

Организация первичной и вторичной профилактики в антенатальном и неонатальном периодах детства



Периоды детского возраста

- **А. Подготовительный этап:**
- **Б. Внутриутробный этап:**
 - Фаза эмбрионального развития (по 75-й день жизни);
 - Фаза плацентарного развития (с 76 дня до рождения).
- **В. Внеутробный этап:**
 - Период новорожденности (от рождения до 28 дней жизни);
 - Период грудного возраста (с 29 дня до конца 1-го года жизни);
 - Период раннего детства (от 1 года до 3 лет);
 - Дошкольный период (с 3 до 6 лет);
 - Младший школьный период (с 7 до 11 лет);
 - Старший школьный период (с 12 до 17-18 лет).

периоде. Длительность 38-42 недели

Аntenатальная профилактика:

- улучшение качества здоровья беременных (санация очагов хронической инфекции, отказ от вредных привычек), профилактика и лечение ЖДА в этот период;
- сбалансированное питание беременной женщины путем дополнительного использования специализированных продуктов;
- назначение беременным препаратов железа (актиферрин, ферро-градумент, ферроплекс, сорбифер и др.) или поливитаминов (прегнавит), обогащенных железом, во 2-й половине беременности (с 24—26-й по 34—36-ю неделю гестации), когда железо интенсивно переходит от матери к плоду.
- Нет единого мнения об оптимальных сроках и длительности проведения профилактической ферротерапии);
- При повторной или многоплодной беременности обязательно применение препаратов железа в течение II и III триместров беременности.

Дородовые патронажи

- **Ранний- на сроке 8-13 недель**
- **Основная цель- выявление всех факторов риска и прогнозирование формирования той или иной патологии у плода и составление плана по коррекции влияния неблагоприятных факторов (соматический и генитальный статус женщины, предыдущий акушерский анамнез, наследственность и состояние здоровья предыдущих детей, профессиональные вредности, образ жизни, вредные привычки)**
- **Подготовка к грудному вскармливанию**
- **Профилактика витаминной и минеральной недостаточности**

Дородовые патронажи

- Поздний- на сроке 30-32 недели
- Основная цель - проанализировать влияние всех возможных факторов риска на здоровье будущего ребенка и эффективность мероприятий по их коррекции
- Подготовка к грудному вскармливанию (техника кормлений, сцеживаний, профилактика мастита, лактостаза и гипогалактии)
- Подготовка квартиры, кровати, предметов ухода за новорожденным
- Рациональное питание, профилактика витаминно-минеральной недостаточности, изменение образа жизни

Обязательные мероприятия по антенатальной охране плода.

- 1. Медико-генетическое консультирование.
- 2. УЗИ беременной: 6-12 нед; 14-20 нед; 26-32 нед.
- 3. Проведение специальных исследований.



Неонатальный период

- М.т. 2501 г, Д.т. Более 46 см
- Самостоятельное дыхание.
- Сердцебиение.
- Пульсация пуповины.
- Произвольные движения мышц.



По шкале Апгар оценивают такие критерии:

- **Цвет кожи ребенка (Appearance).** Такой показатель весьма информативен, прост и позволяет выявить нарушения кровообращения. Если тело младенца полностью бледное или отмечена синюшность по всей его поверхности, ставят 0 баллов. Бледная окраска нередко выявляется при гемолитической болезни. При розовой окраске тела, но синюшности рук и ног ребенку выставляется 1 балл. Если кожа тела карапуза полностью розовая, это 2 балла. Поскольку у большинства малышей цвет кожи красный, а синюшность конечностей выявляется очень часто, этот параметр наиболее часто занижает общую сумму по Апгар (детям редко ставят 2 балла).

- **Частоту сердцебиений малыша (Pulse).** Нормой пульса для новорожденных является 120-140 ударов за минуту. При отсутствии сердцебиений оценка будет 0 баллов. Если пульс меньше 100 ударов в минуту, крохе ставят 1 балл. При ЧСС у новорожденного выше 100 ударов выставляют 2 балла.

- **Наличие рефлексов и реакции на стимуляцию (Grimace).** Для их определения младенцу отсасывают из носа слизь и смотрят на его реакцию либо проверяют другие рефлексы. Отсутствие рефлекторных движений оценивают в 0 баллов, а за слабые рефлексы, представленные гримасой и движением, малышке выставляют 1 балл. Если кроха в ответ на раздражение активно двигается, громко кричит, чихает, кашляет, это оценивают в 2 балла.
- **Состояние мышечного тонуса (Activity).** В норме у новорожденного тонус мышц повышен, а кроха активно хаотично двигает ножками и ручками. Если мышечного тонуса нет, а конечности малышки свисают, параметр оценивают в 0 баллов. При слабом тонусе и небольшом сгибании конечностей ребенку ставят 1 балл, а активность и наличие выраженного тонуса дает право выставить 2 балла по этому признаку.

- **Дыхание и крик ребенка (Respiration).** Возрастной нормой частоты дыхательных движений для только что родившегося младенца является 40-45 за минуту. Если младенец громко закричит, это помогает ему дышать интенсивнее и является признаком хороших адаптационных возможностей карапуза. При отсутствии дыхания ребенок получает 0 баллов. Если дыхание нерегулярное и поверхностное, а крик слабый, это 1 балл. При нормальном дыхании и громком крике у ребенка будет оценка 2 балла. Если у ребенка асфиксия, именно этот параметр понижает сумму баллов по Апгар.

Схема патронажа новорожденного

- Существует принятая схема посещения новорожденного медицинскими работниками. Она заключается в следующем:
- 1, 3, 10, 14-й день — новорожденного посещает педиатр.
- 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 21 и 28-й день — посещает медсестра.

К концу первого месяца жизни с ребенком можно прийти в поликлинику на прием для взвешивания и проведения консультации.

Пример сестринского патронажа

- Медсестра должна прийти по месту проживания матери и новорожденного ребенка в течение 3-х дней. Часто медицинские работники приходят на первый день, если в семье родился первенец. Пример сестринского патронажа новорожденного, что должна делать медсестра:
 - *Медицинский работник поздравляет родителей с рождением крохи.*
 - *Далее последуют вопросы: кто родился, как зовут, какой вес, на какой день отпала пуповина, когда взял грудь и был ли прикорм?*

- Затем медсестра спрашивает данные о здоровье матери: роды нормальные, было ли оперативное вмешательство. Также она контролирует санитарное состояние квартиры, соблюдение режима дня.
- После этого медсестра моет руки, надевает халат, шапочку и маску. Проводится осмотр ребенка: кожи, видимых слизистых оболочек, пупочной ранки и обращается внимание на стул.
- На основании проведенного обследования, медсестра рассказывает об уходе за малышом, вскармливании. Обучает родителей пеленать, обрабатывать кожу, слизистые, пупочную ранку и проводить гигиеническую ванну.

Недоношенные дети

- Недоношенными считаются дети, рожденные в период с 28 по 37 неделю беременности, имеющие массу тела 1000-2500 г и длину тела 35-45 см



- По определению ВОЗ (1974 г.), плод считается жизнеспособным при гестационном сроке более 22 недель, массе тела от 500 г, длине тела от 25 см. В отечественной неонатологии рождение плода ранее 28 недели гестации, имеющего м. т. менее 1000 г и длину менее 35 см расценивается как поздний выкидыш. Однако, если такой ребенок родился живым и прожил после рождения не менее 7 суток, он регистрируется как недоношенный

недоношенности

- К первой группе относятся социально-биологические факторы, включающие слишком юный или пожилой возраст родителей (моложе 18 и старше 40 лет), вредные привычки беременной, недостаточное питание и неудовлетворительные бытовые условия, профессиональные вредности, неблагоприятный психоэмоциональный фон и др. Риск преждевременного родоразрешения и рождения недоношенных детей выше у женщин, не планировавших беременность и пренебрегающих медицинским сопровождением беременности.

- **Вторую группу** причин составляет **отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и патологическое течение настоящей беременности у будущей мамы.** Здесь наибольшее значение имеют **аборты в анамнезе, многоплодие, гестозы, гемолитическая болезнь плода, преждевременная отслойка плаценты.** Причиной рождения недоношенных детей могут служить **непродолжительные (менее 2-х лет) интервалы между родами.** Нередко недоношенные дети рождаются у женщин, прибегающих к **экстракорпоральному оплодотворению,** однако это связано не с самим фактом использования ВРТ, а скорее – с «женским» фактором, препятствующим оплодотворению естественным путем. Неблагоприятно на **вынашивании беременности** сказываются **гинекологические заболевания и пороки развития гениталий: цервицит, эндометрит, оофорит, фиброма, эндометриоз, двурогая седловидная матка, гипоплазия матки и др.**

- К третьей группе причин, нарушающих нормальное созревание плода и обуславливающих повышенную вероятность рождения недоношенных детей, относятся различные экстрагенитальные заболевания матери: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, пороки сердца, пиелонефрит, ревматизм и др. Часто преждевременные роды провоцируются острыми инфекционными заболеваниями, перенесенными женщиной на поздних сроках гестации.
- Наконец, рождение недоношенных детей может быть связано с патологией и аномальным развитием самого плода: хромосомными и генетическими болезнями, внутриутробными инфекциями, тяжелыми пороками развития.

Классификация недоношенности

- **I степень недоношенности** – родоразрешение происходит на сроке 36-37 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2500-2001 г, длина – 45-41 см.
- **II степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 32-35 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2001-2500 г, длина – 40-36 см.
- **III степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 31-28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 1500-1001 г, длина – 35-30 см.
- **IV степень недоношенности** - родоразрешение происходит ранее 28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет менее 1000 г, длина – менее 30 см. В отношении таких детей используется термин «недоношенные с экстремально низкой массой тела».

Период грудного возраста



ПЕРИОД ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

- (длится от 29 суток жизни до 1 года).
- В этот период адаптация ребенка завершается, мать кормит ребенка грудью, происходит интенсивное физическое, нервно-психическое, моторное и интеллектуальное развитие ребенка.
- Возникают проблемы рационального питания, введение своевременной коррекции, прикорма.
- Функциональная незрелость пищеварительной системы приводит к частым кишечным заболеваниям различной этиологии. Проявляются расстройства обмена веществ, у детей возникает рахит, анемия.
- На фоне анатомофизиологических особенностей органов дыхания у грудных детей часто возникают бронхолиты и пневмонии.
- В этот возрастной период используются различные средства и методы закаливания (массаж, гимнастика, водные процедуры).
- В грудном возрасте проводятся профилактические прививки.

В грудном период имеет значение:

- 1. правильное питание ребенка**
- 2. гигиенические условия быта**
- 3. индивидуальное домашнее воспитание**
- 4. закаливание**
- 5. Массаж, гимнастика, водные процедуры**
- 6. Вакцинация**

Развитие ребенка 1-3 мес

- ❖ Характерна реакция общего мимического оживления в ответ на обращенную речь взрослых, особенно матери;
- ❖ с 2-х мес. осознанная улыбка;
- ❖ С 3-х мес.- смех, узнавание матери; появляется вынужденная потребность общения со взрослым.



4 – 6 месяцы жизни ребенка

- ❖ прибавка массы тела по месяцам:
750-700-650 г;
- ❖ длина тела увеличивается на 2 – 2,5 см;
- ❖ окружность головы на 1 см каждый месяц;
- ❖ физиологический гипертонус мышц нижних конечностей постепенно исчезает, движения становятся более свободными и дифференцированными



4 – 6 месяцы жизни ребенка

- к 6 мес ребенок начинает узнавать свое имя;
- Легко берет игрушку из разных положений (лежа на животе, на спине из рук взрослого), подолгу занимается ею, перекладывает из одной руки в другую;
- Немного может сидеть без поддержки;
- Немного передвигается, подползает к игрушке;
- Произносит отдельные слоги;
- Ест с ложки, снимает пищу губами.



7 – 9 месяцы жизни ребенка

- узнает близких по имени;
- долго занимается игрушкой, подражает действиям взрослого (стучит, какает, вынимает);
- громко повторяет простые слова;
- сам держит в руке кусочек хлеба, яблока, печенье и ест его;



10 – 12 месяцы жизни ребенка

- Может подниматься на невысокую поверхность и спускаться с неё, ходит с поддержкой;
- По просьбе взрослого «дай!» находит и дает знакомые предметы;
- Знает названия некоторых частей тела; участвует в играх типа «прятки», «ладушки»



Костно – мышечная система

Самой характерной особенностью, о которой знают все, это наличие на голове ребенка **Родничков**. Это образования в области соединения нескольких костей.

Родничок представляет собой соединительную мембрану.

Как правило, таких родничков вы можете обнаружить 4 :

- большой,
- малый,
- два боковых.

Очень малое количество деток рождается с открытыми боковыми родничками. А всего четверть рождается с открытым малым родничком, который расположен между темечком и затылочной костью. Он затягивается к 3-4 месяцу жизни.

А вот большой родничок расположен между темечком и лобной костью и хорошо прощупывается. Его размер примерно 2 на 2 см. закрывается родничок к 12-16 месяцам.

СХЕМА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

центральный резец



центральный резец



боковой резец



боковой резец



коренной (моляр)



коренной (моляр)



клык



клык



2-й коренной



2-й коренной



ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий, обеспечивающих адекватное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ
WWW.ZDRAV.TOMSK.RU

ЗНАЧЕНИЕ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ

Белки - основной «строительный» материал, входит в состав многих ферментов, гемоглобина и т.д.

Жиры - обеспечивают ребенка энергией, незаменимыми жирными кислотами, жирорастворимыми витаминами, входят в состав клеточных мембран, нервной ткани, участвует в некоторых пластических процессах (рост и дифференцировка клеток нервной системы, образование сурфактанта)

Углеводы - являются главным источником энергии, входят в состав клеток, гормонов, ферментов соединительной ткани

ВИДЫ ЖЕНСКОГО МОЛОКА

- Молозиво – до 4-го дня жизни ребенка
- Переходное молоко – с 4-5-го дня жизни ребенка до 2-3 недели
- Зрелое молоко – со 2-3-й недели

ОСНОВНЫЕ НУТРИЕНТЫ ЖЕНСКОГО МОЛОКА

Вид молока	Белки	Углеводы	Жиры	Зола
Молозиво	58	40-76	28-41	2,1-4,8
Переходное молоко	21-41	57-76	29-44	2,2-3,4
Зрелое молоко	9-18	73-75	33-34	1,8-2,0

ПРЕИМУЩЕСТВА МОЛОЗИВА

Молозиво – продукт, идеально приспособленный к специфическим особенностям организма новорожденного

- Неразвившиеся почки новорожденных детей не могут перерабатывать большие объемы жидкости, не испытывая метаболического стресса
- Низкая активность лактазы и других кишечных ферментов
- В молозиве содержатся ингибиторы и хиноны, необходимые для защиты ребенка от окислительных повреждений и геморрагических болезней
- Иммуноглобулины молозива покрывают незрелую поверхность кишечника, защищая организм ребенка от бактерий, вирусов и других патогенных факторов

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛОЗИВА

↑ иммуноглобулины

↑ лейкоциты

↑ жиры

Содержит факторы роста

↑ витамины

Предохраняет от инфекций и аллергии

Клеточный иммунитет

Способствует удалению мекония

Способствует созреванию кишечника

Уменьшает восприимчивость к инфекции

ОСНОВНЫЕ ПИЩЕВЫЕ ИНГРИДИЕНТЫ ЖЕНСКОГО МОЛОКА

КАЗЕИНЫ

СЫВОРОТОЧНЫЕ БЕЛКИ

- Женское молоко содержит лишь 40% казеинов, 60% - составляют сывороточные белки
- В коровьем молоке – 80% казеинов, только 20% - сывороточных белков
- Биологическая ценность сывороточных белков женского молока заключается в наличии большого количества незаменимых аминокислот (цистин, триптофан, лейцин, лизин и т.д.)
- В женском молоке содержится таурин, необходимый для соединения солей желчи (а значит, для усвоения жиров), а также служащий нейротрансмиттером и нейромодулятором при развитии ЦНС

ПРАВИЛА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Первое прикладывание к груди здорового доношенного ребенка должно быть проведено сразу после родов (стимулирует секрецию молока, способствует формированию нормальной микрофлоры кишечника новорожденного)

Удобная поза матери во время кормления, обеспечивающая правильный захват груди ребенком

Необходимо прикладывать ребенка к груди, как только у него появилось чувство голода и независимо от того, появилось у матери молоко или нет (стимулирует выделение пролактина и окситоцина, способствующих лактации и инволюции матки)

Число кормлений широко варьирует в зависимости от уровня лактации, степени двигательной активности ребенка, его самочувствия (от 10-15 в первые дни после родов до 5-6 раз в последующие)

КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ

ПРИКОРМ - введение в рацион грудного ребенка новых пищевых продуктов с постепенно усложняющимся составом, кроме грудного молока и молочных смесей

ПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ПРИКОРМА - достижение ребенком определенного возраста (на естественном вскармливании - 4,5-5 месяцев, на искусственном - 4-4,5 месяцев)

Принципиальное отличие прикорма от расширений рациона и дополнений – прикорм постепенно замещает всё кормление (смесь или грудное молоко)

Цель введения прикорма

- Дополнительное (помимо грудного молока или его заменителей) поступление:
 - белков животного и растительного происхождения
 - разнообразных углеводов
 - жиров животного и растительного происхождения
 - микроэлементов
 - витаминов
 - пищевых волокон
- Необходимое повышение калорийности рациона (соответствие энерготратам)
- Адекватное развитие пищеварительной системы
- Развитие жевательного аппарата
- Выработка навыков здорового питания, что способствует формированию адекватных вкусовых привычек
- Обеспечение перехода к семейному питанию, что влияет на социализацию ребенка



СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ

I прикорм - сроки введения – 4,5 - 5 мес. при естественном вскармливании (4 – 4,5 мес. при искусственном вскармливании)

- в качестве первого прикорма используется овощное пюре (кабачки, тыква)
- пюре должно быть монокомпонентным, потом постепенно переходят к смеси овощей
- прикормом замещается 14 ч. кормление

II прикорм - сроки введения – 5,5 – 6,5 месяцев (5 – 5,5 мес - через 4 недели после введения первого прикорма)

- молочные безглютеновые каши
- прикорм замещает еще одно кормление грудью

III прикорм - срок введения - 7,5 - 8 месяцев (7 – 7,5 мес.)

- цельное коровье молоко, кефир, кисломолочная смесь

ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

Прикорм дается перед кормлением грудью

Прикорм вводится постепенно, начиная с 1 – 2 чайных ложек, заменяя им полностью одно кормление в течение 7 – 10 дней

Переход к новому прикорму возможен только после того, как ребенок привыкнет к предыдущему (обычно через 10 – 14 дней)

Блюда прикорма должны быть полужидкими, хорошо протертыми, гомогенными, чтобы не вызывать затруднений при глотании, по мере роста ребенка следует переходить к более густой пище, приучая ребенка к жеванию

Любой прикорм требует введения дополнений (по белку 0,5 г/кг массы тела на каждый новый прикорм), для чего используют творог, желток, мясной фарш и др.

СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ДРУГИХ ПРОДУКТОВ

Яичный желток – 6 месяцев

Творог – 6 месяцев

Овсяная каша – 6 месяцев

Капуста (белокочанная, цветная) – 6 месяцев

Мясное пюре, бульон – 7 месяцев

Хлеб, печенье – 7,5 - 8 месяцев

Фрикадельки, паровые котлеты – 8 - 9 месяцев

Рыба – 10 месяцев

Свекла – 11 - 12 месяцев



Детские кисломолочные продукты

- Производятся на отдельных линиях
- Высшее качество сырья
- Ультравысокотемпературная обработка
- Экологическая чистота
- Микробиологическая и токсикологическая безопасность
- Безопасность упаковки
- Обогащение (продукты функционального питания):
 - витаминами
 - пребиотиками ФОС
 - пробиотиками ВВ 12
 - ω -3 жирными кислотами



- Пусть ваш ребенок растет здоровым!

Спасибо за внимание!

