

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.38 Основы формирования здоровья детей
Направление подготовки	34. 03. 01 Сестринское дело
Направленность (профиль)	Медико-организационная и педагогическая деятельность медицинской сестры (брата)
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 5

Формирование здоровья детей раннего возраста.

г. Ставрополь - 2025

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы формирования здоровья детей»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Шিশалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Шিশалова Т.Н.

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с основами формирования здоровья детей раннего возраста.
- 2. Учебные вопросы**
1. Подготовка детей к поступлению в ДООУ. Режим дня. Воспитание детей раннего возраста.
 2. Игра в познании детьми окружающего мира, подбор игрушек для детей различного возраста, стимуляция сенсорного развития.
 3. Формирование навыков при одевании и раздевании, саморегуляции функций. Комплексы массажа и гимнастики. Закаливание.

3. Теоретическая часть

Здоровье детей дошкольного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, здоровья родителей и наследственности, условий жизни и воспитания ребенка в семье. В связи с этим медицинское сопровождение детей в ДООУ требует особого внимания.

ДООУ организуют для детей в возрасте от 2 мес. до 7 лет. При подборе группы детей следует учитывать возможность организации в ней режима дня, максимально соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы. Дошкольные учреждения могут работать как дневные с длительностью пребывания в них детей 9, 10 или 12 ч, а также как круглосуточные или учреждения интернатского типа. Вместимость вновь строящихся дошкольных образовательных учреждений не должна превышать 350 мест. Вместимость ДООУ для сельских населенных мест и поселков городского типа рекомендуют не более 140 мест.

Существуют различные типы ДООУ: детские сады, ясли-сады общего типа, ясли-сады санаторного типа для детей с выражением туберкулиновых проб, имеющих контакт с больными туберкулезом и т.д.

В целях оздоровления детей функционируют специализированные (коррекционные) дошкольные учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, интеллекта (умственно отсталых детей), слуха, речи, зрения; группы детей с неврологическими заболеваниями и др. Наполняемость этих групп зависит от возраста: до 3 лет — 10 детей, старше 3 лет — 15 детей.

Комплектование (подбор определенного количества детей) в группах ДООУ для здоровых детей проводят с учетом возраста.

Таблица 1. Наполняемость групп в дошкольных образовательных учреждениях

Группа	Возраст	Количество детей
Ясельная		
Первая раннего возраста	От 2 мес. до 1 года	10
Вторая раннего возраста	1–2 года	15
Первая младшая	2–3 года	15
Дошкольная		
Вторая младшая	3–4 года	20 (15)
Средняя	4–5 лет	20 (15)
Старшая	5–6 лет	20 (15)
Подготовительная	6–7 лет	20 (15)

Примечание: в скобках дано оптимальное количество детей в группах

Лечебно-профилактическую работу в ДОО обеспечивает детская поликлиника, в районе деятельности которой оно расположено, а также медицинские работники ДОО. Организационно-методическое руководство и контроль медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях осуществляет специальное отделение поликлиники — отделение организации медицинской помощи детям и подросткам.

Согласно штатным нормативам, предусмотренным приказом № 371 Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.10.2001 г., в детских яслях (ясельных группах яслей-садов) должен работать один педиатр на 180–200 детей, в детских садах — один педиатр на 600 детей. Для непосредственного наблюдения детей предусмотрена должность медицинской сестры или фельдшера: в детских садах — на 400 детей, в санаторных детских садах — на 50 детей, в детских яслях — на 100 детей, в санаторных детских яслях — на 30 детей. При наличии в ДОО 12 групп детей, в том числе 4 групп ясельного возраста, устанавливают 1,5 ставки старшей медицинской сестры и 0,5 ставки патронажной медицинской сестры. При наличии в детском саду 6 групп — одну ставку старшей медицинской сестры.

Критерием эффективности лечебно-оздоровительной работы ДОО служит улучшение состояния здоровья детей. Его оценку проводят на основании текущих наблюдений и по итогам углубленных профилактических осмотров.

Профилактические медицинские осмотры детей декретированных возрастов включают доврачебный (на основе программы скрининг-тестов), педиатрический и специализированный этапы. Остальным детям ежегодно проводят скрининг-тестирование и педиатрический осмотр. По показаниям детей осматривают и другие врачи-специалисты.

На детей, поступающих в ДОО, заполняют медицинскую карту (форма 026/у-2000) и хранят ее в учреждении, которое посещает ребенок.

Подготовка детей к поступлению в ДОО

Для направления в дошкольные образовательные учреждения существует ряд противопоказаний:

- все заболевания в остром периоде;
- хронические болезни в период обострения, требующие специального лечения;
- перенесенные инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
- бациллоносительство (кишечные инфекции, дифтерия);
- все заразные и паразитарные заболевания глаз, кожи в период лечения и контрольного наблюдения.

Подготовка детей к поступлению в ДОО должна начинаться с первых дней его жизни. Согласно инструкции «О подготовке детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение», она осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета по воспитанию здорового ребенка; состоит она из двух основных разделов — общей и специальной подготовки.

Общая подготовка состоит в систематическом профилактическом наблюдении для обеспечения гармоничного физического и нервно-психического развития и оптимального состояния здоровья при семейном воспитании. Правильное и систематическое профилактическое наблюдение за ребенком с момента рождения значительно упрощает и сокращает объем специальной подготовки.

Специальную подготовку начинают за 3 мес. до направления ребенка в дошкольное

учреждение, поскольку большинство детей идут в дошкольное учреждение после 1,5 лет. Если известно, что ребенок пойдет в ДООУ в более младшем возрасте, то подготовку начинают с 3-месячного возраста. Она включает следующие мероприятия:

-санитарно-просветительную работу с родителями, проводимую участковой медицинской сестрой, медицинским персоналом кабинета по воспитанию здорового ребенка в виде тематических бесед по вопросам подготовки детей к поступлению в ДООУ;

-диспансерное наблюдение детей участковым врачом-педиатром, врачами-специалистами, лабораторные исследования за 2–3 мес. до поступления;

-оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья и результатов последней диспансеризации.

Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение. В форме № 112/у, в листе уточненных диагнозов ставят отметку о начале подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение. После приема участковым врачом-педиатром детей направляют в КЗР.

Медицинская сестра КЗР дает родителям памятку по подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение. Здесь же мать получает информацию об организации жизни ребенка в дошкольном учреждении.

Медицинская сестра КЗР обучает мать специальному комплексу массажа и гимнастики, методике закаливания для повышения необходимой антистрессовой готовности сосудистой системы ребенка, информирует о целесообразности более раннего начала подготовки ребенка к поступлению в ДООУ. В частности, матери советуют приблизить домашний режим ребенка к режиму детского учреждения (перед сном не укачивать, не давать пустышки, научить есть с ложки), активно приучать малыша к общению с детьми соответствующего возраста и взрослыми, воспитывать у ребенка гигиенические навыки — мыть руки, пользоваться горшком. При поступлении в ДООУ ребенок должен самостоятельно есть ложкой, засыпать, пользоваться горшком. Пища во время подготовки должна быть разнообразной, близкой по составу и технологии приготовления к пище детского учреждения.

При выявлении отклонений в поведении ребенка, не связанных с какой-либо патологией, желательно проконсультироваться с педагогом.

При оформлении ребенка в ДООУ проводят углубленный медицинский осмотр с участием следующих специалистов: педиатра, невролога, детского хирурга, психиатра, акушера-гинеколога, уролога-андролога, стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, дерматолога; логопеда (с 3 лет); психолога. По показаниям ребенка осматривают и другие специалисты.

Обязательно исследуют кровь, мочу, кал на наличие глистов, соскобы на яйца остриц (троекратно), уровень глюкозы в крови. После соответствующих оздоровительных мероприятий детей повторно осматривает педиатр непосредственно перед поступлением в ДООУ.

После осмотра всеми специалистами и получения результатов анализов участковый врач-педиатр оформляет заключение в медицинской карте 026/у-2000, которая хранится в учреждении, посещаемым ребенком. Наряду с паспортными данными ребенка и родителей в ней отмечают:

-особенности течения беременности и родов у матери; характер вскармливания;
-клинический диагноз (основной, сопутствующий);

- физическое и нервно-психическое развитие ребенка;
- группу здоровья и медицинскую группу для занятий физкультурой;
- полученные профилактические прививки и реакции на них;
- аллергологический анамнез, контакты с инфекционными больными.

Вопрос о направлении в дошкольное учреждение детей группы риска, а также детей с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития решают индивидуально, в зависимости от состояния каждого ребенка, и комиссионно с привлечением соответствующих врачей-специалистов.

В соответствии с инструкцией запрещается проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением ребенка в дошкольное учреждение, но каждый поступающий в ДООУ ребенок должен быть привит против кори.

Профилактические и оздоровительные мероприятия, начатые в поликлинике, должны продолжаться в дошкольном учреждении.

Ориентируясь на данные анамнеза и состояние здоровья, участковый врач-педиатр может спрогнозировать тяжесть течения адаптации. Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды — в начале подготовительной работы и непосредственно перед поступлением детей в ДООУ. При первом прогнозировании планируют дополнительные профилактические мероприятия по облегчению адаптации, при втором — подводят итог их эффективности и дают индивидуальные рекомендации по ведению ребенка в адаптационном периоде. У детей с высокой степенью биологического риска можно ожидать повышение острой заболеваемости не только в период адаптации, но в ряде случаев и по окончании этого периода.

Организация медицинских осмотров

Профилактическое медицинское наблюдение осуществляют в детской поликлинике до начала посещения ребенком дошкольного образовательного учреждения (ДООУ). Организует и проводит его участковый врач-педиатр совместно с участковой и патронажной медицинскими сестрами. Здоровых детей осматривают также врачи-специалисты (хирург, ортопед, офтальмолог, невропатолог, стоматолог, андролог, гинеколог и врачи других специальностей).

С момента начала посещения дошкольных учреждений ребенок переходит под наблюдение медицинского персонала ДООУ. Ежегодно детям проводят лабораторные исследования крови, мочи, кала на яйца глистов. С 7 лет ежегодно измеряют АД. С 15 лет проводят флюорографию (1 раз в 2 года). В 8-м классе определяют группу крови и резус-принадлежность.

Одно из важнейших звеньев охраны здоровья детей — раннее выявление отклонений в состоянии их здоровья в целях эффективной организации лечебно-оздоровительных мероприятий.

Отклонения в состоянии здоровья детей дошкольного и школьного возраста выявляют при обязательных медицинских осмотрах, а также при плановых профилактических обследованиях специалистами.

Эффективность массовых медосмотров достигается внедрением в практику детского здравоохранения диагностических скрининг-тестов. Использование их обеспечивает предварительное выделение в детских коллективах лиц, у которых наличие искомого тестом отклонения наиболее вероятно. Окончательный диагноз педиатр или специалист

узкого профиля устанавливает после дополнительных обследований.

Контроль за состоянием здоровья на основе массовых скрининг-тестов предусматривает новый принцип организации углубленных осмотров – этапность обследования:

I этап — обследование всех детей по скрининг-программе, проводимое преимущественно средним медицинским персоналом школы;

II этап — обследование детей, выделенных с помощью скрининг-тестов врачом общеобразовательного учреждения;

III этап — обследование детей специалистами узкого профиля поликлиники.

По показаниям проводят углубленное обследование врачами-специалистами в условиях детской поликлиники или стационара. Определяют функциональную готовность ребенка к обучению в школе педагог и психолог, работающие в психолого-медико-педагогической комиссии (консультации).

Заключение содержит:

- заключительный диагноз (основное и сопутствующие заболевания);
- оценку физического развития;
- оценку физической подготовленности;
- оценку нервно-психического развития;
- группу здоровья;
- медицинскую группу для занятий физической культурой;
- рекомендации по дальнейшему режиму дня, организации занятий, питанию, наблюдению и лечению ребенка.

Перед проведением осмотров медицинские сестры должны проверить медицинские карты, провести скрининговое обследование детей по диагностическим тестам.

Скрининг-программу подразделяют на базовую и расширенную.

Базовая скрининг-программа доврачебного медицинского обследования используется для мониторинга здоровья детей и содержит тот набор тестов, который обязателен при проведении медицинских осмотров детей как в условиях города, так и в сельской местности. Она включает:

- анкетный тест;
- индивидуальную оценку физического развития;
- измерение АД с проведением нагрузочной пробы;
- выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью комбинированного визуально-инструментального исследования;
- исследование остроты зрения;
- выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского;
- выявление нарушений бинокулярного зрения;
- выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи;
- оценку уровня физической подготовленности, проведение динамометрии;
- лабораторные скрининг-тесты — анализ мочи на протеинурию и глюкозурию.

· Расширенная скрининг-программа дополняет базовую и включает:

- оценку резистентности;
- выявление невротических расстройств (анкета);
- оценку нервно-психического развития (эмоционально-вегетативной сферы, психомоторной сферы и поведения, интеллектуального развития);

- оценку вторичных половых признаков;
- выявление нарушений репродуктивного здоровья (анкета).

Осмотр детей подготовительной группы проводят в зимне-весеннее время, преимущественно в период школьных каникул. Школьные карты выдают на руки родителям перед поступлением в школу.

Результаты диспансерных осмотров заносят в медицинскую карту (форма 026/у-2000).

В ДОО педиатр осматривает ребенка в возрасте от 1 года до 2 лет раз в квартал, с 2 до 3 лет — 2 раза в год, детей старше 3 лет – раз в год. В период адаптации врач ДОО осматривает вновь поступивших детей в возрасте до 3 лет раз в 5–6 дней, старше 3 лет – раз в 10–12 дней.

Этапные эпикризы на детей с 1 года до 2 лет составляют ежеквартально, с 2 до 3 лет — 2 раза в год, старше 3 лет — раз в год. Оценка физического развития детей проводят 2 раза в год (осенью, весной) по данным антропометрических показателей (длины и массы тела), для детей дошкольного возраста оценку дополняют результатами тестирования физической подготовленности. Для каждой возрастной группы детей составляют комплексный план оздоровительных мероприятий, направленный на снижение заболеваемости и укрепление здоровья.

При организации комплексных осмотров в ДОО допускаются индивидуальные графики работы специалистов. При этом их работа планируется таким образом, чтобы специалист мог осмотреть не только детей декретированных групп или возрастов, но и детей, состоящих у него на диспансерном учете по форме № 30, находящихся на диспансерном учете по поводу соматических заболеваний, а также детей, представленных на консультацию врачом-педиатром детского учреждения.

Вопросы адаптации и дезадаптации. Ведение ребенка в период адаптации

Наиболее ответственный период пребывания ребенка в дошкольном учреждении — первые дни после поступления, так называемый адаптационный период. Переход ребенка раннего возраста из привычных для него условий семейного воспитания в новую микросоциальную среду оказывает ощутимые эмоциональные воздействия и требует перестройки сформировавшихся ранее форм общения и поведения, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации — дезадаптации. К тому же более тесный контакт с другими детьми увеличивает возможность перекрестного инфицирования, приводит к повышенной возбудимости, а затем и утомляемости нервной системы.

Наиболее сложно протекает период адаптации у детей в возрасте от 9 мес. до 1 года 8 мес., так как к этому времени у детей уже формируются довольно устойчивые привычки.

Для облегчения адаптации к ДОО, в соответствии с инструкцией по приему детей, проводят следующие мероприятия.

- Нового ребенка принимают в часы бодрствования (по режиму для данного возраста). Новый для ребенка режим вводят постепенно, сдвигая его по сравнению с домашним на 10–15 мин в день.
- Родителям в первые 1–2 дня разрешают быть с ребенком в группе, особенно если он сильно плачет, отказывается есть и спать. Всем вновь поступившим детям назначают укороченный день. Время пребывания ребенка в группе увеличивают постепенно на 1–2 ч в день в зависимости от его поведения.

- В первые дни кормят и укладывают спать так, как ребенок привык дома. Кормят осторожно, не настаивают в случае отказа от еды, компенсируя недоедание дома. Одевают тепло, следят, чтобы он не переохлаждался, чтобы ручки и ножки были теплыми. Чаще предлагают ребенку теплое питье, учитывая повышенное мочеиспускание, слезоотделение и сухость слизистых оболочек.
- Разговаривают с ребенком ласково, предупреждая отрицательные эмоции, не дают долго плакать. В первые дни организуют деятельность нового ребенка в стороне от детей, до тех пор пока он сам не проявит интерес и желание играть рядом с детьми.
- В период адаптации воспитатели держат нового ребенка поближе к себе, общаются с ним каждые 2–3 мин взглядом, чтобы успокоить и привлечь к игре.
- На физкультурных занятиях следят за реакцией ребенка, не настаивают на обязательном выполнении упражнений. Используют музыкальные занятия как фактор, улучшающий эмоциональное состояние и самочувствие ребенка.

Направлять в ДОО ребенка, перенесшего какое-либо заболевание, можно не ранее чем через 2 недели.

Вакцинацию ребенка проводят не позже чем за месяц до поступления в ДОО или не ранее чем через месяц после окончания периода адаптации.

Ежедневный утренний прием дошкольников в учреждение проводят воспитатели, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей. Медицинская сестра по показаниям осматривает зев, кожу и измеряет температуру тела ребенка. Прием детей в ясельные группы осуществляет медицинская сестра: ежедневно осматривает зев, кожные покровы, проводит измерение температуры тела. Выявленных при утреннем фильтре больных и детей с подозрением на заболевание в ДОО не принимают; заболевших, выявленных в течение дня, изолируют. В зависимости от состояния ребенок остается в изоляторе до прихода родителей или его госпитализируют.

За состоянием ребенка во время адаптации наблюдают врач, старшая медицинская сестра, педагог и воспитатель группы. Они отмечают ее течение в специальном листе адаптации, в котором указывают фамилию, имя ребенка, возраст, дату, день адаптации, балловую оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции (гнев, страх, отрицательные, положительные эмоции, социальные контакты, познавательная деятельность, сон, аппетит). Контроль и регистрацию результатов наблюдения за детьми в ДОО осуществляет воспитатель. У детей раннего и ясельного возраста эмоционально-поведенческие реакции регистрируют ежедневно, у дошкольников — раз в 3 дня.

Дезадаптация может сопровождаться разнообразными отклонениями в состоянии здоровья. Основная форма дезадаптации у детей раннего возраста — ОРВИ, а у дошкольников — невротические реакции. Дезадаптацию классифицируют по степеням тяжести на легкую, среднетяжелую и тяжелую.

При легкой степени дезадаптации нарушения в поведении отмечаются в течение 10–20 дней. Незначительно снижается аппетит, объем съедаемой пищи до возрастной нормы увеличивается в течение 10 дней.

Таблица 2. Классификация степени тяжести дезадаптации детей к дошкольному учреждению

Симптомы	Дезадаптация			
	легкая	среднетяжелая	тяжелая	
Нарушения поведения (сна, аппетита, отрицательные эмоции, боязнь темноты, пространства, воспитателей; снижение речевой активности, повышенная утомляемость, гипердинамия)	До 10–20 дней, могут отсутствовать	20–40 дней	До 60 дней	Более 60 дней
Нервно-психическое развитие	Не отстает	Замедление речевой активности на 1–2 мес.	Резкое замедление темпа развития на 1–2 квартала, энурез, невротические реакции	
Острые заболевания в первые дни	10 дней, однократно, может не болеть	10 дней, могут быть повторные заболевания	Более 10 дней, повторные, длительные с осложнениями	Формирование синдрома часто болеющего ребенка, хронических заболеваний
Физическое развитие	Не изменяется	Потеря массы тела в течение 30–40 дней	Замедление темпов роста и прибавки массы тела в течение 6 мес.	
Вегетативные нарушения (дермографизм, мраморность, бледность кожи, повышенная влажность)	Нарушений нет или их наличие в течение 10 дней	Нормализация нарушений в течение 15–20 дней	Нормализация нарушений в течение 30 дней	Нарушения не восстанавливаются

Дома сон ребенка, как правило, не нарушен, а в условиях дошкольного учреждения он восстанавливается обычно в течение 7–10 дней. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются в течение 15–20 дней, а иногда и раньше. Взаимоотношения со взрослыми почти не

нарушены, двигательная активность не снижается. Заболеваний в период адаптации не возникает. Легкую адаптацию отмечают в основном у детей старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья.

Дезадаптацию средней степени тяжести регистрируют обычно у детей, поступающих в дошкольное учреждение в возрасте от 9 мес. до 1,5 лет, либо у детей любого возраста с отклонениями в состоянии здоровья или неправильными воспитательными воздействиями в семье (неблагоприятным социальным анамнезом). При этой степени дезадаптации все нарушения в поведении ярко выражены и более длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются не ранее 20–30 дней.

Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 дней, как и нарушение контактов с детьми. Речевая активность не восстанавливается в течение 20-40 дней, эмоциональное состояние неустойчиво в течение первого месяца. Отмечается значительная задержка двигательной активности, которая восстанавливается после 30-35 дней пребывания в учреждении. Взаимоотношения со взрослыми не нарушены. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо. Острое заболевание при адаптации средней степени тяжести возникает в виде респираторной инфекции, протекающей без осложнений.

Значительная длительность (от 2 до 6 мес. и более) и выраженность всех проявлений характерны для тяжелой дезадаптации. Так, дети до 1,5 лет, имеющие в анамнезе факторы риска биологического плана и отклонения в состоянии здоровья до поступления в ДОО, заболевают в декаду пребывания в группе и затем продолжают болеть от 4 до 12 раз и более в течение года. Частота заболеваний снижается лишь на втором году пребывания в детском учреждении, и дети постепенно начинают стабильно посещать ДОО и адекватно реагировать на обстановку. У детей более старшего возраста (после 1,5 лет) может быть другая форма тяжелой адаптации, для которой характерны длительность и тяжесть проявлений неадекватного поведения, граничащего с преневротическими состояниями. Ребенок начинает отставать в речевом развитии и игровой деятельности на 1–2 эпикризных срока (в сравнении с возрастной нормой). В анамнезе этих детей регистрируют неблагоприятные биологические и социальные факторы (нарушения возрастных режимов, методики кормления, организации сна и бодрствования и др.).

В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. В период адаптации детей до 3 лет врач должен осматривать их не реже 1 раза в 5-6 дней, детей 3-7 лет — не реже 1 раза в 10-12 дней.

Адаптацию считают законченной при стабилизации эмоционально-поведенческих реакций на высоком положительном уровне при отсутствии других отклонений в состоянии здоровья, т.е. при адекватном поведении, спокойном и глубоком сне, хорошем аппетите, игровой и речевой активности, установлении положительных контактов с детьми и взрослыми, нормализации всех вегетативных функций, появлении новых признаков нервно-психического развития, нормальной прибавке массы тела, отсутствии заболеваний в течение месяца.

По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает степень тяжести этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

После перенесенного заболевания, а также отсутствия в ДОО более 3 дней детей принимают только при наличии справки участкового врача-педиатра с указанием диагноза,

длительности заболевания, проведенного лечения, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными, а также рекомендаций по индивидуальному режиму ребенка-реконвалесцента на первые 10–14 дней.

В период адаптации важна медико-педагогическая, санитарно-просветительная работа с родителями по вопросам преемственности и достижения единства воспитания и ухода за ребенком в условиях семьи и ДООУ.

Возрастные аспекты социальных проблем в современных условиях. Гигиенические основы воспитания.

Контроль за НПП проводится при каждом диспансерном осмотре здорового ребенка патронажной медицинской сестрой на дому путем опроса матери и выявления уровня развития ребенка с помощью определенной методики.

При соответствии НПП ребенка возрасту или превышении его выставляется I группа НПП. При отставании ребенка хотя бы по одному показателю на один эпикризный срок - II группа НПП. При отставании ребенка хотя бы по одному показателю на два эпикризных срока выставляется - III группа НПП и при отставании ребенка хотя бы по одному показателю на три эпикризных срока - IV группа НПП. Для оценки развития детей в домах ребенка и детей первого года жизни в семье предлагается V группа - задержка не 4-5 эпикризных срока.

Эпикризным сроком для ребенка первого года жизни считается I месяц, для ребенка второго года - квартал и для третьего - полугодие.

Важным индикатором ранних отклонений в здоровье и развитии, еще не получивших манифестного выражения, является поведение ребенка. Поведение ребенка отражает также и уровень возбудимости коры головного мозга, развитие психики, формы его социализации (способность контактировать со сверстниками, взрослыми, воспринимать обучение и др.).

Закаливание

Это комплекс тренировок, которые повышают устойчивость организма в ответ на воздействие факторов окружающей среды: температуру, воздух, воду, солнце. Необходимой составной частью закаливания являются рациональный режим и уход за ребенком, массаж, гимнастика и соответствующее возрастным потребностям питание.

Основные правила закаливания:

- начинать и проводить закаливание только при полном здоровье ребенка;
- вид тренировки необходимо выбрать индивидуально для каждого ребенка с учетом его возраста, состояния здоровья, физического развития, условий быта, отношения семьи и самого ребенка к закаливанию;
- во время закаливания должен соблюдаться принцип постепенности в увеличении нагрузок на организм;
- занятия должны быть постоянными, возобновление закаливающих процедур после длительного перерыва (более 10 дней) следует начинать сначала.

Закаливание воздухом включает комплекс мероприятий, применяемых систематически:

- проветривание помещения: в теплое время года – постоянно открытое окно, форточка, в холодное время года – проветривание 5–6 раз в сутки; применение аэроионизаторов, кондиционеров;
- поддержание температуры воздуха в помещении для грудных детей – 22–20 °С, для детей 1–3 лет – 19–20 °С, старше 3-х лет – 18–19 °С;

- правильный подбор одежды, обеспечивающий тепловой комфорт ребенку, предупреждение перегревания и охлаждения;
- организация прогулок во все времена года с чередованием спокойной и подвижной деятельности;
- проведение дневного сна на открытом воздухе во все времена года;
- воздушные ванны – как фактор наименьшего воздействия на организм. Их начинают проводить практически с первой недели жизни ребенка, когда его на 1–2 минут при смене пеленок оставляют раздетым 2–3 раза в день. С 1,5–2 месяцев воздушные ванны в комнате становятся режимным моментом при температуре воздуха 20–22 °С. Каждые 5 дней продолжительность воздушной ванны увеличивается, но не более чем до 30 минут. Это время используется для проведения массажа, гимнастики; полезно воздушную ванну закончить обливанием.

Закаливание водой

Водные процедуры – более сильное средство закаливания; они могут быть местными и общими. Местные процедуры начинают с обтирания. Ребенку с месячного возраста вначале проводят сухие обтирания – постепенные растирания махровым полотенцем или фланелевой рукавицей кожи рук, ног, затем туловища до легкой красноты, с переходом через 7–10 дней на влажные обтирания, когда полотенце смачивают водой с температурой 37–37,5 °С и хорошо отжимают. Каждые 5–7 дней температуру воды снижают на 1 °С, доводя ее для детей первого года жизни до 25–26 °С и до 20–21 °С для детей двух лет. Обтирания можно проводить после ночного сна, а также после массажа и гимнастики.

Важная закаливающая процедура – обливание ног. Проводят ее детям с 1,5–2 лет водой комнатной температуры, постепенно снижая на 1 °С в неделю и доводя до 20 или 18 °С. Продолжительность процедуры – 20 сек; объем воды на каждое обливание – около 1 л. После обливания ноги насухо вытирают мягким полотенцем до порозовения кожи. Процедуру проводят на ночь, одновременно вырабатывается полезный гигиенический навык.

Более действенное и активное закаливающее влияние оказывают **контрастные ножные ванны**, когда используют поочередное погружение ног в резервуары с теплой (температура 37–38 °С) и прохладной водой (температура постепенно снижается от 33–34 °С до 18–20 °С).

В теплую воду ноги погружают на 3–4 минуты, в прохладную на 15–20 секунд, число погружений – 4–6. После процедуры ноги вытирают махровым полотенцем до появления порозовения кожи.

С первых месяцев жизни обливание входит в состав обычной ежедневной гигиенической ванны. После ванны ребенка обливают водой, температура которой на 1–2 °С ниже температуры в ванне.

Закаливание солнечными лучами

Солнечные ванны – очень сильный вид закаливания. Детей до 1,5 лет выносить на прямые солнечные лучи не следует, хотя уже во втором полугодии они могут принимать воздушные ванны в тени под рассеянными солнечными лучами (в кружевной тени деревьев) для профилактики рахита.

Первые солнечные ванны надо проводить при температуре воздуха 22–25 °С и отсутствии ветра. Перед проведением солнечной ванны ребенок должен принять воздушную ванну. Голову во время солнечной ванны прикрывают панамой или шляпой. После солнечной ванны ребенка можно облить водой или позволить ему искупаться. Затем

ребенка вытирают и отводят в тень. Оптимальное время для солнечных ванн на юге – 8–10 часов утра, в средней полосе – 11–12 часов. Продолжительность ванн – от 3–5 до 30–50 минут; курс – до 1,5–2 месяцев.

В северных и средних широтах для профилактики рахита используется УФО ртутно-кварцевыми лампами, которое оказывает влияние и на иммунологическую резистентность организма. За осенне-зимне-весенний период проводят 2 курса УФО (20 сеансов, начиная с ¼ биодозы до 2,5 биодозы на каждую поверхность тела).

4. Практическая часть:

Задание 1 Оформите профилактический осмотр ребенка перед поступлением в ДОУ

Мальчик 3 года. Оформляется в ДОУ.

Прошел базовую скрининг программу: рост и масса средние, OD=OS – нормальные, острота слуха нормальная, протенурии и глюкозурии в моче нет.

Осмотрен узкими специалистами – невролог, детский хирург, детский стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр детский, детский уролог-андролог, детский эндокринолог – здоров. Проведены исследования: ОАК, ОАМ – без патологии

В соматическом статусе без патологии. Диагноз - Здоров.

Задание:

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.
2. Поставьте клинический диагноз, группу здоровья
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, группе занятий физкультурой.
4. Назначьте профилактические прививки

Рост	Результаты исследований по скрининг программе (для декретированных возрастов)
Масса	Диспансерное наблюдение узкими специалистами
	Жалобы:
	Объективный осмотр:
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	
ФР	
НПР	
Диагноз	
ГЗ	
Рекомендации: режим	
Питание	
Группа физкультуры – основная, ослабленная	
Профилактические прививки	

Задание 2 Проведите оценку оздоровительного урока физвоспитания в ДОУ

Занятие по физическому воспитанию в ДОУ, группа детей в возрасте 3-4 лет. На занятии присутствуют 10 детей в спортивной форме. Фактическая длительность урока – 15 минут.

Хронометраж урока - вводная часть урока – 2 минуты, основная – 10 минут, заключительная – 3 минуты.

Время, затраченное на движения 10 минут. Пульс перед занятием у ребенка 4 лет – 105 уд в мин, после вводной части занятия – 125, после основной – 160, после заключительной – 110.

Задание:

1. Рассчитайте моторную плотность урока.
2. Постройте график физиологической нагрузки
3. Напишите заключение по проведению урока
4. Дайте рекомендации воспитателю

Класс	ДОУ
Количество детей	
Урок физкультуры по счету в расписании	
Фактическая длительность урока	
Наличие спортивной формы	
Хронометраж урока:	
Вводная часть (%)	
Основная часть (%)	
Заключительная часть (%)	
Моторная плотность урока (%)	
Физиологическая кривая пульса:	
Вводная часть (%)	
Основная часть (%)	
Заключительная часть (%)	
График нагрузки	
Заключение по уроку	
Рекомендации учителю, воспитателю	

5. Вопросы для собеседования

1. Подготовка детей к поступлению в ДОУ. Режим дня. Воспитание детей раннего возраста.

2. Игра в познании детьми окружающего мира, подбор игрушек для детей различного возраста, стимуляция сенсорного развития.

3. Формирование навыков при одевании и раздевании, саморегуляции функций. Комплексы массажа и гимнастики. Закаливание.

6. Тестовые задания

Вариант 1

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. При комплексной оценке состояния здоровья ребёнка врач-педиатр не учитывает:

- а) наличие хронической патологии
- б) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития
- в) резистентность и реактивность организма
- г) семейный анамнез ребёнка

2. Укажите, в какие сроки происходит нормализация реакций при течении адаптации к ДОО средней тяжести:

- а) 10-20 дней
- б) 20-40 дней
- в) 60 дней
- г) более 60 дней

3. Для оформления ребёнка в ДДУ необходимы следующие обследования, кроме:

- а) анализ кала на дисбактериоз
- б) анализ периферической крови
- в) соскоб на энтеробиоз
- г) титр противокоревых антител

4. Критерии здоровья дошкольников включают все, кроме :

- а) резистентность организма
- б) физическое развитие
- в) биологический возраст
- г) поведенческие реакции

5. Этапы профилактических медицинских осмотров детей декретированных возрастов, кроме:

- а) специализированный
- б) доврачебный (на основе программы скрининг-тестов)
- в) лечебный

6. Согласно штатным нормативам в детских садах работает один педиатр на . .

- а) 600 детей.
- б) 500 детей.
- в) 400 детей.
- г) 300 детей.

7. Медицинскими группами по физическому воспитанию в ДДУ являются все, кроме:

- а) основная
- б) подготовительная
- в) ослабленная

Вариант 2

Укажите один правильный ответ

1. Какие скрининг-методы применяются для диагностики нарушений осанки и сколиоза

- а) визуальный скрининг-тест, осанкометрия
- б) рентгенография позвоночника
- в) метод Штриттера

2. Для оценки состояния здоровья детей применяют:

- а) три группы здоровья
- б) четыре группы здоровья
- в) пять групп здоровья

3. Перепись детей в ДДУ проводится:

- а) ежемесячно
- б) 1 раз в год
- в) 2 раза в год
- г) 1 раз в квартал

4. При оформлении детей в ДДУ они могут не посещать следующих специалистов:

- а) участкового педиатра
- б) невропатолога
- в) эндокринолога
- г) окулиста

5. К мероприятиям, обеспечивающим профилактику инфекционных заболеваний в ДДУ, относятся все, кроме:

- а) работа фильтра,
- б) прием только здоровых детей,
- в) изоляция заболевших детей,
- г) текущая дезинфекция,
- д) вакцинация,
- е) обследование и наблюдение за контактными детьми,
- ж) оценка физического развития

6. Критерии здоровья дошкольников включают все, кроме:

- а) биологический возраст
- б) физическое развитие
- в) наличие хронического заболевания
- г) резистентность организма
- д) поведенческие реакции

7. При комплексной оценке состояния здоровья ребёнка врач-педиатр не учитывает:

- а) наличие хронической патологии
- б) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития
- в) резистентность и реактивность организма
- г) семейный анамнез ребёнка

Эталоны ответов:

Вариант 1 1-а, 2-б, 3-а, 4-г, 5-в, 6-а, 7-б,

Вариант 2 1-в, 2-в, 3-б, 4-в, 5-ж, 6-д, 7 - а