

- нарушение переваривания, абсорбции и ретенции пищевых веществ;
- повышенные потребности в нутриентах и энергии при ряде патологических состояний, наследственные и врожденные заболевания обмена веществ.

Причинами низкорослости у детей могут быть как нормальные, так и патологические (семейная низкорослость, конституциональная задержка роста) варианты. Патологическими вариантами при диспропорциональном низком росте являются скелетные дисплазии, рахит; при пропорциональном низком росте — состояния, обусловленные рядом пренатальных и постнатальных факторов. К пренатальным факторам относят: внутриматочную регуляцию роста (материнские факторы, заболевания плаценты, инфекции, тератогены), пороки развития, хромосомные заболевания. К постнатальным — нарушения питания, хронические заболевания, лекарственные воздействия, эндокринные расстройства, психосоциальную задержку роста. При снижении роста более чем на 3 сигмы ($Z\text{-score} < -3$) следует провести немедленное обследование ребенка.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

При проведении медицинского осмотра ребенка раннего возраста врач общей практики (врач-педиатр участковый) наряду с физическим оценивает *нервно-психическое развитие* (НПР) — это совершенствование, качественное изменение двигательных и интеллектуальных умений ребенка. Своевременное выявление отклонений в НПР и направление на углубленное обследование позволяет предупредить развитие тяжелых нарушений и отклонений в психическом и интеллектуальном развитии ребенка.

Оценка НПР проводится в определенные возрастные периоды (эпикризные сроки): на 1-м году жизни с частотой 1 раз в месяц, на 2-м и 3-м году жизни — 2 раза в год. Показатели (линии) развития (Аз, Ас, До, Н и др.) сопоставляются с возрастом ребенка на момент осмотра по таблице (прил. 2),

информация фиксируется в медицинской документации. Критериями оценки ННР являются моторика, статика, сенсорные реакции, речь, психическое развитие, овладение навыками.

Ведущие показатели (линии) развития детей раннего возраста:

– 1-й год жизни: ориентировочные зрительные и слуховые реакции (Аз — анализатор зрения, Ас — анализатор слуха); эмоции и социальное поведение (Э); движение общие (ДО) и движение руками (ДР); речевые линии (ПР — понимание речи и РА — речь активная), навыки и умения (Н);

– 2-й год жизни: понимание речи (ПР), активная речь (РА), сенсорное развитие (СР), игра и действие с предметами (И), движение (Д), навыки (Н);

– 3-й год жизни: активная речь (РА) — грамматика и вопросы, сенсорное развитие (СР) — восприятие формы и цвета, игра (И), деятельность (конструктивная и изобразительная — Дк и Ди), навыки (Н) — одевание и кормление, движения (Д).

Выделяют следующие группы нервно-психического развития детей раннего возраста:

– **1-я группа** — *нервно-психическое развитие соответствует или опережает возраст* (на 1 эпикризный срок — ускоренное, на 2 эпикризных срока — высокое развитие);

– **2-я группа** — дети с задержкой развития на 1 эпикризный срок (*начальные отклонения*);

– **3-я группа** — дети с задержкой на 2 эпикризных срока (*выраженные отклонения*);

– **4-я группа** — дети с задержкой на 3 и более эпикризных срока (*тяжелые отклонения*).

Для определения группы нервно-психического развития следует использовать алгоритм:

1) определить, есть ли задержка развития по ведущим показателям (линиям развития);

2) найти показатель с наибольшей задержкой по эпикризному сроку и по нему определить группу ННР;

3) определить, равномерна ли задержка и, если она равномерна, определить степень. Задержка 1–2 показателей будет соответствовать I степени, задержка 3–4 показателей — II степени, при задержке 5–7 показателей — III степени.

Если задержка неравномерна, то есть 1 или 2 показателя отстают на 1 эпикризный срок, а другие на 2 и более, то речь идет о негармоничности нервно-психического развития.

Пример оценки нервно-психического развития ребенка в возрасте 1 мес.: Аз — 1 мес., Ас — 1 мес., Ас — 1 мес., До — 1 мес., Др — 1 мес. ННР — I группа.

Кроме оценки НПР для оптимального развития ребенка родителям даются воспитательные рекомендации (когда следует выкладывать на живот, подвешивать игрушки, кормить с ложки и пр.).

Группы здоровья

Выделяют следующие группы здоровья:

I группа здоровья — здоровые дети без отклонений в физическом и нервно-психическом развитии, без функциональных отклонений, хронических заболеваний или пороков развития; дети, имеющие незначительные единичные морфологические отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции;

II группа здоровья — здоровые дети без отклонений в физическом и нервно-психическом развитии, без хронических заболеваний, имеющие факторы риска формирования хронических заболеваний, некоторые отклонения в состоянии здоровья, не нарушающие функциональные возможности организма; пограничные состояния;

III группа здоровья — дети, имеющие хронические заболевания с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями; дети с физическими недостатками, с последствиями травм и операций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, при условии компенсации соответствующих функций и отсутствии признаков инвалидности;

IV группа здоровья:

– дети, страдающие хроническими заболеваниями с декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии;

– дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с нарушениями компенсации соответствующих функций и ограничением возможности обучения или труда;

– дети-инвалиды.

Пациенты, имеющие III или IV группы здоровья, подлежат диспансерному учету. На фоне индивидуальных профилактических мероприятий оказание медицинской помощи осуществляется по профилям заболеваний на основании клинических протоколов, а также иных нормативных правовых актов, устанавливающих порядок организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам, или методов оказания медицинской помощи.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ. СОДЕРЖАНИЕ ВРАЧЕБНОГО ПАТРОНАЖА

Аntenатальная охрана плода. Профилактическая работа врача общей практики начинается до рождения ребенка при проведении прегравидарной подготовки и дородовых патронажей. Цель первого дородового патронажа — выявление факторов риска, которые могут оказать негативное влияние на состояние здоровья ребенка (выясняются условия проживания и состав семьи, состояние здоровья, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у беременной женщины, режим питания во время беременности, уровень санитарной культуры и социальный статус семьи и др.). Цель второго патронажа (проводится на 30–32 нед. беременности) — контроль за выполнением назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных при первом патронаже, формирование доминанты лактации. Сведения о проведенных патронажах отражаются в медицинской документации.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Неонатальный период (период новорожденности) — период с момента рождения ребенка до полных 28 дней жизни.

Гестационный возраст — количество полных недель или дней, прошедших между первым днем последней менструации и датой родов, независимо от того, чем закончилась беременность — рождением живого ребенка или мертворождением. При отсутствии данных о последней менструации оценку гестационного возраста определяют по доступным клиническим исследованиям.

Доношенный ребенок — ребенок, родившийся в сроке гестации от полных 37 (на 38-й) до 42 нед., т. е. от 259-го до 294-го дня беременности, при этом он может родиться как зрелым, так и незрелым.

Недоношенный ребенок — ребенок, родившийся в сроке гестации от 22 до неполных 37 нед., т. е. от 154-го до 259-го дня беременности. Недоношенные дети представляют собой особую группу младенцев, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия вскармливания, ухода, оценки параметров физического развития.

Переношенный ребенок — ребенок, родившийся в сроке 42 нед. гестации и более, т. е. на 295-й день беременности и позже. У таких детей отмечаются трофические нарушения: истончение и дряблость подкожной клетчатки, сухость и десквамация кожи, особенно ладоней и стоп, ее шелушение, отсутствие сыровидной смазки, плотные кости черепа, закрытые черепные швы, маленькие размеры родничков, наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой кости, прокрашивание меконием пуповины, оболочек последа.

Низкая масса тела при рождении — масса тела ребенка менее 2500 (≤ 2499) г при рождении на любом сроке гестации. Очень низкая масса тела при рождении — масса тела ребенка менее 1500 (≤ 1499) г при рождении на любом сроке гестации. Экстремально низкая масса тела при рождении — масса тела ребенка менее 1000 (≤ 999) г при рождении на любом сроке гестации.

Постконцептуальный возраст — полный возраст ребенка в неделях с начала последнего менструального цикла матери, т.е. гестационный возраст плюс постнатальный возраст в неделях или днях.

Скорректированный возраст — разница между фактическим возрастом в неделях и недостающими до доношенного срока неделями гестации.

При выписке новорожденного ребенка из родильного дома врач-неонатолог на основании показателей физического развития, морфофункциональной зрелости, срока гестации, состояния ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), адаптации к воздействию внешнесредовых факторов (физиологические и пограничные состояния), наличия патологических состояний и/или заболеваний перинатального периода и др. дает оценку состояния здоровья. Информация отражается в обменной карте «Сведения родильного отделения больницы о новорожденном» (ф. 113/у-07), где в заключении указываются группа(ы) риска, рекомендации (лечебные назначения при необходимости). В периоде новорожденности — критическом возрастном периоде детства — организм ребенка особенно уязвим к воздействию различных неблагоприятных факторов (дефекты ухода, нерациональное вскармливание и др.).

Врач общей практики посещает на дому новорожденного ребенка, не имеющего факторов риска заболеваний и/или патологических состояний: в первые 3 дня после выписки из родового отделения (отделения второго этапа выхаживания, специализированного отделения) — первичный патронаж, затем — на 3-й нед. жизни (в соответствии со схемой диспансеризации согласно нормативным документам). При проведении патронажей при объективном обследовании ребенка обращается внимание на наличие стигм дизэмбриогенеза или малых аномалий развития, кефалогематомы, кровоизлияний в склеры глаз; состояние черепных швов, родничков, пупочного остатка (пупочной ранки), мышечного тонуса; на цвет кожных покровов и наличие сыпи; оцениваются рефлексы новорожденного. Характер и продолжительность крика здорового ребенка адекватны действию раздражителя (голод, тактильные или болевые воздействия, мокрые пеленки и др.).

В заключении патронажа в истории развития ребенка, ф. 112/у указываются: период адаптации новорожденного, группа риска (при наличии), рекомендации по режиму, уходу, вскармливанию, при необходимости делаются лечебные назначения. Особое внимание уделяется сохранению грудного вскармливания младенца, формированию доминанты лактации у кормящей

матери. Схема первичного врачебно-сестринского осмотра новорожденного ребенка приведена в прил. 1.

Повышенного врачебного внимания требуют дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом и социальном анамнезе, а также перинатальные пограничные состояния или нарушение адаптации (группы риска).

Группы риска заболеваний (патологических состояний) детей первого года жизни

Группы риска — контингент детей в возрасте до 1-го года, имеющих фактор/факторы риска развития заболевания и/или состояний, отягощенный биологический, генеалогический или социальный анамнез; дети, с незначительными функциональными и морфологическими отклонениями в состоянии здоровья. Диспансеризация детей в возрасте до 1-го года, имеющих группы риска развития заболеваний (состояний), проводится по схеме в соответствии с Инструкцией о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2022 г. № 83.

Выделяют **4 группы риска развития заболеваний (состояний) детей до 1-го года:**

- 1) центральной нервной системы;
- 2) реализации внутриутробного инфицирования;
- 3) анемий;
- 4) синдрома внезапной смерти.

1. Риск заболеваний центральной нервной системы.

Факторы риска:

- асфиксия новорожденного;
- быстрые роды (первые — менее 4–6 ч, повторные — менее 2–4 ч), быстрый потужной период (менее 15 мин);
- затяжные роды или затяжной потужной период (более 45–60 мин);
- инструментальное пособие в родах, оперативное родоразрешение;
- недоношенность, крупный плод (масса тела более 4000 г), переношенность, малый вес к сроку гестации;
- гемолитическая болезнь новорожденных, пролонгированная желтуха;
- дети, рожденные с применением вспомогательных репродуктивных технологий;
- родовая травма, кефалогематома, внутричерепное кровоизлияние нетравматического генеза.

Врач общей практики посещает новорожденного на дому: в первые 3 дня после выписки, на 14-й и 20-й день жизни. Снятие с диспансерного

наблюдения осуществляется в возрасте 1 год при отсутствии развития заболеваний центральной нервной системы.

2. Риск внутриутробных инфекций.

Факторы риска:

– лихорадка неясной этиологии, острые и обострение хронических инфекционных заболеваний у матери ребенка в последнем триместре беременности;

– наличие инфекционных болезней у матери во время беременности, родов или послеродовом периоде (эндометрит, кольпит);

– роды на дому;

– незрелость, недоношенность, малый вес к сроку гестации;

– пролонгированная желтуха;

– маловодие;

– бактерионосительство у матери;

– длительный безводный период;

– наличие в анамнезе выкидышей, мертворождений, преждевременных родов без установления акушерской причины.

Врач общей практики посещает новорожденного на дому: в первые 3 дня после выписки, далее до 4-х раз в первый месяц жизни. Снятие с диспансерного наблюдения осуществляется в возрасте 3-х мес. при отсутствии реализации внутриутробных инфекций.

3. Риск анемий.

Факторы риска:

– наследственные анемии в родословной;

– заменное переливание крови;

– незрелость, недоношенность, малый вес к сроку гестации;

– геморрагическая болезнь новорожденных;

– гемолитическая болезнь новорожденных;

– анемия, поздний гестоз во время беременности у матери;

– многоплодная беременность.

Врач общей практики посещает новорожденного на дому: в первые 3 дня после выписки, далее до 3-х раз в первый мес. жизни. Снятие с диспансерного наблюдения осуществляется в возрасте 1-го года при отсутствии развития анемий.

4. Риск синдрома внезапной смерти.

Факторы риска:

– синдром внезапной смерти детей в семье или у родственников;

– эпизоды очевидных жизнеугрожающих ситуаций (апноэ, брадикардии, остро возникшие бледность или цианоз кожных покровов, мышечная гипотония);

- антифосфолипидный синдром у матери;
- тимомегалия III–IV степени (выявленная при проведении R-графии органов грудной клетки или ультразвуковом исследовании).

Врач общей практики посещает новорожденного на дому: в первые 3 дня после выписки, далее до 4-х раз в первый месяц жизни. Снятие с диспансерного наблюдения осуществляется в возрасте 1-го года при отсутствии развития синдрома внезапной смерти.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Среди множества факторов, влияющих на формирование, сохранение и укрепление здоровья детей, особое значение принадлежит питанию. Рациональное вскармливание предусматривает оптимальное обеспечение ребенка основными пищевыми веществами, а также эссенциальными нутриентами, потребность в которых на первом году жизни значительно выше, чем в последующие периоды жизни.

Основные задачи врача общей практики по организации и контролю рационального вскармливания грудных детей следующие:

- формирование доминанты лактации у беременных женщин и кормящих матерей;
- внедрение современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания;
- при невозможности кормления ребенка путем прикладывания к груди оказывать помощь в организации вскармливания сцеженным материнским и донорским молоком;
- рациональная организация смешанного и искусственного вскармливания;
- своевременное введение прикорма;
- контроль правильности вскармливания грудного ребенка, динамики показателей физического развития (нутритивного статуса) детей раннего возраста.

Информацию о характере вскармливания, назначение рекомендаций врач общей практики (врач-педиатр) отражает в медицинской документации (ф. 112/у) с частотой 1 раз в месяц при медицинском осмотре ребенка в возрасте до 1-го года (согласно схеме проведения диспансеризации).

Терминология. **Грудное вскармливание (ГВ)** — кормление ребенка молоком матери.

Исключительно ГВ — вскармливание без докармливания другой едой или допаивания, в том числе и водой (за исключением лекарств или витами-

нов и минеральных добавок; допускается также сцеженное или донорское грудное молоко, в том числе обогащенное).

Преимущественно ГВ — вскармливание с допаиванием водой, а также прикорм с ложки.

Смешанное вскармливание — кормление ребенка грудным молоком (в том числе материнским сцеженным или донорским) в любом сочетании с адаптированной молочной смесью.

Искусственное вскармливание — кормление ребенка только детскими молочными смесями.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО ПРЕИМУЩЕСТВА

ГВ является единственной формой питания, которое было сформировано в ходе биологической эволюции человечества, и поэтому оно должно быть отнесено к единственному физиологически адекватному питанию новорожденного и грудного ребенка.

Раннее прикладывание к груди и кормление «по требованию» являются определяющими факторами полноценной лактации, способствуют становлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и младенцем. Раннее начало ГВ и ранний контакт новорожденного с матерью обеспечивают запоминание образа матери и отношение окружающего нового мира к нему. Создается благоприятный фон для импринтинга — запечатления в памяти новорожденного отличительных черт, воздействующих на него жизненно важных объектов и таких факторов как доброта, сочувствие, понимание, любовь. В первые 3–4 дня после родов грудная железа вырабатывает молозиво, представляющее собой густую жидкость по своему составу очень близкую к тканям новорожденного. Постоянный состав грудное молоко (ГМ) приобретает со 2–3-й нед. лактации (зрелое молоко).

В первые дни–недели жизни новорожденного прикладывают к груди не реже чем через 1,5–2 ч днем и через 3–4 ч ночью, т.е. с такой частотой, с какой ребенок требует кормления. В ночное время в ГМ выше концентрация пролактина, способствующего синтезу молока, что особенно важно в период становления лактации. В дальнейшем мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются через 2,5–3,5 ч, а ночной интервал увеличивается.

ВОЗ и ЮНИСЕФ уделяют большое внимание продолжению грудного вскармливания у детей старше года и рекомендуют его поддерживать до 2-х лет и более. Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN) считает, что оптимальную продолжительность ГВ пара мать–ребенок определяет для себя самостоятельно. По мнению некоторых российских и отечественных педиатров продолжительность ГВ может

составлять 1,5–2 г при условии кратности прикладывания к груди на втором году жизни не более 2–3 раз в сутки. Частое кормление грудью на втором году жизни ребенка приводит к уменьшению доли других необходимых продуктов питания, формированию неправильного прикуса и пр. Прекращать ГВ не рекомендуется во время болезни ребенка, в период его вакцинации, во время других стрессорных состояний, а также в жаркий летний период.

Формирование доминанты лактации основано на преимуществах грудного вскармливания.

Преимущества грудного вскармливания. Сбалансированный состав компонентов ГМ и их соотношение соответствуют возможностям пищеварительной системы грудного ребенка, а оптимальный качественный и количественный набор нутриентов, биоактивных веществ обеспечивает полноценное развитие и здоровье ребенка.

ГВ обеспечивает определенный уровень защиты от инфекционных заболеваний, снижает частоту случаев синдрома внезапной смерти младенца, некротизирующего колита, пищевой аллергии, способствует анатомическому формированию зубочелюстной системы, мозгового отдела черепа, а также аппарата звуковоспроизведения. Тесный психоэмоциональный контакт матери и ребенка при кормлении грудью способствует формированию правильных поведенческих реакций ребенка. ГВ оказывает положительное влияние на здоровье в последующие годы жизни человека: снижается риск развития атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, лейкозов. Согласно данным ряда исследований у детей, вскармливаемых ГМ, в дальнейшем отмечается более высокий коэффициент интеллектуального развития.

Грудное вскармливание сохраняет здоровье кормящей матери, обеспечивая нормальное течение обменных процессов и оптимальный гормональный статус, снижает риск послеродовых осложнений и заболеваний, обеспечивает контрацептивный эффект, уменьшает риск развития рака молочной железы и яичников.

На состав ГМ влияет ряд факторов: генетические, срок родоразрешения, питание кормящей женщины, стадия лактации, время суток, момент кормления ребенка. Содержание белка в женском молоке оптимально и составляет 0,9–1,2 г/100 мл, он отличается преобладанием сывороточной фракции над казеиновой, имеет высокое качество за счет оптимального аминокислотного профиля. Жир в ГМ находится в эмульгированной форме в виде глобул, в ядре которых содержатся нейтральные жиры. Оболочка (мембрана жировых глобул) состоит из белков, фосфолипидов, гликолипидов, холестерина, в ее состав входят ферменты и нуклеиновые кислоты, играющие важную роль в развитии мозга, когнитивного развития и иммунной системы ребенка. Холестерин ГМ важен для становления процессов адекватной регуляции его собственного метаболизма в организме ребенка и профилактике нару-

шений в старшем возрасте. Количество полиненасыщенных жирных кислот в 4–7 раз выше, чем в коровьем. Длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты принимают активное участие в росте и развитии нервной системы, необходимы для формирования сетчатки глаза у грудных детей. Жир ГМ тонко диспергирован, что способствует лучшему его всасыванию.

Олигосахариды ГМ являются одним из основных его компонентов, содержатся в количестве от 5 до 20 г/л и представлены большим числом (около 200) олигосахаридных структур. Кроме пребиотического действия («бифидус-фактор») их полезные эффекты включают стимулирующее действие на формирование нормального микробиома толстой кишки, способность к формированию эффективного защитного кишечного барьера, связывание и нейтрализацию большого числа патогенных микроорганизмов и вирусов, иммунорегуляторное действие.

Микробиота ГМ играет важную роль в бактериальной колонизации кишечника ребенка, способствует защите от инфекций и развитию иммунной системы, уменьшению риска развития сахарного диабета или ожирения.

Оптимальное соотношение кальция и фосфора — 2 : 1, содержание лактозы обеспечивают высокий коэффициент усвоения кальция ГМ. В кишечнике ребенка всасывается до 70 % железа, содержащегося в женском молоке, по сравнению с заменителями грудного молока (10 %). Ферменты ГМ (амилаза, липазы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа, протеаза и др.) обеспечивают легкость его усвоения.

Выделяют следующие биологически активные компоненты и защитные факторы женского молока:

- гормоны, гормоноподобные вещества и факторы роста (грелин, лептин, эпидермальный и инсулиноподобный фактор роста и др.) выполняют роль регуляторов роста и дифференцировки тканей органов, метаболизма и аппетита грудного ребенка;

- гормоны (адренокортикотропный, тироксин, кальцитонин, пролактин, соматостатин и др.) ГМ предохраняют новорожденного от повышенной нагрузки на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную систему в период ее формирования;

- защитные факторы — sIgA, другие иммуноглобулины, макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты, иммуномодулирующие компоненты (цитокины, нуклеиновые кислоты, антиоксиданты) и прочие компоненты (олигосахариды, свободные жирные кислоты, микроРНК, лактоферрин, α -лактальбумин и др.) — участвуют в формировании постинфекционной защиты и поствакцинального иммунитета ребенка;

- витамины и витаминоподобные соединения, в том числе карнитин, микроэлементы, свободные аминокислоты, нуклеотиды участвуют в регуляции метаболизма.

Таким образом, уникальный состав женского молока обуславливает его неоспоримые преимущества для вскармливания ребенка. Многообразие биологически активных соединений ГМ невозможно полностью смоделировать в его искусственных заменителях.

Питание кормящей женщины. Рацион питания должен быть полноценным, энергетическая ценность суточного рациона в первые полгода лактации повышается на 500 ккал, в последующие 6 мес. — на 450 ккал. Суточное количество белка в рационе должно составлять не менее 110–120 г/сут (30–40 г белка дополнительно), из них животного происхождения — 60 %; рекомендуется дополнительно включать 15 г жира, 30–40 г углеводов. Это особенно важно в первые месяцы лактации, когда объем ГМ может достигать 1 л и более. Количество жидкости в рационе кормящей женщины должно быть не менее 2 л, включая супы, чай, соки, молоко, кефир. Одностороннее, качественно неполноценное питание неблагоприятно сказывается на составе грудного молока. Для обеспечения дополнительных потребностей организма в легкоусвояемом белке, витаминах и микроэлементах, улучшения состава грудного молока можно рекомендовать сухие молочные напитки («Беллакт-мама+», «Фемилак» и др.), сухие молочные напитки с комплексом лактогонных трав для повышения лактации («Лактамил» и др.), витаминно-минеральные комплексы.

Медицинским работникам необходимо оказывать своевременную поддержку кормящим женщинам по вопросам ГВ, информировать о его преимуществе. В период кормления грудью могут случаться *лактационные кризы* — естественное временное уменьшение количества молока длительностью от 2 до 7 дней в период установившейся лактации.

Сроки наступления кризов: примерно 3–4 нед., 6 нед., 3-й и 6-й мес. Эффективный способ улучшить лактацию в такой ситуации — как можно чаще прикладывать ребенка к груди.

Организационные мероприятия по стимуляции лактации включают:

- положительный настрой матери на ГВ, ориентацию всех членов семьи на его поддержку;
- более частые прикладывания ребенка к груди без ограничения времени кормления, в том числе в ночное время;
- поочередное прикладывание к одной и другой груди за одно кормление;
- применение горячего напитка (200 мл) перед кормлением в сочетании с теплыми компрессами на область молочных желез в виде полотенец, смоченных теплой водой, или термонакладок промышленного производства;
- использование контрастного душа на область молочных желез перед кормлением 1–2 раза/сут с мягким растиранием груди махровым полотенцем, легкий массаж молочных желез;
- дополнительный прием жидкости в объеме 1000 мл (вода, чай, компот и др.).

Выделяют ряд состояний, требующих частичного или полного кормления ребенка сцеженным грудным молоком: выход женщины на работу/учебу, кормление близнецов (при невозможности одновременного кормления из груди), наличие трещин сосков и др. При вскармливании сцеженным грудным молоком для сохранения лактации необходимо регулярное, максимально полное сцеживание молока из двух молочных желез, не реже каждые 3–3,5 ч. Установлена микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока для грудного ребенка при условии соблюдения всех правил его сбора и условий хранения.

Современным и удобным способом сохранения грудного вскармливания у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери, является индивидуальный банк грудного молока. При его создании необходимо соблюдать правила сбора, хранения, в том числе замораживания и размораживания грудного молока.

Противопоказания к грудному вскармливанию. Абсолютными противопоказаниями к грудному вскармливанию являются острые психические расстройства у женщин, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), открытая форма туберкулеза, а также носительство Т-лимфотропного вируса, поскольку один из основных путей его передачи — через грудное молоко. В соответствии с рекомендациями ВОЗ женщины с ВИЧ могут кормить ребенка грудью, если они получают антиретровирусную терапию. Эксперты Американской академии педиатрии, Центра по контролю и профилактике заболеваний США и Британской ассоциации по ВИЧ/СПИД уточнили позицию ВОЗ: это касается прежде всего матерей из стран с низким уровнем жизни, где нет постоянного доступа к чистой воде и качественным заменителям женского молока. Напротив, в развитых странах, в том числе Республике Беларусь, ВИЧ-инфицирование матери является противопоказанием для кормления ребенка грудным молоком. Если женщина продолжает настаивать на грудном вскармливании, то ей необходимо объяснить, что уменьшение риска передачи ВИЧ возможно только при продолжении антиретровирусной терапии с неукоснительным соблюдением режима приема всех назначенных ей препаратов (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.06.2018 г. № 59 «Об утверждении клинического протокола «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»). Все дети, рожденные женщинами с ВИЧ-инфекцией, бесплатно обеспечиваются адаптированными молочными смесями до года.

Противопоказаниями к кормлению ребенка грудью является прием матерью некоторых лекарственных препаратов. Кормление противопоказано при приеме противорвотных, радиоактивных препаратов, эстрогенсодержащих

контрацептивов, тиазидных диуретиков, тетрациклинов, хлорамфеникола, антибиотиков хинолонового ряда. Проверить совместимость препаратов с грудным вскармливанием можно с помощью сайта <https://www.e-lactation.com/ru>. Если риск неблагоприятного воздействия лекарства на организм ребенка высок, то на время лечения нужно прекратить кормление грудью, но продолжить сцеживание молока для поддержания лактации. После окончания курса лечения необходимо возобновить кормление грудью. Считается, что после курса несовместимых с ГВ антибиотиков возобновить кормление можно через 24 ч после последнего приема препарата; при применении ряда радиоактивных средств радиоактивность молока может сохраняться от 3 дней до 2 нед.

Возможными противопоказаниями к ГВ со стороны матери являются эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде, выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях.

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка:

- классическая галактоземия и подозрение на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга);
- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- болезнь включений микроворсинок, врожденная пучковая энтеропатия;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

Прибавка в массе тела ребенка за первый месяц жизни рассчитывается от его массы тела при рождении. Согласно данным ВОЗ (2006) медиана прибавки в массе тела за первый месяц жизни у мальчиков в среднем составляет 1023 г, у девочек — 879 г; низкие прибавки (менее 600 г) должны вызывать опасения. Средние прибавки массы тела и роста детей на первом году жизни приведены в табл. 5.

Таблица 5

Средняя прибавка массы тела и роста у детей на первом году жизни*

Возраст (мес.)	Прибавка массы тела (г/день)	Прибавка роста (см/3 мес.)
0–3	25–36	11
3–6	13–21	6
6–9	7–14	4,4
9–12	4–12	3,8

* Нормы роста детей ВОЗ, 2006 г. (<https://www.who.int>).

Выделяют следующие показания к назначению докорма в возрасте 1 мес. (масса тела измерена впервые в возрасте 1 мес.):

1. Прибавка массы тела за первый месяц жизни не превысила 400 г.

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

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

– если ребенок беспокоен и присутствуют другие тревожные симптомы, следует рекомендовать проведение ежедневных взвешиваний 1 раз в сутки в течение 2–3-х дней с целью определения необходимости введения докорма. При этом за норму следует считать прибавку 20–30 г в сутки.

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

Докорм необходим при заболеваниях, сопровождающихся недостаточной скоростью роста, вялостью, сонливостью, обильными срыгиваниями, рвотой, частым разжиженным стулом и др. Вопрос о назначении докорма следует рассмотреть, если прибавки в массе тела меньше ориентиров, указанных в табл. 5. У детей с легкой недостаточностью питания, достигших возраста 4-х мес., целесообразно введение не докорма, а крупяного прикорма.

СМЕШАННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Введение докорма адаптированной детской молочной смесью или полный перевод младенца на искусственное вскармливание (ИВ) должны быть строго обоснованными и проводиться только в тех ситуациях, когда мероприятия, направленные на стимуляцию лактации, оказались неэффективными. Учитывая, что перевод ребенка на ИВ, особенно в первые месяцы жизни, сопровождается изменениями метаболизма («метаболический стресс»), большое внимание уделяется правильному выбору смеси для детского питания.

Состав адаптированных молочных смесей разработан в соответствии с физиологическими потребностями ребенка грудного ребенка (приближен к женскому молоку) для удовлетворения в питательных веществах и энергии, для оптимального формирования и функционирования различных органов и систем. Количество витаминов и минеральных веществ в смесях в среднем на 15–20 % больше, чем в ГМ, так как их усвояемость из смесей несколько ниже. Вместе с тем, адаптированные смеси не содержат в своем составе большого числа биологически активных веществ, которые присутствуют в грудном молоке.

Смеси производятся на основе коровьего или козьего молока, соевого белка, по составу — сывороточные (с включением сывороточного белка) или

казеиновые (на основе казеина). Адаптированные молочные смеси могут быть сухими и жидкими, пресными и кисломолочными, с добавлением функциональных компонентов или без.

В зависимости от возраста ребенка смеси подразделяются на:

– *начальные* — для вскармливания детей от 0 до 6 мес. («Беллакт Оптимум 1» и др.);

– *последующие* — от 6 до 12 мес. («Беллакт Оптимум 2» и др.).

Количество белка и энергетическая ценность последующих смесей выше, в сравнении с начальными, в них содержится больше железа (10–14 мг/л), кальция, цинка. Соотношение сывороточных белков и казеина в большинстве из них составляет 50 : 50, а количественный и качественный состав жиров и углеводов соответствует таковому в начальных смесях.

Смеси от 0 до 12 мес. рекомендуются для вскармливания здоровых детей с рождения до достижения одного года жизни в тех ситуациях, когда трудно осуществить преимущество в использовании начальных и последующих смесей.

Смеси с добавлением функциональных компонентов обогащаются лютеином, докозагексаеновой (DHA), арахидоновой (ARA) и гамма-линоленовой (GLA) кислотами, необходимыми для развития головного мозга и органов зрения, становления иммунной системы. Лютеин (каротиноид, также содержится в ГМ) защищает сетчатку глаза от повреждающего действия голубого света и свободных радикалов, образующихся под его воздействием. Отдельные компоненты олигосахаридов грудного молока, произведенные с использованием современных биоинженерных технологий, в частности 2'FL (2'-фукозиллактоза) и LNT (лакто-N-тетраоза) в последние годы приобретают популярность для обогащения детских смесей, заменяя традиционно используемые виды пребиотиков (галактоолигосахариды, фруктоолигосахариды, инулин). Современными направлениями производства молочных смесей является добавление пробиотических штаммов бактерий (*Bifidobacterium animalis subsp. lactis* (BB 12), *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus rhamnosus* (LGG), *Lactobacillus reuteri* (DSM 17938), *Lactobacillus fermentum hereditum* (CECT 5716)). Тенденцией последних лет является снижение уровня белка до 12–14 г/л в составе начальных смесей за счет оптимизации их аминокислотного состава; введение в состав молочного жира как источника насыщенных жирных кислот, холестерина, фосфолипидов, ганглиозидов и др. компонентов, важных для формирования и функционирования клеточных мембран, становления и развития центральной нервной и иммунной систем ребенка.

Основным правилом докорма искусственными заменителями грудного молока при смешанном вскармливании является подача стерильной и подогретой до 35–40 °С смеси после кормления грудью. При необходимости перевода ребенка на другую смесь при искусственном вскармливании новая

смесь готовится отдельно, ее дают перед кормлением той, которую получал ребенок ранее. Новая и предыдущая смесь готовятся в разных бутылочках, сначала дают новую смесь, а затем докармливают предыдущей. Новую смесь вводят постепенно в каждое кормление, начиная с 10 мл в 1-е и 2-е сут, 20 мл в 3-и сут и в дальнейшем, при необходимости, ее объем увеличивается на 30 мл в каждое кормление (60; 90; 120 мл и т. д.) до полной замены продукта, который получал ребенок ранее. Критерием правильного выбора адаптированной смеси является хорошая ее переносимость: отсутствуют диспепсические расстройства (срыгивания, рвота, жидкий стул или запоры, слизь в стуле), аллергические высыпания на коже, наблюдаются адекватный рост и развитие ребенка.

Суточный объем питания рассчитывается калорийным методом на фактический вес ребенка: в первом полугодии — 115 ккал/кг/сут, во втором — 110 ккал/кг/сут (табл. 6). При этом объем питания у ребенка в возрасте 3 мес. не должен превышать 850 мл/сут, 4 мес. — 900 мл/сут, а после 5 мес. — 1000 мл/сут. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, как и на грудном, могут нуждаться в дополнительной жидкости (воде).

Рекомендуемое количество воды за сутки соответствует объему одного кормления. Рассчитанный объем питания не включает жидкость (вода, соки).

Таблица 6

Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей первого года жизни (в сутки)

Показатели	0–3 месяца	4–6 месяцев	7–12 месяцев
Энергия, ккал/кг массы тела	115	115	110
Белки, г/кг массы тела	2,2	2,6	2,9
Жиры, г/кг массы тела	6,5	6	5,5
Углеводы, г/кг массы тела	13	13	13

При алгоритме выбора смеси для смешанного и искусственного вскармливания следует учитывать ряд факторов: возраст ребенка, риск аллергических заболеваний и функциональных нарушений органов пищеварения, сопутствующую патологию, особые диетические потребности, вкусовые предпочтения и индивидуальную переносимость смеси, финансовую обеспеченность семьи. Широкий ассортимент адаптированных молочных смесей позволяет обеспечить индивидуальный подход к питанию.

Классификация адаптированных молочных смесей следующая:

1. Для вскармливания здоровых детей:

– на основе коровьего молока, обогащенные функциональными компонентами: пробиотиками «Беллакт Иммунис 1, 2», пробиотиками и олигосахаридами ГМ 2'FL, LNnT — «NAN Supreme», «NAN Optipro 1, 2», про- и пребиотиками «Nestogen 1,2», пробиотиками и лютеином «Nutrilak Proimmune»,

нуклеотидами — «Frisolac Gold 1,2», лютеином, холином, олигосахаридами ГМ 2'FM — «Nutrilak Probrain»;

– на основе козьего молока: «Нэнни 1, 2», «Kabrita 1, 2», «NAN на козьем молоке с рождения до 12 мес.».

2. Для детей с особыми диетическими потребностями:

- кисломолочные;
- гипоаллергенные;
- на основе глубокого гидролизата сывороточного белка или казеина;
- аминокислотные;
- на основе изолята соевого белка;
- низко- и безлактозные;
- антирефлюксные.

3. Для недоношенных детей.

Кисломолочные смеси («Беллакт КМ 1, 2», «NAN кисломолочный 1, 2» и др.) предназначены для смешанного или искусственного вскармливания здоровых детей, детей с функциональными запорами, нарушением состава микрофлоры кишечника, для диетотерапии при острых кишечных инфекциях, при антибактериальной терапии. В процессе молочнокислого брожения происходит частичная ферментация молочного белка, что облегчает его переваривание и его усвоение, несколько снижаются его антигенные свойства и содержание лактозы, образуется молочная кислота, увеличивается количество полезной микрофлоры. Использование кисломолочных смесей в полном объеме исключают риск развития метаболического ацидоза ввиду адекватного количества в них белка и невысокой кислотности. Отдельные кисломолочные смеси дополнительно обогащают пробиотическими штаммами лакто- и бифидобактерий.

Гипоаллергенные смеси («Беллакт ГА 1, 2» «NAN Optipro HA 1, 2» с бифидобактериями *B. lactis*, «Friso HA 1, 2» и др.) частично гидролизированный белок, что способствует формированию пищевой толерантности; предназначены для вскармливания детей с риском аллергии.

Смеси «Беллакт Комфорт», «NAN Тройной комфорт», «Nutrilac комфорт» с частично гидролизированным белком, пребиотиками и пробиотиками применяются у детей с сочетанными функциональными расстройствами пищеварения (колики, срыгивания и запоры).

Смеси с высокогидролизированным белком в большинстве случаев являются первым выбором при аллергии к белкам коровьего, козьего молока или сои. Смеси на основе высокогидролизованного сывороточного белка («NAN Антиаллергия», «Nutrilak Пептиды СЦТ», «Frisolac Gold Пер») назначаются детям с легким, среднетяжелым и тяжелым течением аллергии к белкам коровьего или козьего молока, на основе глубокого гидролизата казеина («Frisolac Gold Пер АС») — при тяжелых, гастроинтестинальных проявлениях пищевой аллергии.

Аминокислотные смеси («Nutrilak Amino», «Neocate» и др.) показаны при неэффективности применения смесей с высокогидролизированным белком в случае тяжелого течения аллергии, при синдроме мальабсорбции.

Смеси на основе изолята соевого белка («Беллакт Соя», «Nutrilak Соя») применяются у детей с 5–6 мес. при непереносимости молочного белка, если использование гидролизатов или аминокислотных смесей (высокая стоимость, отказ ребенка) длительно невозможно, при непереносимости лактозы, при галактоземии. При назначении соевых смесей необходимо собрать сведения об отсутствии в анамнезе аллергии к сое и бобовым ближайших родственников ребенка.

Низко- и безлактозные смеси («Беллакт низколактозный», «NAN безлактозный», «Nutrilak безлактозный» и др.) используются для коррекции непереносимости лактозы у детей, назначаются в зависимости от толерантности к лактозе и характера сопутствующей патологии.

Антирефлюксные смеси в качестве загустителя содержат рисовый, кукурузный, «прожелатинизированный» картофельный и кукурузный крахмал («Nutrilon Комфорт») или картофельный крахмал («NAN Антирефлюкс» с частично гидролизированным белком OPTIPRO HA) или камедь рожкового дерева («Беллакт AP», «Nutrilak AP», «Frisovom 1, 2» и др.). Молочные смеси на основе крахмала изначально густые, а на основе камеди бобов рожкового дерева загустевают только при попадании в желудок (необходимо учитывать при приготовлении питания).

Антирефлюксная смесь вводится постепенно, при использовании смеси с крахмалом в течение 6–7 дней можно полностью заменить суточный объем кормления. При использовании смеси с натуральной камедью увеличение объема кормления необходимо до исчезновения срыгиваний или появления регулярного стула. Для достижения желаемого эффекта, как правило, бывает достаточно от 30 до 90 мл в начале каждого кормления. В отдельных случаях допускается использование смесей с камедью бобов рожкового дерева в полном объеме кормления, но продолжительность должна быть ограничена 2–3 мес. После достижения стойкого положительного эффекта объем антирефлюксной смеси постепенно уменьшают, заменяя ее на смесь для здоровых детей.

Смеси для комплексной нутритивной поддержки недоношенных и маловесных детей («Беллакт Пре», «PreNAN Stage 0» — для детей с массой тела менее 1000 г до достижения 1800 г; «PreNAN» — для детей с массой тела более 1000 г) помогают обеспечить и поддержать оптимальный догоняющий рост ребенка, легко перевариваются и усваиваются. Обогачитель грудного молока (фортификатор) представляет собой белковый порошок в пакетиках-саше, который по специальным расчетам добавляется в порции свежего грудного молока для недоношенных детей (например, «PreNAN FM 85»).

СОВРЕМЕННАЯ СХЕМА И ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

Прикорм — все продукты, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка первого года жизни.

В соответствии с рекомендациями комитета по питанию ESPGHAN 2017 г. прикорм должен быть введен в интервале от 17 до 26 нед. жизни ребенка, независимо от характера вскармливания.

Назначение прикорма в данном временном интервале не ранее 4 и не позднее 6 мес., («критическое окно») важно для формирования пищевой толерантности и профилактики микронутриентной недостаточности у младенца. Своевременное ведение прикорма способствует формированию жевательного аппарата и адекватных вкусовых привычек. Возраст, в котором в рацион питания ребенка вводят прикорм, строго индивидуален.

Признаками готовности ребенка к введению прикорма являются:

- увеличение веса ребенка в 2 раза с момента рождения;
- угасание рефлекса «рефлекса выталкивания ложки» языком при хорошо скоординированном рефлексе проглатывания пищи;
- готовность ребенка к жеванию;
- состоявшееся или текущее прорезывание зубов;
- самостоятельное сидение или с небольшой поддержкой и умение выразить эмоциями и жестами отношение к предлагаемой пище (открывать рот и наклоняться вперед, если пища нравится, или сжимать губы, отворачиваться и откидывать голову назад, если пища не вызывает у него интереса);
- зрелость функций желудочно-кишечного тракта, достаточная для усвоения небольшого количества прикорма без расстройств пищеварения и аллергических реакций.

Правила введения прикорма:

- нельзя вводить прикорм при острых инфекционных заболеваниях, в период проведения профилактических прививок (в течение 3–5 дней), при изменении условий жизни ребенка: поездки, переезды, смена ухаживающего лица;
- прикорм дают с ложечки до кормления грудью или детской смесью;
- новый вид прикорма следует вводить в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- введение каждого нового продукта (блюда) начинают с небольшого количества (1–2 чайных ложки), постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до объема, рекомендованного в данном возрасте;
- по степени консистенции прикорм должен быть гомогенизированным (до 6–7 мес.), пюреобразным (до 9–10 мес.) и мелкоизмельченным (старше 9–10 мес.);

- прикорм следует начинать с фруктов и овощей, произрастающих в данной местности;
- первый прикорм (овощное пюре или каша) вводить во второе утреннее кормление;
- овощными и злаковыми прикормами вытеснять по одному молочному кормлению, мясной прикорм добавлять, как правило, к овощному прикорму;
- соки не учитывать в суточном объеме питания, фруктовое пюре включать в 50 % объема (т. е. 100 г фруктового пюре составляет 50 мл в суточном объеме питания).

Для сохранения лактации в период введения продуктов прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

Разнообразие продуктов прикорма формирует правильное «пищевое поведение» ребенка. Первоначальный отказ ребенка от принятия новой пищи — обычное явление, поэтому его необходимо терпеливо приучать к вкусу продукта, для чего иногда может потребоваться до 10–15 попыток. С введением прикорма начинается «пищевое воспитание» ребенка, которое включает формирование навыков потребления густой и плотной пищи, «кусочкового» питания, пользование ложкой и др. Навыки самостоятельного приема пищи формируются на 2-м году жизни. Для питья и приготовления смесей и блюд прикорма следует использовать специальную бутилированную воду для детского питания (кипяченую).

Согласно мнению экспертов ESPGHAN исключительно грудное вскармливание до достижения 6 мес. не всегда обеспечивает достаточный уровень поступления микронутриентов и особенно железа, профилактики железодефицитных состояний. Здоровому ребенку предпочтительно ввести прикорм в возрасте 5 мес. Преимуществами продуктов промышленного производства являются безопасность сырья и конечного продукта, стабильность состава, обогащение витаминами и микроэлементами. В качестве *первого прикорма* назначается *каша* промышленного производства или *овощное пюре*. Выбор зависит от состояния здоровья, нутритивного статуса и функционального состояния пищеварительной системы ребенка. Здоровым детям, младенцам с дефицитом массы тела, с учащенным стулом первым прикормом вводится каша, при избыточной массе тела и запорах — овощное пюре.

В качестве первых продуктов *прикорма на основе злаков* рекомендуются безглютеновые рисовая, гречневая или кукурузная каши. Начинают с безмолочной каши, которую разводят грудным молоком или детской смесью, которую получает ребенок. С 5 мес. жизни могут быть введены глютенсодержащие продукты (овсяная, манная, толокняная каши) или смеси из нескольких круп. Каши из смеси трех и более зерновых компонентов, включая тапиоку, пшено (не более 18 % пшена по массе продукта) рекомендованы детям стар-

ше 6 мес.; каши типа «мюсли» — после 9 мес. жизни. К 8–8,5 мес. жизни ребенок получает каши с добавлением фруктов, ягод.

Овощной прикорм начинают с монокомпонентных пюре (кабачок, цветная капуста, брокколи). Монокомпонентные и поликомпонентные пюре с расширением ассортимента овощей за счет картофеля, сладкого картофеля, моркови, тыквы, свеклы, капусты белокочанной и других рекомендуются детям старше 5 мес. жизни. С 6 мес. в приготовлении поликомпонентных пюре можно использовать томаты, с 7 мес. — зеленый горошек, с 8 мес. — шпинат; с 8–9 мес. в состав пюре могут входить пряные овощи, укроп, сельдерей, лавровый лист.

При домашнем приготовлении овощи варят на пару или в небольшом количестве воды до готовности, без соли. К овощному пюре добавляется растительное масло, к каше — сливочное. В 6 мес. ребенок может получать несколько видов овощей и каш.

Мясное пюре вводят в рацион ребенку с 6 мес., через 2 нед. после второго прикорма. Детям с уровнем гемоглобина ниже 110 г/л мясо целесообразно рекомендовать в качестве второго прикорма. При непереносимости говядины, имеющей антигенное сродство с белками коровьего молока, дают постную свинину, конину, мясо кролика, индейки. С 7 мес., не чаще 2 раз в нед., могут быть рекомендованы пюре с добавлением субпродуктов (печень, сердце, язык), с 9 мес. — поликомпонентные пюре, в которые добавляются сладкий и белый перец, лавровый лист, с 10 мес. — базилик, кориандр, душистый перец. К 8–9 мес. жизни ребенка мясное пюре заменяют фрикадельками, к году жизни в рацион ребенка вводят паровые котлеты.

С 7 мес. в питание добавляется желток, с 8 мес. — пюре из рыбы, которое следует давать 2 раза в неделю вместо мясного блюда. *Рыбное пюре* вводят с осторожностью, учитывая индивидуальную переносимость. Детские рыборастворительные консервы изготавливаются из трески, хека, лососевых, судака, дорады и др. К концу первого года жизни ребенка растительно-рыбные консервы можно назначать дополнительно к мясным блюдам.

Фруктовое пюре оптимально назначать ребенку во втором полугодии жизни, после введения мясного пюре. Более раннее введение фруктового пюре оправдано при запорах, когда введение овощного пюре с растительным маслом не оказало желаемого эффекта, а также детям с недостаточностью питания и сниженным аппетитом (добавляется в каши для улучшения их вкусовых качеств). При этом фруктовое пюре не должно быть первым продуктом прикорма. Сначала рекомендуются монокомпонентные пюре из яблок, груш, слив, персиков, абрикосов, бананов, с 7 мес. — монокомпонентные и поликомпонентные пюре из плодов, ягод и овощей (включая пюре из черной и красной смородины, малины, черешни, айвы, вишни). Детям старше 8 мес. жизни можно рекомендовать фруктово-зерновые пюре, фруктово-молочные, в том числе фруктово-йогуртные (с содержанием йогурта не выше 20 %).

Соки, учитывая их незначительную пищевую ценность, целесообразно назначать лишь после основных видов прикорма, начиная с осветленного яблочного сока, затем может быть рекомендован грушевый сок. Соки для детского питания сходны по составу с фруктовыми пюре, производятся осветленными или с мякотью и не содержат добавленного сахара. Соки из цитрусовых фруктов, дыни, ананаса, манго, винограда (в составе смешанных соков), клубники, земляники не следует вводить детям ранее 8 мес., из папайи, киви, гуавы, виноградный осветленный сок — ранее 9 мес. Рекомендуются с учетом индивидуальной переносимости, применение ограничивается до 1–2 раза в неделю.

Детский творог в рацион вводится с 8 мес. жизни в количестве не более 50 г/сут. По показаниям (недостаточность питания) творог может быть назначен с 6-месячного возраста.

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

Продукты прикорма в отличие от грудного молока и адаптированных смесей содержат в среднем лишь 30 % воды. Поэтому детям, получающим прикорм, следует предлагать воду (специализированную детскую или кипяченую) небольшими порциями между кормлениями в объеме 150–200 мл в сут.

Примерный объем продуктов и блюд прикорма детям первого года жизни и сроки их введения представлены в табл. 7.

Таблица 7

Примерный объем прикорма в сутки детям первого года жизни

Продукты и блюда (г, мл)	Возраст (месяцы)				
	4–5	6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	150	150	150	150
Каша	10–150	150	170	180	200
Мясное пюре промышленного производства/отварное мясо	–	5–30/ 3–15	40–50/ 20–30	60–70/ 30–35	80–100/ 40–50
Фруктовое пюре (не в качестве первого прикорма)	5–50	60	70	80	90–100
Яичный желток	–	–	1/4	1/2	1/2
Творог (по показаниям с 6 мес.)	–	–	–	10–40	50
Рыбное пюре, вводится вместо мясного блюда 2 раза/нед.	–	–	–	5–30	30–60
Фруктовый сок	–	–	–	5–60	80–100
Кефир или др. детские неадаптированные кисломолочные напитки	–	–	–	200	200
Печенье детское	–	3	5	5	5
Хлеб пшеничный, сухари	–	–	–	5	10
Растительное масло	1–3	5	5	6	6
Сливочное масло	1–3	4	4	5	5

Рациональное, адекватно организованное питание ребенка раннего возраста играет важную роль в обеспечении нормального физического, психического и долгосрочного здоровья.

ОРГАНИЗАЦИЯ БЕСПЛАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Государственная адресная социальная помощь в виде обеспечения продуктами питания детей двух лет жизни предоставляется семьям, имеющим по объективным причинам среднедушевой доход, определяемый в порядке, установленном Советом Министров Республики Беларусь, ниже наибольшей величины бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, утвержденного Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь. Семьям при рождении и воспитании двойни или более детей такая помощь предоставляется независимо от величины среднедушевого дохода.

Заявление на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде обеспечения продуктами питания детей первых двух лет жизни подает один из родителей в районное, городское управление (отдел) по труду, занятости и социальной защите по месту жительства или в территориальный центр социального обслуживания населения. К заявлению прилагаются требуемые документы и (или) сведения.

Помощь в виде обеспечения продуктами питания детей первых двух лет жизни предоставляется на основании рекомендаций врача-педиатра участкового (врача-педиатра, врача общей практики) по рациону питания ребенка в соответствии с его состоянием здоровья и с учетом примерных месячных наборов продуктов питания для детей в возрасте до одного года и от одного года до двух лет, утверждаемых Советом Министров Республики Беларусь или уполномоченным им органом.

Выписка из медицинских документов ребенка с рекомендациями врача общей практики (врача-педиатра участкового) должна содержать следующую информацию о ребенке:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- место проживания, по которому ребенок наблюдается в учреждении здравоохранения;
- находится на грудном (искусственном вскармливании) — для детей первого года жизни;
- рекомендуемый рацион питания: согласно прил. 4 — примерный набор продуктов питания для детей в возрасте 0–1 года, прил. 5 — примерный набор продуктов питания для детей в возрасте 1–2 года (постановле-

ние Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.03.2012 г. (ред. от 12.08.2017) № 37/20).

В случае непереносимости ребенком определенного продукта питания либо при наличии у него заболеваний, требующих лечебного питания, в выписке из медицинских документов указываются соответствующие рекомендации. Например: *«В связи с наличием аллергии не рекомендуются: каша на основе манной крупы, соки и пюре из апельсинов, клубники и свеклы, рыбные консервы».*

Для бесплатного обеспечения продуктами питания детей первых 2-х лет жизни выдаются продукты отечественного производства, предназначенные для детей раннего возраста и имеющие соответствующую маркировку на упаковке с указанием возраста, с которого данные продукты могут употребляться в пищу. Перечень организаций торговли, производящих отпуск продуктов питания, утверждается решениями местных исполнительных и распорядительных органов исходя из численности детей в возрасте до двух лет, проживающих на территории района (города), и транспортной доступности.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. При оценке нервно-психического развития на первом году жизни ребенка выделяют:

- а) 6 линий развития;
- б) 8 линий развития;
- в) 10 линий развития.

2. Какую группу нервно-психического развития следует установить ребенку с задержкой на 1 эпикризный срок по всем линиям развития:

- а) 1 группу НПР;
- б) 2 группу НПР;
- в) 3 группу НПР;
- г) 4 группу НПР.

3. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка включает:

- а) исследование состояния здоровья по определенным критериям;
- б) заключение с определением состояния здоровья;
- в) назначение рекомендаций.

4. У детей первого года жизни выделяют группы направленного риска:

- а) патологии центральной нервной системы;
- б) внутриутробного инфицирования;
- в) синдрома внезапной смерти младенца;
- г) анемии;

- д) социального риска;
- е) белково-энергетической недостаточности.

5. Первичный патронаж новорожденного ребенка проводится врачом общей практики:

- а) в первый день после выписки из роддома;
- б) в первые 3 дня после выписки из роддома;
- в) в первые 7 дней после выписки из роддома.

6. Алиментарно-зависимые заболевания — это:

- а) гиповитаминозы;
- б) дефицитные анемии;
- в) кариес;
- г) остеопороз;
- д) недостаточная или избыточная масса тела;
- е) пищевая аллергия.

7. К пробиотикам, содержащимся в смесях для вскармливания детей, относят:

- а) рисовый крахмал;
- б) камедь;
- в) лактулоза;
- г) бифидобактерии, лактобактерии.

8. При переводе на искусственное вскармливание какую смесь следует рекомендовать ребенку с риском развития аллергии:

- а) адаптированную смесь на козьем молоке;
- б) кисломолочную смесь;
- в) смесь с частично гидролизованным коровьим белком;
- г) смесь с полным гидролизатом коровьего белка.

9. Первым прикормом в питании ребенка первого года жизни вводят:

- а) кашу или овощное пюре;
- б) фруктовое пюре;
- в) мясное пюре;
- г) творог.

10. Обеспечение продуктами питания детей двух лет жизни предоставляется семьям:

- а) при рождении и воспитании двойни или более детей;
- б) при среднедушевом доходе ниже наибольшей величины бюджета прожиточного минимума.

Ответы: 1 — б; 2 — б; 3 — а, б, в; 4 — а, б, в, г; 5 — б; 6 — а, б, в, г, д, е; 7 — г; 8 — в; 9 — а; 10 — а, б.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Назаренко, О. Н. Диагностика и коррекция белково-энергетической недостаточности у детей : учеб.-метод. пособие / О. Н. Назаренко, К. В. Юрчик, В. В. Дмитрачков. Минск : БГМУ, 2020. 47 с.
2. Неонатология : учебник / А. К. Ткаченко [и др.] ; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. Минск : Выш. шк., 2021. 575 с.
3. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 9 авг. 2022 г. № 83. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 15.12.2022.
4. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 27 фев. 2018 г. № 177. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 17.12.2022.
5. Об установлении примерных месячных наборов продуктов питания для детей в возрасте до одного года и от одного года до двух лет, норм отпуска продуктов питания детям первых двух лет жизни и персональной ведомости выдачи продуктов питания детям первых двух лет жизни [Электронный ресурс] : постановление М-ва труда и соц. защиты Респ. Беларусь и М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 13 марта 2012 г. (ред. от 12 авг. 2017 г.) № 37/20. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 21.12.2022.
6. Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к питанию населения : нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20 нояб. 2012 г. № 180. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 21.12.2022.
7. Об утверждении клинического протокола «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28 июня 2018 г. № 59. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 21.12.2022.
8. Об утверждении клинического протокола «Организация лечебного питания при белково-энергетической недостаточности (детское население)» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20 дек. 2017 г. № 109. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 27.12.2022.
9. Попова, О. В. Стратегия обеспечения здоровья ребенка в общей врачебной практике : что должен знать врач / О. В. Попова // Рецепт. 2020. Т. 23, № 3, ч. 2. С. 6–86.
10. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации [Электронный ресурс] : методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Режим доступа : <https://minzdrav.midural.ru>. Дата доступа : 10.01.2023.
11. Сукало, А. В. Справочник по поликлинической педиатрии : справочник / А. В. Сукало, И. Э. Бовбель. Минск : Беларуская навука, 2020. С. 81–106.
12. Ткачук, Е. А. Нервно-психическое развитие детей. Основные клинические проявления поражений ЦНС : учеб. пособие для студентов / Е. А. Ткачук,

Н. Н. Мартынович ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, кафедра педиатрии. Иркутск : ИГМУ, 2021. 62 с.

13. *Центильные* характеристики высокоточных и лабораторных показателей у детей в современный период [Электронный ресурс] : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 10.04.09. Регистрационный № 180-1208 / Гродненский государственный медицинский университет, Белорусский государственный медицинский университет, Гродненская областная клиническая больница ; С. А. Ляликов, А. В. Сукало, О. Е. Кузнецов. Режим доступа : <https://www.pravo.by>. Дата доступа : 27.12.2022.

**ЛИСТ ПЕРВИЧНОГО ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКОГО ОСМОТРА
НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

Дата _____ 20 ____ г.
 Фамилия, имя, отчество ребенка _____
 Дата рождения _____
 Масса тела при рождении _____ г
 Длина тела _____ см
 Окружность головы _____ см, окружность грудной клетки _____ см
 Масса тела при выписке _____ г
 Выписан из роддома _____ 20 ____ г.
 Диагноз при выписке (перевод) _____
 Группа риска _____
 Жалобы матери _____
 Вскармливание грудное, смешанное, искусственное (*подчеркнуть*), лак-
 тация достаточная, недостаточная (*подчеркнуть*), получает смесь _____
 в виде докорма, полной замены (*подчеркнуть*), число кормлений смесью в
 сутки _____, объем смеси в одно кормление _____ мл, общий объем смеси в
 сутки _____ мл
 Срыгивания есть, нет (*подчеркнуть*), частота _____ (раз в сутки)
 Общее состояние _____
 t° тела _____ °С, частота дыхания _____ в 1 мин., частота СС _____ в 1 мин.
 Стигмы дизэмбриогенеза _____
 Кожные покровы: цвет _____, цианоз _____
 наличие сыпи _____, тургор тканей _____
 слизистые: конъюнктивы _____
 полость рта _____
 подкожно-жировая клетчатка _____
 Грудные железы _____
 Пупочный остаток есть, нет (*подчеркнуть*)
 Пупочная ранка сухая, мокнущая, отделяемое (*подчеркнуть*)
 Лимфатические узлы: подмышечные _____, шейные _____
 паховые _____
 Нервная система (рефлексы новорожденного) Бабкина _____
 Моро _____
 опоры _____, автоматической ходьбы _____, хватательный _____
 парезы _____, параличи _____
 Костно-мышечная система: мышечный тонус _____
 Форма черепа _____, деформации _____

Швы черепа _____, родничок большой _____ см, Родничок
малый _____ см

Конечности _____

Разведение в т/б суставах свободное, ограничено справа, слева (*подчер-
кнуть*) _____

Органы дыхания: одышка есть, нет (*подчеркнуть*), характер дыхания ___

_____, наличие хрипов _____

перкуторные данные _____

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца _____

шумы _____

границы сердца _____

Органы пищеварения: живот _____

доступен пальпации да, нет (*подчеркнуть*), форма живота _____

Печень _____

Селезенка _____

Стул _____ раз в сутки, характер _____

Мочеполовая система: половые органы по мужскому, по женскому типу
(*подчеркнуть*), яички в мошонке, не опущено правое, левое (*подчеркнуть*),
наличие патологии _____, выделений _____

Мочеиспускание _____

Диагноз _____

Группа риска _____

Взят на «Д» учет _____

Рекомендации:

по режиму _____

по вскармливанию _____

по лечению _____

Другие рекомендации _____

Проведена беседа _____

Врач _____

(подпись)

Медсестра (фельдшер, помощник врача) _____

(подпись)

**ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Линии развития	Возраст
<i>1 месяц</i>	
Аз	Плавное прослеживание движущегося предмета
Ас	Длительное слуховое сосредоточение (прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки и т. д.)
Э	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого
ДР	Ручки чаще слегка раскрыты
ДО	Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову
ПР	Не оценивается
РА	Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним
Н	не оценивается
<i>2 месяца</i>	
Аз	Длительное сосредоточение, смотрит на лицо взрослого или неподвижный предмет. Длительно следит за движущейся игрушкой или взрослым
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке. Поворачивает голову в сторону взрослого
Э	Быстро отвечает улыбкой на разговор с ним
ДР	Ручки чаще слегка раскрыты
ДО	Лежа на животе, поднимает и некоторое время удерживает голову
ПР	Не оценивается
РА	Произносит отдельные звуки
Н	Не оценивается
<i>3 месяца</i>	
Аз	Зрительное сосредоточение в вертикальном положении на руках взрослого (на лице говорящего, на игрушке), длительно рассматривает свои ручки
Ас	Ищущие повороты головы при длительном звуке. Поворачивает голову в сторону взрослого
Э	Отвечает «комплексом оживления» в ответ на эмоциональное общение с ним (разговор). Ищет глазами ребенка, издающего звуки
ДР	Случайно наталкивается ручками на игрушки, низко висящие над грудью
ДО	Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко поднимая голову. Удерживает голову в вертикальном положении
ПР	Не оценивается
РА	Произносит отдельные звуки
Н	Не оценивается
<i>4 месяца</i>	
Аз	Узнает мать или близкого человека (радуется)
Ас	Поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его глазами. Адекватно реагирует на спокойную и плясовую мелодию
Э	Комплекс «оживления» во время бодрствования. Громко смеется в ответ на эмоциональное речевое общение. Ищет взглядом другого ребенка, рассматривает, радуется, тянется к нему
ДР	Рассматривает, ощупывает и захватывает низко висящие над грудью игрушки
ДО	При поддержке под мышки крепко упирается о твердую опору ногами, согнутыми в тазобедренном суставе

Линии развития	Возраст
РА	Гулит
Н	Во время кормления придерживает ручками грудь матери или бутылочку
<i>5 месяцев</i>	
Аз	Отличает близких людей от чужих по внешнему виду (по разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого)
Ас	Узнает голос матери или близкого человека. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, по-разному реагирует
Э	Радуется ребенку, берет у него из рук игрушку, гулит
ДР	Берет игрушку из рук взрослого. Удерживает в ручке игрушку
ДО	Долго лежит на животе, подняв корпус и опираясь на ладони выпрямленных рук. Переворачивается со спины на живот. Ровно, устойчиво стоит при поддержке под мышки
ПР	Не оценивается
РА	Подолгу певуче гулит
Н	Ест с ложки полугустую и густую пищу
<i>6 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	По-разному реагирует на свое и чужое имя
Э	Не оценивается
ДР	Уверенно берет игрушки, находясь в любом положении, и подолгу занимается ими, перекладывает из одной ручки в другую
ДО	Переворачивается с живота на спину. Передвигается, переставляя ручки или немного подползая
ПР	Не оценивается
РА	Произносит отдельные слоги (начало лепета)
Н	Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами. Небольшое количество жидкой пищи пьет из блюдца или из чашки
<i>7 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	Не оценивается
Э	Не оценивается
ДР	Игрушкой стучит, размахивает, перекладывает, бросает ее и пр.
ДО	Хорошо ползает (много, быстро, в различном направлении)
ПР	На вопрос «Где?» находит взглядом предмет на постоянном определенном месте (например, часы, куклу и пр.)
РА	Подолгу лепечет, произнося одни и те же слоги (2–3)
Н	Пьет из чашки, которую держит взрослый
<i>8 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	Не оценивается
Э	Смотрит на действия другого ребенка и смеется или лепечет
ДР	Игрушками занимается долго и разнообразно действует ими в зависимости от их свойств. Подражает действиям взрослого с игрушками (толкает мяч, стучит и т. д.)
ДО	Сам садится, сидит, ложится. Держась за барьер, сам встает, стоит и опускается. Переступает, держась за барьер

Линии развития	Возраст
ПР	На вопрос «Где?» находит несколько предметов (2–3) на постоянных местах. По вербальной просьбе взрослого выполняет разученные ранее действия (без показа), например, «ладушки», «дай ручку» и пр.
РА	Громко, четко и повторно произносит различные слоги
Н	Ест корочку хлеба, которую сам держит в ручке. Пьет из чашки, которую держит взрослый
<i>9 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	Выполняет плясовые движения под музыку
Э	Подражает действиям другого ребенка. Догоняет ребенка. Ползет ему навстречу
ДР	Выполняет различные действия с предметами в зависимости от их свойств (катает, открывает, гремит и т. д.)
ПР	На вопрос «Где?» находит несколько знакомых предметов, независимо от их местоположения. Знает свое имя
РА	Подражает взрослому, повторяя за ним слоги, которые уже есть в лепете
Н	Пьет из чашки, слегка придерживая ее руками, спокойно относится к высказыванию на горшок
<i>10 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	Не оценивается
Э	Действует рядом с ребенком или одной игрушкой с ним
ДР	По просьбе выполняет разученные действия с игрушками, действия с предметами принимают устойчивый характер
ДО	Всходит на невысокую наклонную поверхность или горку, держась за перила, и сходит с нее. Идет вперед с поддержкой за обе руки
ПР	По просьбе «Дай» находит и дает знакомые предметы. При игре с ним выполняет разученные движения (догону–догону, игра в прятки и т. д.)
РА	Подражая взрослому, повторяет за ним новые слоги, которых нет в его лепете
Н	Закрепляются навыки и умения, приобретенные в 9 месяцев
<i>11 месяцев</i>	
Аз	Не оценивается
Ас	Не оценивается
Э	Радуетя приходу детей. Избирательное отношение к детям
ДР	Овладевает новыми движениями и начинает выполнять их по команде взрослого (снимает и надевает кольца на стержень, ставит кубик на кубик)
ДО	Стоит самостоятельно, делает первые самостоятельные шаги
ПР	Первые общения в понимаемой речи (по просьбе взрослого находит любую куклу, которую видит среди игрушек, любой мяч, все машины и пр.)
ДО	Стоит самостоятельно, делает первые самостоятельные шаги.
РА	Произносит первые слова-обозначения, например, «дай», «мама», «на» и др.
Н	Закрепляются навыки и умения, приобретенные в 9 месяцев

Линии развития	Возраст
<i>12 месяцев</i>	
Аз	Различает предметы по форме (отличает кирпичик от кубика по просьбе взрослого). Узнает на фотографии знакомого взрослого
Ас	Не оценивается
Э	Ищет игрушку, спрятанную другим ребенком. Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождая это смехом и лепетом
ДР	Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками (катает, кормит, возит и пр.). Переносит действия, разученные с одним предметом на другой (всех кормит, всех баюкает и пр.)
ДО	Ходит самостоятельно, без опоры
ПР	Знает имена взрослых, названия нескольких предметов, выполняет отдельные поручения (принеси, найди и пр.). Понимает слово «нельзя». Некоторые слова в речи взрослых принимают обобщенный характер. По просьбе взрослого выполняет ранее разученные действия с игрушками
РА	Легко подражает новым слогам. Произносит 5–10 облегченных слов
Н	Самостоятельно пьет из чашки

**ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Линии развития	Возраст
<i>1 год 1 месяц – 1 год 3 месяца</i>	
ПР	Запас понимаемых слов расширяется
РА	Лепечет и пользуется отдельными облегченными словами в момент двигательной активности и радости
СР	Ориентируется в 2 контрастных величинах предмета
И	Воспроизводит в игре ранее озвученные действия с предметами
Д	Ходит длительно не присаживаясь, меняет положение (приседает, наклоняется, поворачивается, пядится)
Н	Самостоятельно ест густую пищу ложкой
<i>1 год 4 месяца – 1 год 6 месяцев</i>	
ПР	Выбор предмета по существенным признакам в понимаемой речи
РА	Облегченными словами и произносимыми правильно называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности
СР	Ориентируется в 3–4 контрастных формах предметов (куб, шар и т. д.)
И	Отображает в игре отдельные, часто наблюдаемые действия
Д	Перешагивает через лежащую на полу палку (без поддержки). Перешагивает приставным шагом через 3 палки (длина 40 см, расстояние между ними 18–20 см). При необходимости его поддерживают за руку
Н	Самостоятельно ест жидкую пищу ложкой
<i>1 год 7 месяцев – 1 год 9 месяцев</i>	
ПР	Понимает вопрос взрослого о действиях, изображенных на картинке
РА	Во время игры словами и двухсловными предложениями обозначает свои действия
СР	Ориентируется в 3–4 контрастных величинах предметов (типа кубов) разница в 3 см
И	Воспроизводит несложные сюжетные постройки-перекрытие типа «ворота», «скамейки», «дома»
Д	Перешагивает приставным или чередующимся шагом 3 палки (длина 40 см, расстояние между ними 18–20 см). Перешагивает через палку или веревку приподнятую от пола на 5 см (без поддержки)
Н	Частично снимает одежду с небольшой помощью взрослого
<i>1 год 10 месяцев – 2 года</i>	
ПР	Понимает рассказ (без показа) о событиях ему знакомых
РА	При общении со взрослыми пользуется трехсловными предложениями, употребляя прилагательное и местоимения
СР	Подбирает по образцу и слову 3–4 контрастных цвета
И	В игре воспроизводит ряд последовательных действий
Д	Перешагивает чередующимся шагом 3 палки (длина 40 см, расстояние между ними 18–20 см). Перешагивает через палку или веревку, приподнятую от пола на 10 см (без поддержки)
Н	Частично надевает одежду с небольшой помощью взрослого

ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

Линии развития	Возраст
<i>2 года – 2 года 6 месяцев</i>	
РА	Говорит сложными предложениями (более 3 слов), задает вопросы «Где?», «Куда?»
СР	Подбирает по образцу основные геометрические фигуры. Подбирает по образцу разнообразные предметы 4 основных цветов
И	Игра имеет сюжетный характер
Дк	Самостоятельно делает простые сюжетные постройки и называет их
Н	Ест аккуратно
Д	Перешагивает через палку или веревку приподнятую от пола на 15 см (без поддержки)
<i>2 года 7 месяцев – 3 года</i>	
РА	Начинает употреблять сложные придаточные предложения, задает вопросы «Почему?», «Когда?»
СР	Правильно использует геометрические фигуры по назначению. Называет 4 основных цвета
И	Появляются элементы ролевой игры
Дк	Появляются сложные сюжетные постройки.
Ди	Из пластилина или карандашом изображает простые предметы и называет их
Н	Самостоятельно одевается. Может застегнуть пуговицы, завязать шнурки с небольшой помощью взрослого. Пользуется салфеткой без напоминания по мере надобности
Д	Перешагивает через палку или веревку приподнятую от пола на 20 см (без поддержки). Перепрыгивает через палку лежащую на полу

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1-го ГОДА

(Согласно Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 августа 2022 г. № 83)

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка					
		до 1 мес.	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4–11 мес.	12 мес.
1	Врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки, на 3-й неделе жизни	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
2	Медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки, далее – 1 раз в неделю	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
3	Врач-невролог детский (врач-невролог)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
4	Врач-хирург детский (врач-хирург, врач-травматолог-ортопед)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
5	Врач-офтальмолог			по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 4 до 12 месяцев жизни			
6	Врач-оториноларинголог	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц					
7	Врач-стоматолог детский (врач-стоматолог, фельдшер зубной)						1

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструменталь- ные и иные исследования	Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка					
		до 1 мес.	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4–11 мес.	12 мес.
8	Измерение веса, кг		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
9	Измерение роста, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
10	Измерение окруж- ности головы, груди, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
11	Общий анализ крови		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни				
12	Общий анализ мочи		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни				
13	Электро- кардиография		1 раз при отсутствии данных о записи электрокардиографии в период новорожден- ности				
14	Аудиологическое исследование	не менее 1 раза за 3 месяца жизни					

**СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1-го
ГОДА ДО 17-ти ЛЕТ**

(Согласно Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и
детского населения Республики Беларусь, утвержденной постановлением
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
от 9 августа 2022 г. № 83)

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в годы жизни ребенка							
		1–2 года	2–3 года	3–5 лет	6–7 лет	7–14 лет	14– 15 лет	15– 17 лет	17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Врач-педиатр участковый (врач общей практики)	2 раза в год		1 раз в год					
2	Врач-невролог детский (врач-невролог)		1*		1**		1		1
3	Врач-хирург детский (врач-хирург, врач-трав- матолог-ортопед)		1*		1**		1		1
4	Врач-офтальмолог				1**		1		1
5	Врач-оториноларинголог		1*				1		1
6	Врач-стоматолог детский (врач-стоматолог, фельд- шер зубной)	1 раз в год							
7	Учитель-дефектолог		1 раз в 4 года	1**					
8	Общий анализ крови		1*		1**		1		1
9	Общий анализ мочи		1*		1**		1		1
10	Глюкоза крови				1**		1		1
11	Измерение артериального давления (мм рт. ст.)				1**	1 раз в год			
12	Электрокардиография				1**	1 раз в 10 лет	1		1
13	Измерение веса, кг	2 раза в год	1 раз в год						
14	Измерение роста, см	2 раза в год	1 раз в год						
15	Определение остроты зрения			1 раз в год с 4 лет					
16	Определение остроты слуха		1		1**	1 раз в год с 11 лет			
17	Оценка осанки			1 раз в год с 4 лет					
18	Модифицированный скрининговый тест на наличие аутизма у детей раннего возраста	1	1						

* При оформлении в учреждение дошкольного образования.

** При оформлении в учреждение общего среднего образования.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Комплексная оценка состояния здоровья ребенка	5
Факторы, определяющие здоровье	6
Мониторинг физического развития	7
Нервно-психическое развитие детей раннего возраста	12
Группы здоровья	14
Наблюдение за новорожденным ребенком. Содержание врачебного патронажа	15
Наблюдение за новорожденным ребенком	15
Группы риска заболеваний (патологических состояний) детей первого года жизни	17
Организация рационального вскармливания ребенка первого года жизни	19
Грудное вскармливание и его преимущества	20
Смешанное и искусственное вскармливание	26
Современная схема и правила введения прикорма	31
Организация бесплатного обеспечения продуктами питания детей первых двух лет жизни	35
Самоконтроль усвоения темы	36
Список использованной литературы	38
Приложение 1	40
Приложение 2	42
Приложение 3	46
Приложение 4	47
Приложение 5	48
Приложение 6	50

Учебное издание

Бовбель Инна Эрнстовна
Якимович Наталья Ивановна
Малюгин Виктор Юрьевич

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.
ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. В. Байко
Редактор А. М. Мурашко
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 17.05.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 2,48. Тираж 50 экз. Заказ 231.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.