

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. Попова И.В. Патеюк

**ОСНОВНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
В РАБОТЕ С ДЕТСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2019

УДК 616-053.2(075.9)

ББК 57.3я73

П 58

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 9 от 20.12.2019

Авторы:

Попова О.В., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО,
кандидат медицинских наук, доцент

Патеюк И.В., заведующий кафедрой общей врачебной практики БелМАПО,
кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Лазарчик И.В., заместитель главного врача по медицинской части
учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая
больница», кандидат медицинских наук

Ждановичская врачебная амбулатория учреждения здравоохранения
«Минская центральная районная больница»

Попова О.В.

П 58

Основные компетенции врача общей практики в работе с
детским населением: учеб.-метод. пособие /О.В. Попова,
И.В. Патеюк – Минск: БелМАПО, 2019. – 47 с.

ISBN 978-985-584-420-5

В учебно-методическом пособии отражены основные направления работы врача общей практики с детским населением в соответствии с Положением о враче общей практики, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь 27.02.2018. Основное внимание уделено вопросам диспансеризации и профилактической работы в рамках реализации Государственной программы обеспечения безопасности и здоровья ребенка

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности "Общая врачебная практика" (дисциплина "Внутренние болезни"); повышения квалификации врачей общей практики, врачей-педиатров участковых.

УДК 616-053.2(075.9)

ББК 57.3я73

ISBN 978-985-584-420-5

© Попова О.В., Патеюк И.В., 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

Введение

Общая врачебная практика является актуальным и весьма ответственным направлением практической медицины. Особую значимость в общей врачебной практике представляет раздел работы с детским населением с фокусом ориентации на обеспечение безопасности и здоровья ребенка. Работа врача общей практики или команды – «врач общей практики - помощник врача - медицинская сестра» направлена на укрепление здоровья детского населения и решение задач Государственной программы “Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016-2020 гг.” (утверждена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200), в первую очередь в рамках сопровождения здорового детства.

Приоритетными аспектами обеспечения здоровья и безопасности ребенка в общей врачебной практике являются:

- ✓ охрана репродуктивного здоровья, антенатальная охрана здоровья плода;
- ✓ работа в семье;
- ✓ активный патронаж ребенка 1-го года жизни;
- ✓ диспансеризация на протяжении всего детства;
- ✓ организация рационального питания;
- ✓ вакцинация, профилактика инфекционных заболеваний;
- ✓ выявление, минимизации и профилактика рисков неинфекционной патологии (индивидуализированная, пациент ориентированная);
- ✓ гигиеническое воспитание, пропаганда здорового образа жизни, формирование ответственности за свое здоровье;
- ✓ первичная медицинская помощь при острых заболеваниях и участие в диспансеризации детей с хронической патологией.

Работа в семье имеет важное значение в работе врача общей практики для формирования ответственности пациентов за свое здоровье и охрану репродуктивного здоровья *по принципу*

«здоровые дети $\Rightarrow$ здоровые родители $\Rightarrow$ здоровые дети».

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 №177 утверждено Положение о враче общей практики и установлен перечень знаний, умений и навыков, применяемых в педиатрии: 1) оценка состояния новорожденного по шкале «Апгар»; 2) проведение первичного туалета новорожденного; 3) обработка пупочной ранки; 4) оценка рефлексов новорожденного, измерение окружности головы, состояние большого родничка; 5) расчет необходимого объема питания, прикорма и режима вскармливания ребенка первого года жизни; 6) комплексная оценка состояния здоровья ребенка; 7) определение групп здоровья и групп риска для наблюдения ребенка первого года жизни; 8) вакцинация. В настоящее время нормативными документами подкреплены пункты 6-8, непосредственно связанные с наблюдением здорового ребенка. Пункты 1-4 актуальны при оказании акушерской помощи и требуют обязательной теоретической и практической подготовки.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Шкала Апгар включает 5 признаков: **A** – appearance (внешний вид, т.е. цвет кожных покровов); **P** – pulse (Heart Rate, т.е. частота сердечных сокращений); **G** – grimace (Response to Stimulation, т.е. гримаса в ответ на раздражение); **A** – activity (Muscle Tone, т.е. мышечный тонус, активность движений); **R** – respiration (Respiratory efforts, т.е. дыхательные усилия). С помощью шкалы Апгар проводят оценку степени тяжести первичной асфиксии. Оценка перечисленных признаков проводится на первой и пятой минутах жизни новорожденного. Каждая из оценок складывается из суммы всех пяти показателей по трехбалльной системе (от 0 до 2). Затем полученные

баллы суммируются, и выставляется первая оценка. Максимальная оценка может составлять 10 баллов.

Таблица 1.

Шкала Апгар: оценка в баллах

Симптомы	Оценка в баллах		
	0	1	2
Частота сердечных сокращений в 1 минуту	отсутствует	менее 100	100 и более
Дыхание	отсутствует	брадипноэ, нерегулярное	нормальное, громкий крик
Мышечный тонус	конечности свисают	некоторое сгибание конечностей	активные движения
Рефлекторная возбудимость (раздражение подошв, реакция не отвечает Гримаса крик, чихание на носовой катетер)	не отвечает	Гримаса	крик, чихание
Окраска кожи	генерализованная бледность или генерализованный цианоз	розовая окраска кожи и синюшные конечности (акроцианоз)	розовая окраска тела и конечностей

Цвет кожных покровов: розовый цвет тела и конечностей - 2 балла; розовое тело и синюшные ручки-ножки – 1 балл; общая синюшность или бледность кожи - 0 баллов. *Дыхание:* при рождении частота дыхания у малыша составляет от 40 до 60 - 2 балла, при этом дыхание ритмичное, а крик – громкий; крик слабый, дыхательные движения редкие, единичные - 1 балл; отсутствие дыхательных движений и крика - 0 баллов. *Сердцебиение:* у здоровых новорожденных частота сердечных сокращений достигает 120-140 и даже до 160 ударов в минуту. Сердцебиение свыше 100 в минуту - 2 балла; менее 100 - 1 балл; отсутствие пульсовой волны – 0 баллов. *Мышечный тонус:* норма у новорожденных – повышенный тонус (гипертонус) мышц-сгибателей. Этим обусловлена специфическая поза плода еще внутриутробно и после

рождения физиологическим считается положение, когда все конечности новорожденного согнуты во всех суставах и прижаты к телу. Движения ребенка при этом избыточны, нескоординированны, хаотичны -2 балла. 1 балл - тонус снижен, ручки и ножки согнуты слегка, а движения медленные и редкие. При низком тонусе (гипотонус), отсутствии активных движений и при вытянутых вдоль туловища конечностях – 0 баллов. *Рефлекторные реакции:* для оценки данного параметра важна своевременность возникновения рефлексов (см.ниже). Если рефлексы вызываются в полном объеме – 2 балла. Когда рефлексы у ребенка вызываются не все, а при надавливании на пятку новорожденный отвечает лишь гримасой – 1 балл. Отсутствие рефлексов – 0 баллов.

Здоровые новорожденные имеют оценку по шкале Апгар 7-10 баллов, у большинства - 7/8 или 8/9 баллов. Вторая оценка, которую ставят через пять минут после рождения, обычно на один-два балла больше первой, хотя может оставаться такой же. В случае умеренной асфиксии оценка на 1-й минуте по шкале Апгар составляет 4-7 баллов, а 0-3 балла указывает на тяжелую асфиксию. При баллах 7 и ниже на 5-й минуте оценку проводят также на 10-й, 15-й, 20-й минутах. Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте имеет большее прогностическое значение в плане предсказания дальнейшего нервно-психического развития ребенка, чем сумма баллов на 1-й минуте.

Первичный туалет новорожденного

Обработка пуповины и пупочной ранки

Перевязку пуповины осуществляют в два этапа. Первый этап – пересечение пуповины. В течение первых 15 секунд после рождения на пуповину накладывают два зажима Кохера (первый на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а второй – на 2 см кнаружи от него). Участок пуповины между зажимами обрабатывают 96% раствором спирта (0,5% спиртовым раствором хлоргексидина) и пересекают. Остаток пуповины протирают

спиртом, отжимают пальцами. При вторичной обработке – наложение пластмассового зажима на пуповинный остаток осуществляют на расстоянии 0,5-1,0 см от пупочного кольца. На расстоянии 1,5 см от места наложения зажима пуповинную культю пересекают, а ее срез обрабатывают 5% раствором калия перманганата, а затем накладывают стерильную марлевую повязку. Если в дальнейшем возможна необходимость проведения катетеризации пупочной вены (при резус-отрицательной крови матери или изосенсибилизации ее по системе АВ0 при низкой массе тела младенца при рождении, при тяжелом состоянии новорожденных), а также при объёмной сочной пуповине, затрудняющей наложение пластикового зажима, на пуповину целесообразно накладывать шёлковую лигатуру.

Для удаления избыточной первородной смазки используют сухую пеленку и после этого здорового новорожденного, прикрытого теплой пеленкой необходимо положить на живот матери (тактильный контакт). В течение первых 15–30 мин жизни большинство детей начинают искать сосок материнской груди (поисковый рефлекс и ползание).

Профилактика инфекционных заболеваний глаз у здорового новорожденного путем закапывания в конъюнктивальный мешок капель или закладывания за нижнее веко мази в настоящее время не проводится. Глаза обрабатываются от наружного уголка к переносице ватным тампоном (отдельным для каждого глаза), смоченным физиологическим раствором либо дистиллированной (кипяченой) водой. Носовые ходы обрабатываются ватными жгутиками, смоченными физиологическим раствором, поочередно, вращательными движениями; глубина введения жгутика 1-1,5 см. при узких носовых ходах можно закапать физиологический раствор в оба носовых хода. Кожа лица обрабатывается ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором в следующей последовательности: лоб, щеки, кожа вокруг рта. Складки кожи могут быть обработаны симметрично сверху вниз разными

ватными тампонами, с вазелиновым маслом (шейные складки, складки верхней половины, складки нижней половины туловища).

В дальнейшем туалет пуповинного остатка проводится ватной палочкой, смоченной раствором этилового спирта 70% сверху вниз не касаясь кожи живота и ватной палочкой, смоченной 5% раствором калия перманганата также сверху вниз, не касаясь кожи живота. После отпадения пуповинного остатка проводится обработка пупочной ранки: развести края пупочного кольца и с помощью ватной палочки обработать пупочную ранку 3% раствором перекиси водорода; через несколько секунд просушить ранку другой ватной палочкой; третьей ватной палочкой, смоченной раствором 5% калия перманганата, обработать пупочную ранку, не касаясь кожи.

Оценка физиологических рефлексов новорожденного

Оценку рефлексов у новорожденного и грудного ребенка проводят в теплой комнате, на ровной полужесткой поверхности.

Оральные рефлексы. *Хоботковый рефлекс*: при ударе пальцем по губам ребенка происходит сокращение круговой мышцы рта, вызывающее вытягивание губ хоботком; сохраняется до 2-3 месяца. *Поисковый рефлекс (Куссмауля)*: при поглаживании кожи в области угла рта (при этом не следует прикасаться к губам) происходит опускание нижней губы, отклонение языка и поворот головы в сторону раздражителя. Рефлекс особенно хорошо выражен перед кормлением; до 3-4 месяца. *Сосательный рефлекс*: если вложить в рот ребенку соску, то он начинает совершать активные сосательные движения. *Орбiculoпальцебральный рефлекс*: при поколачивании пальцем по верхней дуге орбиты происходит смыкание века соответствующей стороны; до 3-4 месяца. *Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина*: рефлекс вызывается надавливанием большими пальцами на ладони ребенка близ теноров, ответная реакция проявляется открыванием рта и сгибанием головы; начинает угасать со 2-го месяца и к 3-му исчезает. *Гемочелюстной рефлекс (рефлекс Полянского)*:

при надавливании с двух разных сторон головы на ребёнка чистыми руками врача-акушера, голова ребёнка сгибается с двух разных сторон черепа ребёнка, вследствие чего вызывается открытие рта ребёнка; вялость ребёнка после диагностирования рефлекса и быстрая истощаемость запаса крови ребёнка является естественным следствием нормальной работы рефлекса; отсутствие или слабая выраженность рефлекса могут быть следствием вялости рук врача-акушера.

Спинальные рефлексы. *Хватательный рефлекс*: состоит в схватывании и прочном удерживании пальцев врача, вложенных в ладони ребенка; иногда при этом удается приподнять ребенка над опорой (рефлекс Робинсона); такой же рефлекс можно вызвать с нижних конечностей, если надавить на подошву у основания II-III пальцев, что приведет к подошвенному сгибанию пальцев; физиологичен до 3-4 месяца. *Рефлекс Моро*: этот рефлекс вызывается различными приемами: ребенка, находящегося на руках у врача, резко опускают сантиметров на 20, а затем поднимают до исходного уровня; можно быстрым движением разогнуть нижние конечности или произвести удар по поверхности, на которой лежит ребенок, на расстоянии 15-20 см, по обеим сторонам от головы; в ответ на эти действия ребенок сначала отводит руки в стороны и разгибает пальцы, а затем возвращает руки в исходное положение; движение рук носит характер схватывания; физиологичен до 4-5го месяца. *Рефлекс Бабинского*: штриховое раздражение подошвы по наружному краю стопы в направлении от пятки к пальцам вызывает тыльное разгибание большого пальца и подошвенное сгибание остальных пальцев, которые иногда веерообразно расходятся; от 6 месяцев до 2-х лет. *Рефлекс Кернига*: у лежащего на спине ребенка сгибают одну ногу в тазобедренном и коленном суставах, а затем пытаются выпрямить ногу в коленном суставе; при положительном рефлексе это сделать не удастся. *Рефлекс опоры*: врач берет ребенка подмышки со стороны спины, поддерживая указательными пальцами головку; приподнятый в таком положении ребенок сгибает ноги в тазобедренных и

коленных суставах; опущенный на опору, он упирается на нее полной стопой, «стоит» на полусогнутых ногах, выпрямив туловище. *Рефлекс автоматической ходьбы*: в положении рефлекса опоры ребенка слегка наклоняют вперед, при этом он совершает шаговые движения по поверхности, не сопровождая их движениями рук; иногда при этом ноги перекрещиваются на уровне нижней трети голеней; физиологичен до 1-1,5 месяцев. *Рефлекс ползания Бауэра*: ребенка выкладывают на живот так, чтобы голова и туловище были расположены по средней линии; в таком положении ребенок на несколько мгновений поднимает голову и совершает ползающие движения (спонтанное ползание); если подставить под подошвы ребенка ладонь, то эти движения оживятся, в «ползание» включаются руки и он начинает активно отталкиваться ногами от препятствия; физиологичен до 4 месяца. *Рефлекс Галанта*: у ребенка, лежащего на боку, врач проводит большим и указательным пальцами по паравертебральным линиям в направлении от шеи к ягодицам; раздражение кожи вызывает выгибание туловища дугой, открытой кзади; иногда при этом разгибается и отводится нога; до 3-4 месяца. *Рефлекс Переса*: в положении ребенка на животе проводят пальцем по остистым отросткам позвоночника в направлении от копчика к шее, что вызывает прогибание туловища, сгибание верхних и нижних конечностей, приподнимание головы, таза, иногда мочеиспускание, дефекацию и крик; этот рефлекс вызывает боль, поэтому его нужно исследовать последним; до 3-4 месяца.

Тонические шейные и лабиринтные рефлексы. *Лабиринтный тонический рефлекс*: вызывается изменением положения головы в пространстве; у ребенка, лежащего на спине, повышен тонус в разгибателях шеи, спины, ног; если же ребенка перевернуть на живот, то отмечается увеличение тонуса сгибателей шеи, спины, конечностей. *Симметричный шейный тонический рефлекс*: при пассивном сгибании головы новорожденного, лежащего на спине, происходит повышение тонуса сгибателей в руках и разгибателей в ногах; при разгибании головы наблюдаются обратные взаимоотношения; об изменении тонуса можно

судить по увеличению или уменьшению сопротивления при пассивном разгибании конечностей. *Асимметричный шейный тонический рефлекс*: для проверки этого рефлекса ребенку, лежащему на спине, поворачивают голову в сторону так, чтобы его подбородок касался плеча; при этом происходит уменьшение тонуса конечностей, к которым обращено лицо (иногда их кратковременное разгибание), и повышение тонуса противоположных конечностей.

Мезэнцефальные установочные рефлексы. *Туловищная выпрямляющая реакция*: при соприкосновении стоп ребенка с опорой наблюдается выпрямление головы. *Верхний рефлекс Ландау*: ребенок в положении на животе поднимает голову, верхнюю часть туловища и руки, опираясь на плоскость руками, удерживается в этой позе. *Нижний рефлекс Ландау*: в положении на животе ребенок разгибает и поднимает ноги.

Цепные шейные и туловищные установочные рефлексы. Поворот головы в сторону вызывает поворот туловища в ту же сторону, но не одновременно, а раздельно: сначала поворачивается грудной отдел, а затем тазовый. *Цепной установочный рефлекс с туловища на туловище*: поворот плеч ребенка в сторону приводит к повороту туловища и нижних конечностей в ту же сторону; поворот тазового отдела также вызывает поворот туловища.

При оценке учитывается наличие или отсутствие рефлекса, его симметричность, время появления, силу ответа и соответствие возрасту ребенка. Если рефлекс вызывается у ребенка в том возрасте, в котором он должен отсутствовать, т. е. за пределами возрастной группы, то он считается патологическим. Оценка основных рефлексов периода новорожденности представлена на рис.1; см. также Приложение

Измерение окружности головы и большого родничка

Окружность головы – один из важнейших показателей неврологического статуса. В норме окружность головы новорожденного ребенка не превышает обхват его грудной клетки и колеблется в пределах 29-34 см.

На протяжении первых трех месяцев после рождения происходит максимальный рост головы, в среднем окружность увеличивается на 1,5-2 см каждый месяц.



Автоматизм Робинсона



Автоматической походки



Нижний рефлекс Ландау



Разгибание



Рефлекс Бауэра



Рефлекс Галанта



Рефлекс Моро



Рефлекс Переса



Сгибание



Сосательный рефлекс

Рисунок 1 – Оценка основных рефлексов новорожденного.

Средние показатели окружности головы у детей до 1 года

Возраст	Окружность головы, см	
	Мальчики	Девочки
1 месяц	37,3	36,6
2 месяца	38,6	38,4
3 месяца	40,9	40,0
4 месяца	41,0	40,5
5 месяцев	41,2	41,0
6 месяцев	44,2	42,2
7 месяцев	44,8	43,2
8 месяцев	45,4	43,3
9 месяцев	46,3	44,0
10 месяцев	46,6	45,6
11 месяцев	46,9	46,0
12 месяцев	47,2	46,0

С четырех месяцев до года прибавка составляет примерно по 1 см в месяц. К 12 месяцам в среднем окружность головы у ребенка достигает 44 см и ее активный рост замедляется (табл. 2). За второй год жизни окружность головы увеличивается примерно на 1,5-2 см за год. На третьем году жизни голова у ребенка увеличивается всего на 1-1,5 см.

Проводя замеры, нужно приложить ленту на самые выпуклые части головы: через линию бровей и выпуклую затылочную часть головы.

Большой родничок имеет ромбовидную форму. Размер его – это расстояние между противоположными сторонами ромба (но не между его углами). Определение размера проводят пальцами на ощупь, у новорождённого в среднем 2х2 см.

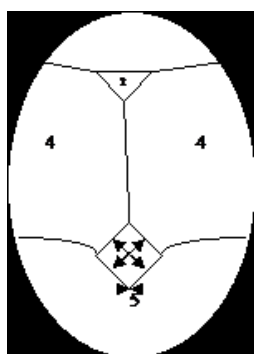


Рисунок 2. Измерение большого родничка.

Профилактическая работа врача общей практики с детьми

начинается еще до рождения ребенка при проведении прегравидарной подготовки и *дородовых патронажей*, что увеличивает шансы рождения здорового ребенка.

Цель первого дородового патронажа тщательное выявление факторов, которые могут оказать влияние на развитие ребенка: состояние здоровья родителей, условия работы беременной, наличие профессиональных вредностей, вредные привычки родителей (курение, употребление алкоголя), социальный статус семьи, уровень санитарной культуры семьи, психологический климат в семье, санитарно-гигиенический условия жизни будущего ребенка.

Цель второго дородового патронажа - контроль за выполнением назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных при первом патронаже, формирование доминанты лактации. Женщина обучается подготовке молочных желез к лактации, организации уголка для новорожденного. Все перечисленное должно быть отражено в медицинской документации (см. утвержденный Положением перечень).

Основной формой профилактической работы врача общей практики с детьми является **диспансеризация здоровых детей**. Периодичность осмотра здоровых детей педиатром, врачом общей практики и врачами-специалистами определяется Постановлением МЗ РБ №96 от 12.08.2016 г. “Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации”.

Патронаж новорожденных и детей первого года жизни: врач и медсестра посещают новорожденного в течение трех дней после выписки из роддома. При первом посещении особое внимание обращается на состояние кожных покровов ребенка, пупочной ранки и родничка; оценку бытовых условий, социального благополучия семьи; выполнения рекомендаций по уходу и вскармливанию; оценку социального, генетического, биологического анамнеза; определяется группа здоровья, группа риска; составляется план

наблюдения. Врач посещает ребенка на дому на 14-й, 21-й день жизни, а затем мать и ребенок посещают амбулаторию (поликлинику), начиная с месячного возраста. Необходимо обращать внимание на характер и динамику симптомов пограничных физиологических состояний у новорожденного (физиологическая желтуха, физиологическая эритема, половой криз и т.п.).

На первом году жизни врач общей практики наблюдает здорового ребенка с периодичностью 1 раз в месяц, оценивая физическое и нервно-психологическое развитие, дает рекомендации матери по вскармливанию, организации режима дня, закаливанию, физическому воспитанию, профилактике рахита и другим вопросам. Медицинская сестра посещает здорового ребенка первого года жизни не реже одного раза в месяц.

При организации наблюдения за детьми первого года жизни врачу общей практики необходимо учитывать определенные при выписке из родильного дома (второго этапа выхаживания недоношенных, детского стационара) ***группы риска для детей от 0 до 1 года:***

1) риск развития патологии центральной нервной системы (контроль размера окружности головы, состояния швов и родничков, рефлексов новорожденного, мышечного тонуса; физического и психомоторного развития; контроль выполнения рекомендаций врача-невролога);

2) риск развития синдрома внезапной смерти (оценка состояния кожи, слизистых оболочек, пупочной ранки; контроль наличия вялости, срыгиваний, эпизодов апноэ. Оценка аппетита, данных термометрии, результатов ЭКГ, темпов моторного и физического развития);

3) риск реализации внутриутробных инфекций (контроль состояния кожных покровов и видимых слизистых, пупочной ранки, характера стула, прибавки массы тела, нервно-психического развития; оценка аппетита, частоты срыгиваний, данных термометрии);

4) риск развития анемии (оценка цвета кожных покровов и слизистых, размеров печени и селезенки; контроль исполнения рекомендаций по

вскармливанию; оценка состояния кожи, слизистых оболочек, пупочной ранки; контроль наличия вялости, срыгиваний, эпизодов апноэ; оценка аппетита, данных термометрии, результатов ЭКГ, темпов моторного и физического развития).

В возрасте 1 года проводится полное обследование ребенка: обобщаются ежемесячно проводившиеся измерения массы тела, роста, окружности грудной клетки, анализируются результаты осмотров специалистами (регламентирован осмотр хирурга, невролога, окулиста, ЛОР-врача, стоматолога), общего анализа крови и мочи, ЭКГ, оформляется краткий эпикриз состояния здоровья ребенка и составляется план наблюдения и оздоровления на последующий период.

Организация вскармливания ребенка первого года жизни начинается с формирования доминанты лактации с целью реализации «золотого стандарта» *грудного вскармливания* - кормления ребенка путем прикладывания к груди его матери. Отдельно рассматриваются вскармливание сцеженным материнским и донорским молоком, вскармливание кормилицей. Важное значение имеют: рациональная организация смешанного и искусственного вскармливания; соблюдение современной схемы введения прикорма в «окне толерантности» (не раньше 4-х и не позже 6-ти мес. первого года жизни); строгий контроль за динамикой показателей физического развития (нутритивного статуса детей раннего возраста) и адекватности питания.

Смешанное вскармливание - сочетание кормления грудным молоком (не менее 150-200 мл) и его искусственными заменителями (смесями). *Искусственное вскармливание* - вскармливание ребенка молочными смесями. Алгоритм выбора смеси для смешанного и искусственного вскармливания учитывает возраст ребенка, функциональные возможности желудочно-кишечного тракта, наличие риска аллергических заболеваний, сопутствующая патология, характер и возможные побочные эффекты медикаментозной

терапии, финансовая обеспеченность семьи, индивидуальная переносимость смеси, вкусовые предпочтения ребенка.

Используются только адаптированные смеси (формулы, заменители женского молока) - максимально по качественному и количественному составу приближенные к женскому молоку. Классификация смесей:

- с учетом возраста ребенка (имеют соответствующую цифровую маркировку): «начальные» или «стартовые» смеси «последующие», смеси для детей от «0 до 12 месяцев». «Начальные» или «стартовые» смеси, маркированные цифрой 1, предназначены для вскармливания детей первых 5-6 месяцев жизни.

«Последующие» смеси, маркированные цифрой 2, предназначены для вскармливания детей второго полугодия жизни. «Последующие» смеси, маркированные цифрой 3, предназначены для вскармливания детей раннего возраста (от 10 месяцев до 3 лет). Смеси от «0 до 12 месяцев» могут применяться на протяжении всего первого года жизни ребенка.

- по консистенции: сухие или жидкие;
- по характеру белкового компонента: с преобладанием сывороточных белков и с преобладанием казеина;
- по наличию функциональных компонентов: с добавлением и без.
- по характеру обработки: пресные и кисломолочные.

Кисломолочные смеси предназначены для смешанного или искусственного вскармливания здоровых детей, для детей с функциональными нарушениями пищеварения (запоры), для профилактики и лечения дисбактериоза кишечника и снижения риска развития кишечных инфекций. В них снижены антигенные свойства белка коровьего молока. *Смеси с частичной и высокой степенью гидролиза белка*, являются гипоаллергенными, в названии есть обозначение ГА. Если грудного молока недостаточно или его нет совсем, вводить в питание детей с риском развития аллергии, а также имеющих проявления аллергии легкой степени, обычные базовые смеси недопустимо.

Смеси для детей с особыми диетическими потребностями: смеси для недоношенных; смеси на основе соевого белка (при непереносимости белков коровьего молока и лактозы); низко- и безлактозные смеси (при вторичной лактазной недостаточности для детей, перенесших диарею и имеющих функциональные нарушения пищеварения (в т.ч. колики); при первичной лактазной недостаточности, обусловленной врожденной ферментативной недостаточностью); антирефлюксные смеси (для детей со срыгиваниями и гастроэзофагеальным рефлюксом).

Способы расчета объема питания, необходимого ребенку первого года жизни. После 7-10 дней жизни ребенка в общей врачебной практике применяется объемный метод в зависимости от массы тела и возраста ребенка:

10 дней - 2 мес - $1/5$ массы тела

2-4 мес - $1/6$ массы тела

4-6 мес - $1/7$ массы тела

6-9 мес - $1/8$ массы тела.

Необходимо помнить: суточный объем питания у детей первого полугодия жизни не должен превышать 1 000 мл, во втором полугодии 1 100 мл. Для определения фактического объема кормления ребенка, находящегося на грудном вскармливании, используется контрольное взвешивание (до и после кормления, желательно в течение суток).

Режимы вскармливания ребенка первого года жизни: свободное вскармливание — это вскармливание по требованию ребенка и регламентированное вскармливание - это режим питания ребенка, когда кормления проводятся в более или менее фиксированные часы, кратность и объем кормлений рекомендует врач с учетом возраста, массы тела, аппетита и индивидуальных особенностей ребенка, чаще проводится после 1-2 месяцев жизни, особенно при варианте смешанного вскармливания (см. Приложение).

Таблица 3.

Суточный и разовый объемы питания

	Суточный объем питания (мл)	Разовый объем питания (мл)
10 дн -1 мес	500-650	70-110
1-2 мес	700-800	110-140
2-3 мес	800-900	130-160
3-4-5 мес	900-1000	150-180
Старше 4-5 мес до 1 года	1000	180-210

Грудное молоко и адаптированные его заменители полностью удовлетворяют нутритивные потребности ребенка до 6 месяцев.

Прикорм - это немолочная часть рациона, животного или растительного происхождения, которая постепенно вытесняет грудное молоко и способствует переводу ребенка на питание «взрослого типа». *Возраст, в котором в рацион питания ребенка нужно ввести прикорм строго индивидуален. Первый прикорм вводится в рацион ребенка не раньше 4 и не позже 6 месяцев жизни.*

Первый прикорм – каша промышленного производства, монокомпонентная, может быть безмолочной и молочной. Рекомендуемое итоговое количество в 5 мес – 50-100 г, 6 мес – 150 г, 8 мес – 150 г, 9-12 мес – 180-200 г. Второй прикорм – овощное пюре. Вводится через 2 недели после каши (5 мес – 10-100 г, 6 мес – 150 г, 7 мес – 150 г, 8 мес – 170 г). Третий прикорм – мясо. Вводится через 2 недели после овощного пюре (до 8 мес – 30 г/сут, с 8 мес – 50 г/сут, с 9 мес – в среднем 60-70 г/сут.). Последовательность введение трех основных первых прикормов может меняться. При дефиците массы, при учащенном стуле первый прикорм – каша; при избыточной массе и запорах – овощное пюре. Если первый прикорм – овощное пюре, то второй – мясо. Детям с уровнем гемоглобина ниже 110/г/л мясо вводится вторым прикормом через 10-14 дней после каши, а овощное пюре – третий прикорм. Желток сваренного вкрутую куриного яйца вводится с 7-8 мес. (в 7 мес. – ¼, в 8-12 мес. – ½ желтка). С 7 мес. дают печенье или сухарик из белого хлеба. С 8

мес. кусочек несдобного белого пшеничного хлеба. Детский йогурт, кефир не ранее 8 мес., не более 200 мл. С 10 мес. можно вводить *рыбу* 1-2 раза в неделю в качестве альтернативы мясу животных и птицы или дополнительно к нему. *Творог* показан только при наличии дефицита белка в рационе, не ранее 6,5 мес. – 10-30 г, 7-9 мес. – 40 г, 9-12 мес. – 50 г. *Фруктовые пюре и соки* рекомендуются только после введения основных энергоемких прикормов (каша, овощи, мясо).

Критерием адекватности характера вскармливания и объема питания является соответствие фактической прибавки массы тела ребенка средним арифметическим прибавкам массы тела ребенка на 1-м году жизни: 1 мес жизни - 600-650 г; 2 мес жизни - 800 г; 3 мес жизни - 800 г; 4 мес жизни - 750 г и далее каждый мес на 50 г меньше.

Адекватное физическое развитие ребенка во многом способствует его правильному нервно-психическому развитию, особенно на первом году жизни. Оценивается *нервно-психическое развитие детей* по специальным таблицам (см. Приложение).

Наблюдение за детьми 2-7 лет проводится по следующей схеме:

- дети 2-го года жизни осматриваются 2 раза в год; контроль за режимом дня, питания, закаливанием, профилактикой рахита; оценка динамики массы тела и роста 2 раза в год, зубной формулы, состояния прикуса; оценка психомоторного развития и соматический статус; общий анализ крови и мочи -- 1 раз в год;

- дети 3-го года жизни осматриваются 2 раза в год; неврологом, окулистом, стоматологом, гинекологом, урологом -- 1 раз в год;

- дети 4-7 лет -- 1 раз в год; неврологом, окулистом, стоматологом, гинекологом (при отсутствии осмотра в 3-4 года) - в 5-6 лет. УЗИ сердца, ЭКГ, измерение АД, сахар крови, анализ кала на яйца гельминтов (с 5-6 лет обязательно). Для детей, готовящихся в школу, делается прогноз адаптации и

намечаются мероприятия, направленные на повышение адаптационных и защитных возможностей ребенка.

Важно учитывать возрастные особенности детей, в т.ч. возрастные особенности показателей клинико-лабораторных данных (см. Приложение).

Каждый из этапов диспансеризации включает: анализ медицинских документов пациента и эффективности проведенных профилактических мероприятий, составление индивидуального плана; проведение диспансерного медицинского осмотра; установление группы диспансерного наблюдения; наблюдение и проведение медицинской профилактики; пропаганду здорового образа жизни, гигиеническое воспитание.

По результатам каждого этапного осмотра ребенка врач оформляет заключение, включающее комплексную оценку состояния здоровья с указанием группы здоровья (группы диспансерного наблюдения).

Группы здоровья

1 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.

2 группа здоровья - дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения: дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или избыточной массой тела; дети с часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранении функций.

3 группа здоровья - дети, имеющие хроническое заболевание с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями; дети с физическими недостатками, с последствиями травм и операций, не ограничивающими возможности их обучения или труда - при условии компенсации соответствующих функций и отсутствии признаков инвалидности.

4 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.

Определение групп здоровья и групп риска для наблюдения ребенка первого года жизни - см. Постановлением МЗ РБ №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации».

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка складывается из 3-х разделов: I. Исследование состояния здоровья по определенным критериям; II. Заключение с определением группы здоровья; III. Назначение рекомендаций в зависимости от группы здоровья.

Выделяют два вида критериев оценки состояния здоровья: определяющие и характеризующие. Определяющие, или обуславливающие, - это особенности индивидуального развития ребенка, которые оцениваются по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза. Оценка генеалогического анамнеза учитывает: а) наличие/отсутствие наследственных болезней; б) общую отягощенность с подсчетом индекса отягощенности (ИО): $ИО = \frac{\text{общее число заболеваний на всех известных родственниках}}{\text{общее число родственников пробанда}}$, ИО более 0,7 – анамнез отягощен; в) направленность отягощения с подсчетом индекса отягощенности по конкретной нозологической группе (например – патологии желудочно-кишечного тракта и

др.) – более 0,4 – анамнез отягощен по данной нозологической группе. Варианты оценки анамнеза: генеалогический анамнез отягощен или не отягощен. Факторы биологического анамнеза: особенности антенатального периода, интра-и постнатального периода; воздействия, ухудшающие здоровье в последующем (острые заболевания любой этиологии, ранний перевод на искусственное вскармливание и т.д.). Оценка биологического анамнеза: отягощен или не отягощен. Параметры социального анамнеза: характеристика состава (полноты) семьи, образовательный уровень семьи, психологический климат в семье, жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, санитарно-гигиенический уровень семьи и прочие особенности. Оценка: благополучный социальный анамнез или неблагополучный.

Из критериев, характеризующих здоровье, следует выделить 5 основных: физическое развитие, нервно-психическое развитие, уровень резистентности, уровень функционального состояния организма, наличие или отсутствие хронических заболеваний и пороков развития. Без оценки этих критериев невозможно определение группы здоровья. По динамике группы здоровья можно определить эффективность диспансеризации ребенка.

Физическое развитие оценивается по центильным таблицам с оформлением заключения о гармоничности (дисгармоничности) развития (Постановление МЗ РБ от 20 декабря 2017 г. № 109, используем «Центильные характеристики антропометрических и лабораторных показателей у детей в современный период»). Центильные шкалы представляют собой количественное распределение признаков, получаемое в том случае, когда средние величины и разброс показателей представлены графически. Чаще всего используется шкала, в которой предусмотрено выделение границ 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97 центилей распределения. Эталоном считается признак физического развития, определяемый как 50-й центиль. Это означает, что из 100 обследованных здоровых детей он будет обнаруживаться у 50%. Для центильных кривых на оси ординат отложен рост ребенка, на оси абсцисс -

значения соответствующего признака: возраст, вес. Все кривые разработаны с учетом половой принадлежности, отдельно для мальчиков и девочек. *Нормальные показатели* физического развития лежат в диапазоне 25-75 центилей. *Пограничные зоны*, требующие настороженности врача в отношении риска серьезных отклонений физического развития, находятся в диапазоне 3-25 центилей и 75-97 центилей. *Патологию*, требующую соответствующего лечения, отражают показатели от 0-3 центилей и от 97-100 центилей.

Центильные шкалы даны в Приложении. Определив, в какой коридор по центильным таблицам попадают масса и рост ребенка, для оценки его физического развития можно воспользоваться таблицей № 4.

Таблица 4

Схема оценки физического развития детей по центильным таблицам

Центили (длина тела)						
Ц		3-10	10-25	25-75	75-90	90-97
Е н т и л и (масса тела)	90-97	Низкое, резко дисгармоничное, ИМТ II ст.	Ниже-среднего, резко дисгармоничное ИМТ II ст.	Среднее, резко дисгармоничное ИМТ II ст.	Выше-среднего, резко дисгармоничное ИМТ II ст.	Высокое, резко дисгармоничное, ИМТ Нет.
	75-90	Низкое, дисгармоничное, ИМТ I ст.	Ниже-среднего дисгармоничное, ИМТ I ст.	Среднее, дисгармоничное, ИМТ I ст.	Выше-среднего, дисгармоничное, ИМТ I ст.	Высокое, дисгармоничное, ИМТ I ст.
	25-75	Низкое, гармоничное	Ниже-среднего, гармоничное	Среднее, гармоничное	Выше-среднего, гармоничное	Высокое, гармоничное
	10-25	Низкое, дисгармоничное, ДМТ I ст.	Ниже-среднего, дисгармоничное, ДМТ I ст.	Среднее, дисгармоничное, ДМТ I ст.	Выше-среднего, дисгармоничное ДМТ I ст.	Высокое, дисгармоничное, ДМТ II ст.
	3-10	Низкое, резко дисгармоничное, ДМТ II ст.	Ниже-среднего, резко дисгармоничное, ДМТ II ст.	Среднее, резко дисгармоничное ДМТ II ст.	Выше-среднего, резко дисгармоничное, ДМТ II ст.	Высокое, резко дисгармоничное, ДМТ II ст.

Пример: мальчик в возрасте двух лет имеет массу 12,5 кг (зона 25- 75 центили), длину тела 86 см (зона 25-75 центили). Согласно приведенной таблице № 4 физическое развитие ребенка следует оценить как среднее, гармоничное.

В настоящее время актуальна также оценка физического развития ребенка путем определения индекса массы тела и анализа весо-ростовых показателей,

индекса Z-score по программе ВОЗ «Antro и Antro Plus» (см. электронный ресурс www.who.int/childgrowth/standarts/ru).

Рекомендации должны включать: режим дня, питание, физическое воспитание (массаж, гимнастика и закаливание), назначение плановых прививок и лабораторных обследований. При рекомендации вариантов закаливания необходимо распределение детей по 3-м группам закаливания: 1) здоровые, ранее закаливаемые дети; 2) здоровые, ранее не закаливаемые дети и лежачие после острых заболеваний; 3) дети с выраженными отклонениями в состоянии здоровья.

Одним из основополагающих направлений работы врача общей практики с детским населением является также **профилактика инфекционных заболеваний**, включающая: своевременную иммунопрофилактику по Национальному календарю профилактических прививок; плановые противоэпидемические мероприятия; проведение лечебно-профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний. В Республике Беларусь на законодательном уровне принят Национальный календарь профилактических прививок, утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2012г. № 106, включающий 12 инфекций: дифтерия, полиомиелит, столбняк, коклюш, туберкулез, корь, гепатит В, краснуха, эпидемический паротит - всем лицам в указанном возрасте, а также пневмококковая и гемофильная инфекции, грипп - контингентам риска.

В Национальном календаре профилактических прививок обозначен минимальный интервал между прививками. Эти интервалы нельзя сокращать, но в случае необходимости можно увеличивать. Сроки вакцинации врач может перенести в следующих случаях: ребенок на момент прививки болен или не так давно выздоровел после простудного заболевания; при обострении имеющегося хронического заболевания; если была зарегистрирована серьезная побочная реакция на предыдущее введение вакцины.

**Национальный календарь профилактических прививок
Республики Беларусь**

Перечень инфекций, против которых проводятся профилактические прививки	Группы физических лиц и сроки проведения профилактических прививок
Вирусный гепатит В	Новорожденные в первые 12 часов жизни, дети в возрасте 1 и 5 месяцев
Туберкулез	Новорожденные на 3-5 день жизни
Пневмококковая инфекция*	Дети в возрасте 2, 4 и 12 месяцев
Дифтерия, столбняк, коклюш	Дети в возрасте 3, 4, 5, 18 месяцев
Полиомиелит	Дети в возрасте 3, 4, 5 месяцев и 7 лет
Гемофильная инфекция*	Дети в возрасте 3, 4, 5, 18 месяцев
Корь, эпидемический паротит, краснуха	Дети в возрасте 12 месяцев и 6 лет
Дифтерия и столбняк	Дети в возрасте 6 лет, 16 лет, взрослые в возрасте 26 лет и каждые последующие 10 лет жизни до достижения возраста 66 лет
Дифтерия	Дети в возрасте 11 лет
Грипп*	Дети в возрасте с 6 месяцев и взрослые

* Вакцинация проводится для лиц, относящихся к *группам риска*:

- профилактические прививки против пневмококковой и гемофильной инфекции проводятся детям в соответствии с возрастом и имеющими одно из следующих заболеваний или состояний: хронический гепатит; цирроз печени; хронические заболевания почек, сердца и легких; иммунодефицитные состояния; муковисцидоз;

- профилактические прививки против гриппа проводятся: детям в возрасте от 6 месяцев до 3 лет; детям в возрасте от 3 лет с хроническими заболеваниями и иммуносупрессией; детям, находящимся в учреждениях с круглосуточным режимом пребывания.

Вакцинируются здоровые дети с обязательным предварительным осмотром врача и измерением температуры. Детям, которые не были привиты в установленные сроки, вакцинацию проводят по индивидуальному графику, который составляется педиатром или врачом общей практики и согласовывается, при необходимости, с другими специалистами. Оформление противопоказаний к проведению профилактических прививок проводится комиссионно, с обязательным участием представителя администрации и/или на основе и в соответствии консультации ребенка врачом-педиатром, иммунологом, аллергологом либо другим врачом-специалистом.

Профилактика рахита. Антенатальная специфическая профилактика рахита: беременным в последние 2 месяца беременности рекомендовано принимать витамин Д в дозе 500 МЕ/сут, а в случае, когда окончание беременности приходится на осенне-зимний период - по 1000 МЕ/сут. Независимо от времени года беременным женщинам из группы риска (преэклампсия, хроническая экстрагенитальная патология (нефропатии, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ревматизм) назначают витамин Д, начиная с 28-32 недель беременности в ежедневной дозе 1000-1500 МЕ в течение 8 недель. Применение витамина Д в более ранние сроки беременности, а также женщинам старше 30-35 лет, может способствовать избыточному отложению кальция в плаценте и её повреждению, последующей гипоксии плода, уменьшению податливости головки плода во время родов (повышение риска родовой травмы), преждевременному закрытию родничков, развитию атеросклероза у матери и должно осуществляться по строгим показаниям под медицинским контролем. Возможен приём витамина Д в составе специализированных поликомпонентных витаминно-минеральных комплексов.

Постнатальная специфическая профилактика рахита:

- назначение витамина Д в минимальной профилактической дозе 400-500 МЕ/сут показано в осенне-зимне-весенний период, начиная с возраста 1 месяца у здоровых доношенных новорождённых (в течение первых 2 лет жизни, иногда - и на 3-м году);
- детям из группы риска по развитию заболевания (при наличии сопутствующей патологии почек, желудочно-кишечного тракта или ускоренных темпах роста ребёнка) показано назначение холекальциферола в дозе 1000 МЕ в течение месяца с последующим переходом на 500 МЕ в сутки;
- недоношенным детям витамин Д назначается с 10-14-ого дня жизни по 400-2000 МЕ/сут (в зависимости от гестационного возраста) ежедневно в течение 2 лет (исключая летние месяцы);
- обязателен учёт витамина Д в потребляемом объёме смеси для искусственного вскармливания;
- при наличии показаний возможно применение лекарственных средств на основе кальция (изолированных или в комбинации с витамином Д);
- в случае наличия у ребёнка синдрома мальабсорбции любого генеза, патологии желчеобразования/желчеотделения необходима их адекватная коррекция;
- дети с малыми размерами или ранним закрытием большого родничка имеют лишь относительное противопоказание к назначению витамина Д. При нормальных показателях прироста окружности головы, отсутствии неврологической симптоматики и признаков органической патологии ЦНС специфическую профилактику рахита проводят по обычной схеме. В отдельных случаях ее можно отсрочить, начав прием витамина Д с 3-4 месяцев жизни.

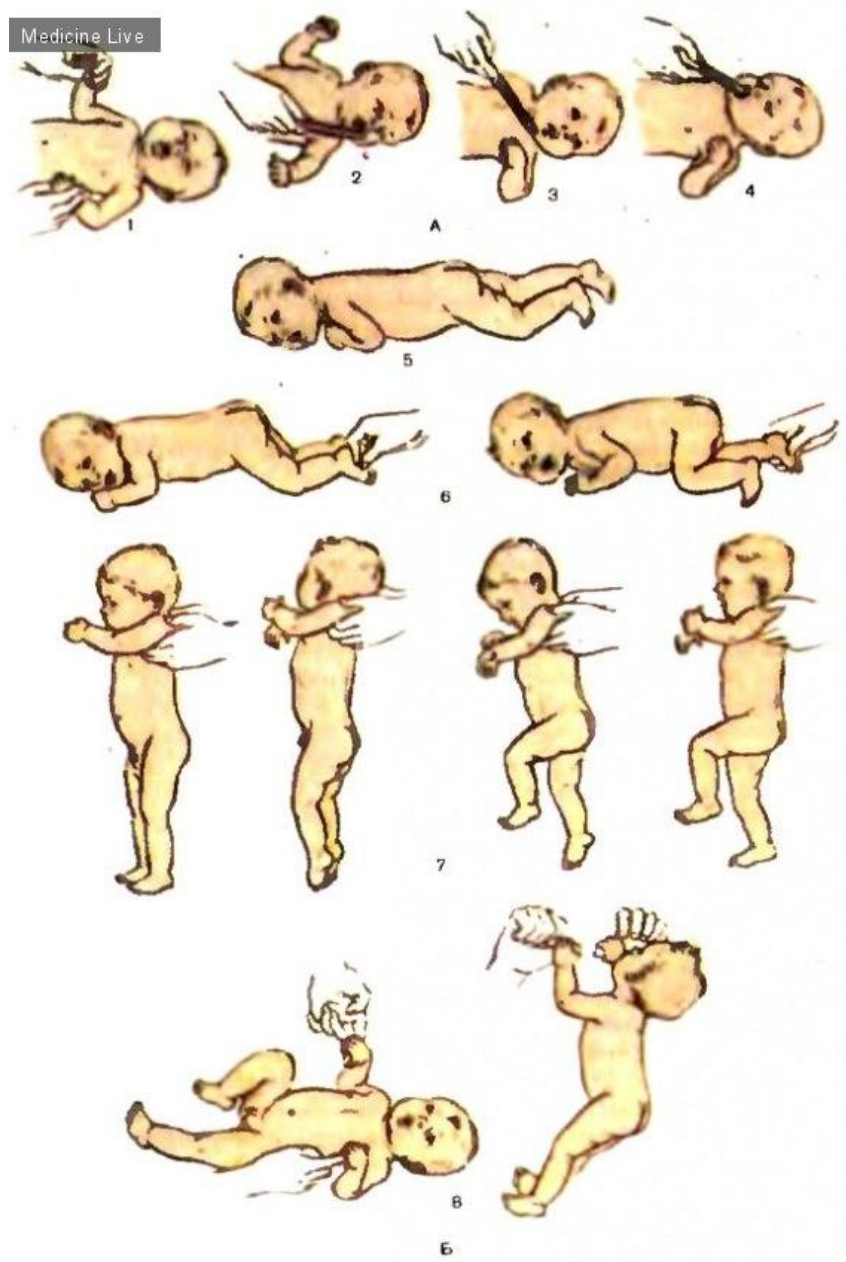
Схему профилактики рахита и гиповитаминоза Д см. в Приложении.

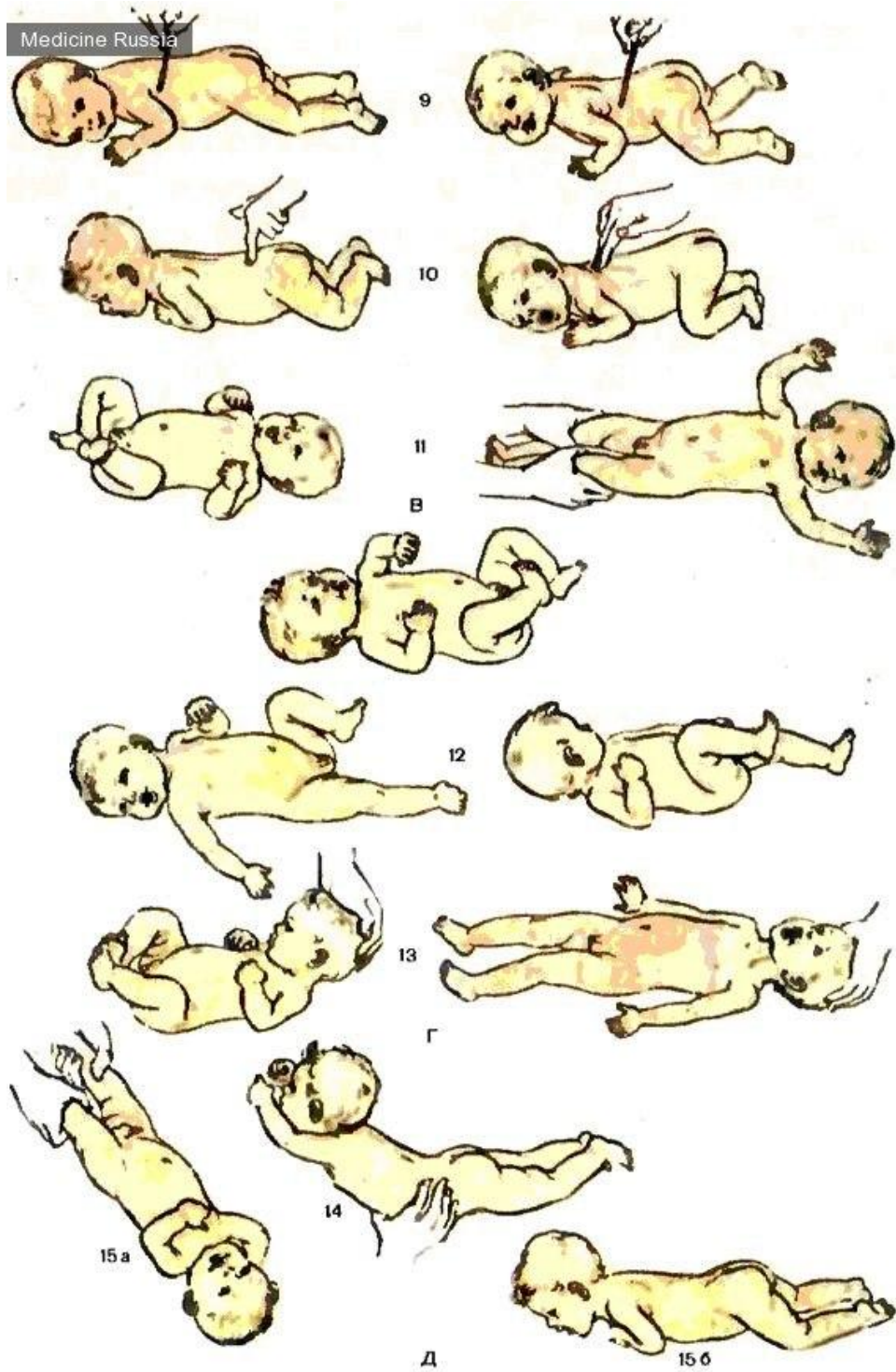
Профилактическая работа врача общей практики с детьми неотъемлемо включает: *гигиеническое воспитание и обучение, формирование ответственности за свое здоровье*. Гигиеническое воспитание и обучение детей и родителей, формирование потребности в здоровом образе жизни, совершенствование медицинской интеграции с семьей - неотъемлемая часть лечебно-профилактической деятельности врача общей практики. Основными задачами врача общей практики в этом направлении его работы являются:

- пропаганда здорового образа жизни и физической культуры, медицинских знаний по охране здоровья детей и подростков;
- пропаганда, организация и контроль рационального питания детей разных возрастных групп и подростков;
- обучение родителей правилам ухода и закаливания детей, навыкам личной гигиены;
- формирование готовности населения участвовать в профилактических осмотрах и вакцинации детей, своевременно обращаться за медицинской помощью и выполнять врачебные назначения, *формирование ответственности за свое здоровье*.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Оценка рефлексов новорожденного.





Оценка рефлексов новорожденного
(продолжение)

Примерные часы и число кормлений ребенка первого года жизни

Режим	Возраст	Кормления			Ночной перерыв
		Число кормлений	Интервал в часах	Часы	
Свободное вскармливание	До 1-2 мес.	Кормление по требованию ребенка			Отсутствует
Регламентированное вскармливание	До 1-2 мес.	7	3	6 ⁰⁰ -9-12-15-18-24 ⁰⁰	6 час
		8	3	6 ⁰⁰ -9-12-15-18-24-03 ⁰⁰	отсутствует
	С 2 до 5-6 мес.	6	3,5	6 ⁰⁰ -9-13-16-20-23 ⁰⁰	6,5 час
		7	3,5	6 ⁰⁰ -9-13-16-20-23-03 ⁰⁰	отсутствует
	2-е полугодие	5	4	6 ⁰⁰ -10-14-18-22 ⁰⁰	8 час

Правила введения прикорма:

- новые прикормы следует вводить только здоровому ребенку. Нельзя вводить их при острых заболеваниях, при изменении условий жизни: поездки, переезды, смена ухаживающих лиц, при проведении профилактических прививок;
- прикорм следует давать перед кормлением грудью, начиная с 1-2 чайных ложек, увеличивая объем до 150 г в течение 2 недель. Максимальный объем блюд прикорма не должен превышать 180 г- 200 г;
- новый вид прикорма можно вводить после полной адаптации к предыдущему. Два новых вида прикорма вводить одновременно нельзя;
- прикорм должен быть гомогенными по консистенции до 6-7 месяцев, пюреобразными-до 9-10 месяцев, крупноизмельченными - старше 9 месяцев;
- новый прикорм лучше вводить в утренние часы, чтобы проследить за реакцией ребенка. При этом следует наблюдать за поведением, стулом, состоянием кожных покровов;
- вначале всегда следует вводить прикорм из одного вида продуктов (монокомпонентные), только после привыкания к ним постепенно вводят смеси из нескольких видов продуктов (поликомпонентные);
- прикорм дается в теплом виде с ложечки, желательно, чтобы ребенок сидел за специальным детским столом.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Возраст	А зр.	А сл.	Эмоции	До	Др	Ра	Рп	Навыки	Воспитание
1 мес.	Фиксирует взгляд на ярких предметах, плавно следит за движущимся предметом	Прислушивается к голосу взрослого, к звуку игрушки	Первая улыбка в ответ на разговор взрослого	Пытается поднять и удерживать голову лежа на животе	*	*	*	*	Выкладывать на живот между кормлениями до появления признаков усталости. Игрушки подвешивать на 50–70см
2 мес.	Длительно следит глазами за двигающимся предметом. Рассматривает неподвижный предмет	Ищет источник длительного звука поворотом головы	Быстро отвечает улыбкой при общении	Хорошо держит голову лежа на животе	*	Гортанные звуки	*	*	Передвигать игрушки, разговаривать с ребенком
3 мес.	Зрительное сосредоточение на неподвижном предмете в вертикальном положении	Поворачивает голову в сторону голоса взрослого	Комплекс «оживления» в ответ на общение	Опирается на предплечья лежа на животе высоко подняв голову. Хорошо держит голову в вертикальном положении	Случайно наталкивается рукой на подвешенную игрушку	Гуление	*	*	Подвешивание игрушки на вытянутую руку
4 мес.	Узнаёт мать, радуется при её виде	Находит глазами невидимый источник звука	Громко смеется при общении со взрослым	Поворачивается со спины на живот. Упирается полусогнутыми ногами о твердую поверхность (с 3–х мес.)	Захватывает низко висящую над грудью игрушку	Гуление.	*	При кормлении придерживает грудь матери или бутылочку	Помощь ребенку в развитии захватывающих движений
5 мес.	Различает близких от чужих	Узнает голос матери. Различает строгий и ласковый тон	*	Долго лежит на животе, опираясь на ладони вытянутых рук, переворачивается со спины на живот, ровно устойчиво стоит при поддержке под мышками	Берет игрушку из рук взрослого	Подолгу певуче гулит	*	то же	Матери необходимо разговаривать с ребенком лицом в лицо

6 мес.	*	По разному реагирует на своё и чужое имя	*	Переворачивается с живота на спину, передвигается, переставляя ручки или подползая	Перекладывает в руках игрушку, берет ее из разных положений	Произносит отдельные слоги	*	Ест пищу с ложки, снимая её губами	Необходимо кормить с ложки, разговаривать, разнообразить игрушки
7 мес.	*	*	*	Хорошо ползает в различном направлении	Стучит, размахивает игрушкой, перекладывает, бросает ее	Лепет. Повторно произносит слоги	На вопрос “где?” находит взглядом предмет на постоянном месте: например, часы, куклу	Хорошо ест с ложки, пьет из чашки, которую держит взрослый	Игрушки должны быть звучащими. Кормить необходимо с ложки, поить с чашки
8 мес.	*	*	*	Сам садится сидит и ложится, держась за барьер сам встает, стоит и опускается, переступает	Простое подражание в игре: стучит, катает	Громко, четко и повторно произносит слоги.	Находит 2–3 предмета, выполняет разученные ранее действия, например, “ладушки”, “дай ручку”	Сам держит и ест корочку хлеба	Необходимо разговаривать, играя с ребенком
9 мес.	*	Под музыку совершает плясовые движения	*	Ходит, держась за опору	Игрушками занимается долго и разнообразно. С предметами действует в зависимости от их свойств	Подражая взрослому, повторяет слоги, которые уже есть в его лепете	Находит предмет, независимо от его местонахождения. Знает свое имя	Пьет из чашки, держа руками, спокойно садится на горшок	Разговаривать и обучать игре с игрушками, высаживать на горшок
10 мес.	*	*	*	Идет вперед при поддержке за обе руки, способен влезть на низкую поверхность и сойти	Самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет разученные действия с предметами	Повторяет за взрослым и новые слоги	По просьбе “дай?” находит и дает знакомые предметы, выполняет	Закрепляются умения, приобретенные в 9 месяцев	Закрепление навыков, приобретенных ранее.

							разученные действия и движения		
11 мес.	*	*	*	Самостоятельно стоит, делает первые шаги	Накладывает кубик на кубик, правильно собирает пирамидку	Произносит первые упрощенные слова "кис–кис", "ав–ав"	Первые обобщения: куклы, кубики, мячи	То же	Ребенку необходим максимум общения.
12мес.	Узнает знакомого взрослого на фотографии	*	*	Ходит самостоятельно	Выполняет действия, заученные ранее, играя с игрушками. Начало сложной игры: водит, кормит куклу	Произносит до 6–10 облегченных слов, повторяет новые слова	Понимает без показа названия нескольких предметов, понимает слово нельзя, выполняет отдельные поручения	Сам пьет из чашки	То же

Примечание: * – нет критериев оценки

ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО– ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2 – го ГОДА ЖИЗНИ

Возраст	Развитие речи		Сенсорное развитие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
	понимание речи	активная речь				
1 год 1 мес. – 1 год 3 мес.	Запас понимаемых слов быстро расширяется	Пользуется лепетом и отдельными словами в момент двигательной активности, удивления и радости	Ориентируется в 2 контрастных величинах предметов (типа кубов) с разницей в 3 см	Воспроизводит в игре действия с предметами, ранее изученными. Кормит куклу, нанизывает кольца на стержень	Ходит длительно не присаживаясь, меняет положения (приседает, наклоняется, поворачивается, пятится)	Самостоятельно ест густую пищу ложкой
1 год 4 мес. – 1 год 6 мес.	Отбирает предмет по существенным признакам (2 одинаковых по значению, но разных по цвету или величине)	Словами, облегченными ("би–би") и произнесенными правильно (машина), называет предметы и действия в момент сильной заинтересованности	Ориентируется в 4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик, призма)	Отображает в игре отдельные наблюдательные действия	Перешагивает через препятствие приставным шагом	Самостоятельно ест жидкую пищу ложкой

1 год 7 мес. – 1 год 9 мес.	Понимает несложный рассказ по сюжетной картинке, отвечает на вопросы взрослого	Во время игры словами и 2 словными предложениями обозначает свои действия	Ориентируется в 3 контрастных величинах предметов (типа кубиков) с разницей в 3 см	Воспроизводит несложные сюжетные постройки перекрытия типа "ворот", "скамейки", "дома"	Перешагивает приставным шагом 3 палки на расстоянии 18–20 см, перешагивает через палку или веревку, приподнятую от земли на 5 см. Ходит по поверхности шириной 15–20 м, на высоте 15–20 см от пола	Частично снимает одежду с небольшой помощью взрослого (трусы, ботинки, шапку)
1 год 10 мес. – 2 года	Понимает рассказ без показа о событиях, бывших в опыте ребенка	При общении со взрослыми пользуется 3–сложными предложениями употребляя прилагательные и местоимения	Подбирает по образцу и слову 3 контрастных цвета	В игре воспроизводит ряд логически связанных и последовательных действий (начало сюжетной игры)	Перешагивает чередующимся шагом 3 палки (расстояние между ними 18 – 20 см), перешагивает через палку или веревку, приподнятую от земли на 10см	Частично надевает одежду (ботинки, шапку)

ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 3 – го ГОДА ЖИЗНИ

Возраст	Активная речь		Сенсорное развитие	Сюжетная игра	Навыки		Движения
	Грамматика	Вопросы	Восприятие цвета		В одевании	В кормлении	
2 года – 2 г. 6 мес.	Говорит многословными предложениями (более 3 слов)	«где?», «куда?»	Подбирает по образцу разнообразные предметы 4 основных цветов	Игра носит сюжетный характер. Ребенок отражает взаимосвязь и последовательность действий (2–3)	Полностью одевается, но еще не умеет застегивать пуговицы, завязывать шнурки	Ест аккуратно	Перешагивает через палку, приподнятую от земли на 15 см, ходит по горизонтальной поверхности шириной 15–20 см на высоте от пола 20–28 см
2 года 7 мес – 3 года	Начинает употреблять сложные придаточные предложения	«когда?» «почему?»	Называет 4 основных цвета	Появляются элементы ролевой игры	Одевается самостоятельно, может застегивать пуговицы, завязывать шнурки с небольшой помощью взрослого	Пользуется салфеткой по мере надобности без напоминания	Перешагивает через палку, приподнятую от земли на 20 см, ходит по горизонтальной поверхности шириной 15–20 см на высоте от пола 30–36 см

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
НЕРВНО - ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 4 – 6 ЛЕТ**

Показатели развития	Соответствует норме	С отклонениями
4 г о д а		
I. Мышление и речь. Специальные задания	Умеет группировать предметы по классам: мебель, посуда, одежда, животные, птица и др.	Группирует предметы по несущественному признаку: например, по цвету
II. Моторика. Специальные Задания	Общая: умеет подпрыгивать одновременно на двух ногах, на месте и продвигаясь вперед. Тонкая: всегда или иногда застегивает пуговицы самостоятельно. Всегда или иногда самостоятельно завязывает шнурки	Не умеет подпрыгивать на месте и, продвигаясь вперед, отталкивается одной ногой или не отрывается от пола. Никогда не застегивает пуговицы и не завязывает шнурки самостоятельно
III. Внимание и память. Специальные Задания	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно, или медленно после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто «отключается». С трудом и непрочно запоминает стихи
IV. Социальные контакты. Наблюдение, опрос.	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
V. Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера
5 л е т		
1. Мышление и речь. Специальные задания	Умеет составить по картинке рассказ из нескольких предложений. Правильно отвечает на вопрос, как герой подал в данную ситуацию	Составляя рассказ, не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию. Не понимает смысла картинки, перечисляя действия героя вместо пересказа сюжета
2. Моторика. Специальные задания	Умеет прыгать на месте на одной ноге и продвигаясь вперед. Одевается и раздевается полностью самостоятельно всегда или почти всегда	Не умеет прыгать на одной ноге. Никогда полностью не одевается и не раздевается самостоятельно или делает это очень редко

3.Внимание и память. Специальные задания	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторения, но, в целом, успешно	Рассеян, невнимателен, часто отвлекается, отключается. С трудом и непрочно запоминает стихи
4.Социальные контакты Наблюдение, опрос.	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь, соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
1.Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера
6 л е т		
1.Мышление и речь. Специальные задания	Умеет составить по картинке рассказ и с развитием сюжета, отразив в нем события прошлого, настоящего и будущего	При рассказе сюжета не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию, чем все завершится
2. Моторика. Специальные задания	Общая: умеет прыгать в длину с места с результатом не менее 70 см. Ручная: умеет аккуратно закрасить круг диаметром 2 см не более чем за 70 сек.	Не умеет прыгать в длину с места или показывает результат менее 70 см. Неаккуратно закрашивает круг (часто и грубо пересекает линию, много больших пробелов) или тратит на это более 70 сек.
3.Внимание и память. Специальные задания.	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но в целом успешно	Рассеян, невнимателен, часто отвлекается, "отключается". С трудом и непрочно запоминает стихи
4.Социальные контакты. Наблюдение, опрос	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь, соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется. Избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе
5.Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера

Схема профилактики рахита и Д-гиповитаминоза у детей витамином Дз

Группы детей	Срок начала специфической профилактики	Суточная доза витамина Д, МЕ/сут	Длительность приёма витамина Д
Доношенные здоровые дети	на 2-м месяце жизни	1000	Ежедневно в течение 3 лет (исключить 3 летних месяца).
	или на 2,6,10-м месяцах жизни	2000	Ежедневно 30 дней. Затем до 3 лет - по 2-3 курса в год с интервалом между ними в 3 месяца.
Доношенные дети из групп риска по рахиту: -рождённые от женщин с акушерской и хронической экстрагенитальной патологией;	на 2-3 неделе жизни	1000	Ежедневно, до достижения 3-летнего возраста.
- страдающие синдромом мальабсорбции, врождённой патологией гепатобилиарной системы;	на 2-3 неделе жизни	2000	Ежедневно в течение 30 дней.
-из многоплодных беременностей и повторных родов с малыми промежутками времени между ними; -на раннем искусственном или смешанном вскармливании	на 6, 10 месяце жизни	2000	Ежедневно 30 дней. Затем до 3 лет 2-3 курса в год через 3 месяца.
Дети раннего возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями		4000	Ежедневно на 30 дней. Затем 2-3 курса в год по 2000 МЕ (в течение 30 дней).
Дети, которые получают противосудорожную терапию (фенобарбитал, седудифенин) или кортикостероиды, гепарин		4000	Ежедневно на 30- 45 дней. Затем по 2-3 курса в год через 3 месяца.
Доношенные дети из групп риска по рахиту, родившиеся с клиническими симптомами врождённого рахита и недостаточной минерализацией костной ткани	с 10-го дня жизни	2000	Ежедневно на 30- 45 дней. Затем 3 курса в год (по 30 дней) через 3 месяца.
Недоношенные дети 1 степени	с 10-14 дня жизни	1000	Ежедневно первые 6 мес. жизни. Затем по 2000 МЕ/сут (30 дней), 2-3 раза в год через 3-4 месяца
Недоношенные дети 2-3 степени	с 10-20 дня жизни после установления энтерального питания)	1000-2000	

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗРАСТНЫЕ НОРМЫ (СРЕДНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ПО ДАННЫМ РАЗНЫХ АВТОРОВ)				
Возраст	Масса тела, кг	ЧСС, уд./мин	ЧДД, в 1 мин	АД, мм рт.ст.
Новорожденные	3,5	120-140	30 (29-47)	От 70/55 до 80/50±10
3 мес.	5-6	135	35 (20-40)	90/55±10
6 мес.	7-8	130	27 (22-32)	100/60
1 год	10	125-120	26-32	105/60
2 года	12-13	110-115	24-30	105/60
3 года	14-15	105	20-26	108/60
4 года	16-18	100	20(16-25)	110/65
5 лет	18-19	97	18(24-13)	115/65
6 лет	19-23	95-90	19-20	115/65
8 лет	23-27	85-80	18-19	115/70
10 лет	27-31	85-75	18	118/75
12 лет	31-35	75-80	16-18	120/75
15 лет	48-62	70-75	16-18	120/70
18 лет и старше	65-74	60-80	16-18	120/70-80

СРЕДНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧАСТОТЫ ПУЛЬСА У ДЕТЕЙ (МАЗУРИН А.В., ВОРОНЦОВ И.М., 1999)	
Возраст	Средняя частота, уд./мин
1-й день жизни	140
1-й месяц жизни	130
2-5 мес.	130
6-12 мес.	115
1-2 года	110
2-4 года	105
5-10 лет	95
11-14 лет	85
15-18 лет	82

ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ ЧАСТОТЫ ПУЛЬСА, БРАДИКАРДИИ И ТАХИКАРДИИ (ТАТОЧЕНКОВ.К., 1997)							
Возраст	Норма ЧСС	Брадикардия			Тахикардия		
	УД./МИН	легкая	умеренная	значительная	легкая	умеренная	значительная
1-й месяц	120-140	<115	<110	<100	>160	>175	>190
6 мес.	130-135	<125	<115	<90	>155	>170	>185
1 год	120-125	<115	<100	<90	>130	>145	>160
2 года	110-115	<105	<100	<90	>120	>135	>150
3 года	105-110	<100	<95	<85	>115	>125	>140
4 года	100-105	<95	<85	<75	>110	>120	>135
5 лет	98-100	<95	<85	<70	>105	>110	>120
6 лет	90-95	<85	<80	<70	>100	>105	>115
7 лет	85-90	<80	<70	<65	>95	>100	>110
8-9 лет	80-85	<75	<70	<60	>90	>96	>105
10-11 лет	78-84	<73	<68	<58	>90	>95	>104

12 лет	75-82	<70	<65	<55	>88	>92	>102
13-14 лет	72-80	<67	<62	<52	>84	>90	>100

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ (ТУР А.Ф., ШАБАЛОВ Н.П., 1970)					
Возраст	Эритроциты, • 1012/л	Гемоглобин, г/л	Лейкоциты, • 109/л	Лейкоцитарная формула, %	
1-й час	5,94±0,71	208±23	16,0±4,4	палочкоядерные	сегментоядерные
3-й день	5,92±0,68	212±20	11,5±3,7	5,9±5,4	61,7±10,3
5-й день	5,74±0,63	194±19	10,8±2,9	3,8±2,8	52,5±11,0
2-я неделя	5,4±0,6	188±20	11,2±2,9	3,2±1,9	43,2±10,8
1 мес.	4,7±0,58	145±21	10,0±2,4	2,5±1,6	36,9±10,6
3 мес.	4,2±0,43	123±12	9,2±1,9	2,0±1,1	28,0± 11,0
6 мес.	4,2±0,4	125±10	9,0±2,3	2,0±1,2	27,0±9,0
9 мес.	4,2±0,42	120±10	9,0±1,9	2,0±1,2	30,0±10,0
1 год	4,3±0,4	120±11	8,9±2,1	2,0±1,2	32,0±10,0
3 года	4,2±0,22	122±11	8,5±2,2	2,0±1,2	33,0±10,0
5 лет	4,2±0,21	124±10	7,9±1,9	2,0±1,0	43,0±11,0
Влет	4,4±0,18	127±11	7,3±1,6	2,0±1,0	45,0±10,0
12 лет	4,4±0,21	130±12	7,1±1,5	2,0±1,0	50,0±9,0

ПАРАМЕТРЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ							
Показатели	Возраст						
	1 день	1 месяц	6 месяцев	1 год	1-6 лет	7-12 лет	13-15 лет
Гемоглобин, г/л	180-240	115-175	110-140	110-135	110-140	110-145	115-150
Эритроциты, x10 ¹² /л	4,3-7,6	3,8-5,6	2,5-4,8	3,6-4,9	3,5-4,5	3,5-4,7	3,6-5,1
Ретикулоциты, %	30-51	3-15	3-15	3-15	3-12	3-12	3-12
Тромбоциты, x10 ⁹ /л	180-490	180-400	180-400	180-400	160-390	160-380	160-360
СОЭ, мм/ч	2-4	4-8	4-10	4-12	4-12	4-12	4-15
Лейкоциты, x10 ⁹ /л	8,5-24,5	6,5-13,5	5,5-12,5	6,0-12,0	5-12	4,5-10	4,3-9,5

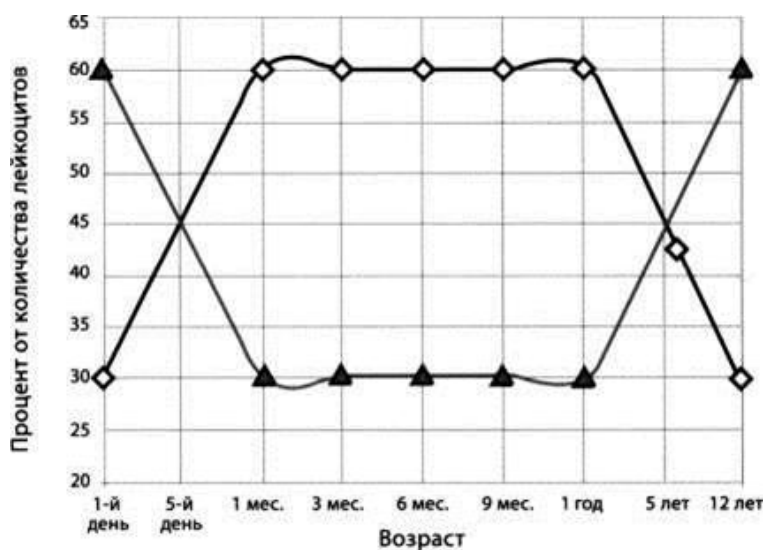
Лейкоцитарная формула, %

Нейтрофилы							
Палочкоядерные, %	1-17	0,5-4	0,5-4	0,5-4	0,5-5	0,5-5	0,5-6
Нейтрофилы (сегментоядерные), %	45-80	15-45	15-45	15-45	25-60	36-65	40-65
Эозинофилы, %	0,5-6	0,5-7	0,5-7	0,5-7	0,5-7	0,5-7	0,5-6
Базофилы, %	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
Лимфоциты, %	12-36	40-76	42-74	38-72	26-60	24-54	22-50 *
Моноциты, %	2-12	2-12	2-12	2-12	2-10	2-10	2-10

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДСЧЕТ ЛЕЙКОЦИТОВ: РЕФЕРЕНТНЫЕ ПРЕДЕЛЫ (ТИЦН.У., 1997)							
Возраст	Нейтрофилы			Эозинофилы	Базофилы	Лимфоциты	Моноциты
	общие	палочко- ядерные	сегменто- ядерные				
1 -4 нед.	1800-5400	-	-	200	-	2900-9100	Z00
6 мес.	1000-8500	-	-	300	-	4000-13 500	600
1 ГОД	1500-8500	-	-	300	-	4000-10 500	600
2 года	1500-8500	-	-	0-700	0-200	3000-9500	0-1000
4 года	1500-8500	0-1000	1500-7500	0-700	0-200	2000-8000	0 воо
6 лет	1500-8000	0-1000	1500-7000	0-700	0-200	1500-7000	0 воо
10 лет	1800-8000	0-1000	1800-7000	0-600	0-200	1500-6500	0 800
21 год	1800-7700	0-700	1800-7000	0-500	0-200	1000-4800	0 воо

ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ФОРМУЛА, %				
Возраст				Ретикулоциты, ‰
	лимфоциты	Моноциты	эозинофилы	
1-й час	24,7±8,6	6,3±3,2	3,0±2,0	28,0±15,0
3-й день	31,1 ±9,2	10,1 ±4,2	3,7±2,0	20,0±10,2
5-й день	40,3±9,6	10,4±4,0	3,9±2,1	12,0±5,7
2-я неделя	47,9±9,9	10,5±4,3	4,1 ±2,2	8,2±3,8
1 мес.	58,0±12,0	8,0±3,8	4,0±2,2	7,9±3,0
3 мес.	61,0± 10,0	7,0±3,0	3,0±2,0	8,8±3,7
6 мес.	58,0± 11,0	7,0±3,1	3,0±2,0	6,8±2,9
9 мес.	56,0±10,0	7,0±3,0	3,0±2,0	8,1 ±3,6
1 ГОД	55,0±11,0	7,0±3,0	3,0±2,2	7,9±3,
3 года	45,0± 11,0	6,0±2,0	4,0±3,0	6,8±3,58
5 лет	43,0± 10,0	6,0±3,0	4,0±2,0	6,3±3,
8 лет	39,0±10,0	6,0±2,0	3,0±2,0	6,8±3,03
12 лет	37,0±8,0	6,0±2,0	3,0±2,0	6,1 ±2,5

ИЗМЕНЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ С ВОЗРАСТОМ



А – нейтрофилы
О – Лимфоциты

		ВОЗРАСТНАЯ НОРМА				
Показатель	ЕД.	неонатальный период		грудной до 5 лет	5-12 лет	старше 14 лет
		ранний	Поздний			
эритроциты	10 ¹² /л	7,2-5,4	4,7	4,2-4,8		
гемоглобин	г/л	220-180	150	До 5 мес. - 120-150 Далее 120-140 (не менее 110)		130-150 (не менее 120)
цветовой показатель	-	0,9-1,2	0,9-1,1	0,8-1.0		
ретикулоциты	%0	10-30		5-10	2,5-5,0	
тромбоциты	Ю'/л	150-300				
лейкоциты	10'/л	30-10 6-8 (допустимо 4-9)				
базофилы	%	0,5				
эозинофилы	%	1-4				
нейтрофилы	%	1-й день - 65 5-й день -45	До 2 лет -25-30	5 лет - 45	повы шается	65
лимфоциты	%	1-й день - 65 5-й день -45	До 2 лет -60-65	5 лет - 45	снижается	25
миелоциты						
юные	%	Может быть 0,5				
палочкоядерные	%	3-5				
сегментоядерные	%	От возрастного количества нейтрофилов отнять количество палочкоядерных				
моноциты	%	6-10				
ОРЭ	%	Минимум - 0,48-0,46, максимум - 0,36-0,28				
СОЭ	мм/ч	0-2	2-4	4-10		

Центильные таблицы физического развития девочки

Возраст	Длина/рост								Масса							
	Центильный интервал								Центильный интервал							
	1 3 %	2 10 %	3 25 %	4 50 %	5 75 %	6 90 %	7 97 %	8	1 3 %	2 10 %	3 25 %	4 50 %	5 75 %	6 90 %	7 97 %	8
0	45,8	47,5	49,8	50,7	52,0	53,1	53,9		2,6	2,8	3,0	3,3	3,7	3,9	4,1	
1 мес.	48,5	50,3	52,1	53,5	55,0	56,1	57,3		3,3	3,6	3,8	4,2	4,5	4,7	5,1	
2 мес.	51,2	53,3	55,2	56,8	58,0	59,3	60,6		3,8	4,2	4,5	4,8	5,2	5,5	5,9	
3 мес.	54,0	56,2	57,6	59,3	60,7	61,8	63,6		4,4	4,8	5,2	5,5	5,9	6,3	6,7	
4 мес.	56,7	58,4	60,0	61,2	62,8	64,0	65,7		5,0	5,4	5,8	6,2	6,6	7,0	7,5	
5 мес.	59,1	60,8	62,0	63,8	65,1	66,0	68,0		5,5	5,9	6,3	6,7	7,2	7,7	8,1	
6 мес.	60,8	62,5	64,1	65,5	67,1	68,8	70,0		5,9	6,3	6,8	7,3	7,8	8,3	8,7	
7 мес.	62,7	64,1	65,9	67,5	69,2	70,4	71,9		6,4	6,8	7,3	7,7	8,4	8,9	9,3	
8 мес.	64,5	66,0	67,5	69,0	70,5	72,5	73,7		6,7	7,2	7,6	8,2	8,8	9,3	9,7	
9 мес.	66,0	67,5	69,1	70,2	72,0	74,1	75,5		7,1	7,5	8,0	8,6	9,2	9,7	10,1	
10 мес.	67,5	69,0	70,3	71,9	73,2	75,3	76,8		7,4	7,9	8,4	9,0	9,6	10,1	10,5	
11 мес.	68,9	70,1	71,5	73,0	74,7	76,5	78,1		7,7	8,3	8,7	9,3	9,9	10,5	10,9	
1 год	70,1	71,4	72,8	74,1	75,8	78,0	79,6		8,0	8,5	9,0	9,6	10,2	10,8	11,3	
15 мес.	72,9	74,5	76,0	77,1	79,1	81,5	83,4		8,6	9,2	9,7	10,8	10,9	11,5	12,1	
18 мес.	75,8	77,1	78,9	79,9	82,1	84,5	86,8		9,2	9,8	10,3	10,8	11,5	12,2	12,8	
21 мес.	78,0	79,5	81,2	82,9	84,5	87,5	89,5		9,7	10,3	10,6	11,5	12,2	12,8	13,4	
2 года	80,1	81,7	83,3	85,2	87,5	90,1	92,5		10,2	10,8	11,3	12,1	12,8	13,5	14,1	
27 мес.	82,0	83,5	85,4	87,4	90,1	92,4	95,0		10,6	11,2	11,7	12,6	13,3	14,2	14,8	
30 мес.	83,8	85,7	87,7	89,8	92,3	95,0	97,3		11,0	11,6	12,3	13,2	13,9	14,8	15,5	
33 мес.	85,8	87,6	89,8	91,7	94,8	97,0	99,7		11,5	12,1	12,7	14,3	14,5	15,4	16,3	
3 года	89,0	90,8	93,0	95,5	98,1	100,7	103,1		11,7	12,5	13,3	13,7	15,5	16,5	17,6	
3,5 года	91,3	93,5	95,6	98,5	101,4	103,5	106,0		12,3	13,4	14,0	15,0	16,4	17,7	18,6	
4 года	94,0	96,1	98,5	101,5	104,1	106,9	109,7		13,0	14,0	14,8	15,9	17,6	18,9	20,0	
4,5 года	96,8	99,3	101,5	104,4	107,4	110,5	113,2		13,9	14,8	15,8	16,9	18,5	20,3	21,5	
5 лет	99,9	102,5	104,7	107,5	110,7	113,6	116,7		14,7	15,7	16,6	18,1	19,7	21,6	23,2	
5,5 лет	102,5	105,2	108,0	110,8	114,3	117,0	120,0		15,5	16,6	17,7	19,3	21,1	23,1	25,1	
6 лет	105,3	108,0	110,9	114,1	118,0	120,6	124,0		16,3	17,4	18,7	20,4	22,5	24,8	27,1	
6,5 лет	108,1	110,5	114,0	117,6	121,3	124,2	127,5		17,1	18,3	19,7	21,5	23,8	26,5	29,3	
7 лет	111,1	113,6	116,9	120,8	124,8	128,0	131,3		17,9	19,4	20,6	22,7	25,3	28,3	31,6	
8 лет	116,5	119,3	123,0	127,2	131,0	134,3	137,7		20,0	21,4	23,0	25,1	28,5	32,1	36,3	
9 лет	122,0	124,6	128,4	132,8	137,0	140,5	144,8		21,9	23,4	25,5	28,2	32,0	36,3	41,0	
10 лет	127,0	130,5	134,3	139,0	142,9	146,7	151,0		22,7	25,0	27,7	30,6	34,9	39,8	47,4	
11 лет	131,8	136,2	140,2	145,3	148,8	153,2	157,7		23,9	27,8	30,7	34,3	38,9	44,6	55,2	
12 лет	137,6	142,2	145,9	150,4	154,2	159,2	163,2		27,8	31,8	36,0	40,0	45,4	51,8	63,4	
13 лет	143,0	148,3	151,8	155,5	159,8	163,7	168,0		32,0	38,7	43,0	47,5	52,5	59,0	69,0	
14 лет	147,8	152,6	155,4	159,0	163,6	167,2	171,2		37,6	43,8	48,2	52,8	58,0	64,0	72,2	
15 лет	150,7	154,4	157,2	161,2	166,0	169,2	173,4		42,0	46,8	50,6	55,2	60,4	66,5	74,9	
16 лет	151,6	155,2	158,0	162,5	166,8	170,2	173,8		45,2	48,4	51,8	56,5	61,3	67,6	75,6	
17 лет	152,2	155,8	158,6	162,8	169,2	170,4	174,2		46,2	49,2	52,9	57,3	61,9	68,0	76,0	

Центильные таблицы физического развития мальчиков

Возраст	Длина/рост								Масса							
	Центильный интервал								Центильный интервал							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
	3 %	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	97 %		3 %	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	97 %	
0	46,5	48,0	49,8	51,3	52,3	53,5	55,0		2,7	2,9	3,1	3,4	3,7	3,9	4,2	
1 мес.	49,5	51,2	52,7	54,5	55,6	56,5	57,3		3,3	3,6	4,0	4,3	4,7	5,1	5,4	
2 мес.	52,6	53,8	55,3	57,3	58,2	59,4	60,9		3,9	4,2	4,6	5,1	5,6	6,0	6,4	
3 мес.	55,3	56,5	58,1	60,0	60,9	62,0	63,8		4,5	4,9	5,3	5,8	6,4	7,0	7,3	
4 мес.	57,5	58,7	60,6	62,0	63,1	64,5	66,3		5,1	5,5	6,0	6,5	7,2	7,6	8,1	
5 мес.	59,9	61,1	62,3	64,3	65,6	67,0	68,9		5,6	6,1	6,5	7,1	7,8	8,3	8,8	
6 мес.	61,7	63,0	64,8	66,1	67,7	69,0	71,2		6,1	6,6	7,1	7,6	8,4	9,0	9,4	
7 мес.	63,8	65,1	66,3	68,0	69,8	71,1	73,5		6,6	7,1	7,6	8,2	8,9	9,5	9,9	
8 мес.	65,5	66,8	68,1	70,0	71,3	73,1	75,3		7,1	7,5	8,0	8,6	9,4	10,0	10,5	
9 мес.	67,3	68,2	69,8	71,3	73,2	75,1	78,8		7,5	7,9	8,4	9,1	9,8	10,5	11,0	
10 мес.	68,8	69,1	71,2	73,0	75,1	76,9	78,8		7,9	8,3	8,8	9,5	10,3	10,9	11,4	
11 мес.	70,1	71,3	72,6	74,3	76,2	78,0	80,3		8,2	8,6	9,1	9,8	10,6	11,2	11,8	
1 год	71,2	72,3	74,0	75,5	77,3	79,7	81,7		8,5	8,9	9,4	10,0	10,9	11,6	12,1	
15 мес.	74,8	75,9	77,1	79,0	81,0	83,0	85,3		9,2	9,6	10,1	10,8	11,7	12,4	13,0	
18 мес.	76,9	78,4	79,8	81,7	83,9	85,9	89,4		9,7	10,2	10,7	11,5	12,4	13,0	13,7	
21 мес.	79,3	80,8	82,3	84,3	86,5	88,3	91,2		10,2	10,6	11,2	12,0	12,9	13,6	14,3	
2 года	81,3	83,0	84,5	86,8	89,0	90,8	94,0		10,6	11,0	11,7	12,6	13,5	14,2	15,0	
27 мес.	83,0	84,9	86,8	88,7	91,3	93,9	96,8		11,0	11,5	12,2	13,1	14,1	14,8	15,6	
30 мес.	84,5	87,0	89,0	91,3	93,7	95,5	99,0		11,4	11,9	12,6	13,7	14,6	15,4	16,1	
33 мес.	86,3	88,8	91,3	93,5	96,0	98,1	101,2		11,6	12,3	13,1	14,2	15,2	16,0	16,8	
3 года	88,0	90,0	92,3	96,0	99,8	102,0	104,5		12,1	12,8	13,8	14,8	16,0	16,9	17,7	
3,5 года	90,3	92,6	95,0	99,1	102,5	105,0	107,5		12,7	13,5	14,3	15,6	16,8	17,9	18,8	
4 года	93,2	95,5	98,3	102,0	105,5	108,0	110,6		13,4	14,2	15,1	16,4	17,8	19,4	20,3	
4,5 года	96,0	98,3	101,2	105,1	108,6	111,0	113,6		14,0	14,9	15,9	17,2	18,8	20,3	21,6	
5 лет	98,9	101,5	104,4	108,3	112,0	114,5	117,0		14,8	15,7	16,8	18,3	20,0	21,7	23,4	
5,5 лет	101,8	104,7	107,8	111,5	115,1	118,0	120,6		15,5	16,6	17,7	19,3	21,3	23,2	24,9	
6 лет	105,0	107,7	110,9	115,0	118,7	121,1	123,8		16,3	17,5	18,8	20,4	22,6	24,7	26,7	
6,5 лет	108,0	110,8	113,8	118,2	121,8	124,6	127,2		17,2	18,6	19,9	21,6	23,9	26,3	28,8	
7 лет	111,0	113,6	116,8	121,2	125,0	128,0	130,6		18,0	19,5	21,0	22,9	25,4	28,0	30,8	
8 лет	116,3	119,0	122,1	126,9	130,8	134,5	137,0		20,0	21,5	23,3	25,5	28,3	31,4	35,5	
9 лет	121,5	124,7	125,6	133,4	136,3	140,3	143,0		21,9	23,5	25,6	28,1	31,5	35,1	39,1	
10 лет	126,3	129,4	133,0	137,8	142,0	146,7	149,2		23,9	25,6	28,2	31,4	35,1	39,7	44,7	
11 лет	131,3	134,5	138,5	143,2	148,3	152,9	156,2		26,0	28,0	31,0	34,9	39,9	44,9	51,5	
12 лет	136,2	140,0	143,6	149,2	154,5	159,5	163,5		28,2	30,7	34,4	38,8	45,1	50,6	58,7	
13 лет	141,8	145,7	149,8	154,8	160,6	166,0	170,7		30,9	33,8	38,0	43,4	50,6	56,8	66,0	
14 лет	148,3	152,3	156,2	161,2	167,7	172,0	176,7		34,3	38,0	42,8	48,8	56,6	63,4	73,2	
15 лет	154,6	158,6	162,5	166,8	173,5	177,6	181,6		38,7	43,0	48,3	54,8	62,8	70,0	80,1	
16 лет	158,8	163,2	166,8	173,3	177,8	182,0	186,3		44,0	48,3	54,0	61,0	69,6	76,5	84,7	
17 лет	162,8	166,6	171,6	177,3	181,6	186,0	188,5		49,3	54,6	59,8	66,3	74,0	80,1	87,8	

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, Л.М. Профилактические и лечебно-профилактические мероприятия для детей и подростков I и II группы здоровья. Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей: учеб. – метод.пособие/Л.М.Беляева. - Минск: 2006.-60 с.
2. Жерносек, В.Ф. Диспансеризация здоровых детей первых трех лет жизни: учеб.-метод.пособие / В.Ф. Жерносек, И.В.Василевский, О.В.Попова [др.].-Минск: БелМАПО, 2008.-176 с.
3. Малюгин, В.Ю. Организация амбулаторной помощи детям и подросткам: учеб.-метод.пособие / В.Ю.Малюгин, И.Э.Бовбель, А.В.Сукало; Белорус.гос.мед.ун-т, 1-я каф.дет.болезней. - Минск: БГМУ, 2011.-78.с.
4. Мачулина, Л.Н. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка: учеб.-метод.пособие/Л.М.Мачулина,Н.В.Галькевич.-Минск:2004.-120 с.
5. Национальная программа вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации.
6. Попова, О.В. Организация рационального вскармливания детей первого года жизни врачом общей практики: учеб.-метод.пособие/О.В.Попова.-Минск: БелМАПО, 2019.- 43 с.
7. Почкайло, А.С. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей: учеб.-метод.пособие / А.С.Почкайло [и др.]. – Минск, 2014. – 72 с.
8. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы» от 14 марта 2016 г. №200.
9. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации» от 12 августа 2016 г. №96.
- 10.Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об организации работы врача общей практики» от 27 февраля 2018 г. №177.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Оценка новорожденного по шкале Апгар	4
Первичный туалет новорожденного Обработка пуповины и пупочной ранки	6
Оценка физиологических рефлексов новорожденного	8
Измерение окружности головы и большого родничка	12
Группы риска и группы здоровья	15
Организация вскармливания ребенка первого года жизни, способы расчета питания, прикорм	16
Комплексная оценка состояния здоровья	22
Вакцинация детей и подростков	26
Приложение	30

Учебное издание

Попова Ольга Васильевна

Патеюк Ирина Васильевна

ОСНОВНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РАБОТЕ С ДЕТСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.12.2019. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,94. Уч.- изд. л. 3,12. Тираж 100 экз. Заказ 27.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

