

BebikoMed.pl poleca

Biuletyn

Akademii Zdrowego Jelita

Profilaktyczne badania lekarskie u dzieci do 5. roku życia

pod redakcją:

dr hab. n. med. **Grażyny Rowickiej**, prof. IMiD

dr hab. n. med. **Anny Oblacińskiej**, prof. IMiD



PZWL



Biuletyn

Akademii Zdrowego Jelita

Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy!

Kanwą dla przedstawionego biuletynu był podręcznik dla lekarzy: „ABC bilansów zdrowia dziecka” zawierający niezbędne informacje dotyczące badań profilaktycznych u dzieci i młodzieży, które mogą być pomocne w codziennej pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W biuletynie bardziej szczegółowo omówiono wybrane aspekty badań profilaktycznych, w tym te dotyczące edukacji rodziców/opiekunów w zakresie kształtowania prawidłowych zachowań i nawyków żywieniowych u dzieci w wieku 0–5 lat. Zgodnie z teorią programowania metabolicznego odpowiednie żywienie od najwcześniejszego okresu życia dziecka z uwzględnieniem prawidłowego odżywiania się kobiety podczas ciąży i karmienia piersią ma istotne znaczenie nie tylko dla aktualnego stanu zdrowia dziecka, ale też dla jego zdrowia w przyszłości. Udowodniono, że właściwe żywienie dziecka zmniejsza ryzyko zaburzeń stanu odżywienia, a także występowania chorób cywilizacyjnych, w tym chorób serca i układu krążenia, cukrzycy typu 2, osteoporozy, nowotworów w wieku dojrzałym. Edukacja żywieniowa rodziców/opiekunów dzieci jest tym bardziej istotna, że z aktualnych badań wynika, że u dzieci polskich w wieku 1–3 lat zaburzenia w stanie odżywienia pod postacią nadwagi i otyłości występują odpowiednio u 14,5 i 13%, natomiast niedożywienie dotyczy 27% dzieci.

Mamy nadzieję, że informacje zawarte w tym biuletynie okażą się przydatne w Państwa pracy.

Zespół Akademii Zdrowego Jelita

Autorzy

dr hab. n. med. Grażyna Rowicka, prof IMiD

Zakład Żywienia, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

dr hab. n. med. Anna Oblacińska, prof IMiD

Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Wszystkie opublikowane Biuletyny Akademii Zdrowego Jelita znajdą Państwo

w serwisie dla lekarzy **BebikoMed.pl** | Zapraszamy

Profilaktyczne badania lekarskie u dzieci do 5. roku życia

dr hab. n. med. Grażyna Rowicka, prof. IMiD
dr hab. n. med. Anna Oblacińska, prof. IMiD

ORGANIZACJA PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI W POLSCE

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi jest integralną częścią ochrony zdrowia w Polsce. Jego podstawą prawną jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Ich celem jest zapewnienie każdemu dziecku równych szans na uzyskanie optymalnego rozwoju fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego. Cel ten jest realizowany poprzez świadczenia zmierzające do jak najwcześniejszego wykrycia odchyłań w stanie zdrowia i rozwoju dziecka, co stanowi podstawę do podjęcia wczesnych działań interwencyjnych. Tego typu działania mają zapobiegać powstawaniu i nasilaniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych w kolejnych okresach życia dziecka.

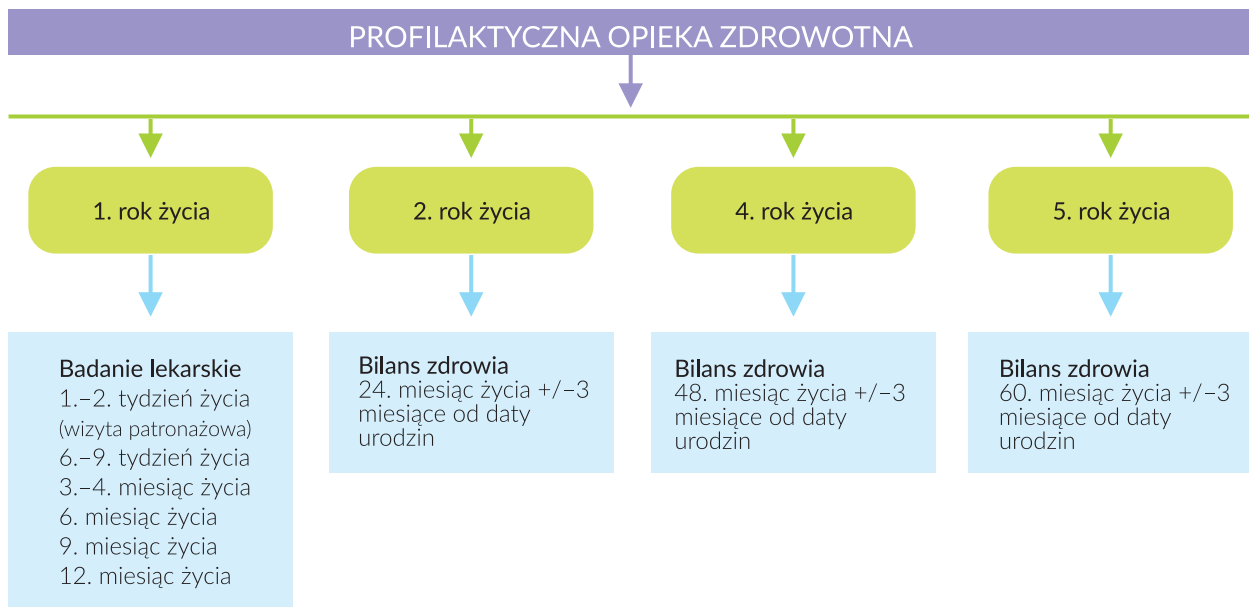
Zasadą systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem jest jego ciągłość, co oznacza, że ten sam lekarz opiekuje się dzieckiem w czasie jego rozwoju zarówno w okresie zdrowia, jak i w czasie choroby. Umożliwia to śledzenie trajektorii rozwoju wszystkich sfer życia dziecka i wczesną identyfikację potencjalnych problemów zdrowotnych.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi jest sprawowana przez lekarza pediatrę lub lekarza rodzinnego i pielęgniarkę podstawowej opieki

zdrowotnej, których wyboru dokonują rodzice lub opiekunowie dziecka (przez wypełnienie pisemnej deklaracji, oraz przez lekarza/dentystę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych).

Zakres świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat 5 oraz osoby odpowiedzialne za ich realizację obejmuje:

- wizyty patronażowe u noworodka (położna);
- wizyta/porada patronażowa u noworodka (lekarz);
- profilaktyczne badania lekarskie niemowląt (lekarz);
- bilanse zdrowia w wieku 24 miesięcy, 4 i 5 lat (lekarz), w tym testy przesiewowe (pielęgniarka, lekarz);
- postępowanie poprzemiesiowe (lekarz);
- profilaktyczne badania stomatologiczne (lekarz stomatolog);
- obowiązkowe szczepienia ochronne (lekarz, pielęgniarka);
- prowadzenie edukacji zdrowotnej rodziców/ opiekunów i dzieci (lekarz, pielęgniarka);
- wywiady środowiskowe, zwłaszcza u dzieci z problemami zdrowotnymi i społecznymi (pielęgniarka).



RYCINA 1.

Rodzaj świadczeń profilaktycznych i terminy ich przeprowadzania u dzieci do lat 5 przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

TESTY PRZESIEWOWE

Testy przesiewowe stanowią integralną część oceny rozwoju fizycznego i psychoruchowego dziecka przeprowadzanej podczas badań profilaktycznych i bilansowych. Test przesiewowy służy do **wstępnej identyfikacji** nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń i wad przy zastosowaniu standaryzowanych testów i szybkich metod badania. Wykonywany jest on w tych okresach rozwoju dziecka,

w których dane zaburzenie występuje najczęściej lub się pogłębia. Dodatni wynik testu stanowi podstawę do tzw. **postępowania poprzęsiewowego** mającego na celu **potwierdzenie bądź wykluczenie** danego zaburzenia. Potwierdzenie jego występowania jest wskazaniem do wdrożenia odpowiednich działań korygujących lub terapeutycznych.

TABELA 1.

Testy przesiewowe u dzieci w wieku 0–5 lat

WIEK DZIECKA	WYKRYWANIE ZABURZEŃ	RODZAJ BADANIA
1.–2. tydzień (wizyta patronażowa lekarza)	Rozwoju fizycznego	<ul style="list-style-type: none"> ■ pomiar masy ciała (w pozycji leżącej, bez ubrania, bez pieluchy, odniesienie wyniku do pomiaru po urodzeniu, określenie pozycji centylowej masy ciała wg standardu WHO) ■ pomiar obwodu głowy (na wysokości największych wypukłości guzów czołowych oraz najdalej wysuniętego punktu kości potylicznej, odniesienie wyniku do pomiaru po urodzeniu, określenie pozycji centylowej obwodu głowy wg standardu WHO)
	Narządu wzroku: <ul style="list-style-type: none"> ● niedrożność dróg łzowych ● test przezierności ośrodków optycznych oka (wykrycie zmętnień rogówki i/lub soczewki) badanie po ukończeniu 2. tygodnia życia, ale w 1. miesiącu życia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ obserwacja połączona z badaniem palpacyjnym (wynik dodatni – nadmierna ilość łez, oko wyglądające na zażawione, obecność wydzieliny śluzowo-ropnej lub ropy) ■ oświetlanie naprzemienne prawej i lewej gałki ocznej dziecka latarką z wąską wiązką promieni z odległości ok. 0,5 metra w pomieszczeniu z przyciemnionym światłem (wynik prawidłowy – odbłask z siatkówki czerwony, w tym samym kolorze, jednolity, tak samo intensywny w obu oczach, nieprawidłowy/dodatni – szare zmiany widoczne w obszarze czerwonego odbłasku z siatkówki, biały odbłask lub brak odbłasku) ■ skierowanie na obowiązkowe badanie okulistyczne niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży, u których stwierdzono wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu, oraz poddanych intensywnej tlenoterapii i fototerapii
	Narządu słuchu	<ul style="list-style-type: none"> ■ sprawdzenie wykonania badania przesiewowego słuchu po urodzeniu (kolor wklejki w książeczce zdrowia: niebieska – wynik prawidłowy, żółta – wynik nieprawidłowy, oraz dzieci z grupy ryzyka uszkodzenia słuchu) ■ ocena zachowań słuchowych
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> ● rozwojowej dysplazji stawu biodrowego 	<ul style="list-style-type: none"> ■ badanie występowania objawów: Barlowa (dodatni – wyczuwalne wyważenie głowy kości udowej z panewki/zwichnięcie), Ortolaniego (dodatni – wyczuwalne przeskakowanie podczas nastawiania zwichnięcia), ograniczonego odwodzenia (dodatni – asymetria w odwodzeniu kończyn w stawie biodrowym, odwodzenie < 60°) ■ skierowanie na badanie USG stawów biodrowych w 6. tygodniu życia, szczególnie przy ułożeniu pośladowym dziecka w III trymestrze ciąży, dodatnim wywiadzie rodzinnym w kierunku dysplazji stawów biodrowych, nieprawidłowym zawijaniu dziecka z wyprostowanymi kończynami w stawach biodrowych
6.–9. tydzień	Rozwoju fizycznego	<ul style="list-style-type: none"> ■ pomiar długości ciała (odległość od szczytu głowy do płaszczyzny podeszwowej stóp ustawionych prostopadle do podudzi, dziecko rozebrane, położone na plecach, głowa w pozycji frankfurckiej, czyli linia łącząca górne krawędzie otworów słuchowych zewnętrznych i dolne krawędzie oczodołów powinna być pionowa, czyli prostopadła do podłoża), określenie pozycji centylowej długości ciała wg standardu WHO interpretacja wyników pomiaru długości ciała w odniesieniu do płci i wieku (wynik prawidłowy: wąska norma – 25. a 75. centyl, szeroka norma – 10. a 90. centyl, wynik nieprawidłowy/dodatni: wartości < 10. i > 90. centyla wykraczające poza normę, wymagające dodatkowych badań i obserwacji, a wartości < 3. i > 97. centyla znacznie wykraczające poza normę wymagające diagnostyki) ■ pomiar masy ciała i obwodu głowy (wg zasad jak opisano wcześniej) – odniesienie wyników do wcześniejszych pomiarów, określenie pozycji centylowej masy ciała i obwodu głowy wg standardu WHO interpretacja wyników pomiaru masy ciała w odniesieniu do płci i wieku (wynik prawidłowy: wąska norma – 25. a 75. centyl, szeroka norma – 10. a 90. centyl, wynik nieprawidłowy/dodatni: wartości < 10. i > 90. centyla wykraczające poza normę i wymagające dodatkowych badań i obserwacji, a wartości < 3. i > 97. centyla znacznie wykraczające poza normę wymagające diagnostyki) interpretacja wyników pomiaru obwodu głowy w odniesieniu do płci i wieku nieprawidłowy/dodatni < 10. centyla lub > 90. centyla

cd. TABELI 1.

WIEK DZIECKA	WYKRYWANIE ZABURZEŃ	RODZAJ BADANIA
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirshberga) – badanie refleksów rogówkowych/ustawienia gałek ocznych)	<ul style="list-style-type: none"> ■ oświetlenie oczu dziecka z odległości 1 metra latarką z wąską wiązką promieni (wynik prawidłowy – odbłaski światła na rogówkach symetryczne w centrum źrenic obu oczu, wynik nieprawidłowy/dodatni – odbłask przesunięty w stronę nosa świadczy o ustawieniu gałki ocznej na zewnątrz, czyli o zezie rozbieżnym, odbłask przesunięty w kierunku skroni świadczy o ustawieniu gałki ocznej w kierunku nosa, czyli o zezie zbieżnym. ■ zez pozorny – przyczyna: asymetria szpar powiekowych, obecność fałdu nakątnego, wynik testu Hirshberga – prawidłowy
	Narządu słuchu	<ul style="list-style-type: none"> ■ sprawdzenie wykonania badania przesiewowego słuchu po urodzeniu (kolor wklejki w książeczce zdrowia: niebieska, żółta – sprawdzenie realizacji postępowania poprzewiewowego) ■ zebranie informacji od rodziców dotyczących reakcji słuchowych dziecka na bodźce dźwiękowe, np. przerywanie płaczu, ssania ■ ocena zachowań słuchowych dziecka na dźwięk, np. zabawki – odwracanie głowy, pobudzenie ruchowe, przerywanie aktywności ruchowej ■ identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu (wywiad)
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Narządu ruchu: ● rozwojowej dysplazji stawu biodrowego	badanie występowania objawów: Barlowa (wyważania), Ortolaniego (przeskakiwania), ograniczonego odwodzenia badanie USG stawów biodrowych (6. tydzień) u niemowląt z czynnikami ryzyka dysplazji
3.-4. miesiąc	Rozwoju fizycznego	pomiar długości, masy ciała i obwodu głowy, odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów, określenie pozycji centylowej długości, masy ciała i obwodu głowy wg standardu WHO (zasady pomiarów i interpretacja wyników jak wyżej)
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirschberga)	badanie refleksów rogówkowych wg zasad jak wyżej
	Narządu słuchu	<ul style="list-style-type: none"> ■ sprawdzenie wykonania badania przesiewowego słuchu po urodzeniu (kolor wklejki w książeczce zdrowia: niebieska, żółta – sprawdzenie realizacji postępowania poprzewiewowego) ■ zebranie informacji od rodziców dotyczących reakcji słuchowych dziecka na bodźce dźwiękowe np. przerywanie płaczu, ssania ■ ocena zachowań słuchowych dziecka na dźwięk zabawki, np. odwracanie głowy, pobudzenie ruchowe, przerywanie aktywności ruchowej ■ identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu (wywiad)
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Narządu ruchu: ● rozwojowej dysplazji stawu biodrowego	badanie występowania objawów: Ortolaniego (przeskakiwania), Barlowa (wyważania) i ograniczonego odwodzenia badanie USG stawów biodrowych (4. m.ż.) u niemowląt z czynnikami ryzyka dysplazji
6.-7. miesiąc	Rozwoju fizycznego	pomiar długości, masy ciała i obwodu głowy, odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów, określenie pozycji centylowej długości, masy ciała i obwodu głowy wg standardu WHO (zasady pomiarów i interpretacja wyników jak opisano wyżej)
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirschberga)	■ badanie refleksów rogówkowych wg zasad jak opisano wyżej

WIEK DZIECKA	WYKRYWANIE ZABURZEŃ	RODZAJ BADANIA
	<ul style="list-style-type: none"> zeza (Cover test – naprzemiennego zakrywania i odkrywania oczu) 	<ul style="list-style-type: none"> u dziecka patrzącego na wprost zasłaniamy najpierw jedno, potem drugie oko, obserwując jednocześnie ustawienie lub zmianę ustawienia oka odsłoniętego, natomiast przy odsłanianiu oka zwracamy uwagę na występowanie jego ruchów (wynik dodatni – podczas zasłaniania jednego oka występuje ruch nastawczy oka odsłoniętego, a podczas odsłaniania oka widoczny jest ruch nastawczy oka odsłanianego, ze zbieżny – ruch wcześniej zasłoniętego oka w kierunku nosa, ze zbieżny – ruch wcześniej zasłoniętego oka w kierunku skroni)
	Narządu słuchu	<ul style="list-style-type: none"> ocena rozwoju reakcji słuchowych i mowy na podstawie informacji od rodziców – czy dziecko szuka źródła interesującego go dźwięku, gaworzy, zaczyna powtarzać dźwięki, reagować na swoje imię, rozumie proste polecenia, zaczyna pokazywać rzecz, o którą prosi, wybudza się z lekkiego snu, gdy ktoś mówi ocena reakcji słuchowych – obserwacja reakcji dziecka siedzącego na kolanach rodzica, skupionego na zabawce, na dźwięki wytwarzane poza zasięgiem jego wzroku (odległość źródła dźwięku ok. 30 cm od jednego, potem od drugiego ucha), np. chwilowe zatrzymanie wykonywanej czynności, zwrócenie oczu, główki lub całego ciała w kierunku dźwięku identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> rozwojowej dysplazji stawu biodrowego 	badanie występowania objawów: Ortolaniego (przeskakiwania), Barlowa (wyważania) i ograniczonego odwodzenia
9. miesiąc	Rozwoju fizycznego	pomiar długości, masy ciała i obwodu głowy z odniesieniem uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów, określenie pozycji centylowej długości, masy ciała i obwodu głowy wg standardu WHO (zasady pomiarów i interpretacja wyników jak opisano wyżej)
	Rozwoju psychoruchowego	zasady przeprowadzania badań oraz ich interpretacja jak opisano wcześniej
	Narządu wzroku: <ul style="list-style-type: none"> zeza (test Hirschberga, Cover test) 	badanie refleksów rogówkowych, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu (wg zasad opisanych wcześniej)
	Narządu słuchu	<ul style="list-style-type: none"> sprawdzenie wykonania badania przesiewowego słuchu po urodzeniu (kolor wklejki w książeczce zdrowia: niebieska, żółta – sprawdzenie realizacji postępowania poprzewiewowego) zebranie informacji od rodziców dotyczących reakcji słuchowych dziecka na bodźce dźwiękowe np. przerywanie płaczu, ssania ocena zachowań słuchowych dziecka na dźwięk zabawki, np. odwracanie głowy, pobudzenie ruchowe, przerywanie aktywności ruchowej identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu (wywiad)
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
12. miesiąc	Rozwoju fizycznego	<ul style="list-style-type: none"> pomiar długości (zasady pomiaru jak wcześniej) lub wysokości ciała u dzieci, które pewnie przyjmują pozycję stojącą (dziecko rozebrane do bielizny, bez pieluchy, wyprostowane, stopy złączone piętami, głowa w pozycji frankfurckiej, czyli linia łącząca górne krawędzie otworów słuchowych zewnętrznych i dolne krawędzie oczodołów powinna być pionowa, czyli pozioma w stosunku do podłoża) z określeniem pozycji centylowej długości/wysokości ciała wg standardu WHO (interpretacja wyników jak opisano wyżej) pomiar masy ciała i obwodu głowy z odniesieniem uzyskanych wyników badań do wcześniejszych pomiarów oraz określenie pozycji centylowej masy ciała i obwodu głowy wg standardu WHO wyliczenie wskaźnika masy ciała [BMI – masa ciała (kg)/wysokość ciała (m²)] interpretacja wyniku w odniesieniu do wartości referencyjnych dla wieku i płci; ≤ 5. centyla – niedobór masy ciała, ≥ 85. centyla, ale < 95. centyla – nadwaga, ≥ 95. centyla – otyłość

cd. TABELI 1.

WIEK DZIECKA	WYKRYWANIE ZABURZEŃ	RODZAJ BADANIA
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirschberga, Cover test)	■ badanie refleksów rogówkowych, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu (wg zasad opisanych wcześniej)
	Narządu słuchu	■ ocena rozwoju reakcji słuchowych i mowy na podstawie informacji od rodziców (czy dziecko reaguje na zakazy, mówi 3–4 słowa, spełnia proste polecenia, naśladuje głosy zwierząt, pokazuje rzecz, o którą prosi, tańczy przy muzyce) ■ ocena reakcji słuchowych – jak w 9. miesiącu życia ■ identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi¹	■ pomiar ciśnieniomierzem z odpowiednio dobraną szerokością mankietu (szerokość mankietu – 2/3 długości ramienia mierzonego od wyrostka barkowego do wyrostka łokciowego, przy braku możliwości doboru odpowiedniego mankietu – wybór szerszego), interpretacja wyniku (średnia z dwóch pomiarów) w odniesieniu do wartości centylowych dla płci, wieku i wysokości (prawidłowe < 90. centyla, wysokie prawidłowe ≥ 90. centyla, ale < 95. centyla, nadciśnienie > 95. centyla) ¹
2. rok	Rozwoju fizycznego	pomiar wysokości i masy ciała, wyliczenie wskaźnika BMI, określenie pozycji centylowej tych parametrów wg standardu WHO, odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów (zasady pomiarów, interpretacja wyników jak opisano wyżej)
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirschberga, Cover test)	■ badanie refleksów rogówkowych, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu (wg zasad opisanych wcześniej)
	Narządu słuchu	■ ocena rozwoju reakcji słuchowych i mowy (informacja od rodziców, czy dziecko pokazuje części ciała, spełnia proste polecenia, odpowiada na proste pytania, zadaje proste pytania, mówi co najmniej 20 słów i uczy się nowych, mówi zdaniami 2–3-wyrazowymi, śpiewa i tańczy przy muzyce, nazywa, czego chce, potrafi naśladować dźwięki wydawane przez zwierzęta) ■ ocena reakcji słuchowych – jak opisano wcześniej ■ identyfikacja czynników ryzyka późnego ujawnienia niedosłuchu lub nabytych uszkodzeń słuchu
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi	pomiar ciśnieniomierzem z odpowiednio dobraną szerokością mankietu (interpretacja wyników jak w 12. miesiącu życia)
4. rok	Rozwoju fizycznego	pomiar wysokości i masy ciała, wyliczenie wskaźnika BMI, określenie pozycji centylowej tych parametrów wg standardu WHO, odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów (zasady pomiarów, interpretacja wyników jak wyżej)
	Rozwoju psychoruchowego	ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych na podstawie informacji od rodziców i obserwacji dziecka
	Narządu wzroku: ● zez (test Hirschberga, Cover test) ● nieprawidłowej ostrości wzroku	■ badanie refleksów rogówkowych – test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu według zasad opisanych wyżej ■ badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów dostosowanych do wieku dziecka (np. obrazkowe)
	Narządu słuchu	orientacyjne badanie słuchu metodą szeptu „pokaż, co słyszysz” z wykorzystaniem odpowiedniego zestawu obrazków lub zabawek przy zagłuszeniu ucha niebadanego (ucisk skrawka tego ucha) wynik nieprawidłowy/dodatni – gdy dziecko nie wykona wszystkich pięciu poleceń dla każdego ucha osobno

¹ Według ekspertów w dziedzinie hipertensjologii badanie należy wykonywać u dzieci od 3. roku życia.

WIEK DZIECKA	WYKRYWANIE ZABURZEŃ	RODZAJ BADANIA
	Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> ● zniekształceń statycznych kończyn dolnych 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ocena chodu ■ mierzenie odległości między kostkami przyśrodkowymi kończyn dolnych (wynik dodatni/koślawość kolan – przy stykających się kolanach odległość między kostkami przyśrodkowymi podudzi wynosi > 5 cm, wynik dodatni/ /szpotawość kolan – przy stykających się równolegle ustawionych stopach odległość między kłykciami przyśrodkowymi kości udowych wynosi >5 cm) ■ badanie ustawienia osi długiej podudzia i pięty za pomocą pionu (wynik dodatni/stopy koślawe – odchylenie pionu od długiej osi podudzia i pięty, przyśrodkowo >1 cm, wynik dodatni/stopy szpotawe – odchylenie pionu od długiej osi podudzia i pięty na zewnątrz >1 cm)
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi	<ul style="list-style-type: none"> ■ pomiar ciśnieniomierzem z odpowiednio dobraną szerokością mankietu (szerokość mankietu – 2/3 długości ramienia mierzonego od wyrostka barkowego do wyrostka łokciowego, w sytuacji braku możliwości doboru odpowiedniego mankietu – wybrać szerszy), interpretacja wyniku (średnia z dwóch pomiarów) w odniesieniu do wartości centylowych (prawidłowe < 90. centyla, wysokie prawidłowe ≥ 90. centyla, ale < 95. centyla, nadciśnienie tętnicze I° ≥ 95. centyla do < 99. centyla, nadciśnienie tętnicze II° ≥ 99. centyla dla płci, wieku i wysokości ciała)
5. rok	Rozwoju fizycznego	<p> pomiar wysokości i masy ciała; wyliczenie wskaźnika BMI, określenie pozycji centylowej tych parametrów wg standardu WHO, odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych pomiarów (zasady pomiarów, interpretacja wyników jak wyżej)</p>
	Rozwoju psychoruchowego	<p> ocena orientacyjna za pomocą inwentarzy rozwojowych (informacja od rodziców i obserwacja dziecka)</p>
	Narządu wzroku: <ul style="list-style-type: none"> ● zez (test Hirschberga, Cover test) ● nieprawidłowej ostrości wzroku 	<ul style="list-style-type: none"> ■ badanie refleksów rogówkowych, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu (wg zasad jak opisano wcześniej) ■ badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów dostosowanych do wieku dziecka (np. widełki), wynik nieprawidłowy/dodatni – gdy dziecko w co najmniej jednym oku nieprawidłowo wskazało optotypy w rzędzie 10. (tablice do badania z 5 metrów) lub 6. (tablice do badania z 3 metrów), co oznacza ostrość wzroku < 5/10 lub < 3/6
	Narządu słuchu	<p> badanie słuchu metodą szeptu i z zastosowaniem testu „powtórz, co słyszysz” z wykorzystaniem odpowiednich zestawów słów dla ucha prawego i lewego (przy zagłuszeniu ucha niebadanego przez opiekuna), dziecko siedzi lub stoi bokiem w odległości 3 najlepiej 5 metrów od badającego</p>
	Narządu ruchu: <ul style="list-style-type: none"> ● zniekształceń statycznych kończyn dolnych ● boczno skrzywienia kręgosłupa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ocena chodu ■ mierzenie odległości między kostkami przyśrodkowymi kończyn dolnych ■ badanie ustawienia osi długiej podudzia i pięty ■ badanie symetrii osi długiej kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej ■ badanie symetrii klatki piersiowej i okolicy lędźwiowej podczas skłonu (test Adamsa)
	Niezstąpionego jądra	badanie palpacyjne (jądra – w mosznie, w kanale pachwinowym, niewyczuwalne)
	Podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi	<p> pomiar ciśnieniomierzem z odpowiednio dobraną szerokością mankietu (zasady pomiaru i interpretacja wyników jak w 4. roku życia)</p>

BADANIA PROFILAKTYCZNE DZIECI W 1. ROKU ŻYCIA

Celem badań profilaktycznych dzieci w 1. roku życia jest systematyczna obserwacja dziecka uwzględniająca ocenę jego stanu zdrowia i rozwoju, co pozwala na wczesne wykrycie zaburzeń, głównie wad wrodzonych, skutków zaburzeń występujących w okresie perinatalnym (np. niedotlenienie, zakażenia, hiperbilirubinemia), opóźnienia rozwoju psychoruchowego i zaburzeń neurorozwojowych.

Kolejnym istotnym celem badań profilaktycznych jest współpraca z rodzicami/opiekunami, ich edukacja dotycząca pielęgnacji dziecka, sposobu żywienia, ze szczególnym uwzględnieniem karmienia piersią, profilaktyki krzywicy, niedokrwistości, zapobiegania wczesnej próchnicy zębów, zabezpieczenia potrzeb emocjonalnych i psychicznych dziecka, stworzenia środowiska wolnego od zagrożeń.

Wizyty patronażowe położnej (pierwsza w ciągu 48 godzin po wypisaniu dziecka ze szpitala i kolejne, co najmniej 3, w ciągu pierwszych 6 tygodni życia dziecka).

Cele:

- ocena stanu noworodka;
- ocena przebiegu okresu adaptacyjnego;
- ocena efektywności oraz weryfikacja techniki karmienia piersią, w przypadku trudności w karmieniu piersią poinformowanie rodziców o możliwości uzyskania pomocy w poradni zaburzeń laktacji;
- sprawdzenie, i w razie potrzeby uzupełnienie, niezbędnej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych matki dotyczących opieki nad dzieckiem.

Wizyta patronażowa lekarza (1.–2. tydzień życia dziecka, w domu dziecka lub w gabinecie POZ).

Wywiad z uwzględnieniem:

- przebiegu ciąży, porodu, okresu adaptacyjnego w pierwszych dniach po urodzeniu;

- sprawdzenia, czy były przeprowadzone na oddziale noworodkowym testy przesiewowe w kierunku wad metabolicznych;
- orientacyjnej oceny stanu psychoemocjonalnego matki (np. występowanie objawów stresu poporodowego, depresji);
- oceny zachowania noworodka (m.in.: rytm snu i czuwania, objawy gotowości do karmienia, płacz, niepokój, występowanie bezdechów, drgawek, brak reakcji na dźwięki);
- oceny efektywności oraz weryfikacja techniki karmienia piersią. Gdy dziecko nie może być karmione naturalnie (np. z powodu przeciwwskazań) – zwrócenie uwagi na sposób przygotowywania preparatów do początkowego żywienia niemowląt, częstość i objętość posiłków, zebranie informacji dotyczących występowania u dziecka, ulewań, wymiotów, częstości wypróżnień;
- oceny sposobu odżywiania się matki karmiącej, ustalenie, czy stosuje suplementację, jej rodzaj (witamina D, kwas dokozaheksaenowy – DHA);
- sprawdzenia realizacji szczepień ochronnych (WZWB, BCG) oraz czy dziecko otrzymało witaminę K (dawka, droga podania) przed wypisem z oddziału noworodkowego (książeczka zdrowia);
- zapewnienia noworodkowi bezpieczeństwa, w tym ocena negatywnych emocji matki mogących prowadzić do krzywdzenia dziecka;
- identyfikacji problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zwrócenie uwagi na występowanie zachowań antyzdrowotnych (np. palenie tytoniu, picie alkoholu).

Badanie noworodka z oceną:

- stanu ogólnego z uwzględnieniem pomiaru masy ciała i obwodu głowy (interpretacja wyników w odniesieniu do standardu rozwoju fizycznego dzieci wg Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO);
- stanu skóry i błon śluzowych (ocena stopnia zażółcenia skóry – w razie potrzeby wystawić skierowanie na oznaczenie poziomu bilirubiny w surowicy krwi); występowanie zmian na bło-

nie śluzowej jamy ustnej (np. guzki) Bohna, perły Ebsteina, nadziąślaki wrodzone, a także nieprawidłowości wędzidełek, warg, języka;

- stanu kikutu pępowinowego;
- narządów wewnętrznych, czynności fizjologicznych;
- stanu neurorozwojowego (badanie napięcia mięśniowego, odruchów pierwotnych);
- wielkości ciemienia przedniego, szerokości szwów czaszkowych.

Przeprowadzenie testów przesiewowych

(zgodnie z zasadami podanymi w tabeli 1).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów – spersonalizowana, spełniająca oczekiwania rodziców/opiekunów, pozwalająca na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości.

Przekazanie informacji na temat:

- zasad prawidłowego żywienia dziecka, w tym:
 - zwrócenie uwagi na to, że karmienie naturalne jest pod każdym względem optymalnym sposobem żywienia dziecka, poinformowanie o korzyściach wynikających z karmienia piersią zarówno dla dziecka, jak i matki,
 - omówienie sposobów prawidłowego przystawiania dziecka do piersi,
 - praktycznej oceny skuteczności ssania (np. czy słyhać, jak dziecko połyka pokarm, czy po nakarmieniu demonstruje objawy sytości, np. spokojnie zasypia, czy przerwy między karmieniami nie są krótsze niż 1,5–2 godz.). W razie wątpliwości zalecenie kontroli liczby mokrych pieluch, liczby oddawanych stolców na dobę, średnich dobowych przyrostów masy ciała dziecka (wg zasady – po zważeniu dziecka kolejne ważenie przeprowadzić po kilku dniach, różnicę w pomiarach podzielić przez liczbę dni między pomiarami. Jeżeli przyrosty masy ciała są niezadowalające, należy zlecić odciążanie pokarmu i dokarmianie nim dziecka przy pomocy łyżeczki lub małego kubeczka, **nie należy stosować butelki ze smoczkiem!**),
 - skierowanie na konsultację do poradni zaburzeń laktacji w przypadku utrzymywania się trudności w skutecznym karmieniu piersią pomimo wszelkich starań,

- pomoc w doborze odpowiedniego dla dziecka mleka do żywienia początkowego niemowląt (gdy karmienie naturalne nie jest możliwe), w tym omówienie zasad karmienia mlekiem modyfikowanym/preparatem mlekozaścępczym;
- rozpoznawania potrzeb dziecka (zwrócenie uwagi rodziców/opiekunów na to, że płacz dziecka jest sposobem komunikowania się z otoczeniem na tym etapie rozwojowym i nie zawsze jest oznaką głodu),
- zwrócenie uwagi na korzyści z unikania używania smoczka do uspokajania dziecka, szczególnie w okresie stabilizowania się laktacji;
- zasad suplementacji witaminy D (noworodki urodzone o czasie powinny otrzymać 400 IU/dobę od pierwszych dni życia – niezależnie od sposobu karmienia, noworodki urodzone \leq 32. tygodnia ciąży – 800 IU/dobę od pierwszych dni życia, jeśli jest możliwe żywienie enteralne, niezależnie od sposobu karmienia z kontrolą stężenia w surowicy 25(OH)D, noworodki urodzone w 33.–36. tygodniu ciąży – 400 IU/dobę od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia; kontrola stężenia 25(OH)D do rozważenia tylko w grupach ryzyka);
- zasad suplementacji witaminy K (dzieci karmione piersią od 3. tygodnia życia, czyli od 15. dnia życia do końca 3. miesiąca życia: urodzone o czasie lub \geq 34. tygodnia ciąży – 150 μ g/dobę, urodzone $<$ 34. tygodnia ciąży – 25 μ g/dobę), wyjaśnienie celu jej stosowania (profilaktyka krwawienia związana z niedoborem tej witaminy);
- zasad prawidłowego odżywiania się matki w okresie laktacji, w tym stosowania suplementacji witaminy D (2000 IU/dobę), kwasów omega-3 – DHA (przy niewystarczającym spożyciu produktów naturalnie go zawierających – co najmniej 200 mg/dobę, przy małym spożyciu ryb – nawet 400–600 mg/dobę), jodu (w przypadku potwierdzonego niedoboru konieczna suplementacja jodkiem potasu w ilości 150 μ g z wykorzystaniem potasowej, dietytycznej soli kuchennej lub jodowanej wody). Dieta matki w okresie laktacji powinna być urozmaicona, z wykorzystaniem żywności dobrej jakości, świeżej, nieprzetworzonej lub mało przetworzonej.

Zasady ogólne dotyczące prawidłowego żywienia kobiety w okresie karmienia piersią:

- ◆ zjadanie 5 posiłków dziennie, korzystnie jest spożywać posiłki częściej o mniejszej objętości;
- ◆ uwzględnienie w diecie produktów zawierających pełnowartościowe białko (ryby, dobrej jakości chude mięso, wysokogatunkowe wędliny, jaja, mleko, mleczne napoje fermentowane, np. jogurty, kefir oraz sery);
- ◆ spożywanie świeżych warzyw i owoców;
- ◆ uwzględnienie produktów zbożowych pełnoziarnistych (pieczywo, płatki, makaron razowy, ryż brązowy, grube kasze);
- ◆ wykorzystywanie olejów roślinnych (np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek), unikanie produktów zawierających nasycone kwasy tłuszczowe (np. smalec, słonina, boczek, potrawy z tłustego mięsa);
- ◆ stosowanie do potraw naturalnych przypraw, np. koperek, zielona pietruszka;
- ◆ wykorzystywanie metod obróbki kulinarnej potraw – gotowanie w wodzie lub na parze, pieczenie czy duszenie bez uprzedniego obsmażania;
- ◆ unikanie pojadania między posiłkami, szczególnie słodczy (np. ciast, ciasteczek), słonych przekąsek;
- ◆ zrezygnowanie z palenia tytoniu, picia alkoholu oraz ograniczenie picia herbaty czarnej, białej i zielonej oraz kawy;
- ◆ wypijanie codziennie ok. 3 litrów płynów (wliczając te zawarte w potrawach) przy uwzględnieniu wody (ok. 1,5 l) dobrej jakości, najlepiej butelkowanej mineralnej lub źródłanej niskosodowej, niskosiarczanowej o zwiększonej zawartości wapnia i magnezu.

WAŻNE!

Nie ma wskazań do **rutynowego** stosowania diet eliminacyjnych przez matkę karmiącą. Diety takie powinny być stosowane **tylko ze wskazań medycznych**, czyli:

- choroba matki wymagająca określonej eliminacji pokarmowej,
- choroba rozpoznana u dziecka, np. alergia pokarmowa.

Wskazane jest, aby matka karmiąca stosująca dietę eliminacyjną pozostawała pod stałą opieką lekarza i dietetyka (dieta taka może wymagać oceny zbilansowania pod względem wartości odżywczej i energetycznej).

- zwrócenie uwagi na temat prawidłowej opieki nad dzieckiem, w tym higieny ciała dziecka, profilaktyki próchnicy (po każdym karmieniu oczyszczanie i masowanie wałów dziąsłowych oraz błony śluzowej policzków dziecka palcem wskazującym owiniętym np. w kawałek gazy zwilżony w przegotowanej wodzie), sposobu układania dziecka do snu (w profilaktyce zespołu nagłego zgonu niemowląt – SIDS zaleca się spanie dziecka w tym samym pokoju co rodzice, ale we własnym łóżeczku; układanie do snu na plecach na materacu niezmiennym kształtu pod ciężarem dziecka, preferowanie do snu śpiworków zamiast kołderek, niestosowanie poduszek), ochronę przed urządzeniami emitującymi fale elektromagnetyczne (telefon, komputer, telewizor);
- higieny środowiska domowego wolnego od dymu tytoniowego.

BADANIA PROFILAKTYCZNE NIEMOWLĄT W 6.–9. TYGODNIU ORAZ W 3.–4. MIESIĄCU ŻYCIA (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)

Wywiad ze szczególnym uwzględnieniem:

- objawów budzących niepokój rodziców/opiekunów (w tym trudności ze ssaniem, połykaniem, wymioty, nieprawidłowe stolce, występowanie

bezdechów, drgawek, brak odwracania głowy w kierunku dźwięku);

- sposobu karmienia, w tym skuteczności karmienia piersią;

- orientacyjnej oceny stanu psychoemocjonalnego matki (obniżony nastrój, złość) i wsparcia ze strony rodziny;
- realizacji szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zachowań antyzdrowotnych (np. palenie tytoniu, picie alkoholu).

Badanie niemowlęcia z uwzględnieniem oceny:

- stanu ogólnego, w tym stanu odżywienia;
- narządów wewnętrznych, czynności fizjologicznych;
- zachowania (sen, aktywność, płacz);
- stanu neurorozwojowego (badanie napięcia mięśniowego, odruchów pierwotnych) i psychoruchowego;
- wielkości ciemienia przedniego i szerokości szwów czaszkowych.

Przeprowadzenie testów przesiewowych

(patrz tabela 1).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów w zakresie:

- utrzymania karmienia piersią;
- zapoznanie rodziców/opiekunów ze schematem żywienia niemowląt. Zaleca się, aby pierwsze pokarmy uzupełniające wprowadzać do diety dziecka nie wcześniej niż po 17. tygodniu życia, ale nie później niż przed ukończeniem 26. tygodnia życia. Nowe produkty należy wprowadzać pojedynczo w niewielkich ilościach (2–4 łyżeczki), rozpoczynając od np. kleików/kaszek bezglutenowych, warzyw. Produkty zbożowe zawierające gluten można wprowadzać do diety dziecka w małych ilościach w dowolnym okresie po ukończeniu 4.

miesiąca do 12. miesiąca życia. Ważne jest stopniowe osvajanie dziecka z nowym smakiem oraz cierpliwe i konsekwentne zachęcanie do próbowania nowych pokarmów. Aby uznać, że nowy pokarm nie jest akceptowany przez dziecko należy proponować go nawet kilkanaście razy,

- stymulacji aktywności ruchowej dziecka dostosowanej do etapu jego rozwoju ruchowego (np. noszenie dziecka w różnych pozycjach – leżącej, półleżącej z podtrzymywaniem główki, układanie na brzuchu na twardym podłożu kilkakrotnie w ciągu dnia, nie wcześniej niż pół godziny po karmieniu, będąc jednocześnie przy dziecku; wykonywanie prostych powtarzalnych ćwiczeń);
- higieny ciała dziecka i profilaktyki próchnicy (wg zasad jak dotychczas);
- higieny dnia codziennego (m.in. spacer, ubiór dziecka adekwatny do warunków atmosferycznych);
- bezpieczeństwa dziecka (w tym zasad układania dziecka do snu, przewożenia w foteliku samochodowym);
- podawania witaminy D (niemowlęta do 6. miesiąca życia – 400 IU/dobę, niezależnie od sposobu karmienia) i witaminy K (niemowlęta karmione piersią: urodzone o czasie lub \geq 34. tygodnia ciąży – 150 μ g/dobę do końca 3. miesiąca życia, urodzone $<$ 34. tygodnia ciąży – 25 μ g/dobę do końca 3. miesiąca życia);
- szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- zapobiegania ograniczeniom swobody ruchu dziecka, profilaktyka zachowań krzywdzących dziecko (np. potrząsanie);
- higieny środowiska domowego wolnego od dymu tytoniowego.

BADANIE PROFILAKTYCZNE NIEMOWLĄT W 6. MIESIĄCU ŻYCIA

Wywiad ze szczególnym uwzględnieniem:

- informacji dotyczących przebytych chorób i hospitalizacji;
- objawów budzących niepokój rodziców/opiekunów (w tym wymioty, nieprawidłowe stolce,

bezdechy, brak reakcji, np. na głos opiekuna, brak zainteresowania zabawkami, brak obrotu na boki i brzuch);

- sposobu karmienia, w tym ocena dojrzałości rozwojowej dziecka do przyjmowania żywności

- uzupełniającej (zainteresowanie żywnością, sięganie po nią, próby przenoszenia jej do ust);
- zachowania dziecka (m.in. okresy snu i czuwania, sposób komunikowania się z otoczeniem);
- stosowania profilaktyki krzywicy;
- realizacji szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- identyfikacji emocji mogących prowadzić do krzywdzenia dziecka;
- oceny wydolności opiekuńczej rodziny, identyfikacji problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zachowań antyzdrowotnych.

Badanie niemowlęcia z uwzględnieniem oceny:

- stanu ogólnego, w tym stanu odżywienia;
- narządów wewnętrznych, czynności fizjologicznych;
- stanu neurorozwojowego i rozwoju psychoruchowego;
- higieny jamy ustnej i ząbkowania;
- wielkości ciemienia przedniego i szerokości szwów czaszkowych.

Przeprowadzenie testów przesiewowych

(patrz tabela 1).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów w zakresie:

- zasad żywienia dziecka:
 - zachęcenie matki do kontynuacji karmienia piersią,
 - w sytuacji, gdy karmienie piersią nie jest możliwe – pomoc w doborze odpowiedniego dla dziecka preparatu do dalszego żywienia niemowląt (mleko modyfikowane następne/ /preparat mlekozastępczy);
 - wprowadzanie żywności uzupełniającej/rozszerzanie diety,
 - konsystencja posiłków uzupełniających powinna być dopasowana do możliwości i umiejętności dziecka (zalecana konsystencja pierwszych tego typu posiłków to gładkie purée, następnie puree z miękkimi grudkami), posiłki uzupełniające należy **podawać dziecku łyżeczką**,

- wykorzystywanie do przygotowywania posiłków dla dziecka tłuszczów dobrej jakości, np. masło, oliwa z oliwek, olej rzepakowy,
- nie należy dosładzać, dosalać potraw dla dziecka,
- nie zaleca się podawania soków owocowych 100%,
- należy stosować dobrej jakości wodę, czyli wody źródlane lub naturalne wody mineralne niskozmineralizowane (< 500 mg/l rozpuszczonych składników mineralnych), niskosodowe (< 20 mg jonów sodu/1 l), niskosiarczane (< 20 mg/l), które podajemy dziecku z otwartego kubeczka (**nie z butelki przez smoczek!**);
- zachęcanie dziecka do aktywności ruchowej (układanie na brzuchu wg zasad opisanych wcześniej; ćwiczenia polegające np. na delikatnym turlaniu dziecka z boku na bok);
- higieny ciała i profilaktyki próchnicy (szczotkowanie zębów od momentu ich wyrżnięcia się, minimum 2 razy dziennie, w tym po posiłku wieczornym, szczoteczką dopasowaną wielkością do wieku dziecka z użyciem śladowej ilości pasty z fluorem [(1000 ppm F)], zastosowanie pasty należy skonsultować z lekarzem dentystą; prawidłowe odżywianie, w tym nietrzymanie dziecka przy piersi podczas snu; podawanie pokarmów uzupełniających łyżeczką, podawanie czystej wody do picia, niepodawanie soków, słodkich płynów; zalecenie odbycia pierwszej wizyty u stomatologa dziecięcego między 6. a 9. miesiącem życia, a następnie co 3–4 miesiące do 6. roku życia – wizyty w ramach NFZ);
- suplementacji witaminy D (dziecko w wieku 6–12 miesięcy – 400–600 IU/dobę, zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem);
- szczepień ochronnych (książeczka zdrowia);
- zapobiegania ograniczeniom swobody ruchu dziecka, profilaktyka zachowań krzywdzących dziecko;
- bezpieczeństwa dziecka, higieny środowiska domowego wolnego od dymu tytoniowego.

BADANIE PROFILAKTYCZNE NIEMOWLĄT W 9. MIESIĄCU ŻYCIA

Wywiad ze szczególnym uwzględnieniem:

- informacji dotyczących przebytych chorób i hospitalizacji;
- objawów budzących niepokój rodziców/opiekunów;
- sposobu karmienia, w tym zwrócenie uwagi na dojrzałość żywieniową dziecka (konsystencja spożywanych pokarmów, umiejętność gryzienia, żucia, picie z kubeczka, jedzenie palcami), liczbę posiłków (w tym pełnych przystawień do piersi oraz liczbę posiłków uzupełniających), karmienia nocne, asortyment produktów w diecie dziecka, stosowane diety eliminacyjne;
- zachowania dziecka (m.in. długość okresów snu i czuwania, reakcja na osoby obce, sposób komunikowania się, dążenie do samodzielności) oraz postępowania wychowawczego rodziców;
- stosowania profilaktyki krzywicy;
- realizacji szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- identyfikacji emocji mogących prowadzić do krzywdzenia dziecka;
- oceny wydolności opiekuńczej rodziny, identyfikacji problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zachowań antyzdrowotnych.

Badanie niemowlęcia z uwzględnieniem oceny:

- stanu ogólnego, w tym stanu odżywienia;
- narządów wewnętrznych i czynności fizjologicznych;
- rozwoju fizycznego i psychoruchowego;
- wielkości ciemienia przedniego i szerokości szwów czaszkowych;
- higieny jamy ustnej i ząbkowania.

Przeprowadzenie testów przesiewowych

(patrz tabela 1).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów w zakresie:

- zasad żywienia dziecka:

- zachęcenie matki do kontynuacji karmienia piersią,
- w sytuacji, gdy karmienie piersią nie jest możliwe – pomoc w doborze odpowiedniego dla dziecka preparatu do dalszego żywienia niemowląt (mleka modyfikowanego następnego/preparatu mlekozastępczego),
- wg WHO u dzieci karmionych piersią zaleca się podawanie 3 lub 4 posiłków uzupełniających oraz 1 lub 2 zdrowych przekąsek,
- konsystencja pokarmów uzupełniających (pokarmy rozdrobnione, np. starte na tarce, rozgniecione widelcem lub posiekane),
- niepodawanie dziecku soków 100%, dosładzanych napojów i potraw, niedosalanie potraw,
- stosowanie dobrej jakości wody, czyli źródłanych lub naturalnych wód mineralnych niskozmineralizowanych, niskosodowych i niskosiarczanowych,
- zachęcanie do samodzielnego jedzenia, czyli dotykania jedzenia, jedzenia rączkami,
- ważna jest akceptacja przez rodzica/opiekuna tego, że dziecko podczas tych czynności może pobrudzić siebie i otoczenie;
- sposobów zachęcania dziecka do aktywności ruchowej dostosowanej do etapu jego rozwoju ruchowego (np. układanie przed dzieckiem atrakcyjnych przedmiotów na tyle daleko, aby musiało się do nich przemieścić, co stymuluje pełzanie, przyjmowanie pozycji czworacznej, raczkowanie);
- higieny ciała i jamy ustnej (profilaktyka próchnicy obejmująca m.in. szczotkowanie zębów minimum 2 razy dziennie, w tym koniecznie po każdym posiłku zawierającym cukry proste oraz wieczornym szczoteczką dopasowaną wielkością do wieku dziecka z użyciem śladowej ilości pasty z fluorem [(1000 ppm F)]; prawidłowe odżywianie, w tym m.in. podawanie posiłków uzupełniających łyżeczką, podawanie czystej wody do picia, unikanie słodkich płynów, soków, zalecenie kontynuacji regularnych wizyt u stomatologa co 3–4 miesiące);

- suplementacji witaminy D (6–12 miesięcy – 400–600 IU/dobę, zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem);
- szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- bezpieczeństwa dziecka (odpowiednie łóżeczko, fotelik samochodowy, bezpieczne zabawki

i miejsce do zabawy, ochrona przed oparzeniem, zadławieniem, unikanie „chodzików”, zapobieganie ograniczeniom swobody ruchu dziecka, zasady radzenia sobie z emocjami mogącymi prowadzić do zachowań krzywdzących dziecko);

- higieny środowiska domowego.

BADANIE PROFILAKTYCZNE NIEMOWIĄT W 12. MIESIĄCU ŻYCIA

Wywiad ze szczególnym uwzględnieniem informacji dotyczących:

- przebytych chorób i hospitalizacji, stosowanego leczenia;
- objawów budzących niepokój rodziców/opiekunów (w tym bezdechy, drgawki, trudności z karmieniem, wymioty, nieprawidłowe stolce, trudności z mikcją, brak reakcji na ciche dźwięki, brak reakcji na swoje imię, brak kontaktu wzrokowego, niemówienie pojedynczych słów, stereotypie);
- sposobu żywienia i dojrzałości żywieniowej dziecka (w tym liczba posiłków, dobór produktów, konsystencja pokarmów, umiejętność gryzienia, żucia, próby samodzielnego jedzenia), niepożądane reakcje na pokarm, stosowane diety eliminacyjne;
- aktywności ruchowej dziecka;
- stosowania profilaktyki krzywicy;
- stosowania profilaktyki próchnicy zębów;
- realizacji szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);
- identyfikacji emocji rodziców/opiekunów mogących prowadzić do krzywdzenia dziecka;
- oceny wydolności opiekuńczej rodziny, identyfikacji problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zachowań antyzdrowotnych.

Ocena dziecka:

- stanu ogólnego, w tym stanu odżywienia;
- narządów wewnętrznych i czynności fizjologicznych;
- zachowania, w tym dążenie do samodzielności;
- zarastania ciemienia przedniego;
- wieku zębowego, higieny jamy ustnej.

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów w zakresie:

- zasad prawidłowego żywienia dziecka:
 - kontynuacja karmienia piersią powyżej 1. roku życia na życzenie dziecka i matki,
 - u dzieci niekarmionych piersią porada dotycząca wyboru mleka, np. mleko krowie (u dzieci wieku 11-12 miesięcy może być jedynie dodatkiem do pokarmów uzupełniających, natomiast u dzieci powyżej 1. roku życia nie należy podawać go więcej niż 500 ml/dobę i nie powinno być to mleko o obniżonej zawartości tłuszczu, < 3,2% tłuszczu) lub mleko modyfikowane dla młodszych dzieci (typu „Junior” dla dzieci powyżej 1. roku),
 - zalecana liczba posiłków uzupełniających u dzieci karmionych piersią to 3 lub 4 i 1 lub 2 zdrowe przekąski (WHO), natomiast u dzieci niekarmionych piersią sugerowana liczba posiłków to 4–5 (w tym 2–3 mleczne) oraz 1 lub 2 zdrowe przekąski,
 - dieta powinna zawierać produkty nieprzetworzone, świeże, dobrej jakości (produkty zbożowe, warzywa i owoce, przetwory mleczne, jaja, chude mięso drobiowe i inne, ryby) z wykorzystaniem zarówno dobrej jakości tłuszczów, jak i czystej wody,
 - ilość podawanych 100% soków u dzieci w wieku między 2. a 3. rokiem życia nie powinna przekraczać 100 ml/dobę,
 - dziecko w tym wieku może zazwyczaj spożywać pokarmy o różnej konsystencji, w tym stałej;
- sposobów zachęcania dziecka do aktywności ruchowej dostosowanej do etapu jego rozwoju

Wiek (miesiące)	Umiejętności	Liczba posiłków w ciągu dnia (orientacyjna)	Wielkość porcji (ml) (orientacyjna)	Rodzaj i konsystencja pokarmów	Przykłady pokarmów ²
1	Ssanie i połykanie	7*	110	Płynny	Mleko matki lub mleko modyfikowane
2-4		6*	120-140		
5-6	<ul style="list-style-type: none"> Początkowe rozdrabnianie pokarmów językiem Silny odruch ssania Wypychanie jedzenia z ust za pomocą języka (reakcja przejściowa) Otwieranie ust przy zbliżeniu łyżeczki 	5*	150-160	<ul style="list-style-type: none"> Gładkie puree 4 posiłki mleczne 	<ul style="list-style-type: none"> Gotowane miksowane warzywa (np. marchew) lub owoce (np. jabłko, banan), mięso, jaja lub puree ziemniaczane, kaszki/kiełki bezglutenowe Produkty zbożowe, w tym gluten w małych ilościach w dowolnym okresie po ukończeniu 4. mż. (17.tygż) do 12 mż.
1	<ul style="list-style-type: none"> Pobieranie pokarmu z łyżeczki wargami Gryzienie, żucie, ruchy języka na boki 	5*	170-180		
2-4	<ul style="list-style-type: none"> Rozwój umiejętności i koordynacji umożliwiających samodzielne jedzenie 	4-5*	190-220		

Karmienie piersią lub mlekiem modyfikowanym¹

RODZIC/OPIEKUN decyduje, **CO** dziecko zje, **KIEDY** i **JAK** jedzenie będzie podawane.
DZIECKO decyduje, **CZY** posiłek zje i **ILE** zje.

* Orientacyjna liczba posiłków u niemowląt karmionych sztucznie: u niemowląt karmionych naturalnie dopuszczalna jest większa liczba posiłków wynikająca z przystawiana dziecka do piersi

¹ Wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 m.ż.

² Mleko podawane jest z piersi, butelki ze smoczkiem lub otwartego kubka. Pozostałe pokarmy podajemy łyżeczką.

³ Małe ilości można stosować do przygotowania pokarmów uzupełniających, ale mleko krowie nie powinno być stosowane jako główny produkt mleczny przed 12. m.ż.

NAPOJE: do picia podajemy wodę bez ograniczeń. Soki (100%, przecierowe, bez dodatku cukru, pasteryzowane) w ilości maksymalnie do 150 ml na dobę (porcja liczona razem z ilością spożytych owoców).

Suplementacja witaminy D i K zgodnie z rekomendacjami.

RYCINA 2.

Schemat żywienia niemowląt (wg PTGHIŻD z 2016 r.)

WAŻNE!

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci nie należy podawać niemowlętom 100% soków do picia.

ruchowego (chodzenie za rączkę, różne formy zabawy stymulujące dziecko, np. wspólne turkanie piłki);

- suplementacji witaminy D (dzieci w wieku 6–12 miesięcy – 400–600 IU/dobę, zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem, dzieci w wieku 1–10 lat, zdrowe przebywające na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej 15 minut w godzinach od 10.00 do 15.00 bez kremów z filtrem w okresie od maja do września – suplementacja nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna. Jeśli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest suplementacja witaminy D przez cały rok w dawce 600–1000 IU/dobę w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie);
- szczepień ochronnych (książeczka zdrowia, książeczka szczepień);

- profilaktyki pierwotnej otyłości (m.in. prawidłowy sposób żywienia, codzienna aktywność ruchowa dopasowana do wieku i możliwości dziecka);
- profilaktyki chorób układu oddechowego (m.in. prawidłowe żywienie, ubieranie dziecka adekwatnie do warunków atmosferycznych, nieprzegrzewanie, codzienna aktywność ruchowa – najlepiej na świeżym powietrzu, szczepienia ochronne, unikanie w miarę możliwości kontaktów z osobami chorymi, wietrzenie pomieszczeń, eliminacja narażenia dziecka na dym tytoniowy);
- profilaktyki próchnicy zębów (jak opisano wcześniej);
- nieograniczania swobody ruchu dziecka, bezpieczeństwo dziecka, w tym profilaktyki wypadków i urazów, higieny środowiska domowego wolnego od dymu tytoniowego.

BILANS ZDROWIA DZIECKA W WIEKU 24 MIESIĘCY OD DATY URODZIN ± 3 MIESIĄCE I 48 OD DATY URODZIN ± 3 MIESIĄCE

Wywiad:

- przebyte choroby, urazy, hospitalizacje, stosowane leczenie;
- objawy i reakcje obserwowane u dziecka budzące niepokój rodziców/opiekunów (w tym drgawki, bezdechy, wymioty, brak należytego do wieku rozwoju mowy, niespełnianie prostych poleceń, zaburzenia zachowania, zaburzenia snu, brak mowy czynnej, stereotypie, także w zabawie);
- zachowania antyzdrowotne w rodzinie (w tym palenie tytoniu, inne nałogi), styl życia (w tym czynniki ryzyka, np. otyłości, wczesnego rozwoju miażdżycy);
- sposób żywienia dziecka (samodzielność w zakresie jedzenia, stosowane diety eliminacyjne).
- zachowanie się dziecka (w tym codzienny rytm dnia, aktywność ruchowa, długość snu, adaptacja do opieki innych osób niż rodzice, spo-

sób komunikowania się, postęp rozwoju mowy, dążenie do samodzielności, objawy uporu i negatywizmu, nadpobudliwość, kontakty z innymi dziećmi, zgłaszanie potrzeb fizjologicznych, w tym trening czystości);

- realizacja szczepień ochronnych (książeczka zdrowia dziecka, książeczka szczepień).

Ocena dziecka:

- stan ogólny, narządy wewnętrzne, czynności fizjologiczne;
- harmonia rozwoju fizycznego, rozwój psychoruchowy;
- zachowanie dziecka;
- higiena jamy ustnej, wiek zębowy, orientacyjna ocena prawidłowości zgryzu.

Przeprowadzenie testów przesiewowych
(patrz tabela 1).

WAŻNE!

Należy zwrócić szczególną uwagę na:

- liczbę posiłków w ciągu dnia – czy nie są zbyt częste (powyżej 4–5), w tym pojadanie między posiłkami;
- urozmaicenie diety – przy małym urozmaiceniu, skuteczność interwencji zależy od identyfikacji przyczyny. Najczęstsze przyczyny małego urozmaicenia diety dziecka w tym wieku to: dziecięca neofobia, problemy z akceptacją przez dziecko niektórych produktów (często warzyw, mięsa), brak czasu i cierpliwości rodziców/opiekunów do stopniowego przyzwyczajania dziecka do zróżnicowanego asortymentu produktów;
- konsystencję podawanych dziecku potraw (nadmierne ich rozdrabnianie, przecieranie, miksowanie);
- niedostosowanie wielkości porcji do wieku i indywidualnych możliwości dziecka;
- dostarczanie potraw, podawanie słodczy, słonych przekąsek, nadmierne używanie soli;
- rodzaj i ilość płynów podawanych dziecku, w tym soków, słodzonych napojów;
- praktyki żywieniowe, np. zmuszanie dziecka do jedzenia, zabawianie podczas jedzenia, jedzenie przed telewizorem, komputerem lub z telefonem komórkowym w rękę.

Współpraca z rodzicami/opiekunami:

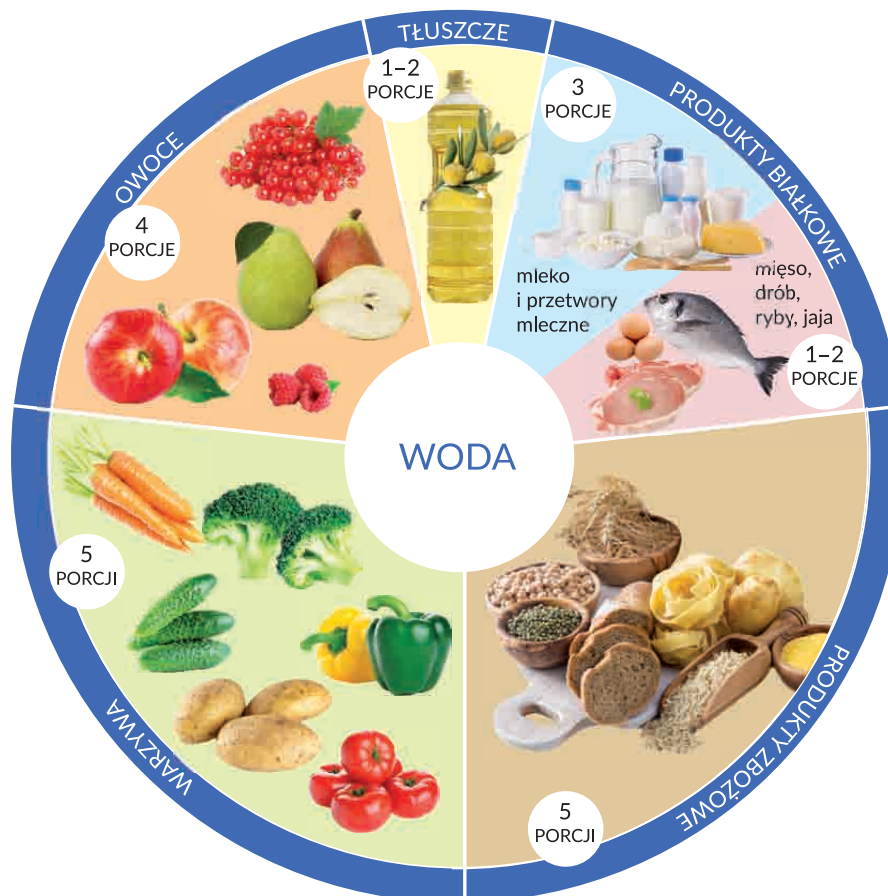
- udzielanie rodzicom/opiekunom wyjaśnień odnośnie do niepokojących ich objawów i zachowań dziecka;
- udzielenie rodzicom/opiekunom wyczerpującej i zrozumiałej dla nich informacji podsumowującej badanie przedmiotowe oraz wskazówek dotyczących dalszej opieki nad dzieckiem i działań profilaktycznych, w tym:
 - zasad prawidłowego żywienia dziecka (adekwatnego do jego dojrzałości i potrzeb): podawanie dziecku 4–5 posiłków: 3 podstawowe (śniadanie, obiad, kolacja) i 1–2 uzupełniające (drugie śniadanie i/lub podwieczorek),
 - kontynuacja karmienia piersią powyżej 2. roku życia na życzenie matki lub dziecka,
 - zaleca się, by dzieci w tym wieku **codziennie** spożywały pieczywo i przetwory zbożowe pochodzące z pełnego przemiału zbóż, mleko i produkty mleczne (w tym maślanka, kefir, jogurt naturalny, sery), warzywa i owoce, ponadto świeże, chude mięso wysokiej jakości, 3–4 jaja tygodniowo, a także ryby 1–2 razy w tygodniu,
 - należy unikać dostarczania i dosalania potraw oraz produktów zawierających nadmiar cukru i soli, a także zawierających substancje dodatkowe, np. barwniki, konserwanty,
 - nie należy podawać dziecku słodkich czy słonych przekąsek (np. ciasteczek, słodczy, chipsów) między posiłkami, chyba że będą to owoce (np. cząstki jabłka, plasterki banana) lub warzywa (np. kawałki marchewki, ogórka, rzodkiewki) czy też jogurt naturalny,
 - posiłki powinny być przygotowywane z wykorzystaniem tłuszczów roślinnych (oliwa z oliwek, olej rzepakowy) z ograniczeniem tłuszczów pochodzenia zwierzęcego,
 - należy zapewnić dziecku możliwość picia wody, a ilość podawanych 100% u dzieci pomiędzy 2. a 3. rokiem życia nie powinna przekraczać 100 ml/dobę, a u dzieci powyżej 4. roku życia maksymalnie 150 ml/dobę,
 - należy uczyć dziecko spożywania posiłków w miejscach i czasie do tego przeznaczonym (nie należy karmić dziecka podczas zabawy, oglądania telewizji),
 - czas spożywania posiłku powinien być ograniczony do około 30 minut,
 - należy zachowywać 3–4-godzinne przerwy między posiłkami,
 - należy zachęcać dziecko do samodzielnego jedzenia i akceptować zachowania żywieniowe właściwe dla jego wieku, np. jedzenie rączkami, dotykanie jedzenia, brudzenie się,

- należy zalecać rodzicom/opiekunom cierpliwość i unikanie napięć podczas posiłków, np. przy odmowie przez dziecko jedzenia nowych potraw,
 - w miarę możliwości wspólne spożywanie z dzieckiem posiłków,
 - uświadomienie rodzicom/opiekunom, że przestrzeganie podstawowych zasad organizacji posiłków małych dzieci sprzyja wykształceniu prawidłowych nawyków żywieniowych;
- sposobów zachęcania dziecka do aktywności ruchowej dostosowanej do etapu jego rozwoju ruchowego (np. codzienne spacery, podczas których dziecko powinno jak najwięcej chodzić, ćwiczenia na placu zabaw, np. wspina się po drabince, zjeżdżanie ze zjeżdżalni, ćwiczenie razem z dzieckiem turlanie piłki, rzucanie piłką, taniec przy ulubionej melodii);
- zasad suplementacji witaminy D (u zdrowych dzieci w tym wieku przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej 15 minut w godzinach od 10.00 do 15.00 bez kremów z filtrem

w okresie od maja do września suplementacja witaminy D nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna, natomiast jeżeli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest jej suplementacja przez cały rok w dawce 600–1000 IU/dobę w zależności od masy ciała i podaży w diecie);

■ zasad profilaktyki próchnicy zębów:

- u dzieci w wieku 3–6 lat stosowanie pasty do zębów (1000 ppm F) w ilości ziarna groszku. Konieczna jest kontrola, aby dziecko jej nie połykało. Około 4. roku życia należy rozpocząć naukę samodzielnej, prawidłowej techniki czyszczenia powierzchni zębowych (metoda ruchów okrężnych), ważna jest kontynuacja opieki stomatologicznej,
- unikanie szczotkowania zębów bezpośrednio po spożyciu owoców (odczekać 15–30 minut, aby pH jamy ustnej wróciło do normy),
- prawidłowy sposób żywienia dziecka, w tym szczególnie unikanie słodczy o ciągnącej się konsystencji oraz długo rozpuszczających się w jamie ustnej,



RYCINA 3.

Talerz żywieniowy (PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2020)

- zęby mleczne też wymagają leczenia (profilaktyka próchnicy zębów stałych, wad zgryzu i wymowy);
 - zapewnienie bezpieczeństwa dziecku (odpowiednie łóżeczko, przewożenie w foteliku samochodowym, bezpieczne zabawki i miejsce do zabawy, ochrona przed oparzeniem, zadławieniem, upadkami z wysokości, zabezpieczenie przed dostępem do leków);
 - zapobieganie ograniczeniom swobody ruchu dziecka;
 - pomoc w identyfikacji i radzeniu sobie z emocjami mogącymi prowadzić do zachowań krzywdzących dziecko;
 - edukacja w zakresie pierwotnej profilaktyki otyłości (m.in. odpowiedni sposób żywienia, aktywność fizyczna dopasowana do wieku i możliwości dziecka, zalecana co najmniej 3 godziny dziennie);
 - profilaktyki chorób układu oddechowego (m.in. odpowiednie żywienie, nieprzegrzewanie dziecka, wietrzenie pomieszczeń, aktywność ruchowa na świeżym powietrzu).
- Przydatnym narzędziem w planowaniu diety dziecka w wieku 13–36 miesięcy może być talerzyk żywieniowy, który obrazuje udział poszczególnych grup produktów wyrażony w ilościach porcji zalecanych do spożycia w ciągu dnia.

BILANS ZDROWIA DZIECKA W WIEKU 5 LAT OD DATY URODZENIA \pm 3 MIESIĄCE

Wywiad ze szczególnym uwzględnieniem:

- przebytych chorób i hospitalizacji, urazów, zabiegów chirurgicznych, stosowanego leczenia;
- objawów budzących niepokój rodziców/opiekunów;
- sposobu żywienia, w tym liczby i regularności posiłków, wielkości zjadanych przez dziecko porcji, pojadania między posiłkami, asortymentu produktów w diecie, stosowanych diet eliminacyjnych (przydatnym narzędziem do orientacyjnej oceny diety dziecka jest przygotowanie przez rodziców/opiekunów 7-dniowego zapisu jadłospisu dziecka z uwzględnieniem dwóch dni weekendowych);
- aktywności i sprawności ruchowej dziecka;
- ogólnego poziomu sprawności umysłowej (m.in. rozumienie mowy);
- realizacji szczepień ochronnych (książeczka zdrowia);
- kontaktów z rówieśnikami, zabawy w grupie, umiejętności pracy w grupie, obowiązkowości;
- narażenia na złe warunki mieszkaniowe, wydolności opiekuńczej rodziny, problemów zdrowotnych i społecznych w rodzinie, zachowań antyzdrowotnych.

Ocena dziecka:

- stanu ogólnego, narządów wewnętrznych;
- rozwoju fizycznego, motorycznego, psychospołecznego;
- zachowania (np. nadpobudliwość, agresja, deficyt uwagi, trudności w kontakcie);
- orientacyjna ocena stanu uzębienia, prawidłowości zgryzu, higieny jamy ustnej.

Przeprowadzenie testów przesiewowych

(patrz tabela 1).

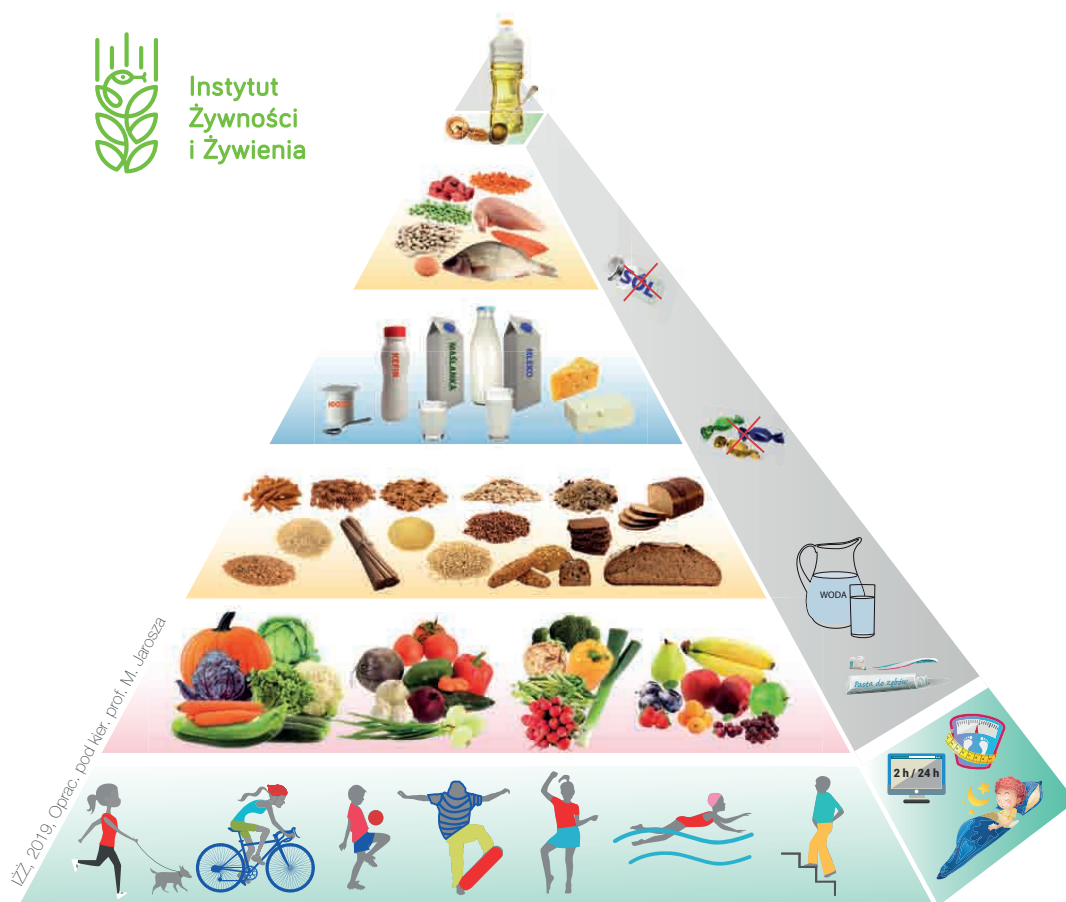
Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów w zakresie:

- sposobu żywienia dziecka i praktyk rodziców/opiekunów związanych z żywieniem:
 - odpowiednia organizacja posiłków w ciągu dnia, czyli regularne spożywanie przez dziecko 3 większych (śniadanie, obiad, kolacja) oraz 1–2 mniejszych posiłków (drugie śniadanie i/lub podwieczorek),
 - wykorzystanie do przygotowywania posiłków żywności dobrej jakości,
 - uwzględnienie w codziennej diecie dziecka warzyw i owoców, produktów zbożowych

pełnoziarnistych, mleka, które można zastąpić np. jogurtem naturalnym, kefirem i częściowo serem, spożywanie 3–4 razy w tygodniu jaj, 2–3 razy w tygodniu chudego mięsa, w tym wędlin wysokiej jakości, 1–2 razy w tygodniu ryb (np. dorsz, łosoś, makrela atlantycka, mintaj, pstrąg, sardynki), wykorzystywanie do przygotowywania potraw tłuszczów roślinnych (najlepiej oliwa z oliwek, olej rzepakowy),

- preferowanie takich sposobów przygotowywania potraw, jak: gotowanie, duszenie, pieczenie,
- unikanie spożywania soków (wypijanie maksymalnie 150 ml/dobę soków), słodkich napojów, słodyczy oraz soli i potraw ją zawierających,
- uwzględnienie w diecie dziecka do picia czystej wody zarówno do posiłków, jak i między posiłkami,

PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I STYLU ŻYCIA DZIECI I MŁODZIEŻY (4–18 LAT)



Spożywanie zalecanych w piramidzie produktów spożywczych w odpowiednich ilościach i proporcjach oraz codzienna aktywność fizyczna i inne elementy stylu życia są kluczem do zdrowia, prawidłowego rozwoju i dobrych wyników w nauce.

RYCINA 4.

Tytuł: Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży (4-18 lat)
(www.izz.waw.pl, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, www.ncez.pl)

- niepojadanie między posiłkami,
- w miarę możliwości wspólne spożywanie z dzieckiem posiłków, niezmuszanie dziecka do jedzenia, nienagradzanie słodyczami,
- uświadomienie rodzicom/opiekunom, że przestrzeganie podstawowych zasad organizacji posiłków małych dzieci sprzyja wykształceniu prawidłowych nawyków żywieniowych i jest jedną ze skutecznych metod zapobiegania rozwojowi zaburzeń w odżywianiu;
- sposobów zachęcenia dziecka do regularnej aktywności ruchowej dostosowanej do etapu jego rozwoju ruchowego i możliwości (np. ćwiczenia kształtowania lokomocji: biegi, marsze, podskoki, ćwiczenie gibkości: przewroty, skłony, zwisy na rękach, tory przeszkód, ćwiczenia poczucia rytmu: zajęcia rytmiczno-muzyczne, taniec), zmotywowanie do aktywnego spędzania czasu przez całą rodzinę. **Zwrócenie uwagi na to, że czego rodzic wymaga od dziecka, powinien wymagać od siebie;**
- odpowiedniej długości snu dziecka, ograniczenia spędzania czasu przed telewizorem/komputerem i korzystania z innych urządzeń elektronicznych do maksymalnie 1,5 godzin/dziennie;
- suplementacji witaminy D (zalecenia jak opisane wcześniej);
- profilaktyki próchnicy zębów (zalecenia jak opisane wcześniej);
- zapobieganie problemom wychowawczym poprzez szanowanie indywidualności dziecka, ale jednocześnie ustalenie zrozumiałych dla dziecka zasad obowiązujących w rodzinie;
- edukacja w zakresie pierwotnej profilaktyki otyłości oraz chorób układu oddechowego.

Pomocnym narzędziem w promowaniu zdrowego stylu życia, w tym zdrowego sposobu żywienia dzieci i młodzieży (4–18 lat), może być Piramida Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży z 2019 roku, opracowana przez Instytut Żywności i Żywienia (zamieszczono za zgodą Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej IŻŻ/www.izz.waw.pl/www.ncez.pl).

PIŚMIENNICTWO

1. Oblacińska A., Jodkowska M., Sawiec P. (red.). *ABC bilansów zdrowia dziecka*. Podręcznik dla lekarzy. Med. Prakt., Kraków 2017.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 736)
3. Nehring-Gugulska N., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.). *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Med. Prakt., Kraków 2017.
4. Borszewska-Kornacka M.K., Rachtan-Janicka J., Wesołowska A. i wsp. *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji*. Stand. Med. Pediatr. 2013; 10: 265–279.
5. Mikulska A., Szajewska H., Horvath A., Rachtan-Janicka J. *Poradnik karmienia piersią według zaleceń Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
6. Szajewska H., Horvath A. (red.). *Poradnik żywienia niemowląt krok po kroku – od narodzin do pierwszych urodzin*. Med. Prakt. 2014.
7. Szajewska H., Horvath A., Rybak A. i wsp. *Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci*. Stand. Med. Pediatr. 2016; 13: 9–24.
8. ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2009; 49: 112–125.
9. Michaelsen K.F., Weaver L., Branca F. i wsp. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region. WHO regional publications. European series, No 87.
10. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 2005; 115: 496–506.
11. Hojsak I., Bronsky J., Campoy C. i wsp. ESPGHAN Committee on Nutrition. Young Child Formula: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2018 Jan; 66(1): 177–185. Doi: 10.1097/MPG.0000000000001821.
12. Szajewska H., Horvath A. (red.). *Żywnienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży*. Med. Prakt., Kraków 2017.
13. Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp. *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci*. Stand. Med. Pediatr. 2014;11: 321–338.
14. Weker H., Barańska M. (red.). *Żywnienie niemowląt i małych dzieci. Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2014.
15. Weker H., Barańska M., Strucińska M. (red.). *Poradnik Żywnienia dziecka w wieku od 1. do 3. roku życia*. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Żywnienia, Warszawa 2014.
16. Weker H. (red.). *O żywieniu i aktywności fizycznej dzieci. Prosto, nowocześnie, praktycznie*. Wyd. Miasto Stołeczne Warszawa 2015. <https://ncez.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/piramida-zdrowego-zywienia-i-stylu-zycia-dzieci-i-mlodziezy> (data dostępu: 18.01.2020).
17. Woś H., Weker H., Jackowska T. i wsp. *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież*. Stand. Med. Interna. 2010; 1: 7–15.
18. Dziechciarz P., Horvath A., Socha P. i wsp. *Cukry w żywieniu dzieci i młodzieży – stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci*. Stand. Med. Pediatr. 2019; 5(16): 561–570.
19. Kawalec W., Grenda R., Kulus M. (red.). *Pediatrics*. Tom I. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
20. Borszewska-Kornacka M.K., Czech-Kowalska J., Czerwionka-Szaflarska M. i wsp. *Zalecenia dotyczące profilaktyki krwawienia z niedoboru witaminy K*. Stand. Med. Pediatr. 2016; 13: 26–37.
21. Rusińska A., Pludowski P., Walczak M. *Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018*. Post. Neonatol. 2018; 24(1): 1–24.
22. Czajkowski K., Czerwionka-Szaflarska M., Chazewska J. i wsp. *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie suplementacji kwasu dokozaheksaenowego i innych kwasów tłuszczowych omega-3 w populacji kobiet ciężarnych, karmiących piersią oraz niemowląt i dzieci do lat 3*. Stand. Med. Pediatr. 2010; 7: 729–736.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1199) Obwieszczenie w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego nie jest źródłem prawa
24. Olczak-Kowalczyk D., Borysewicz-Lewicka M., Adamowicz-Klepalska B. *Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży*. Nowa Stomatol. 2016; 21(1): 47–73; DOI:10.5604/14266911.1199068.
25. Agostoni C., Braegger C., Decsi T. i wsp. *Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2011; 52(6): 662–669. DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182169253.
26. Weker H., Barańska M., Dyląg H. i wsp. *Analysis of nutrition of children aged 13-36 months in Poland: a nation-wide study*. Med. Wieku Rozwoj. 2011;15(3): 224–231.
27. Flynn J.T., Kaelber D.C., Baker-Smith C.M. i wsp. *Subcommittee on screening and management of high blood pressure in children. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics. 2017; 140(3): e20171904. DOI: 10.1542/peds.2017-1904.
28. de Jong E., Visscher T.L., Hirasing R.A. i wsp. *Association between TV viewing, computer use and overweight, determinants and competing activities of screen time in 4- to 13-year-old children*. Int. J. Obes. (Lond). 2013; 37(1): 47–53.

© Copyright by PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020



Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Autor i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków, Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Wydawca: Sylwia Węgrzyn

Redaktor prowadzący: Agnieszka Janowska

Redakcja merytoryczna: Zespół

Producent: Anna Bączkowska

Specjalista ds. Kluczowych Klientów: Monika Gramek (monika.gramek@pwn.pl)

Projekt okładki i wnętrza oraz opracowanie rycin: Lidia Michalak-Mirońska

Zdjęcie na I stronie okładki: Dmitry Naumov/Dreamstime

Wydanie I

Warszawa 2020

ISBN 978-83-200-5979-3

PZWL Wydawnictwo Lekarskie
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2
tel. 22 695-43-21
www.pzwl.pl

Biurow Reklamy i Sprzedaży B2B
PZWL Wydawnictwo Lekarskie
e-mail: reklama@pzwl.pl



Skład i łamanie: Lidia Michalak-Mirońska

Druk i oprawa:

PZWL Wydawnictwo Lekarskie nie ponosi odpowiedzialności za treść materiału zamieszczonego na stronie okładkowej IV.

Materiał przeznaczony dla pracowników służby zdrowia

2019_08_07_002



PZWL Wydawnictwo Lekarskie Sp. z o.o.
infolinia: 801 33 33 88
www.pzwl.pl

