

СПЕЦВЫПУСК

WWW.RECIPE.BY

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕЦЕПТ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ ИЧУП "ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ" ДЛЯ ФАРМАЦЕВТОВ И ВРАЧЕЙ



СТРАТЕГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ

Новинка

ЭЛЕВИТ

КОРМЛЕНИЕ

Витаминно-минеральный
комплекс для кормящих мам



Содержит

ОМЕГА-3 и йод

ВИТАМИН А

РЕКЛАМА. БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Не является лекарственным средством, не предназначена для лечения заболеваний. Имеются противопоказания и побочные реакции.
Производитель: Байер Консьюмер Кэр АГ, Швейцария



ПАРАЦЕТАМОЛ для ДЕТЕЙ

5 мл сиропа содержат 120 мг парацетамола

Показания

Болевой синдром малой и средней интенсивности различного генеза (головная боль, зубная боль, невралгия, боли в мышцах)

Повышенная температура тела при инфекционно-воспалительных заболеваниях.

Анальгезирующее

Жаропонижающее

**Слабое
противовоспалительное
действие**

**с 6
МЕСЯЦЕВ**

Возраст	Разовая доза	
от 6 месяцев до 1 года	2,5-5 мл	60-120 мг парацетамола
от 1 до 3 лет	5-7,5 мл	120-180 мг парацетамола
от 3 до 6 лет	7,5-10 мл	180-240 мг парацетамола
от 6 до 12 лет	10-15 мл	240-360 мг парацетамола
Кратность приема	3-4 раза в сутки с интервалом не менее 4 часов	
Примечание	Разовая доза парацетамола составляет 10-15 мг/кг массы тела, суточная доза — 40-60 мг/кг массы тела.	

Метаболизм лекарств в организме детей протекает иначе, чем у взрослых, поэтому им необходимы иные лекарственные формы. Жидкие формы (сироп, суспензия) всасываются лучше и действуют быстрее, чем твердые формы. Также маленьким детям трудно глотать таблетки, поэтому для них приемлемы пероральные растворы и сиропы* Т.к. дозировка парацетамола в каждом отдельном случае рассчитывается с учетом веса ребенка, легче это сделать, используя для приема жидкие лекарственные формы.

На правах рекламы. Лекарственное средство. Имеются противопоказания и побочные действия. Максимальный курс без консультации врача — 3 дня.

Производитель: ПАО НПЦ «Борщаговский ХФЗ», Украина.
Представительство в Республике Беларусь:
220073, г. Минск, ул. Скрыганова, д. 14, пом. 23,
e-mail: 2014@bhfz.by, тел. +375 (17) 300-30-20



БХФЗ

*<https://www.who.int/childmedicines/media/backgrounder/BG1/ru/>

РЕЦЕПТ

recipe.recipe.by

2020, том 23, № 3, ч. 2

Основан в 1998 г.

Беларусь

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации
Республики Беларусь
Регистрационное свидетельство № 1220

Учредители:
УП «Профессиональные издания»,
ООО «Искамед», ЗАО «Унифарм»

Адрес редакции:
220049, Минск, ул. Кнорина, 17.
Тел.: +375 (17) 322 16 78,
e-mail: recipe@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.
Редактор Глушук В.А.
**Руководитель службы рекламы
и маркетинга** Коваль М.А.
Технический редактор Каулькин С.В.

Украина

Журнал зарегистрирован
в Государственной регистрационной
службе Украины
Регистрационное свидетельство KB № 18183-6983P

Учредитель:
УП «Профессиональные издания»

Офис в Украине:
ООО «Профессиональные издания. Украина»
04116, Киев, ул. Старокиевская, 10-г, сектор «В»,
офис 201
тел.: +38 (044) 33 88 704, +38 (094) 910 17 04
e-mail: pi_info@ukr.net

Подписка
в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь)
индивидуальный индекс 74929,
ведомственный индекс 749292

В электронных каталогах «Газеты и журналы»
на сайтах агентств:
74929 – единый индекс в электронных каталогах
Российской Федерации: ООО «Информнаука»;
ЗАО «МК-Периодика», ООО «Прессинформ»;
Украина: ГП «Пресса»;
Молдова: ГП «Пошта Молдовей»;
Литва: АО «Летувос паштас»;
Германия: Kuschnerov EASTEUROBOOKS;
Латвия: ООО «Подписное агентство PKS»;
Болгария: INDEX

В Украине подписка оформляется через офис
ООО «Профессиональные издания. Украина»

Электронная версия журнала доступна
на сайте recipe.recipe.by, в Научной электронной
библиотеке elibrary.ru, в базе данных East View,
в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь
в редакцию в Минске
и офис издательства в Киеве

Журнал выходит 1 раз в 2 месяца.
Цена свободная

Подписано в печать: 15.05.2020.
Тираж 3 500 экз.
Заказ №

Формат 150x210. Печать офсетная

Отпечатано в типографии
Производственное дочернее предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации издате-
ля, изготовителя, распространителя печатных изданий
№2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-103, г. Минск. ЛП №02330/54 от
12.08.2013.

© «Рецепт»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного
разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2020

© Оформление и дизайн. УП «Профессиональные издания», 2020

Беларусь

Украина

Главный редактор
Годовальников Геннадий Васильевич,
к.ф.н.

Редакционная коллегия:

Алексеев Н.А., к.ф.н.,
Воронов Г.Г., к.м.н., доц.,
Гавриленко Л.Н., к.м.н., доц.,
Гурина Н.С., д.б.н., проф.,
Доста Н.И., к.м.н., доц.,
Мушкина О.В., к.ф.н., доц.,
Покачайло Л.И., к.ф.н.,
Сосонкина В.Ф.,
Сушинский В.Э., к.м.н., доц.,
Повелица Э.А., к. м. н.,
Шеряков А.А., к.ф.н.

Редакционный совет:

Барановская Т.В., к.м.н., доц.,
Богущ Л.С., к.м.н.,
Бузук Г.Н., д.ф.н., проф.,
Валуевич В.В., к.м.н., доц.,
Гореньков В.Ф., д.ф.н., проф.,
Давидовская Е.И., к.м.н., доц.,
Захаренко А.Г., к.м.н., доц.,
Карпов И.А., д.м.н., проф.,
Козловский В.И., д.б. н., доц.,
Лукьянов А.М., д.м.н., проф.,
Макарина-Кибак Л.Э., д.м.н., доц.,
Мрочек А.Г., академик НАН Беларуси, д.м.н., проф.,
Руммо О.О., член-корр. НАН Беларуси, д.м.н., проф.,
Хапалюк А.В., д.м.н., проф.,
Хишова О.М., д.ф.н., проф.,
Шепелькевич А.П., д.м.н., проф.

Главный редактор
Давтян Лена Леоновна,
д.ф.н., проф.

Председатель редакционной коллегии

Гудзенко А.П., д.ф.н., проф.

Редакционная коллегия:

Альрахави Х., д.ф.н., проф. (Йемен),
Белоклицкая Г.Ф., д.м.н., проф.,
Бокхуа З., д.ф.н., д.м.н., проф. (Грузия),
Борис Е.Н., д.м.н., проф.,
Войтенко Г.Н., д.м.н., проф.,
Гладух Е.В., д.ф.н., проф.,
Гладышев В.В., д.ф.н., проф.,
Громовик Б.П., д.ф.н., проф.,
Грошовый Т.А., д.ф.н., проф.,
Дашевский А.Н., д.ф.н., доц. (Германия),
Искра Н.И., д.м.н., проф.,
Кечин И.Л., д.м.н., проф.,
Корытнюк Р.С., д.ф.н., проф.,
Мусоев С.М., д.ф.н., проф. (Таджикистан),
Нартов П.В., д.м.н., проф.,
Немченко А.С., д.ф.н., проф.,
Новиков В.П., д.х.н., проф.,
Петюнин А.Г., к.м.н., доц.,
Пономаренко Н.С., д.ф.н., проф.,
Попович В.П., д.ф.н., доц.,
Романенко И.В., д.м.н., проф.,
Трохимчук В.В., д.ф.н., проф.,
Черных В.П., д.ф.н., д.х.н., академик НАН Украины,
Шаламай А.С., к.х.н.,
Шматенко А.П., д.ф.н., проф.,
Ярных Т.Г., д.ф.н., проф.

Рецензируемое издание

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований.

Журнал включен в базу данных Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO.

Научные статьи, опубликованные в журнале, для украинских соискателей ученых степеней на основании приказа МОМолодьспорта Украины от 17.10.2012 № 1112 приравниваются к зарубежным публикациям.

Входит в Перечень изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов, Комитета по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (приказ председателя Комитета от 10 июля 2012 года №1082).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

кагоцел®
противовирусное средство

Работает
на любых стадиях заболевания!*

**Современный
противовирусный препарат
для взрослых и детей с 3 лет**



- **Кагоцел®** работает при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов ОРВИ и гриппа.
- **Кагоцел®** вызывает образование интерферонов с высокой противовирусной активностью, а также является эффективным стимулятором иммунной защиты организма.
- **Кагоцел®** безопасен и хорошо переносится.

* Инструкция по применению лекарственного препарата Кагоцел®: наибольшая эффективность при лечении Кагоцелом достигается при его назначении не позднее 4-го дня от начала острой инфекции.

ПРЕПАРАТ ОТПУСКАЕТСЯ ИЗ АПТЕК БЕЗ РЕЦЕПТА



Подробную информацию вы можете получить на сайте: **WWW.KAGOCCEL.RU**
ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», 125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12.
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89. Рег. уд. МЗ РБ №8707/08/14/17/19

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ. НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ.

СТРАТЕГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ

Автор-составитель – Попова Ольга Васильевна,
доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО,
врач-педиатр высшей квалификационной категории,
кандидат медицинских наук, доцент

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИОРИТЕТНЫЕ АСПЕКТЫ	8
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР	10
ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО. ОБРАБОТКА ПУПОВИНЫ И ПУПОЧНОЙ РАНКИ	12
ОЦЕНКА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НОВОРОЖДЕННОГО.....	14
ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И БОЛЬШОГО РОДНИЧКА	17
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА	18
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ	19
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА	24
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	34
ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА	42
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ, ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ	44
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ.....	45
РАЦИОНАЛЬНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНОГО РЕБЕНКА	54
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЮ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ	56
ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ	57
ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	63
ТЕХНИКА КОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ	72
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ СЕКРЕЦИИ ГРУДНОГО МОЛОКА.....	74
ПАМЯТКА ДЛЯ МАМ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ	88

ПРИ ОСЛАБЛЕННОМ ИММУНИТЕТЕ И ЧАСТЫХ ИНФЕКЦИЯХ



ГРОПРИНОСИН®

для поддержки иммунитета



в качестве дополнительной терапии у лиц с ослабленным иммунитетом при рецидивирующих инфекциях верхних дыхательных путей



ГЕДЕОН РИХТЕР ОАО

На правах рекламы. Курс лечения 5-14 дней. Противопоказан в период беременности. Имеются противопоказания и побочные реакции.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

ПРИОРИТЕТНЫЕ АСПЕКТЫ

Общая врачебная практика в Республике Беларусь является актуальным и весьма ответственным направлением практической медицины.

Особую значимость в общей врачебной практике представляет работа с детским населением с фокусом ориентации на сопровождение здорового детства 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).

- 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, пациенториентированная);
- 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.

Врач общей практики формирует у пациентов
ответственность за их собственное здоровье,
ориентируя на принцип
«здоровые дети → здоровые родители
→ здоровые дети».

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь
от 27.02.2018 №177 утверждено
Положение о врачах общей практики,
в соответствии с которым врач общей практики
оказывает медицинскую помощь
в области педиатрии в условиях сельского населенного пункта.

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

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 1-й и 5-й 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	не отвечает	Гримаса	крик, чихание на носовой катетер
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.
- Тонус снижен, ручки и ножки согнуты слегка, а движения медленные и редкие – 1 балл.
- 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. 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.

1. 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 снаружи от него). Участок пуповины между зажимами обрабатывают 96%-м раствором спирта (0,5%-м спиртовым раствором хлоргексидина) и пересекают. Остаток пуповины протирают спиртом, отжимают пальцами.
2. 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%-м раствором калия перманганата, 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 объемной сочной пуповине, затрудняющей наложение пластикового зажима, на пуповину целесообразно накладывать шелковую лигатуру.

Для удаления избыточной первородной смазки используют сухую пеленку. После этого здорового новорожденного, прикрытого теплой пеленкой, необходимо положить на живот матери (тактильный контакт). В течение первых 15–30 минут 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
или проводится по особым показаниям – при угрозе реализации
рисков неинфекционных заболеваний.

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 составляет 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%-м 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%-м раствором перекиси водорода;
- через несколько секунд просушить ранку другой ватной палочкой;
- третьей ватной палочкой, смоченной раствором 5%-го 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-го 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; сохраняется до 3–4-го месяца.
- Сосательный рефлекс: если вложить в рот ребенку соску, то он начинает совершать активные сосательные движения.
- Орбикулопальцебральный рефлекс: при поколачивании пальцем по верхней дуге орбиты происходит смыкание века соответствующей стороны; сохраняется до 3–4-го 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 ребенка чистыми руками врача-акушера, голова ребенка сгибается с двух разных сторон черепа ребенка, вследствие чего вызывается открытие рта ребенка; вялость ребенка после диагностирования рефлекса и быстрая истощаемость запаса крови ребенка 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 4–5-го 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 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, подерживая 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 голени; 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-го 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.

стей, приподнимание головы, таза, иногда мочеиспускание, дефекацию и крик; этот рефлекс вызывает боль, поэтому его нужно исследовать последним; до 3–4-го 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, то есть за пределами возрастной группы, то он считается патологическим.

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.

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

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

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 2-й год жизни окружность головы увеличивается примерно на 1,5–2 см за год.

На 3-м году жизни голова у ребенка увеличивается всего на 1–1,5 см.

Таблица 2

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

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 новорожденного – в среднем 2х2 см.

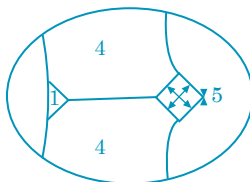


Рисунок 1. Голова новорожденного

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

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. перечень, утвержденный Положением о враче общей практики).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Диспансеризация здоровых детей является основной формой профилактической работы врача общей практики с детьми.

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;
- выполнение 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 1-м 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.

Группы здоровья

- **1-я 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-я 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, часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;
 - дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранении функций.

- **3-я 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-я 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 1-го года жизни – см. Постановление МЗ РБ №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации».

Наблюдение за детьми 2-7 лет

- 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.

Таблица 3**Возрастные особенности детей, в т.ч. возрастные особенности показателей
клинико-лабораторных данных**

Физиологические возрастные нормы (средние величины по данным разных авторов)			
Возраст	ЧСС, уд./мин	ЧДД, в 1 мин	АД, мм рт.ст.
Новорожденные	120–140	30 (29–47)	От 70/55 до 80/50±10
3 мес.	135	35 (20–40)	90/55±10
6 мес.	130	27 (22–32)	100/60
1 год	125–120	26–32	105/60
2 года	110–115	24–30	105/60
3 года	105	20–26	108/60
4 года	100	20 (16–25)	110/65
5 лет	97	18 (24–13)	115/65
6 лет	95–90	19–20	115/65
8 лет	85–80	18–19	115/70
10 лет	85–75	18	118/75
12 лет	75–80	16–18	120/75
15 лет	70–75	16–18	120/70
18 лет и старше	60–80	16–18	120/70–80

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).

Таблица 4
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, $\times 10^{12}/л$	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, $\times 10^9/л$	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, $\times 10^9/л$	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

Лейкоцитная формула, %

Нейтрофилы, %							
Палочкоядерные	1–17	0,5–4	0,5–4	0,5–4	0,5–5	0,5–5	0,5–6
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

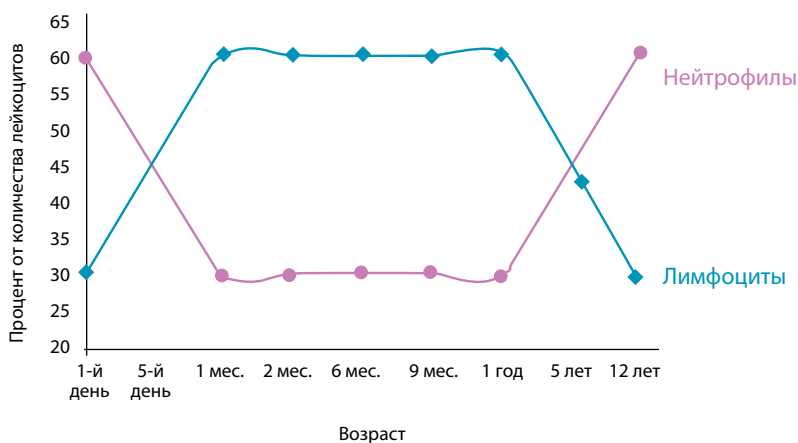


Рисунок 2. Параметры крови у детей

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка складывается из 3 разделов:

- Исследование состояния здоровья по определенным критериям;
- Заключение с определением группы здоровья;
- 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:

- наличие/отсутствие наследственных болезней;
- общую отягощенность с подсчетом индекса отягощенности (ИО):
$$\text{ИО} = \frac{\text{общее число заболеваний на всех известных родственников}}{\text{общее число родственников пробанда}}$$

ИО более 0,7 – анамнез отягощен;
- 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,
«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-го, 10-го, 25-го, 50-го, 75-го, 90-го, 97-го 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-го центилей.

Пограничные зоны, требующие настороженности врача в отношении риска серьезных отклонений физического развития, находятся в диапазоне 3–25-го центилей и 75–97-го центилей.

Патологию, требующую соответствующего лечения, отражают показатели от 0–3-го центилей и 97–100-го центилей.

Определив, в какой коридор по центильным таблицам попадают масса и рост ребенка, для оценки его физического развития можно воспользоваться таблицей 5:

Таблица 5

Схема оценки физического развития детей по центильным таблицам

Центили (длина тела)						
		3–10	10–25	25–75	75–90	90–97
Центили (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 физическое развитие ребенка следует оценить как среднее, гармоничное.

Таблица 6

Центильные таблицы физического развития девочек

Воз- раст	Длина/рост								Длина/рост							
	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	45,8	47,5	49,8	50,7	52,0	53,1	53,9		2,6	23	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	7,4	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	9,83	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		24,9	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	

Таблица 7

Центильные таблицы физического развития мальчиков

Воз- раст	Длина/рост								Длина/рост							
	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	114,3	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	123,3	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	134,3	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		

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).

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-й мес жизни – 600–650 г;

2-й мес жизни – 800 г;

3-й мес жизни – 800 г;

4-й мес жизни – 750 г и далее каждый месяц 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. 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.

НЕОКЛЕР

Левоцетиризин 5 мг № 28

Без аллергии - лучше!

Разработан на основе технологий, удостоенных
нобелевской премии по химии*



1 ТАБЛЕТКА 1 РАЗ В ДЕНЬ

ДЕТЯМ С 6 ЛЕТ



ПРИ ВСЕХ ВИДАХ АЛЛЕРГИИ

БЫСТРОЕ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ
ДЕЙСТВИЕ



РАЗУМНАЯ СТОИМОСТЬ

ЕВРОПЕЙСКОЕ КАЧЕСТВО



* www.nobelprize.org/prizes/chemistry/2001/press-release/

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

Имеются противопоказания и побочные эффекты. При беременности – принимать с осторожностью, проконсультироваться с врачом. Противопоказан при лактации и у детей до 6-ти лет. Продолжительность применения определяется характером заболевания и его симптомами. Производитель: "Рихард Биттнер АГ", Австрия. Реклама.

[illegible]

Афлумед

КИДС

ХОРОШО, КОГДА ДЕТИ
ЗДОРОВЫ!

АФЛУМЕД КИДС –

облегчает симптомы
простудных заболеваний
и гриппа у детей с 6 до 12 лет



ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ,
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.

Длительность лечения не более 3 дней. Не применяется в период беременности и лактации. Производитель: ИПУП «Мед-интерпласт», РБ. Реклама.

[illegible]

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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 17 мая 2018 г. №42, включающий: вирусный гепатит В; туберкулез; пневмококковая инфекция; дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная инфекция (дети в 2, 3, 4 месяца); гемофильная инфекция; дифтерия, столбняк, коклюш (дети в 18 месяцев); полиомиелит; корь, эпидемический паротит, краснуха; дифтерия и столбняк (дети в 6 лет и старше, взрослые); дифтерия (дети в 11 лет); грипп (Приложение 1 данного Постановления). Перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям утвержден в Приложении 2 данного Постановления (Постановление МЗ РБ от 17.05.2018 г. № 42). Инструкция по тактике проведения профилактических прививок утверждена Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь 27.02.2014г. № 191.

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.

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.

Таблица 8

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-й 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.



Делуфен®

Для комплексной терапии у детей с 3-х лет:

- ✓ инфекционных ринитов
- ✓ вазомоторных ринитов
- ✓ воспаления евстахиевой трубы
- ✓ воспалении придаточных пазух носа



Для детей с 3-х лет,
подростков, взрослых



Разрешено при беременности
и лактации по рекомендации
врача



Возможно длительное
применение

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

Имеются противопоказания и побочные эффекты. Не применяется у детей до 3-х лет. При беременности и лактации возможно применение после консультации с врачом. Продолжительность применения определяется врачом. Производитель: "Рихард Биттнер АГ", Австрия. Реклама.

[illegible]

Афлубин®

Для лечения острых
респираторных заболеваний
у детей с 2-ух лет в
комплексной терапии



ВОЗРАСТ	ДОЗА	СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ
Дети с 2-ух до 12-ти лет	5 капель	В 1-2 день заболевания: до 8 раз в день, каждые 30-60 минут. С 3 дня лечения: 3 раза в день.
Дети старше 12-ти лет	10 капель	



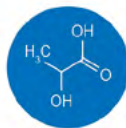
Горечавка



Бриония



Железа фосфат



Молочная кислота



Аконит

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

Имеются противопоказания и побочные эффекты. Не применяется при беременности и лактации, у детей до 2-ух лет. Продолжительность применения определяется врачом. Производитель: "Рихард Биттнер АГ". Австрия. Реклама.

[illegible]

ЦЕТИРИЗИН



Противоаллергическое средство

Для облегчения симптомов:

- сезонного и постоянного аллергического ринита и конъюнктивита
- хронической идиопатической крапивницы

ДЕТЯМ С 2 ЛЕТ



**Мы с аллергией – не друзья.
Цетиризин есть у меня!**



**КАПЛИ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ
10 МГ/МЛ 20 МЛ.**

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ,
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ**

Реклама. Имеет побочные действия и противопоказания, в т.ч. беременность, период лактации, возраст до 2-х лет. Продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально. Производитель: ОАО "Борисовский завод медицинских препаратов", www.borimed.com

[illegible]

ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА

Аntenатальная 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 ее 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 прием 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 1-го месяца у здоровых доношенных новорожденных (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 ребенка) 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-го дня жизни по 400–2000 МЕ/сут (в зависимости от гестационного возраста) ежедневно в течение 2 лет (исключая летние месяцы);
- обязателен учет витамина Д в потребляемом объеме 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 ребенка 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.

Таблица 9

Профилактика рахита и Д-гиповитаминоза у детей витамином Дз

Группы детей	Срок начала специфической профилактики	Суточная доза витамина Д, МЕ/сут	Длительность приема 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: -рожденные от женщин с акушерской и хронической экстрагенитальной патологией; - страдающие синдромом мальабсорбции, врожденной патологией гепатобилиарной системы; -из многоплодных беременностей и повторных родов с малыми промежутками времени между ними; -на раннем искусственном или смешанном вскармливании	на 2–3-й неделе жизни	1000	Ежедневно, до достижения 3-летнего возраста. Ежедневно в течение 30 дней.
	на 2–3-й неделе жизни	2000	
	на 6-м, 10-м 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 врожденного 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-й степени	с 10–14-го 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-й степени	с 10–20-го дня жизни после установления энтерального питания)	1000–2000	

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.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Таблица 10

Критерии ОЦЕНКИ нервно-психического развития детей раннего возраста

Воз- раст	А зр.	А сл.	Эмоции	До	Др	Ра	Рп	Навыки	Воспитание
1 мес.	Фиксирует взгляд на ярких предметах, плавно следует 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 звуко-поворотом головы	Быстро отвечает улыбкой при общении	Хорошо держит голову лежа на животе	*	Гор- танные 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.	Узнает мать, радуется при ее 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 мес.)	Захватывает низко висящую над грудью игрушку	Гуление.	*	При кормлении придерживает грудь матери или бутылочку	Помощь ребенку в развитии хватательных 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 мышки	Берет игрушку из рук взрослого	Подолгу певуче гулит	*	то же	Матери необходимо разговаривать с ребенком лицом в лицо
6 мес.	*	По разному реагирует на свое 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 ее губами	Необходимо кормить с ложки, разваривать, разноразить 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 с чашки	Игрушки должны быть звучащими. Кормить необходимо с ложки, поить с чашки
8 мес.	*	*	Сам садится сидит и ложится, держась за барьер	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	Игрушки занимаются 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 взрослыми новые слоги	По просьбе «дай?» находит и дает знакомые предметы, выполняет разученные действия и движения	Закрепляются умения, приобретенные в 9 месяцев	Закрепление навыков, приобретенных ранее.
11 мес.	*	*	Самостоятельно стоит, делает первые шаги	Накладывает кубик на кубик, правильно собирает пирамидку	Произносит первые услышанные слова «кис-кис», «ав-ав»	Первые обобщения: куклы, кубики, мячи	То же	Ребенку необходим максимум общения.
12 мес.	Узнает знакомого взрослого на фотографии	*	Ходит самостоятельно	Выполняет действия, заученные ранее, играя с игрушками. Начало сложной игры: водит, кормит куклу	Произносит до 6–10 обобщенных 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

Таблица 11

Показатели нервно-психического развития детей 2-го года жизни

Возраст	Развитие речи понимание речи	активная речь	Сенсорное раз- витие	Игра и действия с предметами	Движения	Навыки
1 год 1 мес. – 1 год 3 мес.	Запас по- нимаемых слов быстро расширяется	Пользуется лепетом и отдельными словами в момент двигательной активности, удивления и радости	Ориентируется в 2 контрастных величинах пред- метов (типа кубов) с разницей в 3 см	Воспроизводит в игре действия с предметами, ранее изученными. Кормит куклу, на- низывает кольца на стержень	Ходит длительно не присаживаясь, меняет положения (приседает, наклоняется, поворачи- вается, пьтается)	Самостоя- тельно 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 произнесен- ными правильно (маши- на), называет предметы и действия в момент сильной заинтересован- ности	Ориентируется в 4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпи- чик, призма)	Отображает в игре отдельные наблюдательные действия	Перешагивает через препятствие приставным шагом	Самостоя- тельно ест жидкую пищу ложкой
1 год 7 мес. – 1 год 9 мес.	Понимает несложный рассказ по сюжетной кар- тинке, отвеча- ет на вопросы взрослого	Во время игры словами и 2 словами предложе- ниями обозначает свои действия	Ориентируется в 3 контрастных ве- личинах предметов (типа кубиков) с разницей в 3 см	Воспроизводит несложные сюжет- ные постройки, перекрытия типа «ворота» «скамей- ки», «дома»	Перешагивает пристав- ным шагом 3 палки на расстоянии 18–20 см, перешагивает через палку или веревку, при- поднятую от земли на 5 см. Ходит по поверхно- сти шириной 15–20 м, на высоте 15–20 см от пола	Частично снимает одежду с небольшой помощью взрослого (трусы, ботин- ки, шапку)
1 год 10 мес. – 2 года	Понимает рас- сказ без показа о событиях, бывших в опы- те ребенка	При общении со взрослыми пользуется 3–сложными предло- жениями употребляя прилагательные и местоимения	Подбирает по об- разу и слову 3 контрастных цвета	В игре восприни- мает ряд логиче- ски связанных и последовательных действий (начало сюжетной игры)	Перешагивает череду- ющимися шагом 3 палки (расстояние между ними 18–20 см), перешагивает через палку или веревку, приподнятую от земли на 10 см	Частично на- девает одеж- ду (ботинки, шапку)

Таблица 12

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 многословны- ми предложе- ниями (более 3 слов)	«где?» «куда?»	Подбирает по образцу разно- образные пред- меты 4 основных цветов	Игра носит сю- жетный характер. Ребенок отражает взаимосвязь и по- следовательность действий (2–3)	Полностью одевается, но еще не умеет застегивать пуговицы, завя- зывать шнурки	Ест акку- ратно	Перешагивает через палку, приподнятую от земли на 15 см, ходит по горизон- тальной 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 ос- новных цвета	Появляются эле- менты ролевой игры	Одевается самостоя- тельно, может застегивать пуговицы, завя- зывать шнурки с небольшой помощью взрослого	Пользуется салфеткой по мере надобности без напо- минания	Перешагивает через палку, приподнятую от земли на 20 см, ходит по горизон- тальной поверхности шириной 15–20 см на высоте от пола 30–36 см

Таблица 13

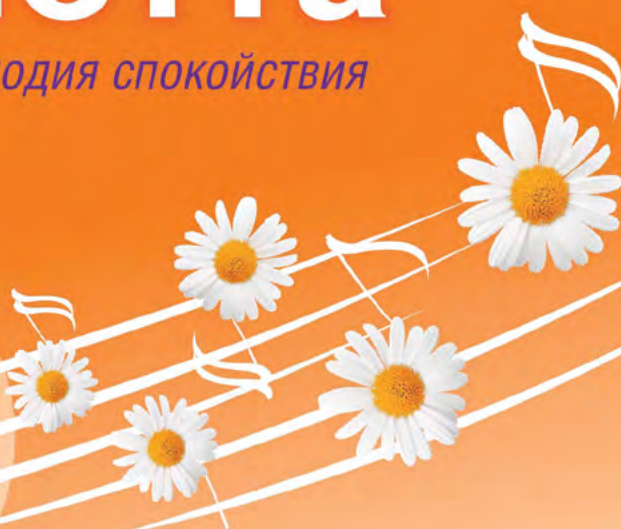
Диагностическая оценка нервно-психического развития детей 4–6 лет

Показатели развития	Соответствует норме	С отклонениями
4 года		
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
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
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
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
Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера
5 лет		
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
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

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
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
Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера
6 лет		
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 завершился
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.
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
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
Психическое здоровье (опрос)	Без отклонений	Наличие отклонений соматовегетативного, эмоционального, психомоторного характера

Нотта®

Мелодия спокойствия



Восстанавливает формулу “сон – бодрствование”: ускоряет засыпание, углубляет ночной сон, способствует появлению ощущения утренней бодрости и отсутствию дневной сонливости



Обеспечивает стойкую редукцию астенического симптомокомплекса различной этиологии



Противотревожный и антидепрессивный эффекты, повышает интеллектуальную и физическую работоспособность*

* Отчет по результатам открытого, проводимого в параллельных группах, сравнительного исследования эффективности и безопасности применения препарата НОТТА у детей, страдающих пограничными психическими расстройствами. Украина, 2005.

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

Имеются противопоказания и побочные эффекты. Не применяется при беременности и лактации, у детей до 2-ух лет. Продолжительность применения определяется врачом. Производитель: "Рихард Биттнер АГ". Австрия. Реклама.

[illegible]

РАЦИОНАЛЬНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Из всех факторов внешней среды, оказывающих влияние на состояние здоровья человека, питанию принадлежит ведущая роль.

Адекватное развитие плода и ребенка на фоне рационального питания беременной и кормящей женщины, ребенка раннего возраста – это окно возможностей для улучшения здоровья нации.

Первые 1000 дней жизни человека (270 дней внутриутробной жизни + 730 дней – первые два года жизни) определяют его здоровье на всю оставшуюся жизнь и продолжительность самой жизни.

Ведущая роль в метаболическом программировании здоровья принадлежит грудному вскармливанию.

В Республике Беларусь приблизительно 80% женщин кормят своих детей грудью до 3 месяцев, а до 6 месяцев – лишь 40–50%. При этом известно, что практически у всех женщин (90–93%) есть способность к лактации.



Рисунок 3. Роль вскармливания в метаболическом программировании здоровья

Неблагоприятное метаболическое программирование при нерациональном вскармливании ребенка заключается не только в более высоких темпах его физического развития, но и в серьезных биохимических нарушениях:

- повышенная продукция гормона инсулина,
- инсулиноподобный фактор роста,
- формирование нечувствительности тканей к инсулину, что предрасполагает к:
 - избытку массы тела и ожирению,
 - сахарному диабету 2-го типа,
 - артериальной гипертензии,
 - болезням сердца и сосудов.

Неонатальный период – период наибольшей пластичности метаболических процессов, позволяющий «перепрограммировать» метаболическую направленность.

Вскармливание материнским молоком – самый важный постнатальный фактор метаболического и иммунологического программирования здоровья человека

Вскармливание грудным молоком,
а при его отсутствии – искусственными смесями
с максимально приближенным к грудному молоку составом
и рациональное введение прикорма
на первом году жизни рассматривается
как эффективная мера первичной профилактики
перечисленных выше заболеваний.



Рисунок 4. Программа первых 1000 дней

На формирование здоровья ребенка оказывают влияние

- питание матери и отца до зачатия ребенка;
- питание женщины во время беременности;
- питание матери ребенка во время кормления грудью.

Новое направление в организации питания будущей матери – «предконцептуальная профилактика» – предусматривает правильное питание женщины до зачатия, что позволит предотвратить дефицит отдельных нутриентов при наступлении беременности, обеспечит правильное течение, благоприятный исход беременности и будет способствовать нормальному формированию, росту и развитию плода.

В предконцептуальной профилактике большая роль принадлежит врачу общей практики как семейному доктору.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЮ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

- Формирование доминанты лактации;
- кормление ребенка путем прикладывания к груди его матери – «золотой стандарт» грудного вскармливания;
- вскармливание сцеженным материнским и донорским молоком;
- рациональная организация смешанного и искусственного вскармливания;
- соблюдение современной схемы введения прикорма в «окне толерантности» (не раньше 4 и не позже 6 мес. первого года жизни);
- строгий контроль за динамикой показателей физического развития (нутри- тивного статуса детей раннего возраста);
- оптимизация и контроль вскармливания и развития недоношенных детей.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

В **период беременности** нарушения питания могут привести к тяжелым последствиям – выкидышу, преждевременным родам, рождению ребенка с различными внутриутробными дефектами, отставанию в физическом и нервно-психическом развитии.

Дефицит отдельных макро- и микронутриентов влияет не только на формирование плода, но и отрицательно сказывается в дальнейшем на состоянии здоровья ребенка, являясь фактором риска развития целого ряда заболеваний в зрелом возрасте (табл. 14).

Таблица 14

Некоторые виды нутритивных нарушений у беременных, их возможные последствия для плода и отдаленные последствия для ребенка

Нарушение пищевого статуса	Нарушение развития плода	Отдаленные последствия
Дефицит белка и энергии	Внутриутробная гипотрофия, задержка развития головного мозга	Риск развития сахарного диабета, ожирение, гипертония, ИБС
Дефицит полиненасыщенных жирных кислот	Нарушения развития нейросетчатки и головного мозга	Проблемы со зрением, задержка интеллектуального развития
Дефицит фолиевой кислоты (в особенности в сочетании с дефицитом витаминов С, В)	Дефекты развития нервной трубки (анэнцефалия, мозговая грыжа, spina bifida)	Нарушения нервно-психического развития, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний
Дефицит йода	Самопроизвольные аборт, мертворождения, нарушения нервно-психического развития, гипотиреоз	Нарушения нервно-психического развития, гипотиреоз, низкорослость, задержка полового развития
Дефицит железа	Преждевременные роды	Раннее развитие анемии
Дефицит или избыток витамина А	Врожденные уродства, тератогенное действие	
Дефицит селена	Слабость родовой деятельности, гипоксия плода, нарушения обмена йода	
Дефицит цинка	Задержка развития плода, гипотрофия, недоношенность	Нарушение роста, снижение иммунитета, нарушение активности ферментных систем

Опасен не только дефицит, но и избыточное потребление некоторых микронутриентов, например, витамина А, отличающегося токсичностью в больших дозах.

В первой половине беременности, когда плод еще невелик, а женщина продолжает вести обычный образ жизни, потребности в основных пищевых

веществах и энергии практически не меняются и соответствуют физиологическим нормам.

Во второй половине беременности для обеспечения дальнейшего роста плаценты и матки, высоких темпов роста плода потребности в пищевых веществах возрастают.

Важно, чтобы пища была максимально разнообразна и включала все группы продуктов, обратив особое внимание на достаточное содержание в рационе свежих овощей, фруктов, ягод и зелени, являющихся полноценными источниками витаминов и минеральных веществ (табл. 15).

Таблица 15

Рекомендуемый суточный набор продуктов питания для беременных женщин

Набор продуктов	Количество, г (брутто)
Хлеб пшеничный	120
Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная, мучные изделия	15
Крупа, макаронные изделия	60
Картофель	200
Овощи, зелень	500
Фрукты свежие / соки	300/150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кефир и др. кисломолочные продукты 2,5% жирности	500
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Яйцо, шт.	56
Сыр	15
Чай	1
Соль	5
Кофе	3
Химический состав рациона	
Белки, г	96
в том числе животные, г	60
Жиры, г	90
в том числе растительные, г	23
Углеводы, г	340
Энергетическая ценность, ккал	2556

Правильно организованное **питание кормящей матери:**

- обеспечивает организм необходимыми пищевыми веществами и энергией с целью поддержания ее здоровья;
- обеспечивает достаточную продолжительность лактации;
- обеспечивает оптимальный состав молока.

Сам процесс лактации – энергоемкий процесс, сопровождающийся секрецией значительных количеств молока, содержащего белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины.

С каждым литром грудного молока женщина теряет от 500 до 900 ккал.

При неадекватном питании матери истощаются депо нутриентов, уменьшается количество нутриентов в молоке.

Полноценное питание кормящей женщины оказывает положительное влияние не на количество, а на качество молока.

«Есть и пить за двоих» маме не нужно, но если мама питается нерационально, качество молока не будет оптимальным.

Сбалансированное питание матери особенно важно в течение первых 6 месяцев жизни ребенка, когда он питается исключительно грудным молоком. В этот период объем молока, который вырабатывается в сутки, может составлять 1 л и более.

Во 2-м полугодии жизни по мере введения в рацион ребенка прикормов выработка женского молока постепенно снижается и, соответственно, уменьшается потребность организма матери в дополнительном количестве пищевых веществ (табл. 16).

Кормящей матери рекомендуется принимать пищу 5-6 раз в сутки, желательно за 30-40 минут до очередного кормления ребенка.

Наряду с тремя основными приемами пищи (завтрак, обед и ужин) необходимы промежуточные приемы в виде второго завтрака и полдника.

Прием кисломолочного продукта (кефир, биойогурт и др.) целесообразен ранним утром перед первым кормлением младенца или поздно вечером (на ночь).

Питание кормящей матери должно включать все основные группы продуктов – хлеб, крупы, макаронные изделия; мясо и мясопродукты; рыбу и рыбопродукты; молоко и молочные продукты; овощи и фрукты, соки.

Ассортимент мяса и мясных продуктов: мясо птицы (индейка, курица), мясо кролика, говядина (предпочтительно телятина), нежирная свинина, субпродукты (сердце, язык).

Вареную колбасу, сосиски и сардельки, ветчину следует употреблять не чаще 1–2 раз в неделю.

Жирные сорта мяса (утка, гусь, баранина, жирная свинина), сырокопченые и варено-копченые колбасы, закусочные консервы не рекомендуются для питания женщин, кормящих грудью.

Ассортимент рыбы: треска, хек, судак, минтай, горбуша, форель.

Таблица 16**Рекомендуемые нормы физиологической потребности женщин во второй половине беременности и во время лактации***

Пищевые вещества и энергетическая ценность рациона	Базовая потребность женщины 18–29 лет	Дополнительная потребность при беременности	Дополнительная потребность во время лактации
Энергия, ккал	2200	350	500–450
Белок, г	66	30	40–30
Жиры, г	73	32	15
Углеводы, г	318	30	40–30
Кальций, мг	1000	300	400
Фосфор, мг	800	200	200
Магний, мг	400	50	50
Железо, мг	18	15	0
Цинк, мг	12	3	3
Йод, мкг	0,15	0,07	140
Витамин С, мг	90	10	30
Витамин А, мкг ретинол, экв	900	100	400
Витамин Е, мг	15	2	4
Витамин Д, мкг	10	2,5	2,5
Витамин В ₁ , мг	1,5	0,2	0,3
Витамин В ₂ , мг	1,8	0,2	0,3
Витамин В ₆ , мг	2,0	0,3	0,5
Фолат, мкг	400	200	100
Витамин В ₁₂ , мкг	3	0,5	0,5

Примечание: * – Постановление МЗ РБ от 20.11.2012г. № 180

Следует ограничить или исключить употребление в период кормления грудью соленой и копченой рыбы, не рекомендуются также рыбные и мясные бульоны, содержащие значительные количества экстрактивных веществ.

Ассортимент овощей: капуста брокколи, капуста цветная, белокочанная, брюссельская, картофель, кабачки, тыква, патиссоны, морковь, свекла, томаты и др.

Приблизительно 400 г овощей (из суточной нормы) должны подвергаться тепловой обработке. Они являются ценным источником пищевых волокон, необходимых для нормального функционирования желудочно-кишечного тракта женщины.

Ежедневный рацион кормящей матери должен включать как животное, так и растительное масло. Необходимо чередование растительных масел (подсолнечное, рапсовое, льняное, соевое, оливковое).

Продукты, содержащие искусственные красители и консерванты (газированные напитки и др.), не рекомендуется использовать в питании кормящих женщин.

Категорически противопоказано в период кормления грудью употребление алкогольных напитков, в том числе пива, а также курение табака и курительных смесей, употребление других психоактивных веществ. Курение тормозит выработку грудного молока, уменьшает его объем и может быть причиной замедления ежемесячной прибавки массы тела младенца, выраженного беспокойства и даже отказа ребенка от груди.

Следует временно отказаться также от натурального кофе, заменив его кофейными напитками из злаков и цикория.

Примерный суточный набор продуктов для женщин, кормящих грудью, приведен в табл. 17.

Таблица 17

Примерный суточный набор продуктов для женщин, кормящих грудью

Набор продуктов	Количество, г (брутто)
хлеб пшеничный	150
хлеб ржаной	100
крупы, макаронные изделия	70
картофель	200
овощи (кроме картофеля)	500
фрукты свежие	не менее 300
фрукты сухие	20
соки	150 (мл)
мясо животных и птицы	170
рыба	70
молоко, биоогурты, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5%-й жирности	600
творог 9%-й жирности	50
яйцо куриное	7 штук
сыр	15
масло сливочное	25
масло растительное (различное)	15 (мл)
соль поваренная пищевая	не более 8 (согласно последним научным данным – не более 6 г)

Изучение фактического питания беременных и кормящих женщин Беларуси показало, что оно, как и у большинства населения республики, разбалансировано и дефицитно по ряду пищевых ингредиентов, в том числе эссенциальных, а по некоторым избыточно.

Избыточным является потребление углеводов и животных жиров.

Дефицитным – по потреблению полиненасыщенных жирных кислот, большинства витаминов, микроэлементов (йод, селен, цинк), минеральных веществ (кальций, железо) (рис. 5).

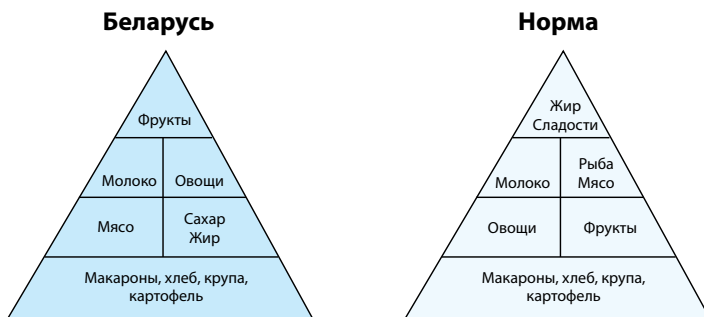


Рисунок 5. Потребление пищевых ингредиентов.

В период кормления грудью требуется достаточный питьевой режим матери. Суточный объем жидкости для взрослого человека составляет в среднем 30-40 мл на 1 кг массы тела с учетом объема питания (в среднем не менее 2,5 л жидкости в сутки). Кормящая мать должна выпивать дополнительно 1 л жидкости в сутки (питьевая вода, чай, соки, морсы, нектары, специализированные напитки для кормящих матерей и др.).

Существуют три группы продуктов для коррекции питания женщины в период кормления грудью.

Специализированные продукты для беременных женщин и кормящих матерей обогащены белком, полиненасыщенными жирными кислотами, витаминами, минеральными элементами. Они повышают биологическую ценность грудного молока и продлевают период грудного вскармливания.

Витаминно-минеральные комплексы содержат основные витамины и жизненно необходимые минеральные вещества. Они также повышают биологическую ценность грудного молока, обеспечивают нормальное развитие костной системы младенца, предупреждают дефицит железа, кальция, йода и других элементов в организме ребенка. Прием витаминно-минеральных препаратов должен быть обязательно согласован с врачом.

Специализированные продукты для кормящих матерей, содержащие компоненты с лактогонным действием, изготовлены на основе коровьего молока или белков сои с добавлением витаминов, минеральных элементов и трав, стимулирующих выработку грудного молока. Для усиления продукции грудного молока могут применяться также специальные **фиточаи** для беременных и кормящих женщин с экстрактами душицы, мяты, настои семян укропа, тмина, напиток из травы фенхеля.

ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Терминология. Нутритивная потребность грудных детей

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий гармоничного роста грудного ребенка, оптимального морфологического и функционального созревания его органов и тканей, соответствующего возрасту психомоторного и интеллектуального развития, а также высокой резистентности к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Основное требование, предъявляемое к рациональному питанию грудных детей, - соответствие количества и качества пищи потребностям растущего организма.

Рацион питания ребенка первого года жизни можно условно разделить на **молочную часть**, которая представлена грудным молоком или его заменителями и **немолочную часть**, которая представлена прикормом. Соотношение этих частей определяет вид вскармливания.

Золотым стандартом грудного вскармливания
является кормление ребенка посредством
прикладывания к груди его матери

Отдельно должны быть обозначены: вскармливание кормилицей, вскармливание сцеженным материнским молоком, вскармливание донорским молоком.

При **исключительно грудном вскармливании** ребенок вскармливается только грудным молоком через сосок матери.

При **преимущественно грудном вскармливании** ребенок получает грудное молоко, а также прикорм с ложки.

Оба вышеназванных вида вскармливания (исключительно грудное и преимущественно грудное) объединяются общим термином **полное грудное вскармливание**.

Смешанное вскармливание – до введения прикорма ребенок кормится грудным молоком (не менее 150–200 мл в сутки) в сочетании с его искусственными заменителями, а после введения прикорма кормление грудным молоком (не менее 150–200 мл в сутки) и его искусственными заменителями сочетается с блюдами прикорма.

Искусственное вскармливание – до введения прикорма ребенок кормится только заменителями женского молока (или заменителями женского молока в сочетании с грудным молоком в объеме менее 150 мл в сутки), а после введения прикорма кормление заменителями женского молока (или заменителями женского молока в сочетании с грудным молоком, менее 150 мл в сутки) сочетается с блюдами прикорма.

Таблица 18**Физиологическая потребность детей первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии**

Нутриент	Возраст ребенка		
	0–3 месяца	4–6 месяцев	7–12 месяцев
Энергия, ккал	115	115	110
всего	2,2	2,6	2,9
в т. ч. животные	2,2	2,5	2,3
Жиры, г	6,5	6,0	5,5
Углеводы, г	13	13	13
Минеральные вещества, мг			
Кальций	30	35	40
Фосфор	300	400	500
Магний	55	60	70
Железо	4	7	10
Цинк	3	3	4
Йод	0,04	0,04	0,06
Витамины			
С, мг	30	35	40
А, мкг	400	400	400
Е, мг	3	3	4
Д, мкг	10	10	10
В ₁ , мг	0,3	0,4	0,5
В ₂ , мг	0,4	0,5	0,6
В ₆ , мг	0,4	0,5	0,6
РР, мг	5	6	7
Фолат, мкг	40	40	60
В ₁₂ , мг	0,3	0,4	0,5

Преимущества грудного вскармливания

- сбалансированный состав компонентов и их соотношение, соответствует возможностям пищеварительной системы и обмена веществ грудного ребенка;
- ферменты грудного молока (амилаза, липаза, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа, фосфатазы, протеазы и др.) и транспортные белки обеспечивают легкость его усвоения;
- гормоны и факторы роста (лептин, грелин, эпидермальный и инсулиноподобный факторы роста и др.), выполняют роль регуляторов роста и дифференцировки тканей и органов, метаболизма и аппетита грудного ребенка;

- содержит многочисленные компоненты формирования постинфекционной защиты и поствакцинального иммунитета ребенка: гуморальное звено (sIgA, другие Ig); клеточное звено (макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты); иммуномодулирующие компоненты (цитокины, нуклеиновые кислоты, антиоксиданты); прочие компоненты (олигосахариды, свободные жирные кислоты, лактоферрин, α-лактальбумин);
- олигосахариды грудного молока наряду с низкими уровнями белка и фосфора способствуют росту нормальной кишечной микрофлоры;
- штаммы бифидобактерий грудного молока являются ключевым фактором становления и созревания местного иммунитета пищеварительного тракта, а также развития структурно-функциональных единиц кишечника младенца;
- длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты для формирования клеток головного мозга и сетчатки глаза у грудных детей, у детей на грудном вскармливании более высокий коэффициент интеллектуального развития;
- обеспечивает адекватное развитие детского организма при рациональном питании кормящей матери;
- снижение риска развития атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, лейкозов в последующие годы жизни;
- взаимное позитивное эмоциональное воздействие, которое испытывают мать и ребенок при кормлении грудью;
- снижение числа случаев внезапной смерти младенцев, находящихся на грудном вскармливании.



Рисунок 6. Отдаленные благоприятные последствия грудного вскармливания (ВОЗ, 2007 г.)

Биологически активные соединения женского молока, которые на данном этапе развития технологий невозможно полностью смоделировать в его искусственных заменителях.

Состав женского молока изменяется в процессе лактации, особенно на протяжении первых дней и месяцев кормления грудью. В первые 5 дней после родов у женщины вырабатывается *молозиво*, в течение последующих 6–10 дней молоко имеет признаки переходного между молозивом и зрелым молоком – **переходное молоко**. С 15-го дня лактации вырабатывается **зрелое женское молоко**. Этот эволюционный процесс обеспечивает изменяющиеся потребности грудного ребенка в самый ответственный первый месяц жизни. Небольшой объем молозива в первые дни лактации компенсируется относительно высоким содержанием белка и защитных факторов. В последующие недели концентрация белка в женском молоке снижается и остается в дальнейшем практически неизменной.

Таблица 19

Биологически активные и защитные факторы женского молока

Факторы роста и дифференцировки		Эпидермальный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста, лактоферрин, таурин, полиамины, простагландины, нуклеотиды
Защитные факторы		Макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы, иммуноглобулины, интерферон, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, олигосахариды и другие бифидогенные факторы, комплемент
Регуляторы метаболизма		Витамины и витаминоподобные соединения, в том числе карнитин; микроэлементы; свободные аминокислоты, в том числе таурин; нуклеотиды, ферменты, гормоны и гормоноподобные вещества
Гормоны и гормоноподобные вещества	Гормоны гипоталамуса и гипофиза	Релизинг-факторы тиреотропина, гонадотропина, гормона роста; пролактин, окситоцин, тиреоидстимулирующий гормон
	Тиреоидные гормоны	Тироксин и трийодтиронин
	Кортикостероиды	
	Половые гормоны	Эстрогены и их метаболиты, прогестерон и его метаболиты
	Гормоны поджелудочной железы	Инсулин
	Простагландины	Простагландины E ₂ , F ₂
Гормональноактивные пептиды		Бомбезин, грейлины, лептины, нейротензин

Белок грудного молока идеален для ребенка:

- содержится в оптимальном количестве – 0,9–1,2г/100мл
- имеет высокое качество – оптимальный аминокислотный профиль
- отличается преобладанием сывороточной фракции – 70%, 30% казеина.

Коровье молоко принципиально отличается от грудного женского молока по количеству и качеству белка, что обусловлено потребностями биологического вида.

Каждый биологический вид продуцирует тот вид молока, который уникально соответствует потребностям потомства.

В коровьем молоке высокий уровень белка – 5,2 г/100 kcal с учетом высоких потребностей в белке для быстрого роста потомства (удвоение веса в 6 недель).

В женском грудном молоке низкий уровень белка – 1,5 г/100 kcal соответственно более низким потребностям в белке для более медленного роста (удвоение веса не ранее 4–5 месяцев жизни ребенка).

У ребенка с момента рождения по мере роста и, соответственно, снижается потребность в белке. Для адаптации снижения скорости роста и снижения соответствующей потребности в белке в грудном молоке в запрограммированном природой порядке постепенно снижается уровень белка, но его качественный состав идеально соответствует потребностям грудного ребенка (соотношение сывороточный белок/казеины, аминокислотный состав).

Наиболее лабильный компонент женского молока - жир. Его концентрация меняется не только в зависимости от рациона питания кормящей матери, но и в течение дня, а также в процессе кормления, нарастая к концу.

Содержание углеводов более стабильно на протяжении всего периода лактации, однако оно также меняется в процессе кормления.

Максимальная концентрация углеводов отмечается в первых порциях молока, затем она постепенно понижается.

Последние порции грудного молока («заднее» или «позднее молоко») относительно бедны углеводами, но богаты жиром.

Таблица 20

Сравнительный химический состав зрелого женского и коровьего молока

[Тутельян В. А. и соавт., 2007]

Нутриент		Содержание в 100 мл молока	
		Женское молоко	Коровье молоко
Белки	всего, г	0,9–1,3	2,8–3,2
	в том числе казеин, мг	250	2600
	в том числе сывороточные, мг	700	670
Жир (средняя порция), г		3,9–4,5	3,0–3,5
Углеводы, г		6,8–7,2	4,8
Минеральные соли, мг	кальций	25,5	120
	фосфор	13,0	95
	натрий	18,0	77
	калий	45,5	143
Витамины	А, мг	0,055	0,03
	Е, мг	0,43	0,06
	С, мг	6,2	1,1
	В ₁ , мкг	20	43
	В ₂ , мкг	60	156

Грудное молоко не только самое физиологичное, но и самое экономичное питание.

Даже при обогащении рациона кормящей матери специализированными продуктами и витаминно-минеральными комплексами оно обходится семье значительно дешевле, чем регулярное приобретение высококачественных заменителей грудного молока.

Основные периоды грудного вскармливания

- 1) подготовительный период - формирование психологической установки на кормление грудью, начиная со школьного возраста будущей матери и до конца беременности, активная подготовка к лактации во время беременности (формирование доминанты лактации);
- 2) период взаимоиндукции – от первого прикладывания к груди сразу после родов с кожным контактом ребенка с матерью и до появления значимой секреции молока на 3-4-й день после родов;
- 3) адаптационный период – от нерегулярного режима кормления до формирования устойчивого ритма голода и насыщения в течение от 15 дней до 1 мес. после родов;
- 4) основной период – успешное кормление с постепенно возрастающими или постоянными интервалами между кормлениями, хорошим эмоциональным контактом при кормлении и хорошим состоянием питания ребенка, стабильными прибавками массы тела и адекватным психомоторным развитием;
- 5) лактационный криз – может быть первый, второй и третий. Это кратковременное снижение лактации, сопровождающееся беспокойством ребенка, урежением стула. При адекватных мерах (увеличении числа прикладываний к груди, упорядочении режима матери и др.) лактация восстанавливается в течение 5–7 дней, т. е. восстанавливается основной период;
- 6) период прикормов – до сохранения 2 прикладываний к груди;
- 7) период отлучения – менее 2 прикладываний к груди.

Основные принципы организации грудного вскармливания:

- формирование доминанты лактации у беременной женщины;
- максимально раннее прикладывание ребенка к груди;
- реализация режима свободного вскармливания (кормление ребенка грудью по требованию);
- рациональное питание беременной и кормящей женщины.

Формирование доминанты лактации основано на преимуществах грудного вскармливания.

Раннее прикладывание ребенка к груди – в течение первых 30 минут после рождения – способствует выделению молозива, становлению лактации обеспечивает защиту младенца от инфекций и заселение его кишечника полезной микрофлорой.

Более мощного стимула выработки грудного молока, чем сосание ребенка, не существует.

Противопоказания к раннему прикладыванию ребенка к груди со стороны матери:

- оперативное вмешательство в родах; тяжелые формы гестозов;
- сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулеза;
- состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- злокачественные новообразования;
- гипертиреоз;
- особо опасные инфекции;
- ВИЧ-инфицирование,
- СПИД.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны ребенка:

- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов;
- тяжелая церебральная патология и асфиксия новорожденного;
- глубокая недоношенность;
- тяжелые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта).

Абсолютными противопоказаниями к вскармливанию грудью и грудным молоком со стороны ребенка являются: врожденные нарушения метаболизма, такие как галактоземия, фенилкетонурия.

Физиологическая желтуха новорожденных не является противопоказанием для грудного вскармливания.

Раннее прикладывание ребенка к груди и частые кормления могут предотвратить развитие физиологической желтухи, так как молозиво, обладая слаби-

тельным эффектом, способствует более быстрому опорожнению кишечника от мекония.

Кроме того, адекватное возрасту количество грудного молока предупреждает синдром сгущения желчи.

Желтуха Ариаса встречается редко и развивается у 1–4% детей после первой недели жизни. Для нее характерно повышение уровня несвязанного билирубина в крови. Общее состояние ребенка не страдает.

Таблица 21

Допустимость кормления ребенка грудью при приеме матерью лекарственных средств

Препараты	Риск для здоровья ребенка/возможность кормления грудью
Противораковые средства	Кормление противопоказано
Радиоактивные средства	Кормление противопоказано
Эстрогеносодержащие контрацептивы	Рекомендуется замена препарата
Диуретики, содержащие тиазид	Рекомендуется запрет препарата
Сульфаниламиды	Лечение можно продолжать, иметь в виду развитие желтухи
Хлорамфеникол, тетрациклин, антибиотики хиполонового ряда	Рекомендуется замена препарата
Анальгетики и антипиретики (парацетомол, ибупрофен)	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Эритромицин, ампициллин и другие пенициллины	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противотуберкулезные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противоглистные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противогрибковые средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Бронходилататоры	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Глюкокортикостероиды	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Антигистаминные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Антацидные средства	Безопасны в обычных дозах
Противодиабетические средства	Безопасны в обычных дозах
Антигипертензивные средства	Безопасны в обычных дозах
Дигоксин	Безопасны в обычных дозах
Пищевые добавки (йод, витамины, микроэлементы)	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать

Предполагается связь желтухи с различными компонентами грудного молока. Для подтверждения диагноза рекомендуется временный перевод ребенка на кормление пастеризованным материнским молоком или его заменителями (смесями) с сохранением лактации в течение 1–2 суток, благодаря чему клинические проявления желтухи угасают.

Гипербилирубинемия при несовместимости по ABO-системе не является противопоказанием для кормления ребенка грудью с рождения.

Антитела, содержащиеся в материнском молоке, разрушаются соляной кислотой и ферментами пищеварительной системы ребенка.

При резус-несовместимости ребенка можно прикладывать к груди через 3–5 часов после операции замененного переливания крови.

Если замененное переливание крови не проводилось, в течение первых 10–14 дней новорожденного кормят пастеризованным материнским молоком или донорским молоком. Во время пастеризации антирезус-антитела разрушаются.

Прием лекарственных средств кормящей матерью может быть фактором, ограничивающим или препятствующим грудному вскармливанию.

Факторы, влияющие на становление полноценной лактации:

- исключение допаивания между кормлениями;
- профилактика лактостаза;
- правильное положение матери и ребенка при кормлении;
- отказ от предметов, имитирующих сосок матери;
- охранительный режим, рациональное питание и питьевой режим кормящей женщины.

Факторы поддержки и сохранения лактации:

- уверенность матери в необходимости грудного вскармливания для здоровья ребенка;
- спокойная, доброжелательная обстановка в семье, психологическая поддержка кормящей матери;
- по возможности освобождение кормящей матери от работ по дому, кроме ухода за ребенком; помощь близких;
- рациональный режим кормящей матери, достаточный сон и отдых, прогулки на воздухе;
- полноценное сбалансированное питание матери с достаточным приемом жидкости;
- при необходимости увеличить лактацию следует чаще прикладывать ребенка к груди, возобновить ночные кормления.

ТЕХНИКА КОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ

- Перед началом кормления вымойте руки.
- Выберите удобную позу для кормления, расслабьтесь. Вы можете кормить ребенка лежа или сидя, используя подлокотники, подставку для ног и другие приспособления.
- При любой позе ребенок должен хорошо видеть Ваше лицо и выражение Ваших глаз. Это способствует установлению тесного эмоционального контакта с младенцем во время кормления.
- Расположите ребенка таким образом, чтобы его голова и туловище лежали при кормлении в одной плоскости, подбородок касался груди. Тело ребенка должно быть прижато к Вашему телу.
- Вначале прикоснитесь соском к губам младенца. Подождите, пока он широко откроет рот. Теперь приложите ребенка к груди, прижав его к себе и поддерживая за спину.
- Ребенок должен захватить сосок вместе с кружком темной кожи вокруг него, который называется ареолой. Это облегчает сосание, предупреждает появление трещин соска и заглатывание воздуха.
- При правильном захвате соска рот ребенка широко открыт, нижняя губа вывернута наружу и находится под соском. Сосательные движения медленные, глубокие, отчетливо слышно, как ребенок глотает молоко.
- Продолжительность кормления здоровых детей обычно не превышает 10–20 минут. Насытившись, ребенок прекращает сосательные и глотательные движения и отпускает сосок.
- Завершите кормление смазыванием соска и ареолы поздним молоком, богатым жиром. Оставьте грудь открытой на несколько минут для контакта с воздухом. Образующаяся естественная жировая пленка предохраняет сосок от появления трещин.
- Не смазывайте здоровые соски мазями, кремами, растворами антисептиков. Это может привести к отказу ребенка от груди.
- Мойте грудь струей теплой воды без мыла ежедневно во время гигиенического душа.
- Откажитесь от резко пахнущих дезодорантов и других парфюмерно-косметических средств с насыщенным запахом до тех пор, пока продолжается вскармливание ребенка грудным молоком.

При соблюдении рекомендаций 80–90% женщин кормят своих детей грудью до 1,5–2 лет.

Причины уменьшения секреции грудного молока

- Физическое утомление, систематическое недосыпание,
- чрезмерное нервное напряжение, стрессы,
- несбалансированное питание или недостаточный питьевой режим,
- отсутствие у женщины психологической установки на кормление грудью,
- необоснованный докорм ребенка смесями или введение жидкости в промежутках между кормлениями,
- лактационный криз; кризы нередко совпадают по времени с предполагаемой менструацией. Они длятся в среднем 3–4 дня и требуют более частого прикладывания ребенка к груди (в том числе в ночное время) до восстановления секреции молока.

Характерными признаками недостаточного питания являются беспокойство, «голодный» крик ребенка во время кормления или сразу после него. Попытка сцеживания после кормления безуспешна, так как молоко в молочных железах отсутствует.

Недостаток питания младенца подтверждают малая прибавка массы тела (менее 500 граммов в месяц в первом полугодии жизни) и редкие мочеиспускания (менее 6 раз в сутки). Моча выделяется при мочеиспускании в небольшом количестве, концентрированная и имеет более темный цвет.

При подозрении на недостаточную секрецию грудного молока, необходимо контрольное взвешивание перед каждым кормлением и после него в течение 1–2 суток.

Количество молока, высосанного за одно кормление, равно разности массы тела ребенка после кормления и его массы тела до кормления грудью.

Подгузник и одежду при контрольном взвешивании не меняют.

В течение дня ребенок может высасывать неодинаковое количество молока за одно кормление.

Результаты каждого взвешивания суммируют и рассчитывают суточный объем грудного молока, высосанного ребенком.

Для анализа полученных данных необходимо обратиться к педиатру.

Ситуации, когда ребенок, находящийся на исключительно грудном вскармливании, нуждается в **допаивании**:

- низкая относительная влажность воздуха в жилом помещении;
- высокая температура окружающей среды;
- прием матерью накануне кормления грудью обильной жирной пищи.

В таких случаях при отказе ребенка от груди и беспокойстве рекомендуется предложить ему питьевую детскую воду из ложки.

Если ребенок охотно пьет, значит он нуждается в жидкости.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ СЕКРЕЦИИ ГРУДНОГО МОЛОКА

- Прикладывайте ребенка к груди в течение нескольких дней чаще, чем обычно. Сократите интервалы между кормлениями до 2–2,5 часов.
- Организуйте ночные кормления. Выброс гормона пролактина стимулирует выработку грудного молока для последующего кормления.
- Предлагайте ребенку в каждое кормление обе груди. Не сцеживайте вторую грудь после кормления. Последующее кормление начинайте с той груди, которой Вы закончили предыдущее.
- Временно увеличьте продолжительность каждого кормления грудью до 30 минут.
- Нормализуйте собственный режим дня. Обеспечьте себе достаточный сон (не менее 8 часов в сутки, включая дневной сон), отдых и прогулки на свежем воздухе.
- Приобщите родных и близких к уходу за ребенком и воспользуйтесь их помощью и поддержкой.

Допаивание грудных детей обязательно при заболеваниях, сопровождающихся высокой лихорадкой, диареей, рвотой, а также при выраженной гипербилирубинемии (желтуха).

Реализация режима свободного вскармливания - прикладывание ребенка к груди должно осуществляться при появлении первых признаков голода со стороны ребенка, таких, как активные сосательные движения, звуковые знаки, достигающие до крика, вращательные движения головки.

Частота прикладываний к груди в первый месяц грудного вскармливания может достигать до 12–20, уменьшаясь в последующем до 7–5 раз.

Особенно важны во 2-м и 3-м периодах грудного вскармливания ночные кормления грудью, которые улучшают и поддерживают лактацию на необходимом уровне.

Длительность кормления грудью не должна ограничиваться. Если ребенок после опорожнения одной грудной железы проявляет пищевое беспокойство, то его следует приложить к другой.

Длительность пребывания ребенка у груди матери не следует ограничивать даже тогда, когда ребенок практически уже ничего не высасывает, а просто дремлет у груди.

Потребность в контакте и сосании нередко носит самостоятельный характер.

Активность сосания значительно варьирует у разных детей и ребенок может недополучить более жирное «позднее» молоко, если рано прекратить кормление.

Считается, что высокое содержание жиров к концу кормления действует как регулятор насыщения, поэтому время кормления не должно произвольно ограничиваться матерью.

Каждый ребенок сам определяет длительность пребывания у груди: для новорожденных это время колеблется от 20 до 30 минут, а дети старше 1 месяца насыщаются быстрее – за 10–20 минут.

Если у ребенка имеется склонность к срыгиваниям, то после окончания кормления ему следует придать вертикальное положение, чтобы отошел заглоченный во время сосания воздух, что определяется по громкому звуку отрыжки.

При свободном вскармливании и частом прикладывании ребенка к груди матери, как правило, не возникает необходимости в сцеживании молока после кормления.

Сцеживание показано: в случае вынужденной разлуки матери и ребенка, сцеживание необходимо для поддержки лактации, а молоко для кормления ребенка; при недостатке молока у матери для стимуляции лактации; как лечебная процедура при избытке молока и возникновении лактостаза.

В первые дни после родов, когда происходит «прилив молока», а иногда и позже женщина может испытывать болезненность, чувство «распирания» за счет нагрубания молочных желез. Такое явление называется лактостазом. На этом этапе сцеживание молока обязательно и важны частые прикладывания ребенка к груди.

Возможно сцеживание молока самой женщиной и использование молокоотсоса.

Через 2–4 недели после родов, когда лактация устанавливается, необходимость в сцеживании отпадает.

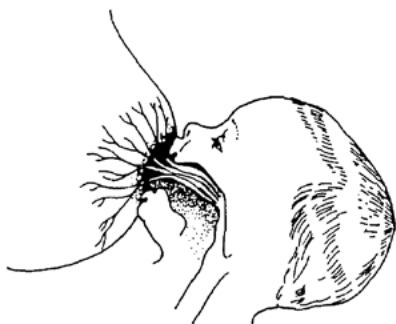
У некоторых женщин может иметь место затруднение в отдаче молока, хотя их молочные железы полны. Это явление объясняют не психологическими, а физическими причинами: из-за недостаточного отсасывания молока железы бывают переполнены, и, как следствие, чрезвычайно высокое обратное давление не дает окситоцину сокращать миоэпителиальные клетки.

Тепло, умелое сцеживание некоторого количества молока может снизить это давление и дать возможность заработать рефлексу отдачи.

Временное подавление или задержка выбрасывания молока встречаются сравнительно часто. Это можно также устранить, заставив ребенка немного подождать, пока сосательный рефлекс не вызовет отдачу молока.

В случаях, когда женщина поглощена негативными мыслями о своей неспособности к лактации, это временное подавление отдачи молока нередко истолковывается как показатель недостаточной лактации («нехватка молока»).

Правильный захват ребенком груди матери чрезвычайно важен (рис. 7) и предусматривает захват соска, ареолы и даже части железы, примыкающей к ареоле. При этом язык опускается вниз, нижняя губа ребенка должна быть под соском вывернута наружу, а подбородок должен прилегать к груди. Сосок должен находиться во рту почти на уровне мягкого неба. Ареола практически не должна быть видна, только надо ртом ребенка. Движениями языка ребенок осуществляет ритмичный массаж соска и ареолы – происходит «выдавливание»



Правильное прикладывание ребенка к груди



Неправильное прикладывание ребенка к груди

Рисунок 7. Прикладывание ребенка к груди

молока. При этом хорошо видны движения мышц в области прикрепления их к челюстным костям около ушей, а не в области щек. Захват соска без ареолы и его сосание приводит к формированию трещин.

Эффективность сосания оценивают не столько по активности сосательных, сколько по выраженности глотательных движений и звуку, сопровождающему глотание.

Полный, глубокий захват груди обеспечивает: легкость сосания; полное опорожнение груди; хорошую координацию между сосанием, глотанием и дыханием; профилактику трещин соска.

Кормления грудью необходимо чередовать, чтобы обе молочные железы полностью опорожнялись. Лучше, если в каждое кормление ребенок будет сосать одну грудь, так он получит и «раннее» и «позднее» молоко.

Как правило, этого достаточно для насыщения, но если ребенок не насытился, то можно дать вторую грудь. В этом случае следующее кормление надо начинать с той груди, которой закончилось предыдущее.

Не следует забирать у ребенка одну грудь раньше времени и предлагать вторую. Необходимо дождаться, когда ребенок полностью опустошит первую, в противном случае он не дополучит наиболее жирное «позднее» молоко.

Кроме того, первые порции молока высасываются легче, чем последующие, и ребенок быстро приучается не досасывать, а это вызывает застой молока и уменьшение лактации.

Способы расчета объема питания, необходимого ребенку

В первые 7–10 дней жизни ребенка его потребность в женском молоке или смеси быстро нарастает.

Для приблизительного расчета суточного объема питания можно пользоваться формулой Зайцевой: **ОБЪЕМ МОЛОКА ЗА СУТКИ (МЛ) = 2% ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ (Г) × N, ГДЕ N – ЧИСЛО ДНЕЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА.**

Для определения объема одного кормления следует суточный объем разделить на число кормлений.

Разовый объем молока также можно подсчитать, умножив число дней жизни ребенка на 10.

После 7–10-го дня жизни ребенка при подсчете объема питания используют: «калорийный»; «объемный» способы; формулу Шкарина.

При расчете питания «калорийным» способом учитываются энергетические потребности детей, которые в первом полугодии составляют 115 ккал/кг, а во втором полугодии – 110 ккал/кг.

Зная массу тела ребенка и приблизительную калорийность женского молока (680 ккал в 1 л) или смеси (указана на упаковке), можно рассчитать необходимый суточный объем питания. Так ребенку в возрасте 2 месяцев с массой тела 4600 г требуется $115 \times 4,6 = 529$ ккал в сутки.

ОБЪЕМ ЖЕНСКОГО МОЛОКА = (529 × 1000): 680 = 780 МЛ.

Использование формулы Шкарина: предполагаемо ребенок в возрасте 8 недель (2 мес) должен получать 800 мл молока в сутки. На каждую неделю, недостающую до 8 недель – на 50 мл меньше смеси: $800 - 50 \times (8 - n)$, где n – число недель жизни ребенка. На каждый месяц после 2 месяцев – на 50 мл смеси больше: $800 + 50 \times (n - 2)$, где n – число месяцев жизни ребенка.

«Объемный» метод заключается в определении суточного объема питания в зависимости от массы тела и возраста ребенка. Это основной способ подсчета питания, необходимого здоровому ребенку.

Таблица 22

Определении суточного объема питания ребенка первого года жизни

Возраст	Суточный объем молока
10 дней–2месяца	1/5 массы тела
2–4 месяца	1/6 массы тела
4–6 месяцев	1/7 массы тела
6–9 месяцев	1/8 массы тела

**При расчете питания любым способом
необходимо помнить, что его суточный объем у детей первого
полугодия жизни не должен превышать 1000 мл,
во втором полугодии – 1000–1100 мл.**

В оценке достаточности суточного объема питания ребенка на первом году жизни следует ориентироваться на показатели прибавки массы тела.

Средние прибавки массы тела ребенка на первом году жизни следующие: 1-й месяц жизни – 600–650 г, 2-й месяц жизни – 800 г, 3-й месяц – 800 г, 4-й месяц – 750 г, 5-й месяц – 700 г и далее каждый последующий месяц жизни прибавка на 50 г меньше, чем в предыдущий месяц (6-й мес. – 650 г, 7-й мес. – 600 г и т.д.).

Вероятные признаки недостаточной лактации: беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления; необходимость частого прикладывания к груди; продолжительное сосание груди ребенком с большим количеством сосательных движений при отсутствии глотательных; ощущение матерью полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет; беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик; скудный редкий стул и редкие мочеиспускания (симптом «сухих пеленок» или «экономии памперсов»).

Достоверные признаки недостаточной лактации: малая прибавка массы тела; концентрированная моча при редких (менее 6 раз в сутки) мочеиспусканиях.

Окончательный вывод о недостаточной выработке грудного молока может быть сделан только после **контрольного взвешивания** ребенка до и после каждого кормления в течение суток и определения фактического суточного объема питания в сравнении с должествующим расчетным объемом питания в сутки.

Важным аспектом рационального вскармливания является правильный **режим питания**.

Свободное вскармливание – это вскармливание по требованию.

Регламентированное вскармливание – это режим питания ребенка, когда кормления проводятся в более или менее фиксированные часы, кратность и объем кормлений рекомендует врач, учитывая возраст, массу тела, аппетит и индивидуальные особенности ребенка.

Чаще проводится после 1–2 месяцев жизни, особенно при варианте смешанного вскармливания.

Таблица 23

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
	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
Регламентированное вскармливание	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

Важно наблюдать за реакцией ребенка и его поведением при кормлении не отвлекаясь на разговоры, чтение, просмотр телепередач и т. д.

Мать должна хорошо видеть лицо ребенка, а ребенок – лицо матери (контакт «глаза в глаза»).

Желательно, чтобы при кормлении регулярно повторялся контакт «кожа к коже», особенно в период становления лактации или при ее временном уменьшении.

Контакты «глаза в глаза» и «кожа к коже» являются дополнительными стимулами лактации.

Кормление грудью целесообразно продолжать до достижения ребенком возраста 1–1,5 года, но частоту прикладывания к груди после одного года жизни рекомендуется сократить до 3–2–1 раз в сутки.

Смешанное вскармливание

Расчет суточного объема питания проводится по указанным выше формулам. При смешанном вскармливании важно сохранить режим свободного вскармливания.

Фактический суточный объем грудного материнского молока определяется путем контрольного взвешивания и недостающий объем питания компенсируется молочной смесью – **докорм**.

Основное правило докорма – введение его после кормления грудью.

Необходимо также предлагать ребенку грудь при каждом кормлении; прикладывать ребенка к обеим грудным железам при небольшом объеме молока; давать докорм с ложечки, если его объем небольшой; использовать бутылочки с упругой соской и мелкими отверстиями, если объем докорма относительно большой; готовить молочную смесь непосредственно перед кормлением и не использовать остаток смеси для следующего кормления.

Искусственное вскармливание

Ребенок получает исключительно заменители женского молока (смеси или «формулы»).

Суточный объем питания здоровым детям определяется также «объемным» методом.

До введения прикорма рекомендуется 6–7-разовое кормление с интервалом 3 или 3,5 ч (соответственно 6- или 6,5-часовой ночной перерыв).

После введения первого прикорма ребенок может быть переведен на 5-разовое кормление с интервалом 5 ч и ночным перерывом 8 ч.

Указанная частота кормлений для здоровых детей является ориентировочной, возможны индивидуальные колебания.

Классификация детских молочных смесей (заменителей женского молока)

- С учетом возраста ребенка (имеют соответствующую цифровую маркировку): «начальные» или «стартовые» смеси «последующие», смеси для детей от «0 до 12 месяцев»;
- по консистенции: сухие или жидкие;
- по характеру белкового компонента: с преобладанием сывороточных белков и с преобладанием казеина;
- по характеру обработки: пресные и кисломолочные;
- по наличию функциональных компонентов: с добавлением и без.

С учетом возраста ребенка «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 все первого года жизни ребенка.

Основные современные требования к детским молочным смесям – это адаптация компонентов молочных смесей (это максимальное приближение качественного и количественного состава смеси к женскому молоку) и обогащение (нуклеотидами, пре- и пробиотиками).

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. Основные преимущества кисломолочных смесей: в ходе кисломолочного брожения антигенные свойства белка уменьшаются, усвояемость белка из кисломолочных смесей более высокая (створаживается более мелкими хлопьями).

Существуют также смеси для детей с особыми диетическими потребностями.

Смеси **с частичной 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 недоношенных и обогатитель или усилитель (фортификатор) женского молока**: фортификатор представляет собой белковый порошок в пакетиках – саше, который по специальным расчетам добавляется в порции свеже сцеженного молока для недоношенных детей.

Смеси **на основе соевого белка** применяются при непереносимости белков коровьего молока, если использование гидролизатов до годовалого возраста по каким-то причинам (большая стоимость, отказ ребенка) длительно невозможно; непереносимости лактозы, в том числе транзиторной лактазной недостаточности после кишечных инфекций бактериального и вирусного происхождения; лактоземии, целиакии. При назначении соевых смесей во избежание формирования аллергии к сое необходимо отсутствие в анамнезе данных об аллергии к сое и бобовым у ближайших родственников, а также, во избежание формирования аллергии к сое: возраст ребенка не менее 5-6 месяцев, особенно при кожно- и гастроинтестинальных формах пищевой аллергии, постепенное (в течение 5–7 дней) введение смеси в рацион, полное исключение из рациона всех молочных продуктов (в том числе кисломолочных, творога, сливочного масла).

Низко- и безлактозные смеси используются при вторичной лактазной недостаточности, для детей, перенесших диарею, для детей, имеющих функциональные нарушения пищеварения (в т.ч. колики), при других состояниях, сопровождающихся повреждением энтероцитов, при синдроме «короткой кишки». Безлактозную смесь назначают детям с первичной лактазной недостаточностью, обусловленной врожденной ферментативной недостаточностью. В зависимости от толерантности к лактозе и характера сопутствующей патологии безлактозной смеси используют и в питании детей с вторичной лактазной недостаточностью.

Антирефлюксные смеси используются для детей со срыгиваниями и гастроэзофагеальным рефлюксом.

Алгоритм выбора смеси для смешанного и искусственного вскармливания предполагает обязательный учет следующих показателей:

- возраст ребенка
- функциональные возможности желудочно-кишечного тракта;
- наличие риска аллергических заболеваний;
- сопутствующая патология;
- особые диетические потребности;
- характер и возможные побочные эффекты медикаментозной терапии;
- финансовая обеспеченность семьи;
- индивидуальная переносимость смеси;
- вкусовые предпочтения ребенка.

Прикорм. Сроки и схема введения

Грудное молоко и современные адаптированные смеси полностью удовлетворяют потребности ребенка первых 4–6 месяцев жизни в основных микро- и макронутриентах как при смешанном, так и при искусственном вскармливании. При любом варианте вскармливания и достижении ребенком возраста 4–6 месяцев жизни он нуждается в введении прикорма.

В настоящее время убедительно доказано, что этот возрастной период является «окном толерантности» для введения прикорма.

Именно в этом возрасте прикорм лучше усваивается, его введение в рацион физиологично (соответствует ферментативной зрелости желудочно-кишечного тракта) и лучше переносится ребенком.

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.

Признаками готовности ребенка к введению прикорма являются:

- угасание рефлекса «выталкивания» языком при хорошо скоординированном рефлексе проглатывания пищи; готовность ребенка к жеванию;
- состоявшееся или текущее прорезывание зубов;
- самостоятельное сидение или с небольшой поддержкой и умение показать головой или рукой эмоциональное отношение к пище: голодный ребенок тянется в сторону подаваемой ложки с едой или отворачивает голову, когда насытится или рукой отстраняет кормящего;
- зрелость функций желудочно-кишечного тракта, достаточная для усвоения небольшого количества прикорма без расстройств пищеварения и аллергических реакций на этот продукт.

Из новых, вполне обоснованных тенденций прикорма следует указать следующие: тенденция к более поздним срокам введения продуктов прикорма, переход к индивидуальным срокам введения продуктов и блюд прикорма, тенденция к замене традиционных прикормов домашнего приготовления кашами, овощами, мясными пюре фабричного производства, тенденция к замене цельного коровьего молока или кефира новой группой молочных продуктов - «последующие» смеси.

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 180–200 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 ложки, желательно, чтобы ребенок сидел за специальным детским столом.

Схема введения прикорма

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 введения 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. – $\frac{1}{4}$, в 8–12 мес. – $\frac{1}{2}$ 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).

Рекомендуемая последовательность введения различных каш:

- в качестве первых каш рекомендуются каши монокомпонентные, безмолочные, безглютеновые: старше 4 мес. – рис, гречка; старше 5 мес. – кукуруза и ее смесь с рисом или гречкой;
- глютенсодержащие каши: овсяная, толокняная, манная и др.;
- старше 6 мес. – каши из трех и более зерновых компонентов, включая пшено;
- старше 9 мес. – каша типа мюсли с добавками фруктов и овощей.

Промышленность выпускает инстантные (растворимые) каши молочные и безмолочные; безглютеновые и глютенсодержащие; моно- и поликомпонентные, с овощными и фруктовыми добавками; обогащенные пре- и пробиотиками, минералами, витаминами.

Каши ступени 1 предназначены для начального этапа прикорма. Они могут быть молочными и безмолочными, монокомпонентные, имеют тончайшую консистенцию, облегчающую глотание.

Каши ступени 2 (молочные и безмолочные) – для расширения рациона, их консистенция позволяет ребенку учиться есть с ложки; имеют фруктовые (чернослив, яблоко, груша, банан, абрикос) или овощные (тыква) добавки.

Каши ступени 3 (молочные и безмолочные), поликомпонентные, наполнители в виде небольших твердых кусочков (ребенок учиться жевать).

Преимущества прикорма промышленного производства: стабильный состав, качественный белок, адекватный уровень микронутриентов, контроль за уровнем пестицидов и токсических веществ в используемом сырье, микробиологический контроль, гарантированное содержание железа, цинка, кальция, йода и 12 витаминов; уже готовы к употреблению.

Состав прикорма домашнего производства меняется, белок не сбалансирован, микронутриентов практически нет, возможны попадание вредных веществ в сырье и контаминация бактериями. Однако, это не отменяет возможность использования прикорма домашнего приготовления. Преимуществами последнего является приготовление непосредственно перед кормлением, «с частичкой маминой души».

С введением прикорма начинается **«пищевое воспитание» ребенка**, которое включает формирование:

- навыков потребления густой и плотной пищи, ребенок должен научиться брать пищу с ложки, жевать, проглатывать ее;
- навыков «кусочкового» питания (с 9–10 месяцев);
- вкусовых ощущений;
- навыков опрятности и поведения за столом;
- навыков пользования столовой посудой, ложкой, чашкой;
- навыка доедать положенную в тарелку порцию, разумно подбирая блюда и объем порции.

Конечным этапом является формирование навыков самостоятельной еды, но это происходит на 2-м году жизни ребенка.

При введении новых блюд прикорма могут возникнуть **симптомы пищевой непереносимости**.

Основные клинические проявления выражаются в нарушении функционального состояния пищеварительного тракта (срыгивания, рвота, метеоризм, кишечная колика, неустойчивый стул) и в появлении кожных аллергических изме-

нений. В этих случаях целесообразно ведение родителями пищевого дневника, в котором отмечается время кормления и набор продуктов, используемых при приготовлении блюд прикорма, а также время, сроки и характер клинических проявлений.

Возможны:

- Транзиторная дезадаптация. Кроме диспепсических симптомов характеризуется учащением и увеличением объема стула, в котором видны непереваренные комочки и кусочки съеденной пищи. Срок появления симптомов от 1 до 7 суток. Состояние связано с недостаточной зрелостью органов пищеварения ребенка, замедленным становлением активности ферментных систем ЖКТ или несоблюдением правил введения прикорма. В таких случаях блюда прикорма следует вводить более медленно и постепенно или отложить их введение на какой-то срок, продлив грудное вскармливание.
- Транзиторная пищевая аллергия. Транзиторные проявления связаны с недостаточной зрелостью механизмов кишечного антигенного блокирования. Срок появления аллергических реакций от 1 суток до 1 месяца. В таких случаях введение соответствующего блюда прикорма (или отдельного компонента) следует отложить на длительный срок. Рекомендуется максимально долго сохранять грудное вскармливание при гипоаллергенной диете кормящей матери. В части случаев требуется назначение лечебного питания.
- Пищевая непереносимость может быть проявлением врожденных или приобретенных заболеваний органов пищеварения (глютеновая энтеропатия, дисахаридазная ферментопатия, синдром мальабсорбции и др.) или генетически детерминированной склонности к гиперпродукции IgE (пищевая аллергия). В таких случаях назначается лечебное питание после обследования и консультации педиатра, генетика, аллерголога.

100% натуральное,
без сахара,
без консервантов и ГМО

Беллакт



На правах рекламы. УНП 191084413.

bellakt-st.by

ПАМЯТКА ДЛЯ МАМ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Грудное вскармливание определяет здоровье Вашего малыша.

Грудное молоко – наилучшее питание для ребенка первого года жизни и надежная защита от многих вирусных и бактериальных заболеваний. Ваше желание кормить ребенка грудью определяет полноценную выработку грудного молока и успешность длительного вскармливания.

Кормите ребенка в течение первых 2–3 месяцев после рождения по его «требованию», а не строго «по часам», через установленные Вами промежутки времени. (режим свободного вскармливания). Режим свободного вскармливания признан естественным и наиболее благоприятным для адаптации ребенка первых месяцев жизни. Ребенок выражает чувство голода активным криком или упорным громким плачем.

Свободное вскармливание не означает беспорядочное кормление ребенка в любое время суток. К концу первого месяца жизни у подавляющего большинства детей устанавливается индивидуальная частота кормления. Но промежутки между кормлениями могут варьировать в течение суток от 2 часов до 3,5 часов и более.

Откажитесь от сосок, пустышек, и других предметов, имитирующих сосок материнской груди. Накладки для сосков используйте только при крайней необходимости.

В течение первых дней и недель после рождения не ограничивайте число кормлений и продолжительность нахождения ребенка у груди. Новорожденный может «требовать» 10–12 и более прикладываний к груди в сутки. Терпеливо удовлетворяйте эти «требования» младенца.

К концу первого месяца жизни частота кормлений обычно уменьшается до 7–8 раз, а продолжительность каждого кормления сокращается до 15–20 минут. Начиная с 6 месяцев жизни дети находятся, как правило, на 5-разовом кормлении.

При необходимости кормите ребенка ночью по его «требованию». Это особенно важно при временном уменьшении количества грудного молока. В ночные часы отмечается наибольшая секреция гормона пролактина, регулирующего выработку грудного молока для очередного кормления.

Для успешного грудного вскармливания не поите ребенка водой, чаем и другими жидкостями в промежутках между кормлениями или после кормления. Это может вызвать ложное чувство насыщения и отказ ребенка от груди. Однако дополнительное питье является обязательным при заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой, рвотой или жидким стулом, вследствие потери жидкости.

Сохраняйте не менее двух кормлений грудью до достижения ребенком возраста 12 месяцев. Если секреция грудного молока не угасла, продолжайте кормить ребенка грудью 1–2 раза в сутки до достижения им возраста 1,5 года. По мнению ведущих специалистов в области детского питания, это оптимальная продолжительность грудного вскармливания.

Миллионы детских поп
БЕЗ ОПРЕЛОСТЕЙ
были чисты



Лечение и профилактика опрелостей

РЕКЛАМА. ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.



Нет никаких ограничений по использованию мази в период беременности и кормления грудью. Иммунодепрессанты и другие препараты. Производители: ГП ГЕНДРА ПРОДУКЦИОН ГМБХ, Германия для БAYER КОНСЮМЕР КАР АГ, ШВЕЙЦАРИЯ.

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям, начиная с первого дня жизни и будущим мамам – с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами

- ✓ Оригинальная формула препарата, содержащая высокоактивные антиоксиданты (витамины Е и С), позволяет усилить противовирусную активность и иммуномодулирующее действие интерферона α -2b



РУ МЗ РБ № 5064/01/07/12/19/19 от 21.01.2019

ВИФЕРОН® помогает:



**Блокировать
размножение
вируса**



**Защищать
здоровые клетки
от заражения**



**Восстанавливать
баланс иммунной
системы**

комплексный противовирусный иммуномодулирующий препарат

ВИФЕРОН® Суппозитории



ферон

+7(495) 646 12 19

viferon.ru

Реклама. Лекарственное средство. Имеется противопоказание. Необходимо проконсультироваться со специалистом. Имеется побочное действие. Для медицинских работников и фармацевтов. Производитель: ООО "Ферон", Россия, 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д.18