

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.23 Сестринское дело в педиатрии
Специальность	34. 03. 01 Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 2	Нервно - психическое развитие ребенка

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии»:

Разработаны:

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

Безроднова С.М.

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

Шишалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Учебные и воспитательные цели:

Время 90 мин.

Учебно-материальное обеспечение: видеоманитофон, кодоскоп, слайды в системе мультимедиа.

Распределение времени лекции:

Вступительная часть 5 мин.

Учебные вопросы лекции

1. 25 мин.

2. 25 мин.

3. 25 мин.

Заключение 5 мин.

Задание студентам для самостоятельной работы 5 мин.

Содержание лекции:

Вступительная часть: Процессы роста и развития составляют основную характеристику детского возраста. Изучение закономерностей развития, создание методов его практического контроля, защита и обеспечение нормального развития детей - одни из главных составных частей педиатрической науки.

Учебные вопросы:

Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Развитие психических и статических функций у детей первого года жизни. Эмоциональное состояние, уровень умственного развития дошкольников и школьников. Методика и критерии оценки нервно-психического развития.

Заключение: Знание закономерностей развития детей, морфологические и физиологические особенности органов и систем детского организма позволяет дифференцированно подходить к вопросам воспитания, ухода, ранней диагностики отклонений в состоянии здоровья и их коррекции у детей различных возрастных периодов.

Основной метод профилактического наблюдения детей – диспансеризация, которая осуществляется системой непрерывного медицинского наблюдения соответственно возрасту, особенностям развития и состояния здоровья.

Весь комплекс профилактических мероприятий на участке совместно с педиатром осуществляет участковая медсестра, медсестра кабинета здорового ребенка и медсестра прививочного кабинета. Основная задача педиатра и медсестры при профилактическом осмотре – определить уровень здоровья и развития, выявить наличие отклонений в состоянии здоровья у ребенка, назначить корректирующие мероприятия.

Перед профилактическим осмотром в поликлинике ребенка на дому посещает медсестра и выясняет, как выполнялись рекомендации педиатра, наличие жалоб у матери, характер и особенности вскармливания ребенка. При осмотре обращается внимание на цвет кожи и слизистая, физиологические отправления, оценивается нервно-клиническое развитие ребенка (скрининг) особенности его поведения. Медсестра дает советы по уходу, вскармливанию, обучает мать элементам массажа, гимнастики, закаливания, оформляет свой патронаж в истории развития (Ф.112) и приглашает мать на прием к педиатру.

На приеме ребенку проводятся антропометрические измерения, оценивается уровень и гармоничность физического развития. По данным патронажа медсестры и из беседы с родителями. Согласно показателям нервно-психического развития, выставляется группа НПП и оценивается поведение ребенка.

Процессы роста и развития составляют основную характеристику детского возраста. Изучение закономерностей развития, создание методов его практического контроля, защита и обеспечение нормального развития детей - одно из главных составных частей педиатрической науки.

Методы, при помощи которых изучается физическое развитие детей включают антропометрию, осмотр и описание признаков телосложения и внешнего облика, исследование физической работоспособности.

Рост – отображение системного процесса развития, контроль за физическим развитием ребенка имеет не только физиологическое, но и медицинское значение. Наивысшие темпы роста относятся к периоду в/у развития, на постнатальном периоде к первым месяцам жизни, затем к первому году. У детей наблюдается неравномерность изменений скорости роста. Так например у детей имеется несколько периодов вытяжения, которые повторяются каждые 2.5 года, в промежутке между периодами вытяжения рост детей почти не меняется.

С позиций биологии и генетики, рост – это генетически запрограммированный процесс увеличения массы тела, линейных и объемных размеров организма при оптимальном поступлении пищевых нутриентов и благоприятных условиях внешней среды, физическое и нервно-психическое развитие – это целостный процесс, совокупность антропометрических, психометрических и морфо-функциональных показателей и их взаимосвязей

Физическое развитие следует оценивать по ряду измеряемых показателей (длина, масса тела, толщина кожных складок, окружность головы, площадь поверхности тела) и функциональных показателей (анализ крови, активность ферментов, по возможности – уровень гормонов).

Эти данные сравнивают со стандартными величинами по таблицам средних величин с сигмальными отклонениями, а антропометрические данные также по таблицам центильного распределения массы и длины тела в зависимости от возраста и пола. Желательно пользоваться региональными нормативами.

Определение физического развития осуществляется в декретированные сроки:

- на 1 году жизни – один раз в месяц;
- на 2 году жизни – один раз в квартал;
- на 3 году жизни – два раза в год;
- старше 3 лет – один раз в год.

Оценка физического развития производится в следующей последовательности:

- измерение и взвешивание;
- оценка наличия или отсутствия резко выраженных конституциональных особенностей телосложения или полового развития;
- оценка каждого отдельного показателя и в совокупности;
- определение дальнейшей тактики наблюдения за ребенком;
- определение биологического возраста ребенка.

Для того чтобы оценить уровень физического развития нужно знать нормативы прибавки роста, веса, окружности груди и головы в различные возрастные периоды.

В течение первого месяца жизни, прибавка массы тела составляет 500-600 г, на втором - третьем месяце – до 800 г в месяц, на 4-5-6мес - 750-700-650 г, во втором полугодии в среднем 500 г в месяц. К полугоду масса тела составляет в среднем 8000 г, к году 10-10,5 кг. Дальнейшие прибавки массы тела составляют 2 кг в год, а в препубертатном и пубертатном возрасте могут достигать иногда 5-8 кг.

Среднесуточная прибавка массы тела до: месяцев 20 г, от 6 до 12 мес. – 15 г. Масса тела при рождении удваивается к 4 мес., утраивается к 1 году.

Ежемесячный прирост длины тела составляет до 3 мес. – 3 см, от 3 до 6 мес. – 2,5 см, затем 1,5 – 2 см до 12 мес. В течение первого года ребенок вырастает на 25 см, и к году рост ребенка достигает 75 – 76 см. В течение второго года рост увеличивается на 12 – 13 см, за 3 год жизни на 7 – 8 см.

Окружность головы в возрасте 1 года у мальчиков 47 см, у девочек – 45,6 см. В среднем окружность головы увеличивается на 1 см в месяц начиная с рождения.

Окружность грудной клетки у новорожденного 33 – 35 см, возрастает ежемесячно на 1 – 1,3 см и к году достигает 48 см.

Величина окружности головы до месяцев больше окружности грудной клетки при рождении на 1 см, обе окружности сравниваются в 3 месяца, а затем окружность грудной клетки преобладает над окружностью головы.

Для оценки физического развития используются 2 способа (сигмальный) – параметрический и непараметрический (центильный). Центиль – сотая часть вариационной шкалы, центильные таблицы, в отличие от сигмальных не требуют дополнительных расчетов. Любой из признаков (длина, масса, окружность головы, грудной клетки) включается в свою область или «коридор» центильной шкалы. «Коридоры» (пространство между цифрами) отражают диапазон величин признака. Результаты исследования в области до 3 центиля указывают на очень низкий показатель, от 3 до 10 на низкий, от 10 до 25 – на сниженный. Значения показателей в зоне от 25 до 75 центиля принимают за средние или условно нормальные величины. Область от 75 до 90 центиля соответствует повышенному, 90- 97 высокому показателю, а от 97 центиля и выше – очень высокому показателю.

Наибольшими отклонениями в ФР следует считать – низкий рост в сочетании с низкой массой тела (до 3 центиля); высокая масса тела (выше 97 центиля) при любой длине тела.

Вероятность патологической природы этих отклонений достаточно высока, поэтому дети с указанными показателями развития требуют обязательного обследования и консультирования специалистами.

В первые 3 месяца жизни существенный вклад в показатели роста вносит собственная генетическая детерминанта ребенка, из средовых факторов самый постоянный вклад – у фактора питания. Решающее значение для физического развития ребенка первого года жизни имеют рациональное вскармливание, защита от инфекционных агентов, хороший уход и раннее физическое закаливание.

Контроль за нервно-психическим развитием проводится как и оценка физического развития в эпикризные сроки. Эпикризными сроками на первом году жизни являются 1 мес, на втором году – 3 мес, на 3 году – 6 мес.

За норму развития ребенка на первом году жизни принимается овладение умениями в пределах ± 15 дней от паспортного возраста. Ранним или ускоренным развитием считается, если ребенок овладел умениями в более ранние сроки. Замедленное развитие определяется при овладении умениями в более поздние возрастные сроки. Наиболее важными объектами дифференцированной оценки являются восприятие, особенно зрительно- слуховое, моторика, эмоциональные реакции, контакты с взрослыми (психосоциальное развитие) и речевая деятельность.

В практической медицине оценка темпов нервно-психического развития детей первого года жизни проводится ежемесячно по соответствию формирующихся у ребенка умений.

На первом месяце: улыбка на разговор взрослого, пытается поднять и удерживать голову лежа на животе, кратковременно фиксирует взгляд на предмете и следит за ним при движении, прислушивается к звуку, голосу взрослого.

Ко второму месяцу: рассматривает висящие над ним игрушки, следит за движущейся перед глазами игрушкой, поворачивает голову в сторону источника звука, держит голову, улыбается на обращение к нему.

На третьем месяце: сосредотачивается на лице говорящего или на игрушке, появляется «комплекс оживления», улыбка, узнает грудь, или бутылочку, лежит на животе несколько минут, хорошо держит голову, при поддержке под мышки крепко упирается ногами.

К четвертому месяцу: узнает мать, поворачивает голову и находит глазами невидимый источник звука, переворачивается со спины на живот, громко смеется, когда с ним разговаривают. Рассматривает и захватывает игрушки, висящие перед ним, гулит, придерживает при кормлении грудь матери или бутылочку.

К пяти месяцам: отличает своих от чужих, подолгу певуче гулит, берет игрушку и держит ее, долго лежит на животе, упираясь на ладони выпрямленных рук, стоит при поддержке, ест с ложки полугустую или густую пищу.

К шести месяцам: по разному реагирует на свое и чужое имя, произносит отдельные слоги (лепет), сидит с минимальной поддержкой, перекладывает игрушки из одной руки в другую, переворачивается живота на спину, хорошо ест с ложки. пьет из чашки, начинает ползать.

К восьми месяцам: долго занимается игрушками, выполняет просьбу взрослого «дай ручку», «до свидания», может садиться и ложиться из сидячего положения, сам встает, придерживаясь руками, стоит, опускается, переступает.

К девяти месяцам: на вопрос «Где?» отыскивает несколько знакомых предметов, знает свое имя. С предметами действует по-разному в зависимости от их свойств: катит шар, вынимает один предмет из другого, Ходит с поддержкой. Выговаривает «мама», «баба».

К десяти месяцам: повторяет за взрослыми звуки и слоги, по просьбе взрослого находит и дает знакомую игрушку, влезает на диван, ступеньку, ящик, слезает с них.

К одиннадцати месяцам: употребляет первые слова - обозначения «ав – ав», «кис-кис» первые обращения в понимаемой речи (по просьбе находит мяч, машину), овладевает навыками: овладевает новыми действиями с предметами: накладывает один кубик на другой, снимает со стержня и надевает на него свободно снимающиеся кольца, стоит самостоятельно, делает первые шаги.

К двенадцати месяцев: легко подражает шагам, употребляет от 2 до 12 слов самостоятельно ходит, переносит действие одного предмета на другой – всех кормит, самостоятельно пьет из чашки - берет ее руками, ставит на стол, подает игрушку, исполняет простые действия, сопровождается их лишними жестами.

Для более точного определения уровня нервно – психического развития детей до 3 лет разработана количественно – качественная градация, позволяющая объективно оценить развитие каждого ребенка. Согласно этой оценке, дети могут быть распределены на 5 групп нервно – психического развития (НПР):

- 1 группа – нормальное развитие или опережение на 1 –2 эпикризных срока;
- 2 группа- отставание на 1 эпикризный срок по 1-4 показателям;
- 3 группа – отставание на 2 эпикризных срока по 1-4 показателя;
- 4 группа – отставание на 3 эпикризных срока;
- 5 группа – отставание на 4 и более эпикризных срока;

Дети, отнесенные в 4 группу, должны расцениваться как имеющие пограничное с патологией состояние; дети, отнесенные в 5 группу НПР, - как дети с патологией. При определении группы развития учитывается отсутствие умения по каждому показателю по одной линии развития. Учитываются эмоции, зрительный и слуховой анализатор, двигательная активность, развитие речи.

Возможными вариантами нервно-психического развития могут быть:

- соответствие возрасту;
- отставание (ретардация): указать, на сколько месяцев;
- ускорение (акселерация).

После объективного осмотра врач выставляет диагноз: «здоров», «угрожаемый по какой-либо патологии» (группа риска) или «болен», а так же указывает группу здоровья (I, II А, II Б, III, IV, V), группу риска.

Критическая фаза первого года жизни – возраст 4-6 мес. вследствие:

- перехода на смешанный характер вскармливания;
- развитие пищевого дефицита железа, меди, кобальта, цинка, марганца, вит. Е и С;
- достижения максимального темпа увеличения массы тела;
- направленного энергетического обмена при неустойчивости процессов окислительного фосфорилирования;

- склонности к дегидратации при заболеваниях;
- катаболизм материнских антител.

Эти морфо-функциональные особенности определяют следующие проблемы:

- склонность к частым заболеваниям из-за сниженного пассивного гуморального иммунитета;
- частые проявления дефицита вит. Д (рахит), железа (анемия), пищевой сенсibilизации организма;
- интенсивное развитие бинокулярного зрения, памяти;
- преобладание первичного иммунного ответа (с синтезом IgM) на большинство антигенов.

Оценивая неврологический статус ребенка первого года жизни в динамике, следует тщательно контролировать сроки «обратного» развития ряда врожденных рефлексов орального и спинального автоматизма (задержка которых мешает становлению следующего этапа позотонических рефлексов). Так, к 4 месячному возрасту должно происходить угасание рефлексов: хватательного, Моро, шагового автоматизма, поискового. Их задержка расценивается как патологическое состояние ЦНС.

Весь 2 год жизни является критической фазой в связи с «социализацией ребенка»: формирование прочных условных рефлексов. Развитие речи, расширение контактов с окружающим миром, взрослые, сверстники, домашние животные, растения. На 2 году жизни Особое внимание уделяется таким показателям как исследовательская деятельность, строительные и подражательные игры, общение со сверстниками.

Для 2 года жизни характерно:

замедление роста при выраженном преобладании анаболизма над катаболизмом;

почти линейный (изометрический) рост;

первичный иммунный ответ на многие микробные антигены, недостаточность местного иммунитета.

Угрожаемые состояния и заболевания:

- появление недостаточности гормонов роста;
- появление малых мозговых дисфункций, невротические реакции,
- задержка развития речи (как транзиторное, так и устойчивое);
- повторные вирусные и микробно-воспалительные заболевания,
- учащение детских инфекций;
- учащение бытового травматизма, несчастных случаев;
- рост общей заболеваемости по сравнению с первым годом жизни.

На третьем году жизни особое внимание уделяется таким показателям как подражательная деятельность ребенка, активный контакт с детьми, стремление к самостоятельности, независимости, общению с окружающими при помощи речи.

Для нормального физического и нервно-психического развития ребенка важны не только достаточное и полноценное питание, но и гигиенические условия жизни, правильный уход, воспитание, соблюдение соответствующего возрасту режима.

Режим для ребенка любого возраста состоит из чередования сна, приема пищи, бодрствования с активной деятельностью и отдыха с прогулками. Режим дня для детей раннего возраста строится с учетом их возрастных и индивидуальных особенностей, состояния здоровья, а также характера сна и бодрствования. Новорожденный ребенок большую часть суток спит. Однако сон его еще неустойчив и беспорядочен. Активность ребенка вызывается в основном голодом, болью или внешними воздействиями, такими как резкий звук, свет, изменение температуры воздуха. На втором месяце жизни бодрствование становится более длительным, а в 2-3 мес. может продолжаться до 1,5 часа. К году продолжительность его удлиняется до 3 часов, а к 3 годам до 5,5 – 6 часов. Время сна у детей 3 мес. жизни составляет не менее 16,5 час. в сутки, в возрасте 1 года – 14,5 час, в 3 года – 12 час. В первые месяцы жизни ребенок спит днем 3 – 4 раза по 1,5 – 2 часа, с 9 – 10 мес. 2 раза по 2,5 часа, после года 1 раз в течение 3 – 3,5 час, а к 3 годам 1 раз – 2 часа.

На поведении ребенка и его развитии неблагоприятно сказывается как ранний переход на режим с более укороченным временем для сна, так и уменьшение времени бодрствования. В первом случае недостаточная продолжительность сна ведет к переутомлению нервной системы, и ребенок часто становится вялым, капризным; во втором - капризничает перед укладыванием в постель, трудно засыпает.

В формировании режима важную роль играет время кормления. В период новорожденности рекомендуют свободное вскармливание. Но уже к концу 2-3 недели жизни вырабатывается условный рефлекс на время, и ребенок просыпается соответственно установленному режиму, после кормления бодрствует, а затем засыпает и глубоко спит.

Важное условие бодрствования в любом возрасте – активность ребенка. У детей первых месяцев жизни ее стимулируют подвешиванием ярких игрушек, обращенным к ребенку разговором, занятиями гимнастикой, массажем. Для детей второго полугодия жизни и особенно после года организуются занятия, развивающие действия с предметами, речь, движения. В первые 1,5 года большую воспитательную роль играет индивидуальное общение с детьми. После 1,5 – 2 лет дети тянутся к сверстникам и активно участвуют в групповых занятиях.

Повышению адаптационных возможностей и сопротивляемости организма ребенка неблагоприятным фактором внешней среды способствуют регулярное физическое воспитание и использование закаливающих процедур. В основе закаливания лежит тренировка организма к переносимости различной интенсивности таких внешних факторов, как солнечная радиация, температура воздуха и воды, влажность и подвижность воздуха, физическая нагрузка. При правильно проводимом закаливании: повышается устойчивость организма ребенка к меняющимся условиям внешней среды, контрастным изменениям отдельных ее факторов; возрастает сопротивляемость организма болезням; стимулируется общее физическое и нервно-психическое развитие; повышается выносливость ребенка к физическим и умственным нагрузкам.

Закаливающие процедуры назначают не только совершенно здоровым детям, но и ослабленным после перенесенных заболеваний, в результате неправильно организованного питания, режима, других причин. Однако в каждом отдельном случае должны учитываться возраст, индивидуальные особенности ребенка, состояние здоровья, степень физического и нервно-психического развития, предшествующие условия жизни.

Основная задача при проведении закаливающих процедур воздухом - расширение адаптационных возможностей организма ребенка. Закаливание воздухом начинается по существу с первых дней жизни: при проветривании помещения, где живет ребенок, при контакте воздуха с кожей во время пеленания, при прогулках. Однако если не проводить целенаправленного закаливания, такие воздействия меняющейся воздушной среды могут вызвать нежелательные реакции простудного характера.

В летнее время при хорошей погоде прогуливать можно начинать сразу после выписки из роддома, при плохой погоде проводить их в закрытом помещении, открыв окно, или на террасе. В осенне-зимнее время прогулки начинают с 2 – 3 недельного возраста при температуре не ниже -5°C , а после 3 месяцев не ниже -10°C . В начале длительность прогулки зимой не должна превышать 20 минут, постепенно доведя до 1,5 часов 2-3 раза в день. В летнее время при благоприятной погоде ребенок может быть на воздухе в тени в течение всего светового дня. Дети раннего возраста, в соответствующей погоде одежде могут находиться на воздухе зимой 5-6 часов, летом желательно весь день.

Закаливание с помощью солнечных лучей происходит уже при систематическом закаливании ребенка воздухом. Облучение солнцем усиливает обмен веществ в организме, стимулирует выработку витамина Д, способствует нормализации процессов окостенения, улучшает выделение продуктов обмена через кожу и слизистые, менее чувствительными к переохлаждению, стимулирует клеточный и гуморальный иммунитет.

В летний период на закаливающий курс обычно назначают 25 – 30 солнечных ванн при температуре воздуха в тени $20 - 22^{\circ}\text{C}$. В первые 2 – 3 дня продолжительность

солнечных ванн не более 5 минут, затем увеличивают для последующих ванн на 5 минут, но не более 60 минут. Лучшее время для солнечных ванн 9 – 11 часов в июне-июле, 10 - 12 часов в мае, августе.

Вода – сильный фактор закаливания организма. Используя разность температур воды и тела, ребенка можно быстро приучить к меняющимся внешнесредовым метеорологическим условиям. Закаливающие водные процедуры можно начинать с раннего детства. В определенной степени к водной процедуре относится гигиеническая ванна. Температура воздуха в помещении во время процедуры должна быть не ниже 25 °С, температура воды в ванне – первоначально 36 °С. Ванны для закаливания назначают ежедневно, при этом температура воды снижается на 1 °С каждые 3 дня, доходя до 30 °С.

В комплексе закаливающих процедур для детей одно из важнейших мест занимает гимнастика, которая должна предшествовать всем другим закаливающим мероприятиям. Она снижает чувствительность рецепторного аппарата к прохладному воздуху и воде, улучшает кровообращение, увеличивает глубину дыхания, активизирует обмен веществ. В грудном возрасте гимнастические упражнения строго индивидуальны. Они всегда выполняются при активном участии взрослого (медсестры, массажистки, или обученной той же методике матери), с учетом возраста, сезона и состояния здоровья ребенка.

Комплекс гимнастики должен составляться с учетом возраста, включать упражнения, тренирующие основные крупные мышечные группы ног, плечевого пояса, спины, живота. Важно, чтобы движения мелких мышечных групп сочетались бы с движениями крупных. Учитывая, что у детей даже крупные мышцы устают быстро, нельзя долго фиксировать их в одном положении и длительно повторять одно и то же упражнение.

Массаж – один из видов пассивной гимнастики. Она оказывает регулирующее влияние на функции ССС, дыхательной, пищеварительной и других систем, воздействует на рецепторный аппарат поверхностных и глубоко расположенных тканей, улучшает трафику и обмен веществ. Массаж для детей раннего возраста всегда сочетается с лечебной физкультурой. Объем активных движений в раннем возрасте относительно не большой и постепенно нарастает после года. В связи с этим массаж и лечебную физкультуру для маленьких детей одновременно выполняет сестра массажистка.

Существует несколько приемов общего и местного массажа (поглаживание, растирание, поколачивание и вибрация). Два последних в раннем возрасте используются очень редко.

Общие правила массажа следующие:

- ребенок всегда находится в положении лежа, что способствует расслаблению не только массируемых, но и других мышц тела;
- процедура проводится на специальном столе, покрытом одеялом, клеенкой и простыней, или на кушетке, нельзя проводить массаж на колеблющейся кровати;
- массажистка находится против ребенка, а не сбоку;
- руки массирующего – чистые, теплые, без ссадин, царапин, с коротко постриженными ногтями;
- для массажа используют стерильный вазелин, или детский крем.

Важным звеном в формировании здоровья ребенка является безопасная вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний. Профилактические прививки проводятся согласно составленному плану, в сроки, предусмотренные календарем прививок (приказ № 375 от 18.12.97). Прививки выполняются только в прививочном кабинете поликлиники или в мед. кабинете ДДУ, школы.

Проф. прививки должны проводиться в сроки установленные календарем прививок, совмещая указанные для каждого возраста вакцины. Для проведения последующих прививок минимальный интервал не менее 4 недель. При нарушении срока вакцинации допускается одновременное проведение нескольких вакцинаций отдельными шприцами в разные участки тела (кроме туберкулеза). Во избежании контаминации не допустимо совмещение в один день прививки против тbc с другими. Случаи отказа от прививок пись-

менно оформляется в мед. документах с обязательными подписями как родителей, так и мед. работника.

Противопоказания к вакцинации должны способствовать снижению частоты неблагоприятных осложнений в поствакцинальном периоде. Существует не очень много расстройств здоровья, повышающих риск поствакцинальных осложнений - именно они и включены в список противопоказаний. Наличие этой патологии совсем не обязательно означает, что прививка дает осложнения.

Подготовка ребенка в детских коллектив должна начинаться с первых дней его жизни. Она должна осуществляться участковым врачом и медсестрой, работниками кабинета здорового ребенка. Не менее чем за 2-3 месяца до поступления в ДДУ ребенок осматривается педиатром, специалистами, ему проводится антропометрия, психометрия, клинические анализы крови, мочи, кал на яйца глистов. Если ребенок имел отклонения в состоянии здоровья, то после соответствующих оздоровительных мероприятий дети повторно осматриваются педиатром непосредственно перед поступлением в ДДУ.

При переходе ребенка от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе ломаются психологический и динамический стереотип, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации - дезадаптации. Наиболее сложно период адаптации к новым условиям у ребенка протекает в возрасте от 9 мес. до 1г.8 мес., так как к этому возрасту у детей уже формируются довольно устойчивые привычки. Различают 3 степени адаптации: легкую, среднетяжелую и тяжелую. При этом основными параметрами являются сроки нормализации поведения частота и длительность заболевания ребенка, нервно-психическое развитие, вес, рост.

Период адаптации можно считать законченным, когда поведение ребенка становится адекватным обстановке, появляются положительные эмоциональное состояние, хороший сон, аппетит, достаточная прибавка массы тела, заболеваемость не выше, чем у сверстников длительно

Период дошкольного возраста охватывает от 4-7 лет жизни. В этот период происходит уменьшение жировой прослойки и нарастание массы мышц. Поэтому округлость конечностей уменьшается, хорошо видна разница диаметров бедра и голени, плеча и предплечья, начинает просматриваться рельеф мышц. Туловище теряет цилиндрическую форму, хорошо дифференцируется грудь и живот. Существенно углубляется рельеф лица, увеличивается размер нижней челюсти.

В дошкольном возрасте энергия роста значительно ослабевает, мышечная система заметно укрепляется, нарастает масса более крупных мышц. Среднегодовой прирост длины тела составляет на 4-5-6 годах жизни около 6 см. Ежегодная прибавка массы тела составляет немногим более 2 кг. Увеличение массы соответствует приросту длины тела.

Угрожаемые состояния и заболевания:

- * задержка роста под влиянием хронических заболеваний;
- * быстрая истощаемость нервных процессов, эмоциональное перенапряжение;
- * учащение пограничных состояний, невротических реакций, функциональной патологии.

В этом возрасте наибольшая частота многих детских инфекций (кроме коклюша, скарлатины), паразитарных заболеваний; происходит формирование многих хронических соматических болезней.

У каждого ребенка этого возраста необходимо оценить нервно-психическое развитие в соответствии с разработанными нормативами, и проводить эту оценку в динамике 4-5-6 годов жизни, чтобы не упустить время для возможной коррекции.

К 5 годам у ребенка вырабатывается правильная осанка. Формируется двигательная активность, излюбленными являются - подвижные игры. Отсутствие должных навыков поведения при повышенной подвижности у дошкольников часто приводит к травмам. Организация профилактики травматизма и нарушений осанки у детей этого возраста важна как в детских садах, так и в домашних условиях. К концу дошкольного возраста смена мо-

лочных зубов на постоянные. После 7 лет регистрируется небольшое увеличение прироста массы тела до 4 кг. Критическая фаза этого возраста - 6 год жизни. В этот период : начинается период первого вытяжения, завершается дифференцировка межполушарного взаимодействия головного мозга, нарастает сила подвижность процессов высшей нервной деятельности, происходит изменение в формуле крови в сторону преобладания гранулоцитов над лимфоцитами. Многие показатели иммунной системы соответствуют значениям взрослых, хотя становление ее не завершено, отмечается самый высокий уровень Ig E в сыворотке крови.

К 7 годам большинство детей готовы к посещению школы. Для физической зрелости перед школой характерно выпадение первого зуба, способность правой рукой через голову достать мочку левого уха; умственная зрелость характеризуется нормальным интеллектом, способностью применить его в школе, способностью на протяжении одного урока сидеть спокойно, с периодическим концентрированием внимания; способностью сознательно подчиняться требованиям учителя, хорошо усваивать материал, успешно адаптироваться к школе.

В 6 лет определяется, так называемая, школьная зрелость. Чтобы ребенок мог успешно учиться и выполнять свои школьные обязанности, он к моменту поступления в школу должен иметь соответствующий биологический возраст, определенный уровень физического и психического развития. Критерием биологического возраста служит количество прорезавшихся постоянных зубов. Готовность детей к обучению в школе определяется степенью функционального развития отдельных органов и систем. Это, прежде всего, относится к развитию психики и моторики ребенка, к его умению сосредоточиться, тормозить на определенное время свою двигательную активность, без лишнего напряжения сохранять рабочую позу.

В основу определения функциональной готовности к обучению положены психофизиологические тесты Керна - Иерасика, состоящие из 3 заданий:

- * рисунок человека (мужчины), срисовывание короткой фразы (он ел суп) и срисовывание группы точек;

- * характер звукопроизношения (наличие дефектов);

- * выполнение мотометрического теста - вырезание круга.

Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка). Ребенок считается готовым к школьному обучению, если его биологический возраст соответствует паспортному, имеет 3-9 баллов за тест Керна-Иерасика и положительный мотометрический тест.

Младший школьный возраст охватывает период от 7 до 11 лет. К этому времени активная структурная дифференцировка тканей уже завершена, и идет дальнейшее увеличение органов и всего тела. С 8 до 10 лет масса тела мальчиков и девочек увеличивается практически одинаково: по 2,5 кг в год, а длина тела на 2,5 см в год. Но с 10 до 14 лет девочки опережают мальчиков по массе и длине тела. Пубертатный скачок роста у девочек происходит в 10,5 - 15,5 лет, у мальчиков - 12,5 - 15,5 лет. В этот период максимальная скорость мальчиков достигает десяти сантиметров в год, у девочек несколько меньше. От сроков наступления и интенсивности пубертатного скачка роста зависят конечные показатели длины и массы тела у взрослых.

В младшем школьном возрасте чаще всего выявляются недостатки в физическом развитии, астения, нервно - артритический диатез. В школьном возрасте значительно возрастает сенсibilизация организма инфекционными, пищевыми, другими агентами. В связи с чем, часто встречаются аллергические и инфекционно - аллергические заболевания. Индикаторами наступления пубертатного периода считают ускоренный рост конечностей. Девочки "созревают" раньше и поэтому становятся более крупными в подростковый период, но в последующем их рост замедляется. Темп роста снижается у девочек к 16 годам, у мальчиков к 18 годам.

В это время отмечается резкое изменение пропорций тела, связанное с интенсивным вырастанием ног и рук. На какой-то период времени подросток становится длинноруким и долговязым. Весовые прибавки некоторое время тоже отстают и поэтому истончается подкожно-жировой слой. У девочек интенсивно увеличиваются размеры таза, у мальчиков - ширина плеч и мышечного рельефа.

Возрастающая двигательная и нервно-психическая активность ведет к значительному напряжению обмена веществ и работы эндокринных желез, а также нервной системы. Усиливаются процессы общего возбуждения, и затрудняется стабилизация условных рефлексов, несколько ухудшается кровоснабжение мозга, следствием чего является утомляемость. Часто наблюдаются расстройства со стороны нервной системы в виде неврозов. Нередки жалобы на колющие боли в области сердца и сердцебиения в связи с расстройствами вегетативной нервной системы.

Период полового созревания называют переходным или критическим. Он характеризуется:

повышением скорости роста, увеличением количества жира в организме (у девочек до 25 %, у мальчиков до 11% массы тела);

активизацией секреции гонадотропинов в системе гипоталамус - гипофиз.

Происходит созревание половых гонад наружных половых органов, интенсивное развитие вторичных половых признаков, завершаются процессы миелинизации проводящих путей, развивается образное мышление. Уменьшается лимфоидная ткань, происходит инволюция тимуса.

В этом возрастном периоде возможны угрожаемые состояния и заболевания:

- конституциональная задержка роста;
- задержка полового созревания и развития вторичных половых признаков;
- андрогения у девушек;
- рост психосоматических заболеваний, эндокринопатий, травматизма;
- токсическое влияние алкоголя, никотина, наркотиков;
- ранее начало половой жизни, беременность у девочек – подростков;
- высокий риск гинекологических, венерических заболеваний, туберкулеза.

Состояние здоровья учащихся общеобразовательных школ вызывает обоснованную тревогу. У школьников наблюдается высокий уровень заболеваемости, прослеживается тенденция к росту числа таких заболеваний, как миопия, хроническая гастроэнтерологическая патология, аллергическая заболеваемость, сколиозы различной степени тяжести. 70 – 80 % младших школьников имеют функциональные нарушения нервно-психической сферы: различные виды задержки интеллектуального, речевого, моторного развития, двигательная расторможенность. Кроме того, значительное влияние на ухудшения состояния здоровья школьников оказывает использование компьютерных мониторов с нарушением гигиенических норм. Указанные факторы обуславливают важность медицинского контроля в общеобразовательных школах.