

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина  
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**РУКОВОДСТВО  
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ  
И НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ**

**Учебное пособие**

**Часть 1**

**Профилактическая и лечебная работа  
участкового педиатра/семейного врача**

Допущено Министерством образования и науки  
Кыргызской Республики в качестве учебного пособия  
для студентов высших учебных заведений

Бишкек 2021

УДК 616-053.2  
ББК 57.3  
Р 85

**Под редакцией**

*С.Дж. Боконбаевой*, д-ра мед. наук, проф., акад. РАЕН,  
заслуженного врача Кыргызской Республики

**Рецензенты:**

*Н.М. Алдашева*, д-р мед. наук, проф. кафедры педиатрии КРСУ,  
*Ж.Н. Омурова*, канд. мед. наук,  
зав. кафедрой семейной медицины КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова,  
*Т.М. Бектурсунов*, канд. мед. наук, доцент,  
зав. кафедрой пропедевтики детских болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева

**Составители:**

*Т.Т. Мамырбаева*, д-р мед. наук, проф., *К.С. Саржанова*, канд. мед. наук, доцент,  
*В.К. Шукурова*, зав. кафедрой детских болезней КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова,  
*Т.Л. Коротуненко*, преподаватель, *Е.А. Чернышева*, зав. кафедрой пропедевтики  
детских болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева, *Л.Н. Минич*, канд. мед. наук, доцент

Рекомендовано к изданию Ученым советом ГОУВПО КРСУ

Р 85 РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И НЕ-  
ОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ: учеб. пособие: в 2 ч. Ч. 1. Профилактическая и лечебная  
работа участкового педиатра/семейного врача / сост.: Т.Т. Мамырбаева, К.С. Саржанова,  
В.К. Шукурова, Т.Л. Коротуненко, Е.А. Чернышева, Л.Н. Минич; под ред. С.Дж. Боконба-  
евой. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2021. – 256 с.

ISBN 978-9967-19-778-7

Учебное пособие состоит из двух частей. В первой части «Профилактическая и лечебная работа участкового педиатра/семейного врача» представлена организация профилактической и лечебной помощи детям на амбулаторном уровне в Кыргызской Республике и Российской Федерации, а также содержание профилактической работы врача первичного звена медицинской помощи и лечебная тактика при наиболее распространенных заболеваниях детей до пяти лет согласно своевременной стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ).

При подготовке к изданию учебного пособия были обобщены данные национальных клинических руководств, рекомендации ВОЗ, использовались также данные современной литературы.

Предназначено для студентов и ординаторов медицинских вузов, а также семейных врачей, педиатров, врачей общей практики.

*Составители выражают благодарность и глубокую признательность Обществу педиатров Кыргызской Республики, Ассоциации педиатров Российской Федерации, а также всем авторам и исследователям, клинические руководства/протоколы и оригинальные статьи которых были использованы при составлении данного руководства.*

ISBN 978-9967-19-778-7

УДК 616-053.2  
ББК 57.3  
© ГОУВПО КРСУ, 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ .....	6
1.1. Система детского здравоохранения .....	6
1.1.1. Структура и организация работы центра семейной медицины и центра общеврачебной практики в Кыргызской Республике .....	6
1.1.2. Структура и организация работы детской поликлиники в Российской Федерации .....	16
1.2. Профилактическая работа .....	20
1.3. Планирование семьи .....	27
1.3.1. Прекоцептуальная подготовка женщин и мужчин к зачатию .....	27
1.3.2. Питание беременной женщины .....	28
1.3.3. Антенатальная охрана плода .....	31
1.4. Лечебная работа.....	40
1.5. Показатели работы центров семейной медицины и центров общеврачебной практики.....	41
1.6. Организация медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях в амбулаторных условиях .....	45
1.6.1. Противоэпидемическая работа .....	47
1.6.2. Противоэпидемические мероприятия в очаге .....	48
1.7. Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики .....	51
Раздел 2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СЕМЕЙНОГО ВРАЧА / УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ.....	53
2.1. Наблюдение за новорожденным ребенком на педиатрическом участке.....	53
2.2. Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни .....	61
2.2.1. Психомоторное развитие детей первого года жизни .....	64
2.2.2. Вскармливание детей первого года жизни.....	69
2.3. Диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста.....	77
2.3.1. Особенности развития детей раннего возраста .....	77
2.3.2. Диспансерное наблюдение .....	81
2.3.3. Психомоторное развитие детей раннего возраста.....	82
2.3.4. Питание детей раннего возраста.....	83
2.4. Психогигиена детей в практике участкового педиатра.....	87

2.5. Иммунопрофилактика.....	89
2.5.1. Вакцинные препараты и их характеристики .....	92
2.5.2. Поствакцинальные осложнения .....	99
2.5.3. Истинные и ложные противопоказания для проведения вакцинации .....	106
2.5.4. Безопасная практика иммунизации .....	107
2.5.5. Прививочный кабинет и его документация .....	114
<b>Раздел 3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА/ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ .....</b>	<b>117</b>
3.1. Организация профилактической работы в дошкольных образовательных организациях .....	117
3.1.1. Особенности подготовки детей к поступлению в дошкольную образовательную организацию.....	118
3.1.2. Адаптация ребенка к дошкольным образовательным организациям.....	119
3.1.3. Правила оформления ребенка в дошкольную образовательную организацию.....	124
3.1.4. Подготовка детей к поступлению в школу. Определение готовности ребенка к обучению в школе.....	124
3.1.5. Противоэпидемическая работа в дошкольных образовательных организациях .....	132
3.2. Организация медицинской помощи детям в общеобразовательных школах .....	132
3.2.1. Организация рационального питания детей в дошкольных и школьных образовательных организациях.....	138
3.2.2. Организация рационального питания детей в дошкольных образовательных организациях .....	139
3.2.3. Организация питания детей в общеобразовательных школах .....	140
3.3. Определение инвалидности у детей и подростков. Социальная и медицинская реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья .....	142
<b>Раздел 4. ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ ДВУХ МЕСЯЦЕВ ДО ПЯТИ ЛЕТ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ ИВБДВ .....</b>	<b>149</b>
4.1. Основные положения, цели, задачи, преимущества, вмешательства, принципы руководств и шаги ИВБДВ .....	149
4.2. ИВБДВ: общие признаки опасности .....	159
4.3. Кашель и затрудненное дыхание (простуда, пневмония, тяжелая пневмония) .....	162
4.4. Диарея (обезвоживание, затяжная диарея, дизентерия) .....	172
4.5. Лихорадка (фебрильное заболевание, осложнения, корь и другие болезни) .....	184

4.6. Нарушение питания и анемия .....	197
4.6.1. Нарушение питания .....	197
4.6.2. Анемии, связанные с питанием.....	200
4.6.3. Микронутриентная недостаточность (скрытый голод) .....	202
<b>Раздел 5. ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ</b>	
<b>В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ ИВБДВ.....</b>	<b>206</b>
5.2. Ведение больного младенца раннего возраста .....	206
5.2. Очень тяжелое заболевание или местная бактериальная инфекция .....	207
5.3. Желтуха .....	215
5.4. Диарея.....	217
5.5. Низкий вес и проблемы кормления .....	223
5.6. Уход за младенцем на дому .....	230
5.7. Правильное положение и прикладывание младенца раннего возраста к груди .....	231
5.8. сцеживание грудного молока.....	233
5.9. Кормление из чашки .....	235
<b>Приложение 1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ</b> <b>ДОКУМЕНТАЦИИ В ГСВ.....</b>	<b>237</b>
<b>Приложение 2. ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ</b> <b>ГСВ В СОСТАВЕ ЦСМ.....</b>	<b>240</b>
<b>Приложение 3. ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ</b> <b>ЮРИДИЧЕСКИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ГСВ .....</b>	<b>242</b>
<b>Приложение 4. КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ</b> <b>И ЗАСТРАХОВАННОСТИ ПО ОМС.....</b>	<b>247</b>
<b>Приложение 5. КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЛЬГОТ .....</b>	<b>248</b>
<b>Приложение 6. КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЬГОТ</b> <b>ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ.....</b>	<b>249</b>
<b>Приложение 7. КОДЫ ПОСЕЩЕНИЯ.....</b>	<b>250</b>
<b>Приложение 8. КОД РЕЦЕПТА .....</b>	<b>250</b>
<b>Приложение 9. КОД ФОРМЫ.....</b>	<b>251</b>
<b>Приложение 10. КОДЫ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ.....</b>	<b>251</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>252</b>

## Раздел 1

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

### 1.1. Система детского здравоохранения

*Первичная медико-санитарная помощь* (ПМСП) – это одна из форм медико-санитарной помощи, необходимая и доступная как для каждого человека в отдельности, так и для населения в целом, предоставляемая на приемлемой для него основе, при его активном участии и при затратах, соответствующих возможностям населения и страны. Эта помощь составляет неотъемлемую часть системы здравоохранения страны, являясь ее ядром, а также компонентом общего социального и экономического развития.

Выпускнику педиатрического факультета необходимо знать структуру, организацию и направление деятельности центра семейной медицины (ЦСМ) и центра общеврачебной практики (ЦОВП) в Кыргызской Республике (КР) и детской поликлиники (ДП) в Российской Федерации (РФ), так как во время обучения на цикле поликлинической педиатрии он должен правильно ориентироваться в объеме и особенностях работы семейного врача/участкового педиатра и каждого подразделения ЦСМ/ДП.

Ведущее место в системе детского здравоохранения занимает амбулаторная помощь, которая обеспечивается широкой сетью ЦСМ и ДП. Детская поликлиника может быть самостоятельной лечебно-профилактической организацией (ЛПО) или входить в состав детской, общей городской или центральной районной больницы, городской поликлиники. ЦСМ является самостоятельной лечебно-профилактической организацией, в составе которого имеются группы семейных врачей, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) и станции скорой медицинской помощи. Оказание медицинской помощи предусмотрено непосредственно в ЦСМ/ДП, на дому и в образовательных организациях.

**Нормативная база.** Деятельность лечебно-профилактических организаций первичной медико-санитарной помощи здравоохранения регулируется Конституцией КР и РФ, законами КР и РФ в области охраны здоровья населения и соответствующими подзаконными нормативными документами.

#### 1.1.1. Структура и организация работы центра семейной медицины и центра общеврачебной практики в Кыргызской Республике

ЦСМ может иметь в своем составе следующие структурные подразделения:

*1. Административно-управленческое:*

- дирекция (директор, заместитель директора, главная медсестра, отдел кадров, бухгалтерия, медико-информационный отдел);
- хозяйственная часть (транспортная, сантехническая, прачечная, парко-садово-охранный, теплотехническая, электротехническая службы, пищеблок).

## *2. Параклинические:*

- клинико-диагностическая лаборатория;
- отделение медицинской реабилитации (кабинеты иглорефлексотерапии, лечебной физкультуры, мануальной терапии, массажа, физиотерапии);
- операционный блок для малых операций и перевязочная;
- рентген-кабинет и кабинет флюорографии;
- стерилизационная;
- регистратура, кабинет доврачебного приема;
- отделение функциональной диагностики (кабинеты УЗИ, ЭКГ, ФВД);
- отделение эндоскопии (эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия);
- аптека;
- комнаты/уголки для матери и ребенка.

## *3. Лечебно-консультативный отдел:*

- кабинеты приема специалистов (семейный врач, акушер-гинеколог, отоларинголог, офтальмолог, иммунолог, хирург, уролог, психиатр, невропатолог, фтизиатр, дерматовенеролог, онколог, стоматолог и т.д.);
- перевязочная, процедурный кабинет, манипуляционный кабинет;
- стационар/палаты дневного пребывания больных;
- пункт оральной регидратации;
- кабинеты укрепления здоровья, инфекционных заболеваний и противоэпидемической помощи, планирования семьи и медико-социального патронажа.

## *4. Пункт скорой и неотложной медицинской помощи.*

В составе ЦОВП дополнительно к перечисленной структуре ЦСМ имеются:

*1. Приемно-диагностическое отделение* с палатой для оказания экстренной медицинской помощи.

### *2. Стационарные отделения:*

- соматическое (педиатрическое, терапевтическое);
- отделение для беременных и рожениц;
- инфекционное;
- хирургическое;
- палаты интенсивной терапии.

### *3. Патолого-анатомическое отделение.*

**Директор** осуществляет управление и координацию деятельности ЦСМ/ЦОВП, обеспечивает исполнение Программы государственных гарантий по оказанию амбулаторной, стационарной, консультативно-диагностической и скорой медицинской помощи населению на вверенной административной территории, условия для предоставления качественной медицинской помощи обслуживаемому населению, финансовую устойчивость и бухгалтерский, финансовый, статистический учет и отчетность в соответствии с установленными требованиями, предоставляет необходимые сведения Министерству здравоохранения Кыргызской Республики, Координационной комиссии по здравоохранению при местной государственной администрации, проводит служебные расследования по всем чрезвычайным происшествиям, связанным с медицинской деятельностью и состоянием здоровья населения.

Директор определяет внутреннюю структуру ЦСМ/ЦОВП, принимает на договорной основе и увольняет работников в соответствии с Трудовым кодексом Кыргызской Республики, утверждает правила внутреннего распорядка, должностные инструкции, регламент работы администрации, другие внутренние документы и внутреннее положение об оплате труда и премированию работников, сметы расходов и штатное расписание по согласованию с Министерством здравоохранения и ТУ ФОМС и др.

**Регистратура** – основное структурное подразделение ЦСМ/ЦОВП по организации медицинской помощи больным на приеме и на дому. На должность медицинского регистратора назначается лицо, имеющее среднее медицинское или общее среднее образование и владеющее навыками компьютерной грамотности.

Задачи регистратуры:

- организация предварительной и неотложной записи больных на прием к врачу как при непосредственном обращении в ЦСМ/ЦОВП, так и по телефону;
- обеспечение четкого регулирования интенсивности потока населения с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи;
- проведение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, в том числе результаты выполненных лабораторных анализов, инструментальных методов обследования, правильное ведение и хранение картотеки ЦСМ/ЦОВП;
- информирование пациентов о правилах вызова врача на дом, времени и месте приема директором и его заместителями; адресах ЦСМ/ЦОВП и стационаров, оказывающих экстренную врачебную помощь населению в нерабочее время.

Наиболее рациональна работа ЦСМ и ДП по шестидневной неделе с 8 до 20 ч в рабочие дни. В настоящее время большинство ЦСМ и ДП работают по пятидневной неделе. В выходные и праздничные дни устанавливаются дежурства семейных врачей/участковых педиатров с 9 до 14 ч. В остальное время больных обслуживает станция скорой помощи.

Информация о работе ЦСМ и ДП, размещенная вблизи от регистратуры, должна включать графики работы врачей, ведущих прием, диагностических, процедурных, физиотерапевтических кабинетов и вспомогательных служб во все дни недели.

**В кабинет доврачебной помощи** ЦСМ обращаются дети и их родители для антропометрических измерений, определения температуры тела и артериального давления у детей перед осмотром семейного врача.

Типовое положение о Группе семейных врачей утверждается приказом Министерства здравоохранения. **Группа семейных врачей (ГСВ)** – это объединение врачей-терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, семейных врачей, среднего медицинского персонала, оказывающих первичную медико-санитарную помощь семье и всем ее членам.

**Семейный врач** – это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий право оказывать первичную медико-санитарную помощь семье, независимо от пола и возраста ее членов.

**Семейная медицинская сестра** – это специалист со средним или высшим сестринским образованием, имеющий право оказывать первичную медико-санитарную помощь семье, независимо от пола и возраста пациента.

*Основные цели ГСВ:*

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- снижение заболеваемости, вызываемой наиболее распространенными болезнями, травмами и увечьями.

*ГСВ формируется и функционирует на основе принципов:*

- добровольности;
- коллегиальности и открытости принятия решения по всем аспектам работы ГСВ;
- психологической совместимости ее членов;
- удобства и приближенности к обслуживаемому населению;
- взаимодействия, взаимопомощи и взаимозаменяемости ее врачей в оказании первичной медико-санитарной помощи всем обслуживаемым членам семьи.

*ГСВ использует в своей работе следующие принципы семейной медицины:*

- в центре внимания – человек и семья в целом;
- осуществление профилактики, ранней диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний;
- оказание медицинской, психологической и социальной помощи пациентам всех возрастов и обоих полов;
- лечение каждого пациента с участием семьи и общества.

Состав населения, обслуживаемого ГСВ, определяется на основе свободного прикрепления к ГСВ с учетом материально-технической базы, обеспечивающей качественное медицинское обслуживание. С учетом половозрастного состава обслуживаемого населения предусматривается нагрузка на одного семейного врача от 1 000 до 2 500 человек смешанного населения. Деятельность ГСВ подлежит аккредитации в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики.

*Задачами и функциями ГСВ являются:*

- оказание качественной первичной медико-санитарной помощи обслуживаемому населению на амбулаторном уровне и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий обслуживаемому населению;
- организация и проведение образовательной работы по укреплению здоровья среди населения;
- организация и проведение противоэпидемических мероприятий, мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения;
- изучение причин заболеваемости, инвалидности, смертности и других показателей, характеризующих состояние здоровья населения, разработка мероприятий по их снижению;
- проведение лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий среди всех слоев обслуживаемого населения;
- содействие в решении медико-социальных и психологических проблем семьи совместно с органами социальной защиты, государственными и общественными службами милосердия;
- оказание скорой и неотложной помощи обслуживаемому населению, при необходимости организация консультации специалиста или госпитализации в стационар в установленном порядке;

- внесение предложений в соответствующие государственные органы и должностным лицам по вопросам улучшения первичной медико-санитарной помощи, оказываемой населению, в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики;
- проведение в установленном порядке экспертизы качества медицинской помощи, оказываемой обслуживаемому населению.

*ГСВ вправе:*

- самостоятельно использовать свои средства;
- оказывать платные медицинские и другие услуги, не запрещенные законодательством Кыргызской Республики;
- принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях;
- вступать в хозяйственные правоотношения с другими юридическими и физическими лицами;
- открывать свои структурные подразделения (лабораторию, вспомогательные лечебные кабинеты, стационарозамещающие отделения, палаты, ФАП и т.д.);
- вступать в различные общественные и иные организации, ассоциации;
- в процессе своей деятельности анализировать практику применения законодательства об охране здоровья населения и других нормативных актов, разрабатывать предложения по совершенствованию законодательства и представлять их на рассмотрение в Министерство здравоохранения Кыргызской Республики для изучения и представления в Правительство Кыргызской Республики.

*ГСВ обязана:*

- оказывать услуги для обслуживаемого населения на бесплатной либо льготной основе в соответствии с Программой государственных гарантий;
- обеспечивать качественную первичную медико-санитарную помощь населению;
- соблюдать законодательство Кыргызской Республики;
- способствовать улучшению здоровья обслуживаемого населения.

Численный состав ГСВ определяется количеством обслуживаемого населения. В состав ГСВ входят: клинический руководитель, врачи (терапевт, педиатр, акушер-гинеколог, семейный врач), сестринский медицинский персонал, бухгалтер и младший медицинский персонал.

Управление работой ГСВ осуществляет *клинический руководитель*, штатный работник ЦСМ. Клинический руководитель избирается персоналом ГСВ из состава врачей с опытом работы на руководящих должностях или опытом практической работы не менее трех лет, с последующим утверждением приказом руководителя ЦСМ или приказом вышестоящего органа, создавшего ГСВ (ГСВ – как юридическое лицо). Клинический руководитель ГСВ в своей деятельности подчиняется директору ЦСМ и его заместителю по лечебной работе.

В своей деятельности клинический руководитель руководствуется нормативными правовыми актами Кыргызской Республики, приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения, вышестоящего органа, создавшего ГСВ.

Клинический руководитель несет ответственность за постановку лечебно-диагностического процесса и проведение профилактических мероприятий по ГСВ, независимо от ее формы собственности.

Клинический руководитель ГСВ руководит клинической деятельностью ГСВ, лечебно-диагностическим процессом среди приписанного населения, проводимым врачами ГСВ, внедрением в практику ГСВ новых методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов, повышением квалификации и профессионализма персонала ГСВ, организацией образовательной работы с населением; проводит анализ объема и качества медицинской помощи, экспертную оценку качества работы персонала ГСВ; ведет контроль за профилактической работой ГСВ, качеством ведения медицинской документации, качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой обслуживаемому населению, финансово-хозяйственной деятельностью ГСВ и составлением всех видов отчетности.

*Средства ГСВ* формируются за счет подушевого норматива на одного жителя, утвержденного Министерством финансов Кыргызской Республики и выделяемого на количество обслуживаемого населения из государственного бюджета; средств, полученных по договорам от Фонда обязательного медицинского страхования; средств, полученных за выполнение платных медицинских и других услуг, разрешенных законодательством Кыргызской Республики; иных источников, не запрещенных законодательством Кыргызской Республики. ГСВ распоряжается своими средствами самостоятельно. *Подушевой норматив* – это фиксированная сумма денежных средств, выделяемая финансирующей организацией на каждого приписанного и прикрепленного жителя для оказания медицинской помощи.

**Процедурный кабинет** является структурным подразделением ГСВ/ЦСМ. Руководство кабинетом осуществляется клиническим руководителем ГСВ. Работа процедурного кабинета строится на основе асептики, все процедуры проводятся в процедурном кабинете обученной медицинской сестрой или фельдшером.

Основными задачами процедурной медицинской сестры (фельдшера) является организация работы процедурного кабинета, выполнение назначенных процедур.

*Требования к процедурному кабинету:* объем помещения – 18–20 м<sup>2</sup>, пол и стены должны быть удобными для механической очистки во время проведения уборки; стены и потолки должны быть покрыты масляной краской белого, светло-голубого, светло-желтого и фисташкового цвета; освещение естественное и электрическое; электрическое освещение обеспечивается плафонами с лампой не менее 500 Вт на 50 м<sup>2</sup>.

Температура воздуха в процедурном кабинете должна быть постоянной – 20–22 °С. Проветривание должно проводиться через оконные форточки и фрамуги. Вентиляция приточно-вытяжная. Обязательно должна быть раковина с холодной и горячей водой.

*Оснащение процедурного кабинета:*

- стол, стулья, кушетка, процедурный столик, шкаф для медикаментов, бактерицидный облучатель, холодильник;
- емкости для обеззараживания изделий медицинского назначения, ветоши, дезинфицирующие средства;
- уборочный инвентарь для проведения уборок;
- жгут, валик для проведения внутривенных манипуляций, штатив для внутривенных вливаний;
- отсекагель игл, биксы, лотки, пробирки, штативы для пробирок, пинцеты, зажимы, изделия медицинского назначения однократного применения;

- аптечка аварийной ситуации, аптечка для оказания помощи при анафилактическом шоке;
- журналы для ведения медицинской документации;
- сейф для хранения наркотических и сильнодействующих лекарственных средств;
- дезинфицирующие средства, мыло, антисептик для рук;
- салфетки однократного применения или бумажные полотенца (салфетки).

*Перечень документов процедурного кабинета:*

- журнал учета медикаментов и изделий медицинского назначения;
- журнал (график) регистрации генеральных уборок;
- журнал (график) регистрации температуры в холодильнике;
- журнал регистрации кварцевания;
- журнал процедур;
- журнал замены дезинфицирующих средств.

*Требования к прививочному кабинету* описаны в разделе 2 «Иммунопрофилактика».

**Пункт оральной регидратации** (ПОР) организуется на базе ГСВ/ФАП, для чего выделяется комната или уголок. Медицинский персонал, обслуживающий больных в ПОР, должен быть обучен проведению регидратационной терапии. Руководство над работой ПОР осуществляет клинический руководитель ГСВ или фельдшер в ФАП.

*Основные задачи кабинета оральной регидратации:*

- оценка степени обезвоживания;
- проведение оральной регидратации;
- обучение матери четырем правилам лечения диареи на дому;
- обучение родителей основным правилам профилактики ОКИ (пропаганда грудного вскармливания, приготовление безопасной пищи, использование чистой питьевой воды, соблюдение санитарно-гигиенических правил лицами, ухаживающими за детьми);
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в ПОР.

В ПОР устанавливают стол для медицинского персонала, детские кровати, пеленальный стол или тумбочку для ребенка. В ПОР должен быть водопроводный кран или умывальник.

Регистрация обратившихся больных проводится в журнале регистрации поступивших в ПОР больных (форма № 001). Экстренное извещение в СЭС подается согласно приказу МЗ КР (форма № 058/у).

ПОР должен быть обеспечен методическими материалами, наглядными пособиями по оценке состояния больных и проведению оральной регидратации, а также памятками для матерей.

*Оснащение ПОР:*

- весы, термометры, стаканы, чайные ложки, чайник, мерная посуда (1 л), пипетки или одноразовые (5-граммовые) шприцы, тазы, горшки, емкости для обработки стаканов и горшков;
- дезинфицирующие средства;
- необходимое количество ОРС, кипяченой воды.

**Отделение (кабинет) медицинской реабилитации** создается с целью восстановления или стабилизации нарушенных функций систем и органов в результате болезней

и травм на амбулаторном этапе медицинской реабилитации и является структурным подразделением ЦСМ/ЦОВП.

В состав отделения (кабинета) медицинской реабилитации включаются имеющиеся в ЦСМ/ЦОВП кабинеты (отделения) физиотерапии, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, кинезотерапии, бальнеотерапии. При этом:

- кабинеты лечебной физкультуры должны иметь помещения для индивидуальных и групповых занятий лечебной гимнастикой;
- кабинеты кинезотерапии должны иметь помещения для восстановления функций конечностей, позвоночника, восстановления бытовых навыков и др.

Эти подразделения обеспечивают необходимыми видами медицинской помощи как больных, получающих медицинскую реабилитацию, так и больных, обратившихся за амбулаторной помощью.

Руководство отделением осуществляет заведующий, назначаемый и увольняемый директором ЦСМ/ЦОВП в установленном порядке.

Отделение (кабинет) в своей деятельности осуществляет непосредственную связь и тесные контакты с ГСВ, врачами-специалистами. Для контроля над состоянием больных в период медицинской реабилитации используются методы функциональной диагностики, рентгенологические, лабораторные и другие методы исследования, имеющиеся в составе организации.

В отделение (кабинет) медицинской реабилитации направление больных производится семейным врачом по согласованию с заведующим отделением. К направлению прилагаются выписка из истории болезни и данные обследования (клинические анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография; при необходимости другие лабораторные и функциональные исследования).

**Отделение (кабинет) медико-социальной помощи** имеет своей целью реализацию медицинских и социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Отделение организуется в городах с населением более 100 тысяч, кабинет организуется в городах с населением менее 100 тысяч и является структурным подразделением ЦСМ/ЦОВП.

Отделение функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с подразделениями ЦСМ, территориальными лечебно-профилактическими учреждениями, органами и учреждениями социальной защиты населения, общественными и иными организациями.

Основные задачи отделения медико-социальной помощи:

- медицинский и социальный патронаж семьи, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и путем анонимного приема;
- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;

- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;
- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни, ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);
- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;
- анализ с применением анкетного опроса и других методов – потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

**Кабинеты укрепления здоровья (КУЗ)** выполняют и координируют программы по вопросам охраны, укрепления здоровья и профилактики заболеваний среди приписанного населения.

Работники КУЗ несут ответственность за выполнение запланированных мероприятий по вопросам охраны, укрепления здоровья и профилактики заболеваний среди приписанного населения; оказывают необходимую консультативную и методическую помощь в проведении мероприятий по вопросам укрепления здоровья и профилактике заболеваний всем заинтересованным партнерам; оказывают поддержку и содействие местным сообществам в решении проблем, связанных со здоровьем, а также по вопросам организационного роста и повышения потенциала членов местных сообществ.

**Станции скорой помощи** входят в состав областного и районного ЦСМ/ЦОВП, круглосуточно оказывают экстренную медицинскую помощь населению на догоспитальном этапе, а также госпитализацию больных, нуждающихся в стационарном лечении. В крупных городах существуют линейные подстанции скорой помощи и специализированные, такие как педиатрические, кардиологические, реанимационные, психиатрические и др.

**Стационарозамещающая помощь** – это форма оказания дневной стационарной медицинской помощи в ЦСМ/ЦОВП, осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность.

*Основные задачи стационарозамещающих отделений (палат):*

- разгрузка общей стационарной сети за счет больных с заболеваниями, не требующими экстренной и неотложной стационарной помощи, а также за счет лиц с хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения;
- своевременное комплексное лечение больных с острой патологией, не требующих экстренной и неотложной стационарной помощи, с целью предотвращения госпитализации в стационар круглосуточного пребывания;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;

- оказание плановой и экстренной хирургической и гинекологической помощи, не требующей круглосуточного наблюдения и лечения в стационаре.

Работой стационарозамещающего отделения руководит заведующий, который несет ответственность за уровень, объем и качество предоставляемых медицинских услуг, обеспечивает эффективное использование медицинского оборудования и инвентаря, контролирует рациональное и целевое использование медицинских препаратов и лекарственных средств и проводит мероприятия по улучшению лечебного процесса.

Показаниями для лечения больного в стационарозамещающем отделении (палатах) являются:

- необходимость продолжения лечения и реабилитации больного после окончания лечения в стационаре круглосуточного пребывания;
- необходимость введения больному лекарственных препаратов различными специальными методами (внутривенно, внутримышечно, с помощью фонофореза, ингаляций и других методов), проведение физиотерапевтических процедур, массажа, лечебной физкультуры и других видов процедур, требующих специального медицинского наблюдения как во время проведения, так и в ближайший период после окончания процедуры;
- проведение в соответствии с утвержденным перечнем амбулаторных хирургических и гинекологических операций с учетом квалификации работников, оснащения медицинским оборудованием и инструментарием для проведения операций и манипуляций в амбулаторных условиях;
- необходимость ежедневного врачебного наблюдения за состоянием больного, соблюдением охранительного режима при лечении.

При ухудшении течения заболевания, возникновении необходимости круглосуточного наблюдения больной, находящийся в стационарозамещающем отделении (палате), должен быть незамедлительно переведен в соответствующее отделение больницы круглосуточного пребывания.

Противопоказаниями для направления в стационарозамещающие отделения (палаты) являются:

- состояния больного, требующие круглосуточного врачебного наблюдения и медицинского ухода за ним;
- необходимость соблюдения больным по состоянию здоровья строгого постельного режима.

Не допускается госпитализация в стационарозамещающие отделения (палаты) больных с инфекционными заболеваниями, детей в возрасте до одного года.

Медикаментозное обеспечение может производиться по рецептам ПГГ (льготное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне по Программе госгарантий) и ДП ОМС (для застрахованных больных выписываются рецепты по ДП ОМС), выписываемым врачами в стационарозамещающих отделениях (палатах) ЦСМ/ЦОВП.

**Нормы нагрузки медицинского персонала первичного звена** представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Нормы нагрузки медицинского персонала первичного звена

Наименование специальностей	Количество приписанного населения на одну должность
Семейный врач	Одна должность на каждые 2 000 человек смешанного населения
Семейная медицинская сестра	Две должности на каждую должность семейного врача
Семейная медицинская сестра	При численности обслуживаемого населения более 2 100 на одного врача дополнительная ставка с учетом численности превышающего населения
Фельдшер	Одна должность при обслуживании населения 1 000 человек
Виды	Длительность обслуживания, мин
На приеме семейного врача, фельдшера	20
Обслуживание на дому	40

Табель оснащения медицинским оборудованием ГСВ в составе ЦСМ приведен в приложении 2, юридически самостоятельных ГСВ – в приложении 3.

### 1.1.2. Структура и организация работы детской поликлиники в Российской Федерации

Амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению в Российской Федерации (РФ) осуществляют детские поликлиники (ДП). ДП может быть самостоятельным учреждением или входить в состав детской городской больницы, общегородской или центральной районной больницы.

ДП обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 15 лет включительно. Оказание медицинской помощи осуществляется непосредственно в поликлинике, на дому, в детских дошкольных учреждениях и школах.

ДП выполняет функции организации и проведения комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за детьми различных возрастных групп, периодичность комплексных осмотров их врачами узких специальностей); лечебно-консультативной помощи на дому и в поликлинике; реабилитации с использованием санаторного и курортного лечения на соответствующих курортах, лечебно-профилактической помощи в детских дошкольных учреждениях и школах; проведения противоэпидемических мероприятий и прививочной иммунопрофилактики.

Категорийность ДП определяется численностью обслуживаемого детского населения, которая уточняется ежегодно переписью, проводимой участковыми патронажными сестрами.

В настоящее время различают пять категорий ДП в зависимости от планируемого числа посещений в день: первая категория – 800 посещений; вторая – 700; третья – 500; четвертая – 300; пятая категория – 150 посещений.

**Структура детской городской поликлиники РФ.** В детской городской поликлинике должны быть предусмотрены: фильтр с отдельным входом, изолятор с боксом (не менее двух), регистратура, гардероб, кабинеты (педиатров, врачей узких специальностей, лечебно-диагностические, доврачебного приема, по воспитанию здорового ребенка, рентгеновский, физиотерапевтический, процедурный, прививочный, лечебной

физкультуры, массажа, социально-правовой помощи, статистики), лаборатория, административная часть, другие вспомогательные помещения.

Работа ДП строится *по участковому принципу*. Территория обслуживания ДП делится на участки, каждому участку присваивается порядковый номер. Детское население каждого участка обслуживается участковым врачом-педиатром и участковой медсестрой. Работу необходимо начинать с анализа участка (границы, характеристика территории, численность населения, рождаемость, подъездные пути, телефонная связь, контингент детей). Дети, проживающие на участке, должны переучитываться не реже двух раз в год (к 1 июля и к 1 января) путем поквартирных обходов участковыми сестрами. При этом фиксируется фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес ребенка, для организованных детей – номер дошкольного учреждения, школы.

На врачебном участке количество детей от рождения до 15 лет не должно превышать 800. Для их обслуживания предусмотрены одна должность врача-педиатра и полторы должности медицинской сестры.

Задачи участкового врача-педиатра ДП:

- 1) обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;
- 2) посещение новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома, а также контроль патронажа новорожденных участковой медсестрой;
- 3) прием здоровых детей в поликлинике, оценка их физического и психического развития, назначение в зависимости от возраста и состояния ребенка режима, рационального питания, рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике рахита, гипотрофии, ожирения, анемии;
- 4) организация на дому и в поликлинике профилактического наблюдения за детьми, особенно раннего и дошкольного возраста; по мере необходимости направление их для лабораторного исследования и консультации других специалистов;
- 5) составление плана прививочной работы и контроль за его выполнением совместно с участковой медсестрой, динамическое наблюдение за здоровыми и больными детьми, осуществление вместе с другими специалистами реабилитации взятых на учет детей, анализ эффективности динамического наблюдения;
- 6) организация обследования и оздоровления детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школу;
- 7) посещение по вызовам родителей детей на дому в случае их болезни, оказание лекарственной и физиотерапевтической помощи, ЛФК, при необходимости активное наблюдение больного дома до его выздоровления, госпитализации или разрешения ему посещения поликлиники;
- 8) направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятие всех мер для экстренной госпитализации больного;
- 9) информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается не госпитализированным;
- 10) своевременное и в установленном порядке информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него, комплексная профилактика инфекционных заболеваний;
- 11) отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении;

12) плановая санитарно-просветительная работа с родителями ребенка, пропаганда здорового образа жизни, разъяснение о вреде алкоголизма, курения.

В графике участкового врача-педиатра целесообразно один из дней недели (например, вторник) выделить для профилактического приема детей раннего возраста, а другой (четверг) – для диспансерного приема детей с отклонениями в состоянии здоровья. При наличии в поликлинике более двух педиатрических участков целесообразно чередовать их работу по сменам, обеспечивая в обязательном порядке вечерние приемы. Приемы врачей-специалистов организуются также с обязательным чередованием смен. Продолжительность приема участковыми врачами-педиатрами в поликлинике устанавливается администрацией в зависимости от местных условий (времени года, отдаленности участка и т.п.) – в пределах 2,5–3 ч. При необходимости график может меняться. Процедурный кабинет работает все дни недели, в том числе в выходные и праздничные дни на протяжении всех часов работы поликлиники.

В структуре детской поликлиники предусмотрены также отделения специализированной помощи со штатами отоларинголога, хирурга, окулиста, невропатолога, кардиоревматолога, стоматолога; медицинской реабилитации с кабинетами физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа; педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах. Более узкие специалисты, такие как ортопед, уролог, нефролог, эндокринолог, врач функциональной диагностики, вводятся в штат одной из детских поликлиник района и обслуживают всех детей административной территории.

Определенные виды специализированной медицинской помощи детям оказываются в диспансерах: психоневрологическом, дерматологическом, онкологическом, противотуберкулезном, сурдологопедическом, в штатах которых предусмотрены должности детских врачей.

**Кабинет доврачебной помощи** является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники.

В него обращаются дети и их родители для обработки микротравм, выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительства, оформления выписок из историй развития и направлений на различные виды исследований перед определением детей в дошкольные учреждения либо при поступлении в школу, отъезде в детские санатории и летние оздоровительные учреждения.

В кабинете доврачебной помощи проводятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления у детей перед осмотром педиатра.

**Кабинет здорового ребенка** – структурное подразделение детской поликлиники – играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста.

Главной задачей кабинета здорового ребенка является обучение молодых матерей теоретическим знаниям и практическим навыкам по вопросам ухода, воспитания, особенностям развития здоровых детей раннего и дошкольного возраста. Для кабинета целесообразно иметь: кровать для ребенка раннего возраста с набором спальных принадлежностей, простейший манеж, коляску детскую, пеленальный стол, весы медицинские, ростомер, столик детский, стульчик детский, стеклянный шкафчик для предметов ухода за ребенком (в котором по полкам раскладываются термометры медицинские

и для измерения температуры воды и воздуха, груша резиновая, банки для ваты и пипеток, газоотводная трубка, масло вазелиновое, калия перманганат, борная кислота в порошке, детский крем, пузырек емкостью 30–100 мл для воды, детское мыло), шкафчик для детского белья (со сложенными распашонками, пеленками байковыми 100 × 120 см, хлопчатобумажными такого же размера, подгузниками, косынкой, чепчиком, ползунками), шкафчик для игрушек, ванночку детскую.

Из наглядных пособий необходимы стенды, содержащие информацию о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, проведении родового патронажа, режиме дня, показателях физического развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики, методах закаливания детей первых трех лет жизни.

В кабинете здорового ребенка участковые педиатры ведут прием здоровых детей первого года жизни. Здесь целесообразно организовывать групповые приемы детей одного возраста или имеющих одинаковые отклонения в состоянии здоровья. Участковая медицинская сестра приглашает на одно время (с небольшим интервалом) 3–4 детей.

Когда врач принимает второго ребенка, сестра кабинета обучает мать первого осмотренного малыша приемам массажа и гимнастики, выдает ей памятки, а участковая сестра готовит к приему следующего пациента.

После приема последнего из приглашенных на групповой осмотр детей врач проводит с матерями беседу о воспитании детей этого возраста или с данным видом отклонений в состоянии здоровья.

В кабинете проводится работа по профилактике рахита. На занятиях родители знакомятся с анатомо-физиологическими особенностями организма годовалого ребенка, изменениями в его психофизиологическом развитии.

**Педиатрический кабинет** размещают в изолированном от шума помещении с достаточным освещением, хорошей вентиляцией и равномерной температурой воздуха (не ниже 20–22 °С). Кабинет оборудуют столом для врача, стульями, пеленальным столиком для осмотра детей раннего возраста и кушеткой для осмотра старших детей, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, ростомером, детскими весами. В нем должны быть небольшой столик для медицинских инструментов, шпателя, сантиметровая лента, игрушки.

В настоящее время среди малообеспеченных и социально неблагополучных семей первостепенной задачей для врача-педиатра является проведение профилактических бесед о гигиенических нормах и правилах ухода, а также воспитании детей разных возрастных групп.

Наиболее актуальные темы санитарной пропаганды для участкового врача-педиатра в зависимости от возраста ребенка:

1) правила ухода, рационального вскармливания, проведения комплекса мероприятий по закаливанию, профилактика рахита – для родителей, имеющих детей грудного возраста;

2) соблюдение режима дня, методы закаливания, профилактика острых респираторных заболеваний, специфическая профилактика детских инфекций – для родителей детей младшего и старшего ясельного возраста;

3) привитие навыков личной гигиены, методы закаливания и гигиеническая гимнастика, профилактика острых детских инфекций, аллергических

и инфекционно-аллергических заболеваний, детского травматизма – для родителей, имеющих детей дошкольного возраста;

4) профилактика нарушений осанки, близорукости, ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний, неврозов, вопросы полового воспитания – для родителей, имеющих детей школьного возраста, педагогов и самих школьников. Эффективность санитарного просвещения повышается при использовании наглядных пособий, а также обеспечении родителей специально подобранной литературой для самостоятельного изучения.

*Педиатрические отделения по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах* созданы для оказания лечебно-профилактической помощи детям в дошкольных образовательных организациях (ДОО) и общеобразовательных школах (ООШ). В их задачи входят контроль за санитарно-гигиеническими условиями, режимом учебной работы и трудовым воспитанием, охрана здоровья детей и снижение их заболеваемости, улучшение их физического воспитания и закаливания в дошкольных учреждениях и школах. Сотрудники таких отделений проводят плановые профилактические осмотры в ДОО и ООШ. Врачи ДОО и ООШ осуществляют диспансерное наблюдение за больными детьми, занимаются их оздоровлением: контролируют чередование занятий и отдыха, питание и физическое воспитание дошкольников и школьников. Они оказывают медицинскую помощь детям, посещающим ДОО и ООШ.

## 1.2. Профилактическая работа

Основное направление работы амбулаторно-поликлинических учреждений – это *профилактика заболеваний*. Задачами профилактической педиатрии является сохранение здоровья и снижение заболеваемости среди детей и подростков.

Выделяют три уровня профилактики болезней детского возраста:

1. *Первичная профилактика* – система первичных профилактических мер, направленных на сохранение здоровья ребенка:

- антенатальная охрана плода и защита репродуктивного здоровья подростков;
- рациональное питание и профилактика дефицита микро- и макроэлементов в зависимости от местности проживания;
- физическое воспитание и закаливание;
- создание условий для адекватного физического и нервно-психического развития;
- специфическая и неспецифическая профилактика рахита;
- иммунопрофилактика инфекционных заболеваний;
- гигиеническое воспитание детей с установкой на здоровый образ жизни;
- подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения и школу, контроль их адаптации;
- профилактика детского травматизма;
- выявление и коррекция факторов риска развития заболеваний;
- консультирование с учетом состояния детей и подростков по профессиональной ориентации;
- медико-социальная помощь детям из групп социального риска.

2. *Вторичная профилактика* направлена на лабораторные и другие предвестники ранних признаков заболевания с целью предупреждения развития его тяжелых

проявлений. Примерами могут быть программы по скринингу наследственной и врожденной патологии (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурия, муковисцидоз и другие наследственные болезни), выявление слабовыраженных признаков заболеваний при плановых диспансеризациях и др.

3. *Третьичная профилактика* – комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни, предотвращение прогрессирования ограничения функций, нарастания инвалидизации при уже выявленном заболевании.

**Санитарное просвещение** является очень важным разделом работы семейного врача/участкового педиатра, эффективность которой во многом определяет качество профилактической работы в целом. Совместные усилия семейного врача/участкового педиатра и семьи должны содействовать в первую очередь развитию и воспитанию здорового ребенка. В тех случаях, когда санитарная культура родителей низкая и они не могут обеспечить должного уровня гигиенического воспитания детей, эту функцию берут на себя участковые врачи и средние медицинские работники.

Санитарно-просветительные мероприятия с родителями проводят как во время патронажа на дому, так и в других устных и наглядных формах. Основным помощником участкового врача в проведении санитарного просвещения является сотрудник кабинета укрепления здоровья/здорового ребенка.

Санитарно-просветительные мероприятия включаются в профилактическую работу и проводятся по плану (конкретному и перспективному). План, стоящий перед семейным/участковым врачом, должен соответствовать задачам по улучшению качества медицинского обслуживания детей и формированию здорового образа жизни каждой семьи. Перспективный план строится на основании анализа данных о состоянии здоровья, смертности, заболеваемости детей, проживающих на участке. Учитываются и указания вышестоящих органов здравоохранения. Исходя из общих задач перспективного плана, строится конкретный ежемесячный план мероприятий, предусматривающий тематику, исполнителей, сроки и место их проведения. Санитарно-просветительная работа учитывается по форме № 039-о/у (журнал учета санитарно-просветительной работы).

Основные формы и средства санитарно-просветительной работы включают индивидуальные и групповые беседы, лектории или «школы здоровья» при крупных жилых массивах, школы матерей, отцов, дедушек и бабушек, конференции, встречи врачей с населением, использование современных технических информационных технологий (телевидения, современных информационных носителей). Эффективность санитарного просвещения значительно возрастает при использовании наглядных пособий (бюллетеней, плакатов, буклетов, стендов, витражей, выставок и др.). Удобной формой просветительной работы является обеспечение родителей подобранной медицинской литературой, рекомендациями, памятками и буклетами, которые выдаются врачами на приемах или распространяются участковыми медсестрами во время патронажных посещений на дому. В детских поликлиниках в удобных для обозрения местах (кабинеты участковых врачей, коридоры, холлы) вывешивают красочно оформленные стенды, таблицы, плакаты, содержащие сведения и рекомендации по уходу и воспитанию здорового ребенка. Эстетическое оформление всех помещений детской поликлиники создает у маленьких пациентов и их родителей положительное настроение, снимает напряжение, повышает доверие к медицине вообще.

В содержании санитарно-просветительной работы семейного врача/участкового педиатра должны быть освещены конкретные вопросы: рациональное вскармливание детей раннего возраста, режимные и воспитательные моменты, физическое воспитание и закаливание ребенка, организация возрастных гигиенических условий среды, профилактика заболеваний, вопросы подготовки детей к организованным коллективам. Примерные темы для санитарно-просветительной работы участкового врача-педиатра или участковой медсестры: «Уход за новорожденным ребенком», «Организация рационального вскармливания здоровых детей первого года жизни», «Режим дня и его значение в воспитании ребенка», «Принципы проведения физических упражнений и закаливания», «Значение здорового образа жизни, воспитание гигиенических навыков у ребенка», «Предупреждение простудных заболеваний в детском возрасте», «Как правильно подготовить ребенка к поступлению в дошкольные учреждения». Формы санитарно-просветительной работы должны соответствовать в каждом конкретном случае местным особенностям воспитания детей, их необходимо постоянно модифицировать в зависимости от местных и языковых условий, контингента и количества обучаемых. Очень важно своевременно научить родителей правилам ухода за ребенком с рождения.

**Воспитание детей.** При выборе средств для воспитания исходят из возрастных особенностей детей. В развитии умственной деятельности важную роль играет постоянный контакт ребенка со взрослыми, а также другими детьми. Ребенок должен слышать обращенную к нему речь, иначе трудно ожидать больших успехов в овладении родным языком.

Мебель и игрушки подбирают с учетом возраста детей. Разнообразие создается не столько количеством игрушек, сколько наличием как простых, так и сложных игрушек. Набор игрушек для детей первого года жизни: погремушка с ручкой, шар, резиновая игрушка, неваляшка, мяч, кастрюлька с крышкой, коробочка, миска полиэтиленовая с мелкой игрушкой, пирамида, пенал с палочками. Набор игрушек для детей 2–3 лет: мозаика, пирамида, матрешка, грибок (раскладной), бочонок с «мелочью».

Помимо игрушек можно использовать наборы картинок для организации игр, в которых дети должны называть предметы, изображенные на рисунке, действия, выполняемые персонажем на картинке, цвет одежды, форму предметов и т.д. Необходимо также иметь детские книги, конструкторы, альбомы для рисования, наборы для детского творчества.

Для каждого возраста существует свой набор игрушек, игр-занятий. Так, примерный перечень игр-занятий для детей в возрасте 10–12 месяцев может быть следующим: игры с сюжетными игрушками (собаки, кошки и др.), игры-занятия с мячом, кубиками для развития движений; игры-развлечения типа «прятки», «ладушки»; показ заводных игрушек. С детьми в возрасте от одного года до двух лет нужно заниматься с картинками, «строительным» материалом в целях развития речи и координации движений, им можно давать задания различить предметы по их величине, форме. С детьми от двух до трех лет можно проводить беседы, читать им книги, формировать у них первичные числовые представления и т.д.

Следует организовывать игры на внимание, развитие мелкой моторики пальцев рук, умение различать предметы и игрушки не только по величине и форме, но и цвету. Для детей от трех до пяти лет рекомендуют игры для обучения элементарному счету,

занятия рисованием, лепкой, аппликацией, музыкой, гимнастикой или физкультурой, подвижные и настольные игры.

Следует помнить, что для детей дошкольного возраста игра является своеобразной формой общественной жизни. Жизненный опыт ребенка, особенно раннего возраста, еще невелик, и поэтому в играх дети отражают то, что они умеют и чему их научили взрослые. Элементы игры нужны и для развития гигиенических навыков. Их нужно использовать во время кормления, туалета, перед сном. Игра должна также быть основой познавательной деятельности. Именно в игре ребенок с увлечением самостоятельно рисует, лепит из пластилина, вырезает и клеит аппликации, конструирует, делает игрушки-самоделки, поет песенки, рассказывает и придумывает сказки. Необходимо помнить, что «духовная» жизнь ребенка полноценна лишь тогда, когда он живет в мире игры, сказки, музыки, фантазии, творчества.

Рациональное распределение элементов воспитания по времени направлено на предупреждение срывов нервной системы ребенка. Нужно стремиться строго соблюдать режим дня, необходимо вызывать у детей положительные эмоции, стимулировать у них желание помогать старшим и своим товарищам, выполнять каждое задание до его логического завершения, развивать у ребенка самостоятельность.

Важной частью профилактической работы первичной медико-санитарной помощи является профилактика депривации среди детей и подростков.

**Депривация** (англ. deprivation – лишение, утрата) – психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения его возможностей в удовлетворении основных психических потребностей, которая характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном развитии, нарушением социальных контактов.

Развитие ребенка – это процесс присвоения детьми общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями. Развитие ребенка во многом зависит от общения со взрослыми, которое влияет не только на психическое, но на физическое развитие ребенка. С точки зрения психологии общение понимается как процесс установления и поддержания целенаправленного, прямого или опосредованного теми или иными средствами контакта между людьми, так или иначе связанными между собой в психологическом отношении.

Сразу после рождения у ребенка отсутствует общение со взрослыми: он не отвечает на их обращения, но у него развита тактильная чувствительность, он успокаивается, когда его берут на руки, свои физиологические потребности проявляет беспокойством и плачем. Но уже после второго месяца жизни он вступает во взаимодействие, которое можно считать общением: он начинает развивать особую активность, объектом которой является взрослый. Эта активность проявляется в форме внимания и интереса ребенка к взрослому, эмоциональных выражений, инициативных действий, чувствительности ребенка к отношению взрослого. Общение со взрослыми у младенцев играет как бы пусковую роль в развитии реагирования на важные раздражители.

Депривация возникает в том случае, когда родители не обеспечивают должного ухода и игнорируют базовые потребности ребенка либо бросают ребенка, оставляя его на попечение других. Выделяют следующие виды депривации: сенсорная, двигательная, эмоциональная.

Под *сенсорной депривацией* понимают ограничение стимулов, воздействующих на сенсорные системы (тактильную, зрительную, слуховую и др.). Поскольку ребенок

познает мир посредством органов чувств, дефицит сенсорных стимулов приводит к необратимому психическому недоразвитию, т.к. во время поступления в мозг разнообразной информации из внешнего мира происходит упражнение структур мозга. Сенсорная депривация может привести к задержке и нарушению психического развития ребенка (из-за болезни, травмы, плохого ухода и т.п.).

Вследствие длительной *двигательной депривации* у ребенка возникает депрессивное состояние с приступами ярости и агрессии. Под *эмоциональной депривацией* понимается отсутствие эмоциональных контактов с матерью («холодная мать») или лицом, ее заменяющим.

«Волчьи дети» и «дети-маугли» – это примеры *социальной депривации*, они не умеют говорить (или плохо говорят) и ходить, часто плачут и всего боятся. При их последующем воспитании, несмотря на развитие интеллекта, нарушения личности и социальных связей остаются. Последствия социальной депривации неустранимы на уровне некоторых глубоких личностных структур, что проявляется недоверием (за исключением к членам группы, перенесших то же самое, например в случае развития детей в условиях концентрационных лагерей), завистливостью и чрезмерной критичностью.

Учитывая важность уровня личностной зрелости как фактора толерантности к социальной изоляции, можно с самого начала предположить, что чем младше ребенок, тем тяжелее для него будет социальная изоляция.

*Эмоциональная депривация* проявляется в недостаточной возможности для установления интимного эмоционального отношения к какому-либо лицу или разрыве подобной связи, когда такая уже была создана. В обедненную среду часто попадает ребенок, оказавшись в детском доме, больнице, интернате или другом учреждении закрытого типа. Такая среда, вызывая сенсорный голод, вредна для человека в любом возрасте, особенно для ребенка.

Как показывают многочисленные психологические исследования, необходимым условием для нормального созревания мозга в младенческом и раннем возрасте является достаточное количество внешних впечатлений, так как именно в процессе поступления в мозг и переработки разнообразной информации из внешнего мира происходит упражнение органов чувств и соответствующих структур мозга.

В закрытом детском учреждении ребенок страдает не только от плохого питания или плохого медицинского обслуживания, но и от специфических условий таких учреждений, один из существенных моментов которых – бедная стимульная среда.

*Материнская депривация* оказывает самое разрушительное воздействие на психику ребенка. Характерологические особенности детей-сирот, воспитывающихся в детских домах и школах-интернатах, представляют собой яркую иллюстрацию «ребенка с депривацией». Многочисленными исследованиями установлено, что существование детей в условиях массивной материнской депривации (когда дети растут в полной разлуке с матерью) приводит к развитию психопатий, депрессиям и фобиям. Дети, лишенные родительской опеки, обнаруживают заметное отставание от социально-возрастных нормативов на протяжении всей жизни. Для них характерно следующее:

- эмоциональная поверхностность;
- низкая способность к фантазированию;
- «прилипчивость»;
- высокая агрессивность;

- жестокость;
- инфантильная безответственность.

Проявления чувств детей с депривацией характеризуются, с одной стороны, бедностью, с другой стороны, острой, аффективной окрашенностью. Этим детям свойственны взрывы эмоций (бурной радости, гнева) и отсутствие глубоких, устойчивых чувств. У них практически отсутствуют высшие чувства, связанные с глубоким переживанием искусства, нравственных коллизий. Следует отметить также, что они в эмоциональном отношении очень ранимы, даже мелкое замечание может вызвать острую эмоциональную реакцию, не говоря уже о ситуациях, действительно требующих эмоционального напряжения, внутренней стойкости.

Несомненное влияние на психику современного человека оказывают некоторые факторы заметно измененной внешней среды. Так, значительно возрос уровень шумов, особенно в городской черте, где он заметно превышает допустимые нормы. Если это оживленная магистраль, то воздействие шума на мозг человека сопоставимо с действием грохота аэропорта. Плохая звукоизоляция, включенные в собственной квартире или у соседей звуковоспроизводящие устройства (ТВ, радио и др.) делают влияние шумов практически постоянными. Такие шумы в отличие от естественных, которые в процессе эволюции были составной частью окружающей человека природы (шум ветра, звон ручья, пение птиц и т.д.), оказывают негативное влияние на весь организм, в частности и на психику: меняются частота дыхания и артериальное давление, нарушаются сон и характер сновидений, развиваются бессонница и другие неблагоприятные симптомы. Особенно такие неблагоприятные средовые факторы оказывают сильное воздействие на растущий детский организм, и у детей отчетливее повышается уровень страха.

Косвенное влияние на состояние мозга, психическое здоровье оказывает и химическое загрязнение атмосферы. Так, повышение содержания угарного газа во вдыхаемом воздухе ухудшает газообмен в мозговой ткани и снижает ее функциональные характеристики. Ряд других газов (окислы азота и серы) неблагоприятно воздействуют на обмен веществ в мозгу.

Оптимальный уровень функционирования для каждого человека определить сложно, так как на организм постоянно действует множество переменных факторов. Вероятность срыва высшей нервной деятельности, так же как и возникновение отрицательных эмоциональных состояний во многом зависит от условий, в которых живет ребенок, отношения к нему, его деятельности, его проблемам со стороны окружающих.

**Профилактика депривации.** Комплексные психолого-медико-педагогические мероприятия с депривированными детьми проводятся в детских специализированных учреждениях. Предполагается совместная работа специалистов разного профиля: логопеда, психолога, психотерапевта, психиатра. Решающее значение в развитии и формировании речевой и других высших психических функций у данного контингента детей имеет создание благоприятного социально-психологического климата в окружении ребенка. Не менее важное значение имеют организация общеоздоровительных мероприятий и проведение коррекционного обучения на фоне активизации интеллектуальной и творческой деятельности.

*Комплексные психолого-педагогические мероприятия, помимо выбора профиля учебного учреждения, включают:*

- проведение курса логопедических занятий (преимущественно в групповой форме); занятия должны быть направлены на развитие речи ребенка (в том числе коррекцию произношения, грамматическое оформление речевых конструкций и обучение связному высказыванию), расширение словарного запаса, формирование представлений и образно-логического мышления; детям с задержкой развития речи, обусловленной социальной депривацией и педагогической запущенностью, рекомендовано от 45 до 180 занятий;
- логоритмика и психогимнастика – 20–45 занятий на курс;
- занятие с психологом – 20–45 занятий на курс;
- психотерапевтическое воздействие в форме индивидуальной и групповой психотерапии.

Продолжительность курса коррекционных мероприятий зависит от уровня обучаемости ребенка, возможности активизации речевой деятельности, от степени улучшения общего соматического статуса и изменения социально-бытовых условий и определяется максимальным достижением результатов.

Ожидаемые результаты коррекции: развитие речевой, других высших психических функций и интеллектуальных возможностей до возрастного уровня, расширение словарного запаса и способностей к связному и последовательному высказыванию, укрепление соматического и психологического статуса.

**Профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма** заключается в проведении санитарно-просветительной работы: лекций и бесед со школьниками и их родителями, выпуске санитарных бюллетеней на эти темы.

Основные формы санитарно-просветительной работы со школьниками и их семьями:

- медико-социальный патронаж семьи, выявление лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе путем анонимного приема;
- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек (девушек) и мальчиков (юношей);
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентация на создание здоровой семьи;
- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни, ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.д.);
- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;

- анализ (с применением анкетного опроса и других методов) потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

### 1.3. Планирование семьи

Планирование семьи является наиболее эффективной частью первичной профилактики заболеваемости, инвалидизации и смертности среди женщин и детей и включает в себя:

- преконцептуальную подготовку женщины и мужчины к зачатию,
- антенатальную охрану плода,
- охрану психоэмоционального здоровья женщины и ее семьи.

#### 1.3.1. Преко́нцептуальная подготовка женщин и мужчин к зачатию

*Преко́нцептуальная подготовка женщины к зачатию* предполагает не только санацию очагов инфекции, оздоровление хронических и рецидивирующих заболеваний, предупреждение нежелательной беременности, сексуальное воспитание и профилактику болезней, передающихся половым путем, но и профилактику нарушений питания (задержка физического развития, дефицит Fe, J, Zn, Ca, фолиевой кислоты, других витаминов и минералов).

Характер питания будущей матери влияет на качество жизни ребенка во все его возрастные периоды. Питание – мощный эпигенетический фактор, влияющий на экспрессию генов, контролирующих метаболизм. В научных исследованиях продемонстрировано, что недостаточность питания у женщины до и во время беременности, в том числе дефицит отдельных витаминов и микроэлементов, приводит к изменению экспрессии биохимических механизмов, задержке и последующему формированию аномалий и пороков развития у плода. Показана важность обогащения рациона питания женщин специализированными продуктами на этапах прегравидарной подготовки, беременности и лактации. В исследованиях показано, что дополнительный прием препаратов йода в преко́нцептуальный период оптимизирует психосоматическое развитие детей и значительно снижает показатели неонатальной и младенческой смертности.

Доказана взаимосвязь между характером питания и уровнем таких осложнений беременности, как анемия, невынашивание беременности, гестозы, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода.

Недостаточная обеспеченность микронутриентами беременных женщин приводит к развитию целого ряда врожденных пороков развития плода. Высокая частота обнаружения у беременных женщин полигиповитаминозных состояний, существование функциональных межвитаминовых взаимодействий в организме, особенности физиологического действия витаминов являются основанием для приема витаминно-минеральных комплексов, особенно в условиях недостаточного производства обогащенных витаминами пищевых продуктов массового потребления. Одновременное поступление витаминов более эффективно по сравнению с отдельным или изолированным назначением каждого из них. Доказано, что использование витаминно-минеральных комплексов, содержащих набор витаминов и микроэлементов, дефицит которых выявляется наиболее

часто, в дозах, покрывающих потребность беременных женщин, снижает риск врожденных дефектов развития и предопределяет здоровье в долгосрочной перспективе у детей.

**Преконцептуальная подготовка мужчины** направлена, в частности, на улучшение показателей репродуктивного качества сперматозоидов, на которые значительное влияние оказывает адекватная микронутриентная обеспеченность.

По итогам совещаний экспертной группы ВОЗ по разработке рекомендаций были сформулированы рекомендации, касающиеся пяти групп мероприятий (2016 г.):

- мероприятия, связанные с питанием;
- профилактические мероприятия;
- обследование беременной и плода;
- помощь при наиболее типичных симптомах;
- мероприятия системы здравоохранения по повышению числа обращений за дородовой помощью (ДРП) и ее качества.

### 1.3.2. Питание беременной женщины

**Здоровое питание** важно, как для здоровья матери, так и для роста и развития плода. Не существует «магических» продуктов, которые особо необходимы для нормального течения беременности. Очень мало и «запрещенных» продуктов. Беременной женщине следует избегать продуктов, на которые у нее есть аллергия, и как можно меньше употреблять сладостей, жирной пищи.

Беременные нуждаются в продуктах питания, богатых железом, йодом, цинком, витамином А и фолиевой кислотой (таблица 2).

Таблица 2 – Увеличение потребности в питательных веществах во время беременности

Питательное вещество	Потребность увеличивается на	Хорошие пищевые источники
Витамин А	70 RAЕ	Темно-желтые или оранжевые овощи и фрукты, темно-зеленые листовые овощи
Железо	9 мг	В основном мясная группа, но также темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль
Фолиевая кислота	200 мкг	Зеленые листовые овощи, свекла, фасоль, нут, чечевица, миндаль, грецкие орехи
Йод	70 мкг	Йодированная соль, рыба, морская капуста и ламинарии, хурма
Цинк	3 мг	Зерновые продукты (зародыши пшеницы, отруби); молоко и молочные продукты; мясо и мясные продукты

Женщина во время беременности нуждается в дополнительной энергии в количестве 350 ккал/с. Энергетическая ценность наиболее часто употребляемых продуктов приведена в таблице 3.

По структуре питание должно напоминать пирамиду (рисунок 1): наиболее широкая часть (базис) состоит из зерновых культур, каш и макаронных изделий. Беременной женщине следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу, составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые, яйца и орехи.

На вершущке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах.

Таблица 3 – Энергетическая ценность часто употребляемых продуктов и содержание белка

Энергия (ккал)	Белок
<ul style="list-style-type: none"> <li>Одна белая булочка (35 г) = 90 ккал</li> <li>Одна чашка отварного риса = 265 ккал</li> <li>Одна чашка пюре или вареного картофеля = 135 ккал</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 г приготовленной фасоли = 125 ккал + 9 г белка</li> <li>100 г вареной говядины = 126 ккал + 24 г белка</li> <li>Одно яйцо = 155 ккал + 13 г белка</li> </ul>

Если у беременной женщины плохой аппетит, ей следует принимать пищу небольшими порциями – по 5–6 раз в день, вместо трех больших приемов пищи; выпивать восемь стаканов жидкости (желательно воды) ежедневно. Не пить напитки, содержащие кофеин (чай, кофе, кола), или напитки с большим содержанием сахара. Особенно не рекомендуется употреблять чай и кофе вместе с пищей (танин и кофеин препятствуют усвоению железа).



Рисунок 1 – Пирамида питания

**Первая группа** продуктов составляет основу суточного рациона и включает такие продукты, как рис, гречка, овсянка, перловка, пшено и другие крупы, макаронные и хлебобулочные изделия, картофель. Ежедневно ешьте 6–11 порций из этой группы. Например:

- 4–5 кусочков хлеба, лепешки (4–5 порций),
- одна чашка рисовой каши (две порции),
- одна чашка отварной лапши (две порции),
- одна средняя картофелина (одна порция).

Итого 9–10 порций за одни сутки.

**Вторая группа** продуктов включает овощи и фрукты: капуста, морковь, томаты, тыква, свекла, лук зеленый, груши, яблоки, сливы, абрикосы, баклажаны, шпинат, щавель, укроп, вишня, смородина черная, клубника, черешня, огурцы, лимон. Ежедневно ешьте 5–9 порций из этой группы. Например:

- 160 мл фруктового сока (одна порция),
- салат из свежих овощей: один помидор + один огурец + один болгарский перец (три порции),
- одна чашка свежих ягод или сушеных фруктов (две порции),
- одно яблоко (одна порция).

Итого семь порций за одни сутки.

**Третья группа** продуктов включает молоко, кефир, сметану, творог, сыр и другие кисломолочные продукты. Ежедневно ешьте 2–3 порции из этой группы. Например:

- один стакан айрана (одна порция),
- полчашки (125 г) сузме (одна порция).

Итого две порции за одни сутки.

**Четвертая группа** продуктов: мясо, печень, язык, рыба, яйца, колбасные изделия, чечевица и бобовые. Ежедневно ешьте одну–три порции из этой группы. Например:

- 100 г (одна ладонь) мяса (одна порция),
- одна чашка (200 г) вареных бобов (одна порция),
- одна чашка (100–150 г) орехов.

Итого три порции за одни сутки.

*Специальное предупреждение:* следует избегать употребления консервированных продуктов, колбас, сервелатов, копченостей, газированных напитков, чипсов.

**Пятая группа** продуктов: масло, жиры, сахар. Для салатов лучше использовать нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, соевое), для тушения, поджарки – рафинированное растительное масло.

Сливочное масло в небольшом количестве употребляется с бутербродом или кашей. Ежедневно ешьте 1–2 порции из этой группы. Например:

- одна чайная ложка сливочного масла или домашнего каймака (одна порция),
- одна чайная ложка подсолнечного или другого растительного масла (одна порция),
- одна полная чайная ложка меда или варенья (одна порция).

Итого три порции за одни сутки.

#### **Примерное меню на один день**

*Завтрак:* одна чашка овсяной каши + молоко + одна чайная ложка растительного масла, 1–2 куска хлеба, салат из одного среднего помидора (или огурца), 100 г орехов или семечек.

*Второй завтрак:* два яблока, один стакан молока или кефира (айрана).

*Обед:* овощное рагу на сливочном или растительном масле (одна средняя картофелина, одна чашка тыквы и моркови, порезанных на мелкие кусочки), два яйца и два куска хлеба. Один стакан фруктового сока или компота.

*Полдник:* два абрикоса, персика или 100 г ягод, сушеных фруктов (курага, изюм и др.), один стакан молока или кефира (айрана) + один кусок хлеба.

*Ужин:* 100 г (одна ладонь) отварного мяса или рыбы, 200 г лапши (вермишели) + один кусок хлеба, салат из одной чашки зеленых листовых овощей (капуста, листья салата, шпинат, зеленый лук, укроп, петрушка). Один стакан компота или фруктового сока.

*За 1 ч до сна:* один стакан кефира или айрана с медом или вареньем (одна чайная ложка).

#### **Вопросник для оценки меню на один день**

Вы можете оценить, насколько данный рацион питания соответствует критериям оптимального питания. Для этого вы можете записать все, что вы ели и пили за предыдущий день. Для определения объема пищи вы можете пользоваться описанием порций, которые приведены выше (смотрите описание порций по группам продуктов). Считайте 1 балл за каждый ответ «Да» и 0 баллов за каждый ответ «Нет».

Баллы

1. Хотя бы пять порций из I группы – хлеба и злаковых (350 г) « \_\_\_\_\_ »
2. Хотя бы пять порций из II группы – овощей и фруктов (400 г) « \_\_\_\_\_ »
3. Две-три порции из III группы – молока и молокопродуктов « \_\_\_\_\_ »
4. Две порции из IV группы – мяса, рыбы, яиц, бобовых, орехов « \_\_\_\_\_ »
5. Не более двух порций из V группы – жиров и сладостей « \_\_\_\_\_ »
6. Разнообразные продукты питания из каждой пищевой группы « \_\_\_\_\_ »
7. Хотя бы две порции свежих овощей « \_\_\_\_\_ »
8. Хотя бы одна порция свежих фруктов « \_\_\_\_\_ »
9. В основном питательные перекусы « \_\_\_\_\_ »
10. В основном нежирная пища « \_\_\_\_\_ »

*Общий балл:*

*Интерпретация:*

«Отлично» (10 баллов): беременная женщина питается оптимально.

«Хорошо» (8–9 баллов): у беременной женщины правильное представление о здоровом питании. Требуется немного изменений, и перейдет в разряд «отлично».

«Удовлетворительно» (4–7 баллов): некоторые группы продуктов не входят в рацион питания. Необходимо улучшить рацион питания, используя эти продукты.

«Рискованно» (три балла и менее): беременная женщина сильно рискует при подобном рационе питания. Следует изменить привычки питания. Не надо стараться изменить все сразу. Шаг за шагом, одно изменение за другим.

### **1.3.3. Антенатальная охрана плода**

*Аntenатальная охрана плода* – это совокупность гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для развития плода и предупреждение врожденных заболеваний, аномалий развития и перинатальной смертности. Антенатальная охрана плода имеет большое значение для здоровья человека в течение всей его жизни, потому что во внутриутробном периоде онтогенеза формируются основные физиологические функции организма.

*Дородовые патронажи* – одно из важных мероприятий по антенатальной охране плода. В условиях ЦСМ/ДП по дородовой охране плода проводят три патронажа: первый и второй – патронажной медицинской сестрой, третий – участковым педиатром.

*Первый дородовой патронаж* проводит участковая медицинская сестра, как только беременная встанет на учет к акушеру-гинекологу в сроки 8–13 недель. При первом дородовом патронаже участковая медицинская сестра должна выяснить состояние здоровья беременной, узнать, как протекает беременность, в каких условиях будущая

мать живет и трудится. При этом необходимо скрупулезно и очень точно выяснить все обстоятельства, которые могут оказать вредное влияние на здоровье будущего ребенка. Особое внимание должно быть обращено на возможность токсического воздействия на плод вследствие употребления матерью никотина, алкоголя и других токсических веществ. При первом патронаже собирается семейный анамнез, уточняется срок беременности, какая она по счету, как протекает по сравнению с предыдущей, предполагаемый срок родов. Особое внимание обращают на наличие в анамнезе выкидышей и их причины, выясняют самочувствие беременной, ее сон, аппетит, соблюдение режима, характер питания, проверяют выполнение рекомендаций акушера-гинеколога. Во время патронажа проводится беседа о режиме, рациональном питании, допустимых физических нагрузках беременной, необходимости отказа родителей от вредных привычек и подготовке жилища к моменту рождения ребенка. Беседовать на эти темы желательно не только с будущей матерью, но и с будущим отцом. По окончании патронажа беременную женщину следует пригласить в очную школу матерей и отцов, где проводится обучение по уходу, режиму, вскармливанию, закаливанию, профилактике фоновых и инфекционных заболеваний детей первого года жизни. В кабинете по воспитанию здорового ребенка (КЗР) будущая мать может ознакомиться с наглядными материалами, пособиями и предметами ухода за новорожденными, получить практические навыки по пеленанию, купанию, уходу за кожей, пупочной ранкой.

*Второй дородовой патронаж* проводится медицинской сестрой или участковым врачом-педиатром на 30–32-й неделе беременности. При втором дородовом патронаже проверяют состояние здоровья беременной в динамике, как выполняются назначения и рекомендации, которые были даны при первом патронаже. Будущей маме объясняют о преимуществах исключительно грудного вскармливания, важности раннего прикладывания к груди в родильном зале и совместного пребывания матери и ребенка в роддоме и дома. Женщина обучается подготовке молочных желез к лактации, профилактике мастита и гипогалактии, режиму и питанию кормящей матери, правилам уборки и проветривания комнат. Родителям нужно давать консультацию по приобретению всего необходимого для ухода за новорожденным с учетом конкретных жилищно-бытовых условий: какие предметы необходимо приобрести (ванночку для купания, таз для стирки белья ребенка, кровать, пеленки, подгузники и т.д.), как подготовить комнату или уголок для малыша (по возможности провести косметический ремонт, генеральную уборку, убрать ненужные вещи, накапливающие пыль, и т.д.).

*Третий дородовой патронаж* проводится участковым врачом-педиатром по медицинским и социальным показаниям при сроках беременности 37–38 недель. Показания к выполнению данного патронажа:

- тяжелая соматическая патология беременной;
- неблагополучный акушерский анамнез;
- тяжелый токсикоз беременной;
- неблагоприятные социально-бытовые условия.

#### ***Методы оценки факторов риска беременности***

По результатам дородовых патронажей участковый педиатр определяет «группу риска» среди беременных, дети которых должны находиться под пристальным вниманием участкового врача. К «факторам риска» относятся:

- экстрагенитальные заболевания будущей матери;

- профессиональные вредности и алкоголизм родителей;
- острые заболевания во время беременности;
- операционные вмешательства во время беременности;
- возраст матери к моменту рождения ребенка моложе 18 и старше 35 лет (фертильный возраст, по данным ВОЗ, с 14 до 49 лет);
- токсикозы первой и второй половины беременности;
- угроза выкидыша;
- кровотечения;
- повышение или понижение АД во время беременности.

Анализ данных по перечисленным факторам дает возможность участковому педиатру воздействовать на состояние здоровья будущего ребенка путем разработки комплекса врачебных мероприятий для уменьшения вредного воздействия. С этой целью можно использовать рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи беременным женщинам (таблица 4).

Таблица 4 – Сводный перечень рекомендаций ВОЗ по оказанию дородовой помощи в целях формирования позитивного опыта беременности

Рекомендации	Тип рекомендации
<b><i>А. Мероприятия в области питания</i></b>	
А.1.1. Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и ведения активного образа жизни во время беременности, что позволит беременным женщинам оставаться здоровыми и избежать избыточного набора веса <sup>1</sup>	Рекомендовано
А.1.2. В группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется ведение просветительной работы среди беременных женщин по вопросу о необходимости повышения энергетической ценности их ежедневного рациона и содержания в нем белка в целях снижения риска рождения маловесных детей	Рекомендовано в определенном контексте
А.1.3. В группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется обогащение рациона беременных женщин сбалансированными белково-энергетическими добавками для снижения риска мертворождения и рождения ребенка, маленького для гестационного возраста	Рекомендовано в определенном контексте
А.1.4. В группах населения, страдающих от недоедания, избыточное белковое обогащение рациона питания беременных женщин не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов	Не рекомендовано
А.2.1. Беременным женщинам рекомендовано назначать пероральные добавки с железом и фолиевой кислотой с содержанием 30–60 мг элементарного железа <sup>2</sup> и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты <sup>3</sup> ежедневно для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесного ребенка и преждевременных родов <sup>4</sup>	Рекомендовано
А.2.2. В случаях, если ежедневный прием железа невозможен в связи с побочными эффектами, а также в категориях населения, где распространенность анемии у женщин не превышает 20 %, беременным женщинам рекомендовано назначать прием пероральных добавок с железом и фолиевой кислотой с содержанием 120 мг элементарного железа <sup>5</sup> и 2 800 мкг (2,8 мг) фолиевой кислоты один раз в неделю как средство улучшения исходов беременности и родов <sup>6</sup>	Рекомендовано в определенном контексте

<i>Примечания:</i>	
<sup>1</sup> Здоровый рацион во время беременности характеризуется достаточной калорийностью, содержанием достаточного количества белков, витаминов и минеральных веществ и предполагает употребление в пищу разнообразного набора продуктов питания, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, цельные злаки и фрукты.	
<sup>2</sup> Эквивалентом 60 мг элементарного железа являются 300 мг гептагидрата сульфата железа, 180 мг fumarата железа или 500 мг глюконата железа.	
<sup>3</sup> Прием фолиевой кислоты должен начинаться как можно раньше (по возможности до зачатия) для профилактики дефектов развития нервной трубки.	
<sup>4</sup> Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ.	
<sup>5</sup> Эквивалентом 120 мг элементарного железа являются 600 мг гептагидрата сульфата железа, 360 мг fumarата железа или 1 000 мг глюконата железа.	
<sup>6</sup> Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ	
<b><i>А. Мероприятия в области питания: назначение пищевых добавок</i></b>	
А.3. Назначение кальция (Ca) – в группах населения со сниженным уровнем потребления Ca с пищей беременным женщинам рекомендуется назначать ежедневный прием пищевых добавок с Ca (1,5–2 г элементарного Ca перорально) для снижения риска преэклампсии <sup>7</sup>	Рекомендовано в определенном контексте
А.4. Назначение витамина А для профилактики ночной слепоты <sup>8</sup> рекомендуется только беременным женщинам, проживающим в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой общественного здравоохранения <sup>9</sup>	Рекомендовано в определенном контексте
А.5. Назначение цинка беременным женщинам (добавок с цинком)	В рамках научных исследований
А.6. Назначение беременным женщинам пищевых добавок, содержащих комплекс микроэлементов, как средство улучшения исходов беременности и родов	Не рекомендовано
А.7. Назначение беременным женщинам добавок с витамином В <sub>6</sub> как средство улучшения исходов беременности и родов	Не рекомендовано
А.8. Назначение беременным женщинам добавок с витаминами Е и С как средство улучшения исходов беременности и родов	Не рекомендовано
А.9. Назначение беременным женщинам добавок с витамином D как средство улучшения исходов беременности и родов <sup>10</sup>	Не рекомендовано
А.10. Беременным женщинам с высоким суточным потреблением кофеина (более 300 мг в сутки) <sup>11</sup> следует рекомендовать снизить потребление кофеина во время беременности для сокращения риска гибели плода и рождения маловесного ребенка	Рекомендовано в определенном контексте
<i>Примечания:</i>	
<sup>7</sup> Данная рекомендация соответствует рекомендациям ВОЗ от 2011 г. о профилактике эклампсии и преэклампсии (3) и заменяет собой рекомендацию ВОЗ от 2013 г. о назначении добавок с кальцием (4).	
<sup>8</sup> Дефицит витамина А считается серьезной проблемой общественного здравоохранения, если у 5 % всех женщин и более в анамнезе присутствуют эпизоды ночной слепоты в ходе последней закончившейся живорождением беременности, имевшей место за последние 3–5 лет, или если у 20 % беременных женщин и более уровень ретинола в сыворотке составляет менее 0,70 мкмоль/л. Чтобы определить, является ли дефицит витамина А проблемой общественного здравоохранения, необходимо оценить распространенность гиповитаминоза витамина А в популяции с использованием специфичных биохимических и клинических индикаторов.	

<p><sup>9</sup> Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (5).</p> <p><sup>10</sup> Данная рекомендация заменяет собой прошлую рекомендацию ВОЗ (6).</p> <p><sup>11</sup> Сюда относятся все препараты, напитки или продукты питания, содержащие кофеин (т. е. заварной кофе, чай, безалкогольные напитки типа колы, энергетические напитки с кофеином, шоколад, таблетки с кофеином)</p>	
<b><i>В1. Обследование беременной женщины и плода</i></b>	
В.1.1. <i>Анемия.</i> Рекомендованным методом диагностики анемии у беременных является общий анализ крови. В условиях, когда сделать общий анализ крови нет возможности, для диагностики анемии у беременных рекомендуется проверять уровень гемоглобина, что является предпочтительным методом по сравнению с использованием цветовой шкалы	Рекомендовано в определенном контексте
В.1.2. <i>Бессимптомная бактериурия.</i> Для ее диагностики у беременных рекомендуется выполнять бактериологическое исследование средней порции мочи. При отсутствии возможности выполнить бактериологическое исследование мочи для диагностики бессимптомной бактериурии рекомендуется выполнять окрашивание мочи из средней порции по Грамму, что является предпочтительным методом по сравнению с применением тест-полосок	Рекомендовано в определенном контексте
В.1.3. <i>Насилие со стороны интимного партнера.</i> При оценке паталогических состояний, которые могут быть следствием или осложнением насилия со стороны интимного партнера, настоятельно рекомендуется в рамках родовых посещений выполнять клинический опрос на предмет выявления фактов насилия. Там, где есть кадровые ресурсы для принятия соответствующих ответных мер (включая направление к специалисту, если необходимо) и выполнены минимальные условия <sup>12</sup> , определенные ВОЗ, это позволит повысить качество клинической диагностики и последующей помощи <sup>13</sup>	Рекомендовано в определенном контексте
<p><i>Примечания:</i></p> <p><sup>12</sup> Минимальные условия: наличие протокола/стандартных операционных процедур; наличие персонала, прошедшего подготовку по технике ведения опроса пациента о насилии со стороны интимного партнера и принятия базового (или более полного) набора ответных мер; наличие отдельных помещений для обсуждения таких вопросов; обеспечение конфиденциальности; наличие системы направления к специалистам; наличие в рабочем графике персонала времени на проведение с пациентами полноценной беседы.</p> <p><sup>13</sup> Данная рекомендация соответствует руководству ВОЗ по клинической практике и политике от 2013 г.</p>	
В.1.4. <i>Гестационный сахарный диабет (ГСД).</i> Если во время беременности у матери впервые выявляется повышенный уровень сахара в крови, это следует классифицировать либо как ГСД, либо как сахарный диабет беременных, согласно критериям ВОЗ <sup>14</sup>	Рекомендовано
В.1.5. <i>Употребление табака.</i> Работникам здравоохранения следует на самых ранних этапах беременности и на каждом родовом посещении задавать всем беременным женщинам вопрос о том, употребляют ли они табак (или употребляли в прошлом) и подвергаются ли они воздействию вторичного табачного дыма <sup>15</sup>	Рекомендовано

В.1.6. <i>Употребление психоактивных веществ.</i> Работникам здравоохранения следует на самых ранних этапах беременности и на каждом доро- довом посещении задавать всем беременным женщинам вопрос о том, употребляют ли они алкоголь или другие психотропные вещества (или употребляли их в прошлом) <sup>16</sup>	Рекомендовано
В.1.7. <i>ВИЧ и сифилис.</i> В районах высокой распространенности ВИЧ <sup>17</sup> следует рассмотреть вопрос о включении тестирования и консультирования по предложению работников здравоохранения в комплекс плановых услуг в рамках дородовой помощи, предоставляемых всем беременным женщинам. В условиях низкой распространенности ВИЧ этот вопрос можно рассмотреть в качестве одного из основных компонентов работы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, включить тестирование на ВИЧ в комплекс диагностических мероприятий по тестированию на сифилис, вирусные и другие заболевания (в зависимости от эпидемиологической ситуации на местах) и укрепить соответствующие системы охраны здоровья матери и ребенка	Рекомендовано
В.1.8. <i>Туберкулез (ТБ).</i> Если распространенность ТБ в целом по населению составляет 100 случаев на 100 000 человек или выше, следует рассмотреть вопрос об организации в рамках дородовой помощи систематического скрининга беременных женщин для выявления активной формы ТБ	Рекомендовано в определенном контексте
<p><i>Примечания:</i></p> <p><sup>14</sup> Данная рекомендация не является рекомендацией по плановому обследованию беременных на предмет выявления гипергликемии и представляет собой адаптированную версию рекомендации из публикации ВОЗ от 2013 г., где говорится о том, что диагноз ГСД следует ставить на любом сроке беременности при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уровень глюкозы в плазме натощак 5,1–6,9 ммоль/л (92–125 мг/дл),</li> <li>• уровень глюкозы в плазме <math>\geq 10,0</math> ммоль/л (180 мг/дл) через 1 ч после перорального приема 75 г глюкозы,</li> <li>• уровень глюкозы в плазме 8,5–11,0 ммоль/л (153–199 мг/дл) через 2 ч после перорального приема 75 г глюкозы.</li> </ul> <p>Диагноз “сахарный диабет беременных” следует ставить при наличии одного или нескольких из перечисленных ниже признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уровень глюкозы в плазме натощак <math>\geq 7,0</math> ммоль/л (126 мг/дл),</li> <li>• уровень глюкозы в плазме <math>\geq 11,1</math> ммоль/л (200 мг/дл) через 1 ч после перорального приема 75 г глюкозы,</li> <li>• случайный уровень глюкозы в плазме <math>\geq 11,1</math> ммоль/л (200 мг/дл) при наличии симптомов диабета.</li> </ul> <p><sup>15</sup> Взято из рекомендаций ВОЗ от 2013 г.</p> <p><sup>16</sup> Взято из руководства ВОЗ от 2014 г.</p> <p><sup>17</sup> Районами высокой распространенности считаются районы, где распространенность ВИЧ среди тестируемого населения составляет более 5 %, районы с низкой распространенностью – менее 5 %. В районах с генерализованной или концентрированной эпидемией ВИЧ следует проводить повторное тестирование ВИЧ-отрицательных женщин на третьем триместре беременности ввиду высокого риска заражения ВИЧ во время беременности</p>	

<b>В.2. Обследование плода</b>	
В.2.1. Подсчет суточного числа шевелений плода таким методом, как «счет до десяти»	В рамках научных исследований
В.2.2. Замена пальпации живота на <i>измерение высоты стояния дна матки над симфизом</i> для оценки роста плода не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов. При этом отход от обычной практики (пальпация живота или измерение высоты стояния дна матки над симфизом) также не рекомендован	Рекомендовано в определенном контексте
В.2.3. Плановое выполнение дородовой <i>кардиотокографии</i> <sup>18</sup> во время беременности как средство улучшения исходов беременности и родов	Не рекомендовано
В.2.4. Рекомендуется выполнять одно <i>ультразвуковое исследование</i> (УЗИ) в первые 24 недели беременности (раннее УЗИ плода) для оценки срока беременности, раннего выявления нарушений развития плода и многоплодной беременности, снижения необходимости искусственной стимуляции родовой деятельности в случае переносимости беременности и формирования более позитивного опыта беременности	Рекомендовано
В.2.5. <i>Плановая доплерография</i> во время беременности как средство улучшения исходов беременности и родов <sup>19</sup>	Не рекомендовано
<i>Примечания:</i>	
<sup>18</sup> Кардиотокография – это непрерывная регистрация частоты сердечных сокращений плода и сокращений матки с применением ультразвукового датчика, размещаемого на животе матери.	
<sup>19</sup> Допплерография используется для ультразвукового исследования движения крови в артериях пуповины (и артериях плода) для оценки благополучия плода на третьем триместре беременности	
<b>С. Профилактические меры</b>	
С.1. Всем беременным женщинам с бессимптомной бактериурией рекомендуется назначение <i>семидневного курса антибиотиков</i> в целях профилактики устойчивой бактериурии, преждевременных родов и рождения маловесного ребенка	Рекомендовано
С.2. Назначение беременным <i>курса антибиотиков</i> для профилактики рецидивирующих инфекций мочевых путей	Только в рамках научных исследований
С.3. Назначение <i>анти-D-иммуноглобулина</i> резус-отрицательным беременным женщинам, не сенсibilизированным к антигену Rho (D), с 28-й по 34-ю неделю беременности для профилактики аллоиммунизации	Только в рамках научных исследований
С.4. В эндемичных районах <sup>20</sup> рекомендуется назначать беременным <i>курс противогельминтных препаратов</i> после первого триместра беременности в рамках программ по борьбе с инфекциями кишечных паразитов <sup>21</sup>	Рекомендовано в определенном контексте
С.5. Для профилактики гибели новорожденных от столбняка рекомендуется <i>вакцинация</i> всех беременных женщин (с учетом пройденной ранее вакцинации) <i>столбнячным анатоксином</i> <sup>22</sup>	Рекомендовано
С.6. В эндемичных по малярии районах всем беременным рекомендуется назначать профилактический <i>курс сульфадоксина/пириметамина</i> во втором триместре беременности – три дозы <sup>23</sup> с промежутками между приемами по меньшей мере один месяц	Рекомендовано в определенном контексте

С.7. В рамках комбинированной профилактики ВИЧ беременным женщинам, подверженным существенному риску заражения, в качестве дополнительного варианта доконтактной профилактики (ДКП) может назначаться <i>тенофовира дезопроксила фумарат</i> (ТДФ) <sup>24</sup>	Рекомендовано в определенном контексте
<p><i>Примечания:</i></p> <p><sup>20</sup> Районы, где распространенность любых видов гельминтных инфекций, передаваемых через почву, составляет более 20 %.</p> <p><sup>21</sup> Соответствует руководству ВОЗ от 2016 г.</p> <p><sup>22</sup> Данная рекомендация соответствует руководству ВОЗ от 2006 г. Режим дозирования зависит от того, прививалась ли женщина от столбняка в прошлом.</p> <p><sup>23</sup> ВОЗ (2015): В районах Африки с умеренной и высокой интенсивностью передачи малярии химиопрофилактику малярии сульфадоксином/пириметамином следует назначать всем беременным женщинам на каждом плановом посещении в рамках дородовой помощи и начинать как можно раньше – на втором триместре беременности при условии, что интервал между приемами сульфадоксина/пириметамина составляет не менее одного месяца. ВОЗ рекомендует комплекс мероприятий по профилактике малярии у беременных, который включает содействие использованию обработанных инсектицидом противомоскитных сеток. Для обеспечения как можно более раннего начала химиопрофилактики малярии сульфадоксином/пириметамином у беременных женщин в эндемичных районах должны быть приняты меры на уровне органов здравоохранения для того, чтобы контакт между беременными женщинами и службами здравоохранения состоялся к 13-недельному сроку беременности.</p> <p><sup>24</sup> ВОЗ (2015): Риск заражения ВИЧ считается существенным, если показатель инфицированности ВИЧ в отсутствие ДКП является достаточно высоким (инфицированность &gt; 3 %) для того, чтобы назначение ДКП становилось потенциально рентабельным (или экономически целесообразным). Назначение ДКП лицам, подверженным существенному риску ВИЧ-инфекции, отличается высоким соотношением польза/риск и польза/стоимость</p>	
<b><i>D. Помощь при наиболее типичных симптомах</i></b>	
D.1. <i>Тошнота и рвота.</i> Для облегчения тошноты на ранних сроках беременности рекомендуется назначать имбирь, настой ромашки, витамин В <sub>6</sub> и/или акупунктуру, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной	Рекомендовано
D.2. <i>Изжога.</i> Для профилактики и смягчения изжоги во время беременности рекомендуется консультирование по вопросам рациона питания и образа жизни. Если, несмотря на изменение образа жизни и питания, симптомы остаются трудно переносимыми, могут быть назначены антациды	Рекомендовано
D.3. Для облегчения <i>судорог нижних конечностей</i> во время беременности можно назначать кальций или нефармакологические средства, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной	Рекомендовано
D.4. Для профилактики <i>болей в пояснице и области таза</i> во время беременности рекомендуются регулярные физические упражнения. Существует ряд различных средств облегчения болей в спине и области таза, таких как физиотерапия, ортопедический бандаж и акупунктура, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной	Рекомендовано
D.5. Если <i>запоры</i> во время беременности сохраняются, несмотря на изменения рациона питания, для их смягчения могут назначаться пшеничные отруби или другие добавки, содержащие растительные волокна, в зависимости от их наличия и личных предпочтений беременной	Рекомендовано

D.6. Для помощи при <i>варикозном расширении вен и отеках нижних конечностей</i> во время беременности могут использоваться нефармакологические средства, такие как ношение компрессионных колготок, подъем ног и погружение в воду, в зависимости от имеющихся возможностей и личных предпочтений беременной	Рекомендовано
<b><i>Е. Мероприятия систем здравоохранения по повышению числа обращений за ДРП и ее качества</i></b>	
E.1. Каждой беременной рекомендуется вести <i>личный дневник беременности</i> , что будет способствовать обеспечению непрерывности и повышению качества помощи, а также формированию позитивного опыта беременности	Рекомендовано
E.2. <i>Непрерывность помощи с опорой на роль акушерки</i> . Ведением беременности занимается знакомая беременной женщине акушерка или группа акушерок, обеспечивая непрерывное оказание помощи на всем протяжении родового, интранатального и постнатального периодов	Рекомендовано в определенном контексте
E.3. <i>Групповая родовая помощь</i> . В качестве альтернативы индивидуальной родовой помощи может быть организовано оказание групповой родовой помощи беременным женщинам в контексте строгих научных исследований, в зависимости от предпочтений женщины и при условии наличия инфраструктуры и ресурсов, необходимых для оказания групповой ДРП	Только в рамках научных исследований
E.4.1. <i>На уровне общин</i> . Для укрепления здоровья матерей и новорожденных, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к услугам здравоохранения, рекомендуется мобилизация на уровне местных сообществ посредством организации циклов совместного обучения и совместного проведения мероприятий для групп женщин <sup>25</sup> . Создание таких групп для беременных женщин является хорошим средством для обсуждения с женщинами связанных с беременностью проблем, включая преграды в получении доступа к обслуживанию, а также для увеличения поддержки, оказываемой беременным женщинам	Рекомендовано в определенном контексте
E.4.2. Для повышения числа обращений за ДРП и улучшения исходов беременности и родов, особенно в сельских районах с ограниченным доступом к услугам здравоохранения, рекомендуется реализовывать комплексные мероприятия, включающие мобилизацию семей и местных сообществ и посещение беременных женщин на дому	Рекомендовано
<b><i>Е.5. Перераспределение обязанностей</i></b>	
E.5.1. Выполнение ряда мероприятий в области охраны здоровья матери и ребенка <sup>26</sup> широким кругом субъектов: медработники смежных специальностей	Рекомендовано
E.5.2. Предоставление рекомендованных пищевых добавок и периодического профилактического лечения в пользу широкого круга субъектов, включая вспомогательный медперсонал, медсестер, акушерок и врачей	Рекомендовано в определенном контексте
E.6. <i>Набор и сохранение кадров в сельских и удаленных районах</i> . Лицам, ответственным за разработку политики, следует рассмотреть вопрос о принятии мер в сферах образования, регулирования, финансов, а также мер по личной и профессиональной поддержке медработников с тем, чтобы обеспечить набор и сохранение квалифицированных кадров здравоохранения в сельских и удаленных районах <sup>27</sup>	Рекомендовано

Е.7. График посещений в рамках оказания дородовой помощи. Не менее восьми посещений беременной женщиной ПМСП для снижения перинатальной смертности и формирования у женщин более позитивного опыта получения дородовой помощи	Рекомендовано
<p><i>Примечания:</i></p> <p><sup>25</sup> Взято из рекомендаций ВОЗ от 2014 г.</p> <p><sup>26</sup> В том числе таких мероприятий, как: развитие культуры обращения за медицинской помощью и услугами по дородовой помощи; подготовка к родам и формирование готовности к осложнениям; пропаганда использования надкроватных сеток, обработанных инсектицидами; оказание квалифицированной помощи при родах; сопровождение женщины при схватках и во время родов; консультирование по вопросам питания; назначение пищевых добавок; назначение специфических пищевых добавок и проведение специфических мероприятий в зависимости от обстоятельств; тестирование беременных на ВИЧ; пропаганда исключительно грудного вскармливания; послеродовой уход и семейное планирование; иммунизация согласно национальным руководствам.</p> <p><sup>27</sup> Рекомендация взята из рекомендаций ВОЗ по глобальной политике от 2010 г.</p>	

**Тревожные сигналы во время беременности**, которые потребуют немедленной помощи:

- кровянистые выделения из половых путей;
- обильные жидкие выделения из влагалища;
- постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
- внезапный отек рук или лица;
- повышение температуры до 38 °С и более;
- сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения;
- жжение и боль при мочеиспускании;
- сильная боль в животе, не стихающая, даже когда Вы лежите и расслабляетесь;
- более 4–5 схваток в течение 1 ч;
- ушиб живота во время падения, автомобильной аварии или если кто-то ударил;
- после шести месяцев беременности – если плод совершает менее 10 движений в течение 12 ч.

#### 1.4. Лечебная работа

В ЦСМ/ЦОВП и ДП прием больных детей в поликлинике ведут педиатры и врачи других специальностей. В ЦСМ/ЦОВП и ДП проводятся лабораторные, рентгенологические и другие виды исследований. Первично заболевшим детям, особенно с повышенной температурой тела и подозрением на инфекционное заболевание, медицинскую помощь оказывают на дому. При выздоровлении или улучшении состояния здоровья дети посещают врача на приеме.

*Организация лечения на дому.* Вопрос об организации лечения на дому решается врачом ГСВ по согласованию с клиническим руководителем в зависимости от тяжести состояния больного, характера течения заболевания, возраста и домашних условий.

Врач ГСВ при первом посещении больного на дому делает назначения по лечению, питанию, уходу и режиму, при необходимости обеспечивает медикаментами на один прием. Больные наблюдаются врачом и медицинской сестрой ГСВ на дому до выздоровления. Частота посещений определяется врачом ГСВ в зависимости от характера и тяжести заболевания.

Врач ГСВ, выполняющий экстренный вызов к больному, должен брать с собой все необходимые средства для оказания экстренной медицинской помощи.

Медицинская сестра ГСВ выполняет назначения врача по лечению больного на дому, контролирует выполнение врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным.

По направлению врача ГСВ амбулаторное учреждение обеспечивает больному проведение на дому необходимых лабораторных, функциональных исследований и консультаций других врачей-специалистов.

*Клинический руководитель ГСВ* осуществляет контроль за организацией лечения больных на дому, в необходимых случаях оказывает консультативную помощь. В случае ухудшения состояния больного, в связи с недостаточной эффективностью лечения, врач ГСВ совместно с клиническим руководителем ГСВ принимает меры для госпитализации больного.

При направлении больного в стационар врач ГСВ подробно указывает диагноз заболевания, тяжесть состояния, длительность и течение заболевания, проведенное лечение и обследование, индивидуальные особенности больного, контакты с инфекционными заболеваниями.

При невозможности госпитализировать больного (отказ от госпитализации, отсутствие мест в стационаре, карантин и др.) организуется стационар на дому или больной госпитализируется в дневной стационар. При этом больному обеспечивается весь комплекс необходимых лечебных и диагностических мероприятий, лабораторных обследований в соответствии с тяжестью и характером заболевания, регулярное наблюдение врача и медицинской сестры ГСВ.

При оказании лечебной помощи семейный врач/участковый педиатр руководствуется клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения.

### **1.5. Показатели работы центров семейной медицины и центров общеврачебной практики**

Состояние здоровья населения оценивается такими показателями, как уровень заболеваемости, распространенности и инвалидности населения.

**Заболеваемость.** Данные о заболеваемости имеют очень большое значение для характеристики состояния здоровья населения, оценки качества работы ПМСП, а также для текущего и перспективного планирования деятельности организаций здравоохранения. Заболеваемость показывает уровень, частоту распространения всех вместе взятых болезней и каждой болезни в отдельности среди населения в целом и его отдельных возрастных, половых, социальных, профессиональных и других группах.

Заболеваемость изучается четырьмя методами:

- по данным обращаемости за медицинской помощью;
- по результатам медицинских осмотров;

- по результатам выборочных исследований на уровне домашних хозяйств;
- по анализу причин смерти.

Первым методом выявляются острые и хронические заболевания в стадии обострения среди обратившихся за медицинской помощью, вторым – хронические заболевания, а также начальные стадии острых заболеваний, третьим – острые и хронические заболевания среди определенного контингента населения на уровне того или иного региона, где проводилось исследование, четвертым – наиболее тяжело протекающие заболевания и травмы, явившиеся причиной летальных исходов.

Заболеваемость – это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения неэпидемических заболеваний.

1. *Частота первичной заболеваемости*, которая рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{число случаев данного заболевания, впервые зарегистрированного в данном году}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000.$$

2. *Частота общей заболеваемости* (контингента больных):

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{число лиц, имеющих данное заболевание, на данный момент времени}}{\text{численность населения на данный момент времени}} \times 100000.$$

**Распространенность заболеваний (РЗ)** – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году:

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{число новых случаев заболеваний и ранее существовавших, по поводу которых были первичные обращения в календарном году}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000.$$

**Младенческая смертность (МС)** – это смертность детей на первом году жизни. Младенческая смертность – один из важнейших критериев состояния здоровья населения, который отражает влияние не только неблагоприятных социально-экономических условий жизни, но и качество организации медицинских услуг, учреждений первичной медико-санитарной помощи детям на первом году их жизни.

При анализе данного показателя очень важно иметь полный и достоверный учет и регистрацию умерших детей, а также соответствие критериев живо- и мертворождения международным стандартам.

Показатель младенческой смертности за год (МлС) исчисляется по формуле

$$\text{Мл.С.} = \frac{\text{число умерших детей в возрасте до одного года}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

**Перинатальная смертность (ПНС)** – число мертворожденных (дети, родившиеся мертвыми при сроке беременности более 22 недель) + число умерших в первую неделю жизни (шесть дней, 23 ч 59 мин) на 1 000 родившихся живыми и мертвыми.

$$\text{ПНС} = \frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первую неделю жизни}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000.$$

**Неонатальная смертность (НС)** – смертность среди новорожденных в первые 28 полных дней жизни, различают раннюю неонатальную смертность (смертность в течение первых семи дней жизни) и позднюю неонатальную смертность (смертность после семи полных дней жизни до 28 полных дней жизни).

*Неонатальная смертность* рассчитывается по формуле

$$\text{НС} = \frac{\text{число умерших детей в возрасте от 0 до 27 дней жизни}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

*Ранняя неонатальная смертность (РНС)* рассчитывается по формуле

$$\text{РНС} = \frac{\text{число умерших детей в возрасте от 0 до 6 суток жизни}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

*Поздняя неонатальная смертность (ПоздНС)* – это смертность детей в возрасте от семи до 28 дней после рождения:

$$\text{Позд.НС} = \frac{\text{число умерших детей в возрасте от 7 до 28 дней после рождения}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

**Постнеонатальная смертность** – смертность детей в возрасте старше месяца до исполнения ими одного года:

$$\text{Пост.НС} = \frac{\text{число умерших детей старше 28 дней до 1 года}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

**Детская смертность (ДС)** – это смертность детей в возрасте до пяти лет, рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Позд.НС} = \frac{\text{число умерших детей в возрасте от 0 до 5 лет}}{\text{число родившихся живыми в данном году}} \times 1000.$$

**Инвалидность** – это длительная или постоянная, полная или частичная потеря трудоспособности вследствие стойких или трудно обратимых нарушений функций организма в связи с заболеванием, увечьем или дефектом развития. Необходимость изучения инвалидности определяется тем, что она влечет за собой серьезные социальные и экономические последствия, исключая трудоспособную часть населения из общественно-производственной деятельности.

Выделяют первичную инвалидность и общую. *Первичная инвалидность* отмечается у лиц, впервые признанных инвалидами к данному году, *общая инвалидность* – у лиц, признанных впервые инвалидами и инвалидами после переосвидетельствования (как впервые признанный, так и с ранее установленной инвалидностью).

При анализе инвалидности рассчитывают уровень инвалидности (первичной и общей), который является одним из важных показателей состояния здоровья населения.

*Первичная инвалидность* (ПИ) (по группам, нозологиям) рассчитывается по формуле

$$\text{ПИ} = \frac{\text{число больных с впервые установленной инвалидностью}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Для оценки общего уровня первичной инвалидности М.Ю. Магарил предложил следующую шкалу: низкие показатели – менее 6 %, средние – 6–9 %, высокие – 9–10 % и очень высокие – более 11 %. Ведущие причины первичной инвалидности – болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, психические расстройства и последствия травм всех локализаций.

Важным компонентом в организации и оказании качественных медицинских услуг является кадровый потенциал, поэтому необходимо проводить анализ кадровых ресурсов. При анализе кадровых ресурсов рассчитывают укомплектованность штатов (врачей/медсестер/узких специалистов) физическими лицами (УШФЛ):

$$\text{УШФЛ} = \frac{\text{число занятых врачебных должностей физическими лицами}}{\text{число штатных врачебных должностей}} \times 100.$$

Аналогичным образом можно рассчитать укомплектованность должностей среднего медицинского и прочего персонала, произвести расчеты укомплектованности персоналом в разрезе специальностей.

Одним из важнейших условий правильной организации первичной медико-санитарной помощи населению является ежегодное планирование объема оказания медицинских услуг. Для этого рассчитывается показатель нагрузки для врачей – всего, а также показатель нагрузки для врачей каждой специальности.

*Показатель нагрузки для врачей* (НВ) в месяц рассчитывается следующим образом:

$$\text{НВ (в месяц)} = \frac{\text{число посещений к врачам за год}}{11}.$$

Число рабочих месяцев в году принято за 11 с учетом того, что один месяц в году все врачи находятся в трудовом отпуске.

Может быть рассчитана нагрузка врача в день (час):

$$\text{НВ (в месяц)} = \frac{\text{число посещений к врачам за год}}{\text{число рабочих дней в году}}.$$

С целью определения доли профилактических мероприятий (ДПП) рассчитывается доля посещений с профилактической целью, охват профилактическими осмотрами взрослого, детского населения и подростков:

$$\text{ДПП} = \frac{\text{число профилактических посещений}}{\text{общее число посещений}} \times 100.$$

Также может быть рассчитана доля посещений по поводу заболеваний (ДПЗ):

$$\text{ДПЗ} = \frac{\text{число посещений по болезни}}{\text{общее число посещений}} \times 100.$$

Охват профилактическими осмотрами подростков (ПОП)/детей (ПОД):

$$\text{ПОП/ПОД} = \frac{\text{число подростков/детей, осмотренных с профилактической целью}}{\text{число подростков/детей, подлежащих проф. осмотру}} \times 100.$$

**Показатели эффективности профилактических осмотров.** Выявляемость при профилактических осмотрах лиц с нарушениями зрения, слуха, отставания в физическом развитии и т.д. указывает на эффективность профилактических осмотров (ЭПО). Показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ЭПО} = \frac{\text{число диспансерных больных с} \frac{\text{улучшением}}{\text{ухудшением}} \text{изменений здоровья в течение года}}{\text{число диспансерных больных, наблюдавшихся более 1 года}} \times 100.$$

Соответствие схем наблюдения за детьми до пяти лет оценивается путем проведения экспертизы историй развития ребенка:

$$\text{УД} = \frac{\text{число оцененных карт детей до 5 лет, которых не наблюдали по утвержденной схеме}}{\text{общее число оцененных карт}} \times 100.$$

**Соответствие лечения клиническим протоколам (ЛКП)** оценивается путем проведения экспертизы амбулаторных карт и истории развития ребенка.

$$\text{ЛКП} = \frac{\text{число оцененных карт, которых лечение соответствует протоколу}}{\text{общее число оцененных карт}} \times 100.$$

Документация ЦСМ/ЦОВП и ДП представлена в приложении 1.

## **1.6. Организация медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях в амбулаторных условиях**

*Инфекционные болезни* – это обширная группа заболеваний, которые вызываются патогенными возбудителями. В отличие от других заболеваний инфекционные болезни характеризуются контагиозностью, способностью к массовому (эпидемическому) распространению. Возбудителями инфекционных болезней являются бактерии, вирусы, грибки. Болезни, вызываемые простейшими, гельминтами, насекомыми и клещами, относятся к инвазионным, или паразитным. Факторы передачи возбудителей инфекции специфичны при каждой инфекционной болезни.

Заболеемость инфекционными болезнями в значительной мере определяется уровнем социально-экономического развития страны и является важнейшим показателем, используемым при оценке охраны здоровья населения. В развитых странах *инфекционная заболеваемость* характеризуется спорадическими (единичными) случаями инфекций. В слаборазвитых, развивающихся странах нередко инфекционные болезни

носят массовый характер (эпидемический). Принято выделять следующие уровни распространения: *спорадическая заболеваемость* (единичные, не связанные между собой заболевания), *эпидемическая вспышка* (групповые заболевания, связанные с одним источником инфекции), *эпидемия* (широкое распространение инфекционной болезни, охватывающее население региона страны или нескольких стран), *пандемия* (повсеместная эпидемия, интенсивно распространяющаяся во многих странах или даже во всех частях света). Под термином «эндемическая заболеваемость», или *эндемия*, понимается постоянно регистрируемая на определенной территории заболеваемость определенной болезнью, обусловленная социальными и природными условиями. *Экзотическая заболеваемость* – не свойственная данной местности.

**Лечебно-профилактическая помощь больным с инфекционными заболеваниями** на уровне первичного звена здравоохранения включает:

- раннюю диагностику, изоляцию и лечение больного с инфекционным заболеванием в домашних условиях с проведением соответствующих противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции;
- оказание при необходимости экстренной или неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, в процессе транспортировки больного в стационар;
- обеспечение диспансеризации реконвалесцентов и соблюдение сроков карантина у контактных;
- реабилитация реконвалесцентов по показаниям.

По показаниям и при наличии соответствующих условий возможно проведение санаторно-курортного лечения больных, перенесших инфекционное заболевание.

Медицинский работник, впервые установивший диагноз инфекционного заболевания, обязан зарегистрировать его в учреждении службы Госсанэпиднадзора (экстренное извещение, форма № 58у), а также решить вопрос о необходимости госпитализации. Обязательной госпитализации подлежат больные с тяжелыми формами болезни, подозрением на особо опасные карантинные инфекции и неблагоприятными условиями проживания. В РФ обязательно госпитализируются дети до одного года, больные пожилого возраста с отягощенным преморбидным фоном, а также лица, относящиеся к декретированным группам населения (работники коммунального хозяйства, общественного питания, сферы обслуживания, проживающие в общежитиях и т.д.).

Координирующая роль в организации медицинской помощи больным с инфекционным заболеванием на догоспитальном этапе принадлежит врачу-инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) ЦСМ/ДП. КИЗ контролирует и анализирует работу участковых/семейных врачей по выявлению скрытых источников инфекции, ведет учет инфекционных заболеваний (форма № 60у), контролирует полноту помощи на дому и своевременность госпитализации больных, причины оставления инфекционных больных на дому, организует и следит за качеством противоэпидемических мероприятий и т.д.

Основными задачами КИЗ являются:

- обеспечение своевременного и полного выявления инфекционных больных;
- проведение диспансерного наблюдения за реконвалесцентами;
- обеспечение консультативной помощи по вопросам диагностики, обследования и лечения больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями, осуществляемых в условиях ЦСМ/ДП;

- проведение организационно-методической работы (анализ заболеваемости и смертности инфекционными болезнями, уровня диагностики и качества лечения и т.д.);
- участие в составлении плана по проведению профилактических прививок среди населения и контроль за его осуществлением.

### 1.6.1. Противозидемическая работа

Мероприятия, направленные на профилактику инфекционных заболеваний принято называть противозидемическими. Противозидемические мероприятия подразделяются на профилактические и мероприятия в эидемических очагах. Профилактические мероприятия проводят постепенно, независимо от наличия или отсутствия инфекционного больного, а в очаге – в случае возникновения инфекционной болезни.

Основу профилактики инфекционных заболеваний в масштабе страны составляют меры социального характера: повышение материального состояния людей, обеспечение населения благоустроенным жильем, доступной квалификационной медицинской помощью, рост уровня культуры и санитарной грамотности населения.

Медицинские аспекты профилактики инфекционных болезней включают систематический контроль водоснабжения населения, санитарный и бактериологический контроль качества пищевых продуктов, санитарного состояния предприятий пищевой промышленности, объектов общественного питания, торговли, детских учреждений, санитарного режима в медицинских учреждениях и осуществление мер по санитарной охране границ с целью предупреждения заноса на территорию страны из-за рубежа инфекционных болезней и др.

К основным мероприятиям профилактики и контроля относятся:

- вакцинация – против инфекционных заболеваний;
- контроль переносчиков и путей передачи вирусно-бактериальных заболеваний;
- разрыв медицинских путей заражения вирусно-бактериальными заболеваниями;
- контроль над домашними и сельскохозяйственными животными;
- лечение вирусно-бактериальных заболеваний;
- просвещение, изменение в поведении населения.

При лечении на дому ребенка с острым инфекционным заболеванием участковый педиатр/семейный врач знакомит всех проживающих в квартире с мерами профилактики, периодически осматривает детей, бывших в контакте с больным, разъясняет окружающим больного, какую опасность для всех представляет данный случай инфекционного заболевания. Врач обязан обеспечить раннюю диагностику инфекционных заболеваний. Он принимает меры по своевременной госпитализации инфекционных больных и предупреждению распространения заболевания.

Если больной оставлен дома, ему обеспечивают квалифицированное лечение, уход и соответствующий контроль соблюдения противозидемического режима. Врач принимает меры для изоляции от организованных коллективов тех детей, которые находились в контакте с инфекционным больным. При установлении диагноза инфекционного заболевания или подозрении на него немедленно направляют в службу санэпиднадзора «экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (учетная форма № 058/у). При

невозможности доставки экстренного извещения в день установления диагноза сведения о заболевании передают по телефону. Экстренное извещение, помимо паспортных данных, должно содержать сведения о месте работы или учебы с указанием адреса, даты заболевания, первичного обращения за медицинской помощью, установления диагноза, последнего посещения детского учреждения, госпитализации, проведенных первичных противоэпидемических мероприятиях, дополнительные сведения о выявленных контактах.

Случай инфекционного заболевания регистрируется и специальном журнале учета инфекционных заболеваний, выявленных на участке (форма 060/у).

При выявлении случая пищевого отравления участковый педиатр/семейный врач должен немедленно сообщить об этом в службу санэпиднадзора, собрать рвотные массы, фекалии, промывные воды заболевшего ребенка, изъять из употребления остатки подозреваемой пищи и передать все это в лабораторию службы санэпиднадзора или сохранить до прибытия врача указанной службы. Материал доставляют в бактериологическую или токсикологическую лабораторию в течение 2 ч после забора. Хранение материала после забора в холодильнике допустимо не более 12 ч.

При выявлении инфекционного заболевания в условиях ДОО или школы экстренное извещение заполняет и передает в службу санэпиднадзора врач детского учреждения. Сведения о заболевшем ребенке передают по телефону в ЦСМ/ДП на участок или дошкольно-школьное отделение.

Участковый педиатр/семейный врач обязан принимать участие в диспансерном наблюдении за лицами, переболевшими инфекционными заболеваниями, в том числе острыми кишечными инфекциями, вирусным гепатитом, гельминтозами и другими.

### **1.6.2. Противоэпидемические мероприятия в очаге**

Участковый педиатр/семейный врач при работе с больными с инфекционными заболеваниями (работа в очаге) решает следующие задачи:

- обеспечение ранней диагностики заболеваний;
- регистрация всех случаев инфекционных заболеваний;
- своевременная госпитализация и предупреждение распространения заболевания; если ребенок оставлен дома, ему обеспечивают адекватное лечение и своевременный контроль соблюдения противоэпидемического режима;
- разъяснение окружающим больному лицам опасности инфекционного заболевания;
- изоляция из организованных коллективов контактных (таблица 5);
- разрабатывает противоэпидемиологические мероприятия на дому (таблица 6);
- при пищевых отравлениях изъятие из употребления остатков подозреваемой пищи и передача их в ГСЭН;
- при установлении диагноза инфекционного заболевания немедленное направление в ГСЭН экстренного извещения;
- санитарно-оздоровительная и санитарно-просветительная работа по предупреждению инфекционных заболеваний;
- диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими инфекционные заболевания.

Таблица 5 – Сроки изоляции больных и длительность карантина при инфекционных заболеваниях (А.С. Калмыкова, 2007)

Заболевание	Инкубационный период, дней			Сроки изоляции больных	Карантинный срок
	средний	максимум	минимум		
Вирусный гепатит А	15–30	50	7	Выписка из стационара не ранее чем на 28-й день от начала заболевания*	35 дней от момента последнего общения с больным
Вирусный гепатит В	60–120	6 месяцев	42	Выписка из стационара не ранее чем на 28-й день от начала заболевания**	35 дней от момента последнего общения с больным
Ветряная оспа	13–17	21	10	10–12 дней (прекращается после отпадения корок)	21-й день с момента последнего контакта с больным
Грипп	1	2	12 ч	7–10 дней	-
Дизентерия	2–3	7	1	До излечения	7 дней
Коклюш	5–7	14	2	25 дней – при бактериологическом исследовании, 31 день – без него	14 дней
Корь	10	21	9	Четыре дня с момента появления сыпи, при осложнениях – 10 дней	21 день – со дня изоляции, 17 дней – при проведении активной иммунизации
Краснуха	16–20	24	11	До пяти дней с момента высыпания	-
Паротит	15–19	23	11	Не менее девяти дней	21 день
Скарлатина	3–6	12	1	22 дня	17 дней
Менингококковая инфекция	5–7	20	3	До излечения	10 дней
Дифтерия	3–5	10	2	До излечения	Семь дней

*Примечания:* \* В Кыргызской Республике дети с вирусным гепатитом А лечатся дома при наличии соответствующих условий ухода за больным ребенком. Госпитализируются дети только с тяжелой формой болезни или по социальным показаниям.

\*\* В Кыргызской Республике дети с вирусным гепатитом В в стационаре лечатся до улучшения состояния.

Таблица 6 – Противоэпидемиологические мероприятия в очаге

Инфекционное заболевание	Противоэпидемические мероприятия в очаге	
	Дезинфекционные мероприятия	Медицинское наблюдение
Брюшной тиф и паратифы	Заключительная дезинфекция	Контактировавшие наблюдаются 21 день с момента дезинфекции; ежедневная термометрия, однократно бактериологическое исследование испражнений, мочи и постановка РИГА
Дизентерия, сальмонеллез и другие кишечные инфекции	Текущая и заключительная дезинфекция	Контактировавшие не изолируются. Медицинское наблюдение в течение семи дней после изоляции больного: термометрия два раза в день, выяснение жалоб (боли в животе, недомогание), характер и частота стула в течение дня. Все данные заносят в наблюдательный лист по контакту
Вирусный гепатит А	Заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение за контактными: ежедневная термометрия, осмотр окраски кожных покровов и склер, цвета мочи и кала. Осмотр врачом не реже одного раза в неделю (обязательно – размеры печени, селезенки)
Ветряная оспа, эпидемический паротит	Влажная уборка, проветривание помещений	Изоляция контактных на 21-й день с момента контакта
Краснуха		Изоляция контактных не проводится
Скарлатина	Текущая дезинфекция	Медицинское наблюдение за контактными в течение семи дней после изоляции больного: ежедневная термометрия, осмотр зева, кожи, опрос родителей о самочувствии ребенка дома
Менингококковая инфекция	Влажная уборка и проветривание	Ежедневное медицинское наблюдение в течение 10 дней: термометрия, осмотр зева, кожи. Двукратное обследование слизи из носоглотки на менингококк
Дифтерия	Заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение за контактными в течение семи дней (ежедневная термометрия, осмотр зева), однократно бактериологическое исследование на дифтерию (из носа и зева)
Коклюш	-	Медицинское наблюдение за контактными в течение 14 дней со дня изоляции. Двукратный бактериологический контроль в очаге

*Дезинфекция* показана при инфекционных болезнях, вызываемых более или менее стойкими возбудителями (дифтерия, скарлатина, оспа, полиомиелит, кишечные инфекции, вирусный гепатит и др.). При заболеваниях, вызываемых нестойкими возбудителями (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха), применяется лишь обычная влажная уборка помещения и проветривание.

При инфекциях, передающихся паразитами-членистоногими, применяется дезинсекция, а при инфекциях, в эпидемиологии которых большую роль играют грызуны, – дератизация.

Различают текущую и заключительную дезинфекцию. *Текущая дезинфекция* проводится в непосредственном окружении больного, вплоть до его изоляции или, если он не изолирован, до конца срока его инфицированности. *Заключительная дезинфекция* производится в очаге после изоляции (госпитализации) больного или, если он не госпитализируется, после окончания срока изоляции.

При текущей дезинфекции, проводимой силами населения под контролем медицинских работников, особое внимание обращают на дезинфекцию выделений больного (кал, рвотные массы), которые обеззараживают следующим образом: содержимое горшка заливают кипятком, закрывают крышкой и оставляют на 15 мин, после чего выливают в канализацию. Посуду больного вместе с остатками пищи после каждого использования кипятят в 2 % растворе питьевой соды в течение 15 мин или в воде в течение 30 мин. Игрушки больного ребенка (пластмассовые, резиновые, металлические, деревянные) моют теплой водой с мылом. Мягкие игрушки чистят щеткой, смоченной в этом же растворе. Книги обтирают тряпкой, смоченной в растворе стирального порошка, часто прополаскивая тряпку и меняя раствор. Грязное нательное и постельное белье больного замачивают в 2 % растворе стирального порошка на 1 ч, перед стиркой его кипятят в течение 15 мин в этом же растворе. Предметы ухода за больным (термометры, грелки и др.) моют теплым раствором стирального порошка.

Пол в комнатах и местах общего пользования, двери и дверные ручки, ручку смывного бачка, сиденье унитаза моют горячим раствором стирального порошка. Уборочный инвентарь (швабры, тряпки) опускают на 30 мин в 1 % раствор хлорной извести. Уборку производят 0,5 % раствором хлорной извести.

Заключительную дезинфекцию производят теми же средствами работники дезинфекционной станции после госпитализации больного или родители, если ребенок оставлен для лечения на дому, после его выздоровления.

### **1.7. Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики**

Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве КР (Фонд ОМС) является государственным органом исполнительной власти КР, реализующим государственную политику в области базового государственного и обязательного медицинского страхования граждан в соответствии с Конституцией КР, законами и иными нормативными правовыми актами КР.

*Целью Фонда ОМС* является гарантированное обеспечение граждан КР качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью и программ обязательного медицинского страхования.

*Задачи Фонда ОМС:*

- реализация государственной политики в области базового государственного и обязательного медицинского страхования;
- обеспечение финансовой устойчивости системы базового государственного и обязательного медицинского страхования и создание условий выравнивания объема

- и качества медицинской помощи для достижения справедливого и равного доступа граждан к профилактическим, медицинским и фармацевтическим услугам;
- аккумуляция финансовых средств, предназначенных для обеспечения финансовой стабильности системы Единого плательщика и системы медицинского страхования;
  - осуществление контроля за рациональным и целевым использованием средств системы Единого плательщика;
  - создание равных условий в оплате медицинских услуг организациям здравоохранения независимо от форм собственности в рамках Программы государственных гарантий и программ обязательного медицинского страхования из средств системы Единого плательщика;
  - совершенствование контроля качества, предоставляемых поставщиками профилактических, медицинских и фармацевтических услуг.

*Документация ОМС.* Клинико-информационная форма (КИФ, №039/У-КИФ) учета посещений заполняется врачами, ведущими поликлинический прием пациентов в ЦСМ/ЦОВП, ГСВ наряду с картой учета случаев амбулаторно-поликлинического обслуживания, законченных в один визит. В основном КИФ заполняется на каждый случай обращения пациента в ЦСМ/ЦОВП по болезни, а карта – по поводу визита здоровых пациентов.

Записи производятся в КИФ и амбулаторную карту пациента (025/у). При направлении пациента к узкому специалисту врач ГСВ заполняет паспортную часть КИФ, указывает предварительный диагноз. Преемственность между врачом ГСВ и узким специалистом идет через записи в амбулаторной карте пациента. КИФ является направлением к врачу узкой специальности. КИФ работает в данном ЦСМ/ЦОВП, движение начинается с регистратуры и заканчивается в статистическом отделе данной организации.

КИФ наряду с врачами, ведущими амбулаторный прием, могут заполнять медицинские сестры ГСВ, но контроль над качеством заполнения КИФ остается за врачом. Если пациент меняет обслуживаемую организацию здравоохранения, то на руки выдается выписка из амбулаторной карты. Для качественного ведения КИФ и своевременного получения достоверных данных из электронной базы «КИФ-амбулаторный» необходимо обеспечить бесперебойное наличие всех КИФ на приеме, оставление графика сдачи КИФ в статистический отдел. По графику все заполненные КИФ за истекший отчетный период должны быть введены в электронную базу до 25 числа текущего месяца.

КИФ предназначен для систематизации данных и отчетности, анализа качественных и количественных показателей работы врача ГСВ на приеме, объема оказываемых услуг, предоставленных в ЦСМ (выписанные и выданные лекарства, процедуры и анализы) и составления сводных медико-статистических отчетов.

КИФ заполняется разборчивым почерком (сокращения не допускаются) врачом, ведущим амбулаторный прием, или медицинской сестрой ГСВ, контроль заполнения КИФ остается за врачом. Коды, используемые при заполнении КИФ, приведены в приложениях 4–10.

## Раздел 2

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СЕМЕЙНОГО ВРАЧА / УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА СО ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ

#### 2.1. Наблюдение за новорожденным ребенком на педиатрическом участке

Здоровый новорожденный – ребенок, родившийся от здоровой матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, массой от 3 до 4,5 кг. К новорожденным условно относят детей до 28 дней жизни. Выделяют следующие клинические группы новорожденных:

1. Доношенные дети, родившиеся при сроке 38–40 недель беременности с массой тела более 2 501 г, ростом 47 см и более, морфологически и функционально соответствующие гестационному возрасту.

2. Недоношенные дети, родившиеся при сроке беременности менее 38 недель, массой тела менее 2 500 г, ростом менее 47 см. Недоношенные дети могут быть зрелые, незрелые, с внутриутробной гипотрофией.

Классификация степеней недоношенности по гестационному возрасту к моменту рождения:

- I степень – 35–37 недель беременности;
- II степень – 32–34 недели беременности;
- III степень – 29–31 неделя беременности;
- IV степень – менее 29 недель беременности.

До сих пор существует классификация недоношенных детей в зависимости от массы тела:

- от 2 500 до 2 001 г – недоношенность I степени;
- от 2 000 до 1 501 г – недоношенность II степени;
- от 1 500 до 1 001 г – недоношенность III степени;
- от 1 000 до 500 г – недоношенность IV степени.

3. Незрелые дети – дети, не соответствующие по степени зрелости гестационному возрасту. Они могут быть доношенными и недоношенными.

4. Переношенные дети – дети, родившиеся при сроке беременности свыше 42 недель с клиническими признаками переношенности.

5. Дети с внутриутробной гипотрофией – дети, у которых массо-ростовой показатель ниже нормы (норма 60–80) или есть признаки задержки внутриутробного развития.

Формы задержки внутриутробного развития:

- гипотрофическая – преимущественно дефицит массы по отношению к длине тела;
- гипопластическая – относительно пропорциональное уменьшение всех параметров физического развития;

- дистрофическая – выраженные диспропорции, нарушение телосложения, трофические расстройства на фоне значительного снижения не только массы, но и длины тела, а также окружности головы.

Различают три степени задержки внутриутробного развития:

- легкая – снижение массы тела на две сигмы по сравнению с соответствующей гестационному возрасту при нормальной или умеренно сниженной длине, размеры головы не выходят за пределы нормальных колебаний для гестационного возраста;
- средняя – снижение массы и длины тела на две сигмы и более по сравнению с соответствующими гестационному возрасту;
- тяжелая – значительное уменьшение всех параметров физического развития и особенно длины тела на три сигмы и более.

6. Маленькие дети, рожденные в срок, – дети с массой тела менее 2 500 г, при этом анатомически и функционально зрелые в соответствии с гестационным возрастом, с пропорциональной массе тела ростом.

После выписки из родильного дома ребенок передается под наблюдение участкового педиатра/семейного врача ЦСМ/ДП.

Задачами участкового педиатра/семейного врача на первичном патронаже новорожденного являются:

- сбор и оценка данных генеалогического анамнеза (составление родословной);
- сбор и оценка данных биологического анамнеза (здоровье матери, течение беременности и родов, ранний неонатальный период);
- сбор и оценка данных социального анамнеза (образование родителей, состав семьи, взаимоотношение между ее членами, материальные, бытовые, санитарно-гигиенические условия жизни);
- анализ обменной карты, где отражаются сведения дородового и послеродового периодов, данные об антропометрии, лабораторных тестах и первых прививках;
- проверка выраженности физиологических рефлексов (рефлексы сосания, глотания, хватания, опоры);
- комплексная оценка состояния здоровья и развития ребенка;
- выявление групп риска и определение направленности риска (I группа риска – новорожденные с риском патологии ЦНС; II группа – новорожденные с риском внутриутробного инфицирования; III группа – новорожденные с риском трофических нарушений и эндокринопатий; IV группа – новорожденные с риском пороков развития и наследственных заболеваний; V группа – новорожденные социального риска);
- исключение признаков врожденных пороков развития (врожденная дисплазия тазобедренного сустава, врожденный гипотиреоз, врожденная кривошея, ВПС и др.);
- составление плана наблюдения новорожденного с учетом состояния здоровья и группы риска;
- рекомендации матери по созданию нормальных санитарно-гигиенических условий, правильной организации вскармливания, режима, купания, прогулок, туалета кожи, слизистых и пупочной ранки ребенка.

#### **Психомоторное развитие новорожденного ребенка:**

- Зрение: при ярком свете жмурится, поворачивает глаза к источнику света.
- Слух: при резком звуке вздрагивает или моргает.

- Моторика: поза «эмбриона» с приведенными к туловищу руками и ногами, движения хаотические, медленные. Кисти в кулачках.
- Эмоции: много спит, просыпается только на кормления или когда мокрый.

**Основные безусловные рефлексы** новорожденного и грудного ребенка делятся на две группы: *сегментарные двигательные автоматизмы*, обеспечивающиеся сегментами мозгового ствола (оральные автоматизмы) и спинного мозга (спинальные автоматизмы), *надсегментарные позотонические автоматизмы* (центры продолговатого и среднего мозга).

### *Сегментарные двигательные автоматизмы*

*Защитный рефлекс новорожденного.* Если новорожденного положить на живот, то происходит рефлекторный поворот головы в сторону. Этот рефлекс выражен с первых часов жизни. У детей с поражением центральной нервной системы защитный рефлекс может отсутствовать, и, если не повернуть пассивно голову ребенка в сторону, он может задохнуться. У детей с церебральным параличом при усилении экстензорного тонуса наблюдается продолжительный подъем головы, и даже запрокидывание ее назад.

*Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных.* У новорожденного нет готовности к стоянию, но он способен к опорной реакции. Если держать ребенка вертикально на весу, то он сгибает ноги во всех суставах. Поставленный на опору ребенок выпрямляет туловище и стоит на полусогнутых ногах на полной стопе. Положительная опорная реакция нижних конечностей является подготовкой к шаговым движениям. Если новорожденного слегка наклонить вперед, то он делает шаговые движения (автоматическая походка новорожденных). Иногда при ходьбе новорожденные перекрещивают ноги на уровне нижней трети голеней и стоп. Это вызвано более сильным сокращением аддукторов, что является физиологичным для этого возраста и внешне напоминает походку при детском церебральном параличе.

Реакция опоры и автоматическая походка физиологичны до 1–1,5 месяцев, затем они угнетаются, и развивается физиологическая астазия-абазия (утрата способности стоять и ходить). У новорожденных с внутричерепной травмой, родившихся в асфиксии, в первые недели жизни реакция опоры и автоматическая походка часто угнетены или отсутствуют. При наследственных нервно-мышечных заболеваниях реакция опоры и автоматическая походка отсутствуют из-за резкой мышечной гипотонии. У детей с поражением центральной нервной системы автоматическая походка задерживается надолго.

*Рефлекс ползания (Бауэра) и спонтанное ползание.* Новорожденного укладывают на живот (голова по средней линии). В таком положении он совершает ползающие движения – спонтанное ползание. Если к подошвам приставить ладонь, то ребенок рефлекторно отталкивается от нее ногами и ползание усиливается. В положении на боку и на спине эти движения не возникают. Координации движений рук и ног при этом не наблюдается. Ползающие движения у новорожденных становятся выраженными на 3–4-й день жизни. Рефлекс физиологичен до четырех месяцев жизни, затем он угасает.

Рефлекс угнетен или отсутствует у детей, родившихся в асфиксии, а также при внутричерепных кровоизлияниях, травмах спинного мозга. Следует обратить внимание на асимметрию рефлекса. При заболеваниях центральной нервной системы ползающие движения сохраняются до 6–12 месяцев, как и другие безусловные рефлексы.

*Хватательный рефлекс.* Появляется у новорожденного при надавливании на его ладони. Иногда новорожденный так сильно обхватывает пальцы, что его можно приподнять вверх (*рефлекс Робинсона*). Новорожденные обезьяны захватом кистей удерживаются на волосах покрове матери. При парезах рук рефлекс ослаблен или отсутствует, у заторможенных детей реакция ослаблена, у возбудимых – усилена. Рефлекс физиологичен до 3–4 месяцев, в дальнейшем на базе хватательного рефлекса постепенно формируется произвольное захватывание предмета. Наличие рефлекса после 4–5 месяцев свидетельствует о поражении нервной системы.

Такой же хватательный рефлекс можно вызвать и с нижних конечностей. Надавливание большим пальцем на подушечку стопы вызывает подошвенное сгибание пальцев. Если же пальцем нанести штриховое раздражение на подошву стопы, то происходит тыльное сгибание стопы и веерообразное расхождение пальцев (*физиологический рефлекс Бабинского*).

*Рефлекс Галанта.* При раздражении кожи спины паравертебрально вдоль позвоночника новорожденный изгибает спину, образуется дуга, открытая в сторону раздражителя. Нога на соответствующей стороне часто разгибается в тазобедренном и коленном суставах. Этот рефлекс хорошо вызывается с 5–6-го дня жизни. У детей с поражением нервной системы он может быть ослаблен или вовсе отсутствовать в течение первого месяца жизни. При поражении спинного мозга рефлекс отсутствует длительно. Рефлекс физиологичен до 3–4 месяцев жизни. При поражении нервной системы эту реакцию можно наблюдать во второй половине года и позже.

*Рефлекс Переса.* Если провести пальцами, слегка надавливая, по остистым отросткам позвоночника от копчика к шее, ребенок кричит, приподнимает голову, разгибает туловище, сгибает верхние и нижние конечности. Этот рефлекс вызывает у новорожденного отрицательную эмоциональную реакцию. Рефлекс физиологичен до 3–4 месяцев жизни. Угнетение рефлекса в период новорожденности и задержка его обратного развития наблюдается у детей с поражением центральной нервной системы.

*Рефлекс Моро.* Вызывается различными приемами: ударом по поверхности, на которой лежит ребенок, на расстоянии 15 см от его головки, приподниманием разогнутых ног и таза над постелью, внезапным пассивным разгибанием нижних конечностей. Новорожденный отводит руки в стороны и открывает кулачки – I фаза рефлекса Моро. Через несколько секунд руки возвращаются в исходное положение – II фаза рефлекса Моро. Рефлекс выражен сразу после рождения, его можно наблюдать при манипуляциях акушера. У детей с внутричерепной травмой рефлекс в первые дни жизни может отсутствовать. При гемипарезах, а также при акушерском парезе руки наблюдается асимметрия рефлекса Моро.

При резко выраженной гипертонии имеется неполный рефлекс Моро: новорожденный только слегка отводит руки. В каждом случае следует определить порог рефлекса Моро – низкий или высокий. У грудных детей с поражением центральной нервной системы рефлекс Моро задерживается надолго, имеет низкий порог, часто возникает спонтанно при беспокойстве, различных манипуляциях. У здоровых детей рефлекс хорошо выражен до 4–5 месяцев, затем начинает угасать; после пятого месяца можно наблюдать лишь отдельные его компоненты.

### **Оральные сегментарные автоматизмы**

*Сосательный рефлекс.* При введении пальца в рот на 3–4 см ребенок делает ритмичные сосательные движения. Рефлекс является безусловным и отсутствует при парезе лицевых нервов, глубокой умственной отсталости, в тяжелых соматических состояниях. Сосательный рефлекс у детей человека угасает обычно между тремя и четырьмя годами жизни, что объясняет, почему во многих культурах грудное вскармливание длится до 3–4 лет, т.е. до того возраста, до которого ребенок сам сосет грудь.

*Поисковый рефлекс (рефлекс Куссмауля).* При поглаживании в области угла рта происходит опускание губы, отклонение языка и поворот головы в сторону раздражителя. Надавливание на середину верхней губы вызывает открытие рта и разгибание головы. При надавливании на середину нижней губы опускается нижняя челюсть и сгибается голова. Этот рефлекс особенно хорошо выражен за 30 мин до кормления. Обращают внимание на симметричность рефлекса с двух сторон. Поисковый рефлекс наблюдается до 3–4 месяцев, затем угасает. Асимметрия рефлекса – односторонний, отсутствие – двусторонний парез лицевого нерва, поражение ЦНС.

*Хоботковый рефлекс.* Быстрый удар пальцем по губам вызывает вытягивание губ вперед. Этот рефлекс сохраняется до 2–3 месяцев.

*Ладонно-ротовой рефлекс (рефлекс Бабкина).* При надавливании большим пальцем на область ладони новорожденного (обеих ладоней одновременно), ближе к тенару, происходит открывание рта и сгибание головы. Рефлекс ярко выражен у новорожденных в норме. Вялость рефлекса, быстрая истощаемость или отсутствие свидетельствуют о поражении ЦНС. Рефлекс может отсутствовать на стороне поражения при периферическом парезе руки. После двух месяцев он угасает и к трем месяцам исчезает.

Объем и кратность патронажей медсестры, проведение необходимых диагностических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий планируется участковым/семейным врачом для каждого ребенка данной группы индивидуально (дети с перинатальным поражением ЦНС, недоношенностью, гемолитической болезнью, сепсисом или локальными гнойно-воспалительными заболеваниями).

**Диспансеризация новорожденных** с перинатальным поражением ЦНС, с гемолитической болезнью новорожденных, недоношенных детей, а также перенесших сепсис или локальные гнойно-воспалительные заболевания (см. таблицы 7–10).

Таблица 7 – Диспансеризация новорожденных с перинатальным поражением ЦНС

Осмотры/обследования	Сроки проведения/кратность действия
Участкового педиатра	Первый месяц – один раз в пять дней; первое полугодие – два раза в месяц; второе полугодие – один раз в месяц; второй год – один раз в квартал
Невролога	Первое полугодие – один раз в месяц; второе полугодие – один раз в три месяца; второй год жизни – один раз в шесть месяцев
Окулиста, хирурга, ортопеда, отоларинголога	На первом году жизни – один раз в шесть месяцев; далее – по показаниям
ОАК и ОАМ	один раз в три-шесть месяцев
УЗИ, ЭЭГ, краниография	По показаниям
При врачебных осмотрах	ЦНС – оценка динамики функционального состояния, антропометрия, измерение окружности головы – один раз в десять дней до трехмесячного возраста. Затем до одного года антропометрия – один раз в месяц. Оценка динамики заболевания и контроль выполнения рекомендаций и лечения неврологом
При осмотрах невролога	Оценка динамики заболевания. Назначение лечения, план наблюдения, рекомендации (режим, питание, оздоровление)
Оздоровительные и лечебные мероприятия	Режим (достаточное пребывание на свежем воздухе), рациональное вскармливание и уход. Назначение противосудорожных или седативных средств в зависимости от ведущего синдрома. Массаж (с двухнедельного возраста), гимнастика, гидротерапия (ванны с экстрактом хвои или морской солью, дозированное плавание – с 1–2 месяцев)
Иммунизация	Прививки планируются индивидуально после консультации иммунологом и неврологом. При тяжелой патологии ЦНС всегда противопоказана иммунизация коклюшной вакциной. В других ситуациях перед прививкой за 3–5 дней назначаются противосудорожные или седативные препараты
Диспансерный учет	Два года, снятие с учета при отсутствии неврологических расстройств

Таблица 8 – Диспансеризация недоношенных детей

Осмотры/обследования	Сроки проведения/кратность/действия
Участкового педиатра	Первый месяц – один раз в неделю; в 2–6 месяцев – два раза в месяц, от шести месяцев до одного года – один раз в месяц
Невролога, хирурга, ортопеда, окулиста, отоларинголога	В зависимости от степени недоношенности: при III–IV степень – один раз в месяц до шести месяцев, далее – каждые полгода
Расчет питания	Ежемесячно
Лабораторные исследования	ОАК – ежемесячно до шести месяцев при анемии, если анемии нет, то один раз в три месяца. ОАМ в один и 12 месяцев. Уровень билирубина и прочие исследования – по показаниям
УЗИ, нейросонография, ЭЭГ, краниография	По показаниям
При врачебных осмотрах	Оценка динамики нервно-психического и физического развития
Оздоровительные и лечебные мероприятия	<p>Сохранение грудного вскармливания, прикорм НД с МТ &lt; 1 500 г вводится на 1–2 месяца позже.</p> <p>Прогулки сразу после выписки летом разрешены всем НД (с 20–30 мин), в прохладное время разрешены НД с МТ &gt; 2 500 г при t +10 °С начиная с 10 мин, постепенно увеличивая до 1–2 ч при t до –10 °С.</p> <p>Профилактика рахита с двухнедельного возраста дробным методом в течение двух лет. Профилактика ЖДА.</p> <p>Закаливание. Воздушные ванны практически всем НД с 2–3-недельного возраста, в 1,5–3 месяца – по 2–3 мин 3–4 раза в день с массажем до 10–15 мин.</p> <p>Массаж: поглаживание с 1–1,5 месяцев, растирание и разминание при МТ &gt; 2 000 г после 2–3 месяцев, а при МТ &lt; 1 500 г – после 5–6 месяцев.</p> <p>Иммуностимуляторы, витамины, препараты железа, назначения невролога – по показаниям</p>
Иммунизация	Прививки планируются индивидуально
Диспансерный учет	I степень – два года, II–IV степень – 3–4 года. Далее – по общей группе риска

Таблица 9 – Диспансеризация новорожденных с гемолитической болезнью новорожденных

Осмотры/обследования	Сроки проведения/кратность/действия
Семейного врача/участкового педиатра	Первый месяц – один раз в пять дней; первое полугодие – один раз в две недели; второе полугодие – один раз в месяц
Невролога	В один и 12 месяцев. При синдроме билирубиновой энцефалопатии – один раз в месяц до одного года
Врачей-специалистов	Хирург-ортопед – в один месяц; окулист, ЛОР – в два месяца; гематолог – по показаниям. Повторный углубленный осмотр в шесть и 12 месяцев
Лабораторные исследования	ОАК: первые три месяца ежемесячно, далее – раз в 3–6 месяцев. ОАМ: один раз в шесть месяцев, биохимические исследования крови – по показаниям
УЗИ, ЭЭГ, краниография	По показаниям
При врачебных осмотрах	Оценка функционального состояния ЦНС, состояния кожи (иктеричность), состояния печени (размеры), антропометрия. Оценка динамики заболевания. Контроль выполнения рекомендаций и лечения невролога
При осмотрах невролога	Оценка динамики заболевания. Назначение лечения, план наблюдения, рекомендации по режиму, питанию, оздоровлению – индивидуально
Оздоровительные и лечебные мероприятия	Режим (достаточное пребывание на свежем воздухе), рациональное вскармливание и уход
Иммунизация	Прививки планируются индивидуально, после консультации с иммунологом и неврологом
Диспансерный учет	Год при отсутствии неврологических расстройств

Таблица 10 – Диспансеризация новорожденных, перенесших сепсис или локальные гнойно-воспалительные заболевания

Осмотры/обследования	Сроки проведения/кратность/действия
Участкового педиатра	Первый месяц – один раз в 5–6 дней; в 2–6 месяцев – два раза в месяц; от шести месяцев до одного года – один раз в месяц
Специалистов	Невролог, хирург, офтальмолог – в один и в 12 месяцев; ЛОР, иммунолог – по показаниям
Лабораторные исследования	ОАК: один раз в три месяца; бактериологические исследования, ИФА, ПЦР, иммунологические и биохимические исследования – по показаниям
Дополнительно	УЗИ, ЭЭГ, краниография – по показаниям
При врачебных осмотрах	Оценка динамики функционального состояния ЦНС, кожи и печени, антропометрия. Оценка динамики заболевания. Контроль выполнения рекомендаций и лечения от невролога
При осмотрах невролога	Оценка динамики заболевания. Назначение лечения, план наблюдения, рекомендации (режим, питание, оздоровление) – индивидуально
Оздоровительные и лечебные мероприятия	Режим (достаточное пребывание на свежем воздухе), рациональное вскармливание и уход
Иммунизация	Прививки планируются индивидуально после консультации с иммунологом. Рекомендуемые сроки – через 3–6 месяцев после выздоровления (в зависимости от заболевания)
Диспансерный учет	Один год – при отсутствии остаточных явлений. Два года – после сепсиса

## 2.2. Диспансерное наблюдение за детьми первого года жизни

*Диспансеризация* – это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения (в данном случае – детей) или больных острыми и хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики.

Большое значение для здравоохранения и социально-экономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны.

Под диспансеризацией здоровых детей понимается такая система активных мероприятий, которая обеспечивает регулярное наблюдение медицинскими работниками за здоровьем и развитием детей с проведением соответствующих профилактических мероприятий, раннее выявление заболеваний, их лечение и оздоровление окружающей среды.

Цель диспансеризации:

- обеспечение гармоничного роста и развития ребенка;
- формирование оптимального уровня здоровья;
- раннее выявление заболевания и лечение его до полного выздоровления;
- предупреждение осложнений и прогрессирование хронических заболеваний.

Для здоровых детей активная диспансеризация проводится в строго определенных, так называемые декретированные сроки.

Диспансерное наблюдение детей на первом году жизни является очень ответственным периодом.

Диспансерное наблюдение за ребенком осуществляется в соответствии с утвержденными стандартами (приказ МЗ РФ № 307 от 28.04.2007 г. «Стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» и приказ МЗ КР № 585 от 09.10.2015 г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения», приказы МЗ РФ № 60 и № 151).

Схема диспансерного наблюдения за здоровыми детьми до одного года жизни в КР представлена в таблице 11.

Основные задачи наблюдения за здоровыми детьми от одного до 12 месяцев жизни представлены в таблице 12.

Таблица 11 – Схема наблюдения за здоровыми детьми до одного года жизни в КР на уровне ЦСМ/ГСВ

Возраст	Участковый педиатр	Консультации специалистов/исследования	Посещение на дому
Первые три дня после выписки из роддома	-	-	Участковый педиатр и медсестра совместно
На 7–10-й день	-	-	Медсестра
На 20-й день	-	-	Медсестра
1 месяц	На приеме	Осмотр хирурга/ортопеда по показаниям	Медсестра два раза в месяц
2 месяца	На приеме	Осмотр невролога и окулиста по показаниям	Медсестра один раз в месяц и после прививки один раз
3,5 месяца	На приеме	-	Медсестра один раз в месяц и после прививки один раз
5 месяцев	На приеме	-	После прививки и ежемесячно один раз
6 месяцев	На приеме (эпикриз)	Определить уровень гемоглобина крови	После прививки и ежемесячно один раз
7–11 месяцев	На приеме	Оценка нервно-психического развития	
12 месяцев	На приеме (эпикриз)	1. Осмотр узких специалистов по показаниям 2. Определение уровня гемоглобина	После прививки и ежемесячно один раз

Таблица 12 – Основные задачи наблюдения за здоровыми детьми от одного до 12 месяцев жизни

Возраст ребенка	Основные задачи профилактического приема
1 месяц	<ol style="list-style-type: none"> <li>Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>мочевыделения и стул ребенка;</li> <li>развитие рубца после вакцинации БЦЖ.</li> </ul> </li> <li>Исключить опасные признаки болезни и врожденные пороки развития.</li> <li>Дать рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком</li> </ol>
2 месяца	<ol style="list-style-type: none"> <li>Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>мочевыделения и стул ребенка;</li> <li>развитие рубца после вакцинации БЦЖ.</li> </ul> </li> <li>Исключить опасные признаки болезни и врожденные пороки развития.</li> <li>Дать рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком.</li> <li>Провести иммунизацию согласно календарю профпрививок (АКДС-ВГВ-ХИБ, ПКВ и ОПВ)</li> </ol>

3,5 месяца	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>• мочевыделения и стул ребенка;</li> <li>• развитие рубца после вакцинации БЦЖ;</li> <li>• безопасность среды для профилактики несчастного случая.</li> </ul> </li> <li>2. Исключить опасные признаки болезни и врожденные пороки развития.</li> <li>3. Дать рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком.</li> <li>4. Провести иммунизацию согласно календарю профпрививок (АКДС-ВГВ-ХИБ, ИПВ и ОПВ).</li> <li>5. Проверить выполнение рекомендаций по уходу в целях развития ребенка</li> </ol>
5 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>• безопасность среды для профилактики несчастного случая.</li> </ul> </li> <li>2. Исключить опасные признаки болезни.</li> <li>3. Дать рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком.</li> <li>4. Проверить выполнение рекомендаций по профилактике рахита.</li> <li>5. Провести иммунизацию согласно календарю профпрививок (АКДС-ВГВ-ХИБ, ПКВ, ОПВ)</li> </ol>
6 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>• безопасность среды для профилактики несчастного случая.</li> </ul> </li> <li>2. Исключить опасные признаки болезни.</li> <li>3. Определить уровень гемоглобина крови и оценить его.</li> <li>4. Дать рекомендации по прикорму и грудному вскармливанию, а также по уходу за ребенком.</li> <li>5. Написать эпикриз по итогам развития ребенка за шесть месяцев</li> </ol>
7 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>• питание ребенка (грудное вскармливание + три прикорма + два перекуса).</li> </ul> </li> <li>2. Прорезывание зубов.</li> <li>3. Дать рекомендации по уходу за ребенком</li> </ol>
8–9–10–11 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить ежемесячно физическое и нервно-психическое развитие.</li> <li>2. Дать рекомендации по уходу, вскармливанию, закаливанию и воспитанию</li> </ol>
12 месяцев	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить: <ul style="list-style-type: none"> <li>• питание;</li> <li>• физическое и нервно-психическое развитие;</li> <li>• крупную и мелкую моторику;</li> <li>• навыки коммуникации, речи у ребенка.</li> </ul> </li> <li>2. Исключить пороки развития.</li> <li>3. Провести иммунизацию согласно календарю профпрививок (КПК, ПКВ).</li> <li>4. Определить уровень гемоглобина крови.</li> <li>5. Написать эпикриз по развитию ребенка за один год</li> </ol>

## 2.2.1. Психомоторное развитие детей первого года жизни

### *Новорожденный ребенок*

Зрение: при ярком свете жмурится, поворачивает глаза к источнику света.

Слух: при резком звуке вздрагивает или моргает.

Моторика: поза «эмбриона» с приведенными к туловищу руками и ногами, движения хаотические, медленные. Кисти в кулачках.

Эмоции: много спит, просыпается только на кормления или когда мокрый.

### *1 месяц*

Зрение: фиксация взора на неподвижном предмете или лице взрослого, начинает проследить за движущимся предметом, периодическое косоглазие, зажмуривание глаз при ярком свете.

Слух: кратковременное сосредоточение на звук и голос, вздрагивания, мигания при резком звуке.

Речь: появляются отдельные заднеязычные звуки «г», «к».

Моторика: в положении на животе поднимает голову, пытается ее удержать.

Эмоции: открывает рот при обращении к нему взрослого (ротовое внимание).

### *2 месяца*

Зрение: прослеживание взглядом в горизонтальной плоскости, может сохраняться непостоянное косоглазие, любит рассматривать лицо матери, геометрические фигуры в бело-черном цвете.

Слух: прислушивается, поворачивает голову в сторону источника звука.

Речь: в конце второго месяца появляется гуление.

Моторика: в положении на животе хорошо держит голову, удерживает вложенную игрушку в руке.

Эмоции: появляется улыбка при общении со взрослым.

### *3 месяца*

Зрение: длительно рассматривает предметы, сочетанный поворот головы и глаз, плавно прослеживает за предметами в положении лежа на животе.

Слух: отыскивает источник звука глазами с поворотом головы.

Речь: ребенок гулит нараспев, пытается подражать интонации обращенной речи взрослого.

Моторика: удерживает голову в вертикальном положении, в положении на животе опора на руки под острым углом. Кисти открыты, натывается руками на повешенные перед ним игрушки, пытается их захватить. При попытке потянуть за руки приподнимает голову.

Эмоции: в ответ на вид взрослого, игрушки появляется улыбка, усиливается двигательная активность, голосовые реакции.

Игра: рассматривает, ощупывает свои руки.

#### *4 месяца*

**Зрение:** может переводить взгляд с предмета на предмет, оценивая расстояние до игрушки, тянется к ней, рассматривает предметы на близком расстоянии (формируется бинокулярное зрение).

**Слух:** различает голоса близких.

**Речь:** громко кричит, прислушиваясь к собственным звукам.

**Моторика:** в положении на животе опора на руки под прямым углом, поворачивается на бочок. При потягивании за ручки сгибает руки в локтях, подтягивается.

**Эмоции:** смеется в голос, появляется чувство испуга.

**Игра:** целенаправленно тянется к игрушке, захватывает ее всей ладонью. Ощупывает ручки, тело, одежду, тянет их в рот.

#### *5 месяцев*

**Зрение:** может проследить взглядом за двумя предметами попеременно, четко дифференцирует «свой – чужой», ищет наполовину спрятанный предмет.

**Слух:** прислушивается к музыке.

**Речь:** появляются согласные звуки, слоги «ма», «ба», «па», пытается на своем языке разговаривать с игрушками, взрослыми.

**Моторика:** в положении на животе опирается на кисти рук, высоко поднимая верхний плечевой пояс. Поворачивается со спины на живот. При потягивании за руки присаживается.

**Эмоции:** при виде новой игрушки, незнакомого лица настораживается, замирает, а затем появляется оживление или реакция страха.

**Игра:** активно захватывает предметы, двумя руками держит бутылочку.

#### *6 месяцев*

**Зрение:** понимает отдельные жесты взрослого (жест, когда манят ребенка на руки).

**Слух:** появление определенных реакций на разные звуки (например, на скрип дверей или шаги поворачивает голову и пытается приподняться в кроватке, чтобы посмотреть кто это), узнает знакомые голоса.

**Речь:** ребенок подолгу может общаться сам с собой (самоговорение).

**Моторика:** переворачивается с живота на спину, посаженный удерживает позу с опорой на две руки, подползает к игрушке, может держать в каждой руке по игрушке, перекладывает их из руки в руку. Устойчиво сидит на руках у родителей. Однако самостоятельно садиться еще не способен. Овладеть этим умением малыш сможет, когда позвоночник и мышцы спины достаточно окрепнут.

Попытка малыша сесть или встать, держась за кроватку, – признак достаточной силы мышц. И так, пока малыш не сел сам, сажать его не следует.

**Эмоции:** с вниманием рассматривает окружающие предметы и людей, быстро и адекватно реагирует на выражение лица взрослого.

**Игра:** свободно манипулирует с игрушками.

#### *7 месяцев*

**Зрение:** узнает знакомых, проследит за упавшей игрушкой, зрительно оценивает размер предмета, соизмеряет его захват.

Слух: различает интонацию голоса, понимает, когда его хвалят или ругают.

Речь: элементы лепетной речи.

Моторика: сидит самостоятельно или с опорой на одну руку, ползает по-пластунски.

Эмоции: реакция страха сменяется познавательным интересом.

Игра: любит рвать листы бумаги, развязывать ленточки, выбрасывает игрушки из кроватки.

### *8 месяцев*

Зрение: интерес или удивление при виде незнакомых предметов, фиксация внимания на двух объектах одновременно.

Слух: понимает понятия «где?», «дай», «на».

Речь: активный лепет, слоговая речь.

Моторика: устойчиво сидит, самостоятельно садится, встает на четвереньки, у опоры встает на коленки, стоит, держась за опору. Хлопает в ладоши, протягивает руки близким, чтобы его взяли на руки, машет «до свидания».

Эмоции: постоянно занят какой-нибудь деятельностью, есть игровой контакт со взрослым.

Игра: отталкивает предметы, кидает игрушки. Складывает мелкие предметы в крупные. Разбирает пирамидку.

### *9 месяцев*

Зрение: долго может наблюдать за взрослым, появляется реакция на их мимику и жесты.

Слух: выполняет более сложные словесные инструкции: «поцелуй маму», «дай ручку», «возьми шарик».

Речь: появляются отдельные слова, нередко слогоподражательные (вместо «собака» – «бабака»).

Моторика: ползает, попеременно передвигая то правые, то левые конечности; встает у опоры на ноги; стоит; передвигается, держась за опору. Захватывает мелкий предмет двумя или тремя пальцами.

Эмоции: различные эмоциональные реакции при контакте с матерью, общение при помощи жеста.

Игра: может играть сразу несколькими предметами, постукивает игрушкой об игрушку, любит музыкальные игрушки, ищет спрятанную игрушку.

### *10 месяцев*

Зрение: показывает некоторые предметы в соответствии с их названием.

Слух: узнает простые музыкальные мелодии, различает тиканье часов.

Речь: повторяет за взрослым слова, копирует интонацию взрослого.

Моторика: стоит без опоры кратковременно, ходит за две руки. Собирает пирамидку. Показывает части тела другого человека. Под контролем зрения вкладывает пальцы в отверстия.

Эмоции: реакция недовольства на различные ситуации, голосом сигнализирует о том, что мокрый, голодный.

Игра: начинает играть с игрушками в соответствии с их назначением (машинку катает, мячик бросает). Может самостоятельно играть 20–30 мин.

### *11 месяцев*

Зрение: внимательно рассматривает обстановку в комнате, особенно если попадает в другое помещение.

Слух: понимает обращенную речь, выполняет инструкции (например, «принеси куклу»).

Речь: обращается ко взрослым с целью что-то сообщить, зачастую на «своем» языке.

Моторика: стоит самостоятельно, ходит за одну руку, делает первые самостоятельные шаги. Вкладывает пальцы в отверстия на ощупь. Показывает части своего тела.

Эмоции: появляется реакция торможения при слове «нельзя», избирательно относится к окружающему.

Игра: умеет себя занять, играет сам и охотно включается в игру, предложенную взрослым, появляются элементарные контакты со сверстниками. Собирает пирамидку.

### *12 месяцев*

Зрение: узнает многие предметы на картинке.

Слух: появляется и усложняется звукоподражающая деятельность (машина едет – «ж-ж-ж», киска мяукает – «мяу»).

Речь: умеет говорить 8–10 слов, постоянно нарастает словарный запас, улучшается произношение слов.

Моторика: ходит самостоятельно, приседает и встает.

Эмоции: появляется сопереживание.

Игра: активно контактирует со взрослыми, любит играть с детьми. Открывает коробку, ящик, вкладывает один предмет в другой, пользуется ложкой и расческой по назначению.

Занятия по развитию ребенка в возрасте до шести месяцев и от шести месяцев до одного года представлены в таблицах 13, 14.

Таблица 13 – Занятия по развитию ребенка в возрасте до шести месяцев

Название функции	Действия родителей
Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка, стимулировать выполнение следующих действий: поддерживать попытки ребенка изменить положение тела, выкладывать ребенка на живот, переворачивать со спины на живот
Мелкая моторика	Проводить массаж пальцев рук. Развивать следующие навыки у ребенка: предлагать ребенку игрушку, чтобы он пытался тянуться к ней и удерживать ее, учить перекладывать предметы из одной руки в другую. Предложить ребенку деревянные ложки и показать, как можно ими стучать
Зрительное восприятие	Для стимуляции зрительного восприятия ребенку необходимо предлагать яркие предметы, контрастные простые фигуры, чтобы он мог тянуться за ними и рассматривать их. Предложите матери смотреть ребенку в глаза, пытаться поймать взгляд ребенка, улыбаться и разговаривать с ним

Слуховое восприятие	Для стимуляции слухового восприятия необходимо как можно больше разговаривать с ребенком, используя различные интонации, звать по имени, побуждая к соответствующей голосовой реакции, предлагать слушать разные звуковые игрушки (погремушки, колокольчики и т.п.). Ребенку нравится представлять различные звуки, смеяться, ребенок имитирует звуки, которые слышит, поэтому важно «ворковать» с ребенком, копировать звуки ребенка. Выполняя привычные действия с ребенком, обязательно называть их, например: «будем есть», «дай ручку», артикуляция должна быть выразительной
Импрессивная и экспрессивная речь	Для стимулирования этого навыка необходимо называть ребенка по имени, называть предметы, к которым он проявляет интерес, имена людей. Мать должна реагировать на попытки ребенка говорить, выполняя действия в быту, комментировать их словами
Интеллектуальное развитие	Для развития интеллекта важно способствовать формированию целенаправленных действий. Кормить, купать, гулять с ребенком в определенные часы, продумать ритуал подготовки ко сну для того, чтобы выработать у ребенка способность устанавливать простые причинно-следственные связи. Ребенок начинает устанавливать связь между своими действиями и их результатом (например, если плакать – возьмут на руки)
Игры	Необходимо играть с ребенком. Можно предлагать в качестве игрушек чистые и безопасные предметы домашнего обихода, чтобы ребенок мог держать их в руке, греметь ими, бросать их. Подвешивать игрушки, картинки с изображением квадратов, колец на расстоянии 45–50 см от глаз ребенка
Эмоции, социальное поведение	Для установления эмоционального, тактильного контакта с ребенком необходимо как можно чаще брать ребенка на руки, поглаживать и ласково разговаривать с ним

Таблица 14 – Занятия по развитию ребенка в возрасте от шести месяцев до одного года

Название функции	Действия родителей
Крупная моторика	Развивать общую двигательную активность ребенка. Поддерживать ребенка, когда он пытается сидеть, вставать на ножки, ходить
Мелкая моторика	Предлагать ребенку игрушки, маленькие предметы для развития тонкой моторики. Например, учить ребенка снимать со стержня пирамидки несколько колец и нанизывать кольца на стержень пирамидки, опускать мелкие предметы в узкое отверстие. Сжимать пальчики в кулачок и разжимать их, играть «дай-дай», «сорока-ворона кашку варила», показывать «до свидания»
Зрительное восприятие	Предлагать найти спрятанную в присутствии ребенка игрушку, спрашивать, где мама, показывать ребенку игрушки и фотографии с четкими контурами, мелкие предметы, словесно называть их («му-му», «гав-гав» и т.д.)

Слуховое восприятие	Необходимо разговаривать с ребенком, стимулировать малыша повторять интонацию речи взрослого, воспроизводить новые услышанные звуки, делать танцевальные движения под веселую ритмичную музыку
Импрессивная и экспрессивная речь	Стимулировать способности ребенка: по просьбе показывать части лица куклы или взрослого, узнавать предметы на картинках. Учить ребенка повторять новые слоги, повторяя взрослого, называть людей и предметы по слогам
Интеллектуальное развитие	Стимулировать познавательную активность, развивать навыки: искать игрушку, спрятанную в присутствии ребенка (взрослый накрывает игрушку полотенцем или коробочкой и просит ребенка ее найти). Познавать значение коротких фраз: «Где мячик?», «Покажи носик» и другие. Учить выполнять следующие действия: «Помаши ручкой», «Дай ручку» и др.
Игры	Снимать со стержня пирамидки несколько колец, нанизывать кольца на стержень пирамидки, ставить кубик на кубик
Самообслуживание	Формировать навыки есть густую пищу из ложки
Эмоции, социальное поведение	Стимулировать развитие у ребенка следующих навыков: махать рукой на прощание, по просьбе обнимать родителей. В том случае, когда наблюдение за ребенком позволяет думать о задержке развития эмоционально-коммуникативной сферы, возможно проведение холдинг-терапии: мать берет своего ребенка на руки, тесно прижимает к себе, при этом мать должна иметь возможность смотреть ребенку прямо в глаза. Не ослабляя объятий, мать говорит о своих чувствах и свою любовь. Необходимо побуждать ребенка к подражанию действиям взрослого

*Методические пособия для проведения игр с целью развития:* картонные книги, куклы, пирамидки с крупными и мелкими кольцами, фигурки животных, мягкие игрушки, машинка средних размеров со шнурочком, игрушечный металлофон, игрушечный телефон, коробочки разных размеров, цветов и форм с крышками, мелкие предметы, ведерко, набор пластмассовой посуды.

### **2.2.2. Вскармливание детей первого года жизни**

Рациональное вскармливание детей первого года жизни является наиболее эффективным фактором в снижении заболеваемости и смертности детей, способствует сохранению здорового генофонда нации.

➤ Исключительно грудное вскармливание обеспечивает ребенка всеми питательными веществами и водой, в которых он нуждается, чтобы расти и развиваться в течение полных шести месяцев (26 недель, или 180 дней).

➤ Исключительно грудное вскармливание означает, что ребенку не даются никакие напитки или продукты, кроме грудного молока. Детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, кормят, по меньшей мере, от восьми до двенадцати раз в течение 24 ч, в том числе по ночам.

### ***Терминология по грудному вскармливанию (ВОЗ, 1993 г.)***

1. *Грудное вскармливание* – это вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери.

Отдельно должны быть обозначены:

- вскармливание кормилицей,
- вскармливание сцеженным нативным материнским молоком из чашки, пипетки, зонда, бутылочки,
- вскармливание термически обработанным материнским или донорским молоком.

2. *Исключительно грудное вскармливание (ИГВ)* – ребенок ничего не получает в рот, кроме груди матери. В этом случае допускается прием лекарств и витаминов, даваемых с ложечки в смеси со сцеженным материнским молоком.

3. *Преимущественно грудное вскармливание* – ребенок получает грудное молоко из груди матери и дополнительно к этому либо соски, либо продукты густого прикорма в количестве до 30 г или мл в сутки с ложечки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл в сутки.

4. *Дополненное, или частично грудное, вскармливание* – ребенок получает грудное молоко из груди матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки

Варианты:

- смешанное вскармливание – кормление смесями при сохранении грудного кормления более чем один раз в день,
- грудное вскармливание с прикормами.

5. *Искусственное вскармливание* – кормление ребенка искусственным питанием, исключая при этом полностью грудное вскармливание.

6. *Вскармливание из бутылочки* – вскармливание ребенка из бутылочки, что бы в ней ни было, в том числе сцеженное грудное молоко.

7. *Своевременный прикорм* – введение продуктов прикорма дополнительно к грудному вскармливанию после шести месяцев.

### ***Процесс введения прикорма***

*Прикорм* – это введение в рацион питания ребенка пищевых продуктов или жидкостей в дополнение к грудному молоку (или к заменителям грудного молока).

Прикорм вводится с конца шестого месяца жизни ребенка. Прикорм только дополняет грудное вскармливание, а не заменяет его. Эффективное введение прикорма включает поддержку продолжения грудного вскармливания. Сигналами о том, что ребенку пора начинать вводить прикорм, служат следующие признаки:

- ребенок часто кормится грудью, но вскоре после кормления выглядит голодным;
- он недостаточно набирает в весе.

Лучшими *продуктами для прикорма* являются продукты, которые:

- имеются в наличии на местном рынке и доступные по ценам;
- богатые энергией и питательными веществами;
- чисты и безопасны;
- ребенок легко может съесть;
- нравятся ребенку;

- легко приготавливаются.

Основой пищи для прикорма должны быть зерновые продукты и картофель местного производства.

Пищу для прикорма можно давать до, после или во время кормления грудью. На начальных этапах введения прикорма рекомендуем давать грудное молоко перед прикормом, чтобы предотвратить отрицательное влияние этой пищи на количество потребляемого молока.

*Введение прикорма:*

➤ Когда вводится прикорм, ребенку нужно время, чтобы привыкнуть к новому вкусу и консистенции новой пищи. Ему необходимо научиться навыкам приема пищи. Пища, впервые предлагаемая ребенку, должна быть очень мягкой, тщательно размятой, без крупинок или перетертой до консистенции пюре, приготовленной из одного вида продуктов. В первый день введения прикорма ребенку дайте 2–3 столовые ложки каши (или овощного пюре). При хорошей переносимости (отсутствие рвоты, поноса) через 4–5 ч дайте еще раз. На второй день увеличьте объем пищи в два раза, и в течение 5–7 дней объем каши (или овощного пюре) доведите до 10 столовых ложек.

➤ Затем также следует ввести второй прикорм – овощное и фруктовое пюре (или кашу, если в качестве первого прикорма ребенку дали овощное пюре). Когда ребенок научится есть эти продукты, дайте мелко нарезанное и протертое мясо.

➤ Не следует растягивать период введения прикорма. Как правило, в течение месяца со времени первого ввода прикорма ребенок должен получать все три группы продуктов (крупы, овощи и фрукты, мясо), из которых формируются три прикорма дополнительно к шести кормлениям грудью.

➤ Не следует постоянно кормить ребенка перетертой пищей. С шести месяцев рекомендуем давать гомогенную, пюреобразную пищу, затем разминать до мелких крупинок, далее более крупных, и приблизительно с девяти месяцев большую часть пищи можно мелко нарезать острым ножом.

➤ Неразбавленное коровье молоко, айран, биолакт, кефир не следует давать ребенку до 12 месяцев, так как они могут нанести вред кишечнику и почкам ребенка, способствуют развитию анемии и аллергии. Молоко можно использовать с шестимесячного возраста только для приготовления каш (в разведении с водой).

➤ С ростом ребенка объем предлагаемого прикорма должен увеличиваться (таблица 15). Важно активно кормить ребенка.

Еда для прикорма может быть богата питательными веществами, если она состоит из разных компонентов. Есть много способов обогащения пищи, чтобы обеспечить максимальную пользу от принимаемой еды.

Таблица 15 – Объем прикорма

Возраст	Дневная потребность в энергии в дополнение к грудному молоку	Текстура	Частота	Количество еды, которую обычно съедает среднестатистический ребенок за каждый прием пищи*
6–8 месяцев	200 ккал в день	Начинайте с густой каши и хорошо размятой пищи. Затем переходите к размятой пище с общего стола	Два приема пищи в день и частое кормление грудью. В зависимости от аппетита ребенку можно давать 1–2 перекуса	Начинайте с 2–3 столовых ложек в каждый прием пищи, постепенно увеличивая количество до 1/2 чашки или миски объемом 250 или 125 мл
9–11 месяцев	300 ккал в день	Хорошо измельченная или размятая полутвердая пища, а также пища, которую ребенок может брать руками	Три приема пищи в день и кормление грудью. В зависимости от аппетита ребенку можно давать 1–2 перекуса	По 1/2 чашки или миски объемом 250 или 125 мл
12–23 месяца	550 ккал в день	Пища с общего стола, при необходимости измельченная, полутвердая и твердая	Три приема пищи в день и кормление грудью. В зависимости от аппетита ребенку можно давать 1–2 перекуса	От 3/4 до одной чашки или миски объемом 250 или 190 мл
* Если ребенок не находится на грудном вскармливании, давайте ему дополнительно 1–2 чашки молока в день и организуйте 1–2 дополнительных приема пищи в день.				

### Способы обогащения пищи для детей

**Рецепт 1.** Приготовьте густую кашу из смеси злаков с небольшим количеством воды и молока. Для этого заранее приготовьте талкан из слегка прожаренных зерен пшеницы, ячменя и кукурузы. Все перемешайте в равных частях и используйте такую смесь злаков для приготовления каши ребенку.

*Для обогащения в готовую кашу добавьте:*

- 1–2 чайные ложки сливочного или растительного масла и  $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$  яичного желтка, или
- 1–2 чайные ложки сметаны, айрана и яблочного пюре, или
- 1–2 чайные ложки сметаны и 1 пакетик микронутриентного порошка.

**Рецепт 2.** Приготовьте пюре из разных овощей: картофеля, моркови и фасоли.

*Для обогащения в готовое овощное пюре добавьте:*

- 1–2 чайные ложки сливочного или растительного масла и  $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$  яичного желтка, или
- 1–2 чайные ложки сметаны и один пакетик микронутриентного порошка, или

- 1–2 чайные ложки сметаны и мелко нарезанную зелень.

**Рецепт 3.** Приготовьте суп для всех членов семьи. Извлеките гушу из супа, например, фасоль, овощи, мясо, и измельчите до консистенции густого пюре и накормите им ребенка вместо жидкого супа.

**Мука из проросших зерен пшеницы.** Для обогащения пищи для ребенка можно использовать муку из проросших зерен пшеницы. Использование такой муки позволяет усвоению большего количества железа.

Это можно сделать и в домашних условиях.

- Поместите зерна пшеницы или бобы в воду и дайте ей настояться, затем слейте воду и дайте зернам прорасти. Затем слегка прожарьте зерна и размельчите до состояния муки.
- Смешайте муку проросших бобов или пшеницы со смесью злаков и используйте для приготовления каши. Такой вид муки не сильно густеет при варке, поэтому необходимо совсем небольшое количество воды.
- Добавьте щепотку муки проросшей пшеницы к густой каше, которая немного остыла. Кашу необходимо снова разогреть и варить несколько минут. Такая добавка сделает кашу более мягкой и легкой для усвоения ребенком.

### **Перекусы**

➤ Для того чтобы ребенок питался пищей, богатой энергией, необходимо между приемами пищи (прикормами) давать легко готовящиеся блюда, так называемые *перекусы*. Перекусы не должны заменять прикорм.

➤ Хорошие перекусы обеспечивают организм ребенка энергией и питательными веществами. Айран или кефир и другие молочные продукты (ребенку до 12-месячного возраста необходимо разбавлять водой), хлеб или булочки с маслом, отварной картофель, овощи и фрукты – хорошие перекусы.

➤ Необходимо ребенку каждый день давать темно-зеленые и желтые овощи и фрукты и продукты животного происхождения дополнительно к базовой еде.

**Жиры и масла.** Обогащению пищи для ребенка способствуют также жиры и масла, они являются концентрированными источниками энергии. Добавление жира/масла в кашу делает ее более плотной, мягкой и легкой для употребления. При этом следует соблюдать следующие рекомендации:

➤ Если добавлено большое количество масла, дети могут насытиться небольшим количеством пищи. Это означает, что они получают достаточно энергии от съеденного масла, но при этом в организм ребенка поступает меньшее количество питательных веществ, поскольку они получают недостаточный объем пищи.

➤ Если ребенок набирает вес согласно возрасту, нет необходимости в лишнем количестве масла. Ребенок, который потребляет много масла или жареной еды, может набрать лишний вес.

➤ Сахар и мед также богаты энергией и могут добавляться в еду в малых количествах, для того чтобы повысить концентрацию энергии. Однако такая еда не содержит других питательных веществ.

➤ Сладости, сладкое печенье и сладкие напитки не должны использоваться вместо пищи для маленького ребенка.

➤ Жирные кислоты необходимы для развития мозга и зрения, кровеносных сосудов ребенка. Эти необходимые жирные кислоты присутствуют в грудном молоке. Хорошим источником жирных кислот являются рыба, орехи и растительное масло. Продукты животного происхождения также содержат жирные кислоты.

### *Продукты животного происхождения*

Продукты питания животного происхождения, мясо и внутренние органы (печень, сердце, кровь и потроха), а также молоко, айран, сыр и яйца являются богатыми источниками большинства микроэлементов. Мясо и потроха, мясо птиц и рыба (включая рыбные консервы), а также еда, приготовленная на основе крови, являются лучшими источниками железа и цинка. Печень – хороший источник железа и витамина А.

Продукты питания животного происхождения должны использоваться ежедневно, по возможности – чаще. Это особенно важно для детей, которые не получают грудное молоко. Такие продукты, как молоко, кисломолочные продукты, яйца, богаты белками и другими микроэлементами. Они полезны для детей, однако не являются источниками железа.

Молочные продукты богаты витамином А. Пицца, приготовленная на молоке (цельного, обезжиренного или сухого), является хорошим источником кальция, который помогает росту и укрепляет кости.

Яичный желток – еще один источник микроэлементов и витамина А.

На самом деле могут возникнуть трудности с тем, чтобы покрыть потребности детей в восполнении железа без использования продуктов животного происхождения в их рационе. Продукты питания, обогащенные железом и другими микроэлементами, такие как мука, вермишель, крупы, помогают в восполнении такой потребности.

Бобовые растения, такие как фасоль, горох, а также орехи и семечки являются хорошими источниками белка. Бобовые являются также источниками железа.

Бобовые лучше готовить следующим образом, чтобы ребенку было проще их употреблять и усваивать:

- замочите фасоль(горох) перед тем как ее готовить, слейте воду, в которой она была замочена;
- сварите фасоль(горох) и затем удалите грубую кожицу;
- хорошо измельчите сваренные бобы;
- добавляйте измельченную фасоль(горох) в супы или жаркое.

Разнообразие пищи улучшает усвоение питательных веществ в организме. Например, добавление бобовых в крупы (например, рис и овес) или же смешивание молочных продуктов с яйцами и бобовыми (например, блюда из кукурузы с молоком).

**Усвоение железа.** Бобовые, темно-зеленые и желтые овощи и фрукты являются источником железа и витамина А. Однако не все железо, которое содержится в продуктах, всасывается в кишечнике. Необходимо, чтобы железо было в такой форме, которая легко абсорбируется и полноценно используется организмом ребенка.

Всасывание железа из пищи зависит от:

- количества железа в пище;
- типа железа; железо из мясных продуктов лучше усваивается, чем из растительных, молочных (кроме грудного молока) продуктов и яиц;

- сочетания продуктов в блюде (некоторые продукты повышают усвоение железа, а другие, наоборот, снижают);
- содержания железа в организме (анемичный ребенок усваивает железа больше).  
Продукты, увеличивающие всасывание железа из яиц и продуктов растительного происхождения (каши, бобовые, семечки):
- продукты, богатые витамином С: помидоры, морковь, болгарский перец, смородина черная, петрушка, укроп, капуста и др.
- мясо и мясные продукты, мясо птицы, рыбы, дичи, айран, ряженка и морепродукты. Усвоение железа снижается при употреблении:
- чая и кофе;
- пищи, насыщенной пищевыми волокнами (отрубь);
- пищи, богатой кальцием (коровье, козье молоко).

### ***Питье***

Когда в рацион ребенка добавляется прикорм, ему может понадобиться питье. Количество предлагаемой жидкости ребенку зависит от того, какую еду он получает, как часто кормится грудью, от активности ребенка и температуры тела. Давайте ребенку жидкость, когда он испытывает жажду.

Дополнительное количество жидкости также необходимо, когда у ребенка диарея или лихорадка.

#### ***Вода и другие жидкости***

➤ Вода хорошо утоляет жажду. Можно также использовать чистый фруктовый сок. Но большое количество фруктового сока может снизить аппетит у ребенка или вызвать понос.

➤ Напитки с большим содержанием сахара могут вызвать жажду, кроме того, организм ребенка должен бороться с излишками сахара. Если в вашем районе доступен упакованный сок, то рекомендуйте матерям 100 % сок, приготовленный без добавления сахара. Газированные напитки (лимонады) не рекомендуются для маленьких детей.

➤ Чай и кофе снижают всасывание железа из пищи, поэтому нельзя давать ребенку чай или кофе во время еды. Чай можно заменить кипяченой водой, компотом из сухофруктов или национальными напитками (максым, чалап и др.).

➤ Иногда дети испытывают жажду во время еды. Небольшое количество питья удовлетворит их потребность, и они могут продолжать прием пищи.

➤ Питье не должно заменять еду или грудное вскармливание. Если питье дается вместе с едой, дайте только небольшое количество и оставьте большую часть на конец приема пищи. Питье может заполнить желудок ребенка, и у него не останется достаточно места для приема пищи.

### ***Рекомендации по кормлению детей с низкой массой тела при рождении***

Какое молоко давать?

Выбор 1: Сцеженное грудное молоко матери.

Выбор 2: Молочная смесь, которая дается соответственно инструкции.

Дети, которые весят менее чем 2,5 кг (с низкой массой тела при рождении):

- Начните с 60 мл/кг тела.

- Увеличьте общий объем по 20 мл на кг/день, пока суточный объем не составит 200 мл на кг/день.
- Разделите общий объем пищи на 8–12 кормлений, чтобы кормить через каждые 2–3 ч.
- Продолжайте пока вес младенца не достигнет 1 800 г или более.
- Проверьте суточный объем принятого ребенком молока (смеси).
- Частота индивидуальных кормлений может меняться.

**Смешанное вскармливание** – ребенок получает грудное молоко из груди матери более чем один раз в день и регулярные докормы смесями (или коровьим молоком) более 100 мл в сутки.

Если ребенок в возрасте младше шести месяцев получает пищу или жидкости, кроме грудного молока, основной задачей является постепенное возвращение к преимущественно или исключительно грудному вскармливанию. Для этого следует предложить матери кормить ребенка грудью чаще и дольше, днем и ночью. С увеличением объема грудного вскармливания мать должна постепенно снижать объем докорма.

Достоверные признаки того, что ребенок не получает достаточного объема грудного молока:

- ребенок плохо набирает в весе (менее 500 г в месяц);
- ребенок выделяет небольшое количество концентрированной мочи.

Для того чтобы определить, почему ребенок не получает достаточное количество грудного молока, нужно уточнить:

- правильно ли прикладывается к груди,
- не дает ли мать обычную или подслащенную воду, глюкозу, травяные настои, соки, молочные смеси или другие жидкости.

При наличии указанных причин, которые мешают детям сосать грудь и тем самым уменьшают потребление грудного молока, следует их устранить.

При смешанном вскармливании следует придерживаться ряда основных правил:

- Даже при небольшом количестве молока у матери следует продолжать кормление грудью как можно дольше.
- При смешанном вскармливании необходимо оставлять не менее восьми кормлений грудью, иначе лактация быстро угаснет.
- Если докорм по объему невелик, то его надо давать чайной ложкой или из чашки, так как более легкое поступление молока через соску способствует отказу ребенка от груди матери и в результате быстрому угасанию лактации.
- Докорм дают только после кормления грудью. Остатки материнского молока сцеживаются и даются вместе с докормом.

Сроки введения прикормов при смешанном и искусственном вскармливании такие же, как и при естественном вскармливании.

**Искусственное вскармливание** применяется в тех случаях, когда молоко у матери полностью отсутствует или имеются абсолютные противопоказания, что встречается крайне редко (см. выше).

Вместимость желудка у грудных детей невелика (около 30 мл на 1 кг массы тела). В зависимости от аппетита ребенок в одно из кормлений может съесть больше нормы, в другое – меньше, но дневную норму он должен получить обязательно. Вес ребенка необходимо проверять каждый месяц.

Способы расчета суточного количества пищи для ребенка:

- новорожденные, которые весят 2,5 кг и больше – 150 мл молока на 1 кг массы тела в сутки. Разделите общее количество на восемь кормлений, кормите каждые 3 ч;
- новорожденные, которые весят меньше 2,5 кг: в начале из расчета 60 мл/кг массы тела. Постепенно увеличить суточный объем на 20 мл на 1 кг массы тела в сутки, пока суточный объем не достигнет до 200 мл на 1 кг массы тела. Разделить общее количество на 8–12 кормлений, кормить каждые 2–3 ч. Следует продолжать кормить ребенка так, пока его вес не достигнет 1 800 г или больше или до перевода на полное грудное кормление.

Проверьте объем молока, получаемого ребенком за 24 ч. Объем индивидуального кормления может меняться.

### ***Рекомендации по питанию детей при искусственном вскармливании***

Ребенок, который не кормится грудью, должен получать:

- жидкость, в том числе воду каждый день (2–3 чашки при умеренном климате и 4–6 чашек при жарком климате);
- незаменимые жирные кислоты (продукты животного происхождения, растительное масло, орехи);
- железо (продукты животного происхождения, обогащенные продукты, саплементы);
- молоко для приготовления каш (1–2 чашки в день);
- дополнительную еду (1–2 раза в день).

Ребенку до 12-месячного возраста цельное коровье молоко и кисломолочные смеси на основе цельного коровьего молока не следует давать.

## **2.3. Диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста**

### **2.3.1. Особенности развития детей раннего возраста**

*Дети раннего возраста* – это дети в возрасте от одного года до трех лет.

Каждый период детства характеризуется своими особенностями роста и развития, функциональной и морфологической зрелостью отдельных органов и систем, интенсивностью обменных процессов. Ранний возраст – это особый и очень важный период развития фундаментальных жизненных функций ребенка. В этом возрасте дети имеют свои особенности развития:

- сохраняется высокая скорость роста;
- происходит дальнейшее развитие речи, познавательных функций, внимания;
- формируется костно-мышечная, эндокринная, пищеварительная и нервная системы;
- закладываются типологические особенности обменных процессов;
- осваиваются новые навыки – ходьба, удержание тела в вертикальном положении, ориентация в пространстве, активизация и совершенствование движения;
- активизация соко- и ферментовыделительной деятельности ЖКТ, желчеобразование и желчевыделение, формируется жевательный аппарат;
- увеличивается емкость желудка – с 250 мл в возрасте одного года до 300–400 мл к трем годам;

- развиваются и совершенствуются вкусовые ощущения, вырабатывается ритм питания;
- прививаются гигиенические навыки питания, расширение ассортимента используемых продуктов и блюд.

В первые три года жизни ребенка стремительно увеличивается его подвижность, он начинает ползать и перемещаться по пространству, развивается сенсорика – ребенок взаимодействует с предметами: переворачивает, бросает, опрокидывает их, старается все ощупать и попробовать на вкус, появляется у него интерес к книгам как к объекту, а не как к источнику информации. Наблюдается становление памяти. Ребенок понимает и запоминает все больше слов и реагирует на просьбы. В этом возрасте дети не любят оставаться в одиночестве, тянутся к возможности установить контакт с объектом, отвечающим ему взаимодействием.

В этой связи очень важно дать ребенку ощущение заботы и теплоты, полноценное питание и правильное воспитание.

В промежутке от одного года до двух лет у ребенка начинают формироваться важные и сложные функции мозга: его поведенческие и характерологические особенности, многие социальные черты, такие как сочувствие и любовь к близким.

В раннем возрасте наиболее интенсивно развивается речь. Речь становится ведущим средством общения и развития мышления. К двум годам формируется так называемая регулирующая функция речи, то есть ребенок начинает подчинять свои действия словесной инструкции взрослого. Но ребенок при произнесении слов, в первую очередь, ориентируется на их интонационную и мелодическую характеристику, многие звуки опускаются или замещаются близкими словами по артикуляции или звучанию.

Дети второго года жизни проявляют ярко выраженный интерес к речи окружающих людей. Они понимают многое из того, что говорят взрослые об известных им предметах и действиях, а также разговор, прямо к нему не относящийся. Например, ребенок занят своим делом, но если кто-то из окружающих говорит «никак очки не найду», то он срывается с места, находит очки и приносит их, хотя его никто не просил об этом. Таким образом, ребенок не только связывает слово с определенным предметом, но и отвечает на него действием, цель которого определяет самостоятельно. В этом возрасте ребенок хорошо понимает смысл обращенной к нему речи взрослого, умеет выполнять его несложные просьбы и поручения: «принеси газету», «подними игрушку». Слово приобретает самостоятельное значение для ребенка второго года жизни, становится особым предметом, которым он овладевает в его смысловом содержании и в звучании. На втором году жизни начинается интенсивное развитие собственной речи ребенка, которую принято называть активной. В развитии активной речи выделяются два периода. Первый – с конца первого года жизни до полутора лет; второй – со второй половины второго года жизни до трех лет. Каждый из них имеет свои особенности, качественные отличия. Первый период в развитии речи детей характеризуется интенсивным развитием понимания речи окружающих и возникновением первых слов. Среди первых слов много звукоподражательных, например «па» вместо «упал», или произнесения слова полностью, но искажения его звучания, например «тися» вместо «часы», «ооня» вместо «ворона».

Вторая особенность автономной детской речи – ситуативность, ее особый звуковой состав часто затрудняют общение ребенка с окружающими, поскольку его слова бывают понятны только тем взрослым, которые постоянно общаются с ребенком. Своеобразие

речевого развития на данном возрастном этапе заключается еще и в том, что, вкладывая в произносимые слова свой собственный смысл, часто непонятный окружающим, дети в то же время хорошо понимают речь взрослых и редко ошибаются, выполняя их инструкции.

Итак, основным содержанием первого этапа речевого развития является овладение ребенком называния предметов, лиц, ситуаций.

Второй период в развитии речи обычно наступает после полутора лет и характеризуется нарастанием темпа развития, выдвиганием на первый план самостоятельной речи. Словарный запас быстро увеличивается; слова, обозначающие предметы, становятся более устойчивыми и однозначными. Кроме существительных, в речи появляются глаголы и некоторые грамматические формы: прошедшее время, третье лицо. К концу второго года ребенок образует маленькие предложения из двух-трех слов. К концу второго года жизни ребенка речь становится основным средством общения. Ребенок обращается к окружающим по разным поводам: просит, требует, указывает, называет, а в дальнейшем и сообщает.

*Особенности развития детей от одного года до двух лет требуют исполнения следующих рекомендаций:*

- необходимо использовать игры, в процессе которых ребенок может развивать речь и навыки общения – это весьма важный процесс в развитии детей указанного возраста. В процессе игры нужно использовать простую и понятную ему речь, просить его повторить за взрослым слова и объяснять значения сказанных им слов.
- Предлагать ребенку выбор «ты будешь грушу или яблоко?», следует не торопить его с ответом – он должен выбирать сам.
- Важно играть в развивающие моторику игры, такие как кубики, пирамидки.
- Рисовать вместе с ребенком, научить его различать цвета.
- Разговаривать с ним, но не усложнять свою речь непонятными ему терминами. Следует задавать вопросы «как ты себя чувствуешь?», «тебе интересно?», «тебе хорошо?», чтобы научить его различать свои ощущения. Не препятствовать ребенку передвигать предметы и мебель.
- В игровой форме вместе с ним наводить порядок дома и заниматься домашними хлопотами.
- Научить его распознавать мимику, это тоже можно легко сделать, используя игры.
- Объяснить ребенку значения слова «нельзя» и его причины.

В возрасте от двух до трех лет также происходит активное развитие нервно-психической системы, ребенок учится контролировать некоторые свои потребности и желания. На третьем году жизни речевая регуляция поведения становится более постоянной. Речь ребенка начинает отражать уровень его мышления, он начинает использовать сложные предложения, это происходит благодаря развивающейся способности устанавливать взаимосвязь между предметами и явлениями, он начинает сравнивать их свойства и сопоставлять их, что и отражается в речевых функциях. Происходит интенсивное развитие понимания речи. У ребенка не только резко увеличивается число понимаемых им слов, но он начинает действовать с предметами по инструкции взрослого, у него развивается интерес к слушанию сказок, рассказов и стихов, то есть понимание речи начинает выходить за пределы непосредственной ситуации общения. Темп развития речи в раннем возрасте является очень высоким. Так, если к концу второго года ребенок

употребляет до 300 слов, то к началу третьего года их число резко возрастает, достигая к концу третьего года 1 000–1 500 слов.

Общение со сверстниками в этом возрасте – необходимая потребность, ребенок начинает интересоваться другими людьми. Следует использовать ролевые игры («больница», «дочки-матери»), они способствуют приобретению социальных навыков общения.

Ребенок третьего года жизни не только любит слушать речь взрослого, стихи, сказки, он может запомнить и воспроизвести стихотворение; к концу третьего года – пересказать слышанную от взрослого сказку. Он задает вопросы по поводу всего, что видит вокруг. Характерно, что один и тот же вопрос ребенок может задавать и по поводу известного ему предмета и его названия. Этот факт свидетельствует о том, что он не только ищет у взрослого информацию об окружающем, но и побуждает его к общению.

К трем годам ребенок обладает большим словарным запасом, использует почти все части речи, в ней появляются падеж и время, предлоги и наречия, некоторые союзы. Усложняется структура речи. Ребенок начинает пользоваться многословными предложениями, вопросительной и восклицательной формами, а со временем и сложными придаточными предложениями. Речь его быстрыми темпами приближается к речи взрослого.

*Общие рекомендации:*

➤ Не следует ограничивать пространство, в котором находится ребенок, так как обычно дети, находящиеся в одном и том же пространстве постоянно, заметно отстают в развитии.

➤ Соблюдайте режим, будьте твердыми в требованиях дисциплины и правилах поведения, но не переусердствуйте, давайте ребенку понять, что он окружен заботой и вашей любовью.

➤ Помните, что игры способствуют развитию ребенка, поэтому следует как можно чаще играть с ним, правильно подыскивая игру под его настроение, которая будет учитывать его индивидуальную специфику и общие особенности развития детей раннего возраста.

➤ Когда малыш начнет приобретать социальные навыки, следует увеличить возможность общения со сверстниками.

На втором году жизни (с одного года до одного года шести месяцев) идет дальнейшее *совершенствование движений*. Ранее заученные действия становятся более уверенными, координированными. Появляются элементы автоматизма в ходьбе. Во время движения может присесть, встать, идти вперед, пятиться назад, поворачиваться, опуститься на четвереньки и ползти. С интересом тащит за собой игрушку, разбрасывает игрушки и собирает в коробку, преодолевает небольшие препятствия, перелезает через доску, бревно и другие предметы, поднимается по ступенькам лестницы при поддержке. К полутора годам пытается бежать. Влезает на диван, имитирует простые действия взрослых.

С одного года шести месяцев до двух лет ребенок перешагивает через веревку, приподнятую на высоту 12–15 см. Проходит вверх и вниз по доске с небольшим наклоном. Пытается подпрыгивать. Может по просьбе ударять ногой по мячу. Делает безуспешные попытки бросать предметы одной рукой. Свободно берет пальцами мелкие предметы. Удерживает между пальцами карандаш и может провести им черту

в произвольном направлении. На втором году жизни ребенка закрепляются условные рефлексы, контролирующие опорожнение кишечника и мочевого пузыря. Уже с 8–10 месяцев можно приучить малыша проситься на горшок, а после 1–1,5 года он остается сухим и во время сна.

На третьем году жизни ребенок много ходит, уверенно бегаёт, при подъеме по лестнице делает упор на одну ногу. К концу года может стоять несколько секунд на одной ноге, кататься на трехколесном велосипеде. Любит прыгать через лежащие предметы, подпрыгивать на ходу. Усваивает многие правила поведения, стремится самостоятельно умываться, есть, одеваться, самостоятельно обувать свободную обувь (тапочки, туфли), затем и шнуровать ботинки. Подолгу может играть один.

*Эмоциональная сфера расширяется* – появляются чувства жалости, смущения, самолюбия. Таким образом, раннее детство – это период формирования собственно предметных действий, период усвоения общественно выработанных способов употребления предметов. Знакомясь с предметами и осваивая их, малыш выделяет разные их признаки, свойства, а значит, развивается и его восприятие. Он запоминает предметы, их признаки, названия – развивается память, речь. Пытаясь понять, как действовать с предметами, малыш размышляет, практически действуя. Развитие при этом мелких мышц, движений руки влияет на развитие его речи, интеллекта.

### 2.3.2. Диспансерное наблюдение

В раннем возрасте дети:

- от одного года до двух лет осматриваются врачом один раз в квартал (т.е. четыре раза в год);
- от двух до трех лет осматриваются врачом один раз в шесть месяцев (т.е. два раза в год).

*Задачи диспансерного наблюдения* для детей от одного года до трех лет:

1) оценить:

- физическое развитие;
- нервно-психическое развитие;
- фактическое питание;

2) провести иммунизацию согласно календарю профилактических прививок;

3) определить уровень гемоглобина крови в два и три года;

4) провести анализы кала на яйца глист по показаниям.

Особенностям периода раннего детства соответствуют задачи и средства воспитания ребенка, они включают физическое, умственное, нравственное и эстетическое воспитание.

*Задачи физического воспитания:* охрана здоровья детей, их движений, полноценное физическое развитие; привитие культурно-гигиенических навыков. *Основные средства физического воспитания:* обеспечение санитарно-гигиенического ухода, проведение закаляющих мероприятий – широкое пользование воздухом, солнцем, водой, рациональное вскармливание и питание, организация массажа и гимнастики, организация режима дня, методически правильное проведение всех режимных процессов (кормление, сон, бодрствование), обеспечение двигательной активности ребенка (простор для движений, наличие в детских учреждениях специальных пособий).

**Задачи умственного воспитания:** формирование действия с предметами, сенсорное развитие, развитие речи, развитие игровой и других видов деятельности, формирование основных психических процессов (внимание, память), развитие наглядно-действенного мышления, эмоциональное развитие, формирование первичных представлений и понятий об окружающем мире, развитие умственных способностей (умение сравнивать, различать, обобщать, устанавливать причинную зависимость между отдельными явлениями), формирование познавательных потребностей (потребность в получении информации), активность на занятиях, самостоятельность в познании окружающего мира).

**Основные средства умственного воспитания:** эмоционально-деловое общение взрослого с ребенком во время собственной деятельности малыша; специальное обучение, которое осуществляет воспитатель на занятиях; самостоятельная практика самого ребенка в быту, играх, общении.

Основные виды деятельности в раннем возрасте – общение со взрослым, а также развитие действий с предметами. Для своевременного их развития необходимо создавать оптимальные условия.

**Задачи нравственного воспитания:** формирование положительных взаимоотношений со взрослыми (умения спокойно выполнять их требования, проявлять привязанность и любовь к родителям, членам семьи, воспитателям, желание оказать другому помощь, проявлять ласковое отношение, сочувствие); воспитание положительных черт личности (доброта, отзывчивость, дружелюбие, инициатива, находчивость, умение преодолевать трудности, доводить начатое дело до конца); воспитание дружеских взаимоотношений между детьми (умение играть рядом, не мешая другим детям, делиться игрушками, проявлять сочувствие, оказывать помощь при затруднениях и др.); воспитание положительных привычек (умение здороваться, благодарить, убирать на место игрушки и др.); обучение начальным формам трудовой деятельности (все формы самообслуживания, посильная помощь младшим и взрослым, например вместе со взрослыми полить цветы, принести к обеду салфетки, почистить дорожки на участке и др.).

**Средства нравственного воспитания:** образцы поведения взрослых, одобрение хороших поступков, обучение детей положительным поступкам; организация специальных соответствующих ситуаций, чтение книг.

Для полноценного и гармоничного развития детей важно с раннего возраста воспитывать у них любовь к красивому в окружающей обстановке, природе, быту, т. е. формировать эстетические чувства.

**Задачи эстетического воспитания:** воспитание умения замечать красивое в природе, окружающей действительности, поступках людей, одежде, развитие творческих способностей (музыкальный слух, изобразительная деятельность). **Средства эстетического воспитания:** ознакомление с природой, музыкой, обучение пению, рисованию, лепке, чтение народных стихотворений, сказок.

### 2.3.3. Психомоторное развитие детей раннего возраста

При оценке уровня нервно-психического развития ребенка раннего возраста оцениваются следующие линии развития: понимание речи и активная речь; сенсорное развитие; развитие игры и действий с предметами; развитие общих движений; формирование навыков самостоятельности и (на третьем году жизни) формирование изобразительной и конструктивной деятельности.

Разработаны показатели этих направлений развития: ежемесячно – на первом году жизни, поквартально – на втором году, по полугодиям – на третьем году. Так, по уровню развития дети распределяются на четыре основные группы: первая группа – нормальное развитие, когда все показатели соответствуют календарному возрасту ребенка; вторая группа – первоначальная задержка в развитии на один эпикризный срок; третья группа – более глубокая задержка на два эпикризных срока; четвертая группа – глубокая задержка на три эпикризных срока.

Все дети должны обладать жестко фиксированным набором умений в определенном возрасте, в противном случае констатируется «отклонение в развитии». Такой подход имеет определенные недостатки и приводит к тому, что диагностируется то, чему ребенка обучают, а процесс обучения «подгоняется» под то, что диагностируется.

«Ранняя диагностика умственного развития», разработанная Е.А. Стребелевой, представляет собой серию из десяти методик, направленных на определение уровня умственного развития детей от двух до трех лет. Эта диагностика разработана для выявления нарушений умственного развития детей раннего возраста и разработки методов коррекции. Для обработки результатов используется качественно-количественный анализ. В процедуре проведения диагностики предусмотрен этап обучения. Качественные показатели – способы выполнения заданий:

- 1) неадекватно действует;
- 2) понимает цель, но самостоятельно действует без учета свойств и качеств предметов, то есть хаотично; в условиях обучения действует адекватно, но самостоятельно не выполняет даже после обучения;
- 3) самостоятельно выполняет задание после обучения;
- 4) сразу самостоятельно выполняет задание.

Каждое задание оценивается по четырехбалльной шкале (от одного до четырех баллов). При оценке действий ребенка учитывается его зона ближайшего развития, т.е. любое задание предлагается выполнить ребенку сначала самому, а в случае затруднений – вместе со взрослым. Взрослый обучает малыша тому или иному действию, а затем проверяет, может ли он действовать по подражанию, воспроизводить образец взрослого. Это более надежный инструмент определения уровня психического, в том числе и умственного, развития, по сравнению с выявлением актуального состояния той или иной его сферы. Выявление зоны ближайшего развития дает возможность педагогу наметить конкретные пути коррекционной работы с ребенком, выявить наиболее уязвимые области в его интеллектуальном развитии.

#### **2.3.4. Питание детей раннего возраста**

Основным условием правильного питания является удовлетворение возрастных потребностей детей раннего возраста в основных пищевых веществах и энергии. Суточная потребность детей раннего возраста в пищевых веществах и энергии составляет: белок – 53 г (в том числе животный – 37 г), жиры – 53 г (в том числе растительные – 7 г), углеводы – 212 г, энергия – 1 540 ккал. Соотношение белков/жиров/углеводов составляет 1:1:4. За счет белков обеспечивается 14 % калорий, за счет жиров – 31 %, за счет углеводов – 55 %. В рационе детей должны присутствовать мясо, рыба, яйца, молоко, творог и другие кисломолочные продукты, масла (сливочное и растительное), все сорта хлеба и хлебные изделия, картофель, овощи, фрукты и ягоды.

Примерный среднесуточный набор продуктов для детей в возрасте от одного года до трех лет:

- хлеб пшеничный – 50–60 г;
- хлеб ржаной – 30–40 г;
- крупы, макаронные изделия, бобовые – 30–40 г;
- картофель – 150–200 г;
- овощи разные – 150–200 г;
- фрукты свежие – 130–150 г;
- фрукты сухие – 10–15 г;
- кондитерские изделия – 5–10 г;
- масло сливочное – 20–25 г;
- масло растительное – 8–10 г;
- яйцо – 1/2–1 шт. (2–3 раза в неделю);
- молоко – 600 мл (с учетом количества на приготовление блюд и кисломолочные продукты);
- творог – 50–60 г;
- сметана – 5–8 г;
- мясо – 85–100 г;
- рыба – 25–30 г;
- сахар – 35–50 г;
- сыр – 5–10 г.

Особенно опасно в детском возрасте вегетарианство, то есть отказ от белков и жиров животного происхождения. Вегетарианская пища неполноценна как по аминокислотному, так и по витаминному составу. Кроме того, дефицит белка в питании ребенка приводит к снижению сопротивляемости организма инфекциям. Пища ребенка должна быть смешанной: мясомолочно-растительной, с достаточным количеством витаминов. Ребенок должен получать молоко в составе различных блюд – молочных каш, запеканок, чая с молоком, в натуральном виде лучше всего давать кисломолочные продукты. Из молочных продуктов ребенку необходим творог как источник биологически ценного и легкоусвояемого белка, а также кальция. Творог может использоваться в детском питании как в натуральном виде, так и для приготовления различных творожных блюд. В питании детей раннего возраста можно использовать неострые сорта сыра (до полутора лет в натертом виде) и сметану в составе других блюд. В отличие от молока и кисломолочных продуктов, которые необходимо включать в рацион ежедневно, творог, сметану, сливки и сыр более рационально использовать 2–4 раза в неделю. Из мясных продуктов дети раннего возраста могут получать говядину, телятину, нежирную свинину, баранину, мясо кролика, кур, цыплят, индейки, а также специализированные мясные консервы для детского питания. Очень полезна рыба, белки которой легче перевариваются, чем белки мяса, а жиры содержат больше витамина А, а также особо важные для детского организма жирные кислоты.

Ценным продуктом детского питания являются яйца. Детям старше одного года можно давать яйцо целиком, а не только один желток. Однако следует проявлять определенную осторожность, так как у некоторых детей яйцо и в более старшем возрасте вызывает аллергические реакции. Детям до трехлетнего возраста рекомендуется одно яйцо через день в виде омлета или сваренного вкрутую. Сливочное масло рекомендуется

давать с бутербродами (15–20 г в день), а растительные масла (5–10 г) добавлять в готовые блюда – каши, овощи, салаты. Маргарин и животные жиры (говяжий, бараний, свиной) применять не рекомендуется из-за низкой пищевой ценности. Потребность ребенка в углеводах удовлетворяется за счет различных круп, хлеба, сахара, кондитерских изделий, а также овощей и фруктов.

Крупы являются источниками растительного белка, многих витаминов и минеральных веществ. Особенно полезны детям гречневая и овсяная крупы, более богатые витаминами и железом. Макароны желательно давать реже, так как биологическая ценность их незначительна, а содержание углеводов высокое, поэтому их следует ограничивать в питании детей с избыточной массой тела. В питании детей раннего возраста можно изредка использовать горох, фасоль, чечевицу, обращая внимание на реакцию ребенка (возможны нарушения пищеварения в виде вздутия живота, разжижения стула и др.). Хлеб входит в ежедневный набор рекомендуемых продуктов. До полутора лет чаще используется белый хлеб, он легко переваривается и усваивается, а ржаной – после полутора лет. Примерная норма пшеничного хлеба для детей до полутора лет – 40 г, ржаного – 20 г, для детей от полутора до трех лет – 60 и 40 г соответственно. Однако следует учесть, что, когда ребенку дают хлебобулочные изделия (булочки, сушки, баранки, сухарики), количество хлеба следует уменьшить, чтобы не перегружать рацион ребенка углеводами.

Овощи, фрукты и ягоды очень полезны для детей любого возраста, особенно раннего. Хотя в них мало белка и жира, но они содержат большое количество углеводов, широкий набор минеральных веществ (калий, железо, медь, магний, фосфор и др.), богаты витаминами (С, группы В, РР, бета-каротином), органическими кислотами, пектином, пищевыми волокнами. Ассортимент фруктов и ягод может быть самым широким. С определенной осторожностью следует только относиться к цитрусовым и таким ягодам, как земляника, клубника, малина, которые у ряда детей вызывают аллергические реакции. В организации питания ребенка любого возраста большое значение имеет **соблюдение правильного режима питания**. Благодаря режиму у ребенка вырабатывается условный пищевой рефлекс на конкретное время, что обеспечивает ритмичную работу желудочно-кишечного тракта, выработку пищеварительных соков, хорошее переваривание и усвоение пищи. При беспорядочном питании этот рефлекс угасает, выработка пищеварительных соков снижается, и пища усваивается хуже. Для детей раннего возраста рекомендуется пятиразовый прием пищи (завтрак, обед, полдник, ужин, перекус на ночь) с соблюдением интервала между кормлениями в 3,5–4 ч.

При построении рациона питания ребенка очень важно следить за правильным распределением продуктов в течение суток. Следует помнить, что богатые белком продукты, особенно в сочетании с жиром, дольше задерживаются в желудке и требуют для своего переваривания значительно большего количества пищеварительных соков. Поэтому блюда из мяса, рыбы, яиц лучше давать ребенку в первую половину дня – на завтрак и обед. На ужин лучше приготовить молочно-растительную пищу, которая легче переваривается. Очень важно соблюдать рекомендуемые объемы блюд и общее количество пищи (таблица 16).

Детям до полутора лет показана протертая и мелкоизмельченная пища – протертые супы, каши, салаты, пюре. Овощи и фрукты для салатов натирают на мелкой терке. Мясо и рыбу готовят в виде суфле, тефтелей, паровых котлет. Рекомендуется отваривание, запекание, приготовление на пару.

Таблица 16 – Примерный рацион питания и объемы блюд для детей раннего возраста

Прием пищи	Наименование блюд	Объем блюд (1–1,5 года), г	Объем блюд (1,5–3 года), г
Завтрак	Каша или овощное блюдо	200,0	220,0
	Творожное, яичное или мясное	50,0	60,0
	Напиток (чай, молоко)	100,0	150,0
Обед	Салат	30,0	40,0
	Первое блюдо	50,0	100,0
	Второе мясное или рыбное блюдо	50,0	80,0
	Гарнир (овощной, крупяной)	70,0	100,0
	Третье (компот, сок)	100,0	150,0
Полдник	Кисломолочный продукт	150,0	200,0
	Печенье (сухарик)	15,0	25,0
	Свежие фрукты, соки	100,0	150,0
Ужин	Овощное (крупяное, творожное) блюдо	180,0	200,0
	Свежие фрукты	50,0	70,0
На ночь	Молоко (биолакт, кефир)	100,0	150,0
Хлеб на весь день	Ржаной	20,0	30,0
	Пшеничный	40,0	60,0

Для детей старше полутора лет следует постепенно менять кулинарную обработку блюд. Полужидкую и пюрированную пищу надо заменять более плотной, требующей жевания. Можно готовить различные крупяные и овощные запеканки, а овощи в вареном и тушеном виде нарезать мелкими кусочками. Салаты готовят из мелко нашинкованных и мелко нарезанных сырых и вареных овощей, заправленных растительным маслом. Мясо дают в виде паровых слегка обжаренных котлет, биточков или мелко нарезанного рагу, можно дать кусочек курицы. Свежие фрукты следует очищать от кожицы и косточек и нарезать кусочками.

***Полезные советы родителям:***

- дети не должны сидеть за столом в ожидании еды – это быстро вызывает утомление;
- следует избегать отрицательных эмоций во время кормления ребенка, обстановка должна быть спокойной и доброжелательной;
- недопустимо наказывать ребенка непосредственно перед едой;
- ни в коем случае не прибегать к насильственному кормлению, не ругайте ребенка, если он отказывается есть. Иногда дети отказываются от некоторых блюд. Приучать малышей к новому блюду следует очень небольшими порциями.

**Важно с детства прививать детям *гигиенические и эстетические навыки:***

- Перед едой мыть руки с мылом, уметь пользоваться столовым прибором и салфеткой.
- За столом ребенок не должен отвлекаться, разговаривать, смеяться, размахивать руками и болтать ногами, чтобы не поперхнуться.
- Приучите ребенка есть аккуратно, не торопясь, но и не затягивая время пребывания за столом.
- Есть нужно только за столом. Нельзя есть на ходу, во время приготовления уроков или игр и т.п.

➤ Во время еды дети должны тщательно разжевывать пищу настолько, чтобы она сама, без помощи жидкости проглатывалась, проскальзывая в желудок.

➤ Следует развивать эстетическое восприятие еды, для этого необходимо красиво сервировать стол, используя яркие тарелки, чашки, блюда можно красиво оформить, украсив их различными овощами, фруктами, зеленью.

**Процесс кормления ребенка и его значение.** Чтобы расти и развиваться, ребенку необходима не только еда, но и забота. Время кормления – это время ласки и любви к ребенку. Дети могут есть лучше, если они счастливы. Ребенка необходимо кормить, когда он бодрый. Дети, которые хотят спать или слишком голодны, зачастую отказываются кушать. Регулярное кормление в одно и то же время без отвлечений помогает улучшить аппетит ребенка.

**Отзывчивые методы кормления** помогают улучшить аппетит у ребенка, его эмоциональный тонус и чувствовать себя защищенным и любимым.

Отзывчивые методы кормления:

- помогать ребенку есть, быть внимательным к его жестам и знакам. Ребенок нуждается в обучении приему пищи. Он пробует вкусы новых продуктов и изучает плотность пищи. Он учится жевать, двигать пищу в полости рта и заглатывать ее. Ребенку необходимо научиться подносить еду ко рту, пользоваться ложкой и пить из чашки;
- быть терпеливым и не принуждать ребенка есть через силу, пока он не поест, следует поощрять, нельзя торопить его. Надо предлагать ребенку различные комбинации блюд, вкуса и плотности пищи, чтобы стимулировать его к еде. Подождать, пока ребенок не съест, затем предложить вновь. Дайте ребенку небольшие, удобные для жевания кусочки пищи, чтобы ребенок мог брать рукой и сам кушать. Ограничьте отвлечение ребенка во время еды, так как он может потерять интерес к пище;
- во время кормления необходимо разговаривать с ребенком и смотреть ему в глаза. Отвечайте ребенку с улыбкой, смотрите в глаза, похвалите и поощряйте к общению.

Иногда родители при кормлении детей практикуют один из следующих приемов: *«жесткий контроль кормления»* – родители решают, когда и как кормить ребенка. Такой прием включает в себя элементы принудительного кормления, что часто приводит к отказу ребенка от приема пищи; *«дети предоставлены сами себе»*, т.е. дети едят сами. Родители говорят, что «ребенок будет есть, когда проголодается», «ребенок перестал есть, значит, насытился». При таком подходе ребенок может остаться голодным и отставать в развитии.

## 2.4. Психогигиена детей в практике участкового педиатра

*Психогигиена* – это раздел общей гигиены, разрабатывающий формы и методы сохранения и укрепления психического здоровья населения, в том числе детей и подростков.

В психогигиене выделяют следующие разделы:

- возрастная психогигиена;
- психогигиена быта;
- психогигиена семейной жизни;
- психогигиена обучения и трудовой деятельности.

Психогигиена детского возраста должна базироваться на особенностях психики ребенка и обеспечивать гармонию ее формирования. Необходимо учитывать, что формирующаяся нервная система ребенка чутко реагирует на малейшие физические и психические воздействия, поэтому велико значение правильного и чуткого воспитания ребенка.

Задачи психогигиены в отношении детского, подросткового и юношеского возраста могут решаться только на базе знаний о закономерностях роста и развития организма, возрастных анатомо-физиологических особенностях ребенка. Задачи, формы и методы психогигиены существенно различаются в разные возрастные периоды.

В созревании психики ребенка выделяют следующие этапы развития:

- моторный – до одного года;
- сенсомоторный – до трех лет;
- аффективный – от трех до 12 лет;
- идеаторный – от 12 до 16 лет.

Основы психогигиены в основном закладываются в раннем и дошкольном возрасте. Основная роль в организации психогигиенического подхода к детям раннего, дошкольного и школьного возраста принадлежит участковым врачам-педиатрам, воспитателям и учителям образовательных организаций. В связи с этим очень важным является наличие у участковых педиатров, воспитателей и педагогов достаточных знаний и опыта об особенностях психического развития детей, которые должны проводить систематическую работу над повышением уровня психогигиенического образования родителей.

На становление личности и характера ребенка огромное влияние оказывает семья. Благоприятная атмосфера в семье создается при наличии взаимного уважения, любви, дружбы, общности взглядов. Взаимопонимание, уступчивость, эмоциональное общение и уважение в семье способствует правильному воспитанию и сохранению психического здоровья детей.

Психогигиенические аспекты обучения детей в образовательных организациях включают:

- положительное отношение ребенка к обучению, интерес к изучаемому материалу и чувство удовлетворения при достижении успехов;
- избегание чрезмерного умственного напряжения, регулярность и систематический характер обучения;
- соответствие учебной нагрузки и требований психологическим возможностям ребенка;
- наличие психологического комфорта в семье и в школьном коллективе, теплые неформальные взаимоотношения между преподавателями и учащимися;
- твердый распорядок дня, один и тот же режим труда и отдыха;
- сбалансированное соотношение умственной и физической нагрузки с учетом психофизических особенностей школьника;
- забота о крепком и достаточном по времени сне;
- исключение психотравмирующих ситуаций в семье и школе, возможности курения, употребления алкоголя и наркотиков;
- постоянное сотрудничество семьи и школы.

Соблюдение всех перечисленных выше условий способствует успешному развитию психических процессов и гармоничному развитию личности.

## 2.5. Иммунопрофилактика

Процесс выработки иммунитета можно представить в виде ряда последовательных этапов:

- захват макрофагами и расщепление антигенного материала с продукцией интерлейкинов;
- распознавание фрагментов антигенов рецепторами Т- и В-лимфоцитов;
- активация, дифференцировка и пролиферация Т-клеток: появление регуляторных (хелперов, супрессоров), эффекторных (цитотоксических) Т-клеток, Т-клеток памяти;
- активация В-клеток Т-клетками и их созревание в антителопродуцирующие клетки;
- формирование В-клеток памяти.

Образование антител характеризуется тремя периодами:

- латентный период – интервал между поступлением антигена и появлением антител в крови (от нескольких суток до двух недель);
- фаза роста – увеличение количества антител в крови (от четырех дней до четырех недель);
- фаза снижения наступает после достижения максимального уровня антител в крови, снижение происходит сначала быстро, затем медленно – в течение нескольких лет.

Первичный иммунный ответ развивается при первой встрече иммунной системы с данным антигеном. При этом вначале продуцируются антитела IgM, а затем IgG.

Вторичный ответ при повторном контакте с антигеном приводит к более быстрому и интенсивному синтезу антител преимущественно IgG класса. Это связано с тем, что во время первичной иммунизации происходит формирование иммунологической памяти. Вторичный контакт организма с антигеном вызывает немедленное развитие иммунного ответа с доминирующей продукцией антител IgG за счет быстрого вступления в реакцию Т- и В-клеток памяти. Этот иммунологический принцип лежит в основе современной вакцинации, когда путем повторных введений антигена добиваются более высокого уровня, большей продолжительности сохранения протективных антител в крови и более выраженной иммунологической памяти.

Установлено, что оптимальный интервал между введениями вакцины составляет от одного до двух месяцев (не менее одного месяца). Соблюдение этого правила важно с двух точек зрения:

- организм ребенка, находящийся в процессе иммуногенеза в результате введения прививочного антигена, в течение определенного времени не способен ответить на новое наслаиваемое антигенное раздражение развитием иммунитета («отрицательная фаза иммунитета»);
- вакцинация организма, находящегося в начальной фазе иммунологической перестройки под влиянием предшествующей вакцинации, может вызвать нежелательные реакции и осложнения.

Иммунная система ребенка способна отвечать эффективно на одновременное введение нескольких антигенов, при этом продукция антител в ответ на эти антигены происходит так же, как при их раздельном введении, например, АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка), КПК (корь – краснуха – паротит), пентавалентная вакцина

(против дифтерии, коклюша, столбняка, вирусного гепатита В и гемофильной палочки), четырехкомпонентная вакцина против гриппа и др. Учитывая безопасность, удобство и эффективность данного подхода, ВОЗ предусматривает возможность одновременного введения всех вакцин, которые необходимы ребенку данного возраста.

*Вакцинация* – это введение антигенного материала с целью выработать иммунитет к инфекционному заболеванию, который предотвратит заражение или ослабит его отрицательные последствия.

В качестве антигенного материала для вакцинации используются:

- живые, но ослабленные штаммы микробов или вирусов;
- убитые (*инактивированные*) микробы (вирусы);
- очищенный материал, например белки микроорганизмов;
- синтетические вакцины.

Выделяют пассивную и активную вакцинацию. При *пассивной вакцинации* вводят готовые антитела на определенный антиген (например, иммуноглобулины против гепатита В).

*Активная вакцинация* – это введение продуктов жизнедеятельности микроорганизма (анатоксина или очищенного антигена) либо инактивированных/ослабленных микроорганизмов, чтобы вызвать иммунный ответ организма, т. е. иммунитет.

В системе здравоохранения Кыргызской Республики иммунизация признана приоритетным направлением и реализуется Национальная программа «Иммунопрофилактика». Профилактические прививки являются эффективными методами борьбы с «вакциноуправляемыми» инфекционными заболеваниями у детей и взрослых. *Вакциноуправляемые заболевания* – это инфекции, которые можно контролировать и ликвидировать с помощью профилактических прививок. Согласно закону КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» все граждане страны имеют право на получение бесплатных профилактических прививок.

Устойчивым и высоким охватом вакцинацией заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями может быть ликвидирована полностью. Например, в 1980 г. была отменена прививка против натуральной оспы, поскольку практически ни в одной стране мира не было случаев этой болезни в результате массовой вакцинации в течение продолжительного времени. Довольно успешной является вакцинация детей против полиомиелита. Полиомиелит не регистрируется в США с 1994 г., а в Европе – с 2002 г. В Кыргызской Республике с 1993 г. не было зарегистрировано случаев полиомиелита, поэтому Кыргызстан получил сертификат ВОЗ о статусе страны, «свободной от полиомиелита».

За последние 50 лет в Беларуси предупреждено более 3 млн случаев кори при помощи единственного инструмента – вакцинации, а заболеваемость краснухой в республике за последние 10 лет снизилась более чем в 20 тысяч раз. Если в 1999 г. до проведения плановой иммунизации против краснухи в Беларуси регистрировалось в год до 40 тысяч случаев этой инфекции, то в 2009 г. – только два случая.

По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕвроВОЗ), плановая вакцинация против полиомиелита, столбняка, дифтерии, коклюша, кори и эпидемического паротита ежегодно спасает жизнь и здоровье 3 млн детей в мире. А с помощью новых вакцин, которые будут разработаны в ближайшие 5–10 лет, можно будет предотвратить гибель еще 8 млн детей в год.

Однако эпидемиологическое благополучие общества, достигнутое благодаря многолетней вакцинации 95 % детей первых лет жизни, не приведет к отмене вакцинопрофилактики. Мировой опыт показывает, что прекращение массовой (до 95 %) вакцинации детей первых лет жизни на фоне спорадической или нерегистрируемой заболеваемости обязательно приведет к возвращению инфекции, которую перестали контролировать с помощью иммунопрофилактики.

Вакцинация населения в каждой стране проводится согласно национальному календарю профилактических прививок (таблицы 17, 18). *Национальный календарь профилактических прививок* – это документ, утверждаемый приказом Министерства здравоохранения страны, который определяет сроки и типы вакцинаций (профилактических прививок), проводимых бесплатно и в массовом порядке в соответствии с эпидемиологической ситуацией в стране.

Таблица 17 – Календарь профилактических прививок Кыргызской Республики  
(приказ МЗ КР от 26.02.2016 № 143)

Возраст	Наименование прививки	Название вакцины
В течение 24 ч после рождения*	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	ВГВ
В роддоме*	Вакцинация против туберкулеза	БЦЖ
2 месяца	Первая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции и вирусного гепатита В. Первая вакцинация против пневмококковой инфекции. Вакцинация против полиомиелита	ПЕНТА (АКДС-ВГВ-ХИБ) ПКВ ОПВ
3,5 месяца	Вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции и вирусного гепатита В. Вакцинация против полиомиелита	ПЕНТА (АКДС-ВГВ-ХИБ) ИПВ** ОПВ
5 месяцев	Третья вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, гемофильной инфекции и вирусного гепатита В. Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции. Вакцинация против полиомиелита	ПЕНТА (АКДС-ВГВ-ХИБ) ПКВ ОПВ
12 месяцев	Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи. Третья вакцинация против пневмококковой инфекции	КПК ПКВ
2 года	Первая ревакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка	АКДС
6 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка. Ревакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи	АДС КПК
11 лет	Ревакцинация против дифтерии и столбняка	АД-М
16, 26, 36, 46, 56 лет	Ревакцинация против дифтерии и столбняка, каждые 10 лет от момента последней ревакцинации	АДС-М

Примечания:

\* детей, родившихся в домашних условиях, следует прививать в лечебно-профилактических организациях в первый день взятия на учет.

\*\* ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина.

Таблица 18 – Календарь профилактических прививок Российской Федерации (приказы МЗ РФ от 27.06.2001 № 229, от 17.01.2006 № 27, от 11.01.2007 № 14)

Сроки начала вакцинации	Наименование вакцины
Новорожденные	Первая вакцинация против вирусного гепатита В (в первые 12 ч жизни)
3–7 дней	Вакцинация против туберкулеза
1 месяц	Вторая вакцинация против гепатита В
2 месяца	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции. Третья вакцинация против вирусного гепатита В
3 месяца	Первая вакцинация АКДС, против полиомиелита, гемофильной инфекции
4,5 месяца	Вторая вакцинация АКДС, против полиомиелита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции
6 месяцев	Третья вакцинация АКДС, против полиомиелита гемофильной инфекции, вирусного гепатита В
12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита. Пятая вакцина против вирусного гепатита В
15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
18 месяцев	Первая ревакцинация АКДС, против полиомиелита. Ревакцинация против гемофильной инфекции
20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
7 лет	Ревакцинация против туберкулеза. Вторая ревакцинация АДС
13 лет	Вакцинация против краснухи
14 лет	Третья ревакцинация АДС. Повторная вакцинация против туберкулеза. Третья ревакцинация против полиомиелита
Взрослые	Ревакцинация АДС каждые 10 лет от момента последней ревакцинации

### 2.5.1. Вакцинные препараты и их характеристики

Для проведения активной иммунизации используют различные виды биологических препаратов:

\* вакцины, состоящие из живых аттенуированных (ослабленных) микроорганизмов (коревая, паротитная, полиомиелитная Сейбина);

\* вакцины, включающие цельные, убитые или инактивированные микроорганизмы (коклюшная, брюшнотифозная, холерная – бактериальные вакцины; гриппозная, полиомиелитная Солка – вирусные);

\* анатоксины, содержащие инактивированный токсин, вырабатываемый микробом-возбудителем (дифтерийный, столбнячный); эти вакцинальные препараты обеспечивают выработку иммунитета к токсину соответствующего возбудителя, не вызывая самого заболевания;

\* вакцины, содержащие перекрестно реагирующие живые микроорганизмы, иммунологически связанные с возбудителем данного заболевания, но при введении человеку вызывающие ослабленную инфекцию (вакцина БЦЖ из бактерий, вызывающих туберкулез рогатого скота);

\* химические вакцины, состоящие из фракций убитых микроорганизмов (брюшно-паратифозных, пневмококков, менингококков);

\* рекомбинантные вакцины – основанные на встраивании субъединиц гена вирусов в дрожжевые клетки с последующей очисткой и адсорбцией (вакцины против вирусного гепатита В);

• ассоциированные вакцины, в состав которых входит несколько моновакцин (АКДС, вакцина, применяемая в ряде стран – паротитно-коревая, краснушно-паротитно-коревая).

### ***Вакцинация против туберкулеза***

*Туберкулез у детей* – специфическое инфекционно-воспалительное поражение различных органов, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Микобактерия туберкулеза (палочка Коха) устойчива к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Высокопатогенными для человека являются два вида возбудителя: *Mycobacterium tuberculosis humans* (человеческого типа) и *Mycobacterium bovis* (бычьего типа).

К группе повышенного риска по заболеваемости туберкулезом принадлежат дети, не получившие вакцинацию БЦЖ в период новорожденности; ВИЧ-инфицированные; длительно получающие лечение гормонами, цитостатиками, антибиотиками; проживающие в неблагоприятных санитарно-эпидемиологических и социальных условиях; часто болеющие дети; страдающие сахарным диабетом и др. В большинстве случаев дети заражаются туберкулезом дома и в семье, однако возможны эпидемические вспышки в детских садах и школах, внутрибольничное инфицирование, заражение в других общественных местах.

Наиболее восприимчивыми к туберкулезу оказываются дети в возрасте до двух лет – для них характерны генерализованные формы инфекции (милиарный туберкулез, туберкулезный сепсис). Среди детей старше двух лет чаще встречается туберкулез органов дыхания (75 % случаев), значительно реже – все другие формы.

*Вакцина БЦЖ* – это ослабленный вакцинный штамм, который не может вызывать туберкулез, но способствует выработке иммунитета против него. Поскольку иммунитет против туберкулеза вырабатывается только тогда, когда в организме присутствует возбудитель, сделать убитую вакцину невозможно, поэтому во всех странах применяется ослабленный вакцинный штамм. Кроме вакцины БЦЖ, существует вакцина БЦЖ-М, в которой содержится в два раза меньше микробных тел, чем в обычной вакцине.

*Вакциной БЦЖ-М* прививают ослабленных и маловесных недоношенных детей.

В норме через 4–6 недель после вакцинации можно заметить пятнышко на месте укола. Затем там появится уплотнение, слегка приподнятое над кожей, напоминающее укус комара. Диаметр этого «укуса» составляет примерно 5–10 мм. Через какое-то время он превратится в пузырек, наполненный прозрачной жидкостью, которая со временем помутнеет. Пузырек лопнет к 3–4 месяцам, а на его месте образуется корочка. Она может смениться несколько раз.

Через полгода у большинства детей корочка сходит окончательно, оставляя на своем месте рубчик диаметром 3–10 мм, который до конца сформируется примерно к одному году.

*Место прививки: правила ухода*

Следя за формированием рубчика БЦЖ, не следует пытаться ускорить процесс или «помочь» его течению какими-либо средствами:

- никогда не следует мазать место прививки дезинфицирующими средствами (зеленка, йод, мазь или любой другой дезинфицирующий раствор);
- не следует вскрывать пузырь самостоятельно, если пузырь вскрылся, опять же, не нужно обрабатывать его ничем, самостоятельно образуется корочка;
- не удалять корочку, если корочка сошла и на месте прививки образовалась открытая ранка, следует воздержаться от купания ребенка в этот день;
- не намыливать место вакцинации, не тереть его во время купания малыша. Следует помнить, что любое вмешательство может нарушить течение этого важного инфекционного процесса – противотуберкулезной прививки новорожденным.

На месте вакцинации регистрируются осложнения, которые являются итогом неправильного и неграмотного введения вакцины. К таковым относят:

- изъязвление, увеличение в размерах и нагноение инфильтрата;
- образование подкожного инфильтрата – когда инфильтрат образуется не в коже, а под ней, где прощупывается как шарик. Такое случается, если вакцина была введена слишком глубоко, обратиться к врачу при выявлении подкожного инфильтрата следует незамедлительно – он может прорваться вовнутрь с попаданием инфекции в кровеносное русло;
- распространение инфекции на лимфатические узлы. В таком случае лимфоузлы (обычно подмышечные) увеличиваются до размеров грецкого ореха, а порой и куриного яйца, болезненно прощупываются. Инфекция может иногда прорваться наружу, следствием чего становится образование свища – канала, через который отделяется гной;
- на месте введения вакцины может образоваться келоид: такое состояние характеризуется чрезмерным разрастанием рубцовой ткани.

Появление любых из перечисленных выше симптомов требует обязательной консультации фтизиатра.

### ***Вакцинация против полиомиелита***

*Полиомиелит* (детский спинномозговой паралич) – это острое, высоко контагиозное инфекционное заболевание, которое обусловлено преимущественным поражением серого вещества спинного мозга полиовирусом.

*Полиовирус* – это энтеровирус человека, его геном состоит из РНК, имеющего протеиновую оболочку – капсид. Существует три серотипа дикого полиовируса – тип 1, тип 2 и тип 3, каждый из которых имеет несколько отличающийся капсидный протеин. В природе полиовирус типа 2 был ликвидирован – последний дикий полиовирус типа 2 был зарегистрирован в Индии в 1999 г.

На текущем заключительном этапе ликвидации полиомиелита в эндемичных районах продолжают циркулировать только дикие полиовирусы типа 1 и 3. Оба вируса высоко контагиозны, и оба вызывают паралитический полиомиелит. Тип 1 является наиболее распространенным штаммом полиовируса, а распространенность типа 3 является крайне низкой.

Входными воротами инфекции является слизистая оболочка носоглотки или кишечника. Во время инкубационного периода вирус размножается в лимфоидных образованиях глотки и кишечника, затем проникает в кровь и достигает нервных клеток. Наиболее выраженные морфологические изменения (некроз) обнаруживаются в нервных

клетках передних рогов спинного мозга. Реже поражаются клетки мозгового ствола, подкорковых ядер мозжечка и еще в меньшей степени – клетки двигательных областей коры головного мозга и задних рогов спинного мозга.

После окончания острых явлений погибшие клетки замещаются глиозной тканью с рубцеванием. В мышцах, иннервация которых пострадала, развивается атрофия. Перенесенное заболевание оставляет после себя стойкий, типоспецифический иммунитет.

Существуют две вакцины против полиомиелита – оральная полиовакцина (ОПВ) и инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ).

*Трехвалентная ОПВ (тОПВ)* и *ИПВ* защищают от всех трех типов полиовируса (тип 1, 2 и 3). *Бивалентная ОПВ (бОПВ)* действует против 1-го и 3-го типов, но не защищает от 2-го типа. Переход с трехвалентной на бивалентную бОПВ снизит риск вакциноассоциированного полиомиелита и усилит защиту от вирусов 1-го и 3-го типов.

ИПВ вводится в инъекциях обученным медицинским работником, она не заменяет ОПВ, а используется вместе с ОПВ для укрепления иммунной системы ребенка и защиты его от полиомиелита.

ОПВ высокоэффективна против дикого полиовируса, но в очень редких случаях может вызывать паралич. В странах, использующих только ОПВ, на миллион детей в возрасте до года регистрируется 2–4 случая вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП), что составляет 250–500 случаев ВАПП в год в мире. Из них около 40 % вызваны ОПВ 2-го типа.

Другая форма вакциноассоциированного полиовируса – это циркулирующий вакцинородственный полиовирус (цВРПВ), представляющий собой мутировавший штамм ОПВ, который может вызывать паралич и передаваться от человека к человеку. В последние годы почти все вспышки цВРПВ были вызваны 2-м типом вакцинного вируса.

Дикий полиовирус 2-го типа ликвидирован во всем мире в 1999 г. Поскольку риск паралича, вызываемого ОПВ 2-го типа, перевешивает пользу от вакцинации, тОПВ будет заменена на бОПВ. Использование бОПВ против 1-го и 3-го типов будет продолжено. Переход от трех- к бивалентной ОПВ значительно снизит риск ВАПП и цВРПВ.

Бивалентная ОПВ более эффективна против 1-го и 3-го типов, чем тОПВ. После их ликвидации использование бОПВ также будет прекращено.

Внедрение, по меньшей мере, одной дозы ИПВ в национальные календари прививок перед переходом с тОПВ на бОПВ обеспечивает защиту от вируса типа 2, а также повышает иммунитет к типам 1 и 3, что способствует ликвидации этих типов полиомиелита.

*Безопасность ИПВ.* ИПВ является безопасной вакциной для человека. ИПВ не вызывает ВАПП или цВРПВ. После вакцинации ИПВ могут появляться незначительные местные реакции, такие как покраснение и болезненность.

ИПВ рекомендуется также всем детям с иммунодефицитными состояниями ввиду повышенного риска возникновения ВАПП после использования ОПВ у таких пациентов.

ИПВ можно применять для иммунизации недоношенных младенцев (менее 37 недель гестации) в рекомендованном возрасте, одновременно с другими плановыми вакцинами.

ИПВ нельзя вводить младенцам с известной или документально подтвержденной аллергией к стрептомицину, неомицину или полимиксину В (т.е. неактивным

компонентам вакцины) или младенцам, имевшим аллергическую реакцию на предыдущую инъекцию ИПВ.

*Сроки введения ИПВ.* ВОЗ рекомендует ввести, по меньшей мере, одну дозу ИПВ в календарь прививок в возрасте 14 недель или при первом посещении после достижения этого возраста. Дети должны получить как ОПВ, так и ИПВ в возрасте 14 недель или позже – с АКДС3/ОПВ3.

Не рекомендуется введение ИПВ при более позднем посещении для иммунизации (например, в 12 месяцев), поскольку это оставляет ребенка без защиты на более длительный срок. Детям, прививаемым с задержкой, следует вводить ИПВ во время первого посещения с целью иммунизации после достижения возраста 14 недель.

В календаре профилактических прививок Кыргызской Республики ИПВ будет вводиться детям в возрасте 3,5 месяца вместе с ОПВ.

*Введение трех или более инъекций за одно посещение.* ИПВ вводится внутримышечно и будет применяться вместе с другими инъекционными вакцинами. Важно понимать пользу от трех или более (множественных) инъекций вакцин за одно посещение.

Преимущества введения нескольких инъекций за одно посещение:

- Ранняя иммунизация детей обеспечивает защиту в первые месяцы жизни, когда дети наиболее уязвимы к инфекции. Большие интервалы между прививками оставляют детей без защиты на длительное время.
- Если детей не приводят на повторную прививку, они остаются незащищенными от серьезных заболеваний.
- Введение нескольких вакцин за один раз сокращает количество посещений для родителей и лиц, ухаживающих за ребенком.
- Введение всех рекомендованных вакцин за один раз более эффективно для медработников, чем введение их с интервалами.

### ***Вакцинация против кори***

*Корь у детей* – это заболевание вирусной природы, имеющее высокую контагиозность. Корь передается воздушно-капельным путем, характеризуется явлениями интоксикации, катаральными явлениями и сыпью. Восприимчивость к возбудителю кори достигает 98–100 %. При контакте с вирусом отсутствие иммунитета обязательно приведет к заражению. Дети до трех месяцев заражаются редко. От матери иммунитет передается новорожденному, если у нее есть антитела: она перенесла или привита от кори.

Вирус, вызывающий корь, принадлежит к семейству парамиксовирусов из группы РНК-вирусов. Вирус вызывает, кроме кори, подострый склерозирующий панэнцефалит. Источником заражения корью всегда является зараженный человек.

Коревая вакцина – *культуральная живая вакцина*. Лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения готовится методом культивирования вакцинного штамма вируса кори Ленинград-16 (Л-16) на первичной культуре клеток эмбрионов перепелов. Вакцина стимулирует выработку антител к вирусу кори, которые достигают максимального уровня через 3–4 недели после вакцинации не менее чем у 95 % привитых.

### ***Вакцинация против краснухи***

*Вирус краснухи* – это высокоустойчивый микроорганизм, который обладает двойной мембраной и собственной молекулой РНК. Это позволяет длительное время выживать во внешней среде даже при самых неблагоприятных условиях.

Степень контактности при отсутствии специфического иммунитета составляет более чем 90 %. Чаще всего краснуха диагностируется у детей с трех до 12 лет. Младенцы, находящиеся на грудном вскармливании, получают с молоком матери (если она раньше болела данной болезнью) защитные антитела. Поэтому у детей грудного возраста сохраняется к вирусу невосприимчивость. Такая защита может продолжаться даже до шести лет.

Вирус способен передаваться от инфицированной матери через плаценту к плоду. Возбудитель крайне негативно влияет на развитие плода и может спровоцировать множество пороков в развитии. Частота развития отклонений при врожденной краснухе полностью зависит от периода беременности:

- 3–4 недели – вероятность развития у новорожденного пороков – 60 %;
- 9–12 недель – отклонения встречаются у 15 % младенцев;
- 13–16 недель – пороки развития диагностируются у 7 % новорожденных.

Для вакцинации против краснухи используется *живая аттенуированная (ослабленная) вакцина*. Аттенуированный вакцинный вирус (штамм Wistar RA 27/3M) культивируется на диплоидных клетках человека.

Специфический иммунитет развивается в течение 15 дней после вакцинации и, в соответствии с имеющимися данными, сохраняется не менее 20 лет.

В Кыргызской Республике используется *КПК-вакцина* (краснуха – паротит – корь). Данная прививка с тремя компонентами – против краснухи, паротита и кори – обладает высокой эффективностью и позволяет уменьшить количество инъекций для формирования невосприимчивости одновременно к трем инфекциям. Однокомпонентная прививка против краснухи формирует невосприимчивость после первой инъекции, а для полноценного иммунитета против паротита требуется две дозы. Поэтому комплексная прививка краснуха – паротит – корь вводится дважды, что позволяет усилить и пролонгировать действие иммунитета и против краснухи. На сегодняшний день ВОЗ рекомендует проводить вакцинопрофилактику именно такими препаратами – содержащими компоненты, направленные против краснухи, паротита и кори одновременно.

### ***Вакцинация против паротита***

*Паротит* – это острое инфекционное заболевание с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники) и ЦНС, вызванное парамиксовирусом. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 3 до 15 лет.

Вирус нестойк, инактивируется при нагревании, при ультрафиолетовом облучении, при контакте с жирорастворителями, 2 % раствором формалина, 1 % раствором лизола. Аттенуированный штамм вируса (Л-3) используют в качестве *живой вакцины*. Антигенная структура вируса стабильна.

### **Вакцинация против коклюша, дифтерии и столбняка**

*Коклюш* – это острая инфекционная болезнь, которая вызывается грамотрицательной бактерией (палочкой Борде – Жангу), передается воздушно-капельным путем, характеризуется умеренной интоксикацией, катаральным воспалением дыхательных путей, приступами спазматического кашля с репризами и инспираторной задержкой дыхания.

Специфическая профилактика коклюша осуществляется применением *вакцины АКДС* (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная). Ревакцинацию проводят через 1,5–2 года.

*Дифтерия* – острая бактериальная инфекция с общей интоксикацией и фибринозным воспалением в месте входных ворот возбудителя. Возбудителем дифтерии является грамположительная неподвижная бактерия *Corynebacterium diphtheriae*.

Выделяют локализованную (дифтерия гортани) и распространенную (с одновременным поражением гортани, трахеи и даже бронхов) формы. Распространенная форма чаще сочетается с дифтерией ротоглотки, носа. В последнее время эту форму дифтерии довольно часто встречают у взрослых больных. Клинически круп (дифтерия гортани) проявляется в виде трех последовательно развивающихся стадий – дисфонической, стенотической и асфиксической – при умеренно выраженных явлениях интоксикации.

Специфическая профилактика дифтерии осуществляется дифтерийным анатоксином.

*Столбняк* – острое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое анаэробной спорообразующей бациллой *Clostridium tetani*, экзотоксин которой поражает ЦНС с развитием судорог.

Наиболее частой и наиболее опасной формой столбняка является генерализованная форма (80 % всех случаев). Кардинальным симптомом болезни является тризм (судорожное напряжение жевательных мышц). Постепенно тоническое напряжение мышц распространяется на мышцы глотки, шеи, спины, груди, живота, конечностей (за исключением кистей рук и стоп). Тонические судороги сопровождаются сильными болями. При возникновении судорог дыхательных мышц и диафрагмы появляются признаки удушья, спазм гортани, во время которого может наступить смерть от асфиксии. В случае благоприятного исхода интенсивность судорог постепенно ослабевает. Выздоровление наступает через 15–60 дней.

Летальные исходы при генерализованной форме столбняка достигают 30 %, у пожилых больных еще выше, у новорожденных – 80–100 %. При местном столбняке летальные исходы не превышают 1 %.

Профилактика столбняка направлена на предупреждение травматизма, своевременную и качественную хирургическую обработку раны, создание противостолбнячного иммунитета, что достигается плановой вакцинацией АКДС, а также экстренной пассивной иммунизацией травмированных лиц путем введения им антитоксинов.

АКДС-вакцина состоит из взвеси убитых коклюшных микробов и очищенных столбнячного и дифтерийного анатоксинов, адсорбированных на гидроксиде алюминия; 1 мл препарата содержит 20 млрд коклюшных микробных клеток, 30 флокулирующих единиц антитоксин-связывающих единиц дифтерийного и столбнячного анатоксина. В одной первичной дозе (0,5 мл) содержится не менее 30 международных

иммунизирующих единиц (МИЕ) дифтерийного анатоксина, не менее 60 МИЕ столбнячного анатоксина и не менее 4 МИЕ коклюшной вакцины.

### 2.5.2. Поствакцинальные осложнения

*Поствакцинальные осложнения (ПВО)* – это тяжелые или стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок.

Различают типы неблагоприятных событий, связанных с тем или иным элементом процесса вакцинации:

- 1) связанные с несоблюдением противопоказаний;
- 2) связанные с нарушением правил и техники вакцинации;
- 3) связанные с ненадлежащим качеством вакцины;
- 4) вследствие порчи вакцины в процессе транспортировки и хранения;
- 5) индивидуальные реакции, обусловленные вакциной;
- 6) косвенно связанные с вакцинацией;
- 7) совпадения – интеркуррентные заболевания в поствакцинальный период.

При этом только первые пять типов событий можно считать осложнениями вакцинации.

***Несоблюдение противопоказаний*** – нечастая причина осложнений. Они встречаются из-за неучета аллергии к дрожжам перед введением вакцины против гепатита В или к белку куриного яйца перед применением тривакцины.

***Осложнения, связанные с нарушением техники вакцинации***, также немногочисленны: нарушение стерильности инъекций (с развитием нагноений в месте введения), подкожное введение адсорбированных вакцин (с развитием асептических инфильтратов), подкожное введение БЦЖ (с развитием абсцесса или лимфаденита). Использование одноразовых шприцев исключает передачу кровяных инфекций (гепатита В, ВИЧ-инфекции), запрет на введение в одном помещении БЦЖ и других вакцин исключает возможность контаминации инструментов.

***Осложнения, связанные с качеством вакцины***. При недостаточной безопасности вакцины как таковой возникают однотипные осложнения, местные и общие, выявление которых ведет к изъятию вакцины или определенной ее серии. За последние десятилетия таких осложнений в стране не зафиксировано.

***Осложнения вследствие индивидуальной реакции*** чаще всего имеют характер аллергических или неврологических. Патологию, возникающую в поствакцинальном периоде, принято делить на три группы:

- поствакцинальные необычные реакции и осложнения, вызванные самой вакциной – истинные;
- присоединение интеркуррентной инфекции в поствакцинальном периоде и осложнения, связанные с течением инфекционного и вакцинального процессов;
- обострение хронических и первичные проявления латентных заболеваний.

При этом прививки являются не причиной, а, скорее, условием, благоприятствующим развитию заболевания.

Присоединение инфекции может изменить и утяжелить реакцию организма на прививку, а в ряде случаев и способствовать развитию поствакцинальных осложнений.

Кроме того, сама присоединившаяся инфекция на фоне иммунологической перестройки организма, связанной с вакцинацией, может протекать тяжелее и с осложнениями.

Современные вакцины, как правило, малореактогенны и высокоиммуногенны. Поствакцинальные осложнения встречаются очень редко. Однако прививочные реакции наблюдают довольно часто. Течение их кратковременное, исход благоприятный.

### *Эпидемиологический надзор над поствакцинальными осложнениями*

Выявление ПВО с последующим их расследованием и принятием мер повышает восприятие иммунизации обществом и улучшает медицинское обслуживание. Это, в первую очередь, увеличивает охват населения иммунизацией, что приводит к снижению заболеваемости. Даже если причина не может быть установлена или заболевание было вызвано вакциной, сам факт расследования случая поствакцинального осложнения медицинскими работниками повышает доверие общества к прививкам (ВОЗ).

Целью эпиднадзора является получение материалов, свидетельствующих о безопасности вакцин, совершенствование системы мероприятий по предупреждению осложнений после их применения.

Задачами эпиднадзора за ПВО являются:

- выявление ПВО, которые развились после применения иммунобиологических препаратов;
- определение характера и частоты ПВО для каждого препарата;
- определение факторов риска, способствующих развитию ПВО, в том числе климатогеографических, социально-экономических и экологических, а также обусловленных индивидуальными особенностями привитого.

Эпиднадзор за ПВО проводится на всех уровнях медицинского обслуживания населения и обязателен для всех физических и юридических лиц, занимающихся проведением прививок, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

Согласно ст. 17 закона Кыргызской Республики «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 28.06.2001 г. сведения о ПВО подлежат государственному статистическому учету. Отчет о количестве подтвержденных комиссионно и зарегистрированных случаев ПВО ежемесячно заносится в отчетную форму № 1 «Отчет об инфекционной и паразитарной заболеваемости».

В случае возникновения ПВО необходимо придерживаться схемы оповещения на случай регистрации ПВО, утвержденной Главным государственным санитарным врачом республики.

При подозрении или установлении диагноза ПВО в процессе наблюдения в поствакцинальном периоде или при обращении за медицинской помощью пациента врач (фельдшер) обязан:

- оказать пациенту медицинскую помощь, при необходимости обеспечить своевременную госпитализацию в стационар, где может быть оказана специализированная медицинская помощь;
- подать экстренное извещение в районные органы ГСЭН о случае ПВО.

Данные о развитии ПВО заносятся в историю развития ребенка (ф.112/у) и кратко – в карту профилактических прививок (ф.63/у).

Территориальный ГСЭН, получивший экстренное извещение о случае ПВО после регистрации полученной информации передает ее в городские/районные ЦГСЭН с функцией координации по области. Городские/районные ЦГСЭН с функцией координации по области направляют в Республиканский центр иммунопрофилактики предварительное внеочередное донесение (приложение 1). Окончательное донесение (приложение 2) представляется городскими/районными ЦГСЭН с функцией координации по области в Республиканский центр иммунопрофилактики не позднее чем через 15 дней после завершения расследования, подписанное членами комиссии по расследованию поствакцинальных осложнений. В случае необходимости Республиканский центр иммунопрофилактики может запрашивать дополнительную медицинскую документацию или информацию о случае ПВО.

### ***Расследование поствакцинальных осложнений***

Каждый случай поствакцинального осложнения должен быть расследован комиссионно специалистами (педиатром/терапевтом, иммунологом, эпидемиологом, при необходимости с привлечением специалистов узкого профиля). Состав комиссии должен быть определен приказом руководителя ЛПО.

При проведении расследования следует иметь в виду, что патогномичных симптомов, которые позволили бы однозначно считать каждый конкретный случай ПВО или необычной реакцией, не существует.

Клинические критерии, которые могут быть использованы при дифференциальной диагностике ПВО:

- общие тяжелые реакции с повышенной температурой, фебрильными судорогами на АКДС, пентавакцину (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС и АДС-М появляются не позже 48 ч после прививки;
- реакции на живые вакцины (кроме аллергических реакций немедленного типа в первые часы после прививки) не могут появиться раньше четвертого дня и более чем через 12–14 дней после коревой, 20–25 дней после краснушной, 30 дней после полиовакцины паротитной и тривакцины (КПК);
- менингеальные явления не характерны для осложнений после введения АКДС, пентавакцины (АКДС + ВГВ + ХИБ), анатоксинов и живых вакцин, за исключением паротитной вакцины;
- энцефалопатия не характерна для реакций на введение паротитной и полиомиелитной вакцин и анатоксинов, она редко возникает после АКДС, пентавакцины (АКДС + ВГВ + ХИБ);
- диагноз «поствакцинального энцефалита» требует, прежде всего, исключения заболеваний с общемозговой симптоматикой – объемного процесса, токсического гриппа, пневмонии, менингококковой инфекции и т.п.;
- неврит лицевого нерва (паралич Белла) не является осложнением ОПВ и других вакцин;
- аллергические реакции немедленного типа отмечаются в первые 12 ч после любого вида иммунизации, а классический анафилактический шок – в первые 4 ч;

- кишечные, почечные симптомы, сердечная и дыхательная недостаточности не характерны для осложнений вследствие вакцинации и являются признаками сопутствующих заболеваний;
- катаральный синдром может быть специфической реакцией на коревую, краснушную и паротитную вакцины, если она возникает не ранее пятого дня и не позже 12–14 дней после прививки, но он не характерен для других вакцин;
- изолированные артралгии и артриты (но не как симптом сывороточной болезни) характерны только для краснушной вакцины;
- вакциноассоциированный полиомиелит (ВАП) развивается в срок от четырех до 30 суток после иммунизации у привитых и до 60 суток – у контактных; 80 % всех случаев развития заболеваний – у иммунодефицитных лиц (вялые периферические парезы и/или параличи и мышечная атрофия);
- лимфадениты, вызванные БЦЖ-вакцины, развиваются на стороне вакцинации, обычно вовлекаются подмышечные, редко подключичные и надключичные лимфоузлы. Лимфоузел безболезненный при пальпации; цвет кожи над ним не изменен;
- остеоит/остеомиелит, позволяющий предположить БЦЖ-этиологию, определяет возраст ребенка от шести месяцев до полутора лет. Клинически: первичная локализация очага поражения на границе эпифиза и диафиза, локальное повышение кожной температуры без гиперемии – «белая опухоль», наличие припухлости ближайшего сустава, ригидность и атрофия мышц конечности.

При проведении расследования существенную помощь в постановке диагноза имеют сведения, полученные от заболевшего или его родителей. К ним относятся: данные уточненного анамнеза заболевшего, состояния его здоровья перед прививкой; время появления и характер первых симптомов заболевания; динамика заболевания; доврачебное лечение; наличие и характер реакций на предшествовавшие прививки и т.п.

При развитии неврологических заболеваний (энцефалит, миелит, полирадикулоневрит, менингит и т.п.) с целью исключения интеркуррентных заболеваний необходимо обеспечить проведение серологических исследований парных сывороток. Первая сыворотка должна быть взята в возможно ранние сроки от начала заболеваний, а вторая – через 14–21 сутки.

В сыворотках надлежит определить титры антител к вирусам гриппа, парагриппа, герпеса, Коксаки, ЭХО, аденовируса. При этом титрование первой и второй сывороток следует осуществлять одновременно. Перечень проводимых серологических исследований по показаниям может быть расширен. Так, например, в районах, эндемичных по клещевому энцефалиту, при развитии неврологических заболеваний после вакцинации, проведенной в весенне-летний период, оправданно определение антител к вирусу клещевого энцефалита.

В случае осуществления люмбальной пункции необходимо провести вирусологическое исследование спинномозговой жидкости с целью выявления как вакцинных вирусов (при прививках живыми вакцинами), так и вирусов возможных возбудителей интеркуррентного заболевания. Материал в вирусологическую лабораторию следует доставлять в замороженном состоянии при температуре тающего льда. В клетках осадка ликвора, полученного центрифугированием, возможна индикация вирусных антигенов в реакции иммунофлуоресценции.

При серозном менингите, который развился после паротитной вакцинации или подозрения на вакциноассоциированный полиомиелит, больного следует обязательно обследовать на энтеровирусы.

При постановке клинического диагноза генерализованной БЦЖ-инфекции верификация бактериологическими методами предусматривает выделение культуры возбудителя с последующим доказательством его принадлежности к *Mycobacterium bovis* BCG.

Отдельную группу составляют осложнения, развившиеся вследствие так называемых программных ошибок. К последним относятся: нарушение дозы и способа введения препарата, ошибочное введение другого препарата, несоблюдение общих правил проведения прививок. Как правило, подобные нарушения допускают медицинские работники, в первую очередь медицинские сестры. Отличительной чертой подобного рода осложнений является их развитие у лиц, привитых в одном учреждении или одним и тем же медицинским работником.

### ***Расследование летальных случаев в поствакцинальном периоде***

При летальных исходах в поствакцинальном периоде необходимо их детальное расследование для установления истинных причин смерти, с этой целью обязательно проводится патологоанатомическое вскрытие.

Большой опыт по изучению поствакцинальной патологии, накопленный в мире, показал, что вакцинация, а также введение других медицинских иммунобиологических препаратов может являться провоцирующим фактором, приводящим к манифестации клиники скрыто протекающего заболевания, декомпенсации хронических процессов, а также фактором, утяжеляющим течение острых респираторных инфекций, развивающихся в поствакцинальном периоде.

У детей, привитых в продромальном периоде ОРВИ и инфекций пищеварительной системы, а также при врожденных вялотекущих инфекционных процессах в поствакцинальном периоде могут возникать острые инфекционно-токсические состояния с гемодинамическими нарушениями в ЦНС, обусловленные генерализацией вирусных и бактериальных инфекций (ОРВИ, герпес, Коксаки А, Коксаки В, ЭХО-вирусная инфекция, гепатит В, сальмонеллез, менингококкцемия и т. п.). Тяжелые формы поствакцинальной патологии могут возникать на фоне иммунодефицитных состояний, поражения эндокринной системы, опухолевидных образований в ЦНС (очаговые глиомы и глиоматозы стволовых отделов мозга).

У взрослых при летальных исходах в поствакцинальном периоде могут обнаруживаться редко встречающиеся заболевания органов и систем.

Таким образом, клиницист при лечении заболевания, возникшего в поствакцинальном периоде, и патологоанатом в случае летального исхода должны быть ориентированы на возможность развития в этот период сложной комбинированной патологии.

### ***Проведение вскрытия***

Анализ макроскопической картины у секционного стола позволяет правильно сориентироваться в предварительном диагнозе и наметить программу дальнейшего исследования.

Опыт расследования летальных исходов в мире в поствакцинальном периоде показал, что гистологическое исследование взятых органов является основным в определении посмертного диагноза и установлении причин смерти. Поэтому набор материала на гистологическое исследование должен быть как можно полным и включать также органы, которые обычно не берут для микроскопического исследования. К ним относятся органы эндокринной системы, системы кроветворения (костный мозг), лимфатические узлы различной локализации, в том числе регионарные к месту введения препарата, миндалины, кожа и подкожная клетчатка с прилежащей мышцей в месте введения препарата, все отделы органов пищеварения (желудок, тонкий и толстый кишечник с солитарными фолликулами, групповыми лимфатическими фолликулами – пейеровыми бляшками, червеобразным отростком), главные отделы ЦНС (кора, подкорковые ганглии, ствол мозга), при необходимости – отделы спинного мозга, системы желудочков головного мозга (состояние эпендимы и сосудистых сплетений третьего желудочка, центральной части и нижнего рога бокового, четвертого желудочка). Изучение желудочковой системы головного мозга особенно важно при расследовании случаев, связанных с вакцинацией против кори и паротита для исключения возможности развития специфических для этих инфекций эпендиматитов и плекситов.

#### *Анализ полученных данных*

После завершения эпидемиологического расследования случая ПВО собранные данные анализируются, выставляется заключительный диагноз, делаются выводы о возможных причинах развития ПВО.

Поствакцинальные осложнения по причине их развития можно разделить на четыре группы:

- возникшие в результате технических погрешностей;
- связанные непосредственно с вакциной;
- имеющие характер случайного совпадения;
- связанные с индивидуальными особенностями здоровья пациентов.

В некоторых случаях сам диагноз покажет причину его развития (техническая ошибка, сама вакцина или случайное совпадение).

#### *Сведения, указывающие на возможность связи ПВО с введенной вакциной*

Развитие осложнений выявляется у разных вакцинаторов на одну серию вакцины или вакцину одного производителя:

- установлено нарушение технологии производства вакцин (остаточная токсичность, контаминация);
- определено нарушение температурного режима хранения и транспортировки вакцин (изменение физико-химических свойств препарата);
- доказана остаточная вирулентность или реверсия патогенных свойств вакцинных штаммов.

#### *Сведения, указывающие на технические ошибки*

Большинство осложнений и побочных реакций после иммунизации связано с техническими погрешностями, а именно с нарушениями в хранении, приготовлении и введении вакцин:

- неправильно выбрано место и нарушена техника введения вакцины;

- нарушены правила приготовления препарата, его введением, а именно использование вместо растворителя других лекарств, разведение вакцины неправильным объемом растворителя, контаминация вакцины или растворителя микроорганизмами, неправильное хранение вакцины – длительное хранение препарата в разведенном виде, замораживание адсорбированных вакцин, подогрев вакцины, введение большей дозы вакцины;
- игнорирование противопоказаний (например, ребенок, который дал реакцию на предыдущее введение вакцины, был вновь иммунизирован той же вакциной);
- нарушение рекомендованной схемы иммунизации;
- использование нестерильных шприцев и игл.

Если у других людей, вакцинированных в тот же день и в том же учреждении, той же серией вакцины, не было отмечено аналогичных симптомов, предполагаемый случай ПВО является случайным совпадением по времени с вакцинацией.

*Сведения, указывающие на особенности здоровья пациента*

Такие ПВО обычно являются следствием индивидуальной реакции иммунизированного человека на конкретную вакцину. Поскольку такие осложнения имеют «персональный» характер, они обычно регистрируются как одиночные случаи. Критериями могут служить:

- наличие повышенной чувствительности к компонентам вакцины в виде аллергических реакций в анамнезе;
- иммунодефицитное состояние при вакциноассоциированных заболеваниях после введения живых вакцин;
- декомпенсированные и прогрессирующие поражения ЦНС, судорожный синдром в анамнезе при развитии неврологических реакций на пентавакцину – АКДС + ВГВ + ХИБ;
- наличие хронических заболеваний, которые могут обостриться в поствакцинальном периоде.

*Сведения, указывающие на отсутствие связи заболевания с вакцинацией*

Когда расстройства здоровья случайно совпадают по времени с введением вакцины, это означает, что они развились бы и в том случае, если бы такому человеку вакцину не вводили. Такие расстройства здоровья, имеющие характер случайного совпадения, не связаны с иммунизацией или с вакциной, за исключением того, что развитие совпало по времени с вакцинацией. Критериями могут служить:

- выявление одинаковых симптомов заболевания у привитых и не привитых людей;
- неблагоприятная эпидемическая обстановка в окружении привитого, тесный контакт с инфекционными больными до или после прививки может определить развитие любого острого заболевания, которое по времени совпадает с поствакцинальным процессом, но не связано с ним.

***Окончательное заключение по материалам расследования***

Работу по регистрации ПВО и первичной экспертизе материалов, запросу недостающих данных, представлении сводных материалов по поствакцинальным осложнениям в Министерство здравоохранения Кыргызской Республики проводит Республиканский центр иммунопрофилактики.

Окончательное заключение по результатам расследования каждого случая осложнения, закончившегося летальным исходом, составляет комиссия по экспертизе поствакцинальных осложнений при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

### 2.5.3. Истинные и ложные противопоказания для проведения вакцинации

Противопоказанием для введения всех вакцин является сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу. Сильной реакцией считается: наличие температуры тела выше 40 °С, в месте инъекции отек и гиперемия более 8 см в диаметре, реакция анафилактического типа. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок представлен в таблице 19.

Другая группа состояний требует лишь отсрочки в проведении вакцинации.

Ложные противопоказания к проведению профилактических прививок представлены в таблице 20.

Таблица 19 – Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (приказ Минздрава РФ от 27.06.2001 г. № 229)

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность, анафилактические реакции на яичный белок
БЦЖ-вакцина	Вес ребенка менее 2 000 г, келоидный рубец после предыдущей дозы
ОПВ (оральная полиомиелитная вакцина)	Абсолютных противопоказаний нет
АКДС	Прогрессирующее заболевание нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)
АДС, АДС-М	Абсолютных противопоказаний нет
Живая коревая, паротитная вакцина, вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)	Тяжелые реакции на аминогликозиды. Анафилактические реакции на яичный белок
Вакцина гепатита В	Аллергические реакции на пекарские дрожжи

Таблица 20 – Ложные противопоказания к проведению профилактических прививок

Состояние	В анамнезе
Перинатальная энцефалопатия	Недоношенность
Стабильные неврологические состояния	Сепсис
Аллергия, астма, экзема	Гемолитическая болезнь новорожденных
Увеличение тени тимуса	Болезнь гиалиновых мембран
Врожденные пороки	Осложнения после вакцинации в семье
Дисбактериоз	Аллергия в семье
Поддерживающая терапия	Эпилепсия
Стероиды, местно применяющиеся	Внезапная смерть в семье

Недоношенным детям с массой менее 2 000 г БЦЖ в роддоме не проводят, в последующем после стабилизации состояния все прививки проводят по возрасту, согласно национальному календарю прививок.

Дисбактериоз как диагноз у ребенка с нормальным стулом не имеет под собой каких-либо оснований, так что факт количественных или качественных отклонений микробной флоры кала от «нормы» не может являться поводом для отвода от прививок. Диарея, вне зависимости от характера флоры, должна рассматриваться как острое заболевание, требующее отсрочки от некоторых прививок (ОПВ).

Увеличение тени вилочковой железы на рентгенограмме является либо анатомическим вариантом, либо результатом постстрессовой гиперплазии. Исследованиями было доказано, что такие дети хорошо переносят прививки, дают нормальный иммунный ответ, а частота реакций на введение вакцины у них не больше, чем у детей с нормальными размерами тимуса.

Перинатальная энцефалопатия – термин, обозначающий повреждение ЦНС травматического и/или гипоксического генеза. Этот диагноз используется для обозначения нетяжелых мозговых расстройств при отсутствии очаговых симптомов, судорог или других грубых нарушений. Педиатр вправе отложить прививку, если нет полной ясности в отношении характера изменений ЦНС у ребенка с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». Отвод от прививки может быть оправдан лишь при выявлении у ребенка гидроцефалии, судорог, прогрессирующего заболевания ЦНС с другой грубой симптоматикой.

Анамнестические указания на перенесенную ребенком гемолитическую болезнь новорожденных, сепсис, болезнь гиалиновых мембран, другое тяжелое заболевание не должно служить поводом для длительной отсрочки прививок, если состояние ребенка удовлетворительное. Указание на наличие у близких родственников ребенка тяжелой эпилепсии, осложнений на введение вакцины, аллергии любой формы, даже синдрома внезапной смерти у сибса – не должно служить отводом от прививок.

#### **2.5.4. Безопасная практика иммунизации**

**Требования к прививочному кабинету.** Прививки должны проводиться в специально выделенном для этих целей помещении – прививочном кабинете, в котором запрещается проведение других медицинских процедур (манипуляций). Проведение прививок во временно оборудованных для этого помещениях разрешается только в случае массовой иммунизации.

В случае отсутствия в населенном пункте условий для проведения иммунизации (нет медицинской организации, отсутствует медицинский работник, нет условий хранения вакцины и т.п.) прививки проводятся выездной бригадой в составе врача ГСВ и прививочной медсестры. Выездная бригада должна быть обеспечена термоконтейнером для перевозки вакцин, необходимыми вакцинами, одноразовыми шприцами, КБУ, противошоковой аптечкой, спиртом и ватой. Режим и место работы выездных бригад определяется территориальными органами здравоохранения и органами местного самоуправления.

В прививочном кабинете внутренняя отделка должна быть гладкой, выдерживающей влажную уборку и дезинфекцию. Кабинет должен иметь естественное освещение,

подключение к водопроводу, канализации и отоплению, раковину для мытья рук. При отсутствии централизованного водоснабжения и канализации необходимо предусмотреть умывальник для рук.

Прививочный кабинет должен иметь следующее оборудование и инвентарь:

- холодильник достаточной емкости для хранения вакцин, маркированными полками и термометром;
- термоконтейнер или холодовая сумка для транспортировки и хранения вакцин с двойным комплектом хладоэлементов;
- медицинский стол для подготовки вакцин к использованию;
- медицинские шкафы для хранения медикаментов и инструментов, документации;
- рабочий стол и стулья;
- пеленальный стол и (или) медицинская кушетка;
- бикс со стерильным материалом, спирт;
- одноразовые шприцы, коробки безопасной утилизации;
- аптечка противошоковой терапии: 0,1 % раствор адреналина, преднизолон (дексаметазон), 1 % раствор тавегила (2 % раствор супрастина), 2,4 % раствор эуфиллина, кордиамин.

В прививочном кабинете должны быть следующие документы:

- журнал ежедневной регистрации выполненных прививок;
- журнал ежемесячного планирования и учета профилактических прививок;
- лист регистрации температуры в холодильнике;
- журнал учета прихода и расхода вакцин, шприцев и КБУ;
- инструкции по применению всех препаратов, используемых для проведения профилактических прививок; инструктивно-методические документы по иммунизации.

На всех уровнях учреждений здравоохранения, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, причастных к проведению прививок, данные требования должны быть соблюдены.

***К проведению профилактических прививок допускаются лица*** с высшим и средним медицинским образованием после прохождения первичной (перед допуском к работе) подготовки на базе прививочных кабинетов ЦСМ по вопросам иммунопрофилактики с последующей аттестацией каждые два года.

Аттестация медицинских работников по правилам проведения профилактических прививок проводится по утвержденной программе комиссией. Состав комиссии и порядок ее работы должен быть определен приказом по ЦГСЭН. Руководителем комиссии назначается главный врач ЦГСЭН, руководитель региональной программы иммунопрофилактики. В состав комиссии должны входить эпидемиолог ЦГСЭН, ответственный за вопросы иммунопрофилактики, врач-иммунолог и главная медсестра территориального ЦСМ.

После завершения подготовки и сдачи аттестации выдается удостоверение утвержденной формы (приложение 2), сроком на два года.

Ответственность за своевременное прохождение специалистами первичной подготовки и аттестации возлагается на руководителя организации, осуществляющей профилактические прививки.

**Стандарты безопасной практики иммунизации.** Для иммунизации населения используются вакцины и анатоксины, прошедшие государственную регистрацию в установленном порядке.

**Безопасное обращение с вакцинами.** Перед применением вакцины необходимо проверить срок годности вакцины и растворителя (если имеется), наличие признаков контаминации (загрязнения), а также наличие признаков воздействия тепла или холода.

Флакон (ампула) с вакциной считается контаминированной и подлежит уничтожению в следующих случаях:

- на флаконе (ампуле) есть трещины и течи;
- при изменении внешнего вида вакцины или появлении плавающих частиц;
- открытый флакон был погружен в воду;
- пробка флакона с вакциной проколота загрязненной иглой или стерильной иглой на использованном шприце;
- лиофилизированная (сухая) вакцина (КПК, ПКВ, БЦЖ) была открыта более 6 ч после разведения;
- флакон с жидкой вакциной (АКДС, АДС, АДС-М, ВГВ, ОПВ) был открыт более пяти дней.

Следует проверять флаконный термоиндикатор вакцины (ФИВ), который показывает совокупное воздействие высоких температур на флакон с вакциной и правильно интерпретировать показания ФИВ:

А – внутренний квадрат светлее, чем внешний круг – можно использовать такую вакцину;

В – внутренний квадрат все еще светлее, чем внешний круг – следует использовать такую вакцину в первую очередь;

С – внутренний квадрат и круг одинакового цвета – не следует использовать такую вакцину, если даже срок годности вакцины не истек;

Д – внутренний квадрат темнее круга – не использовать такую вакцину.

Ллиофилизированные (сухие) вакцины (КПК, ПКВ, БЦЖ) следует разводить только приложенным в комплекте к вакцине растворителем при строгом соблюдении правил асептики. Если сухая вакцина признана негодной, не пригоден и растворитель к ней.

Для восстановления лиофилизированных (сухих) вакцин (КПК, ПКВ, БЦЖ) должен использоваться весь объем растворителя из флакона (ампулы).

Для восстановления (разведения) лиофилизированных (сухих) вакцин (КПК, ПКВ, БЦЖ) должен использоваться отдельный одноразовый шприц со стерильной иглой, который сразу после разведения, без предварительного надевания колпачка на иглу, помещается в коробку безопасной утилизации (КБУ).

**Безопасность инъекций.** Для проведения инъекций вакцин используются только самоблокирующиеся шприцы (СБ-шприцы), в случае отсутствия СБ-шприцев разрешается применение одноразовых шприцев и игл в стерильной упаковке.

Перед использованием необходимо обязательно проверять целостность упаковки шприца и иглы. При наличии в ней проколов, разрывов или повреждений шприц и игла подлежат сбросу в коробку безопасной утилизации (КБУ), которая должна находиться на вакцинальном столике, справа от вакцинируемого.

Каждая вакцина должна вводиться только шприцем и иглой соответствующего размера и объема. Забор вакцины из флакона (ампулы) осуществляется тем же шприцем, которым будет сделана инъекция.

Категорически запрещается набирать вакцины в шприцы заранее и в несколько шприцев сразу. Перед подготовкой к инъекции медицинский работник, проводящий вакцинацию, должен придерживаться инструкции по выполнению инъекций, утвержденной приказом Минздрава КР.

В прививочном кабинете при проведении инъекций одноразовые перчатки не используются. Обработка места введения вакцины производится 70 % спиртом, если нет других указаний. Обязательно подождать несколько секунд перед введением вакцины, чтобы спирт на коже высох.

Запрещается использовать один и тот же тампон с антисептиком для протирания резиновой крышки флакона с вакциной и растворителем и протирания кожи реципиента (прививаемого).

После разведения вакцины и открытия флакона (ампулы) с вакциной обязательно нужно указывать дату и время открытия/разведения вакцины на этикетке.

**Безопасное уничтожение использованного инъекционного материала и остатков вакцины.** Восстановленные (разведенные) лиофилизированные вакцины (КПК, ПКВ, БЦЖ) подлежат уничтожению через 6 ч после восстановления (разведения) или в конце рабочего дня.

Подлежат уничтожению в конце рабочего дня открытые флаконы с вакцинами, которые были вынесены за пределы прививочного кабинета (ЛПО). Флаконы с остатками вакцины подлежат сбросу в КБУ без предварительного обеззараживания (кроме ампул с БЦЖ-вакциной).

Обеззараживанию должны подвергаться остатки БЦЖ-вакцины в ампулах погружением в 3 % хлорсодержащий раствор на 1 ч, после чего ампула сбрасывается в КБУ. При наборе БЦЖ-вакцины воздух из шприца должен выпускаться в ватный тампон и сбрасываться в КБУ.

Ватный тампон, шприц с иглой после инъекции подлежат сбросу в КБУ без предварительного надевания колпачка и предварительной дезинфицирующей обработки.

Колпачок от иглы и упаковка от шприца должны сбрасываться в бытовой мусор.

КБУ не должны быть переполнены, заполняются на 1/3 объема КБУ (в среднем в коробку помещается 100 шт. использованных 0,5 мл шприцев с иглами).

Ответственный медицинский работник, работающий в прививочном кабинете, на КБУ должен проставлять дату начала и конца заполнения коробки.

КБУ подлежат уничтожению методом сжигания в местах недоступных для населения:

- в крупных городах – в соответствии с действующими в республике нормативными документами по управлению медицинскими отходами;
- в сельской местности – в открытых ямах (размером 50 × 50 см, глубиной 100 см). Запрещается выброс заполненных КБУ на свалку или в бытовой мусор.

**Порядок проведения прививок.** Перед проведением прививок медицинская сестра обязана проверить наличие заключения врача (педиатра, терапевта) о состоянии здоровья лица, пришедшего на прививку, а также об отсутствии противопоказаний к введению

вакцин и разрешение к иммунизации. В случае отсутствия врача пациент может быть осмотрен фельдшером, который оформляет допуск к иммунизации.

Должны быть строго соблюдены инструкции, приложенные к вакцинам при проведении иммунизации.

Рекомендуемые анатомические места введения вакцин:

- для вакцин с внутримышечным введением (АКДС, пентавакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС, АДС-М, ВГВ и др.) – переднебоковая область бедра детям до 18 месяцев жизни и область дельтовидной мышцы плеча для детей старше 18 месяцев и взрослых;
- для вакцин с подкожным введением (КПК, ПКВ и др.) – область наружной поверхности плеча на границе верхней и средней трети;
- для вакцин с внутрикожным введением (БЦЖ-вакцина) – область наружной поверхности плеча на границе верхней и средней;
- для вакцин с оральным введением (ОПВ) – две капли закапывают в рот, не запивая, и в течение часа не разрешается есть и пить, если ребенок срыгнул, необходимо дать вторую дозу.

После проведения прививки сведения о ней заносятся в журнал ежедневной регистрации выполненных прививок, учетные формы 063/у «Карта профилактических прививок», 112/у «История развития ребенка», 026/у «Медицинская карта ребенка». Обязательно указывается наименование введенного препарата, дата его введения, доза и серия.

Для своевременного оказания экстренной медицинской помощи при возникновении немедленных реакций на введение вакцин обеспечить наблюдение за привитыми в стенах ЛПО в течение 30 мин. Медработник одновременно информирует привитого или его родителей о необходимости и пользе введенной вакцины, возможности развития поствакцинальных реакций и необходимости экстренного обращения в ЛПО в случае ухудшения состояния здоровья.

Активное медицинское наблюдение за привитыми проводится на вторые сутки после введения инактивированных вакцин и на седьмой день после введения живых вакцин. Результаты наблюдения должны фиксироваться в ф.112/у «История развития ребенка» и ф.026/у «Медицинская карта ребенка».

**Ассоциированное введение вакцин. Интервалы между введениями вакцин.** Согласно Национальному календарю профилактических прививок все вакцины, положенные ребенку на данный возраст, должны вводиться одновременно. Это достигается применением ассоциированных (комбинированных) вакцин или введением нескольких вакцин во время одного визита к врачу (например: пентавалентная вакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), КПК и т.п.).

Одновременное введение нескольких вакцин не сопровождается угнетением иммунного ответа к какому-либо из антигенов. При проведении одномоментной вакцинации несколькими вакцинными препаратами должны учитываться противопоказания к каждой из применяемых вакцин.

Все вакцины вводят отдельными шприцами в разные участки тела.

В исключительных случаях (выезд за рубеж, по эпидпоказаниям и т.п.) минимальный интервал между вакцинами одного вида (АКДС, пентавакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС, АДС-М, ОПВ, ВГВ) – четыре недели.

Живые вакцины (КПК, ПКВ, ОПВ, БЦЖ) можно вводить с любым интервалом до или после инактивированных (АКДС, пентавакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС, АДС-М, ВГВ) вакцин.

Инактивированные вакцины можно вводить с любым интервалом между разными видами вакцин.

Живые вакцины следует вводить не ранее, чем через месяц после введения живых вакцин. Исключение составляет БЦЖ-вакцина, которая может вводиться одновременно или с любым интервалом до или после введения ОПВ.

**Требования к транспортировке и хранению вакцин.** Для обеспечения оптимальной активности вакцин необходимо внимательное отношение к методикам обращения с ними. Это включает в себя хранение и транспортировку вакцин из первичного вакцинного склада на уровень их использования в медицинском учреждении и дальше, до пунктов проведения иммунизации.

Применяемые в настоящее время все вакцины национального календаря профилактических прививок требуют строгого соблюдения определенного температурного режима при транспортировке и хранении, нарушение которого приводит к частичной или полной потере вакцинами иммуногенной активности.

Предотвращение замораживания становится в последние годы более важным в обеспечении качества вакцины. Необходимо помнить, что не следует хранить вакцины при слишком низкой температуре, поскольку многие вакцины подвергаются порче при замораживании. Замораживание снижает действенность вакцин, после чего их качественные характеристики уже не могут быть восстановлены. В результате снижается эффективность вакцин и повышается вероятность проявления побочных реакций после вакцинации, например, в форме стерильных абсцессов. Случаи возникновения неумышленных ситуаций, когда вакцины подвергаются воздействию температур ниже нуля, широко распространены на всех уровнях систем здравоохранения. Наиболее частая причина замораживания вакцин – нарушение правил подготовки хладоэлементов перед транспортировкой вакцин.

Необходимо соблюдать следующие требования при транспортировке и хранении вакцин:

- во время транспортировки вакцин из одного пункта в другой все вакцины должны храниться при температуре +2 до +8 °С;
- проверять и регистрировать данные температурного режима не реже двух раз в сутки в течение всей недели;
- вакцины АКДС, пентавакцину (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС, АДС-М и ВГВ ни в коем случае нельзя замораживать. Во время транспортировки флаконы с этими вакцинами при соприкосновении с замороженными холодовыми элементами могут замерзнуть и потерять активность. Во избежание этого:
- холодовые элементы следует помещать в термоконтейнер или холодовую сумку только после кондиционирования (после извлечения из морозильника подержите при комнатной температуре до появления капель конденсата на поверхности хладоэлементов и появления воды внутри них);
- уложить на холодовые элементы картон, пенопласт или другой упаковочный материал для максимальной защиты вакцин от высокого риска замораживания;

- для лиофилизированных (сухих) вакцин (КПК, ПКВ) и ОПВ эти меры предосторожности необязательны, и холодовые элементы можно помещать в термоконтейнер или холодовую сумку сразу после извлечения из морозильника, без кондиционирования;
- растворители к лиофилизированным (сухим) вакцинам (КПК, ПКВ, БЦЖ) также не должны подвергаться замораживанию.

На уровне ЛПО в прививочном кабинете для хранения вакцин используют бытовые холодильники или специализированные холодильники-морозильники типа МК-40(74).

Правила закладки бытового холодильника:

- морозильная камера – холодовые элементы, поставленные на ребро на расстоянии 1 см друг от друга;
- верхняя полка – хранятся все лиофилизированные (сухие) вакцины (КПК, ПКВ, БЦЖ) и ОПВ;
- на средней полке – растворители к лиофилизированным (сухим) вакцинам и вакцины АКДС, пентавакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), ВГВ, АДС, АДС-М и термометр;
- в нижней части холодильника должны быть емкости с водой для поддержания оптимальной температуры в холодильнике на случай отключения электроэнергии;
- категорически запрещается хранение вакцин на дверце холодильника, а также хранение продуктов питания и напитков вместе с вакцинами.

Правила закладки специализированного холодильника-морозильника типа МК-40(74):

- чувствительные к замораживанию вакцины (АКДС, пентавакцина (АКДС + ВГВ + ХИБ), АДС, АДС-М, ВГВ) и растворители к живым вакцинам должны храниться в специальных корзинах, входящих в комплект холодильника. В случае их отсутствия вакцины следует хранить на коробках, помещенных на высоте 20 см и выше от дна холодильника, так как охлаждающие элементы в этих холодильниках находятся на дне;
- лиофилизированные (сухие) вакцины (КПК, ПКВ) и ОПВ можно хранить на дне холодильника.

В настоящее время в республике в рамках Национального календаря профилактических прививок приоритетным направлением является использование малодозных флаконов (например: ВГВ, пентавакцина – АКДС + ВГВ + ХИБ). Однако в целях снижения потерь вакцин при их применении должна быть использована Политика использования многодозовых флаконов при проведении последующей серии прививок (ПИМФ):

- открытый флакон с вакцинами АКДС, АДС, АДС-М, ОПВ, ВГВ может храниться в течение пяти рабочих дней при соблюдении следующих условий:
- не истек срок годности вакцины;
- вакцины хранятся в соответствии с требованиями холодовой цепи;
- все дозы были взяты из флакона с соблюдением правил асептики;
- не изменился цвет индикатора для флаконов с вакциной.

В течение рабочего дня во время проведения прививок открытые флаконы с вакцинами должны храниться в холодовой сумке с кондиционированными хладоэлементами, в специальных поролоновых углублениях.

### 2.5.5. Прививочный кабинет и его документация

Прививочные кабинеты поликлиник осуществляют иммунопрофилактику детских инфекций. В прививочном кабинете работают медсестры, специально обученные технике проведения прививок, приемам неотложной помощи при поствакцинальных осложнениях, для чего имеется набор необходимых медикаментов.

В кабинете должна быть следующая документация:

- журнал переписи детского населения (от 0 до 18 лет) по участкам;
- годовой план профилактических прививок (цифровой);
- месячный план профилактических прививок (пофамильный) на каждом участке с отметкой о выполнении прививок или медицинских отводов;
- журнал особого учета (не привитых против туберкулеза, детей с выражом туберкулиновой пробы, реконвалесцентов после инфекционного гепатита, детей с постоянными или длительными противопоказаниями к прививкам);
- журнал учета бактериальных препаратов;
- экстренные извещения об отравлении, остром инфекционном заболевании или необычной реакции на прививку (форма № 058/у);
- карты учета профилактических прививок (форма № 063/у), которые заполняются на каждого ребенка/новорожденного или вновь прибывшего на участок (в настоящее время дублируются в компьютерном варианте).

При работе по системе единой централизованной прививочной картотеки, бланки (форма № 063/у) на всех детей, независимо от возраста и посещения ими ДОО или школы, хранятся в одном месте. В детских образовательных учреждениях для облегчения работы заводится дублирующая картотека. Медсестра кабинета составляет план прививок на месяц для каждого участка, детского учреждения и школы и передает его медсестрам соответствующих учреждений.

*Обязанности медицинской сестры прививочного кабинета:*

- 1) регулирует прием лиц, подлежащих вакцинации из всех ГСВ, входящих в ЦСМ;
- 2) проводит вакцинацию в соответствии с правилами безопасной практики иммунизации; информирует родителей о времени проведения прививок;
- 3) заводит карту профилактических прививок на новорожденных детей;
- 4) ведет регистрацию проведенных прививок с соответствующими отметками в ф.112, ф.063, журнале ежемесячного планирования профилактических прививок и журнале ежедневной регистрации выполненных прививок;
- 5) заказывает, получает и хранит необходимые вакцинные препараты, перевязочные средства, инструментарий;
- 6) отвечает за правильность хранения бакпрепаратов в прививочном кабинете и соблюдение температурного режима;
- 7) заполняет ежедневно (утром и вечером) температурный лист;
- 8) отвечает за соблюдение санэпидрежима в прививочном кабинете;
- 9) отвечает за хранение и уничтожение заполненных коробок безопасной утилизации медицинского инструментария;
- 10) участвует при необходимости в работе выездных прививочных бригад;
- 11) при отсутствии медсестры-картотетчицы участвует совместно с медсестрами ГСВ в планировании профилактических прививок;

12) повышает свою квалификацию по вопросам иммунопрофилактики, посещая семинары, лекции, циклы усовершенствования.

Прививочная картотека может храниться также и у участкового врача-педиатра, в таком случае план прививок составляет медсестра вместе с врачом. В некоторых поликлиниках прививочная картотека составляется только на неорганизованных детей. Каждое ДООУ, школа имеет свою прививочную картотеку. Все данные о проведенных профилактических прививках заносятся в историю развития ребенка (форма № 112/у).

Если ребенок выезжает куда-либо временно, но на длительное время, ему должна быть выдана справка о сделанных и планируемых на ближайший срок прививках.

В конце каждого месяца участковые педиатры и медсестры отчитываются перед заведующим отделением (врачом прививочного кабинета) о проделанной работе. Заведующий анализирует качество иммунизации детского населения.

Для организации прививочной работы важен строгий учет всех детей, проживающих на данной территории, а также лиц, получивших прививки и не привитых. Учет детского населения проводится два раза в год. Учет организованных детей проводится непосредственно в коллективах (ДООУ, школах). В России прививки проводятся в медицинских учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Основным подразделением, осуществляющим планирование прививок, учет и отчетность, является прививочный кабинет городской детской поликлиники, ЦРБ. За планирование, проведение прививок, учет и отчетность несут ответственность врач и медицинская сестра, на фельдшерско-акушерском пункте – фельдшер. Прививки также проводятся в кабинетах детских дошкольных учреждений, школах при строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований.

Организация работы по проведению прививок базируется на:

- полном и достоверном учете всех детей, проживающих на данной территории;
- наличии медицинской документации на каждого ребенка (истории развития ребенка – форма 112/у, карты профилактических прививок – форма 63/у, медицинской карты ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение или школу – форма 26/у);
- планировании профилактических прививок всем детям, подлежащим вакцинации, с учетом календаря профилактических прививок и существующих противопоказаний;
- обеспечении лечебно-профилактических учреждений качественными препаратами при соблюдении правил их транспортировки и хранения;
- строгом учете детей, получивших прививки, а также не привитых в календарные сроки;
- отчетности (месячной, квартальной, годовой).

В штаты детских поликлиник для проведения работы по иммунопрофилактике входят врач-иммунолог (одна должность на 20 000 населения) и медицинская сестра (одна должность на 10 000 населения).

В функции врача-иммунолога входит:

- полный и своевременный учет организованных и неорганизованных детей, подлежащих прививкам, для чего имеется единая система учета прививок (Ф-63);

- планирование и проведение прививок как организованным, так и неорганизованным детям, состоящим на учете в детской поликлинике;
- проведение иммунобиологических реакций как организованным, так и неорганизованным детям, состоящим на учете в детской поликлинике;
- изучение привитости детского населения путем ежемесячного анализа всех проведенных прививок;
- анализ заболеваемости всеми инфекциями как на участках, так и в детских учреждениях, относящихся к детской поликлинике;
- изучение эффективности проводимых прививок путем сопоставления заболеваемости с данными иммунизации по отдельным видам инфекций;
- систематический анализ противопоказаний к проведению профилактических прививок у детей;
- изучение реактогенности применяемых серий вакцин, учет и анализ необычных реакций на прививки;
- комиссионное решение вопроса о медицинских отводах или проведение прививок детям, повышенно реагирующим на введение вакцин.

При проведении иммунизации, даже при соблюдении всех предусмотренных для них правил, иногда могут иметь место отклонения от общих установленных закономерностей вакцинальных реакций, что может зависеть от различных обстоятельств: конституциональные аномалии ребенка, генетически обусловленные способности его иммунокомпетентных клеток к синтезу соответствующих иммуноглобулинов.

## Раздел 3

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА/ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

#### 3.1. Организация профилактической работы в дошкольных образовательных организациях

К дошкольным образовательным организациям (ДОО) относятся детские ясли, детские сады и детские сады-ясли, а также детские дошкольные организации санаторного типа общего и специального назначения (для детей с нарушением зрения, слуха, речи, интеллекта и т.д.). ДОО специального назначения функционируют круглосуточно как учреждения интернатного типа.

Задачами диспансерного наблюдения здоровых детей в возрасте от трех до семи лет, в том числе детей, посещающих ДОО, являются:

- 1) мониторинг за физическим и нервно-психическим развитием,
- 2) организация рационального, разнообразного питания,
- 3) вакцинация,
- 4) организация и проведение осмотра узкими специалистами по показаниям, в три года исключаются признаки плоскостопия, в пять лет – искривление позвоночника,
- 5) исследование общего анализа крови, мочи и испражнений на яйца глист ежегодно (один раз в год) для выявления отклонений и оздоровления,
- 6) осуществление подготовки ребенка к поступлению в ДОО и общеобразовательные школы (ООШ).

Для оценки нервно-психического развития ребенка от трех до семи лет обычно пользуются данными наблюдений за его поведением во время различных режимных моментов. При этом учитываются следующие ведущие показатели:

- моторное развитие и зрительная координация (равновесие в ходьбе, статическое равновесие, прыжки и т.д.);
- развитие речи (звуковая культура речи, грамматически правильная речь, чтение стихов, пересказы и т.д.);
- познавательная деятельность (количество и счет, величина, ориентировка во времени и пространстве, конструирование, воспроизведение, ощущение цвета, формирование обобщений);
- социально-культурное развитие (культурно-гигиенические навыки, самостоятельность, трудолюбие, игровая деятельность, взаимоотношения с окружающими);
- для оценки нервно-психического развития дошкольников и школьников применяются специальные тесты, таблицы, шкалы и анкетирование;

- уровень нервно-психического развития принято оценивать по четырем группам развития, три из которых – варианты нормального развития, а четвертая – развитие, пограничное с нормой:
  - первая группа: дети с развитием в пределах нормы или опережающие развитие по одному или нескольким показателям;
  - вторая группа: дети с задержкой в развитии на один эпикризный срок (до года – на один месяц, до двух лет – на три месяца, до трех лет – на шесть месяцев) и дети с негармоничным развитием по одному или нескольким показателям;
  - третья группа: дети с задержкой на два эпикризных срока и дети с негармоничным развитием (часть показателей ниже на один, зачастую – на два эпикризных срока);
  - четвертая группа: дети с задержкой на три эпикризных срока;
 Кроме того, выделяют три степени задержки нервно-психического развития:
  - I степень – по 1–2 показателям;
  - II степень – по 3–4 показателям;
  - III степень – по 5–7 показателям.
 Таким образом, оценивать нервно-психическое развитие ребенка рекомендуется по следующей схеме:
  - 1) его уровень по ведущим линиям развития, характерным для данного возраста;
  - 2) соответствие или несоответствие уровня нервно-психического развития ребенка данному возрасту с учетом групп развития и степени задержки;
  - 3) оценка динамики развития ребенка по сравнению с предыдущим уровнем, наличие или отсутствие индивидуальных особенностей.

### **3.1.1. Особенности подготовки детей к поступлению в дошкольную образовательную организацию**

Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение (ДОО) делится на общую и специальную.

*Общая подготовка* включает все мероприятия по наблюдению и диспансеризации детей начиная с первых дней жизни с целью обеспечения гармонического развития и оптимального состояния здоровья (рациональное вскармливание, уход, закаливание, массаж, физическая культура, вакцинация и др.);

*Специальная подготовка* проводится за 2–3 месяца до поступления ребенка в ДОО, она включает:

- осмотр и наблюдение участкового педиатра, консультации других специалистов по показаниям;
- определение уровня гемоглобина, анализ кала на яйца глист, при необходимости – общий анализ крови и мочи;
- оздоровление и лечение детей в зависимости от состояния их здоровья; если ребенок заболел, он может быть отправлен впервые в детский коллектив не ранее чем через две недели после выздоровления;
- оформление эпикриза с оценкой состояния здоровья, определением группы здоровья, группы закаливания, рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, которые вносятся в историю развития ребенка (ф.112/у) и медицинскую карту (ф.026/у);

- профилактические прививки, которые проводятся за один месяц до поступления ребенка в ДОО, вносятся в оригинал учетной формы 063/у по вакцинации; затем форма 063/у передается и хранится в ДОО;
- санитарно-просветительную работу и инструктаж для родителей на следующие темы:
  - 1) формирование навыков общения ребенка с незнакомыми взрослыми и сверстниками (знакомить с новыми ребятами, организовывать коллективные игры, учить делиться игрушками и т.д.);
  - 2) воспитание у ребенка самостоятельности (научить ребенка пользоваться столовыми приборами – ложкой, чашкой, вилкой, туалетом – горшком или унитазом, одеваться);
  - 3) привитие навыков опрятности и личной гигиены (мыть руки, умываться, причешиваться, пользоваться салфеткой и т.д.);
  - 4) формирование положительной мотивации поступления в ДОО:
- заранее познакомить ребенка с территорией ДОО и заинтересовать его («Ой, какие здесь качели, горки! Как весело, интересно!» и т.д.);
- затем завести ребенка в игровую комнату, показать игрушки, дать возможность играть с детьми;
- далее показать, как интересно сидеть вместе и кушать с детьми, какие красивые кровати и т.д.

### **3.1.2. Адаптация ребенка к дошкольным образовательным организациям**

*Социальная адаптация* – это процесс приспособления ребенка к новым для него условиям среды, который сопровождается определенными психологическими трудностями.

Поступление в ДОО всегда сопровождается для ребенка социальной адаптацией. Очень часто у детей ухудшаются сон и аппетит, возникают функциональные расстройства пищеварения, дети плохо прибавляют или теряют массу тела, нарушается поведение (капризы, плаксивость, боязнь, отказ выполнять просьбы взрослых и играть с другими детьми и т.д.).

***Три этапа периода адаптации к ДОО:***

1. *Острый период* (дезадаптация), когда имеется разной степени выраженное несоответствие между привычными поведенческими стереотипами и требованиями новой микросоциальной сферы, сопровождающееся физиологической бурной реакцией и значительным напряжением всех систем организма, продолжительность – 2–3 недели.

2. *Подострый период* (адаптация), когда ребенок активно осваивает среду, вырабатывая соответствующие ей формы поведения, неустойчивое энергозатратное приспособление организма к стрессовым воздействиям, продолжительность – 1–2 недели.

3. *Период компенсации* (адаптированность) к новым социальным условиям, когда все показатели функций различных систем нормализуются, продолжительность – 2–4 недели.

В зависимости от течения и продолжительности функциональных сдвигов различают ***три степени тяжести периода адаптации:***

1. *Легкая* – незначительные отклонения в поведении, нет отставаний в физическом и нервно-психическом развитии по сравнению с исходным уровнем, отсутствуют острые заболевания, нормализация поведенческих реакций происходит за 10–20 дней.

2. *Средней тяжести* – отмечается потеря массы тела, снижение аппетита, повторные острые заболевания, небольшие соматовегетативные нарушения, отклонения в поведении, не требующие медикаментозного лечения. Нормализация поведенческих реакций происходит за 20–40 дней.

3. *Тяжелая* – выраженные отклонения в поведении, требующие медикаментозной коррекции, частые острые заболевания с осложнениями, выраженные соматовегетативные нарушения, замедление темпов физического и нервно-психического развития, требующие консультации психоневролога. Нормализация поведенческих реакций длится до 60 дней.

На течение периода адаптации оказывают отрицательное влияние следующие факторы:

- токсикозы и заболевания матери во время беременности;
- асфиксия и осложнения при родах;
- недоношенность;
- отставание в физическом и нервно-психическом развитии;
- раннее искусственное вскармливание;
- анемия и рахит 2–3-й степени;
- вредные привычки у ребенка;
- группа здоровья II–III–IV степени;
- частые заболевания ребенка;
- низкий культурный уровень семьи;
- неправильное домашнее воспитание до поступления в ДОО;
- употребление алкоголя и вредные привычки родителей;
- плохие взаимоотношения между родителями.

Мероприятия по облегчению адаптации детей в ДОО:

1. Вновь прибывшим детям назначается индивидуальный режим дня с учетом сведений из анамнеза, прогноза адаптации и данных первичного осмотра.

2. Ознакомление родителей с особенностями адаптации детей к ДОО и рекомендациями врача.

3. Разрешается в первые дни сохранять имеющиеся у ребенка привычки, принести свои игрушки, возможно присутствие матери.

4. Переводить на режим ДОО ребенка следует постепенно, во всех моментах ухода и воспитания (кормление, сон, бодрствование и т.д.).

5. В целях профилактики переутомления и перевозбуждения ЦНС необходимо постепенно удлинять время пребывания в ДОО с 2–3 ч до полного дня, удлинять время ночного и дневного сна на 1–1,5 ч, обеспечить ребенку «тепловой комфорт», исключить насильственное кормление и сон, ласково обращаться с ребенком, постепенно привлекать его к играм и занятиям.

6. Не следует переводить ребенка из группы в группу.

7. В группе не должно быть переуплотнения численного состава и шума.

8. Желательно не принимать в группу сразу много новых детей (в ясли – одного-двух в неделю, в дошкольные группы – трех-четырех).

9. Нельзя проводить травмирующие мероприятия (прививки, инъекции, массаж и т.д.).

*Подготовка детей к поступлению в ДОО* осуществляется участковым врачом-педиатром/семейным врачом, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета здорового ребенка. Лечебно-профилактическую помощь детям в ДОО организует ЦСМ/ДП, для чего в их составе создаются специальные школьно-дошкольные отделения.

Подготовка ребенка в ДОО должна начинаться с первых дней его жизни. Для направления в ДОО существует ряд противопоказаний:

- все болезни в остром периоде;
- хронические болезни в период обострения, требующие специального лечения;
- перенесенные инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
- бациллоносительство (кишечные инфекции, дифтерия);
- все заразные и паразитарные заболевания глаз, кожи в период лечения и контроля;
- злокачественная анемия, лейкомия, новообразования;
- недостаточность кровообращения любой степени;
- любые формы туберкулеза легких и других органов;
- частые судорожные припадки, эпилепсия;
- психоневрозы, психопатии;
- эндокринные заболевания, требующие индивидуального ухода и лечения;
- сифилис в заразном периоде, гонорея в период лечения.

*Общая подготовка* детей к ДОО заключается в проведении систематического профилактического наблюдения для обеспечения гармоничного развития и оптимального состояния здоровья при семейном воспитании. Правильное и систематическое профилактическое наблюдение за ребенком с момента рождения значительно упрощает и сокращает объем специальной подготовки.

*Специальная подготовка* начинается со второго полугодия жизни ребенка, поскольку большинство детей идет в ДОО после полутора лет. Если известно, что ребенок пойдет в ДОО в более младшем возрасте, то подготовка начинается с трехмесячного возраста. Она включает в себя следующие мероприятия:

- санитарно-просветительную работу с родителями по воспитанию здорового ребенка в виде тематических бесед по вопросам подготовки детей к поступлению в ДОО;
- диспансерное наблюдение детей участковым педиатром, врачами-специалистами, проведение лабораторных исследований за 2–3 месяца до поступления;
- оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья и результатов последней диспансеризации.

По данным анамнеза и состоянию здоровья семейный врач/участковый педиатр может спрогнозировать тяжесть течения адаптации. Факторами, которые могут осложнить течение адаптации у детей раннего возраста (ясельная группа), могут быть в порядке диагностической значимости: частые заболевания матери, несоответствие домашнего режима ясельному, возраст ребенка от девяти до 18 месяцев, осложненное течение беременности, заболевания у матери во время беременности, вредные привычки у ребенка, асфиксия при рождении, низкий культурный уровень семьи, злоупотребление алкоголем родителей, конфликтные отношения между родителями, отставание в нервно-психическом

развитии, раннее искусственное вскармливание, анемия, отсутствие закаливания и подготовки к яслям, масса тела при рождении менее 2 500 и более 4 000 г, заболевания ребенка на первом году жизни, хронические заболевания у родителей.

У детей дошкольного возраста течение адаптации к ДОО отягощают следующие факторы риска (в порядке их диагностической значимости): частые (более четырех раз в год) заболевания ребенка, неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям, алкоголизм отца, конфликтные отношения между родителями, неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад, недружелюбное отношение ребенка к другим детям, употребление алкоголя матерью, мужской пол ребенка, медленная ориентация в новой среде, низкий культурный уровень семьи, осложнения в родах, масса тела при рождении до 2 500 г, отклонения в физическом развитии.

При наличии у ребенка 4–5 и более неблагоприятных факторов риска, особенно первых шести, наиболее вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации к условиям ДОО.

Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды – в начале подготовительной работы и непосредственно перед поступлением детей в ДОО. При первом прогнозировании планируются дополнительные профилактические мероприятия по облегчению адаптации, при втором – подводятся итоги их эффективности и даются индивидуальные рекомендации по ведению ребенка в адаптационный период. У детей с высокой степенью «биологического риска» можно ожидать повышение острой заболеваемости не только в периоде адаптации, но в ряде случаев и по окончании его периода.

Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в ДОО. В форме 112/у в листе уточненных диагнозов ставится отметка о начале подготовки ребенка к поступлению в ДОО. Медсестра обучает мать специальному комплексу массажа и гимнастики, методике закаливания для повышения необходимой антистрессовой готовности сосудистой системы ребенка, даются советы о начале более ранней подготовки ребенка к поступлению в ДОО. В частности, матери советуют приблизить домашний режим ребенка к режиму ДОО (перед сном не укачивать, не давать пустышки, научить есть из ложки), активно приучать малыша к общению с детьми соответствующего возраста и взрослыми, воспитывать у ребенка гигиенические навыки – мыть руки, пользоваться горшком. Пища должна быть разнообразной, близкой по составу и технологии приготовления к пище ДОО. На каждого поступающего в ДОО ребенка составляется план подготовки.

#### ***План подготовки ребенка к поступлению в ДОО***

Фамилия, имя, адрес ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Подготовка начата с месяца \_\_\_\_\_

Проведено бесед в ЦСМ/ДП \_\_\_\_\_

Проведено бесед семейным врачом/участковым врачом, участковой медсестрой \_\_\_\_\_

Диспансеризация проведена полностью, частично, не проведена \_\_\_\_\_

Заключение о соответствии организации сна, кормления, бодрствования возрасту ребенка или несоответствии \_\_\_\_\_

Предполагаемый прогноз адаптации \_\_\_\_\_

В последующем в декретированные сроки осуществляют контроль выполнения рекомендаций. При необходимости в план рекомендаций по подготовке вносят изменения в соответствии с динамикой в состоянии здоровья. При выявлении отклонений в поведении ребенка, не связанных с какой-либо патологией, желательно проконсультироваться с педагогом.

Заключительным разделом работы семейного врача/участкового врача является составление эпикриза (ф. 112/у) на ребенка с прогнозом и рекомендациями на период адаптации, включающими рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, оздоровительно-лечебным мероприятиям для профилактики острых заболеваний, при обострениях хронических очагов инфекции, при фоновых состояниях. Контроль качества осуществляют заведующие педиатрическим отделением и отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных организациях.

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

Особое внимание следует обращать на детей с различными преморбидными состояниями:

- отклонениями в физическом развитии более чем на 2СО,
- с признаками негармоничного развития,
- отставанием нервно-психического развития более чем на два месяца,
- болеющих на первом году жизни более трех раз и длительностью более 10 дней,
- с аномалиями конституции, анемией, аллергией, с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития.

Эти дети подлежат направлению в ДОО только после соответствующего оздоровления – санации носоглотки, полости рта, проведения противоаллергической терапии. Вопрос о направлении детей данной группы в коррекционные (специализированные) ДОО решается медико-педагогической комиссией.

Семейному врачу/участковому врачу необходимо также обратить внимание на раннее, последовательное, совместно с невропатологом лечение детей с энцефалопатией. Вопрос о возможности устройства этих детей в ДОО должен решаться после заключения специалиста, при условии проведения соответствующих оздоровительных мероприятий.

В соответствии с инструкцией запрещается проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением ребенка в ДОО, но каждый поступающий в ДОО ребенок должен иметь прививку против кори.

Эффективность подготовки и ведения ребенка в *период адаптации* оценивается по характеру течения периода адаптации детей в ДОО (легкая, средней тяжести, тяжелая). В заключительной информации о течении адаптации, которая передается из ДОО в поликлинику по ее окончании, отмечают следующие данные:

Фамилия, имя, адрес ребенка \_\_\_\_\_

Дата поступления в дошкольное учреждение \_\_\_\_\_

Болезнь в первый месяц \_\_\_\_\_ раз. Пропустил \_\_\_\_\_ дней по болезни.

Болезнь во второй месяц \_\_\_\_\_ раз. Пропустил \_\_\_\_\_ дней по болезни.

Длительность и характер нарушений в поведении \_\_\_\_\_

Заключение о периоде адаптации: легкая, средней тяжести, тяжелая (отмечается в листе уточненных диагнозов).

Врач \_\_\_\_\_

Преимуществом в работе врача поликлиники и ДОО состоит в том, что профилактические и оздоровительные мероприятия, начатые в поликлинике, продолжаются в ДОО. С другой стороны, для семейного врача/участкового педиатра оказание лечебной помощи детям, посещающим ДОО, остается важным разделом его работы.

При оформлении документации на ребенка для ДОО, в истории его развития (форма № 112/у) делается запись, когда началась и окончилась подготовка к поступлению в ДОО, какие проведены оздоровительные мероприятия и их результаты.

### **3.1.3. Правила оформления ребенка в дошкольную образовательную организацию**

Не менее чем за 2–3 месяца до поступления в ДОО проводится углубленный медицинский осмотр с участием специалистов: хирурга, ортопеда, лор-врача, офтальмолога, невролога, дерматолога, логопеда (с трех лет), психолога, по показаниям осматривают ребенка и другие специалисты. Обязательно проводится исследование крови, мочи, исследование кала на наличие глистов, соскобы на яйца остриц (трехкратно). После соответствующих оздоровительных мероприятий дети повторно осматриваются семейным врачом/педиатром непосредственно перед поступлением в ДОО.

После осмотра всеми специалистами и получения результатов анализов семейный/участковый врач оформляет заключение в медицинскую карту 026/у-2000, в которой, наряду с паспортными данными ребенка и родителей, отмечает особенности течения беременности и родов у матери, характер вскармливания, указывает клинический диагноз (основной, сопутствующий), оценивает физическое и нервно-психическое развитие ребенка, устанавливает медицинскую группу для занятий физкультурой, указывает полученные профилактические прививки и реакции на них, уточняет аллергологический анамнез, контакты с инфекционными больными. Индивидуальная карта хранится в учреждении, которое посещает ребенок.

### **3.1.4. Подготовка детей к поступлению в школу. Определение готовности ребенка к обучению в школе**

Подготовка детей к поступлению в школу ведется постоянно во всем периоде дошкольного возраста. В целях максимального оздоровления выявленных больных к моменту поступления в школу проводятся комплексные углубленные осмотры в возрасте трех, пяти лет, за год и в год поступления в школу.

В функциональные обязанности семейного/участкового врача ЦСМ/ДП и врача ДОО входит совместная с педагогом работа по определению готовности ребенка к обучению в школе и оценка школьной зрелости.

Школьная зрелость, или готовность ребенка к систематическому обучению в школе, – это тот уровень морфо- и психофизиологического развития, при котором требования систематического обучения не являются чрезмерными и не приводят к нарушению здоровья ребенка, физиологической и психологической дезадаптации, снижению успешности обучения.

Совокупность факторов, определяющих готовность детей к обучению в школе:

➤ Зрительно-пространственное восприятие: дети способны различать пространственное расположение фигур, деталей в пространстве и на плоскости (над – под, на – за, перед – возле, сверху – внизу, справа – слева и т.п.); различать и выделять простые геометрические фигуры (круг, овал, квадрат, ромб и т.п.) и сочетания фигур; способны к классификации фигур по форме, величине; различают и выделяют буквы и цифры, написанные разным шрифтом; способны мысленно находить часть от целой фигуры, достраивать фигуры по схеме, конструировать фигуры (конструкции) из деталей.

➤ Зрительно-моторные координации: дети могут срисовывать простые геометрические фигуры, пересекающиеся линии, буквы, цифры с соблюдением размеров, пропорций соотношения штрихов.

➤ Слухомоторные координации: дети могут различать и воспроизводить несложный ритмический рисунок; способны выполнять под музыку ритмические (танцевальные) движения.

➤ Развитие движений: дети уверенно владеют элементами техники всех бытовых движений; способны к самостоятельным, точным и ловким движениям, производимым под музыку; осваивают и правильно реализуют сложно координированные действия при ходьбе на лыжах, катании на коньках, велосипеде и т.п.; выполняют сложно координированные гимнастические упражнения; осуществляют координированные движения пальцев, кисти, руки при выполнении бытовых действий, при работе с конструктором, мозаикой, при вязании и т.п.; выполняют простые графические движения (вертикальные, горизонтальные линии, овалы, круги и т.п.), способны овладеть игрой на различных музыкальных инструментах.

➤ Интеллектуальное развитие: проявляется в способности к систематизации, классификации и группировке процессов, явлений, предметов, к анализу простых причинно-следственных связей; в самостоятельном интересе к животным, природным объектам и явлениям; в познавательной мотивации. Дети наблюдательны, задают много вопросов, имеют элементарный запас сведений и знаний об окружающем мире, быте, жизни.

➤ Развитие внимания: возможно произвольное внимание, однако устойчивость его еще невелика (10–15 мин) и зависит от внешних условий и индивидуальных особенностей ребенка.

➤ Развитие памяти и объема внимания: количество одновременно воспринимаемых объектов невелико (один-два); преобладает произвольная память, продуктивность произвольной памяти резко повышается при активном восприятии; возможно произвольное запоминание. Дети умеют принять и самостоятельно поставить мнемическую задачу и проконтролировать ее выполнение при запоминании как наглядного, так и словесного материала; значительно легче запоминают наглядные образы, чем словесные рассуждения; способны овладевать приемами логического запоминания (смысловое

соотнесение и смысловая группировка). Однако не способны быстро и часто переключать внимание с одного объекта, вида деятельности и т.п. на другой.

➤ Произвольная регуляция: возможность волевой регуляции поведения (на основе внутренних побуждений и установленных правил); способность проявлять настойчивость, преодолевать трудности.

➤ Организация деятельности: проявляется в способности воспринимать инструкцию и по инструкции выполнять задание, если поставлены цель и четкая задача действия; в возможности планировать свою деятельность, а не действовать хаотично, методом проб и ошибок, однако алгоритм сложного последовательного действия самостоятельно выработать еще не могут; в способности сосредоточенно, без отвлечений работать по инструкции 10–15 мин. Дети могут оценить качество своей работы, но дифференцированную оценку качества по определенным критериям дать затрудняются; они способны самостоятельно исправить ошибки и корректировать работу по ходу дела.

➤ Речевое развитие: проявляется в правильном произношении всех звуков родного языка; способности к простейшему звуковому анализу слов; в хорошем словарном запасе (3,5–7 тыс. слов); грамматически правильном построении предложения; умении самостоятельно пересказать знакомую сказку или составить рассказ по картинкам; свободном общении со взрослыми и сверстниками (отвечают на вопросы, задают вопросы, умеют выражать свою мысль). Дети способны передавать интонацией различные чувства; они способны использовать все союзы и приставки, обобщающие слова, придаточные предложения.

➤ Мотивы поведения: интерес к новым видам деятельности, к миру взрослых, стремление быть похожими на них; познавательные интересы; установление и сохранение положительных взаимоотношений со взрослыми и сверстниками; мотивы личных достижений, признания, самоутверждения.

➤ Личностное развитие, самосознание и самооценка: дети способны осознавать свое положение в системе отношений со взрослыми и сверстниками, стремятся соответствовать требованиям взрослых, стремятся к достижениям в тех видах деятельности, которые они выполняют; их самооценка в разных видах деятельности может существенно отличаться; они не способны к адекватной самооценке, она в значительной степени зависит от оценки взрослых (педагога, воспитателя, родителей).

➤ Социальное развитие: умение общаться со сверстниками и взрослыми, знание основных правил общения; хорошая ориентация не только в знакомой, но и в незнакомой обстановке; способность управлять своим поведением (дети знают границы дозволенного, но нередко экспериментируют, проверяя, нельзя ли расширить эти границы); стремление быть хорошими, первыми, сильное огорчение при неудаче; чуткое реагирование на изменение отношения, настроения взрослых.

### ***Критерии готовности к обучению ребенка в школе***

В школу ребенок должен прийти функционально «зрелым». Установлено, что у «незрелых» школьников учебная деятельность оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние организма и здоровье, они часто становятся неуспевающими. Определение готовности детей к обучению в школе проводится врачом по медицинским и психофизиологическим критериям.

Медицинские критерии:

➤ Уровень биологического развития: биологический возраст соответствует паспортному, если физическое развитие нормальное (длина соответствует возрасту, масса соответствует длине), количество постоянных зубов – 2–6 и более у девочек, 2–5 и более у мальчиков (таблица 21); положительный «филиппинский» тест. У детей в 5–6 лет происходит «полуростовой скачок роста», который заключается в существенном удлинении рук и ног. Филиппинский тест – один из главных критериев «школьной зрелости». Проверка готовности к школе заключается в том, чтобы узнать, прошел этот скачок роста или еще нет, нужно попросить ребенка дотронуться правой рукой до левого уха, проведя руку над головой. Ребенок 4–5 лет не может этого сделать – руки еще слишком коротки (рисунок 2).

➤ Уровень резистентности хороший – не более трех острых заболеваний в год, предшествующий поступлению в школу.

➤ Состояние здоровья – группа здоровья I, II или III в состоянии компенсации. Отсутствие за прошедший год таких заболеваний, как вирусный гепатит, пиелонефрит, неревматический кардит, менингит, менингоэнцефалит, туберкулез, ревматизм в активной фазе, болезни крови.

Таблица 21 – Оценка биологического возраста

Паспортный возраст	Пол	Зубная зрелость по отношению к паспортному возрасту		
		Отстает	Соответствует	Опережает
6 лет	Мальчики	0–1 зуб	2–4 зуба	5–9 зубов
	Девочки	0–1 зуб	2–6 зубов	7–12 зубов
6,5 лет	Мальчики	0–1 зуб	2–6 зубов	7–10 зубов
	Девочки	0–3 зуба	3–8 зубов	9–12 зубов
7 лет	Мальчики	0–4 зуба	5–10 зубов	11–12 зубов
	Девочки	0–5 зубов	6–11 зубов	12 зубов

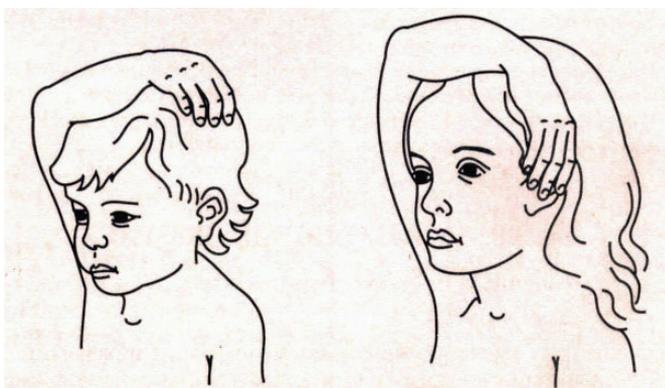


Рисунок 2 – Филиппинский тест

Психолого-педагогические критерии:

- Школьная зрелость по психометрическому тесту Керна – Иерасека от трех до пяти баллов.
- Сформированность школьных умений и навыков.
- Освоение программы воспитания в детском саду в полном объеме.
- Качество звукопроизношения без дефектов.
- Уровень психического развития, соответствующий возрасту.

Педагог-психолог, консультирующий ребенка в возрасте 6–7 лет, используя систему психологических методик, определяет интеллектуальный уровень развития и дает заключение о степени готовности к обучению в школе: «к обучению в школе готов», «подготовлен слабо», «не готов» и дает соответствующие рекомендации.

*Готовые к обучению в школе* – это дети, успешно освоившие программу детского сада, имеющие нормальный уровень психического развития и школьной зрелости (тест Керна – Иерасека от двух до пяти баллов), положительный результат за выполнение мотометрического теста. Биологический возраст соответствует паспортному, редко болеют, не имеют хронических заболеваний и дефектов произношения. У этих детей, как правило, нет отклонений в биологическом анамнезе.

*Условно готовые к обучению в школе* – это дети, имеющие хронические компенсированные заболевания, их биологический возраст отстает от паспортного, они имеют начальные отклонения в поведении и нервно-психическом развитии. У них не полностью сформированы навыки школьной зрелости, тест Керна – Иерасека от шести до семи баллов – «зреющий» вариант А (прогноз благоприятный); тест Керна – Иерасека от восьми до девяти баллов – «зреющий» вариант Б (прогноз условно благоприятный), положительный результат за выполнение мотометрического теста. Имеют один или два дефекта произношения.

*Неготовые к обучению в школе* – это дети, имеющие хронические заболевания в стадии суб- и декомпенсации, выраженные функциональные отклонения, отклонения в поведении, несформированные школьные навыки (тест Керна – Иерасека 10 и более баллов при повторном исследовании). Биологический возраст не соответствует паспортному; нет осознанного отношения к учебе, не справляются с программой детского сада, имеют множественные дефекты звукопроизношения. Как правило, это дети с выраженными отклонениями в биологическом анамнезе.

Ребенок считается незрелым, если получает 10–15 баллов за тест Керна – Иерасека независимо от выполнения других проб (при первом исследовании). Критериями незрелости являются отставание в нервно-психическом развитии, физические недостатки, невротическое развитие личности, сниженный интеллект.

Оценка результатов теста Керна – Иерасека

**Задание № 1.** «Рисунок человека» (рисунок 3). Исследование психофизиологической зрелости проводится медицинской сестрой или воспитателем детского сада, а также медицинской сестрой или врачом поликлиники.

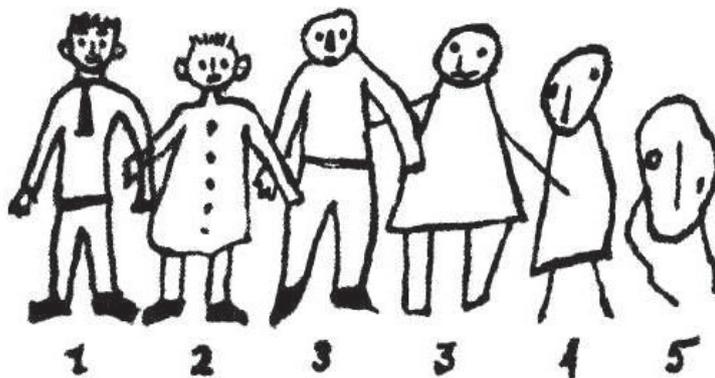


Рисунок 3 – Оценка нарисованной ребенком фигуры человека

Каждое задание оценивается баллами от одного (наилучшая оценка) до пяти (наихудшая оценка).

- Один балл – у нарисованной фигуры (мужчины) должны быть голова, туловище, конечности. Голову с туловищем соединяет шея (она должна быть не больше, чем туловище). На голове должны быть волосы, возможно, шапка или шляпа, уши; на лице – глаза, нос, рот. Верхние конечности заканчиваются рукой с пятью пальцами. Должны быть видны детали мужской одежды.
- Два балла – выполнение всех требований, как при оценке в один балл. Возможны три отсутствующие части: шея, волосы, один палец руки, но не должна отсутствовать какая-либо часть лица.
- Три балла – у фигуры на рисунке должны быть голова, туловище, руки, ноги, которые нарисованы двумя линиями. Отсутствуют шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках, ступни ног.
- Четыре балла – примитивный рисунок головы с конечностями. Каждая конечность (достаточно лишь одной пары) изображена одной линией.
- Пять баллов – отсутствует ясное изображение туловища, рук и ног. Каракули.

**Задание № 2.** «Срисовывание написанного текста» (рисунок 4). Каждое задание оценивается баллами от одного (наилучшая оценка) до пяти (наихудшая оценка).

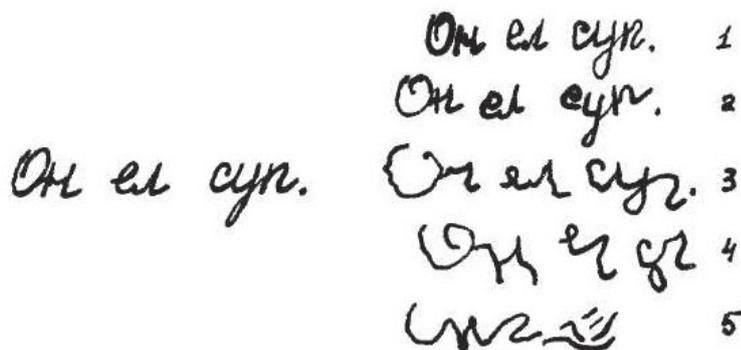


Рисунок 4 – Оценка текста, написанного ребенком

- Один балл – срисованную ребенком фразу можно прочесть. Буквы больше образца не более чем в два раза и образуют три слова. Строка отклонена от прямой линии не более чем на 30 градусов.
- Два балла – предложение можно прочесть. Буквы по величине близки к образцу, их стройность не обязательна.
- Три балла – буквы должны быть разделены не менее чем на две группы. Можно прочесть хотя бы четыре буквы.
- Четыре балла – с образцом схожи хотя бы две буквы. Вся группа букв имеет еще видимость письма.
- Пять баллов – каракули.

**Задание № 3.** «Срисовывание группы точек» (рисунок 5). Каждое задание оценивается баллами от одного (наилучшая оценка) до пяти (наихудшая оценка).

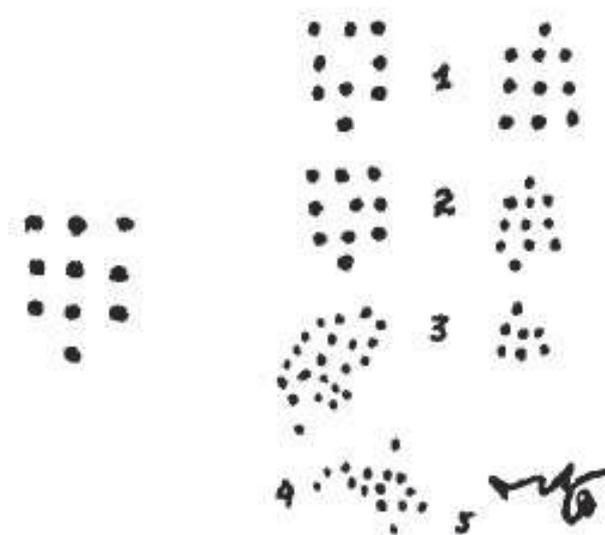


Рисунок 5 – Оценка нарисованной ребенком фигуры из точек

- Один балл – точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по горизонтали и вертикали.
- Два балла – возможно незначительное нарушение симметрии: одна точка может выходить за рамки столбца или строки. Допустимо изображение кружков вместо точек.
- Три балла – группа точек грубо похожа на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигуры. Сохраняется подобие пятиугольника, перевернутого вверх или вниз вершиной. Возможно меньшее или большее количество точек (не менее семи, не более 20).
- Четыре балла – точки расположены кучно, их группа может напоминать любую геометрическую фигуру. Величина и количество точек несущественны. Другие изображения, например линии, недопустимы.
- Пять баллов – каракули.

Сумма результатов выполнения отдельных заданий представляет общий результат исследования по этому тесту.

*Исследование качества произношения.* Ребенку предлагается по картинкам последовательно перечислять вслух предметы, в которых встречаются звуки «Р, Л, С, З, Ц, Ж, Ш, Ч, Щ» в начале, в середине или в конце слова. Наличие хотя бы одного дефекта указывает на невыполнение задания. Пример: рак – ведро – топор; жук – лыжи – нож; щетка – ящерица – плащ.

*Выполнение мотометрического теста «вырезание круга».* Ребенку дают картонную карточку, на которой изображен толстой линией круг, диаметром 30 мм, вокруг которого имеются три больших и три меньших по диаметру круга, изображенные тонкой линией на расстоянии 3 мм друг от друга. Ребенку предлагают вырезать ножницами круг по средней утолщенной линии. После того как он разрезал карточку до толстой линии, фиксируют время начала и окончания работы по секундомеру. Выполненным считается мотометрический тест, если ребенок за 1 мин вырезает  $\frac{8}{9}$  круга. Отклонение

от утолщенной линии допускается не более двух раз, если ребенок в процессе работы перерезает одну из тонких линий, или один раз, если он перерезает две тонкие линии. Разрешается две попытки. Тест считается невыполненным при превышении времени выполнения более 1 мин и большом количестве ошибок.

Организованные дети, не готовые к школьному обучению по психофизиологическим показателям (незрелые), временно не допускаются в школу. Временная отсрочка от приема в школу рекомендуется детям с отставанием биологического развития, а именно рост ниже среднего на две сигмы по стандартам физического развития, прибавка в росте за последний год менее 4 см; полное отсутствие постоянных зубов. Организованные дети остаются в подготовительной группе на следующий год, а неорганизованных рекомендуют определить в подготовительную группу детского сада.

Работа врача по определению готовности к школе проводится в два этапа и предусматривает оздоровление дошкольников и коррекцию развития школьно-необходимых функций. Первое обследование с определением психофункциональной готовности к школе проводится осенью того года, в котором ребенок пойдет в школу. Ребенка осматривают: врач-педиатр, специалисты – хирург, ортопед, офтальмолог, отоларинголог, дерматолог, психоневролог, логопед, стоматолог, педагог-психолог. Детям, имеющим отклонения в состоянии здоровья, назначают комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий. Дошкольникам, у которых выявлено отставание в развитии речи, рекомендуется комплекс упражнений по их коррекции, которые осуществляет врач-логопед. Занятия по развитию моторики проводятся воспитателями детского сада или родителями.

Повторный осмотр всех детей осуществляется перед поступлением их в школу (в апреле – мае) теми же специалистами. Одновременно проводится повторное психофизиологическое обследование детей, признанных не готовыми к школе при первом обследовании. В это же время целесообразно проводить анкетирование родителей на предмет выявления у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, который может существенно затруднить обучение детей и поэтому требует дополнительных медико-профилактических мероприятий.

Непосредственно перед оформлением в школу ребенка повторно осматривают специалисты. Ему проводят общие анализы крови, мочи, исследуют кал на наличие яиц глистов. Оценивается эффективность проведенного лечения и состояние здоровья ребенка, функциональная готовность к поступлению в школу.

*Алгоритм заключения:*

- клинический диагноз (основной, сопутствующий);
- оценка физического развития;
- оценка нервно-психического развития;
- медицинская группа для занятий физкультурой;
- медико-педагогическое заключение о готовности к обучению с определенного возраста;
- рекомендации по оздоровлению, режиму, питанию.

### **3.1.5. Противоэпидемическая работа в дошкольных образовательных организациях**

Противоэпидемическая работа в ДОО включает вакцинацию и мероприятия, направленные на предотвращение вспышки инфекционного заболевания.

Вакцинация детей в ДОО проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Мероприятия по предотвращению вспышки инфекционного заболевания в ДОО заключается в следующем:

- Соблюдение принципа групповой изоляции – как в помещении, так и во время пребывания ребенка на участке; общение допустимо только в старших группах на прогулке или на утреннике (при отсутствии карантина).
- Ежедневное проведение утреннего осмотра детей медсестрой или воспитателем (опрос родителей, осмотр зева и кожных покровов ребенка, измерение температуры в ясельных группах у всех, в детском саду по показаниям, осмотр стула). Полученные сведения фиксируются в дневнике группы.
- Немедленная изоляция заболевшего ребенка в изолятор до прихода родителей.
- Лечение острых заболеваний проводится на дому.
- После перенесенного заболевания дети принимаются только по справке от участкового врача, в которой указан диагноз, длительность заболевания, контакты с инфекционными больными.
- Дети, отсутствующие в детском коллективе более трех дней, принимаются в группу только после предъявления справки от участкового педиатра, разрешающей посещение ДОО, и после объективного осмотра врача ДОО. Такие же требования предъявляются к приему детей, отсутствующих в связи с отпуском родителей.
- Вновь поступающие в ДОО дети допускаются в группу только после осмотра врача ДОО и на основании документов, выданных участковым врачом.
- При обнаружении в ДОО инфекционного заболевания проводятся дезинфекционные мероприятия. Об инфекционном заболевании докладывается в ГСЭН по телефону, заполняется экстренное извещение и направляется эпидемиологу. Каждый случай регистрируется в специальном журнале.
- Дети, находившиеся в контакте с больным, наблюдаются в течение карантинного срока ежедневно, данные осмотров фиксируются в журнале и карте 026/у-2000.
- Ежедневно проводится текущая дезинфекция и контроль за ее выполнением, соблюдением санитарно-гигиенического режима в группах.
- Персонал кухни ежедневно осматривается для выявления гнойничковых заболеваний кожи. Заболевшие изолируются. Регулярно контролируется ведение санитарных книжек работников ДОО.

### **3.2. Организация медицинской помощи детям в общеобразовательных школах**

Школьный возраст – это очень ответственный и огромный отрезок в жизни ребенка. В школьном возрасте у детей продолжается интенсивный и сложный процесс перестройки обмена веществ, деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой и нервной

систем. У подростков происходит радикальная гормональная перестройка организма, связанная с половым созреванием. В этом периоде у подростков увеличиваются также физические, умственные и психоэмоциональные нагрузки, происходит социальная адаптация и становление личности.

***Медицинское обеспечение учащихся ООШ предполагает:***

- организацию необходимых профилактических, оздоровительных, лечебных мероприятий;
- предупреждение инфекционных заболеваний среди детей, профилактику травматизма, несчастных случаев;
- контроль всестороннего развития и здоровья детей;
- организацию и контроль выполнения постановки режима, оздоровительной, воспитательной и учебной работы в ООШ;
- ознакомление детей и их родителей с основами гигиены, распространение санитарных знаний среди персонала и родителей.

***Функциональные обязанности врача в ООШ:***

- координация деятельности ЛПО и ООШ;
- контроль за организацией и анализом медицинского обслуживания детей, включая профосмотры, консультативную помощь школьникам;
- организация работы по гигиеническому воспитанию детей и родителей, контролю за санитарно-гигиеническими условиями в ООШ;
- организация и проведение оздоровительной летней кампании, контроль и оказание методической помощи в организации учебно-воспитательного процесса (участие в составлении расписания, режима дня и занятий);
- контроль за питанием школьников, за физическим воспитанием (распределение детей на группы для занятий физкультурой, оценка физподготовки, контроль за физвоспитанием, закаливанием);
- контроль за трудовым воспитанием и профориентацией подростков;
- проведение иммунопрофилактики, мероприятий по облегчению адаптации в ООШ и коррекции ее с педагогом;
- проведение медико-педагогических мероприятий по формированию функциональной готовности к обучению, ведение документации;
- диспансеризация школьников и проведение оздоровительных мероприятий в ООШ;
- анализ состояния здоровья учащихся и разработка мероприятий по улучшению охраны их здоровья.

***Задачи диспансерного наблюдения для детей от 7 до 18 лет*** представлены в таблице 22.

***Контроль за состоянием здоровья на основе массовых скрининг-тестов*** предусматривает новый принцип организации углубленных осмотров, этапность обследования. Перед проведением осмотров медицинские сестры ООШ должны проверить медицинские карты, провести скрининговое обследование детей по диагностическим тестам.

Скрининг-программа подразделяется на базовую и расширенную, результаты вносятся в медицинскую карту ребенка в ООШ (форма 26/у-2000).

Таблица 22 – Задачи диспансерного наблюдения детей в возрасте от 7 до 18 лет

Возраст ребенка	Основные задачи
От 7 до 18 лет (приложение 9 к приказу МЗ КР от 09.10 2015 г.)	<p>Профилактические осмотры в школах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учащиеся 1-го класса перед поступлением в школу проходят осмотры узких специалистов (лор, окулист, хирург, ортопед, невролог, логопед, стоматолог).</li> <li>2. Во 2, 3 и 4-м классах проходят осмотр педиатра и стоматолога, других специалистов по показаниям, определяют анализ кала на яйца глист и простейшие.</li> <li>3. С 10-летнего возраста предыдущее заключение дополняется степенью выраженности вторичных половых признаков у девочек и мальчиков, с 14 лет появляется оценка репродуктивного поведения, указывается ограничение деторождения.</li> <li>4. В 5-м классе проводят осмотр педиатр, стоматолог, лор, окулист, хирург, невролог. Определяют общий анализ крови и сахар в крови. Другие обследования по показаниям.</li> <li>5. В 6-м и 7-м классах проводятся комплексные углубленные медосмотры с участием педиатра и узких специалистов: лора, окулиста, хирурга, ортопеда, невролога, логопеда, стоматолога.</li> <li>6. В 8-м и 9-м классах проводится углубленный осмотр педиатра и узких специалистов: лора, окулиста, невролога, хирурга/ортопеда, уролога (мальчики) и гинеколога (девочки), стоматолога. Дополнительно проводят анализ крови и мочи, кала на яйца глист, флюорографическое исследование или рентгенографию органов грудной клетки.</li> <li>7. На каждого 15-летнего подростка оформляется: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ф 025/у (юношам) и переводной эпикриз, который вносится в историю развития ребенка,</li> <li>• Ф 112/у, а медицинские работники школ оформляют эпикриз в медицинскую карту,</li> <li>• Ф 026/у. В настоящее время все дети до 18 лет наблюдаются у участкового врача-педиатра (подросткового терапевта) или семейного врача</li> </ul> </li> </ol>

Расширенной программой скрининг-исследования в 7-летнем возрасте предусматриваются осмотры таких специалистов, как: хирург, ортопед, офтальмолог, эндокринолог, лор, дерматолог, невролог, логопед, стоматолог, педагог и психолог. В 10-летнем возрасте, наряду с перечисленными выше специалистами, девочек обязательно осматривает гинеколог, начинают оценивать половое развитие. Всем детям делают ЭКГ. С 12-летнего возраста мальчиков осматривает андролог, оценивает половое развитие.

**Профилактика заболеваний и травматизма в ООШ.** К основным «школьным» болезням относятся миопия, нарушение осанки, астеноневротические реакции за счет проявлений переутомления школьников.

**Контроль за физическим воспитанием.** После проведения ежегодных плановых осмотров к октябрю врач составляет поименный список учащихся с уточнением распределения их по медицинским группам для занятий физкультурой и передает директору школы, который издает приказ с указанием медицинской группы по физкультуре для каждого ученика. Динамическое наблюдение за группами должно проводиться до

окончания учебного года. Для участия в учебных и внеучебных занятиях физической культурой и спортом выделяются различные медицинские группы.

*К основной группе* относят школьников без отклонений в физическом развитии, состоянии здоровья или с незначительными отклонениями, преимущественно функционального характера, но с достаточной подготовкой. *К подготовительной группе* относят школьников с незначительными отклонениями в физическом развитии и состоянии здоровья, без достаточной физической подготовки. *К специальной группе* относят школьников, имеющих значительные постоянные или временные отклонения в состоянии здоровья, которые не мешают выполнению обычной учебной работы в школе, но являются противопоказанием для занятий физкультурой.

**Освобождение от экзаменов.** Освобождение выпускников от итоговой аттестации противоречит закону РФ и КР, поэтому для выпускников, нуждающихся в длительном лечении в связи с заболеваниями, включенными в перечень, утвержденный совместным приказом Министерства образования России и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности России от 18.07.94 № 268/146, а также приказом №119/1 от 15.03.2005 г. МОиН Кыргызской Республики и приказом МЗ КР № 97 от 15.03. 2005 г., устанавливается щадящий режим ее проведения.

**Освобождение от посещений массовой школы.** При различных заболеваниях дети нуждаются в организации индивидуальных занятий на дому. Освобождение от посещений массовой школы также оформляется КЭК поликлиники и решением педсовета школы, регистрируется в формах 112/у, 026/у-2000 и других.

**Скрининговая программа тестового обследования** детей школьного возраста при проведении массовых медицинских осмотров включает:

1. *Анкетный опрос* для выявления жалоб и нарушений со стороны различных систем. Таковыми могут быть: отклонения в поведении, обмороки, нарушение сна, работоспособности, аппетита, тошнота, головная боль, головокружение, одышка, боли в области сердца, в суставах, животе, аллергия, нарушение мочеиспускания и стула и прочее.

Анкеты на младших школьников заполняют родители, а старшеклассники после 12 лет заполняют их самостоятельно.

2. *Индивидуальная оценка физического развития школьника:*

- антропометрия;
- наружный осмотр (состояние кожи, подкожно-жирового слоя, мускулатуры, осанка, форма стопы);
- определение мышечной силы кистей рук с использованием детского динамометра;
- число постоянных зубов;
- определение степени полового созревания.

3. *Измерение АД* (по методу Н.С. Короткова) на правой руке в положении сидя, после 10-минутного отдыха. Полученные данные сравнивают со средневозрастными показателями АД для данного или схожего региона.

4. *Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата.* Тест включает осмотр ребенка по специальной схеме с целью обнаружения нарушений осанки и истинного сколиоза. Врач-педиатр осматривает ребенка, раздетого до трусов и стоящего в его привычной позе, на расстоянии 1 м в трех положениях: спереди, сбоку, сзади.

*При осмотре спереди* определяется:

- положение головы (правильное, наклон в сторону или вперед);
- контур и уровень плеч (симметрия или асимметрия шейно-плечевых линий, сведение вперед);
- форма грудной клетки (рахитическая, цилиндрическая, уплощенная, бочкообразная);
- форма живота (выпуклый, втянутый, плоский);
- форма ног (прямые, Х-образные, О-образные).

*При осмотре сбоку:*

- положение головы (обычное, наклон вперед), плеч (обычное, наклон вперед) и лопаток (обычное, выступают), форма живота (втянут, плавный переход линии груди в линию живота);
- форма спины (правильная; сутулая, плоская, плоско-вогнутая круглая).

*При осмотре сзади:*

- положение плечевого пояса и головы;
- положение лопаток (опущение, асимметрия нижних углов лопаток, разное состояние);
- отклонения линии позвоночника во фронтальной плоскости вправо или влево в одном отделе или в нескольких;
- асимметрия треугольника талии.

При выявлении отклонения позвоночника во фронтальной плоскости более чем на 1 см и наличии асимметрии треугольника талии необходимо дифференцировать нарушение осанки от деформаций позвоночника при сколиозе.

Для этого можно использовать тест на определение скручивания позвоночника: при осмотре ребенку предлагают наклониться вперед (стоя спиной, а затем лицом к медработнику), голова опущена, руки свободно свисают. При нарушении осанки во фронтальной плоскости позвоночник имеет вид ровной дуги, вдоль него не выявляются никакие выбухания. Появление в области искривления мышечного валика или реберного выбухания, неполное выравнивание позвоночника заставляет думать о сколиозе и является показанием для проведения рентгенографии и консультации ортопеда.

5. *Тест для выявления плоскостопия* – плантография. Дети с деформациями стоп направляются к ортопеду, назначается ношение супинаторов, комплекс массажа, ЛФК.

6. *Исследование остроты зрения с использованием таблиц Сивцева – Головина*<sup>1</sup>. Таблицу следует поместить на такую высоту, чтобы нижний край знаков был на уровне глаз. Если ребенок не видит или допускает ошибки в чтении букв 9-й – 10-й строк, то его надо направить к офтальмологу для дальнейшего обследования.

7. *Выявление предмиопии* – тест Малиновского. После определения остроты зрения к глазу с нормальной остротой зрения подносится линза +1 дптр (удобно использовать очки в детской оправе с линзами +1 дптр, Д = 56–58 мм) и вновь определяется острота зрения. Если ребенок, глядя через линзу, не может правильно прочитать буквы 9-й – 10-й строк, то этот тест положителен и ребенок направляется к офтальмологу для дополнительного обследования и периодического контроля (группа риска по миопии).

---

<sup>1</sup> В 0-х и 1-х классах с изображением фигур, со 2-го класса – изображением букв.

8. *Тест для выявления нарушения цветового зрения* проводится однократно в 5-м – 6-м классах. Используются полихроматические таблицы Рабкина для исследования цветоощущения. При неправильном различении даже отдельных таблиц констатируется нарушение цветового зрения, и школьник направляется на консультацию к окулисту. Для исследования используются только I–XIII полихроматические таблицы. Таблицы Рабкина состоят из разноцветных кружочков, расположенных определенным образом, что среди них определяются очертания цифр или геометрических фигур. При нарушении цветоощущения больной видит скрытые цифры, невидимые для здоровых людей. В таблицах учтены общепринятые виды расстройства цветового зрения, что позволяет точно установить его врожденную или приобретенную патологию. Исследование можно проводить взрослым и детям с двух лет.

Нормальное цветовое зрение (трихромазия) – если правильно названы 27 таблиц основной серии. Аномальное цветоощущение – если неправильно названо от 1–12 таблиц. Нарушение восприятия одного цвета (дихромазия) – неправильно названы 12 таблиц и более. Варианты чтения таблиц: правильное, неуверенное, неправильное типичное, неправильное атипичное, не читаются. Существует три таблицы, которые смогут прочитать только лица с приобретенной патологией зрения.

9. *Исследование остроты слуха* шепотной речью – ребенок должен стоять спиной на расстоянии 6 м от медработника, который произносит слова шепотом. При снижении остроты слуха ребенок должен быть направлен на консультацию к лору.

10. *Лабораторные скрининг-тесты* для выявления протеинурии и гликозурии. При положительных результатах назначается консультация нефролога и эндокринолога.

После проведения объективного осмотра школьный врач дает **заключение о состоянии здоровья ребенка**, которое должно отражать:

- 1) заключительный диагноз;
  - 2) оценку физического и психического развития (группу здоровья);
  - 3) медицинскую группу по физкультуре;
  - 5) допуск к трудовому воспитанию:
- ограничения по состоянию здоровья в дальнейшей профессиональной деятельности;
  - рекомендации по режиму дня и питания, физическому воспитанию, специфической профилактике инфекционных заболеваний;
  - возможные ограничения в плане годности к службе в армии (для юношей).

Все данные, полученные при проведении профилактического осмотра, вносятся в медицинскую карту ребенка (Ф 026/у), в медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка (Ф 112-1/у), в историю развития (Ф 112/у).

Охрана и укрепление здоровья школьников занимает особое место в системе охраны здоровья детей и подростков. Учащиеся школ составляют в среднем 1/7–1/6 часть населения. Неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья учащихся нередко впоследствии становятся причиной ограничений при выборе массовых профессий.

#### ***Перечень медицинской документации в ООШ***

1. Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).
2. Книга для записи санитарного состояния учреждения (форма № 3013/у).
3. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у).

4. Журнал учета санпросветработы (форма 0380/у).
5. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у).
6. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма № 058/у).
7. Направление на консультацию во вспомогательный кабинет (форма № 028/у).
8. Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях (форма № 067/у).
9. Лист здоровья (в классном журнале).
10. Комплексный план работы на год, утвержденный зав. отделением и администрацией школы.
11. Помесячный план работы.
12. Книга учета контактов с острыми инфекционными заболеваниями (форма № 061/у – Карантинный журнал).
13. Санитарный журнал (форма № 308/у).
14. Вводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, травм, отравлений (форма № 071/у – Журнал травматизма).
15. Журнал учета детей, направленных в туберкулезный диспансер.
16. Журнал контроля за физкультурными занятиями.
17. Лист адаптации за первоклассниками.
18. Журнал учета проф. прививок.
19. Журнал учета движения детей по группам здоровья.
20. Журнал осмотра на форму-20.
21. Диспансерный журнал (для регистрации больных по форме № 030/у).
22. Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1у).
23. Медицинская справка на подростков, поступающих на работу, абитуриентов, поступающих в высшие и средние специальные учебные заведения, профессионально-технические училища (форма № 086/у).

### **3.2.1. Организация рационального питания детей в дошкольных и школьных образовательных организациях**

Основными принципами организации питания детей дошкольного и школьного возраста являются:

- адекватная энергетическая ценность рационов, соответствующая энергозатратам;
- сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам (белки и аминокислоты, жиры и жирные кислоты, витамины, минеральные соли и микроэлементы);
- максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности;
- оптимальный режим питания;
- адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность пищевой ценности;
- учет индивидуальных особенностей детей (в том числе непереносимость ими отдельных продуктов и блюд);

- обеспечение пищевой безопасности, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хранению, приготовлению и раздаче блюд.

Рационы питания дошкольников и школьников должны включать все основные группы продуктов: мясо и мясопродукты, рыбу и рыбопродукты, молоко и молочные продукты, яйца, пищевые жиры, овощи и фрукты, хлеб и хлебобулочные изделия, сахар и кондитерские изделия, крупы, макаронные изделия и бобовые. Только в этом случае можно обеспечить детей всеми необходимыми им пищевыми веществами. И, наоборот, исключение из рациона тех или иных из названных групп продуктов или, напротив, избыточное потребление каких-либо из них неизбежно приводит к нарушениям в состоянии здоровья детей. Такие продукты, как хлеб, крупы, молоко, мясо, сливочное и растительное масло, сахар, овощи и фрукты включаются в меню ежедневно, а остальные продукты (творог, сыр, яйцо, рыба) – 2–3 раза в неделю.

Другим условием является строгий режим питания, который должен предусматривать не менее пяти приемов пищи: завтрак, второй завтрак, обед, полдник и ужин (в ДОО не менее четырех приемов пищи: завтрак, второй завтрак, обед, полдник), причем три из них обязательно включают горячее блюдо. Если интервал между приемами пищи слишком велик (больше 4 ч), у ребенка снижаются работоспособность, память. Чрезмерно же частый прием пищи снижает аппетит и тем самым ухудшает усвояемость пищевых веществ.

### **3.2.2. Организация рационального питания детей в дошкольных образовательных организациях**

#### ***Основные принципы организации питания в ДОО следующие:***

- Соответствие энергетической ценности рациона энергозатратам ребенка.
- Сбалансированность в рационе всех заменимых и незаменимых пищевых веществ.
- Максимальное разнообразие продуктов и блюд, обеспечивающих сбалансированность рациона.
- Правильная технологическая и кулинарная обработка продуктов, направленная на сохранность их исходной пищевой ценности, а также высокие вкусовые качества блюд.
- Оптимальный режим питания, обстановка, формирующая у детей навыки культуры приема пищи.

Организация питания детей в детском саду должна сочетаться с *правильным питанием ребенка в семье*. Для этого необходима четкая преемственность. Нужно стремиться к тому, чтобы питание вне ДОО дополняло рацион, получаемый в организованном коллективе. С этой целью в детском саду ежедневно вывешивается меню. В выходные и праздничные дни рацион питания ребенка по набору продуктов и пищевой ценности лучше максимально приближать к рациону, получаемому им в ДОО (таблица 23).

Таблица 23 – Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов для организации питания детей, находящихся в дошкольных образовательных организациях (на одного ребенка, г, брутто/нетто с длительностью пребывания 10–12 ч)

Наименование продуктов	1,5–3 года брутто	1,5–3 года нетто	3–7 лет брутто	3–7 лет нетто
Хлеб пшеничный	70	70	120	120
Хлеб ржаной	30	30	50	50
Мука пшеничная	15	15	20	20
Крупы, бобовые, макаронные изделия	30	30	40	40
Картофель	150	105	220	150
Овощи свежие, бахчевые, зелень	236	190	295	237
Фрукты свежие, ягоды	130	115	145	130
Сухофрукты	10	10	15	15
Мясо	85	60	100	70
Птица	20	13	22	15
Рыба	25	15	30	20
Молоко, кисломолочные продукты	500	500	450	450
Творог	40	40	45	45
Сыр	3	3	5	5
Масло сливочное	16	16	22	22
Масло растительное	7	7	9	9
Яйцо, шт.	0,5	0,5	0,5	0,5
Сахар, кондитерские изделия	55	55	60	60
Чай	0,2	0,2	0,2	0,2
Кофейный напиток, какао	1	1	1	1
Соль пищевая	3	3	5	5
Дрожжи хлебопекарные	1	1	1	1
Пищевая ценность, г:				
белки		59		69
в т.ч. животного происхождения		40		44
жиры,		58		69
в т.ч. растительного происхождения		11		13,6
углеводы		207		260
Энергетическая ценность, ккал		1 578		1 858

### 3.2.3. Организация питания детей в общеобразовательных школах

Возрастающие нагрузки у детей школьного возраста увеличивают потребность их организма в белках, жирах, углеводах, энергии, витаминах и микроэлементах.

Питание учащихся должно находиться под постоянным контролем школьного врача и медицинской сестры. Повседневная работа включает контроль за качеством поступающих продуктов, условиями хранения, соблюдением сроков реализации; технологией приготовления пищи и качеством готовых блюд; соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на пищеблоке и обработкой посуды. В общеобразовательных школах организуется одноразовое питание для детей начальных классов (с 1-го по 4-й классы). Завтрак, обеспечивающий 20 % суточной потребности детей в основных пищевых ингредиентах и энергии, проводится во время второй и третьей перемены.

Для всех желающих школьников, задерживающихся в школе на собраниях и факультативных занятиях, может быть организовано двухразовое питание. Интервалы между завтраком и обедом должны быть 3–4,5 ч.

***Перечень продуктов и блюд, которые не допускаются для реализации в образовательных организациях***

В образовательных организациях запрещается использовать:

1. Пищевые продукты с истекшими сроками годности и признаками недоброкачества.
2. Продовольственное сырье и пищевые продукты без сопроводительных документов, подтверждающих их качество и безопасность.
3. Остатки пищи от предыдущего приема и пища, приготовленная накануне.
4. Плодоовощная продукция с признаками порчи.
5. Грибы и продукты (кулинарные изделия), из них приготовленные.
6. Консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.
7. Закусочные консервы, зеленый горошек без термической обработки.
8. Крупа, мука, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями.
9. Неизвестного состава порошки в качестверыхлителей теста.
10. Любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления.
11. Мясо и субпродукты всех видов сельскохозяйственных животных, рыба, сельскохозяйственная птица, не прошедшие ветеринарный контроль.
12. Сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы.
13. Субпродукты, кроме печени, языка, сердца.
14. Зельцы, изделия из мясной обрести, свиных боков, крови, диафрагмы, рулеты из мякоти голов, кровяные и ливерные колбасы, рулеты из мякоти голов.
15. Заливные блюда (мясные и рыбные), студни, форшмак из сельди.
16. Мясо диких животных.
17. Непотрошенная птица.
18. Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы, не прошедшие тепловую обработку.
19. Макароны по-флотски (с мясным фаршем), макароны с рубленным яйцом, блинчики с мясом, студни, паштеты, форшмак из сельди, заливные блюда (мясные и рыбные).
20. Пирожки, расстегаи, беляши, кулебяка, чебуреки, пельмени и другие мучные кулинарные изделия, при приготовлении которых в качестве начинки используется сырой фарш.
21. Яйца и мясо водоплавающих птиц.
22. Яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой, «тек», «бой», а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам.
23. Яичница-глазунья.
24. Кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин и другие гидрогенизированные жиры.
25. Первые и вторые блюда из/на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления.
26. Окрошки и холодные супы.
27. Фляжное, бочковое, не пастеризованное молоко без тепловой обработки (кипячения).

28. Молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедшие первичную обработку и пастеризацию.
29. Простокваша – «самоквас» в натуральном виде, а также для приготовления творога.
30. Творог из не пастеризованного молока, фляжный творог, фляжная сметана без термической обработки.
31. Творог и сметана в натуральном виде без тепловой обработки (творог используют в виде запеканок, сырников, ватрушек, сметану используют в виде соусов и в первое блюдо за 5–10 мин до готовности).
32. Молочные продукты и мороженое на основе растительных жиров.
33. Паштеты и блинчики с мясом, творогом, ливерным фаршем и т.п.
34. Запрещается переливание кисломолочных напитков из потребительской тары в емкости, их порционируют из производственной потребительской упаковки в стаканы или подают на раздачу в заводской упаковке.
35. Жаренные во фритюре пищевые продукты и изделия.
36. Уксус, горчица, хрен, перец острый (красный, черный) и другие острые (жгучие) приправы.
37. Острые соусы, кетчупы, майонез, закусочные консервы, маринованные овощи и фрукты.
38. Кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты).
39. Карамель, в том числе леденцовая.
40. Квас, напитки и морсы из плодово-ягодного сырья без термической обработки.
41. Чай, кофе натуральный; тонизирующие, в том числе энергетические напитки, алкоголь.
42. Газированные напитки, кремовые кондитерские изделия.
43. Жевательная резинка.
44. Ядро абрикосовой косточки, арахис.

Запрещается использование в питании школьников продуктов и изделий, применение которых не согласовано в порядке, установленном органами госсанэпиднадзора.

### **3.3. Определение инвалидности у детей и подростков. Социальная и медицинская реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья**

*Инвалидность*, согласно закону КР «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» от 3 апреля 2008 г. № 38 (в редакции законов КР от 30 декабря 2009 г. № 319, 29 апреля 2016 г. № 52, 8 июня 2017 г. № 100) определяется как социально-юридический статус, предполагающий наличие у лица стойких физических, психических или умственных нарушений. В зависимости от степени расстройств устанавливают I, II и III группы инвалидности. Дети до 18 лет включаются в категорию «ребенок/лицо с ограниченными возможностями здоровья» (ЛОВЗ).

*Ограничение жизнедеятельности/ограниченные возможности здоровья* – это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять

самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» определяет инвалидность как социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящую к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Инвалидность у детей – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития, роста, способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю своего поведения, обучению, общению и трудовой деятельности в будущем.

Основанием для признания ребенка инвалидом служит сочетание следующих трех основных факторов.

- Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
- Ограничение жизнедеятельности, полная или частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, самостоятельное передвижение, общение, ориентацию, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься игровой деятельностью в соответствии с возрастной нормой.
- Необходимость социальной защиты.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности детям устанавливают инвалидность на определенный срок: один год, два года, до 18 лет. Термин «дети-инвалиды» правомочен в возрасте до 18 лет («Положение о признании лица инвалидом», в редакции постановления Правительства РФ № 820 от 26 октября 2000 г.).

Направление на медицинское освидетельствование ребенка дают на основании решения клинико-экспертных комиссий ЦСМ/детских поликлиник (форма № 080/у-97, а в возрасте от 16 до 18 лет – форму № 088/у-97). В направлении указывают, помимо паспортных данных и развернутого клинического диагноза, расшифровку нарушений в состоянии здоровья, ограничений жизнедеятельности, оценку прогноза и рекомендации по медицинской реабилитации. Обследование детей для заполнения формы № 80/у-96 проводят в сроки, не превышающие 30 календарных дней, в государственных лечебно-профилактических учреждениях, медицинских клиниках и научно-исследовательских институтах педиатрического профиля. Форму № 080/у-96 в трехдневный срок представляют в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы по месту жительства ребенка для установления инвалидности (РФ)/«ребенка с ограниченными возможностями здоровья» (КР).

Международная номенклатура включает девять основных разделов нарушений здоровья: 1) умственные, другие психологические, 2) языковые и речевые, 3) ушные (слуховые и вестибулярные), 4) зрительные, 5) висцеральные и метаболические, 6) расстройства питания, 7) двигательные, 8) уродующие, 9) нарушения, связанные с причинами общего характера.

*Ограничение жизнедеятельности* – неудача в выполнении какой-то привычной деятельности. Существует градация степени ограничения (т.е. тяжести): от затруднения при выполнении действия до полной неспособности действовать ни при использовании вспомогательных средств, ни при содействии окружающих. Существует семь основных категорий для оценки характера ограничения жизнедеятельности: ограничение

1) к самообслуживанию, 2) самостоятельному передвижению, 3) обучению, 4) трудовой деятельности, 5) способности к ориентации, 6) способности к общению, 7) контролю своего поведения.

При определении ограничения жизнедеятельности очень важно оценить прогноз, который может быть сформулирован следующим образом:

- благоприятный – возможность полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности;
- относительно благоприятный – возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений или стабилизации;
- сомнительный (неопределенный);
- неблагоприятный – невозможность даже частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и уменьшения степени их ограничений.

Ограничения жизнедеятельности неизбежно приводят к формированию социальной недостаточности, которую подразделяют на недостаточность из-за ограничения физической независимости, мобильности, возможности заниматься обычной и профессиональной деятельностью, способности к получению образования, экономической самостоятельности, интеграции в обществе.

Реабилитация включает оценку реабилитационного потенциала (т.е. комплекса биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать потенциальные возможности человека) и реабилитационного прогноза (т.е. предполагаемую вероятность реализации реабилитационного потенциала).

**Реабилитация** лиц с ограниченными возможностями здоровья – это комплекс медицинских, психологических, педагогических, образовательных, профессиональных, социальных, юридических мероприятий по восстановлению самостоятельной жизнедеятельности, здоровья и трудоспособности лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями здоровья.

Реабилитация – это активный процесс и комплекс лечебно-педагогических мероприятий, направленных на:

- предупреждение и лечение патологических состояний, которые могут привести к временной или стойкой утрате трудоспособности;
- достижение полного восстановления функций, нарушенных вследствие заболевания или травмы;
- если это нереально, то на оптимальную реализацию физического, психического и социального потенциала инвалида/ЛОВЗ, наиболее адекватную интеграцию его в обществе.

**Абилитация** – это лечебные и/или социальные мероприятия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей раннего возраста, направленные на адаптацию их к жизни, улучшение качества их жизни.

Таким образом, *реабилитация* – это восстановление утраченных возможностей и способностей, *абилитация* – развитие потенциальных возможностей детей.

Реабилитация и абилитация включают медицинские мероприятия (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование, ортопедирование), социальные меры (социально-бытовая и социально-средовая адаптация) и профессиональную

реабилитацию (профессиональная ориентация, профессиональное образование, трудоустройство).

Данные освидетельствования ребенка после анализа клинико-функциональных, психологических, социальных факторов должны быть отражены в медико-социальном экспертном заключении об отнесении ребенка до 18 лет к категории «ребенок-инвалид»/ЛОВЗ и его обосновании с указанием следующих данных:

- развернутый клинико-функциональный диагноз;
- психологический диагноз;
- оценка образовательного, социально-бытового и социально-средового статуса;
- категория и степень ограничения жизнедеятельности;
- реабилитационный потенциал;
- реабилитационный прогноз;
- заключение о причине, сроках установления и переосвидетельствования инвалидности;
- потребности ребенка в мерах социальной помощи и защиты, включая рекомендации по медико-социальной реабилитации.

Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания. Среди прочих медицинских дисциплин реабилитация занимает особое место, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни после выписки из медицинского учреждения.

***К основным принципам реабилитации относятся:***

- раннее начало проведения реабилитационных мероприятий;
- комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий;
- индивидуализация программы реабилитации;
- этапность реабилитации;
- непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации;
- социальная направленность реабилитационных мероприятий;
- использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

*Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий* важно с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в тканях, что особенно важно при неврологических заболеваниях. Раннее включение в лечебный процесс РМ, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика).

*Комплексность применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий.* Проблемы медицинской реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов (терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК и физической реабилитации, массажистов,

психиатров), адекватной физическому и психическому состоянию пациента на отдельных этапах реабилитации.

*Индивидуализация программ реабилитации.* В зависимости от причин, требующих применения реабилитационных мероприятий, а также от особенностей состояния больного или инвалида, его функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола состав специалистов, используемых методов и средств будет отличаться, то есть реабилитация требует индивидуального подхода к пациентам с учетом их реакции на использование реабилитационных мероприятий.

*Непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий* на протяжении всех этапов реабилитации важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преемственность при переходе с этапа на этап, из одного медицинского учреждения в другое. Для этого важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

*Социальная направленность реабилитационных мероприятий.* Основная цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество и семью, восстановление личностных свойств человека как полноправного члена общества. Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации может быть полное восстановление здоровья и возвращение к привычному профессиональному труду.

*Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.* Реабилитационный процесс может быть успешным только в случае учета характера и особенностей восстановления, нарушенных при том или ином заболевании функций. Для назначения адекватного комплексного дифференцированного восстановительного лечения необходима правильная оценка состояния больного по ряду параметров, значимых для эффективности реабилитации.

**Социальная реабилитация** – это комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных в силу каких-либо причин общественных связей и отношений, социально и личностно значимых характеристик, свойств и возможностей субъекта. Факторы, которые обуславливают потребность субъекта в социально-реабилитационных мерах, можно разделить на две основные группы.

*1. Объективные, т.е. социально или природно обусловленные:*

- возрастные изменения;
- природные, техногенные или экологические катастрофы;
- тяжелые заболевания или травмы;
- социальные катастрофы (экономический кризис, вооруженный конфликт, рост национальной напряженности и т.п.).

*2. Субъективные, или личностно обусловленные:*

- изменение целей, интересов и ценностных ориентаций субъекта и его собственные действия (уход из семьи, увольнение по собственному желанию или отказ от продолжения учебы);
- девиантные формы поведения и др.

Под воздействием этих и им подобных факторов человек, во-первых, оттесняется на периферию социальной жизни, постепенно приобретая некоторые маргинальные

качества и характеристики, во-вторых, утрачивает чувство идентичности себя окружающему миру.

Важнейшими и наиболее опасными для субъекта элементами этого процесса являются:

- разрушение привычной системы социальных связей и отношений;
- утрата привычного социального статуса и присущей ему модели статусного поведения и статусного восприятия мира;
- разрушение привычной системы социальной ориентации субъекта;
- снижение или потеря способности самостоятельно и адекватно оценивать себя, свои действия, действия окружающих людей и, как следствие, принимать самостоятельные решения.

Результатом этих процессов становится ситуация социальной или личностной недостаточности, которая может сопровождаться разрушением человеческой личности. Это может быть формирование чувства растерянности и «ненужности» окружающим, резкое сокращение социальных контактов и связей инвалидом/ЛОВЗ или тяжело больным ребенком, уход в девиантные или «нетрадиционные» формы поведения и деятельности. В результате возможно резкое ухудшение физического и психического здоровья, потеря субъектом интереса к самому себе, к собственной жизни.

Содержание процесса социальной реабилитации состоит в действительном восстановлении привычных обязанностей, функций и видов деятельности, привычных и комфортных отношений с людьми.

К средствам социальной реабилитации, которыми располагает современное общество, можно отнести следующие системы:

- здравоохранения;
- образования;
- профессиональной подготовки и переподготовки;
- средства массовых коммуникаций и массовой информации;
- организации и учреждения психологической поддержки, помощи и коррекции;
- общественные и негосударственные организации, работающие в сфере решения специфических социальных и личностных проблем (трудоустройство инвалидов или несовершеннолетних, помощь жертвам сексуального или семейного насилия и т.п.).

В зависимости от характера и содержания социальных или личностных проблем применяются следующие основные виды социальной реабилитации.

1. Социально-медицинская – включает в себя восстановительную и реконструктивную терапию, восстановление или формирование у человека новых навыков полноценной жизни и помощь в организации быта и ведения домашнего хозяйства.

2. Социально-психологическая – предназначена для повышения уровня психического и психологического здоровья субъекта, оптимизации внутригрупповых связей и отношений, выявления потенциальных возможностей личности и организации психологической коррекции, поддержки и помощи.

3. Социально-педагогическая – направлена на решение таких задач, как преодоление состояния «педагогической запущенности» (дополнительные или индивидуальные занятия, организация специализированных классов), организация и осуществление педагогической помощи при различных нарушениях способности человека к получению образования (организация образовательного процесса в больницах и местах заключения,

обучение инвалидов и детей с нестандартными интеллектуальными способностями и т.п.). При этом предполагается определенная работа по созданию адекватных условий, форм и методов обучения, а также соответствующих методик и программ.

4. Профессиональная и трудовая – позволяет формировать новые или восстанавливать утраченные человеком трудовые и профессиональные навыки и впоследствии трудоустроить его, приспособив режим и условия труда к новым нуждам и возможностям.

5. Социально-средовая – направлена на восстановление у ребенка чувства социальной значимости внутри новой для него социальной среды. Этот вид реабилитации включает в себя знакомство ребенка с основными характеристиками среды, в которой он оказался, помощь в организации новой среды жизнедеятельности и восстановление привычных моделей поведения и деятельности по организации собственной повседневной жизни.

Практическое осуществление социальной реабилитации предполагает опору на ряд основополагающих принципов:

1) своевременность и поэтапность социально-реабилитационных мероприятий, предполагающие своевременное выявление проблемы клиента, организацию последовательной деятельности по ее разрешению;

2) дифференцированность, системность и комплексность, направленные на осуществление социально-реабилитационных мероприятий как единой, целостной системы поддержки и помощи;

3) последовательность и непрерывность в проведении социально-реабилитационных мероприятий, реализация которого позволяет не только восстановить утраченные субъектом ресурсы, но и предвосхитить возможное возникновение проблемных ситуаций в будущем;

4) индивидуальный подход к определению объема, характера и направленности социально-реабилитационных мер;

5) доступность социально-реабилитационной помощи для всех нуждающихся, независимо от их материального и имущественного положения.

## Раздел 4

### ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ ДВУХ МЕСЯЦЕВ ДО ПЯТИ ЛЕТ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ ИВБДВ

#### 4.1. Основные положения, цели, задачи, преимущества, вмешательства, принципы руководств и шаги ИВБДВ

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ) – это интегрированный подход к охране здоровья детей. Стратегия ИВБДВ включает в себя как профилактические, так и лечебные элементы, внедряемые семьями, общинами и медицинскими учреждениями.

В центре внимания стратегии ИВБДВ:

- улучшение навыков ведения заболеваний медицинскими работниками;
- улучшение системы здравоохранения в целом;
- улучшение практик по охране здоровья, применяемых семьями и общинами.

Стратегия ИВБДВ способствует точному определению заболеваний детского возраста, обеспечивает надлежащее интегрированное ведение всех распространенных заболеваний, способствует усилению консультативных навыков медицинского персонала, а также определяет потребность в направлении тяжелобольного ребенка в стационар и ускоряет этот процесс. Кроме того, данная стратегия способствует становлению определенных моделей поведения в семье в вопросах обращения за медицинской помощью, улучшенного питания и профилактического ухода, а также правильного выполнения назначений медицинских работников.

Стратегия ИВБДВ – это ряд руководств, базирующихся на научных доказательствах. Эти руководства разрабатывались для того, чтобы дать медицинским работникам первичного уровня простое и эффективное средство в борьбе с основными причинами детской смертности и заболеваемости.

По данным Всемирного банка (1993), такой подход к ведению распространенных детских инфекций и нарушений питания по сравнению с другими вмешательствами наиболее эффективен для снижения заболеваемости в мировом масштабе. Предполагается, что использование только подхода ИВБДВ потенциально может предотвратить 14 % заболеваемости в странах с низким доходом и что это – одно из наиболее экономически выгодных вмешательств в здравоохранении в странах с низким и средним доходом на душу населения.

#### *Обоснование интегрированного подхода*

Ежегодно более 10 млн детей умирает до пяти лет жизни. Большинство этих смертей вызвано всего лишь пятью состояниями, которые можно предотвратить и лечить: *пневмония, диарея, малярия, корь, нарушения питания.*

Часто к смерти приводит совокупность нескольких перечисленных выше причин. Многих детских смертей можно было избежать, если бы эти дети получили надлежащий и своевременный уход. Кроме этого, три из четырех случаев детской заболеваемости вызваны этими пятью состояниями.

В 1990-х гг. был достигнут большой прогресс в снижении детской смертности и заболеваемости благодаря всеобщей иммунизации детей, программам питания (включая адекватное грудное вскармливание), контролю над заболеваниями, связанными с диареей и острыми респираторными инфекциями, а также путем внедрения других мероприятий в первичном звене медицинской помощи.

В 1995 г. Департамент охраны здоровья и развития детей и подростков ВОЗ совместно с одиннадцатью другими программами ВОЗ и Детского фонда ООН разработали Стратегию интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ). При глобальном внедрении стратегии ИВБДВ учитывался опыт перехода от подобных вертикальных программ к стратегиям, которые способствуют координации и по возможности большей интеграции деятельности, направленной на улучшение профилактики и ведения болезней детского возраста.

На сегодняшний день основной задачей стратегии ИВБДВ является расширение деятельности для обеспечения надлежащего и эффективного использования принципов и клинических руководств ИВБДВ во всех типах медицинских учреждений.

### ***Цели и задачи стратегии ИВБДВ***

Стратегия ИВБДВ объединяет в себе улучшенное ведение болезней детского возраста с вопросами питания, иммунизации и другими важными факторами, влияющими на здоровье ребенка, например здоровье матери.

*Основные задачи стратегии ИВБДВ:*

- снизить смертность, а также частоту и тяжесть заболеваемости и инвалидности;
- способствовать улучшению физического и психического развития ребенка.

*Целью стратегии ИВБДВ* является снижение детской смертности и заболеваемости путем принятия широкого и всестороннего подхода, состоящего из трех компонентов.

### ***Компоненты ИВБДВ***

*Компонент 1.* Улучшение навыков ведения заболеваний у медицинских работников путем предоставления клинических руководств по интегрированному ведению болезней детского возраста, адаптированных к местной ситуации, а также обучение, которое будет способствовать их использованию. В клинических руководствах подробно описана клиническая оценка и лечение различных болезней детского возраста.

*Компонент 2.* Улучшение возможностей, структуры и функции системы здравоохранения путем:

- обеспечения наличия основных препаратов и других материалов;
- улучшения организации работы на уровне медицинских учреждений;
- усиления мониторинга и наблюдения.

*Компонент 3.* Улучшение практик (знаний, поверий и навыков ухаживающих), принятых в семьях и обществе путем обучения матерей, отцов, других лиц, осуществляющих уход за ребенком, и других членов общества, с акцентом на обращение за

медицинской помощью, выполнение назначений медицинского работника, уход за ребенком на дому и поощрение здорового образа жизни.

Каждый компонент содержит ряд конкретных вмешательств с акцентом на их практическое внедрение. При разработке основных вмешательств в рамках стратегии ИВБДВ учитывались данные, полученные из анализа частоты детской заболеваемости в мире, а также из исследований в области здоровья детей.

### ***Вмешательства в рамках стратегии ИВБДВ***

Основным вмешательством в рамках стратегии ИВБДВ является интегрированное ведение заболеваний, являющихся самыми распространенными причинами детской смертности и заболеваемости, а именно: острых респираторных инфекций, диареи, кори, малярии, нарушения питания, неонатальных инфекций и некоторых других болезней и патологических состояний. Данная стратегия включает ряд превентивных и лечебных вмешательств, целью которых является улучшение практик как в медицинских учреждениях, так и на дому (таблица 24).

Таблица 24 – Вмешательства, которые включены в руководства ИВБДВ для медицинских работников первичного уровня помощи

Лечебные вмешательства	Превентивные вмешательства
<p>Эффективное ведение следующих состояний:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острые респираторные инфекции, а также пневмония</li> <li>• Анемия</li> <li>• Диарея (обезвоживание, затяжная диарея, дизентерия)</li> <li>• Инфекция уха</li> <li>• ВИЧ/СПИД</li> <li>• Местные бактериальные инфекции</li> <li>• Менингит, сепсис</li> <li>• Малярия</li> <li>• Корь</li> <li>• Нарушение питания</li> <li>• Желтуха новорожденных</li> <li>• Астмоидное дыхание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка грудного вскармливания</li> <li>• Иммунизация</li> <li>• Консультирование по питанию</li> <li>• Периодическая дегельминтизация</li> <li>• Добавки витамина А</li> <li>• Добавки цинка</li> </ul>

Руководства ВОЗ/Детского фонда ООН (UNICEF) по ведению заболеваний являются общими. Несмотря на то что их можно широко применять, их необходимо адаптировать к условиям конкретной страны, чтобы они:

- охватывали самые значительные детские заболевания, встречающиеся в медицинских учреждениях первичного уровня помощи, которые подлежат лечению медицинскими работниками первичного уровня;
- соответствовали национальным клиническим руководствам и другим правилам;
- были применимы в местных условиях, которые влияют на уход за детьми в медицинском учреждении и на дому.

Материалы, содержащиеся в данном учебном методическом пособии, могут отличаться от общих руководств по ИВБДВ, поскольку они были адаптированы для лучшего соответствия потребностям и условиям нашей страны.

## ***Преимущества ИВБДВ***

Стратегия ИВБДВ:

- *рассматривает основные проблемы здоровья детей* – стратегия систематически рассматривает основные причины детской смертности и заболеваемости;
- *отвечает требованиям* – ежедневно миллионы родителей обращаются за медицинской помощью больному ребенку, приводя детей в больницы, центры, в аптеки и государственные медицинские учреждения. Трое из четверых таких детей страдают, как минимум, от пяти состояний, которые находятся в центре внимания ИВБДВ;
- *способствует как лечению, так и профилактике* – кроме того что в центре внимания стратегии ИВБДВ находится лечение, данная стратегия также дает возможность и подчеркивает важность основных превентивных вмешательств, например иммунизации и улучшения питания младенцев и детей, а также грудного вскармливания;
- *экономически выгодна* – Всемирный банк оценил ИВБДВ как одно из десяти наиболее экономически эффективных вмешательств в странах с низким и средним доходом на душу населения;
- *способствует экономии средств* – ненадлежащее ведение болезней детского возраста приводит к ненужным расходам дефицитных ресурсов. Хотя обучение и реорганизация требуют первоначальных вложений средств, результатом внедрения стратегии ИВБДВ будет экономия средств;
- *способствует равенству* – почти все дети в развитых странах имеют доступ к простому и доступному превентивному и лечебному уходу, который защищает их от смерти в результате острых респираторных инфекций, диареи, кори, малярии и нарушения питания. Миллионы детей в развивающихся странах, напротив, не имеют доступа к такому спасительному уходу. Стратегия ИВБДВ поможет преодолеть такое неравенство в мировом здравоохранении.

### ***Принципы руководства по интегрированному ведению заболеваний***

В основе клинических руководств ИВБДВ лежат следующие принципы:

- все больные дети в возрасте до пяти лет должны *осматриваться на предмет общих признаков опасности (ОПО)*, а все младенцы должны *осматриваться на предмет признаков очень тяжелого заболевания*. Присутствие этих симптомов указывает на необходимость срочного направления ребенка в стационар.
- После этого дети и младенцы *осматриваются на предмет основных симптомов*. Для более старших детей к основным симптомам относятся кашель или затрудненное дыхание, диарея, лихорадка, проблемы с горлом и ушная инфекция. У младенцев к основным симптомам относятся местная бактериальная инфекция, диарея и желтуха. Кроме этого, всех больных детей следует рутинно осматривать на предмет их статуса питания и иммунизации, а также других потенциальных проблем.
- Используется только *ограниченное количество клинических симптомов*, выбранных на основании их чувствительности и специфичности для выявления заболевания.

- По комбинации отдельных симптомов *заболевание ребенка классифицируют* в одну или более группу симптомов, а не ставят диагноз. Классификация заболеваний базируется на системе тройного цветового кодирования: «розовый» означает, что ребенка необходимо срочно направить в стационар, «желтый» указывает на необходимость начала специфического амбулаторного лечения, а «зеленый» указывает на необходимость поддерживающего ухода на дому.
- В процессе ведения заболеваний по ИВБДВ *используется ограниченное количество базовых лекарственных препаратов* и поощряется активное вовлечение родителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком, в лечение ребенка.
- *Консультирование лиц, осуществляющих уход за ребенком, по вопросам ухода на дому*, надлежащего кормления и потребления жидкостей, а также когда следует немедленно обращаться за медицинской помощью или за повторным осмотром, является важным компонентом стратегии ИВБДВ. Данный раздел охватывает также обучение лиц, осуществляющих уход за ребенком тому, как давать оральные лекарственные препараты и лечить местные инфекции на дому.

### **Шаги ИВБДВ**

#### **➤ Шаг 1. Оцените**

Во время приема младенца раннего возраста или ребенка до пяти лет жизни в ЦСМ/ГСВ и ФАП медицинский работник должен воспользоваться навыками эффективного общения, чтобы расспросить мать о проблемах ребенка и оценить состояние ребенка.

После расспроса медицинский работник задает матери конкретные вопросы о самых распространенных состояниях, которые вредят здоровью ребенка. Если ответы утвердительные, медицинский работник должен осмотреть ребенка соответствующим образом. Важной частью оценки является проверка статуса питания и иммунизации ребенка. В оценку также входит осмотр ребенка на предмет других проблем со здоровьем.

Оценка больного ребенка в возрасте от двух месяцев до пяти лет:

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания
- Прививочный статус
- Другие проблемы

*Сбор анамнеза* – общение с лицом, ухаживающим за ребенком. Очень важно наладить эффективное общение с матерью/лицом, ухаживающим за ребенком. Для этого следует руководствоваться навыками эффективного общения с матерью.

*Навык 1. Использовать полезное несловесное общение.* Несловесное общение – это выражение вашего отношения посредством вашей позы, выражения лица, то есть всем, кроме разговора. Невербальная коммуникация показывает матери, что вы заинтересованы в общении с ней, а это поможет ей больше рассказать вам.

Полезные советы по несловесному общению:

- следить за уровнем головы,
- уделять внимание,
- устранять препятствия,
- не спешить,
- касаться подобающим образом.

*Навык 2. Задавать «открытые» вопросы.* «Открытые» вопросы обычно самые полезные. Чтобы ответить на них, мать должна сообщить вам некоторую информацию. «Открытые» вопросы обычно начинаются словами: «как», «кто», «где», «почему», например: «Как вы кормите вашего ребенка?»

«Закрытые» вопросы обычно менее полезны. Они подсказывают матери ожидаемый вами ответ, и на эти вопросы она может ответить словами «да» или «нет». «Закрытые» вопросы обычно начинаются так: «Вы делаете...?», «Он делал...?», «Он сделал...?», «Она делала...?»

В начале разговора полезно задать открытый вопрос, например: «Как проходит кормление грудью?», «Как долго болеет ребенок?» Для продолжения будет полезен более конкретный открытый вопрос, например: «Через какое время после рождения вы начали кормить ребенка?»

Иногда полезно задать «закрытый» вопрос, чтобы убедиться в чем-то, например: «Вы даете ребенку дополнительное питание или питье?» Если в ответе услышите «да», можно задать открытый вопрос, чтобы узнать больше, например: «Почему вы начали давать дополнительное питание или питье?», «Что именно вы даете?»

Если лицо, ухаживающее за ребенком, не уверен в ответе, задайте дополнительные вопросы, чтобы помочь ему дать четкие ответы.

*Навык 3. Реагировать и жестикулировать, выражая тем самым интерес.* Другой способ поощрять мать к разговору – жесты, такие как кивание, улыбка и поощряющие междометия типа «м-мм» или «ага», которые показывают матери вашу заинтересованность.

*Навык 4. Отражение слов матери.* Чтобы показать матери, что вы слышали то, что она сказала, и подбодрить ее на дальнейший разговор, повторяйте то, что услышали от нее. Старайтесь сказать это своими словами. Например, если мать сказала: «Мой ребенок много плакал вчера ночью», вы могли бы построить вашу фразу так: «Вы вчера не спали всю ночь из-за того, что ребенок плакал?»

*Навык 5. Проникнуться – показать, что вам понятны ее чувства.* Выделение отдельных эпизодов показывает, что вы понимаете чувства собеседника. Например, если мать сказала: «Мой ребенок плачет очень часто, и я так устаю», вы можете сказать: «Вы все время чувствуете себя усталой...» Ваш ответ показывает ваше понимание и участие. Если вы спросите: «Как часто он ест? Что еще вы ему даете?», вы не игнорируете чувства матери.

*Навык 6. Избегать употребления оценивающих слов.* Если вы пользуетесь этими словами в вопросах, мать может подумать, что она делает что-то неправильно, что что-то не так с ее ребенком. Хотя иногда вам понадобятся положительные оценивающие слова, в частности чтобы установить доверительные отношения с матерью.

Оценивающие слова: хороший, плохой, ужасный, нормальный, правильный, неправильный, надлежащий, достаточно, адекватный, удовлетворительный, неадекватный, значительный, проблема, успешно и т.п.

*Используйте понятные слова и избегайте медицинской терминологии.*

### ➤ **Шаг 2. Классифицируйте**

На основании результатов оценки медицинский работник должен классифицировать заболевание ребенка с использованием специально разработанной системы тройного цветового кодирования. Поскольку у многих детей может быть больше одного заболевания, каждое состояние классифицируется согласно тому, требует ли оно:

- срочного лечения до направления в стационар и направления в стационар, или
- специфического лечения и консультации, или
- простой консультации по лечению на дому.

*Проверка на наличие общих признаков опасности (ОПО)*

У больного ребенка могут быть серьезные, неспецифичные признаки, называемые общими признаками опасности, которые не указывают на конкретный диагноз. Например, у ребенка, который летаргичен или без сознания, может быть менингит, пневмония, церебральная малярия или другое тяжелое заболевание. Необходимо внимательно оценивать все признаки, чтобы не пропустить ни одного из таких общих признаков опасности, поскольку их наличие указывает на то, что ребенок тяжело болен и нуждается в немедленной помощи.

*Проверка на наличие основных признаков*

После проверки на наличие общих признаков опасности следует проверить на наличие основных признаков. В базовых клинических руководствах ИВБДВ приведены четыре следующих симптома: 1) кашель или затрудненное дыхание», 2) диарея, 3) лихорадка, 4) проблемы с ухом. Оценка указанных симптомов будет описана в соответствующих разделах.

*Прививочный статус*

У каждого ребенка, поступившего на осмотр, необходимо оценить прививочный статус. Текущее заболевание не является противопоказанием для прививок, защитная функция вакцин не ослабевает у больных детей.

Существует четыре наиболее распространенных случая, которые являются противопоказанием для прививок:

- дети, которые нуждаются в срочной госпитализации, поскольку любые тяжелые осложнения болезни (включая смертельный исход) могут расцениваться как побочное действие вакцинации;
- живые вакцины (БЦЖ, корь, полиомиелит, желтая лихорадка) не следует давать детям с заболеваниями со сниженным иммунитетом вследствие злокачественной болезни, при лечении иммунодепрессантами, радиотерапии;
- АКДС не следует давать детям, у которых были судороги или шок в течение трех дней после предыдущей дозы АКДС;
- АКДС не следует давать детям с повторяющимися судорогами или другим активным неврологическим заболеванием центральной нервной системы (ЦНС).

*Другие проблемы*

В клинических руководствах ИВБДВ основной акцент сделан на пяти распространенных заболеваниях у детей до пяти лет. Этапы оценки каждого из этих заболеваний

учитывают несколько других распространенных проблем. Например, менингит, сепсис, туберкулез, конъюнктивит, а также различные признаки лихорадки (инфекции уха и горла) оцениваются в процессе ведения больных ИВБДВ.

В зависимости от специфических условий в стране стратегия ИВБДВ может дополняться определенными рекомендациями. Например, в странах с высокой распространенностью дефицита витамина А при посещении больного ребенка следует давать ему дополнительную дозу этого витамина.

➤ **Шаг 3. Определите лечение**

После классификации всех имеющихся состояний медицинский работник должен определить специфическое лечение для больного ребенка или младенца раннего возраста.

- Если ребенка необходимо *срочно направить в стационар* (розовая классификация), до направления в стационар следует дать ребенку основное лечение.
- Если ребенок *нуждается в специфическом лечении* (желтая классификация), план лечения разработан, а препараты, которые следует дать ребенку в амбулатории, определены. Решение о содержании консультации матери принято.
- Если *серьезных состояний не выявлено* (зеленая классификация), следует проконсультировать мать по надлежащим действиям, которые она должна выполнять при уходе за ребенком на дому.

Направление в стационар должно включать:

- Фамилия, имя и возраст ребенка.
- Дату и время направления в стационар.
- Описание проблем ребенка.
- Причину направления в стационар (ОПО).
- Проведенное лечение.
- Любую другую информацию, которая может потребоваться медицинскому работнику в стационаре для того, чтобы оказать помощь ребенку, например ранее проведенное лечение по данному заболеванию или прививки, которые следует сделать ребенку.

➤ **Шаг 4. Лечите ребенка или младенца**

После определения надлежащего лечения медицинский работник должен выполнить необходимые процедуры, соответствующие состояниям ребенка. Медицинский работник:

- дает больным детям, нуждающимся в направлении в стационар, предварительное лечение;
- дает детям, нуждающимся в специфическом уходе, первую дозу соответствующего лекарства и обучает мать давать ребенку оральные препараты, как кормить ребенка и давать ему жидкости во время лечения, как лечить местную инфекцию на дому;
- дает совет по уходу за больным ребенком дома;
- если необходимо, просит мать или других лиц, осуществляющих уход за ребенком, прийти в амбулаторию снова для повторного осмотра в определенный день.

Процесс лечения каждой «амбулаторной» классификации (желтый и зеленый), описан в соответствующих параграфах. Для лечения используется минимальное количество доступных лекарственных препаратов.

### ➤ Шаг 5. Консультируйте мать

Если ребенка необходимо осмотреть повторно, медицинский работник объясняет матери, когда она должна снова прийти с ребенком в амбулаторию. Медицинский работник также обучает мать распознавать симптомы, которые указывают на необходимость немедленно обратиться за медицинской помощью.

При необходимости медицинский работник должен оценить кормление, а также практику грудного вскармливания и проконсультировать мать, если выявлены проблемы вскармливания. Кроме того, медицинский работник должен проконсультировать мать по вопросам ее собственного здоровья.

При обучении матери или ухаживающего за ребенком лица: 1) используйте понятные матери слова, 2) используйте знакомые ей вспомогательные средства, 3) обеспечивайте обратную связь, хвалите за то, что было сделано правильно и вносите необходимые изменения, 4) предоставьте возможность для дополнительной практики, если необходимо, просите задавать вопросы и отвечайте на них.

Обучите, как давать оральные лекарственные препараты или как лечить местную инфекцию на дому:

- выберите подходящие лекарственные препараты и дозу для возраста или веса ребенка,
- объясните матери, в чем заключается лечение и почему оно должно проводиться,
- продемонстрируйте, как отмерить одну дозу,
- опишите этапы проведения лечения,
- наблюдайте, как мать практикуется в отмеривании одной дозы,
- попросите дать одну дозу ребенку,
- подробно объясните, как и сколько раз в день следует проводить лечение на дому,
- объясните, что для полного курса лечения необходимо использовать все таблетки или сироп, даже если улучшилось состояние ребенка,
- проверьте, как мать поняла ваши объяснения.

Медицинский работник должен: а) обучить мать распознаванию признаков, при появлении которых она должна немедленно вернуться в медицинское учреждение для оказания медицинской помощи (рисунок 6), б) объяснить матери, когда следует вернуться для проведения последующего наблюдения (рисунок 7), в) запланировать следующий визит здорового ребенка или визит для прививок.



Рисунок 6 – Признаки, при появлении которых мать должна немедленно вернуться в медицинское учреждение для оказания медицинской помощи

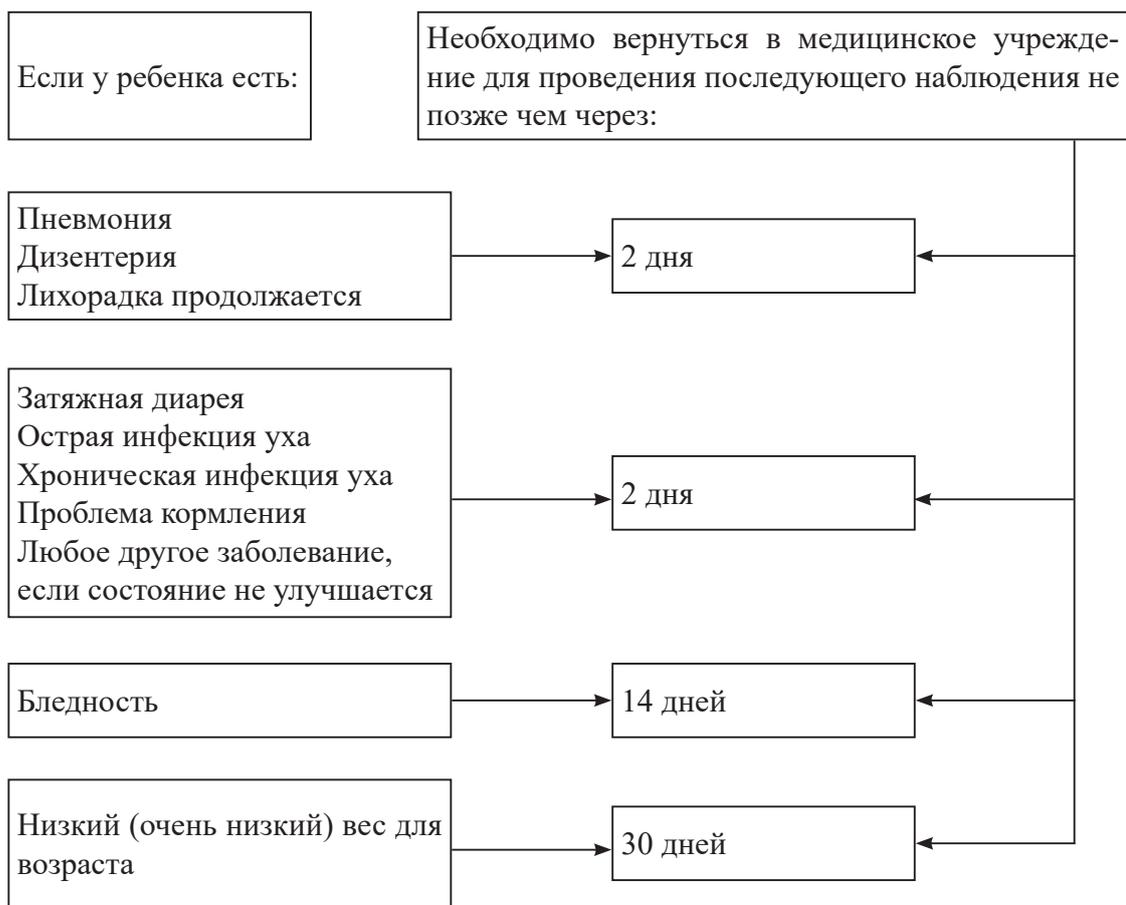


Рисунок 7 – Когда матери следует вернуться для проведения последующего наблюдения

➤ **Шаг 6. Проведите последующий осмотр**

Некоторые дети нуждаются более чем в одном осмотре для данного случая заболевания. Процесс ведения заболеваний ИВБДВ помогает определить тех детей, которые нуждаются в дополнительных последующих осмотрах. При последующих посещениях такими детьми амбулатории медицинский работник должен предоставить надлежащий последующий уход, который определяется руководствами по ИВБДВ, и при необходимости еще раз оценить ребенка на предмет новых проблем.

**Схемы ведения заболеваний**

Для того чтобы облегчить практическое использование принципов ведения больных по ИВБДВ, все шаги ведения заболеваний, описанные выше, представлены в виде схем. Эти схемы показывают последовательность шагов и дают информацию по их выполнению.

В большинстве медицинских учреждений принято регистрировать детей и отмечать, пришел ли ребенок на прием потому, что он болен, или же по какой-либо другой причине, например с целью профилактического осмотра, иммунизации или ведения травмы. Когда ребенка приводят в амбулаторию, вам необходимо знать его возраст, чтобы выбрать подходящие схемы ИВБДВ и начать оценку ребенка.

Поскольку клинические симптомы, которые могут быть обнаружены у больных младенцев раннего возраста и детей в возрасте до пяти лет, несколько отличаются и поскольку процедуры ведения заболеваний тоже разные для разных возрастных групп, ведение больных делится на две основные части:

➤ **Больной ребенок в возрасте от двух месяцев до пяти лет.** Данная часть содержит все необходимые руководства, информацию и инструкции касательно предоставления ухода больным детям в возрасте от двух месяцев до пяти лет, которых приводят в медицинское учреждение.

➤ **Больной младенец в возрасте до двух месяцев.** Эта часть включает в себя руководства по ведению заболеваний у младенцев в возрасте до двух месяцев.

Каждая часть содержит таблицы ИВБДВ, соответствующие основным шагам процесса ведения заболеваний ИВБДВ. Эти шаги помогут оценить и классифицировать состояние ребенка, а также определить лечение.

При предоставлении медицинской помощи больному ребенку медицинским работникам следует пользоваться этими схемами, которые помогут в применении руководств по ведению заболеваний ИВБДВ.

#### 4.2. ИВБДВ: общие признаки опасности

У больного ребенка могут быть серьезные, неспецифичные признаки, называемые **общими признаками опасности** (ОПО), которые не указывают на конкретный диагноз. Например, у ребенка, который летаргичен или без сознания, может быть менингит, пневмония, церебральная малярия или другое тяжелое заболевание. Необходимо внимательно оценивать все признаки, чтобы не пропустить ни одного из таких общих признаков опасности, поскольку их наличие указывает на то, что ребенок тяжело болен и нуждается в немедленной помощи. Проверьте у всех больных детей, есть ли у них общие признаки опасности.



Рисунок 8 – Общие признаки опасности

**Ребенок не может пить или сосать грудь**, поскольку он очень слаб либо он не может глотать. Не следует полностью полагаться на сведения матери, необходимо наблюдать, как мать пытается кормить ребенка грудью или поить.

**У ребенка рвота после любой пищи или питья.** Рвота сама по себе может быть признаком серьезного заболевания. Кроме того, ребенок с рвотой не сможет принимать лекарственные средства или жидкости.

**Ребенок без сознания или летаргичен.** Летаргичный ребенок не спит, но не реагирует нормально на звуки и движения. Это признак тяжелого заболевания.

**У ребенка были судороги во время данного заболевания.** Судороги могут быть вызваны лихорадкой. В таком случае судороги не опасны. Судороги также могут быть связаны с менингитом или другими опасными для жизни проблемами. Все дети, у которых были судороги во время данного заболевания, должны расцениваться как серьезно больные.

**У ребенка были судороги в момент осмотра.** Наличие судорог в момент осмотра может быть вызвано лихорадкой, гипогликемией, менингитом и другими серьезными проблемами здоровья. В таких случаях потребуются немедленное оказание помощи (см. ниже).

Дети с общим признаком опасности требуют *срочного* направления в стационар. Ниже описано, как проверить, есть ли у ребенка общие признаки опасности.

Проверьте, есть ли общие признаки опасности

*Спросите:*

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после любой пищи или питья?
- Были ли у ребенка судороги?

*Осмотрите:*

- Ребенок летаргичен или без сознания?

Ребенок с любым угрожающим признаком требует *немедленной консультации* медицинского работника или *организации госпитализации*.

Когда вы проверяете, есть ли общие признаки опасности, необходимо внимательно оценивать все признаки.

**Спросите, может ли ребенок пить или сосать грудь.** Считается, что у ребенка есть признак «не может пить или сосать грудь», если ребенок не может сосать или глотать жидкость или грудное молоко.

Когда вы спрашиваете мать о том, может ли ребенок пить, удостоверьтесь, что она поняла вопрос. Если она говорит, что ребенок не может пить или сосать грудь, попросите ее описать, что происходит, когда она предлагает ребенку какую-нибудь жидкость, например, может ли ребенок набирать жидкость в рот и глотать. Если вы не уверены в правильности ответа матери, попросите ее предложить ребенку чистой воды или грудного молока. Посмотрите, проглатывает ли ребенок воду или грудное молоко.

У детей на грудном вскармливании заложенный нос может затруднять сосание груди. Если нос ребенка заложен, очистите его. Если ребенок может сосать грудь после того, как вы очистили его нос, у такого ребенка отсутствует признак опасности «не может пить или сосать грудь».

**Спросите, есть ли рвота после любой пищи или питья.** Если у ребенка рвота после любой пищи или питья и он не может задерживать в организме пищу, жидкость

или лекарства, данные внутрь, то считается, что есть признак «рвота после любой пищи или питья».

Когда вы задаете вопрос, используйте слова, понятные для матери. Дайте ей время для ответа. Если мать не уверена, что у ребенка есть рвота после любой пищи или питья, помогите ей сформулировать четкий ответ. Спросите, например, как часто у ребенка рвота. Также спросите, есть ли у ребенка рвота каждый раз, когда он проглатывает пищу или жидкость. Если вы не уверены в правильности ответов матери, попросите ей предложить ребенку жидкость. Проверьте, есть ли у ребенка рвота.

Если у ребенка рвота не частая и часть жидкости задерживается, то у такого ребенка нет признака «рвота после любой пищи или питья».

**Спросите, были ли у ребенка судороги.** При судорогах в результате сокращения мышц рук и ног у ребенка наблюдается дрожание конечностей и тела. Ребенок может, потерять сознание или не отвечать на произнесенные слова.

Спросите мать, были ли у ребенка судороги во время данного заболевания. Используйте понятные для матери слова. Например, мать может называть судороги как «подергивания», или «руки-ноги свело», или «тело трясется».

**Осмотрите, ребенок летаргичен или без сознания.** Летаргичный ребенок выглядит сонным и неподвижен, даже если он не спит. Он вялый и не проявляет интереса к происходящему вокруг. Часто ребенок не смотрит на свою мать или не смотрит вам в лицо, когда вы говорите. Ребенок смотрит в одну точку и не замечает происходящего вокруг него. Если ребенок без сознания, то его невозможно разбудить. Он не реагирует на прикосновение, встряхивание или на голос.

Спросите мать, является ли это необычной сонливостью, или попросите ее разбудить ребенка. Проверьте, просыпается ли ребенок, когда мать разговаривает с ним, трясет его или когда вы хлопаете в ладоши.

Если у ребенка есть *один или несколько таких признаков*, его необходимо классифицировать как *серьезного больного*, и такой ребенок почти всегда нуждается в направлении в стационар. Для того чтобы без промедления начать лечение тяжелых заболеваний, ребенка необходимо быстро оценить по наиболее важным причинам серьезного заболевания и смертельного исхода – острая респираторная патология, диарея и лихорадка (менингит, корь и др.). Кроме того, необходимо провести быструю оценку статуса питания, поскольку нарушение питания является еще одной основной причиной смертельного исхода.

**Пример.** Розе 15 месяцев. Она весит 8,5 кг. Температура тела 38,5 °С.

Медицинская сестра спросила: «Как зовут ребенка?», «Какие проблемы у ребенка?»

Мать ответила: «Роза. Она кашляет четыре дня и плохо ест».

Медицинская сестра проверила, есть ли у Розы общие признаки опасности. Она спросила: «Может ли Роза пить или сосать грудь?»

Мать ответила: «Нет. Роза не хочет сосать грудь».

Медицинская сестра дала Розе немного воды. Она была слишком слаба, чтобы поднять голову. Она не могла пить из чашки.

Затем медицинская сестра спросила мать: «Есть ли у девочки рвота?»

Мать ответила: «Нет».

Затем сестра спросила: «Были ли у нее судороги?»

Мать сказала: «Нет».

Медицинская сестра осмотрела Розу на определение летаргичности и на отсутствие сознания. Когда медицинская сестра и мать разговаривали, Роза смотрела на них и оглядывала комнату. Она не была летаргична или без сознания.

### Ведение больного ребенка в возрасте от двух месяцев до пяти лет

(форма записи)

Имя: \_\_\_\_\_  
Возраст: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ (кг) Температура: \_\_\_\_\_ (°C)  
Спросите:  
Какие проблемы есть у ребенка? \_\_\_\_\_  
Первичный визит? \_\_\_\_\_  
Повторный визит? \_\_\_\_\_

- Если обращение повторное, используйте инструкции из схемы «Лечите ребенка».
- Если обращение первичное, оцените состояние ребенка следующим образом:  
Есть ли общие признаки опасности (подчеркните имеющиеся симптомы)

Спросите	Осмотрите	Классифицируйте
<ul style="list-style-type: none"><li>• Не может пить или сосать грудь</li><li>• Рвота после любой пищи или питья</li><li>• Судороги</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Летаргичен или без сознания</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Имеются общие признаки опасности? Да _____ Нет _____ (Помните об использовании наличия общих признаков опасности при болезни!)</li></ul>

Определите дальнейшие действия

#### **Заполните форму на примере Розы**

1. Запишите имя Розы, возраст, вес и температуру тела в места, отведенные на верхних линиях формы.
2. Спросите: «Какие проблемы есть у ребенка?» Запишите проблемы Розы на линии после вопроса.
3. Отметьте (✓), это первичный или последующий визит по данной проблеме.
4. Есть ли у Розы общий признак опасности? Если да, обведите имеющийся общий признак опасности в первых двух колонках графы «Есть ли общие признаки опасности». В колонке «Классифицируйте» отметьте (✓) «Да» или «Нет» после вопроса.
5. Определите свои действия (см. раздел «Направление в стационар детей в возрасте от двух месяцев до пяти лет»).

### 4.3. Кашель и затрудненное дыхание (простуда, пневмония, тяжелая пневмония)

Болезни органов дыхания (БОД) – наиболее часто встречающиеся заболевания у детей младшего возраста. В структуре заболеваемости и смертности детей до пяти лет БОД занимает ведущее место. Одним из тяжелых заболеваний органов дыхания у детей является пневмония, которая чаще всего приводит к смерти, особенно детей раннего возраста. Смертность детей от БОД обусловлена недооценкой состояния больного ребенка,

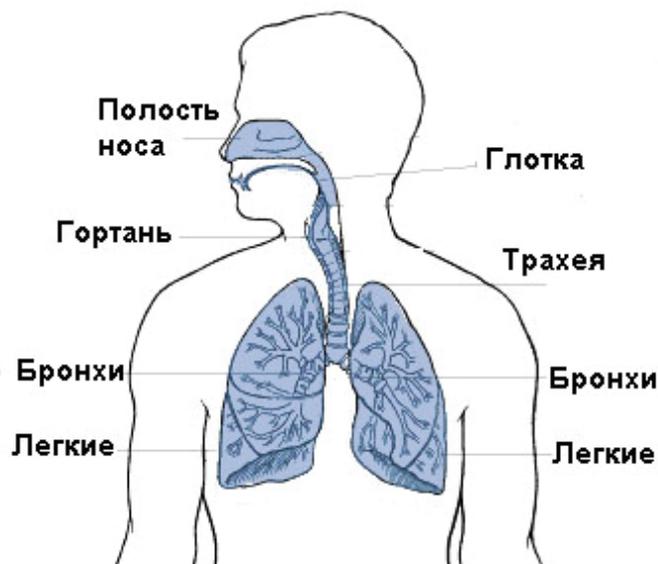


Рисунок 9 – Дыхательные пути

а также поздним обращением матерей к медицинским работникам. Вместе с тем имеет место необоснованная госпитализация. Так, по данным исследования, 64,6 % детей с нетяжелой пневмонией были госпитализированы (исследование «Анализ ситуации по обоснованности госпитализации среди детей до пяти лет в Кыргызской Республике» ВОЗ, 2009 г.).

Респираторные инфекции могут возникнуть в любой части дыхательного тракта, например в носу, глотке, гортани, трахее, бронхолегочных путях или в легких (рисунок 9).

У ребенка с кашлем или затрудненным дыханием может быть пневмония или другая тяжелая респираторная инфекция. Пневмония – это бактериальное воспаление легких. Пневмония может быть вызвана как вирусами, так и бактериями. Дети с бактериальной пневмонией могут умереть от гипоксии или от сепсиса.

У большинства детей с кашлем или затрудненным дыханием может быть только легкая инфекция. Например, простуженный ребенок может кашлять, потому что выделения из носа попадают на заднюю стенку глотки. Или у ребенка может быть вирусная инфекция бронхов, называемая бронхитом.

Можно выявить почти все случаи пневмонии по следующим двум клиническим признакам: учащенное дыхание и втяжение грудной клетки (втяжение грудной клетки – это признак тяжелой пневмонии).

*Оцените кашель или затрудненное дыхание*

У ребенка с кашлем или затрудненным дыханием нужно оценить:

- Как долго у ребенка кашель или затрудненное дыхание
- Учащенное дыхание
- Втяжение грудной клетки
- Стридор в покое
- Астмоидное дыхание

Спросите об основных симптомах (таблица 25).

Таблица 25 – Основные симптомы болезней органов дыхания

<i>Спросите</i>	<i>Посмотрите, послушайте</i>	<i>Ребенок должен</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание?</li> <li>• Если «да», спросите:</li> <li>• Как долго?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосчитайте число дыханий в минуту</li> <li>• Посмотрите, есть ли втяжение грудной клетки</li> <li>• Посмотрите и послушайте, есть ли стридор</li> <li>• Посмотрите и послушайте, есть ли астматическое дыхание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Быть спокоен</li> </ul>

**Спросите, есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание.** Для всех без исключения детей спросите, есть ли кашель или затрудненное дыхание. Любое необычное дыхание называется «затрудненным». Матери описывают это по-разному. Они могут сказать, что их ребенок дышит «быстро», «тяжело», «задыхается» или «дыхание с хрипами и свистом».

Если мать отвечает «нет», проверьте, считаете ли Вы, что у ребенка есть кашель или затрудненное дыхание.

Если мать отвечает «да», задайте следующий вопрос: **«Как долго?»** Кашель (или затрудненное дыхание), продолжающийся у ребенка на протяжении более 30 дней, является хроническим кашлем. Это может быть признаком туберкулеза, астмы, коклюша или другой проблемы.

**Сосчитайте число дыханий в одну минуту.** Вы должны сосчитать число дыханий ребенка в одну минуту, чтобы определить, есть ли у ребенка учащенное дыхание. Ребенок должен быть в покое в момент подсчета числа дыханий. Если ребенок напуган, плачет или раздражен, вы не сможете правильно сосчитать число дыханий в минуту.

Скажите матери, что вы собираетесь сосчитать число дыханий в минуту у ребенка. Попросите ее успокоить ребенка. Если ребенок спит, не будите его, чтобы сосчитать число дыханий в одну минуту:

1. Используйте часы с секундной стрелкой и цифровым циферблатом или таймер.
2. Наблюдайте за дыхательным движением в любом месте на груди или животе ребенка. Попросите мать поднять рубашку ребенка. Если ребенок начинает плакать, попросите мать успокоить ребенка перед началом подсчета.
3. Поглядывайте на секундную стрелку и одновременно считайте число дыханий ребенка в одну минуту.

Если вы не уверены в правильности вашего подсчета (например, ребенок активно двигался, и было трудно наблюдать за грудью, или ребенок был чем-то недоволен и плакал), повторите подсчет. Оцените состояние ребенка по числу дыханий в одну минуту (таблица 26).

**Осмотрите, есть ли втяжение грудной клетки, когда ребенок вдыхает.** Наблюдайте за нижней частью грудной клетки – нижними ребрами (рисунок 10).

Таблица 26 – Критерии учащенного дыхания в зависимости от возраста

Возраст ребенка	Учащенное дыхание
от 2 до 12 месяцев	50 или более дыханий
от 12 месяцев до 5 лет	40 или более дыханий

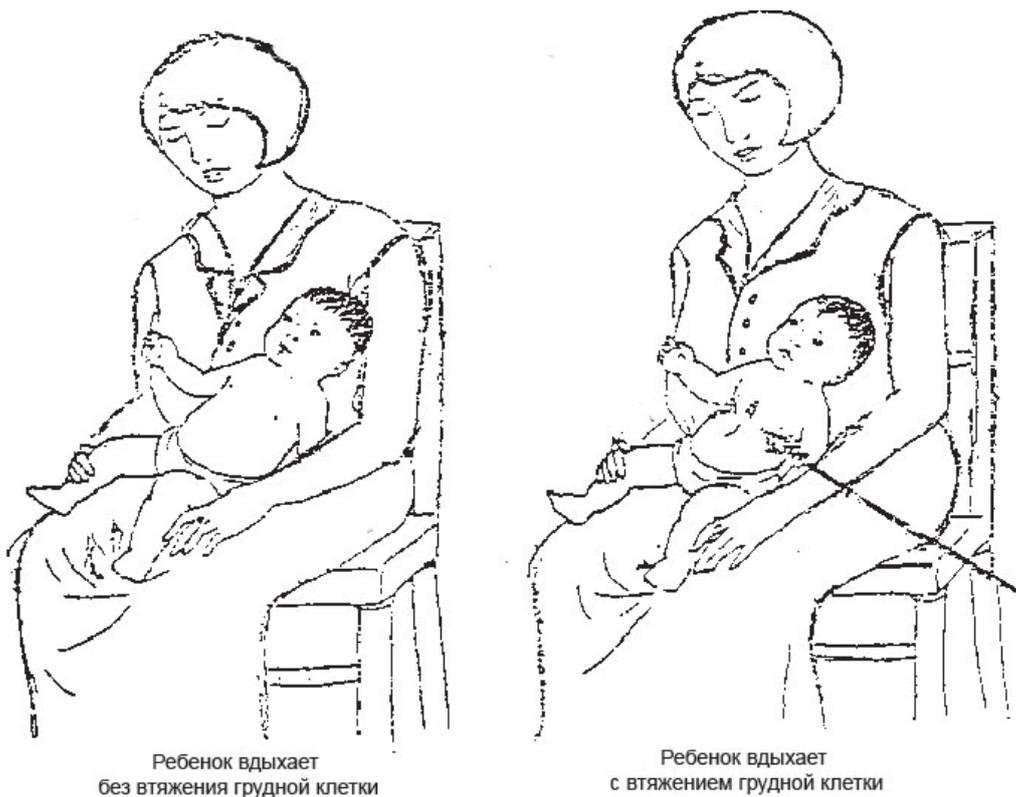


Рисунок 10 – Наблюдение за нижней частью грудной клетки при вдыхании

У ребенка *есть втяжение грудной клетки, если нижняя часть грудной клетки вытягивается, когда ребенок вдыхает*. Втяжение грудной клетки происходит, когда усилия, прилагаемые ребенком для дыхания, увеличены по сравнению с обычным.

*При нормальном дыхании* вся стенка грудной клетки (верхняя и нижняя части) и живот *расширяется, когда ребенок вдыхает*. *При втяжении* грудной клетки нижняя часть грудной клетки *вытягивается, когда ребенок вдыхает*.

Если вы не уверены, что есть втяжение грудной клетки, повторите осмотр. Если тело ребенка согнуто на уровне пояса, движение нижней стенки грудной клетки трудно заметно.

Попросите мать изменить положение ребенка так, чтобы он лежал в горизонтальном положении у нее на коленях. Если вы по-прежнему не наблюдаете втяжение нижней стенки грудной клетки, когда ребенок вдыхает, у ребенка нет втяжения грудной клетки.

Втяжение грудной клетки должно быть четко видимым и присутствовать постоянно. Если вы наблюдаете втяжение грудной клетки, только когда ребенок плачет или при кормлении, у такого ребенка нет втяжения грудной клетки.

Если *только мягкие ткани между ребрами вытягиваются*, когда ребенок вдыхает, у ребенка *нет втяжения грудной клетки*. Это – «межреберное втяжение».

**Послушайте, есть ли стридор.** Стридор – это жесткий звук при *вдохе*. Стридор возникает в результате отека гортани, трахеи или надгортанника. Такой отек препятствует прохождению воздуха в легкие, блокирует дыхательные пути ребенка и может быть опасен для жизни. Ребенок, у которого стридор в покое, находится в опасном состоянии.

Для осмотра и прослушивания стридора наблюдайте за ребенком при *вдохе*. Послушайте, нет ли стридора. Для того чтобы услышать стридор, нужно приблизить ваше ухо ко рту ребенка.

Иногда вы можете слышать влажные хрипы, если нос заложен. Очистите нос и послушайте снова. У не очень больного ребенка может быть стридор только тогда, когда он плачет или расстроен. Убедитесь, что ребенок *спокоен*, когда вы осматриваете и слушаете, нет ли у него стридора.

***Послушайте, есть ли астмоидное дыхание.*** Обратите внимание на момент *выдоха*. При астмоидном дыхании слышен мягкий музыкальный шум или у ребенка могут быть признаки того, что *выдох* затруднен. Свист при астмоидном дыхании следует слушать, приблизив ухо ко рту ребенка, поскольку этот звук может быть слабо различим. Причиной астмоидного дыхания является сужение бронхов. Выдох длится дольше обычного и требует дополнительных усилий.

Иногда ребенок выдыхает так мало воздуха, что никакого шума не слышно. Обратите внимание на то, требует ли этап выдоха больших усилий и длится ли он дольше обычного.

Если у ребенка присутствует астмоидное дыхание, спросите мать: «Это повторный эпизод? Наблюдалось ли у ребенка астмоидное дыхание ранее?»

У некоторых детей с астмоидным дыханием имеется также втяжение грудной клетки. У детей с втяжением грудной клетки и первым эпизодом астмоидного дыхания может быть тяжелая пневмония. Однако у детей с втяжением грудной клетки и повторным астмоидным дыханием, скорее всего, нет тяжелой пневмонии. Втяжение грудной клетки у них обусловлено повторяющимся астмоидным дыханием (астма), а не тяжелой пневмонией.

Классификация кашля или затрудненного дыхания представлена в таблице 27.

***Определите лечение при кашле или затрудненном дыхании*** (таблицы 28–30).

I. Розовый ряд

➤ Классификация «*Очень тяжелое заболевание или очень тяжелая пневмония*»:

1. Дать первую дозу антибиотика в/м, в/в или внутрь, если ребенок может ее принять:

- амоксициллина клавуланат (15–20 мг/кг массы тела внутрь) или ампициллин (100–150 мг/кг массы тела в сутки, в/м 3–4 раза в сутки);
- цефотаксим (40–50 мг/кг массы тела в сутки каждые 6 ч) или
- цефтриаксон (80 мг/кг массы тела в/м или в/в один раз в сутки).

2. При отсутствии возможности госпитализации организовать стационар на дому и продолжать начатое лечение до возможности госпитализации. Если в начале лечения ампициллин назначен в/м, то с 3–4-го дня можно перейти на амоксициллин внутрь.

➤ *Стридор* (стеноз 2–3-й степени):

1. Дать преднизолон 1 мг/кг или дексаметазон 0,6 мг/кг внутрь, а если ребенок не может пить – преднизолон 2–3 мг/кг в/м.

2. Дать первую дозу антибиотика в/м или в/в или внутрь, если ребенок может ее принять:

- амоксициллина клавуланат (15–20 мг/кг массы тела внутрь);
- цефотаксим (40–50 мг/кг массы тела в сутки каждые 6 ч) или
- цефтриаксон (80 мг/кг массы тела в/м или в/в один раз в сутки).

Таблица 27 – Оценка кашля или затрудненного дыхания, классификация

Кашель или затрудненное дыхание		Признаки	Классифицируйте как:
Оцените кашель или затрудненное дыхание (ребенок должен быть спокоен) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосчитайте число дыханий в минуту</li> <li>• Осмотрите, есть ли втяжение грудной клетки</li> <li>• Осмотрите и послушайте:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- есть ли стридор</li> <li>- есть ли астмоидное дыхание</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Любой общий признак опасности</li> <li>• Стридор в покое, вызванный бактериальной инфекцией</li> </ul>	Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стридор в покое, обусловленный крупом</li> <li>• Учащенное дыхание и втяжение грудной клетки</li> </ul>	Тяжелый круп
Возраст ребенка	Учащенное дыхание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втяжение нижней части грудной клетки</li> <li>• Учащенное дыхание</li> </ul>	Пневмония
От 2 до 12 месяцев	50 и более дыханий в 1 мин		
От 12 месяцев до 5 лет	40 и более дыханий в 1 мин	Нет признаков пневмонии или тяжелой пневмонии	Кашель или простуда
Если есть астмоидное дыхание и у ребенка нет общих признаков опасности: дайте быстродействующий бронхолитик, повторно оцените через 30 мин. Классифицируйте снова и решите дальнейшее решение			

Таблица 28 – Лечение при кашле или затрудненном дыхании (розовый ряд)

Классификация	Лечение
Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте: первую дозу подходящего антибиотика</li> <li>• Направьте <i>немедленно</i> в стационар*</li> </ul>
Тяжелый круп	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преднизолон или дексаметазон однократно</li> <li>• Направьте <i>немедленно</i> в стационар*</li> </ul>
* Ребенок с любым общим признаком опасности требует <i>немедленного</i> внимания; завершите обследование и догоспитальное лечение, чтобы не задерживать госпитализацию	

➤ *Астмоидное дыхание* (обструктивный синдром, обструктивный бронхит)

1. Если имеется признак ОПО, дать три ингаляции сальбутамола (одна ингаляция-доза – это одно нажатие на колпачок, дышать 40 с), затем госпитализировать. Перед госпитализацией повторить сальбутамол через 20 мин после первой дозы.

2. Если ОПО нет, то по 2–4 ингаляции сальбутамола каждые 20 мин три раза в течение часа, затем повторно оценить.

3. Если состояние не улучшилось, госпитализировать, перед этим 1 мг/кг внутрь, а если не глотает – дать в/м преднизолон 1–2 мг/кг. Если госпитализация невозможна, продолжить давать преднизолон в течение трех дней и пытаться госпитализировать.

4. Если улучшение есть, продолжить сальбутамол по две ингаляции 3–4 раза в день, курс – 3–5 дней.

## II. Желтый ряд

### ➤ Классификация «Пневмония»

#### 1. Дайте антибиотик:

- первого ряда – амоксициллин 40–50 мг/кг в сутки на 5–7 дней, принимать независимо от приема пищи;
- второго ряда – альтернативные, назначить при отсутствии эффекта в течение 48–72 ч: амоксициллин/клавулонат 40–60 мг/кг в сутки (расчет по амоксициллину), внутрь в три приема 7–10 дней во время еды, или макролиды:
- эритромицин 40–50 мг/кг в сутки на 7–10 дней, или
- кларитромицин 15 мг/кг в сутки на 7–10 дней независимо от приема пищи, или
- азитромицин 10 мг/кг в сутки в один прием внутрь, курс – три дня; или по схеме: первый день – 10 мг/кг в сутки, со второго по пятый день – 5 мг/кг в сутки, принимать один раз в день.

2. При подозрении на атипичную пневмонию стартовым препаратом должен быть макролид, курс – 14 дней (схему лечения азитромицином см. выше).

Таблица 29 – Лечение при кашле или затрудненном дыхании (желтый ряд)

Классификация	Лечение
Пневмония	<ul style="list-style-type: none"><li>• Дайте амоксициллин внутрь в течение пяти дней.</li><li>• Если астмоидное дыхание, дайте ингаляционный бронходилататор в течение пяти дней.</li><li>• Смягчите горло, облегчите кашель с помощью безопасного средства.</li><li>• Если кашель более 14 дней или эпизоды астмоидного дыхания, направьте на обследование на туберкулез, астму и др.</li><li>• Объясните матери, когда вернуться немедленно.</li><li>• Назначьте последующий визит через три дня</li></ul>

## III. Зеленый ряд

### ➤ Пневмонии нет, кашель или простуда (диагноз: ОРВИ, острый бронхит)

1. Уход, средства, смягчающие боль в горле, кашель – теплое молоко с содой (1/2 чайной ложки соды + стакан молока), для грудных детей – материнское молоко.

Таблица 30 – Лечение при кашле или затрудненном дыхании (зеленый ряд)

Классификация	Лечение
Нет признаков пневмонии или тяжелой пневмонии	<ul style="list-style-type: none"><li>• Если астмоидное дыхание, дайте ингаляционный бронходилататор в течение пяти дней.</li><li>• Лечите дома. Смягчите горло и облегчите кашель с помощью безопасного средства.</li><li>• Объясните матери, когда вернуться немедленно.</li><li>• Назначьте последующий визит через пять дней, если нет улучшения.</li><li>• Если кашель более 14 дней или эпизоды астмоидного дыхания, направьте на обследование.</li><li>• Консультируйте мать по уходу в целях развития</li></ul>

2. Физиораствор в нос. Нафтозолин в нос, если ребенок не может сосать из-за заложенности: до трех лет – 0,01 %; 4–6 лет – 0,025 %; старше – 0,05 % по 1–3 капли 1–3 раза в сутки, до пяти дней.

➤ *Легкий круп*

1. Щелочное питье и молоко с содой как отхаркивающее средство.

2. Амброксол во время и после еды: до двух лет – 1/4 таблетки 2–3 раза, 2–5 лет – 1/4 таблетки три раза, 5–12 лет – 1/2 таблетки три раза, старше – 1–2 таблетки три раза в день.

➤ *Бронхит*

1. Массаж и дренаж грудной клетки

➤ *Лихорадка свыше 38,5 °С*

1. Парацетомол 10–15 мг/кг на прием.

2. Ибупрофен 5–10 мг/кг на прием.

**Обучите мать по уходу за больным ребенком с кашлем или затрудненным дыханием**

- Тело младенца и ребенка раннего возраста очень быстро теряет тепло. Поэтому ребенка с кашлем или простудой следует укрывать и держать в тепле, но не перегревать.
- Следует предлагать обильное и теплое питье (компот, сок, кипяченая вода). Если ребенок находится на грудном вскармливании, чаще прикладывать к груди.
- При кашле и простуде необходимо ребенку часто прочищать нос, особенно перед кормлением или сном. Закапывайте в нос соленый раствор – по 1–3 пипетки в каждую ноздрю (одна щепотка соли на 100 г воды).
- Воздух в помещении должен быть увлажненным, влажный воздух помогает облегчить дыхание.
- Для смягчения боли в горле и облегчения кашля рекомендуется давать в теплом виде минеральную негазированную воду, молоко с содой (1/2 чайной ложки соды на стакан молока).
- Избегать растирания пахучими средствами.
- Снижать температуру (38,5 °С и выше) парацетамолом или ибупрофеном (таблица 31), обтиранием прохладной водой, но не холодной, по ходу проекции крупных сосудов (шея, подмышечная и паховая области).
- Давать дополнительно жидкость (столько, сколько ребенок сможет выпить).

Таблица 31 – Дозировка парацетамола и ибупрофена

<i>Парацетамол</i>		
Давайте парацетамол каждые 6 ч до снижения температуры или прекращения болей		
Возраст или вес	Сироп (120 мг в 5 мл)	Таблетка (500 мг)
От двух месяцев до трех лет (от 4 до 14 кг)	5,0 мл (одна чайная ложка)	1/4
От трех до пяти лет (14–19 кг)	10,0 мл (две чайные ложки)	1/2
<i>Ибупрофен</i>		
5–10 мг/кг на прием, не более четырех раз в сутки		

- Скажите матери:
  - кормить грудью часто и длительно при каждом кормлении. Грудное молоко является лучшим источником жидкости и пищи для ребенка, поскольку оно обладает высокой питательностью, стерильно и помогает противостоять болезням и инфекциям;
  - если ребенок вскармливается исключительно грудью, дайте ему ОРС (оральные регидратационные средства) или чистую воду в дополнение к грудному молоку;
  - если ребенок не находится на исключительно грудном вскармливании, дайте ему один или несколько из следующих видов жидкости: раствор ОРС (оральное регидратационное средство), жидкости на основе пищевых продуктов (суп, рисовый отвар, фруктовые соки, кисломолочные смеси: кефир, айран, биолакт) или чистую воду.
- Контролируйте, выполняет ли мать назначения врача
- По назначению врача давать антибиотик, следить за своевременным приемом препаратов. Дозировка амоксициллина приведена в таблице 32. Альтернативные препараты при пневмонии: эритромицин или спирамицин.
- По назначению врача давать оральный бронхолитик (таблица 33).
- Дайте пятидневный запас.

Таблица 32 – Дозировка амоксициллина при пневмонии, стрептококковом фарингите, острой инфекции уха

<i>Амоксициллин</i>		
Дайте три раза в день за 1 ч до или 1,5 ч после приема пищи, курс – пять дней		
Возраст или вес	Таблетки, 250 мг	Сироп, 125 мг в 5 мл
От двух до 12 месяцев (от 4 до 10 кг)	1/2	5 мл
От 12 месяцев до пяти лет (10–19 кг)	1	10 мл

Таблица 33 – Дозировка оральных бронхолитиков

Возраст или вес	Оральный сальбутамол		Аэрозольный сальбутамол	Эуфиллин
	Таблетка, 2 мг	Сироп, 2 мг в 5 мл		Таблетка, 150 мг
От двух до 12 месяцев (от 4 до 10 кг)	1/2	2,5 мл	1 доза	1/4
От 12 месяцев до пяти лет (10–19 кг)	1	5 мл	2 дозы	1/2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оральный сальбутамол: три раза в день в течение пяти дней.</li> <li>• Аэрозольный сальбутамол (в ингаляторе одна доза = одно нажатие на колпачок): три раза в день.</li> <li>• Эуфиллин: два раза в день в течение пяти дней</li> </ul>				

***Напомните матери, когда она должна вернуться к медицинскому работнику***

Мать, которая забирает ребенка домой, должна получить совет, когда вернуться к медицинскому работнику вновь. Она, возможно, должна будет вернуться:

- для *последующего осмотра* (повторного осмотра врачом) через определенное количество дней (например, когда необходимо повторно оценить состояние ребенка и проконтролировать действие антибиотика);
- *немедленно*, если возникнут признаки, указывающие на ухудшение состояния больного, или
- для проведения ребенку очередной прививки (очередной *осмотр здорового ребенка*).  
➤ Последующий визит к врачу

В конце осмотра больного ребенка объясните матери, когда она должна вернуться для последующего осмотра. Иногда ребенок может нуждаться в последующих осмотрах по нескольким проблемам. В таких случаях назначьте матери наиболее раннюю *точно определенную дату* для возвращения в медицинское учреждение.

Также расскажите ей о любых более ранних осмотрах, в которых может возникнуть необходимость, например, если у ребенка лихорадка не будет спадать.

В таблице 34 приведены сроки для проведения последующих визитов при различных проблемах.

- Немедленно вернуться в медицинское учреждение

Очень важно научить мать распознаванию признаков, при появлении которых необходимо немедленно вернуться в медицинское учреждение (таблица 35). Появление таких признаков означает, что ребенок нуждается в дополнительном лечении серьезного заболевания.

Таблица 34 – Сроки проведения последующих визитов

Если у ребенка:	Последующий визит через:
Учащенное дыхание Астмоидное дыхание Лихорадка (если лихорадка сохраняется)	Два дня
Если нет улучшения	Пять дней

Таблица 35 – Признаки, при которых следует немедленно вернуться к врачу

Любой больной ребенок, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может пить или сосать грудь.</li> <li>• Состояние ухудшается.</li> <li>• Лихорадка не уменьшается</li> </ul>
Ребенок с кашлем или простудой, если:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащенное дыхание.</li> <li>• Затрудненное дыхание</li> </ul>

При обучении матери распознаванию признаков, при появлении которых необходимо немедленно вернуться в медицинское учреждение, используйте «Памятку матери». Используйте термины, понятные матери. На «Памятке матери» признаки обозначены словами и иллюстрациями. Обведите признаки, которые мать должна запомнить. Проверьте, как мать поняла объяснения.

- Очередной осмотр здорового ребенка

Напомните, матери о сроках очередного осмотра для проведения ребенку прививок, *за исключением* тех случаев, когда мать уже получила большое количество информации для запоминания и все равно скоро вернется в медицинское учреждение. Например, если мать должна запомнить график приема антибиотика, указания по уходу за

ребенком дома по другой проблеме и должна вернуться в медицинское учреждение через два дня, вы не должны объяснять ей необходимость проведения осмотра здорового ребенка через один месяц. Тем не менее, вы должны записать дату очередной прививки в «Памятку матери».

#### 4.4. Диарея (обезвоживание, затяжная диарея, дизентерия)

*Диарея* является второй по значимости причиной смерти детей в возрасте до пяти лет. Ежегодно в мире от диареи умирает 525 тыс. детей. При диарее причинами смерти детей являются дегидратация, потеря солей и септические осложнения. Наибольшему риску при диарее с угрозой для жизни подвергаются дети, страдающие недостаточным питанием и ослабленным иммунитетом.

Диарея определяется как неоформленный или жидкий стул три или более раз в день (или чаще, чем обычно для конкретного человека). Частый оформленный стул не является диареей. Неоформленный, «кашицеобразный» стул детей, находящихся на грудном вскармливании, также не является диареей. Обычно диарея является симптомом инфекции кишечного тракта, которая может быть вызвана различными бактериями, вирусами и паразитами. Инфекция распространяется через загрязненные пищевые продукты или питьевую воду, а также от человека к человеку в результате ненадлежащей гигиены.

*Три клинических типа диарей:*

- острая водянистая диарея – продолжается несколько часов или дней, включая холеру;
- острая кровавая диарея – дизентерия;
- затяжная/длительная диарея – продолжается 14 и более дней.

*Дегидратация.* Во время диареи вода и электролиты (натрий, хлор, калий и бикарбонат) выводятся из организма вместе с жидким стулом, рвотой, потом, мочой и дыханием. Дегидратация происходит в том случае, если эти потери не возмещаются.

Три степени дегидратации:

1. Тяжелая дегидратация (как минимум, два из следующих признаков):

- летаргичность/бессознательное состояние;
- запавшие глаза;
- больной не может пить или пьет плохо;
- кожная складка расправляется очень медленно ( $\geq 2$  с).

2. Умеренная дегидратация:

- беспокойное поведение, болезненная раздражительность;
- запавшие глаза;
- больной пьет с жадностью, испытывает жажду;
- кожная складка расправляется медленно.

3. Дегидратации нет (недостаточно признаков для причисления к умеренной или тяжелой дегидратации).

#### *Оценка и определение действий при диарее*

Ребенок с диареей оценивается по следующим признакам:

- Как долго у ребенка диарея?
- Есть ли кровь в стуле (признак дизентерии)?

- Есть ли признаки обезвоживания?  
Шаги для оценки ребенка с диареей представлены в таблице 36.

Таблица 36 – Шаги для оценки ребенка с диареей

<i>Спросите</i>	<i>Осмотрите (признаки обезвоживания)</i>
<p>Если есть диарея, то:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Как долго?</li> <li>• Есть ли кровь в стуле?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осмотрите общее состояние ребенка: <ul style="list-style-type: none"> <li>- летаргичен или без сознания;</li> <li>- беспокоен или болезненно раздражим.</li> </ul> </li> <li>• Есть ли запавшие глаза?</li> <li>• Предложите ребенку жидкость: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ребенок не может пить или пьет плохо;</li> <li>- пьет с жадностью, жажда.</li> </ul> </li> <li>• Проверьте реакцию кожной складки на животе. Складка расправляется: <ul style="list-style-type: none"> <li>- очень медленно (больше 2 с);</li> <li>- медленно</li> </ul> </li> </ul>

**Спросите, есть ли у ребенка диарея?** Используйте слова для описания диареи, понятные матери. Если мать отвечает «да», то задайте следующие вопросы: «Как долго?» Дайте матери время ответить на вопрос. Возможно, ей потребуется время, чтобы вспомнить точное число дней. «Есть ли кровь в стуле?» Спросите мать, замечала ли она кровь в стуле в течение данного случая диареи.

**Проверьте, есть ли признаки обезвоживания.** Если ребенок обезвожен, он сначала становится беспокойным и болезненно раздражимым. Если обезвоживание продолжается, ребенок становится летаргичным или без сознания.

По мере того, как ребенок теряет жидкость, у него появляются запавшие глаза. При осмотре можно увидеть, что кожная складка расправляется медленно или очень медленно.

**Посмотрите на общее состояние ребенка.** Летаргичен или без сознания? Беспокоен и болезненно раздражим?

Если ребенок *летаргичен или без сознания*, значит, у него есть ОПО.

Если ребенок *беспокоен и болезненно раздражим* все время или каждый раз, когда к нему прикасаются, то у него есть признак «беспокоен и болезненно раздражим». Если младенец или ребенок спокоен, когда сосет грудь, но снова становится беспокойным и болезненно раздражимым, когда прекращается грудное кормление, то у него есть признак «беспокоен и болезненно раздражим».

Многие дети плачут только потому, что они находятся в медицинском учреждении или видят посторонних людей. Обычно таких детей можно успокоить. У таких детей нет признака «беспокоен и болезненно раздражим».

**Посмотрите, есть ли запавшие глаза.** Глаза обезвоженного ребенка могут выглядеть запавшими. Если вы считаете, что глаза запавшие, то для уточнения спросите мать, считает ли она, что у ребенка глаза выглядят необычными. Ее мнение поможет вам получить подтверждение, что глаза ребенка запавшие.

**Предложите давать ребенку жидкость.** Ребенок не может пить или пьет плохо? Пьет с жадностью, жажда?

Попросите мать предложить ребенку воду из чашки или ложки. Наблюдайте за тем, как ребенок пьет.

Ребенок *не может пить, сосать или глотать жидкость*, когда ему предлагают. Например, ребенок не может пить потому, что он летаргичен или без сознания.

Ребенок *пьет плохо*, если ребенок ослаблен и не может пить без посторонней помощи. Он может только проглотить жидкость, введенную в рот.

У ребенка *есть признак «пьет с жадностью, жажда»*, если ребенок, тянется к чашке или ложке, когда вы предлагаете ему воду. При этом, когда воду убирают, ребенок плачет, потому что еще хочет пить.

Если ребенок пьет только тогда, когда его просят, и не хочет пить больше, значит, у него *нет признака «пьет с жадностью, жажда»*.

**Проверьте реакцию кожной складки на животе.** Складка расправляется: «очень медленно» (больше 2 с) и «медленно» (рисунок 11).

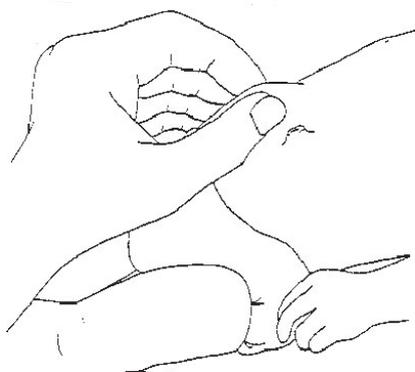


Рисунок 11 – Проверка реакции кожной складки на животе

Попросите мать положить ребенка на спину, руки вдоль тела (не над головой) и ноги выпрямлены. Или попросите мать положить ребенка горизонтально на ее колени. Выберите место на животе ребенка посередине между пупком и боковой стенкой живота. Расправление кожной складки проверяется с помощью большого и указательного пальцев руки. Нельзя пользоваться кончиками пальцев, так как это может причинить ребенку боль.

Расположить руку таким образом, чтобы кожная складка была параллельна телу ребенка, а не поперек его.

Плотно захватите все слои кожи и подкожную ткань. Удерживайте кожную складку в течение 1 с, затем отпустите ее и наблюдайте за скоростью расправления кожной складки: *очень медленно* (более 2 с), *медленно*, *немедленно*.

### **Оценка, классификация и лечение диареи**

Признаки, классификация и лечение диареи представлены в таблице 37.

#### **Лечение диареи**

Лечение диареи включает следующие меры:

➤ Диарея лечится с помощью оральных регидратационных солей (ОРС) – это смесь чистой воды, соли и сахара, которая может быть безопасно приготовлена в домашних условиях. ОРС всасывается в тонком кишечнике и восполняет потери воды и электролитов с фекалиями. Лечение такой смесью стоит недорого.

➤ Дополнительный курс лечения 20 мг таблетками цинка на протяжении 10–14 дней позволяет сократить продолжительность диареи на 25 % и приводит к уменьшению объема стула на 30 %.

➤ Регидратация через внутривенные капельницы проводится в случае острой дегидратации или шокового состояния.

➤ Замкнутый круг недостаточности питания и диареи можно разорвать благодаря кормлению детей пищевыми продуктами, богатыми питательными веществами

Таблица 37 – Оценка, классификация и лечение диареи

Признаки	Классифицируйте как	Лечите
<p>Два из следующих признаков:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Летаргичен или без сознания</li> <li>2. Запавшие глаза</li> <li>3. Не может пить или пьет плохо</li> <li>4. Кожная складка расправляется очень медленно*</li> </ol>	Тяжелое обезвоживание	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проводите регидратацию по плану «В» или если ребенок имеет другое тяжелое заболевание: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Срочно</u> направьте в стационар, по дороге мать должна давать ОРС частыми глотками, посоветуйте ей чаще давать грудь</li> <li>• Посоветуйте матери продолжать кормить грудью</li> </ul> </li> </ol>
<p>Два из следующих признаков:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Беспокоен или болезненно раздражим</li> <li>2. Запавшие глаза</li> <li>3. Пьет с жадностью, жажда</li> <li>4. Кожная складка расправляется медленно</li> </ol>	Умеренное обезвоживание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте ОРС, оральный препарат цинка и пищу по схеме умеренного обезвоживания (план «Б»)</li> <li>• Объясните матери, когда вернуться немедленно</li> <li>• Последующий визит через пять дней, если нет улучшения</li> </ul>
Недостаточно признаков для умеренного или тяжелого обезвоживания	Нет обезвоживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте жидкость, оральный препарат цинка и кормите по схеме – лечение диареи на дому (план «А»)</li> <li>• Объясните матери, когда вернуться немедленно</li> <li>• Последующий визит через пять дней, если нет улучшения</li> </ul>
<i>Если диарея продолжается более 14 дней</i>		
Есть обезвоживание	Тяжелая затяжная диарея	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если у ребенка нет другого тяжелого заболевания, лечите обезвоживание</li> <li>• Направьте в стационар</li> </ul>
Нет обезвоживания	Затяжная диарея	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Объясните матери, как кормить ребенка, у которого затяжная диарея</li> <li>• Дайте мультивитамины и минералы, включая препарат цинка в течение 14 дней</li> <li>• Последующий визит через пять дней</li> </ul>
<i>Если есть кровь в стуле</i>		
Кровь в стуле	Дизентерия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте ципрофлоксацин три дня</li> <li>• Последующий визит через три дня</li> </ul>

\* У ребенка с сильным истощением (тяжелым нарушением питания) кожная складка может расправляться медленно, даже если у ребенка нет обезвоживания. У ребенка с избыточным весом или с отеком кожная складка расправляется немедленно, даже если ребенок обезвожен.

(включая грудное молоко), во время диареи и последующего кормления выздоровевших детей питательными продуктами (включая исключительное грудное вскармливание детей в течение первых шести месяцев жизни).

Обучите мать выполнять назначения врача по лечению диареи. Лечение детей, у которых *нет обезвоживания*, проводится по плану «А».

#### **План «А» – лечение диареи без обезвоживания на дому**

Консультируйте мать по четырем правилам домашнего лечения:

1. Давать дополнительно жидкость.
2. Давать внутрь препараты цинка.
3. Продолжать кормление.
4. Знать, когда вернуться с ребенком.

*Первое правило:* давать дополнительно жидкость (столько, сколько ребенок сможет выпить).

➤ Скажите матери:

- кормить грудью часто и длительно при каждом кормлении. Грудное молоко является лучшим источником жидкости и пищи для ребенка, страдающего диареей, поскольку оно высокопитательно, стерильно и помогает противостоять болезням и инфекциям;
- если ребенок вскармливается исключительно грудью, дайте ему ОРС (состав ОРС указан в таблице 38) или чистую воду в дополнение к грудному молоку;
- если ребенок не находится на исключительно грудном вскармливании, дайте ему один или несколько из следующих видов жидкости: раствор ОРС, жидкости на основе пищевых продуктов (суп, рисовый отвар, фруктовые соки, кисломолочные смеси – кефир, айран, биолакт) или чистую воду.

➤ Обучите мать, как растворять и давать ОРС ребенку, выдайте матери два пакета

ОРС для использования на дому.

Особенно важно давать ОРС дома:

- если ребенок получал лечение по плану «Б» или «В» во время данного заболевания в медицинском учреждении;
- если нет возможности вернуться с ребенком в амбулаторию в случае, когда диарея усилится.

Таблица 38 – Состав оральных регидратационных солей

Состав	ОРС (1984)	ОРС со сниженной осмолярностью
Хлорид натрия	3,5 г	2,6 г
Цитрат натрия	2,9 г	2,9 г
Хлорид калия	1,5 г	1,5 г
Глюкоза	20,0 г	13,5 г
Осмолярность	311 мосм/л	245 мосм/л

Преимущества ОРС со сниженной осмолярностью (245 мосм/л):

- уменьшается объем стула на 25–30 %;
- снижается частота рвоты на 30 %;
- снижается необходимость внутривенных введений жидкостей более чем на 30 %.

➤ Покажите матери, сколько жидкости давать в дополнение к обычному количеству:

- до двух лет: по 50–100 мл после каждого жидкого стула;
- старше двух лет: по 100–200 мл после каждого жидкого стула.

➤ Скажите матери:

- давать жидкость из чашки частыми небольшими глотками;
- если у ребенка появилась рвота, подождать 10 мин, затем продолжить, но медленнее;
- продолжать давать дополнительно жидкость до прекращения диареи.

*Второе правило:* давать внутрь препараты цинка.

Цинк является важным микроэлементом для общего здоровья и развития ребенка. При диарее он теряется в больших количествах. Восполнение потерь цинка важно для поддержания и восстановления здоровья ребенка в последующие месяцы. Практика показала, что добавки цинка в период диареи уменьшают продолжительность заболевания и его тяжесть, а также снижают вероятность новых случаев диареи в последующие 2–3 месяца. Поэтому всем детям с диареей необходимо назначать препараты цинка как можно быстрее после начала заболевания.

➤ Объясните матери, в каком количестве необходимо давать препараты цинка:

- до шести месяцев: ½ таблетки (10 мг) в день в течение 10–14 дней;
- шесть месяцев и старше: одна таблетка (20 мг) в день в течение 10–14 дней.

➤ Покажите матери, как давать препараты цинка:

- младенцам: растворить таблетку в небольшом количестве сцеженного молока, ОРС или чистой воды в небольшой чашке или в ложке;
- детям более старшего возраста: таблетку можно дать разжевать или растворить в небольшом количестве чистой воды в чашке или в ложке.

➤ Обратите внимание матери на необходимость приема препаратов цинка в течение 14 дней.

*Третье правило:* давать достаточное количество пищи (продолжать кормление).

Ребенок, находящийся на грудном вскармливании, должен прикладываться к груди по требованию, не соблюдая почасового кормления, без ночного перерыва.

Ребенок, находящийся на смешанном и искусственном вскармливании, должен получать пищу, которую получал до болезни. При ферментопатии необходимо вводить в рацион питания безлактозные смеси.

Пища должна быть разнообразной и содержать три группы продуктов: крупы, мясо, овощи и фрукты. Необходимо добавлять в каши бобы, рыбу, яйцо, фрукты и 1–2 чайных ложки растительного масла. Пища должна быть свежеприготовленной и протертой.

При диарее у ребенка может отсутствовать аппетит, возможна рвота, ребенок теряет вес, и у него может быстро развиться истощение. Ребенка нужно поощрять есть как можно чаще (активное кормление).

После прекращения диареи дайте обычную пищу (соответствующую возрасту), а также одно дополнительное кормление в течение двух недель.

Ребенка нельзя считать полностью выздоровевшим от диареи, если он не восстановил свой прежний вес.

Процессу выздоровления ребенка после диареи способствует прием витамина А или продуктов, богатых витамином А, в частности: грудное молоко, печень, рыба,

кисломолочные продукты, фрукты, зеленые листовые овощи и овощи оранжевого или желтого цвета.

*Четвертое правило:* обучить мать признакам немедленного визита к медицинскому работнику:

- ребенок не может пить или сосать грудь или плохо пьет;
- состояние ухудшается (неоднократный стул в течение 1–2 ч, частая рвота, отказ от еды, ребенок выглядит слабым и сонливым или возбужденным, появляется жажда);
- температура не снижается или повышается;
- кровь в стуле.

**План «Б»:** лечение диареи с умеренным обезвоживанием с помощью ОРС

- Проведите регидратацию в ПОР (пункт оральной регидратации) в течение 4 ч.
- Дайте ОРС (мл) из расчета: массу тела (кг) умножить на коэффициент 75. Если вес больного на момент осмотра невозможно определить, то расчет ОРС проводится по таблице 39.

Таблица 39 – Расчет ОРС по возрасту больного ребенка

Возраст	До четырех месяцев	От четырех до 12 месяцев	От 12 месяцев до двух лет	От двух до пяти лет
Вес, кг	Меньше 6	6–10	10–12	12–19
ОРС, мл	200–450	450–800	800–950	950–1 600

Если ребенок охотно пьет раствор ОРС и просит еще, можно дать больше рекомендованного количества.

➤ Для детей младше шести месяцев, не находящихся на грудном вскармливании, дайте также 100–200 мл воды за тот же период (4 ч).

➤ Покажите матери, как давать ОРС ребенку:

- давать жидкость из чашки небольшими глотками;
- если у ребенка появилась рвота, необходимо подождать 10 мин, затем продолжить отпаивание, но медленнее (одна чайная ложка каждые 2–3 мин);
- если у ребенка припухают веки, прекратите давать ОРС и продолжайте давать воду или грудное молоко;
- если ОРС вводится слишком быстро, то может наблюдаться вздутие живота, в таком случае нужно прекратить введение ОРС до тех пор, пока вздутие не исчезнет.

➤ В первые 4 ч периода регидратации не давайте никакой пищи за исключением грудного молока, затем кормите ребенка через каждые 3–4 ч.

Состояния, требующие перехода к внутривенной регидратационной терапии при умеренном обезвоживании:

- плохо пьет;
- частая рвота (три раза в час);
- большой объем жидкого стула;
- вздутие живота;
- синдром нарушения всасывания глюкозы (при использовании ОРС у некоторых пациентов может отмечаться увеличение объема водянистого стула).

➤ Через 4 ч повторно оцените состояние ребенка:

- оцените состояние ребенка и классифицируйте степень обезвоживания;
- выберите подходящий план (А, Б, В) для продолжения лечения;
- начните кормление ребенка в амбулатории (см. план «А», третье правило).
  - Если ребенок отказывается от раствора ОРС или ему становится хуже, оцените состояние до истечения 4 ч.
    - Если мать должна покинуть амбулаторию до окончания лечения:
- покажите ей, как приготовить раствор ОРС дома;
- покажите ей, сколько ОРС следует дать ребенку, чтобы закончить 4-часовое лечение дома. Дайте ей достаточно пакетов ОРС, чтобы закончить регидратацию. Дополнительно дайте ей два пакета ОРС (как рекомендовано планом «А»);
- объясните матери четыре правила лечения на дому:
  - 1) давать дополнительно жидкость;
  - 2) давать внутрь препараты цинка;
  - 3) продолжать кормление;
  - 4) знать, когда вернуться с ребенком к медработнику для повторной оценки состояния ребенка и лечения.

### **План «В»: лечение диареи с тяжелым обезвоживанием**

При тяжелом обезвоживании необходимо быстро провести в/в регидратацию, а после того как состояние ребенка достаточно улучшится, проводить пероральную регидратацию. В/в регидратационная терапия детям с тяжелым обезвоживанием проводится по плану «В».

➤ Начните внутривенное введение жидкости *немедленно*

1. Начните в/в вливание немедленно. Если ребенок может пить, давайте ОРС через рот во время в/в вливания. Введите раствор Рингера лактата в объеме 100 мл/кг (таблица 40).

Таблица 40 – Расчет раствора Рингера лактата в зависимости от возраста

Возраст	Сначала дайте 30 мл/кг за:	Затем дайте 70 мл/кг за:
Грудные дети (младше 12 месяцев)	1 ч*	5 ч
Дети старше одного года (от 12 месяцев до пяти лет)	30 мин*	2,5 ч

\* Повторите, если периферический (радиальный) пульс очень слабый или не определяется.

Наилучшей жидкостью для внутривенного введения является раствор Рингера лактата (раствор Хартмана для инъекций). Если Рингера лактата нет, то можно использовать физиологический раствор (0,9 % NaCl). Изолированное применение 5 % раствора глюкозы (декстрозы) неэффективно.

➤ Мониторинг регидратационной терапии: (оценивайте ЧСС, наполнение пульса)  
Первый этап:

- оценивайте состояние ребенка до 12 месяцев каждые 30 мин, старше 12 месяцев – каждые 15 мин;
- если состояние гидратации не улучшилось (радиальный пульс слабый или не определяется), увеличьте скорость введения жидкости;

- если состояние гидратации улучшилось, перейдите ко второму этапу (назначьте жидкость в объеме 70 мл/кг).  
Второй этап:
- оценивайте состояние больного через каждые 1–2 ч;
- всем детям назначьте дополнительно раствор ОРС из расчета 5 мл/кг/ч сразу, как только они смогут пить (это происходит через 3–4 ч у детей до 12 месяцев, 1–2 ч – старше 12 месяцев);
- как только ребенок сможет хорошо пить, можно отключить капельницу, оставшийся объем жидкости дать орально;
- после окончания курса регидратации оцените состояние, классифицируйте степень обезвоживания и определите подходящий план лечения (А, Б или В).

### ***Повторное наблюдение при диарее***

Когда младенец с классификацией «диарея» возвращается с последующим визитом через пять дней, следуйте следующим рекомендациям.

- Спросите, прекратилась ли диарея:
- если диарея не прекратилась, оцените состояние ребенка и дайте необходимое лечение (см. таблицу 37);
- если диарея прекратилась, посоветуйте матери продолжать исключительно грудное вскармливание.
- если диарея не прекратилась, проведите повторную оценку диареи младенца, как описано в оценочной таблице 37. Также задайте матери дополнительные вопросы, для того чтобы установить, есть ли улучшение в состоянии младенца.
  - Если младенец обезвожен, для классификации обезвоживания и выбора плана назначения жидкостей используйте классификационную таблицу на схеме «Младенец».
  - Если остаются прежние симптомы или состояние ухудшается, направьте ребенка в стационар. Если у младенца развилась лихорадка, по назначению врача или фельдшера перед тем как направить ребенка в стационар, дайте антибактериальные препараты внутримышечно, как при «очень тяжелом заболевании».
  - Если состояние младенца улучшается, скажите матери, чтобы она продолжала давать жидкость ребенку и кормить грудным молоком в соответствии с планом «А», «Б» или «В».

### ***План «А»: лечите диарею на дому;***

#### ***консультируйте мать по четырем правилам домашнего лечения***

1. Давать обильное питье
  2. Давать внутрь препараты цинка
  3. Продолжать кормление
  4. Знать, когда вновь обратиться к медицинскому работнику
1. Обильное питье (столько, сколько ребенок выпьет)
    - Рекомендуйте матери:
      - чаще кормить грудью и увеличить длительность каждого кормления;
      - если ребенок на исключительно грудном вскармливании, давать дополнительно ОРС или чистую воду помимо грудного молока;

- если ребенок на смешанном или искусственном вскармливании, давать следующие жидкости в любом сочетании: раствор ОРС, жидкую пищу (например, суп, рисовый отвар, кисломолочные смеси: кефир, айран и биолакт), или чистую воду. Особенно важно давать ОРС дома, если:
  - до этого его лечили по плану «Б» или «В» в медицинском учреждении,
  - ребенок не сможет вернуться в амбулаторию в случае, когда диарея усилится.
    - Научите мать, как растворять и давать ОРС ребенку. Дайте матери два пакета ОРС для использования на дому.
    - Объясните матери, сколько жидкости необходимо давать дополнительно к обычному количеству:
      - до двух лет: 50–100 мл после каждого жидкого стула;
      - в два года и старше: 100–200 мл после каждого жидкого стула.
        - Посоветуйте матери:
          - давать жидкости из чашки частыми небольшими глотками;
          - если у ребенка рвота, подождать 10 мин. Затем продолжить, но медленнее;
          - продолжать давать дополнительно жидкость до полного прекращения диареи.
- 2. Давать внутрь препараты цинка (ребенку от двух месяцев до пяти лет).
  - Объясните матери, как давать препараты цинка:
    - до шести месяцев: 1/2 таблетки в день в течение 14 дней;
    - в шесть месяцев и старше: одна таблетка в течение 14 дней.
      - Покажите матери, как давать препараты цинка:
        - младенцам растворить таблетку в небольшом количестве сцеженного молока, ОРС или чистой воде в небольшой чашке или в ложке;
        - детям старшего возраста таблетку можно разжевать или растворить в небольшом количестве чистой воды в чашке или в ложке.
          - Обратите внимание матери на необходимость приема препаратов в течение полных 14 дней.
  - 3. Продолжать кормление.
  - 4. Знать, когда вновь обратиться к медицинскому работнику.

***План «Б»: лечите умеренное обезвоживание с помощью ОРС***

- Определите и дайте рекомендованное количество ОРС в течение первых 4 ч (см. таблицу 41).

Таблица 41 – Рекомендованное количество ОРС в течение первых 4 ч\*

Возраст	До четырех месяцев	От четырех до 12 месяцев	От 12 месяцев до двух лет	От двух до пяти лет
Вес, кг	Меньше 6	6–10 кг	10–12	12–19
ОРС, мл	200–450	450–800	800–950	950–1 600

\* Используйте возраст ребенка только тогда, когда не известен его вес. Приблизительное количество ОРС (в мл) может быть также рассчитано путем умножения веса ребенка (в кг) на 75. Если ребенок хочет пить больше ОРС, чем показано в таблице, то дайте ему больше.

Для детей младше шести месяцев, не находящихся на грудном вскармливании, дайте 100–200 мл чистой воды за тот же период (4 ч).

- Покажите матери, как давать ОРС ребенку:
    - давать жидкость из чашки небольшими частыми глотками;
    - если у ребенка появилась рвота, подождать 10 мин. Затем продолжить, но медленнее;
    - продолжать кормить грудью, когда бы ребенок ни захотел.
  - Через 4 ч:
    - повторно оцените состояние ребенка и классифицируйте степень обезвоживания;
    - выберите подходящий план для продолжения лечения;
    - начните кормление ребенка в амбулатории.
  - Если мать должна покинуть амбулаторию до окончания лечения:
    - покажите ей, как приготовить раствор ОРС дома;
    - покажите ей, сколько ОРС следует дать ребенку, чтобы закончить 4-часовое лечение дома;
    - дайте ей достаточно пакетов ОРС, чтобы закончить регидратацию. Также дайте ей два пакета (как рекомендовано планом «А»);
    - объясните матери четыре правила лечения на дому:
      - 1) обильное питье;
      - 2) давать внутрь препараты цинка (ребенку от двух месяцев до пяти лет);
      - 3) продолжать кормление;
      - 4) знать, когда вновь обратиться к медицинскому работнику.
- Лечите тяжелое обезвоживание по плану «В» (см. рисунок 12).

### ***Профилактика диареи***

Профилактики диареи включают следующие меры:

- доступ к безопасной питьевой воде;
- улучшенные средства санитарии;
- мытье рук с мылом;
- исключительное грудное вскармливание ребенка в течение первых шести месяцев жизни;
- отказ от кормления из бутылочки, от соски;
- надлежащую личную гигиену и гигиену пищевых продуктов;
- санитарное просвещение в отношении путей распространения инфекций;
- вакцинацию против ротавирусной инфекции.

*Грудное вскармливание.* Материнское молоко является «первой прививкой» для ребенка, защищая его от диареи и других заболеваний. Максимальная защита обеспечивается при исключительно грудном вскармливании в первые шесть месяцев и продолжении кормления грудью до двухлетнего возраста и далее.

*Фекалии.* Микроорганизмы, вызывающую диарею, попадают в организм ребенка с питьевой водой, пищей, через руки, посуду или разделочный стол на кухне, если они загрязнены фекалиями.

Все фекалии, в том числе младенцев и детей раннего возраста, могут содержать болезнетворные бактерии или вирусы. Если дефекация происходит вне туалета, то фекалии, в том числе детские, следует немедленно убирать и спускать в туалет или закапывать. Туалеты должны быть недоступны для разносчиков инфекций и не должны загрязнять окружающую среду. Туалет должен быть максимально закрытым, недоступным

Следуйте за стрелками: если «да» – смотрите справа; если «нет» – вниз.

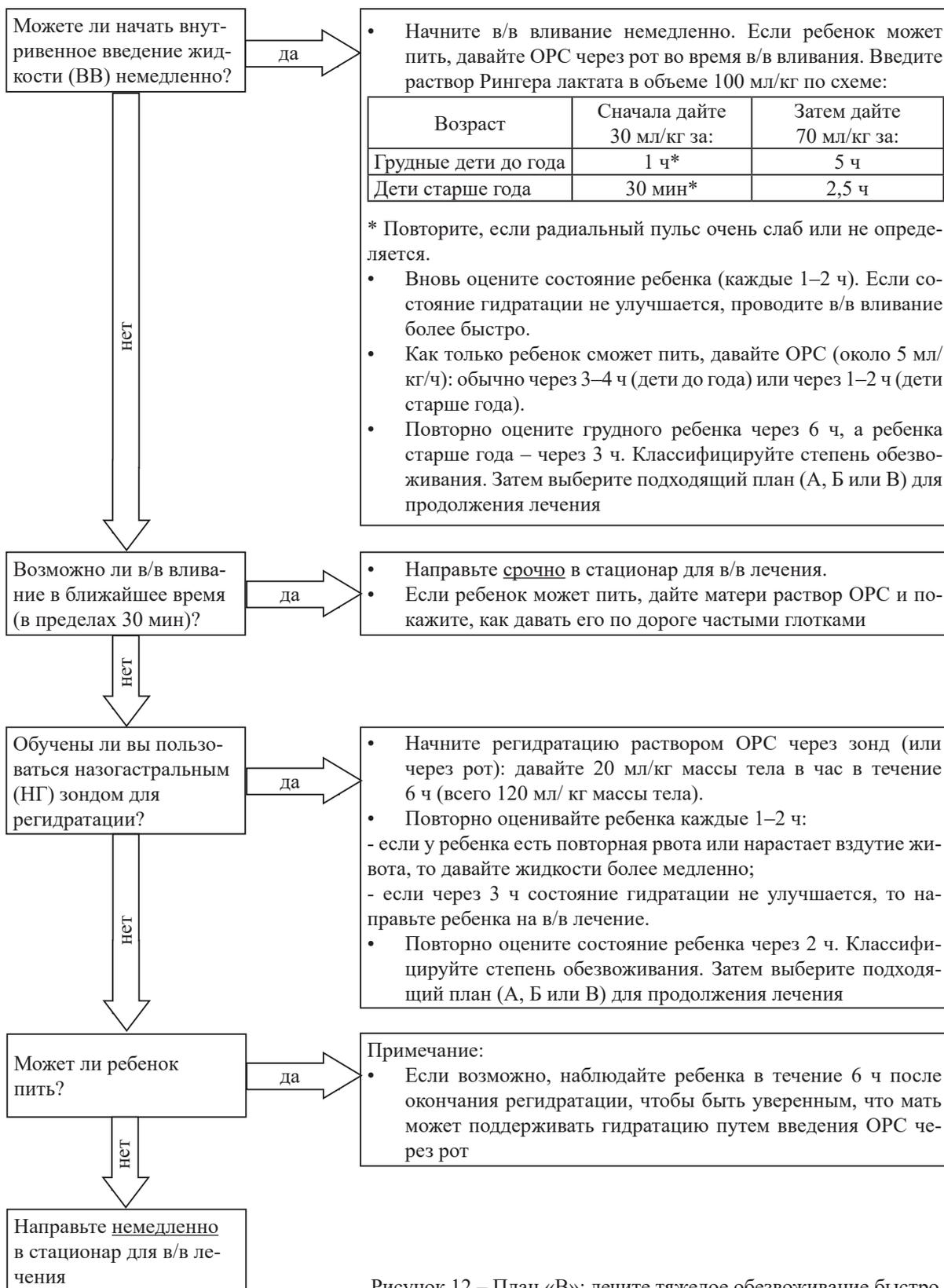


Рисунок 12 – План «В»: лечите тяжелое обезвоживание быстро

для грызунов, мух и т.д. и находиться на расстоянии не менее 15 м от источника воды и ниже по уровню местности. Это предотвратит загрязнение воды содержимым туалета. Поддержание туалетов и отхожих мест в чистоте предотвратит распространение бактерий.

*Меры санитарии и гигиены.* Следует мыть руки водой с мылом всякий раз после посещения туалета, подмывания ребенка, перед приготовлением и приемом пищи. Детей нужно учить мыть руки с раннего возраста. Маленькие дети часто держат руки во рту, поэтому важно поддерживать дом в чистоте и часто мыть ему руки водой с мылом, особенно перед кормлением.

*Готовая еда.* Приготовленную еду следует употребить в течение 2 ч. В сырых продуктах, особенно мясе птицы и морепродуктах, как правило, присутствуют микроорганизмы, которые могут попасть в готовую пищу при неправильном ее хранении. Сырые и готовые продукты следует хранить отдельно. Продукты, посуду, разделочный стол на кухне следует содержать в чистоте, а пищу и воду хранить в закрытой посуде. Тряпки, используемые для мытья кухонной посуды, нужно тщательно промывать каждый день и сушить на солнце.

*Чистая вода (водопроводная или кипяченая).* Прозрачная вода, кажущаяся нам чистой, не всегда безопасна для здоровья. Водопроводная вода наиболее безопасна. Воду из других источников (колодец, арык, река, пруд), предназначенную для питья, необходимо кипятить. Овощи и фрукты перед употреблением необходимо мыть в чистой воде. Следите, чтобы около источников водоснабжения не было мертвых животных или испражнений.

#### **4.5. Лихорадка (фебрильное заболевание, осложнения, корь и другие болезни)**

*Лихорадочная реакция* – это наиболее частый ответ организма ребенка на инфекционный процесс, в большинстве случаев имеет защитный характер (неблагоприятные условия для микроорганизмов, выработка интерферона, оптимальное течение воспалительного процесса). При умеренно выраженной лихорадке (*простуда или другая вирусная инфекция*) состояние ребенка страдает незначительно и не требует медикаментозного лечения. В этой ситуации применение жаропонижающих средств может ухудшить течение болезни.

В то же время высокая или умеренная лихорадка в сочетании с ОПО требует экстренных мер и неотложной госпитализации.

Врач, средний медработник или волонтер по интегральным признакам лихорадки должен быстро определить тактику ведения больного и дальнейшего наблюдения.

Важно решить, какие дети с лихорадкой должны быть немедленно госпитализированы.

Наличие ОПО или ригидности затылочных мышц у ребенка с лихорадкой могут быть признаками тяжелого инфекционного заболевания, например, *менингита* или *сепсиса*. Такие дети требуют срочной госпитализации.

У детей с длительной лихорадкой могут отсутствовать ОПО или ригидность затылочных мышц, но у них может иметь место тяжелое инфекционное заболевание:

*брюшной тиф, туберкулез, инфекция мочевыводящих путей или остеомиелит.* Поэтому дети с продолжительной лихорадкой должны быть, как можно скорее направлены на стационарное обследование и лечение.

**Оцените лихорадку.** У ребенка есть лихорадка, если:

- лихорадка в анамнезе,
- ребенок горячий на ощупь,
- в подмышечной ямке температура 37,5 °С или выше.

У ребенка есть высокая лихорадка, если:

- в подмышечной ямке температура 38,5 °С или выше.

Оцените ребенка с лихорадкой по следующим признакам:

- как долго у ребенка продолжается лихорадка;
- есть ли ригидность затылочных мышц;
- корь в анамнезе;
- признаки, указывающие на корь: генерализованная сыпь и один из следующих признаков: кашель, насморк или покраснение глаз;
- если у ребенка есть корь или была корь в течение последних трех месяцев, оцените наличие осложнений при кори: язвы во рту, гнойные выделения из глаз и помутнение роговицы.

**Спросите, есть ли у ребенка лихорадка.** Проверьте, есть ли у ребенка лихорадка:

- была высокая температура во время данного заболевания;
- он горячий на ощупь;
- температура 37,5 °С или выше.

Спрашивая о лихорадке, используйте слова, понятные матери. Удостоверьтесь, что мать понимает, что такое лихорадка.

Проверьте, горячий ли ребенок на ощупь, положив руку на живот ребенка или в подмышечную ямку. Температуру тела ребенка можно измерять в разных частях тела (таблица 42), для чего существуют специальные термометры (например, для ротовой полости, подмышечной области, прямой кишки).

Таблица 42 – Нормальная температура тела при различных способах измерения

Метод	Нормальная температура, °С	Время измерения, мин
В подмышечной впадине	36–37	10
В прямой кишке	37–38	2–3
Во рту	36,5–37,5	3–5

**Спросите, как долго длится лихорадка.** Если лихорадка длится пять и более дней, то бывает ли она каждый день?

В большинстве случаев лихорадка, вызванная вирусными заболеваниями, проходит в течение нескольких дней. Лихорадка, продолжающаяся каждый день более пяти дней, может означать, что у ребенка более тяжелое заболевание, например брюшной тиф. Ребенок с лихорадкой нуждается в консультации врача/фельдшера.

**Осмотрите и ощутите ригидность затылочных мышц.** У ребенка с лихорадкой и ригидностью затылочных мышц может быть менингит. Ребенок с менингитом нуждается в срочной госпитализации.

Разговаривая с матерью во время осмотра, посмотрите, может ли ребенок свободно двигаться, когда смотрит по сторонам, и наклонять голову. Если ребенок двигается и наклоняет голову, у него нет ригидности затылочных мышц.

Если вы не видите никаких движений ребенка, то постарайтесь привлечь внимание ребенка к его пупку или пальцам на стопе. Например, можно потрогать пупок или пальцы на стопе ребенка, чтобы он посмотрел вниз. Посмотрите, может ли ребенок наклонить голову, когда он смотрит вниз на свой пупок или пальцы стопы.

Если вы все же не увидели, что ребенок может сам наклонять голову, попросите мать помочь вам уложить ребенка на спину. Наклонитесь над ребенком, слегка придерживайте его спину и плечи одной рукой. Другой рукой поддерживайте его голову. Затем осторожно сгибайте его голову к груди. Если голова ребенка свободно сгибается, то у ребенка нет ригидности затылочных мышц. Если есть ригидность затылочных мышц и есть сопротивление сгибанию, то у ребенка есть ригидность затылочных мышц. Часто ребенок с ригидностью затылочных мышц будет плакать, когда вы попытаетесь сгибать его голову.

### *Лихорадка при кори*

Лихорадка и генерализованная сыпь у ребенка являются основными симптомами кори. Корь – очень заразное заболевание. Материнские антитела защищают младенца против кори в течение первых шести месяцев жизни. Затем эта защита постепенно исчезает. Большинство случаев кори встречается у детей в возрасте от шести месяцев до двух лет. Скученность и плохие домашние условия увеличивают риск заболевания корью.

Корь вызывается вирусом. Вирус кори поражает кожу и слой клеток, выстилающий легкие, кишечник, глаза, ротовую полость и глотку. Вирус кори снижает деятельность иммунной системы на несколько недель после появления кори. Это увеличивает риск развития у ребенка других заболеваний.

Около 30 % всех случаев кори протекают с осложнениями. Наиболее серьезными осложнениями кори являются:

- пневмония,
- тяжелая инфекция глаза (которая может привести к изъязвлению роговицы и слепоте),
- язвы во рту,
- снижение иммунитета,
- диарея (включая дизентерию и затяжную диарею),
- стридор,
- инфекция уха.

Оцените ребенка с лихорадкой по следующим признакам:

- ищите признаки кори – генерализованная сыпь и один из следующих признаков: кашель, насморк или покраснение глаз;
- если у ребенка есть корь или была корь в течение последних трех месяцев, ищите признаки осложнений при кори: язвы во рту, гнойные выделения из глаз и помутнение роговицы.

***Спросите, была ли у ребенка корь в течение последних трех месяцев.*** Корь ослабляет иммунную систему ребенка, и в связи с этим на протяжении многих недель повышается риск присоединения других инфекций.

У ребенка с лихорадкой, у которого была корь в течение последних трех месяцев, могут развиваться такие осложнения кори, как инфекция глаз (гнойные выделения из глаз, помутнения роговицы), язвы во рту.

**Осмотрите, есть ли признаки, указывающие на корь.** Осмотрите ребенка с лихорадкой и ищите признаки, указывающие на корь. Ищите генерализованную сыпь и один из следующих признаков: кашель, насморк или покраснение глаз.

**Генерализованная сыпь.** При кори красная сыпь начинается за ушами и на шее. Она распространяется на лицо. В течение следующего дня сыпь распространяется по всему телу, на руки и ноги. После 4–5 дней сыпь начинает исчезать, кожа может шелушиться. У некоторых детей с тяжелой формой заболевания сыпь может распространяться на большую часть тела. Цвет сыпи изменяется (темно-коричневая или темноватая), шелушение кожи усиливается.

Сыпь при кори не образует везикулы (пузырьки с водянистой жидкостью) или пустулы. Сыпь при кори не зудящая.

Не путайте сыпь при кори с другими видами сыпи: при ветряной оспе, чесотке и потнице. При ветряной оспе наблюдается генерализованная сыпь с везикулами. При чесотке сыпь располагается на руках, ступнях, в области лодыжек, локтей, ягодиц и подмышечных ямок. Сыпь при чесотке зудящая. При потнице сыпь часто генерализованная, мелкая, выступающая над кожей, розового цвета, сопровождается зудом. Потница не является заболеванием.

**Кашель, насморк или покраснение глаз.** Для подтверждения предположения кори у ребенка с лихорадкой и генерализованной сыпью должен быть еще один из следующих признаков:

- кашель,
- насморк,
- покраснение глаз.

Если у ребенка корь на данный момент или он болел корью в течение последних трех месяцев: осмотрите, есть ли у ребенка осложнения.

**Осмотрите, есть ли язвы во рту.** Они глубокие и обширные?

Язвы – это открытые болезненные раны во рту, на губах или на языке. Они могут быть красного цвета или покрыты белым налетом. В тяжелых случаях они глубокие и обширные. Присутствие язв во рту мешает ребенку с корью пить и есть.

Язвы во рту отличаются от маленьких пятен, называемых пятнами Филатова – Коплика, которые появляются во рту (на внутренней поверхности щеки) на ранних стадиях кори. Пятна Филатова – Коплика – это маленькие, неровные, светло-красные пятна с белой точкой в центре. Они не мешают пить и есть. Они не требуют лечения.

**Осмотрите, есть ли гнойные выделения из глаз.** Гнойные выделения из глаз являются признаком конъюнктивита. Конъюнктивит – это инфекция конъюнктивы (внутренняя поверхность века).

Если вы не видите гнойных выделений из глаза, осмотрите, есть ли гнойные выделения на веках. Гной часто образует корку, когда ребенок спит, глаза «склеиваются». Глаз можно аккуратно открыть чистыми руками. Вымойте руки после обследования ребенка с гнойными выделениями из глаз.

**Осмотрите, есть ли помутнение роговицы.** Роговица обычно прозрачная. Помутнение роговицы есть, если наблюдаются мутные пятна на роговице. Внимательно

осмотрите роговицу, есть ли помутнение. Роговица может выглядеть мутной или затуманенной так, как выглядит стакан воды, в который добавили немного молока. Помутнение может возникнуть в одном или обоих глазах.

Помутнение роговицы – это опасное состояние. Помутнение роговицы может быть вызвано недостаточностью витамина А, усиленным корью. Если помутнение роговицы не лечится, на роговице могут образоваться язвы, что повлечет за собой слепоту. Ребенок с помутнением роговицы нуждается в срочном осмотре специалиста.

Ребенок с помутнением роговицы зажмуривается, когда на них попадает свет. Свет может вызывать раздражение и боль в глазах ребенка. Для осмотра глаз ребенка дождитесь, когда он их откроет, или аккуратно опустите нижнее веко и осмотрите, есть ли помутнение роговицы.

Нормальный глаз:

- конъюнктив выстилает веки и покрывает белую часть глаза;
- радужная оболочка – это окрашенная часть глаза;
- здоровая роговица (чистое окно глаза) светлая и прозрачная. Сквозь нее вы можете видеть радужку и круглый зрачок в ее центре черного цвета. Вы можете четко видеть цвет радужки.

**Корь ведет к нарушению питания**, так как вызывает диарею, высокую температуру и язвы во рту. Эти проблемы мешают нормальному питанию. Ребенок с нарушением питания и с недостаточностью витамина А больше предрасположен к развитию тяжелых осложнений при кори. Один из десяти больных корью детей с тяжелым нарушением питания может умереть. Поэтому очень важно объяснить матери продолжать правильно кормить ребенка во время кори.

**Оцените больного ребенка с лихорадкой, классифицируйте и определите лечение** (таблица 43).

После консультации **обучите мать лечению местной инфекции на дому:**

- объясните, в чем состоит лечение и для чего оно нужно;
- опишите этапы лечения;
- наблюдайте, как мать применяет первый раз лечение в амбулатории;
- объясните, как часто проводить лечение на дому;
- по возможности дайте матери тюбик тетрациклиновой мази или маленький флакон с генцианвиолетом;
- проверьте, как мать поняла объяснения, прежде чем она покинет амбулаторию.

Когда вы применяете мазь или проводите лечение язв во рту, слегка отклоните голову ребенка назад.

Держите ребенка в спокойном положении только непосредственно перед и во время проведения лечения.

Проконтролируйте выполнение назначений врача по лечению инфекции глаз тетрациклиновой глазной мазью.

Промывайте оба глаза три раза в день:

- Вымойте руки.
- Попросите ребенка закрыть глаз.
- Осторожно смойте гной, используя чистую ткань и воду.

Таблица 43 – Оценка и классификация больного ребенка с лихорадкой

Признаки	Классифицируйте как:	Лечите
<ul style="list-style-type: none"> <li>Любой общий признак опасности или</li> <li>Ригидность затылочных мышц</li> </ul>	Очень тяжелое фебрильное заболевание	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте первую дозу подходящего антибиотика</li> <li>Направьте срочно в стационар</li> <li>Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофен при высокой температуре (38,5 °C или выше)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Лихорадка в течение пяти дней и более</li> </ul>	Затяжная лихорадка	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофен при высокой температуре (38,5 °C или выше)</li> <li>Направьте в ЛПО на консультацию</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Пневмония, дизентерия, стрептококковый фарингит, острая инфекция уха</li> </ul>	Возможная бактериальная инфекция	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофен при высокой температуре (38,5 °C или выше)</li> <li>Лечите согласно ИВБДВ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет перечисленных выше признаков</li> </ul>	Неосложненная лихорадка	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофен при высокой температуре (38,5 °C или выше), последующий визит через два дня</li> </ul>
<i>Если у ребенка корь или была в анамнезе корь в последние три месяца</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Любой общий признак опасности, или</li> <li>Помутнение роговицы, или</li> <li>Глубокие или обширные язвы рта</li> </ul>	Тяжелая осложненная корь	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте витамин А</li> <li>Дайте первую дозу подходящего антибиотика</li> <li>Если помутнение роговицы или гнойные выделения, лечите инфекцию тетрациклиновой мазью</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Гнойные выделения из глаз или</li> <li>Язвы рта</li> </ul>	Корь с осложнениями: рот и глаза	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте одну дозу парацетамола или ибупрофен при высокой температуре (38,5 °C или выше)</li> <li>Если помутнение роговицы или гнойные выделения, лечите инфекцию тетрациклиновой мазью</li> <li>При язвах лечите генцианвиолетом</li> <li>Последующий визит через два дня</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Если у ребенка корь или он болел корью в последние три месяца</li> </ul>	Корь	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте витамин А</li> </ul>

- Затем накладывайте тетрациклиновую мазь на оба глаза три раза в день.
  - Попросите ребенка посмотреть вверх.
  - Выдавите немного мази из тюбика на внутреннюю поверхность нижнего века.
  - Вновь вымойте руки.
  - Лечите до исчезновения красноты.
  - Не используйте другие мази или капли и не применяйте другие местные средства.
- Если ребенок будет направлен в стационар, аккуратно вытрите глаз. Оттяните нижнее веко. Нанесите первую дозу тетрациклиновой глазной мази на нижнее веко. Доза по размерам равна примерно одному рисовому зерну.

Если ребенок не будет направлен в стационар, научите мать, как применять тетрациклиновую глазную мазь.

*Дайте матери следующую информацию:*

- она должна лечить оба глаза для профилактики повреждения глаз;
- мазь вызовет легкое жжение глаза ребенка.

*Покажите матери, как лечить глаз.* Не забудьте вымыть руки.

- Лечите оба глаза до исчезновения покраснения инфицированного глаза. Состояние инфицированного глаза улучшается, если в глазу меньше гнойных выделений или глаза утром не «склеены».
- Не применяйте никакие другие глазные мази, капли или нетрадиционные средства для лечения глаз ребенка. Они могут быть опасны и вызвать повреждение глаза ребенка. Применение опасных средств на глаза может привести к слепоте.
- Если через два дня гнойные выделения не исчезают, принесите ребенка обратно в медицинское учреждение.

*Дайте матери домой тюбик с мазью.* Дайте ей тот же тюбик, который вы использовали для лечения ее ребенка в медицинском учреждении.

Перед тем как мать покинет медицинское учреждение, *задайте ей контрольные вопросы.* Проверьте, что она понимает, как лечить глаза ребенка. Например, спросите:

- Будете ли вы лечить один или оба глаза?
- Какое количество мази вы будете применять на глаза? Покажите мне.
- Как часто вы будете лечить глаза ребенка?
- Когда вы должны мыть руки?

***Проконтролируйте назначения врача по лечению язвы рта генцианвиолетом.***

Лечение язв рта подавляет инфекцию и облегчает ребенку прием пищи.

Лечите язвы рта два раза в день:

- Вымойте руки.
- Обработайте рот ребенка чистой тканью, обмотанной вокруг пальца и смоченной в солевом растворе.
- Обработайте рот 0,25 % раствором генцианвиолета.
- Вновь вымойте руки.

*Обучите мать лечению язв рта с помощью 0,25 % раствора генцианвиолета:*

Объясните ей, что:

- Ее ребенок сможет нормально есть раньше, если она обработает язвы во рту ребенка. Очень важно, чтобы ребенок продолжал принимать пищу.

- Промойте рот ребенка солевым раствором. Солевой раствор готовится из расчета одна чайная ложка поваренной соли на стакан кипяченой воды. Обмотайте чистую ткань или бинт вокруг пальца. Смочите ее в соленой воде. Промойте ею рот.
- Для обработки язв рта генцианвиолетом используйте чистую ткань или палочку с наконечником из ваты. Генцианвиолет убивает микроорганизмы, вызывающие язвы. Слегка смочите ткань или палочку генцианвиолетом. Не разрешайте ребенку пить генцианвиолет.
- Обрабатывайте язвы ребенка два раза в день: утром и вечером.
- Обрабатывайте язвы рта в течение пяти дней и затем прекратите лечение.

Обмотайте чистую ткань или бинт вокруг пальца и смочите ее в соленой воде. *Покажите матери* сначала, как промыть рот ребенка, затем – как обработать рот ребенка. Попросите мать *попрактиковаться в проведении данного лечения*. Наблюдайте за тем, как она моет рот ребенка и, как обрабатывает генцианвиолетом оставшиеся язвы. Обсудите с ней, что она сделала правильно и что должно быть улучшено.

*Дайте матери домой бутылочку с 0,25 % раствором генцианвиолета*. Объясните ей, что она должна вернуться через два дня в медицинское учреждение для последующего визита. Также объясните матери, что она должна вернуться в медицинское учреждение раньше если язвы рта ребенка усилятся или если ребенок не может пить или есть.

Перед тем как мать покинет медицинское учреждение, *задайте контрольные вопросы*. Например, спросите:

- Чем вы будете промывать рот ребенка?
- Когда вы будете мыть руки?
- Как часто вы будете обрабатывать рот ребенка? Сколько дней?

Спросите мать, чувствует ли она, что у нее возникнут проблемы при проведении лечения. Помогите ей разрешить их.

*По назначению врача дайте витамин А* (таблица 44):

- Дайте две дозы.
- Дайте первую дозу в амбулатории.
- Дайте матери одну дозу, чтобы дать на дому на следующий день.

*Объясните матери, когда она должна вернуться в медицинское учреждение для последующего визита и немедленно* (таблицы 45, 46).

Таблица 44 – Дозировка витамина А

Возраст	Витамин А в капсулах		
	200 000 МЕ, капсул	100 000 МЕ, капсул	50 000 МЕ, капсул
До шести месяцев		1/2	1
От шести до 12 месяцев	1/2	1	2
От 12 месяцев и старше	1/2	1	2

Таблица 45 – Последующий визит

Если у ребенка:	Последующий визит через:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащенное дыхание</li> <li>• Астмоидное дыхание</li> <li>• Лихорадка, если лихорадка сохраняется</li> <li>• Корь с осложнениями – глаза, рот</li> <li>• Белый налет в горле, увеличенные шейные лимфоузлы, боль в горле</li> <li>• Боль в ухе</li> </ul>	<p>Два дня</p>

Таблица 46 – Когда следует немедленно вернуться в медицинское учреждение

Любой больной ребенок	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может пить или сосать грудь</li> <li>• Состояние ухудшается</li> <li>• Лихорадка не уменьшается</li> </ul>
Если у ребенка кашель или простуда	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Учащенное дыхание</li> <li>• Затрудненное дыхание</li> </ul>
Если у ребенка диарея	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровь в стуле</li> <li>• Плохо пьет</li> </ul>

### **Боли в горле**

**Оцените и определите действия при боли в горле.** Боль в горле является одним из наиболее частых симптомов простуды: фарингита или ангины, реже заглоточного абсцесса. Фарингит чаще всего вызывается вирусом (грипп, риновирус, аденовирус, герпес и т.д.), хотя стоит учитывать, что бывает и бактериальный фарингит. Также он может быть аллергического и травматического характера.

Ангина вызывается преимущественно патогенными бактериями – стрептококками, стафилококками или их ассоциациями.

Ребенок, у которого боль в горле, оценивается по двум признакам:

- Есть ли белый налет в горле?
- Есть ли увеличенные шейные лимфатические узлы?

Спросите о боли в горле у всех больных детей.

*Спросите, есть ли боль в горле.* Если мать отвечает, что боль в горле есть, задайте следующий вопрос:

*Спросите, может ли ребенок пить?* Если ребенок не может пить, то это может указывать на наличие у него абсцесса глотки. Такое состояние ребенка требует немедленной госпитализации. Если ребенок может пить, то:

*Смотрите, есть ли белый налет в горле?* Белый налет может быть признаком инфекции горла. Для того чтобы определить, есть ли белый налет, осмотрите горло ребенка.

*Ощутите, есть ли увеличение шейных лимфатических узлов.* Обследуйте шею у края нижней челюсти. Определите, увеличены ли шейные лимфатические узлы. Увеличение шейных лимфатических узлов может быть одним из признаков фарингита.

**Оцените ребенка с болью в горле, классифицируйте** (таблица 47).

Таблица 47 – Оцените и классифицируйте боль в горле

<p>Если да:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Осмотрите, есть ли белый налет в горле</li> <li>• Ощутите, есть ли увеличенные шейные лимфатические узлы</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может пить</li> </ul>	Абсцесс глотки (заглочный абсцесс)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличенные шейные лимфатические узлы</li> <li>• Белый налет в горле</li> </ul>	Стрептококковый фарингит
		<p>Один или ни одного из признаков, указанных в желтом ряду</p>	Не стрептококковый фарингит

*Заглочный абсцесс* – очень тяжелое заболевание, может привести к смертельному исходу.

Симптомы болезни (отек мягких тканей в области задней стенки глотки) развиваются медленно – в течение нескольких дней, с постепенным ухудшением состояния ребенка.

Для заглочного абсцесса характерно:

- невозможность глотать;
- высокая лихорадка.

*Фарингит* – это разлитое воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки, миндалины и небные дужки в процесс, как правило, не вовлекаются.

*Ангина (или острый тонзиллит)* – это воспаление небных миндалин, являющееся основным отличием ангины от фарингита, а также специфическим признаком, отличающим ее от других лор-заболеваний.

В ходе развития ангины воспаление миндалин может перетекать на стенку глотки, тогда ангина дополняется фарингитом. Такое одновременное поражение миндалин и глотки называется *фаринготонзиллитом*.

Ангина и фарингит имеют похожие начальные симптомы – боль в горле, внезапное начало, покраснение слизистой глотки, проявления интоксикации. Ошибочная диагностика этих заболеваний чревата неправильным подходом к лечению и повышенным риском возникновения осложнений.

*Классифицируйте и определите лечение при боли в горле* (таблица 48).

Обучите мать лечению болезни горла на дому:

- Объясните матери, в чем состоит лечение и для чего оно нужно.
- Опишите этапы лечения (см. ниже – «Смягчите горло и облегчите кашель безопасными средствами»).
- Наблюдайте, как мать применяет первый раз лечение в амбулатории (за исключением средств для смягчения горла и от кашля).
- Объясните, как часто следует проводить лечение на дому.
- Проверьте, как мать поняла объяснения, прежде чем она покинет амбулаторию.

Смягчите горло и облегчите кашель безопасными средствами:

➤ Рекомендуемые безопасные средства:

- Грудное молоко для детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании.

Таблица 48 – Классификация и лечение при боли в горле

Классификация	Лечение	
Абсцесс глотки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте соответствующий антибиотик.</li> <li>• Направьте <b>срочно</b> в стационар.</li> <li>• Дайте одну дозу парацетамола при высокой лихорадке (38,5 °С или выше) или при боли в амбулатории</li> </ul>	
Стрептококковый фарингит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте амоксициллин в течение 10 дней.</li> <li>• Дайте одну дозу парацетамола в амбулатории при высокой лихорадке (38,5 °С или выше) или при болях.</li> <li>• Смягчите горло с помощью безопасного средства.</li> <li>• Объясните матери, когда явиться немедленно.</li> <li>• Последующий визит через два дня</li> </ul>	
Не стрептококковый фарингит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Смягчите горло с помощью безопасного средства.</li> <li>• Дайте одну дозу парацетамола при боли в амбулатории.</li> <li>• Объясните матери, когда явиться немедленно.</li> <li>• Последующий визит через два дня</li> </ul>	
<i>При стрептококковом фарингите</i>		
Возраст/масса тела	Длительность терапии амоксициллином 40 мг/кг разовая доза, два раза в день за 1 ч до или 1,5 ч после приема пищи в течение 10 дней	
	Таблетки (250 мг), шт.	Сироп (125 мг в 5 мл), мл
От двух месяцев до трех лет (4–14 кг)	1/2	5
От трех до пяти лет (14–19 кг)	1	10
Макролиды при аллергии к пенициллинам: эритромицин 40–50 мг/кг в сутки в три приема		
<i>Снизить температуру и уменьшить боль в горле</i>		
Возраст/масса тела	Парацетамол	
	Таблетки (500 мг), шт.	Сироп (120 мг в 5 мл), мл
От двух месяцев до трех лет (4–14 кг)	1/4	5
От трех до пяти лет (14–19 кг)	1/2	10

Таблица 49 – Оцените и классифицируйте боль в ухе

Если есть боль в ухе, спросите:	Осмотрите и ощутите:			
• Есть ли боль в ухе?	• Есть ли гнойные выделения из уха?		• Болезненная припухлость за ухом	Мастоидит
• Есть ли выделения из уха?	• Есть ли болезненное припухание за ухом		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Видны гнойные выделения из уха.</li> <li>• Боль в ухе.</li> <li>• Длительность менее 14 дней</li> </ul>	Острая инфекция уха
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Видны гнойные выделения из уха.</li> <li>• Их длительность 14 дней и более</li> </ul>	Хроническая инфекция уха	
		• Нет боли в ухе	Нет инфекции уха	

- Теплая кипяченая вода, минеральная вода, теплое молоко с содой (1/2 чайной ложки на стакан).

➤ Избегайте опасные средства, а также растирание пахучими средствами.

**Последующее наблюдение.** При стрептококковом и не стрептококковом фарингите последующий осмотр проводится через два дня:

- если температура не снизилась и сохраняется боль в горле, направьте в поликлинику на обследование;
- если температура снизилась и уменьшилась боль в горле, закончите 10-дневный курс подходящего антибиотика (амоксциллина), продолжайте давать безопасные средства для смягчения болей в горле в течение пяти дней.

### Проблемы с ушами

Оцените у ребенка проблемы с ушами и классифицируйте (таблица 49).

**Мастоидит** – это бактериальная инфекция клеток сосцевидного отростка, расположенного позади ушной раковины. Без соответствующего лечения мастоидит может привести к менингиту и абсцессу головного мозга.

Основными диагностическими признаками мастоидита являются:

- высокая лихорадка;
- болезненная припухлость позади ушной раковины.

**Острая инфекция уха** – это бактериальная инфекция среднего уха. Диагноз основывается на наличии боли в ухе или гнойных выделений из наружного слухового прохода в анамнезе (в течение менее двух недель). Диагноз острого среднего отита подтверждается с помощью отоскопии. Барабанная перепонка будет гиперемированной, воспаленной, выпуклой и матовой, или будут видны перфорация и жидкое отделяемое.

**Хронический средний отит.** Если гнойные выделения из наружного слухового прохода наблюдаются в течение двух недель или более, это значит, что у ребенка имеется хроническая инфекция уха.

Диагноз основывается на наличии в анамнезе гнойных выделений из уха в течение более двух недель. Диагноз хронического среднего отита подтверждается с помощью отоскопии (если это возможно).

**Определите лечение при проблемах с ушами** (таблица 50).

Таблица 50 – Лечение при проблемах с ушами

Мастоидит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте первую дозу подходящего антибиотика.</li> <li>• Направьте <u>срочно</u> в стационар.</li> <li>• Дайте одну дозу парацетамола при боли в амбулатории</li> </ul>
Острая инфекция уха	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте антибиотик в течение пяти дней.</li> <li>• Дайте парацетамол при боли.</li> <li>• Сушите ухо турундой.</li> <li>• Объясните матери, когда явиться немедленно.</li> <li>• Последующий визит через пять дней</li> </ul>
Хроническая инфекция уха	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сушите ухо турундой.</li> <li>• Лечите ушными каплями с фторхинолонами.</li> <li>• Последующий визит через пять дней</li> </ul>
Нет инфекции уха	Без дополнительного лечения

**При мастоидите** введите первую дозу цефтриаксона 80 мг/кг в/в один раз перед госпитализацией. Если госпитализация невозможна, следует назначить цефтриаксон из расчета 80 мг/кг в/в один раз в день до улучшения состояния. Общий курс лечения составляет 10 дней.

Если в течение 48 ч не наблюдается положительная реакция на проводимое лечение или состояние ребенка ухудшается, то следует направить его к хирургу для решения вопроса о вскрытии и дренировании абсцесса сосцевидного отростка или мастоидэктомии.

**При острой инфекции уха** (остром отите) дайте перорально антибиотики по одной из следующих схем:

- препарат выбора: амоксициллин по 40 мг/кг перорально два раза в сутки в течение минимум пяти дней;
- если известно, что возбудитель, вызвавший острый средний отит, чувствителен к котримоксазолу, назначьте этот препарат (триметроприм 4 мг/кг + сульфаметоксазол 20 мг/кг) два раза в сутки в течение минимум пяти дней.

Если есть гнойные выделения из уха, покажите матери, как сушить ухо турундой. Посоветуйте матери сушить ухо турундой три раза в день до тех пор, пока не прекратятся гнойные выделения.

Попросите мать ничего не закладывать ребенку в ухо между этими процедурами и следить, чтобы в ухо не попадала вода.

Если у ребенка есть боль в ухе или высокая температура ( $\geq 39$  °C), что причиняет ему страдание, давайте парацетамол.

*Последующее наблюдение при острой инфекции уха:*

- попросите мать прийти с ребенком для повторного осмотра через пять дней;
- если боль в ухе или выделения из него сохраняются, проведите дополнительное лечение в течение пяти дней тем же антибиотиком и продолжайте сушить ухо турундой. Проведите повторный осмотр еще через пять дней.

**При хронической инфекции уха** (хроническом отите) следует сушить ухо турундой (см. ниже). Вводить в ухо капли для местного применения, содержащие фторхинолоновые антибиотики (с добавлением кортикостероидов или без них), два раза в день в течение двух недель. Капли, содержащие фторхинолоновые антибиотики (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин), более эффективны, чем капли с другими антибиотиками. Местные антисептические растворы неэффективны при лечении хронической инфекции уха у детей.

*Последующее наблюдение при хронической инфекции уха.* Попросите мать прийти с ребенком для повторного осмотра через пять дней.

Если выделения из уха продолжают:

- следует выяснить, продолжает ли мать сушить ухо ребенка турундой. Не назначают повторные курсы пероральных антибиотиков при наличии выделений из уха;
- следует выяснить, нет ли у ребенка других возбудителей инфекции (например, синегнойной палочки) или туберкулезной инфекции;
- следует посоветовать матери продолжать сушить ухо ребенка турундой и назначаются парентеральные антибиотики, эффективные в отношении синегнойной палочки (например, гентамицин, цефтазидин), или противотуберкулезные препараты при подтверждении туберкулезной инфекции.

### **Обучите мать лечению инфекции уха на дому:**

- Объясните матери, в чем состоит лечение и для чего оно нужно.
- Опишите этапы лечения, приведенные ниже (см. «Сушите ухо турундой и капайте ушные капли»).
- Наблюдайте, как мать применяет первый раз лечение в амбулатории (за исключением средств для смягчения горла и от кашля).
- Объясните, как часто следует проводить лечение на дому.
- Проверьте, как мать поняла объяснения, прежде чем она покинет амбулаторию.  
*Сушите ухо турундой и капайте ушные капли:*
- Сушите ухо не меньше трех раз в день.
- Скатайте бинт или чистую впитывающую тканевую или марлевую салфетку в турунду (фитилек).
- Введите турунду в ухо ребенка.
- Выньте турунду, когда она намокнет.
- Замените использованную турунду на новую и повторите это до тех пор, пока ухо не будет сухим.
- После капайте фторхинолоновые ушные капли три раза в день в течение 14 дней.

## **4.6. Нарушение питания и анемия**

### **4.6.1. Нарушение питания**

Нарушение питания развивается при нерациональном питании и включает как недоедание, так и переедание. Нерациональным питание является тогда, когда количество потребляемых основных питательных веществ меньше или больше количества, необходимого для обеспечения потребности организма.

Риск задержки роста вследствие неполноценного питания у детей раннего возраста очень высокий. Ребенок с нарушением питания чаще болеет. Даже у детей с умеренным нарушением питания существует повышенный риск смертельного исхода от обычных инфекционно-воспалительных заболеваний, типа пневмонии, диареи, кори, ОРВИ и т.д.

Неполноценное питание с точки зрения недостатка витаминов и минеральных веществ (микронутриентов) у людей с нормальным, недостаточным или избыточным весом (или тучных людей) называют **скрытым голодом**.

У скрытого голода зачастую нет видимых проявлений, и страдающие от него люди даже не знают о своей пищевой недостаточности и ее возможных отрицательных последствиях для здоровья.

Последствиями скрытого голода для здоровья являются:

- врожденные пороки развития и задержка внутриутробного развития плода, внутриутробная гибель плода, кровотечения в родах, при дефиците микронутриентов в организме беременной женщины;
- задержка интеллектуального развития, кретинизм;
- задержка физического развития у детей раннего возраста;
- иммунодефициты, высокая заболеваемость и смертность;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (болезнь Кешана, дистрофия миокарда и т.д.);

- болезни органов зрения (пороки развития, слепота, нарушение зрения и др.), слуха (глухонемой);
- нарушение фертильности у женщин, бесплодие;
- злокачественные опухоли;
- неизлечимые хронические язвы, рецидивирующие болезни, выпадение волос, нарушение остроты вкуса и др.;
- дефицитные заболевания: железодефицитная анемия, йододефицитные болезни, дефицит витамина А и др.;
- высокая материнская и детская смертность.

### ***Недостаточность питания (E40–E46)***

E40: Квашиоркор – тяжелое нарушение питания, сопровождаемое алиментарными отеками и нарушениями пигментации кожи и волос. Исключен: маразматический квашиоркор E42.

E41: Алиментарный маразм – тяжелое нарушение питания, сопровождающееся маразмом. Исключен: маразматический квашиоркор E42.

E42: Маразматический квашиоркор – тяжелая белково-энергетическая недостаточность (как в E43): промежуточная форма с симптомами квашиоркора и маразма.

E43: Тяжелая белково-энергетическая недостаточность неуточненная.

E44: Белково-энергетическая недостаточность умеренной и слабой степени.

E45: Задержка развития, обусловленная белково-энергетической недостаточностью. Алиментарная: низкорослость (карликовость). Задержка физического развития вследствие недостаточности питания.

E66: Ожирение. Избыточная прибавка в массе вследствие перекармливания.

Степень недостаточности питания обычно оценивают по показателям массы тела, выраженным в стандартных отклонениях от средней величины для эталонной популяции. Отсутствие прибавки массы тела или снижение массы тела у детей при наличии одного или более предыдущих измерений массы тела обычно является индикатором недостаточности питания.

В исключительных случаях, когда отсутствуют какие-либо сведения о массе тела, за основу берутся клинические данные.

***Семиотика отклонений массы тела и длины.*** С момента рождения на протяжении длительного времени ребенок должен сохранять занимаемую зону соответствующего индекса. Резкий переход из одной зоны в другую должен настораживать и настроить врача на поиск причин неблагополучия и путей его коррекции.

1. Индекс ***вес/возраст*** – снижение веса относительно возраста – мера острого и хронического нарушения питания. Дефицит веса ниже среднего больше чем на -2СО от рекомендуемых норм веса для детей данного возраста указывает на *умеренную степень* острого или хронического нарушения питания. Дефицит веса больше чем на -3СО от среднего классифицируется как *выраженное нарушение питания*. Одной из особенностей дефицита массы тела состоит в том, что он может развиваться быстро, а при благоприятных условиях столь же быстро восстанавливаться. Измерение веса для возраста младенцев и детей младшего возраста – испытанный метод в стратегиях предотвращения нарушений питания у ребенка.

2. Индекс *рост (длина)/возраст* – снижение роста относительно возраста – мера хронического нарушения питания. Дефицит роста ниже среднего больше чем на -2СО от рекомендуемых норм роста для детей данного возраста указывает на *умеренную степень* хронического нарушения питания. Дефицит роста ниже среднего больше чем на -3СО от среднего классифицируется как *выраженное нарушение питания*, или *тяжелая степень* хронического нарушения питания. Остановка роста детей обычно отражает задержку линейного развития в результате неадекватного потребления пищи за длительный период или результат хронической болезни.

3. Индекс *вес/рост* – снижение веса относительно роста – мера острого нарушения питания. Дефицит веса ниже среднего больше чем на -2СО от рекомендуемых норм веса для детей данного возраста при нормальном росте указывает на *умеренную степень* острого нарушения питания. Дефицит веса больше чем на -3СО от среднего при нормальном росте свидетельствует о *тяжелом остром нарушении питания – истощении*.

Термин «истощение» используется для обозначения острого, а «задержка роста» или «низкорослость» – хронического нарушения питания.

### **Оценка нарушения питания**

**Осмотрите, есть ли видимое тяжелое истощение.** У ребенка с видимым тяжелым истощением (рисунок 13) есть маразм – форма тяжелого нарушения питания. Ребенок с таким признаком очень худой, у него нет подкожного жира, он выглядит как «кожа и кости». Некоторые дети выглядят худыми, но у них нет видимого тяжелого истощения.

Чтобы обнаружить видимое тяжелое истощение, снимите с ребенка одежду. Ищите тяжелое истощение мышц плеч, рук, ягодиц и ног. Посмотрите, четко ли видны контуры ребер ребенка. Посмотрите на бедра ребенка. Они могут выглядеть маленькими по сравнению с грудью или животом. Посмотрите на ребенка сбоку и проверьте, отсутствует ли подкожный жир на ягодицах. Если истощение экстремальное, на ягодицах и на бедрах много складок кожи. Ребенок выглядит как бы одетым в «мешковатые штаны».

Лицо ребенка с видимым тяжелым истощением может еще выглядеть нормальным. Живот ребенка может быть большим или раздутым.

Данный этап оценки поможет вам выявить детей с видимым тяжелым истощением, которые нуждаются в срочном осмотре семейного врача или в направлении в стационар.

**Осмотрите и ощутите, есть ли отек обеих стоп.** У ребенка с отеком обеих стоп может быть квашиоркор (голодные отеки) – другая форма тяжелого нарушения питания (рисунок 14). Отек возникает, когда необычно большой объем воды скапливается в тканях ребенка. Ткани наполняются водой и выглядят опухшими или вздутыми.

Осмотрите и ощутите, есть ли у ребенка отек обеих стоп. Нажмите легонько большим пальцем руки сверху каждой стопы в течение 5 с. У ребенка отек, если впадина



Рисунок 13 – Тяжелое истощение (алиментарный маразм)

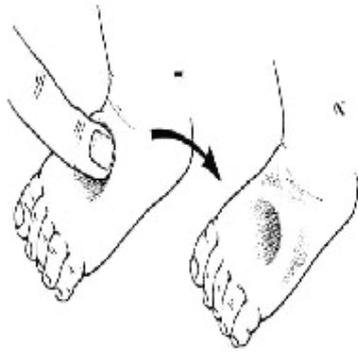


Рисунок 14 – Отек обеих стоп

остается на стопе ребенка после того, как вы убираете большой палец.

Другими распространенными признаками квашиоркора являются: тонкие, редкие и бледные, легко выпадающие волосы; сухая чешуйчатая кожа, особенно на руках и ногах; опухшее или лунообразное лицо.

*Квашиоркор* – это патологическое состояние, которое развивается у детей раннего возраста вследствие первичной белковой недостаточности питания и характеризуется задержкой физического развития, распространенными отеками, диспигментацией кожи, психическими расстройствами, нарушением кишечного всасывания и гипоальбуминемией.

Причиной квашиоркора является постоянный недостаток в питании детей продуктов, содержащих животный белок (мясо, молоко). В районах распространения квашиоркора основной пищей служат злаковые (милль, сорго, маис, фониио) и клубневые (маниок, иням, таро). Болезнь развивается обычно после отнятия ребенка от груди, особенно при резком переходе (без предварительного прикорма) к кормлению пищей взрослых.

#### 4.6.2. Анемии, связанные с питанием

*Анемия* – это заболевание, характеризующееся снижением количества красных кровяных телец или снижением уровня гемоглобина в единице объема крови. Одной из причин является недостаточное содержание в организме железа. Железо – составная часть гемоглобина, который обеспечивает наш организм кислородом. Анемия может привести к нарушению умственного и физического развития ребенка.

Анемия во время беременности может быть причиной сильного кровотечения и повышенного риска инфекций во время родов. Дети, родившиеся от матерей, страдающих анемией, часто имеют малый вес при рождении и анемию.

- D50: железодефицитная анемия
- D51: витамин-В<sub>12</sub>-дефицитная анемия
- D52: фолиеводефицитная анемия
- D53: другие анемии, связанные с питанием: мегалобластная анемия, не поддающаяся лечению витамином В<sub>12</sub> или фолатами.

#### *Оценка анемии*

*Осмотрите, есть ли бледность ладоней.* Для того чтобы обнаружить бледность ладоней, посмотрите на кожу ладони ребенка. Откройте ладонь ребенка, слегка подерживая ее сбоку. Не загибайте назад пальцы. Это может вызвать бледность вследствие перекрытия притока крови. Сравните цвет ладони ребенка с вашей собственной ладонью и с ладонями других детей. Если кожа ладони ребенка бледная, у ребенка есть умеренная бледность ладоней. Если кожа ладони очень бледная, то у ребенка выраженная бледность ладоней. Лечение ребенка с железодефицитной анемией (см. часть 2 настоящего пособия).

*Оцените ребенка с нарушением питания или анемией и определите действие* (таблица 51).

Таблица 51 – Признаки, классификация и действия при нарушении питания и анемии

Признаки	Классифицируйте как:	Действие
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Видимое тяжелое истощение, или</li> <li>• Выраженная бледность ладоней, или</li> <li>• Отек обеих стоп</li> </ul>	Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия ( <b>красный ряд</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направьте <b>срочно</b> в стационар</li> <li>• Дайте витамин А</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умеренная бледность ладоней или</li> <li>• Низкий вес для возраста</li> </ul>	Низкий вес или анемия ( <b>желтый ряд</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оцените кормление грудью и проконсультируйте мать по вопросам кормления</li> <li>• Если есть бледность, дайте препараты железа</li> <li>• Объясните, когда надо вернуться немедленно</li> <li>• Если есть бледность, последующий визит через 14 дней</li> <li>• Если низкий вес для данного возраста, последующий визит через 14 дней</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет низкого веса для возраста и нет других признаков нарушения питания и анемии</li> </ul>	Нет низкого веса или нет анемии ( <b>зеленый ряд</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если ребенку меньше двух лет, то оцените кормление и проконсультируйте мать по вопросам кормления</li> <li>• Если есть проблемы кормления, то последующий визит через пять дней</li> <li>• Объясните, когда надо вернуться немедленно</li> </ul>

### ***Дайте витамин А***

Дозировка витамина А для детей от двух месяцев до пяти лет представлена в таблице 42 (см. выше – раздел 4.5).

Дайте две дозы:

- первую дозу дайте ребенку в амбулатории;
- одну дозу – матери, чтобы она дала ребенку на следующий день.

### ***Последующие визиты***

При нарушении питания или анемии у ребенка требуется последующий осмотр через определенное число дней, чтобы удостовериться, что ребенок получает назначенное лечение и оно эффективно.

Если у ребенка с нарушением питания/анемией имеются другие проблемы, например лихорадка или гнойные выделения из глаз, то последующий осмотр проводится только в том случае, если симптомы не исчезают.

В конце осмотра ребенка с нарушением питания/анемией объясните матери, когда она должна вернуться для последующего осмотра.

Дайте совет матери прийти для последующего визита не позже сроков, указанных для каждой проблемы (таблица 52).

Если у ребенка есть *анемия*, назначьте последующий визит к врачу через 14 дней и контролируйте выполнение рекомендаций врача.

Таблица 52 – Сроки последующего визита

Проблема	Мать должна вернуться для последующего осмотра через:
Анемия	14 дней
Низкий вес для возраста	14 дней

Если у ребенка *низкий вес*, необходимо провести дополнительный последующий осмотр через 14 дней. Во время этого последующего визита вы должны взвесить ребенка, еще раз оценить кормление и дать необходимые дополнительные советы по кормлению. Во время последующего визита нужно еще раз оценить уход в целях развития ребенка.

Разъясните матери, что ребенок может нуждаться в последующих осмотрах по нескольким проблемам. Например, у ребенка была лихорадка и она держится, или появилась лихорадка, или появились язвочки во рту. В таких случаях назначьте матери наиболее раннюю и точную дату последующего осмотра в медицинском учреждении.

Если у ребенка есть проблема кормления и вы рекомендовали изменить методы кормления, то проведите последующий осмотр через пять дней, для того чтобы проверить, следует ли мать рекомендациям. Если необходимо, вы сможете провести дополнительное консультирование.

#### 4.6.3. Микронутриентная недостаточность (скрытый голод)

*Микронутриенты* – это незаменимые, химически и физиологически активные вещества (витамины, минеральные вещества и микроэлементы), которые содержатся в пище в очень малых количествах – миллиграммах или микрограммах, не являются источниками энергии, но участвуют в усвоении пищи, регуляции функций, осуществлении процессов роста, адаптации и развития организма.

**Железо.** В человеческом организме количество железа составляет 3,5–4,5 г, из которых 2/3 циркулирует в крови, 1/3 содержится в печени, селезенке, мышечной ткани, костном мозге.

Железо требуется многим ферментам и белкам, контролирующим:

- обмен холестерина;
- разрушение ядовитых веществ печенью;
- процесс кроветворения;
- производство ДНК;
- ответ иммунной системы на бактериальную или вирусную инфекцию;
- окислительно-восстановительные реакции;
- энергетический метаболизм.

*Энергия клетки:* железо вовлечено в процесс доставки кислорода в энергетические молекулы белка – цитохромы.

*Гормоны:* железо необходимо для выработки гормонов щитовидной железы, регулирующих обменные процессы.

*Другие функции:* железо вовлечено в синтез соединительной ткани и определенных передатчиков импульсов мозга.

*Польза железа:* ускоряет рост; повышает сопротивляемость заболеваниям; предотвращает железодефицитную анемию, усталость; восстанавливает хороший тонус кожи.

## ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА

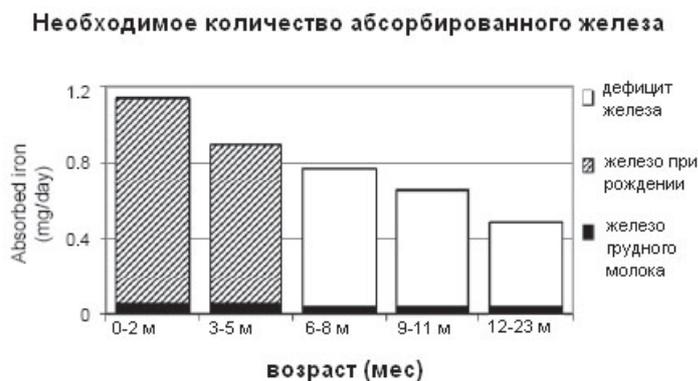


Рисунок 15 – Дефицит железа

На рисунке 15 вершина каждой колонки представляет собой необходимое количество железа ребенку на каждый день. Здоровый ребенок рождается с достаточным запасом железа, который покрывает его потребности в течение первых шести месяцев жизни (отмечено полосатой зоной). Нижняя часть колонки, отмеченная черной полоской, указывает на то количество железа, которое поступает с грудным молоком до тех пор, пока продолжается грудное вскармливание. На первом году жизни ребенок растет быстрее, чем на втором, поэтому потребность в железе у детей младшего возраста намного выше, чем у детей более старшего возраста.

Однако все запасы железа организма используются в первые шесть месяцев жизни, после чего развивается недостаток железа, его нужно восполнять через прикорм (белые полосы – потребность в железе).

**Цинк.** Другим микроэлементом, который помогает детям расти и быть здоровыми, является цинк. Обычно он содержится в той же еде, в которой есть железо. Если ребенок получает питание, богатое железом, следовательно, он покрывает недостаток цинка.

Недостаток цинка в организме развивается при недостаточном поступлении его с пищей и проявляется отвращением к еде, анемией, поносом, апатией, нарушениями зрения и слуха, познавательных функций и памяти, чтения и письма, поведения и ориентации в пространстве, шизофренией, эпилепсией, болезнью Альцгеймера, острым психозом, депрессией. Дефицит цинка усиливает рост опухолей. При недостатке цинка дети отстают в росте и развитии, часто болеют и тяжело переносят обычные детские заболевания (ОРЗ и диарея), часто развиваются аллергические поражения кожи.

Кожные заболевания, угревая сыпь, нарушения роста волос и ногтей, появление белых пятен на ногтях в большинстве случаев возникает из-за дефицита цинка. Его длительный дефицит в рационе может привести к развитию диабета, бесплодию, потере сексуальной активности, аденоме простаты, осложнениям беременности (включая выкидыш, токсикоз, многоводие, патологические изменения плаценты, задержку роста плода и затрудненные роды).

**Йод.** Химическим элементом, необходимым для нормального функционирования щитовидной железы, является йод. Потребность человеческого организма в йоде незначительна, но сохраняется он в организме кратковременно, поэтому необходимо регулярно употреблять продукты, содержащие йод.

У матерей, страдающих йодной недостаточностью, рождаются дети маловесные, с нарушениями интеллекта, слуха, речи или имеющие задержку в физическом и умственном развитии. Если ребенок не получает йода в достаточных количествах, то он часто болеет, плохо растет и развивается, плохо учится, у него плохая память, низкий интеллект.

Зоб – опухоль щитовидной железы, является одним из признаков нехватки йода в пище. У беременных женщин, имеющих зоб, существует большой риск выкидышей, мертворождений или рождения ребенка с повреждением мозга.

Единственным достоверным источником йода является йодированная соль.

**Витамин А.** Если ребенок не получает пищу, содержащую витамин А, это может привести к возникновению недостаточности витамина А в организме. У ребенка с недостаточностью витамина А имеется высокий риск развития осложнений при кори и диарее. Такой ребенок подвергается также риску потерять зрение.

При недостатке витамина А нарушается сумеречное зрение («куриная слепота» – люди плохо видят в сумерках), а изъязвление роговицы глаза и помутнение хрусталика (катаракта) ведут к постоянной слепоте. На слизистой оболочке дыхательных путей появляются трещины, она воспаляется, что ведет к охриплости голоса, бронхитам и пневмонии. Поражение кожи проявляется ихтиозом, огрубением кожи, псориазом, экземой, угревой сыпью, гнойничковыми заболеваниями кожи, нарушением структуры и роста волос.

Кроме того, недостаток витамина А:

- у женщин детородного возраста приводит к нарушениям репродуктивной функции яичников, отклонениям в развитии органов зрения у плода,
- в организме беременной женщины может привести к дефектам развития глаз, ребенок может родиться с врожденной слепотой,
- в организме ребенка способствует:
  - снижению иммунитета, повышению уровня заболеваемости и смертности;
  - развитию анемии;
  - замедлению роста и физического развития ребенка в целом;
  - частой диарее.

Опасен и избыток витамина А в организме у беременной женщины для развития плода, поэтому следует строго выполнять рекомендации медицинских работников по приему витамина А в период беременности.

На рисунке 16 в верхней части колонок представлено количество витамина А, которое необходимо ребенку ежедневно. Грудное молоко содержит большое количество витамина А и полностью обеспечивает ребенка в течение первых шести месяцев. По мере роста ребенка появляется дефицит витамина А, который восполняется прикормом.

Хорошим источником этого витамина являются темно-зеленые и желтые овощи и фрукты. Другими источниками витамина А являются:

- внутренние органы (печень) домашних животных;
- молочные продукты, такие как сливочное масло, сыр, айран или кефир;
- яичный желток;
- масло, сухое молоко и другие продукты, обогащенные витамином А.

Витамин А депонируется в организме ребенка несколько месяцев. Необходимо поощрять родителей, чтобы они кормили детей продуктами, содержащими витамин А, по

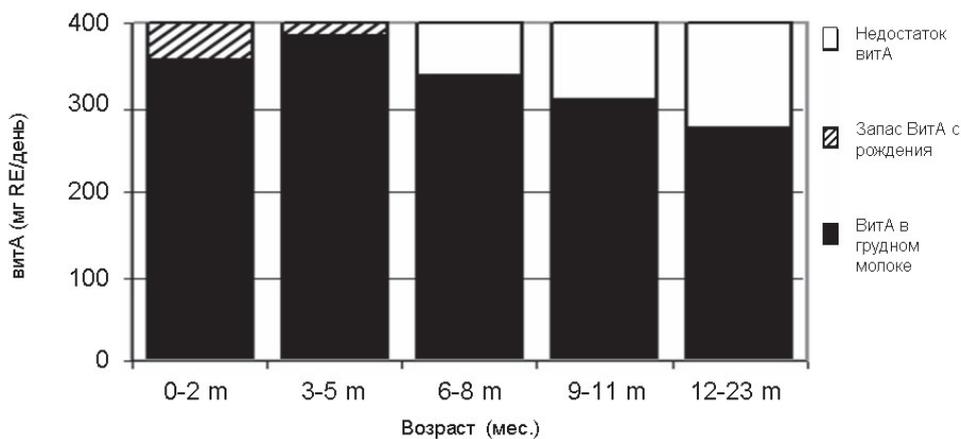


Рисунок 16 – Дефицит витамина А

возможности чаще, в идеале – каждый день. Разнообразие овощей и фруктов в рационе ребенка поможет восполнить потребность детей в витаминах и микроэлементах.

Понижение массы тела ребенка, вызванное регулярным дефицитом калорий, приводит к снижению его активности, вызывает повышенную предрасположенность к некоторым заболеваниям. Обратная же ситуация, т.е. излишняя калорийность суточных порций, приводит к появлению избыточной массы тела, ожирению и к проблемам со здоровьем во взрослой жизни: снижению интеллектуальной способности, сахарному диабету 2-го типа, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, некоторым формам злокачественных опухолей и др.

Основными методами профилактики микронутриентной недостаточности являются: разнообразие рациона питания, обогащение продуктов питания питательными веществами на уровне производства (например, йодирование соли, обогащение муки, растительного масла и др.), обогащение домашней пищи и сапплементация (распространение микронутриентов) среди уязвимой группы населения (например, дети в возрасте от шести месяцев до двух лет, женщины детородного возраста, беременные женщины и кормящие грудью матери).

## Раздел 5

### ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ ИВБДВ

#### 5.2. Ведение больного младенца раннего возраста

*Младенцы раннего возраста* – это дети до двух месяцев согласно классификации возраста детей по ИВБДВ.

При классификации заболеваний младенцев раннего возраста необходимо учитывать особые характеристики, свойственные этой категории детей. В первые несколько дней жизни у новорожденных могут выявляться проблемы, связанные с течением родов и незрелостью легких. Новорожденные могут страдать от асфиксии при рождении, родовой травмы, преждевременных родов или раннего развития инфекций, таких как сепсис. Младенцы раннего возраста, у которых наблюдается любое из этих состояний, нуждаются в оказании немедленной помощи.

*Тяжелые бактериальные инфекции* относятся к наиболее часто встречающимся серьезным заболеваниям в течение первых двух месяцев жизни. Тяжелые бактериальные инфекции могут очень быстро развиваться у младенцев раннего возраста и привести к смертельному исходу. Наибольшую опасность такие инфекции представляют для детей с низкой массой тела при рождении.

У новорожденных, в отличие от детей более старшего возраста, при развитии тяжелой бактериальной инфекции на первый план выступают общие симптомы, такие как проблемы кормления, малая подвижность, лихорадка или гипотермия, дыхательные нарушения в виде втяжения податливых мест грудной клетки. При этом необходимо помнить, что только значительное втяжение грудной клетки, особенно нижних отделов, является важным признаком тяжелого заболевания. Легкое втяжение грудной клетки является нормой, особенно для маловесных детей, поскольку у них стенка грудной клетки податливая.

Все изложенное выше указывает на необходимость несколько иного подхода к оценке, классификации и лечению больного младенца, чем детей более старшего возраста.

#### ***Оцените и классифицируйте больного младенца раннего возраста***

Если это первичный визит, следуйте последовательности этапов, приведенных ниже:

- Ищите признаки очень тяжелого заболевания или местной бактериальной инфекции. Затем классифицируйте младенца, основываясь на обнаруженных признаках.
- Проверьте, есть ли желтуха.
- Спросите о диарее. Если у младенца диарея, оцените относящиеся к этому заболеванию признаки. Классифицируйте младенца по степени обезвоживания.
- Проверьте, есть ли проблемы кормления или низкий вес для возраста. Это включает оценку кормления грудью, проверку на наличие низкого веса для возраста и молочницы. Затем классифицируйте кормление.

- Проверьте прививочный статус младенца.
- Оцените другие проблемы.

Если есть признаки, требующие срочного направления младенца раннего возраста в стационар, врач должен продолжать оценку, но опускает оценку кормления грудью, поскольку это займет много времени.

## **5.2. Очень тяжелое заболевание или местная бактериальная инфекция**

*Ищите у больного младенца раннего возраста очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию.* Этот этап оценки должен быть выполнен для *каждого* больного младенца раннего возраста. На данном этапе врач должен искать признаки очень тяжелого заболевания, особенно таких тяжелых инфекций, как пневмония, сепсис и менингит, которые достаточно часто приводят к летальным исходам. Признаки очень тяжелого заболевания также позволяют распознать тех младенцев раннего возраста, у которых имеются другие серьезные состояния, такие как тяжелая асфиксия и осложнения при преждевременных родах.

Важно оценить признаки последовательно и следить, чтобы младенец раннего возраста оставался спокойным. Младенец раннего возраста *должен быть спокоен*, может спать, пока врач считает число дыханий в минуту, проверяет, есть ли втяжение грудной клетки. Если младенец раннего возраста проснулся, следует понаблюдать за его движениями.

Для того чтобы оценить следующие несколько признаков, врач должен взять ребенка на руки, раздеть его, осмотреть всю поверхность кожи и измерить температуру тела.

*Спросите мать о проблемах младенца.* Установите, это первичный или последующий визит по данным проблемам.

- Если это последующий визит, врач должен вести ребенка в соответствии со специальными указаниями для последующего визита.
- Если это первичный визит, то следует провести оценку младенца раннего возраста в последовательности, указанной в таблице 53.

Ниже описано, как оценить каждый признак.

*Спросите, есть ли трудности при кормлении младенца.* Задайте этот вопрос матери. Любая упомянутая матерью проблема является важной. Наиболее часто проблема с кормлением возникает у недоношенных младенцев раннего возраста вследствие их незрелости или у детей, перенесших асфиксию в родах. Младенец раннего возраста, не имевший проблем с кормлением ранее и если они отмечаются на момент осмотра, может иметь серьезную инфекцию. Младенцы раннего возраста, отказывающиеся от груди или имеющие трудности при кормлении, должны быть срочно направлены в стационар, если трудности при кормлении грудью, на которые указывает мать, включают:

- младенец кормится слишком часто или недостаточно часто;
- у матери недостаточно молока;
- у нее потрескавшиеся соски;
- у нее плоские или втянутые соски.

Таблица 53 – Ищите очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию

Спросите:	Посмотрите, послушайте, ощутите:	Ребенок должен:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдаются ли трудности при кормлении?</li> <li>• Есть ли у младенца судороги?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосчитайте число дыханий в минуту. Повторите подсчет, если у ребенка свыше 60 дыханий в минуту.</li> <li>• Ищите выраженное втяжение грудной клетки.</li> <li>• Измерьте аксиллярную температуру.</li> <li>• Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?</li> <li>• Ищите гнойнички на коже.</li> <li>• Осмотрите движения младенца.</li> </ul> <p><i>Если ребенок спит, попросите мать его разбудить.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Может ли младенец двигаться самостоятельно?</li> </ul> <p><i>Если ребенок не двигается, то осторожно стимулируйте его движения.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Двигается ли младенец только при стимуляции, а затем останавливается?</li> <li>• Остается ли младенец совсем без движения?</li> </ul>	Остаться спокойным

Вы оцените эти проблемы позже, во время оценки грудного вскармливания.

**Спросите, были ли у младенца судороги.** Спросите мать, были ли у младенца раннего возраста судороги во время настоящей болезни. Используйте слова, понятные матери. Например, возможно, мать лучше понимает такие слова, как «подергивания ручек или ножек» или «спазмы», чем судороги. Во время судорог руки и ноги младенца могут стать ригидными или тугоподвижными. У младенца раннего возраста может остановиться дыхание или он может посинеть. Могут наблюдаться многократные ритмичные движения какой-либо из частей тела, например ритмичные подергивания рта или моргание глаз. Младенец раннего возраста может потерять сознание.

**Сосчитайте число дыханий в минуту. Повторите, если у младенца свыше 60 дыханий в минуту.** Сосчитайте частоту дыхания младенца раннего возраста, как бы вы это делали у более старшего ребенка. Младенцы раннего возраста обычно дышат чаще, чем более старшие дети. Частота дыхания у здорового младенца раннего возраста обычно превышает 50 дыханий в минуту, поэтому 60 дыханий в минуту является границей для определения учащенного дыхания у младенцев раннего возраста.

Если результат первого подсчета более 60 дыханий в минуту, повторите подсчет. Это важно, поскольку дыхание у младенцев раннего возраста часто нерегулярное. Иногда могут наблюдаться секундные апноэ, а затем – учащенное дыхание. Если результат второго подсчета также более 60 дыханий в минуту, у младенца имеется учащенное дыхание.

**Ищите выраженное втяжение грудной клетки.** Ищите втяжение грудной клетки у младенца раннего возраста так же, как бы вы искали втяжение грудной клетки у более старшего ребенка. Однако легкое втяжение грудной клетки является нормальным для младенца раннего возраста, поскольку стенка грудной клетки у него мягкая. Выраженное втяжение грудной клетки очень глубокое и хорошо заметно. Выраженное втяжение грудной клетки является признаком пневмонии и серьезной проблемой для младенца.

**Измерьте аксиллярную температуру (или ощутите жар или низкую температуру).** У новорожденного аксиллярная температура тела от 36,5 до 37,5 °С считается нормой. Следует отметить, что у младенцев первых дней жизни температура тела 36,4 °С свидетельствует о начальной гипотермии, требующей немедленного согревания, а 35,5 °С – о выраженной гипотермии, требующей лечения.

Лихорадка (аксиллярная температура 37,5 °С или выше) – это необычное явление в первые два месяца жизни. Если у младенца раннего возраста лихорадка, это может означать, что у него очень тяжелое заболевание. Лихорадка может быть *единственным* признаком серьезной бактериальной инфекции. Организм младенца раннего возраста может также отвечать на развитие инфекции снижением температуры тела – меньше 35,5 °С (аксиллярная температура).

Если нет термометра, ощутите тело младенца раннего возраста в области желудка или подмышечной ямки и определите, горячий ли он на ощупь или необычно холодный.

**Осмотрите пупок, есть ли покраснение или гнойные выделения?** Пуповинный остаток обычно отпадает через одну неделю после рождения, и пупочная рана (пупок) заживает в течение 15 дней. Покраснение вокруг пупка или гнойные выделения из него являются признаками пупочной инфекции. Для предупреждения сепсиса очень важно раннее распознавание и лечение *инфекции пупка и пупочной ранки*.

**Ищите, есть ли кожные гнойнички.** Осмотрите кожу на всем теле. Кожные гнойнички – это везикулы или пустулы, содержащие гной.

**Наблюдайте за движениями младенца раннего возраста.** Двигается ли он самостоятельно? Двигается ли он только при стимуляции, но потом останавливается? Остается ли младенец раннего возраста совсем без движения? Младенцы раннего возраста часто большую часть суток спят, что не является признаком заболевания. Во время проведения оценки младенца раннего возраста наблюдайте за его движениями. Если он не просыпается во время проведения оценки, попросите мать разбудить его. Если вы внимательно понаблюдаете за бодрствующим младенцем раннего возраста, то заметите, что он обычно двигает руками или ногами или поворачивает голову несколько раз в минуту. Если младенец раннего возраста бодрствует, но не делает самопроизвольных движений, осторожно подвигайте его конечностями.

Если младенец раннего возраста двигается только при стимуляции, а затем прекращает движения или не двигается совсем, то это является признаком тяжелого заболевания. Младенца раннего возраста, который не просыпается даже после стимуляции, также следует относить к этой категории.

**Классифицируйте всех больных младенцев раннего возраста по очень тяжелому заболеванию и местной бактериальной инфекции.** Сравните признаки, имеющиеся у младенца раннего возраста, с перечисленными в таблице 54 признаками и выберите подходящую классификацию.

Если у младенца раннего возраста есть любой признак из верхнего ряда, выберите классификацию «очень тяжелое заболевание». Если у младенца раннего возраста есть любой признак из второго ряда, выберите классификацию «местная бактериальная инфекция». Младенец раннего возраста, у которого нет ни одного признака из первых двух рядов, получает классификацию «инфекция маловероятна».

Таблица 54 – Классификация больных младенцев раннего возраста по очень тяжелому заболеванию и местной бактериальной инфекции

Признаки	Классифицируйте как:	Лечение (неотложное лечение перед направлением в стационар помечено звездочкой*)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохо ест, или</li> <li>• Судороги, или</li> <li>• Учащенное дыхание (60 и более дыханий в минуту), или</li> <li>• Выраженное втяжение грудной клетки, или</li> <li>• Лихорадка (37,5 °С и выше), или</li> <li>• Низкая температура тела (ниже 35,5 °С), или</li> <li>• Движения только при стимуляции или полное отсутствие движений</li> </ul>	Очень тяжелое заболевание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте первую дозу антибактериального препарата внутримышечно*</li> <li>• Проведите профилактику гипогликемии*</li> <li>• Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар*</li> <li>• Направьте <u>срочно</u> в стационар*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Покраснение пупка или гнойные выделения</li> <li>• Кожные гнойнички</li> </ul>	Местная бактериальная инфекция	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте подходящий оральный антибактериальный препарат*</li> <li>• Обучите мать лечению местных инфекций на дому</li> <li>• Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем</li> <li>• Последующий визит через два дня</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет признаков очень тяжелого заболевания или местной бактериальной инфекции</li> </ul>	Тяжелое заболевание или местная инфекция маловероятны	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем</li> </ul>

**Очень тяжелое заболевание.** У младенца раннего возраста с наличием признаков такой классификации может быть серьезное заболевание и высокий риск смертельного исхода. У младенца раннего возраста могут быть осложнения, обусловленные его преждевременным рождением, очень низкой массой тела при рождении или асфиксией в родах, или у него может быть серьезная инфекция. Серьезными инфекциями могут быть пневмония, сепсис или менингит. У младенца раннего возраста такие инфекции трудно различимы, так как не имеют специфических симптомов. Для принятия первоначальных решений по ведению младенца раннего возраста с классификацией «очень тяжелое заболевание» нет необходимости делать различия между ними.

Младенец раннего возраста с любым признаком очень тяжелого заболевания нуждается в срочном направлении в стационар.

**Проведите срочное лечение перед направлением в стационар.** Ниже приведено срочное лечение, которое необходимо провести перед направлением младенца раннего возраста в стационар.

➤ *Дайте первую дозу антибиотика внутримышечно*, если младенец раннего возраста имеет классификацию «очень тяжелое заболевание».

➤ *Дайте подходящий оральный антибиотик*. Если младенец раннего возраста нуждается в оральном антибактериальном препарате для лечения местной бактериальной инфекции и он не получал внутримышечные антибиотики, дайте первую дозу орального антибиотика перед направлением младенца в стационар.

➤ *Проводите профилактику гипогликемии:*

- если ребенок в состоянии брать грудь, попросите мать покормить ребенка грудью;
- если ребенок не в состоянии брать грудь, но может глотать, дайте 30–50 мл (10 мл/кг) сцеженного грудного молока перед дорогой. Если нет возможности дать сцеженное грудное молоко, дайте 20–50 мл (10 мл/кг) сладкой воды (для приготовления сладкой воды растворите 4 ч. л. сахара (20 г) в чашке с 200 мл чистой воды);
- если ребенок не может глотать, дайте 20–50 мл (10 мл/кг) сцеженного грудного молока или сладкой воды через назогастральный зонд.

➤ *Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге* в стационар (это касается всех младенцев раннего возраста, которые нуждаются в направлении в стационар. Очень важно держать больного младенца раннего возраста в тепле):

- обеспечьте контакт кожа-к-коже, или
- сохраняйте ребенка в тепле по дороге, насколько это возможно, на протяжении всего времени. Тепло оденьте ребенка: шапку, варежки, носки и дополнительно накройте одеялом.

**Дайте первую дозу внутримышечных антибиотиков.** Младенцы раннего возраста получают два внутримышечных антибиотика: внутримышечный гентамицин и ампициллин. Младенцы раннего возраста с очень тяжелым заболеванием часто заражены более разнообразными видами бактерий, чем старшие дети. Сочетание гентамицина и ампициллина оказывает эффективное действие на широкий спектр бактерий.

*Дайте первую дозу антибактериального препарата внутримышечно:*

- первую дозу ампициллина внутримышечно и
- первую дозу гентамицина внутримышечно.

**Если младенец с очень серьезным заболеванием не может быть госпитализирован.** Если госпитализация невозможна, продолжайте давать ампициллин и гентамицин в течение не менее пяти дней внутримышечно на дому. Ампициллин назначается два раза в день младенцам в возрасте до одной недели, три раза в день – младенцам в возрасте одной недели и старше. Гентамицин назначается один раз в день.

**Использование гентамицина.** Прочитайте наклейку на флаконе с гентамицином и определите концентрацию препарата. Проверьте, можно ли использовать препарат неразбавленным или его следует разбавить стерильной водой. Препарат должен применяться в концентрации 10 мг/мл. Выберите дозу из ряда в таблице, наиболее соответствующую весу младенца.

**Использование ампициллина.** Во флакон, содержащий 500 мг ампициллина, добавьте 2,6 мл стерильной воды. Это даст 250 мг на 1,5 мл раствора.

Выберите дозу, наиболее соответствующую весу младенца в таблице 55.

Таблица 55 – Схема лечения антибактериальными препаратами младенцев раннего возраста с очень тяжелым заболеванием

Ампициллин		Гентамицин	
Доза 50 мг на кг Во флакон с 500 мг добавьте 2,6 мл стерильной воды (если 250 мг, то 1,5 мл воды) Назначается два раза в день младенцам в возрасте до семи дней и три раза в возрасте семь и более дней		Добавьте 6 мл стерильной воды во флакон 2 мл, содержащий 80 мг* = 8 мл (10 мг/мл). Назначается один раз в день	
Вес, кг	Доза, мл	Возраст до семи дней (доза 5 мг на 1 кг), мл	Возраст более семи дней (доза 7,5 мг на 1 кг), мл
1–1,5	0,4	0,6	0,9
1,5–2	0,5	0,9	1,3
2–2,5	0,7	1,1	1,7
2,5–3	0,8	1,4	2,0
3–3,5	1,0	1,6	2,4
3,5–4	1,1	1,9	2,8
4–4,5	1,3	2,1	3,2

\* Избегайте применения неразведенного раствора гентамицина (40 мг/мл).

Родителям следует разъяснить, что:

- Для ампициллина и гентамицина следует использовать разные шприцы.
- Если нет возможности дать ампициллин внутримышечно два-три раза в день, дайте амоксициллин орально, если ребенок может принимать препараты орально.
- Когда состояние младенца значительно улучшится, замените внутримышечный ампициллин амоксициллином внутрь.
- Держать младенца раннего возраста следует в тепле.
- Осторожно давайте жидкость.
- Мать должна часто кормить младенца раннего возраста грудью.

Если у младенца раннего возраста затрудненное дыхание или он не может сосать грудь, из-за того что тяжело болен, помогите матери сцеживать грудное молоко. Кормите младенца раннего возраста сцеженным молоком с помощью чашки (если он может глотать) или назогастрального зонда восемь раз в день. Если возраст ребенка старше четырех дней, давайте 15 мл грудного молока на 1 кг массы тела при каждом кормлении. Давайте меньшее количество во время первых трех дней жизни, как показано в таблице 56.

Если мать не может сцеживать грудное молоко, приготовьте заменитель грудного молока и давайте такое же количество, как указано в таблице 56.

**Местная бактериальная инфекция.** У младенцев раннего возраста с классификацией «местная бактериальная инфекция» есть инфицированный пупок или кожная инфекция.

Лечение включает назначение соответствующих оральных антибактериальных препаратов в течение пяти дней.

Таблица 56 – Рекомендованное количество жидкости

	День 1	День 2	День 3	День 4 и дальше
Рекомендованное количество жидкости/прием кормления (мл/кг/кормление), если кормление восемь раз в день	7,5	10,0	12,5	15,0

Таблица 57 – Дозировка антибактериального препарата при местной бактериальной инфекции

Амоксициллин – дважды в день в течение пяти дней		
Возраст или вес	Таблетки (250 мг), шт.	Сироп (125 мг в 5 мл), мл
С рождения до одного месяца (< 4 кг)	1/4	2,5
От одного до двух месяцев (4–8 кг)	1/2	5,0

Таблица 58 – Обучение матери лечению местной инфекции на дому

Для лечения кожных гнойничков или инфекции пупка	Для лечения молочницы (язвы или белые пятна во рту)
<p>Мать должна проводить лечение дважды в день в течение пяти дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вымыть руки</li> <li>• Осторожно смыть гной и корки водой с мылом</li> <li>• Высушить кожу</li> <li>• Обработать кожу или пупок неразведенным (0,5 %) генцианвиолетом</li> <li>• Вымыть руки еще раз</li> </ul>	<p>Мать должна проводить лечение четыре раза в день в течение семи дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вымыть руки</li> <li>• Обработать рот ребенка разведенным пополам (0,25 %) генцианвиолетом при помощи чистой ткани, обернутой вокруг пальца</li> <li>• Вымыть руки еще раз</li> </ul>

Определите рекомендуемый антибактериальный препарат для лечения местной бактериальной инфекции. Затем определите дозу, основываясь на весе младенца раннего возраста.

**Дайте подходящий оральный антибактериальный препарат.** Дозировка антибактериального препарата при местной бактериальной инфекции представлена в таблице 57.

**Обучите мать лечению местной инфекции на дому.** У младенцев раннего возраста существует три типа местной инфекции, которые мать может лечить на дому: покраснение пупка или гнойные выделения из пупка, кожные гнойнички и молочница.

Необходимо научить мать лечению местной инфекции дома и уходу за младенцем (см. таблицу 58). Покажите матери, как раздавить таблетку и смешать ее с грудным молоком. Помогите ей дать первую дозу и объясните ей график лечения. Наблюдайте за действиями матери и задайте контрольные вопросы, чтобы убедиться, что она знает, как давать антибактериальный препарат.

- Объясните матери, как проводить лечение.
- Понаблюдайте, как мать проводит лечение первый раз в амбулатории.
- Скажите матери, что она должна вернуться в амбулаторию, если ребенку станет хуже.

Два раза в день мать должна очищать зараженную часть тела и затем применять генцианвиолет. Для лечения полости рта должен использоваться генцианвиолет, разведенный в пропорции 1:1.

Объясните и продемонстрируйте матери ход лечения. Затем понаблюдайте, как она проводит лечение. Помогайте ей, если необходимо. Мать должна вернуться в ЦСМ для последующего осмотра через два дня или раньше, если инфекция усилится. Она должна прекратить использование генцианвиолета через пять дней. Задайте матери контрольные вопросы для того, чтобы убедиться, что она помнит, что лечение нужно проводить два раза в день и когда необходимо вернуться в ЦСМ.

Если мать должна лечить кожные гнойнички или инфекцию пупка, дайте ей бутылку неразведенного (0,5 %) генцианвиолета (синонимы: метилвиолет, метилрозанилина хлорид).

Если мать должна лечить молочницу, дайте ей бутылку разведенного наполовину (0,25 %) генцианвиолета.

Она должна вернуться в ГСВ/ФАП через два дня для последующего осмотра, а также чтобы оценить состояние ребенка в динамике и удостовериться, что местная бактериальная инфекция не прогрессирует.

Помните: у младенцев раннего возраста бактериальные инфекции могут прогрессировать очень быстро.

Младенец раннего возраста, который получает антибактериальные препараты для лечения местной бактериальной инфекции, должен вернуться в медицинское учреждение для последующего наблюдения через два дня.

Когда младенец с классификацией «местная бактериальная инфекция» возвращается с последующим визитом через два дня, следуйте приведенным ниже рекомендациям:

- Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?
- Ищите кожные гнойнички.
- Направьте в стационар, если все еще наблюдается *покраснение пупка* или *есть гнойные выделения*, а также, если *гнойные выделения* или *покраснение усилились*.
- Если *гнойные выделения* и *покраснение уменьшились*, скажите матери завершить лечение антибактериальным препаратом, который ей дали во время первичного визита. Подобным же образом, если есть улучшение состояния кожных гнойничков, то есть их количество уменьшилось и они подсыхают, скажите матери, чтобы она продолжала давать антибактериальный препарат. Подчеркните важность продолжения лечения антибактериальным препаратом, даже если состояние младенца улучшается. Мать должна также продолжать лечение местной инфекции в домашних условиях в течение пяти дней (очищать и обрабатывать кожные гнойнички или пупок генцианвиолетом).

**Тяжелое заболевание или местная инфекция маловероятны.** У младенцев раннего возраста с классификацией «тяжелое заболевание или местная инфекция маловероятны» отсутствуют признаки очень тяжелого заболевания и местной бактериальной инфекции. Дайте совет матери по домашнему уходу за ребенком.

### 5.3. Желтуха

*Желтуха* – это видимое желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек вследствие повышенного уровня общего билирубина сыворотки крови. Для большинства новорожденных желтуха является нормальным процессом адаптации к внеутробной жизни (физиологическая или транзиторная желтуха). Она обычно появляется после 36 ч после рождения ребенка, и ее убывание у доношенных новорожденных отмечается до 14 дней жизни, а у недоношенных – до 21 дня жизни.

Развитие физиологической желтухи у новорожденных обусловлено повышенным образованием билирубина, связанного с заменой фетального гемоглобина (HbF) на гемоглобин А (HbA), незрелостью ферментных систем и приспособлением детского организма к новым условиям окружающей среды. Уровень прямого билирубина в крови становится максимальным на 5–6-й день жизни. При такой желтухе состояние ребенка не страдает, и она не требует лечения.

В основе желтухи, появляющейся в первые 24 ч после рождения, всегда лежит заболевание. Выраженная желтуха, распространяющаяся на ладони и стопы, может быть тяжелой и требует срочного лечения. При отсутствии лечения возможно билирубиновое повреждение мозга младенца раннего возраста. Если у младенца раннего возраста с нормальной массой тела желтуха сохраняется более двух недель, а у маловесных свыше трех недель, то такая желтуха требует дальнейшего исследования.

*Патологическая желтуха:*

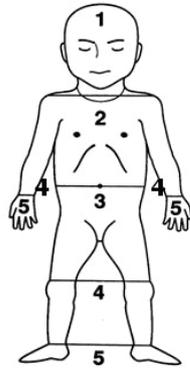
- возникает в первый день жизни;
  - сохраняется более 14 дней у доношенных и более 21 дня у недоношенных младенцев;
  - сопровождается лихорадкой;
  - выраженная желтуха: ладони и подошвы младенца имеют насыщенно желтый цвет.
- Патологическая желтуха может быть обусловлена:
- тяжелой бактериальной инфекцией;
  - гемолитической болезнью, вызванной групповой несовместимостью крови или дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;
  - врожденным сифилисом или другими внутриутробными инфекциями;
  - болезнями печени, такими как гепатит или атрезия желчных путей (светлый стул и темная моча);
  - гипотиреозом.

**Проверьте младенца раннего возраста на желтуху.** Оцените каждого младенца раннего возраста на желтуху. Для выявления желтухи важно проводить осмотр при естественном освещении. Чтобы проверить, есть ли у младенца раннего возраста желтуха, надавите пальцами на кожу его лба, чтобы она побледнела, затем уберите пальцы и посмотрите, появится ли желтушная окраска кожи. Желтушная окраска кожи свидетельствует о наличии желтухи у младенца раннего возраста. Чтобы оценить ее тяжесть, повторите эту же процедуру на ладонях и стопах младенца раннего возраста.

Для оценки тяжести желтухи необходимо оценить ее локализацию по шкале Крамера (рисунок 17).



## Оценить локализацию желтухи



### Модифицированная шкала Крамера

Зона	1	2	3	4	5
ОБС мкмоль/л	100	150	200	250	>250

Kramer LI. Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. Amer J Dis Child. 1969; 118:454-458

Эффективная Перинатальная Помощь и Уход (ЭПНУ)



4N-12



Рисунок 17 – Шкала Крамера

Таблица 59 – Оценка и классификация желтухи

Признаки	Классифицируйте как:	Лечение (неотложное лечение перед направлением в стационар отмечено звездочкой*)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Любая желтуха у младенца в возрасте до 24 ч или</li> <li>Желтые ладони и стопы в любом возрасте</li> </ul>	Тяжелая желтуха	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проведите профилактику гипогликемии*</li> <li>Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар*</li> <li>Направьте <u>срочно</u> в стационар*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Желтуха у младенца появилась в возрасте свыше 24 ч или</li> <li>Нет желтухи ладоней и стоп</li> </ul>	Желтуха	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем</li> <li>Дайте совет матери немедленно вернуться, если появится желтуха ладоней и стоп</li> <li>Если возраст младенца больше трех недель, направьте в стационар</li> <li>Последующий визит через один день</li> </ul>
Желтухи нет	Нет желтухи	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем</li> </ul>

- *Спросите, если есть желтуха, когда она впервые появилась.*
- *Ищите желтуху (желтизна склеры глаз или кожи).*
- *Посмотрите ладони и стопы младенца. Есть ли их желтизна?*

**Оцените и классифицируйте желтуху по следующим признакам** (таблица 59).

Младенец, возраст которого меньше 24 ч и у которого есть желтуха, должен классифицироваться как имеющий «тяжелую желтуху». Любой младенец раннего возраста,

у которого есть желтушное окрашивание ладоней и стоп, также получает классификацию «тяжелая желтуха».

Младенцы с желтухой, возраст которых старше 24 ч и у них желтушное окрашивание не распространяется на ладони и стопы, получают классификацию «желтуха».

Если возраст младенца с «желтухой» старше трех недель, направьте в стационар для диагностики причины желтухи.

Если младенец раннего возраста имеет классификацию «тяжелая желтуха», вы должны провести все необходимые лечебные мероприятия до направления ребенка в стационар как при очень тяжелом заболевании, за исключением первой дозы внутримышечного антибиотика.

Младенец, у которого нет желтухи, классифицируется как «желтухи нет». Младенцу, который не нуждается в срочном направлении в стационар, назначьте обычный уход: частое кормление грудью днем и ночью по требованию ребенка, гигиенический уход за кожей и пупочной ранкой.

***Оцените и лечите младенца с желтухой при последующем визите.***

Во время последующего визита:

- Ищите желтуху. Есть ли желтушное окрашивание ладоней и стоп?
- Если нет желтушного окрашивания ладоней и стоп, дайте совет матери по уходу на дому.
- Если желтуха начала убывать, похвалите мать и попросите продолжать домашний уход. Назначьте повторный визит, когда младенцу исполнится три недели.
- Проводите профилактику гипогликемии (см. выше).

## 5.4. Диарея

***Оцените диарею.*** Если мать говорит, что у младенца раннего возраста диарея, оцените и классифицируйте диарею. Нормальный частый, жидкий или кашицеобразный стул ребенка, находящегося на грудном вскармливании, не является диареей. Мать ребенка, находящегося на грудном вскармливании, может распознать диарею по консистенции или частоте стула, в частности если у младенца раннего возраста стул стал частым и водянистым (преобладание воды в каловом содержимом). При этом оценка сходна с оценкой диареи у детей более старшего возраста, за исключением того, что оценивается меньшее число признаков. Жажда не оценивается, потому что у младенца раннего возраста невозможно отличить жажду от голода.

***Спросите, есть ли у младенца диарея.***

Если да, то:

➤ Посмотрите на общее состояние младенца:

- движения младенца;
  - двигается ли младенец самостоятельно;
  - двигается ли только при стимуляции, а затем останавливается;
  - остается ли совсем без движения;
  - младенец беспокоен и раздражим.
- Ищите, есть ли запавшие глаза.
- Проверьте реакцию кожной складки.

Складка расправляется:

- очень медленно (больше 2 с);
- медленно.

**Классифицируйте диарею.** Диарея у младенца классифицируется так же, как и у более старшего ребенка (таблица 60). Сравните признаки, имеющиеся у младенца, с перечисленными признаками и выберите одну классификацию степени обезвоживания.

Таблица 60 – Определение степени обезвоживания у младенца раннего возраста

Признаки	Классифицируйте как:	Лечение (неотложное лечение перед направлением в стационар отмечено звездочкой*)
<p>Два из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Движения только при стимуляции или совсем нет движений</li> <li>• Запавшие глаза</li> <li>• Кожная складка расправляется очень медленно</li> </ul>	Тяжелое обезвоживание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если нет другой тяжелой классификации: <ul style="list-style-type: none"> <li>- дайте жидкость при тяжелом обезвоживании (план «В»).</li> </ul> </li> <li>Или</li> <li>• Если у ребенка другая тяжелая классификация*: <ul style="list-style-type: none"> <li>- направьте <u>срочно</u> в стационар, по дороге мать должна давать ОРС частыми глотками*;</li> <li>- дайте совет матери продолжать кормление грудью*</li> </ul> </li> </ul>
<p>Два из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Беспокоен, раздражим</li> <li>• Запавшие глаза</li> <li>• Кожная складка расправляется медленно</li> </ul>	Умеренное обезвоживание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте жидкость при умеренном обезвоживании, продолжайте кормление грудью (план «Б»)</li> <li>• Дайте совет матери, когда вернуться немедленно</li> <li>• Последующий визит через два дня, если нет улучшения</li> <li>• Если у ребенка есть любая тяжелая классификация*: <ul style="list-style-type: none"> <li>- направьте <u>срочно</u> в стационар, по дороге мать должна давать ОРС частыми глотками*;</li> <li>- дайте совет матери продолжать кормление грудью*</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно признаков для классификации как умеренное или тяжелое обезвоживание</li> </ul>	Нет обезвоживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте жидкость для лечения диареи на дому и продолжайте кормление грудью (план «А»)</li> <li>• Дайте совет матери, когда вернуться немедленно</li> <li>• Последующий визит через два дня, если нет улучшения</li> </ul>

**Используйте форму для записи «Младенец».** Ниже приведена часть формы для записи «Младенец» (таблица 61). Верхний раздел такой же, как на форме для записи

«Больной ребенок». Следующие разделы приведены для оценки и классификации очень тяжелого заболевания, местной бактериальной инфекции, желтухи и диареи. Обратите внимание, что для младенца не существует отдельных “общих признаков опасности”. Изучите приведенный ниже пример. На этой форме показана часть результатов оценки и классификации младенца раннего возраста по имени Жамиля.

Таблица 61 – Форма для записи «Младенец»

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО МЛАДЕНЦА В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ		
Имя <u>Жамиля</u> Возраст <u>5 дней</u> Вес <u>2,9 кг</u> Температура <u>37,2 °C</u>		
Спросите: Какие проблемы есть у ребенка? <u>Кожная сыпь</u>		
Первичный визит? <input checked="" type="checkbox"/> Повторный визит? _____		
Оцените (подчеркните имеющиеся симптомы) и Классифицируйте		
<b>Ищите очень тяжелое заболевание и местную бактериальную инфекцию</b>		Классифицируйте всех младенцев
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли у младенца проблемы кормления?</li> <li>• Были ли у младенца судороги?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосчитайте число дыханий в минуту. <u>44 дыхания в минуту</u></li> <li>✓ Повторите, если число дыханий 60 и выше. Запишите _____</li> <li>✓ Учащенное дыхание? _____</li> <li>• Ищите выраженное втяжение грудной клетки _____</li> <li>• Лихорадка (температура 37,5 °C и выше _____)</li> <li>• Низкая температура тела (меньше 35,5 °C) _____</li> <li>• Осмотрите пупок, есть ли покраснение или гнойные выделения</li> <li>• Ищите кожные гнойнички _____</li> <li>• Осмотрите движения младенца.</li> <li>✓ Двигается только при стимуляции? _____</li> <li>✓ Остается совсем без движения? _____</li> </ul>	
Затем проверьте, есть ли желтуха		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ищите желтуху (желтушное окрашивание склеры глаз или кожи) _____</li> <li>• Посмотрите ладони и стопы младенца. Есть ли их желтушное окрашивание? _____</li> </ul>	
Есть ли у младенца диарея? Да _____ Нет _____		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Посмотрите на общее состояние.</li> <li>✓ Двигается ли он только при стимуляции? _____</li> <li>✓ Остается ли младенец совсем без движения? _____</li> <li>✓ Беспокоен или болезненно раздражим? _____</li> <li>• Ищите, есть ли запавшие глаза? _____</li> <li>• Проверьте реакцию кожной складки на животе. Складка расправляется: ✓ Очень медленно (более 2 с) _____</li> <li>✓ Медленно _____</li> </ul>		

В данном упражнении вы попрактикуетесь в записи результатов оценки в форму для записи «Младенец». Вы будете классифицировать младенцев по очень тяжелому заболеванию, местной бактериальной инфекции и диарее.

Возьмите чистую форму для записи «Младенец». Используйте также схему «Младенец».

*Для классификации каждого случая:*

1. Запишите имя младенца в форму для записи.
2. Прочитайте описание случая. Запишите возраст младенца, вес, температуру тела и проблему. Отметьте «первичный визит». (Все младенцы раннего возраста в данном упражнении приведены в медицинское учреждение на первичный осмотр.)
3. Запишите результаты оценки в форму для записи.
4. Классифицируйте заболевание ребенка по очень тяжелому заболеванию и местной бактериальной инфекции, желтухе и диарее.
5. Затем перейдите к следующему случаю.

*Для лечения диареи смотрите схему «Лечите ребенка».* Если у младенца раннего возраста есть тяжелое обезвоживание (и нет очень тяжелого заболевания), он нуждается в регидратации с помощью внутривенных жидкостей в соответствии с планом «С». Если вы можете провести лечение внутривенными вливаниями, вы можете лечить младенца в амбулатории. В противном случае срочно направьте младенца раннего возраста в стационар для проведения лечения внутривенными жидкостями. По дороге мать должна давать ОРС маленькими глотками и продолжать кормление грудью.

Если у младенца раннего возраста есть одновременно тяжелое обезвоживание и очень тяжелое заболевание, срочно направьте младенца раннего возраста в стационар. По дороге мать должна давать ребенку раствор ОРС частыми глотками и продолжать кормить грудью.

Для указаний по лечению диареи схема «Младенец» рекомендует обратиться к схеме «Лечите ребенка». Вы уже изучили план «А» для лечения диареи на дому, а также планы «Б» и «В» для регидратации детей старшего возраста с диареей. Однако вы должны помнить некоторые особенности применения таких планов лечения для младенца раннего возраста.

*План «Б»: лечите умеренное обезвоживание.* Младенец раннего возраста с умеренным обезвоживанием нуждается в растворе ОРС, как это описано в плане «Б». Во время первых 4 ч регидратации попросите мать делать паузы для кормления грудью, как только ребенок захочет, затем снова давать ОРС. Если ребенок не находится на грудном вскармливании, то в течение этого времени дайте ему дополнительно 100–200 мл чистой воды.

*План «А»: лечите диарею дома.* Объясните матери четыре правила лечения на дому:

- Давать дополнительно жидкость.
- Давать дополнительные препараты цинка.
- Продолжать кормление.
- Знать, в каких случаях вновь обратиться в больницу.

Все младенцы раннего возраста и старшие дети с диареей нуждаются в жидкости дополнительно с целью продолжения кормления для предупреждения обезвоживания и получения питательных веществ. Наилучшим способом обеспечения младенца

раннего возраста жидкостью дополнительно и продолжения кормления является более частое и более длительное кормление грудью.

**Давайте дополнительно жидкость.** Младенцу раннего возраста можно давать дополнительно такие жидкости, как раствор ОРС и чистая вода. Если младенец раннего возраста находится на исключительно грудном вскармливании, очень важно не начинать давать жидкость на основе пищевых продуктов.

Если младенец раннего возраста получает дома раствор ОРС, вы должны показать матери, сколько ОРС она должна давать ребенку после каждого жидкого стула.

Если ребенок находится на грудном вскармливании, посоветуйте матери кормить грудью часто и увеличить продолжительность каждого кормления. Если ребенок находится на исключительно грудном вскармливании, давайте раствор ОРС или чистую воду в дополнение к грудному молоку.

Напомните матери, что она должна прекратить давать раствор ОРС после прекращения диареи. После прекращения диареи необходимо возобновить исключительно грудное вскармливание.

Посоветуйте матери давать ребенку пить маленькими глотками из чашки. Если у ребенка рвота, надо подождать 10 мин, а затем продолжить давать жидкость, но медленнее. Мать должна продолжать давать жидкость дополнительно до тех пор, пока диарея не прекратится.

Научите мать готовить и давать раствор ОРС, дайте ей два пакетика ОРС с собой.

Объясните матери, в каких случаях необходимо вновь обратиться в медицинское учреждение (см. ниже).

**Назначьте дополнительные препараты цинка всем детям с диареей.** Цинк является важным микроэлементом для общего здоровья и развития ребенка, но при диарее он теряется в больших количествах. Восполнение потерь цинка способствует выздоровлению ребенка, уменьшает продолжительность заболевания и его тяжесть, а также снижает вероятность возникновения новых случаев диареи в последующие два-три месяца.

Назначьте препарат цинка и объясните матери, в каком количестве его необходимо давать ребенку:

- до шести месяцев: половину таблетки (10 мг) в сутки в течение 10–14 дней;
- шести месяцев и старше: одну таблетку (20 мг) в сутки в течение 10–14 дней.

Покажите матери, как давать препарат цинка:

- Младенцам растворить таблетку в небольшом количестве чистой воды, сцеженного молока или раствора ОРС.
- Обратите внимание матери на необходимость приема препарата цинка полным курсом (10–14 дней).

**Кормление.** Продолжение полноценного питания является важной составляющей ведения больных с диареей. Во время начального четырехчасового периода регидратации не давайте никакой другой пищи за исключением грудного молока. Детей, находящихся на грудном вскармливании, следует продолжать часто кормить грудью в течение всего периода, пока у них сохраняется диарея. Если дети не могут сосать грудь, кормите их сцеженным грудным молоком ложечкой из чашки или через назогастральный зонд.

Через 4 ч, если у ребенка все еще есть умеренное обезвоживание и он продолжает получать раствор ОРС, давайте пищу каждые 3–4 ч.

Все дети в возрасте старше четырех-шести месяцев должны получить немного пищи, перед тем как они будут отправлены домой.

Если ребенок не находится на грудном вскармливании, рассмотрите возможность релактации (т.е. возобновления грудного вскармливания после прекращения) или дайте ребенку обычный заменитель грудного молока. Если ребенку шесть месяцев или больше или если он уже получает твердую пищу, давайте ему свежеприготовленные продукты питания – отваренные, размятые или протертые. Рекомендуются следующие виды продуктов:

- зерновая каша или другие продукты, содержащие крахмал, смешанные с бобовыми, овощами, мясом или рыбой, по возможности с добавлением 1–2 ч. л. растительного масла в каждую порцию;
- продукты дополнительного питания, рекомендуемые ИВБДВ в данной местности;
- свежий фруктовый сок или банановое пюре для обеспечения поступления калия в организм.

Старайтесь, чтобы ребенок лучше ел, предлагая ему пищу, по крайней мере, шесть раз в день. После прекращения диареи продолжайте давать такую же пищу и введите одно дополнительное кормление в день на двухнедельный срок.

**Когда немедленно обратиться за медицинской помощью?** Посоветуйте матери немедленно обратиться в больницу, если ребенку станет хуже, или он не сможет пить или сосать грудь, или он будет плохо пить, или у него поднимется высокая температура, или у него появится кровь в стуле. Если у ребенка нет ни одного из этих признаков, но его состояние по-прежнему не улучшается, посоветуйте матери прийти через пять дней для повторного осмотра.

**Последующее наблюдение при диарее.** Когда младенец раннего возраста с классификацией «диарея» возвращается с последующим визитом через два дня, следуйте приведенным ниже рекомендациям:

- Спросите, прекратилась ли диарея.
- Если диарея не прекратилась, оцените состояние младенца и дайте необходимое лечение (см. выше: «Есть ли у младенца диарея?»). Также задайте матери дополнительные вопросы, перечисленные для того, чтобы установить, есть ли улучшение состояния младенца.
- Если младенец обезвожен, для классификации обезвоживания и выбора плана назначения жидкостей используйте классификационную таблицу на схеме «Младенец». Если остаются прежние симптомы или состояние ухудшается, направьте ребенка в стационар. Если у младенца развилась лихорадка, то, перед тем как направить ребенка в стационар, дайте антибактериальные препараты внутримышечно, как при очень тяжелом заболевании.
- Если состояние младенца улучшается, скажите матери, чтобы она продолжала давать жидкости ребенку и кормить грудным молоком в соответствии с планом А.
- Если диарея прекратилась, скажите матери продолжать исключительно грудное вскармливание.

Младенец, у которого есть диарея с умеренным обезвоживанием или нет обезвоживания, должен вернуться через два дня, если нет улучшений. Младенец с проблемой кормления или молочницей должен вернуться в медицинское учреждение через два дня.

Младенец с низкой массой тела для возраста должен вернуться в медицинское учреждение для последующего наблюдения через 14 дней.

### 5.5. Низкий вес и проблемы кормления

Рациональное кормление необходимо для роста и развития ребенка. Неправильное кормление во время младенческого возраста может иметь последствия на всю жизнь. Развитие оценивается с помощью определения соотношения веса для возраста. Очень важно оценить кормление и вес младенца раннего возраста, чтобы иметь возможность, если необходимо, улучшить кормление.

Наилучшим способом кормления младенца раннего возраста является исключительно грудное вскармливание. *Исключительно грудное вскармливание* обеспечивает младенцу раннего возраста наилучшее питание и защиту от возможных заболеваний. Если матери будут понимать, что исключительно грудное вскармливание обеспечивает наилучшие условия для роста и развития, они, возможно, больше будут кормить своих детей грудью. Матери, возможно, будут мотивированы кормить грудью, чтобы предоставить детям условия для нормального развития, несмотря на социальные или личные причины, затрудняющие или осложняющие исключительно грудное вскармливание.

Проверьте, есть ли проблемы кормления или низкий вес для возраста, *если только* у младенца раннего возраста *нет показаний для срочного направления в стационар*. Оценка состоит из двух частей. В первой части вы задаете матери вопросы (таблица 62). Вы должны определить, какую пищу получает младенец раннего возраста и как часто. Вы также должны определить вес для возраста и посмотреть, имеются ли язвы или белые пятна у младенца раннего возраста во рту. Во второй части вы должны оценить кормление младенца раннего возраста грудью.

Таблица 62 – Оцените, есть ли проблемы кормления или низкий вес для возраста

Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар	
Спросите	Посмотрите, послушайте, ощутите
<ul style="list-style-type: none"><li>• Кормят ли ребенка грудью. Если да, то сколько раз за 24 ч.</li><li>• Получает ли младенец другую пищу или жидкость. Если да, то как часто.</li><li>• Если да, то чем пользуется мать при кормлении</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Определите соответствие веса и возраста.</li><li>• Посмотрите, есть ли язвы или белые пятна во рту младенца (молочница)</li></ul>

#### *Первая часть оценки*

**Спросите, кормится ли ребенок грудью. Если да, сколько раз за 24 ч.** Рекомендуется, чтобы младенец раннего возраста кормился грудью столько раз и так долго, сколько он хочет, днем и ночью. Это должно быть восемь или более раз в течение 24 ч.

**Спросите, получает ли младенец обычно другую пищу или жидкость. Если да, то как часто.** Младенец раннего возраста должен находиться на исключительно грудном вскармливании. Определите, получает ли младенец какую-либо другую пищу или жидкость, например другое молоко, сок, чай, жидкую овсянку, разбавленную кашу или даже воду. Спросите, как часто ребенок получает такую пищу и в каком объеме. Вам необходимо знать, находится ли младенец на преимущественно грудном вскармливании

или в основном получает другую пищу. **Если да, то чем пользуется мать при кормлении ребенка.** Если ребенок получает другую пищу или жидкость, выясните, использует мать бутылку или чашку.

**Определите соответствие веса и возраста ребенка.** Чтобы определить, низкий у младенца вес или нет, используйте график соответствия веса и возраста. *Обратите внимание*, что для определения веса младенца раннего возраста следует использовать линию «низкий вес для возраста», а не линию «очень низкий вес для возраста», которая используется для старших детей.

*Не забывайте*, что возраст младенцев раннего возраста на графике «Вес для возраста» выражается в неделях, тогда как для более старших детей возраст на графике указывается в месяцах. У некоторых младенцев раннего возраста с низким весом для возраста был низкий вес при рождении. Некоторые плохо набрали вес после рождения. Наиболее вероятно, что у младенцев раннего возраста с низким весом есть проблемы с грудным вскармливанием.

**Ищите язвы или белые пятна во рту (молочницу).** Загляните в полость рта младенца и осмотрите язык и внутреннюю поверхность щек. Молочница выглядит как сгустки молока на внутренней поверхности щек или густой белый налет на языке. Попробуйте вытереть такой белый налет. Белые пятна молочницы останутся во рту младенца.

*Вторая часть оценки*

**Оцените кормление грудью:**

- Кормился ли ребенок грудью в течение последнего часа?
- если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением в течение 4 мин;
- если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец снова захочет есть.
- Способен ли младенец брать грудь?
- плохое прикладывание;
- хорошее прикладывание.
- Для проверки прикладывания к груди ищите:
- большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу;
- рот широко раскрыт;
- нижняя губа вывернута наружу;
- подбородок младенца касается груди матери.

Все эти признаки свидетельствуют о хорошем прикладывании.

Оценка кормления грудью требует внимательного наблюдения.

**Спросите, кормился ли младенец грудью в течение последнего часа.** Если это так, попросите мать подождать и сказать вам, когда младенец снова захочет есть. В это время завершите оценку проверкой прививочного статуса младенца. Вы можете также начать необходимое младенцу раннего возраста лечение, например дать антибиотик при местной бактериальной инфекции или раствор ОРС при умеренном обезвоживании.

Если ребенка не кормили в течение последнего часа, он, возможно, хочет есть. Попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте, если возможно, за всем кормлением или, как минимум, в течение 4 мин. Спокойно сидите и наблюдайте за кормлением младенца грудью (рисунок 18).

**Осмотрите, способен ли младенец брать грудь.** Ниже приведены четыре признака хорошего прикладывания к груди:

- большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу;
- рот младенца широко раскрыт;
- нижняя губа вывернута наружу;
- подбородок младенца касается груди матери.

Если присутствуют все эти четыре признака, младенец *хорошо приложен к груди* (рисунок 19, а).

Если прикладывание плохое, можно обнаружить следующие признаки:

- большая часть ареолы (или равная часть) видна снизу рта, а не сверху;
- рот младенца не раскрыт широко, губы вытянуты вперед;
- нижняя губа завернута внутрь;
- подбородок младенца не касается груди матери.

Если вы обнаружили любой из таких признаков, младенец *плохо приложен к груди* (рисунок 19, б).

Плохое прикладывание младенца к груди может причинить боль матери и повредить соски. Если младенец не может эффективно сосать грудное молоко, это может вызвать нагрубание груди. Младенец может оставаться голодным после кормления грудью и может хотеть есть очень часто или сосать в течение долгого времени. Младенец может получать слишком мало молока и не набирать вес, или у матери может пропасть грудное молоко. Все эти проблемы могут быть исправлены, если можно улучшить прикладывание ребенка к груди.



Рисунок 18 – Наблюдение за кормлением младенца грудью

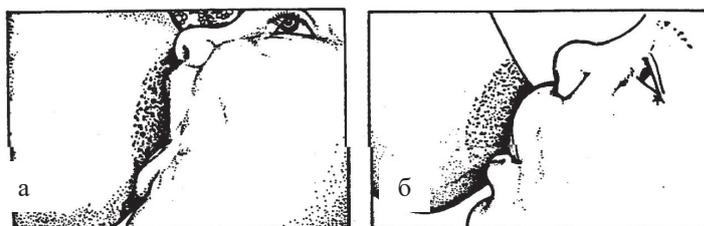


Рисунок 19 – Прикладывание к груди:

а – ребенок хорошо приложен к груди; б – ребенок плохо приложен к груди

**Осмотрите, эффективно ли сосет младенец.** Младенец *сосет эффективно*, если он делает медленные глубокие сосательные движения с паузами. Вы можете видеть или слышать, как младенец глотает. Если вы можете наблюдать за тем, как заканчивается кормление грудью, проверьте, удовлетворен ли младенец кормлением. Если младенец удовлетворен кормлением, он сам отпускает грудь (то есть мать не должна каким-либо способом прекращать кормление грудью). Младенец выглядит расслабленным, сонливым и теряет интерес к груди.

Младенец *сосет неэффективно*, если он делает только быстрые неглубокие сосательные движения. Вы также можете наблюдать втяжение щек. Вы не видите и не слышите, как младенец глотает. Младенец не удовлетворен кормлением и может быть раздражен. Младенец может плакать, пытаться снова сосать грудь или продолжать кормиться грудью в течение долгого времени. Если заложенный нос мешает кормлению грудью, прочистите нос младенца. Затем проверьте, может ли младенец сосать более эффективно.

Заполните форму ведения больного младенца в возрасте до двух месяцев (таблица 63).

Таблица 63 – Форма для записи «Младенец». Ведение больного младенца в возрасте до двух месяцев

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО МЛАДЕНЦА В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ		
Имя: _____ Возраст: _____ Вес: _____ кг Температура: _____ °C		
<b>Спросите:</b> Какие проблемы есть у ребенка? _____ Первичный визит? _____ Повторный визит? _____		
<b>Оцените</b> (подчеркните имеющиеся симптомы)		
<b>Классифицируйте</b>		
<b>Ищите очень серьезное заболевание или местную бактериальную инфекцию</b>		
Спросите	Осмотрите, ощутите	Классифицируйте всех младенцев
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли у младенца трудности с кормлением?</li> <li>• Были ли у младенца судороги?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сосчитайте число дыханий в минуту. _____ <i>дыханий в минуту</i> Повторите, если число дыханий в минуту равно 60 или выше _____ <i>дыханий в минуту</i>.</li> <li>• Учащенное дыхание? _____</li> <li>• Ищите выраженное втяжение грудной клетки.</li> <li>• Лихорадка (температура тела 37,5 °C или выше).</li> <li>• Низкая температура тела (ниже 35,5 °C).</li> <li>• Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? _____</li> <li>• Ищите кожные гнойнички _____</li> <li>• Осмотрите движения младенца: - Двигается ли он только при стимуляции? - Остается ли он совсем без движения?</li> </ul>	
<b>Затем проверьте, есть ли желтуха</b>		
Спросите	Осмотрите, ощутите	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если есть желтуха, то когда она впервые появилась?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер глаз или кожи) _____</li> <li>• Осмотрите ладони и стопы младенца: есть ли их желтизна _____</li> </ul>	

Проверьте, есть ли у младенца диарея Да _____ Нет _____								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Посмотрите на общее состояние. Младенец:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- двигается только при стимуляции _____</li> <li>- остается он совсем без движения _____</li> <li>- беспокоен или болезненно раздражим _____</li> </ul> </li> <li>Ищите, есть ли запавшие глаза _____</li> <li>Проверьте реакцию кожной складки на животе. Складка расправляется:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- очень медленно (более 2 с) _____</li> <li>- медленно _____</li> </ul> </li> </ul>								
<b>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар, далее проверьте, есть ли проблемы кормления или низкий вес для возраста</b>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Спросите</th> <th>Осмотрите, ощутите</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ребенок кормится грудью?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то сколько раз за 24 ч? _____ раз</li> <li>Получает ли ребенок другую пищу или жидкость?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то как часто? _____ раз</li> <li>- Если «да», то чем вы пользуетесь для кормления младенца?</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Определите соответствие веса для возраста: Низкий ___ Не низкий _____</li> <li>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочницу) _____</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Спросите	Осмотрите, ощутите	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ребенок кормится грудью?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то сколько раз за 24 ч? _____ раз</li> <li>Получает ли ребенок другую пищу или жидкость?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то как часто? _____ раз</li> <li>- Если «да», то чем вы пользуетесь для кормления младенца?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Определите соответствие веса для возраста: Низкий ___ Не низкий _____</li> <li>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочницу) _____</li> </ul>			
Спросите	Осмотрите, ощутите							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ребенок кормится грудью?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то сколько раз за 24 ч? _____ раз</li> <li>Получает ли ребенок другую пищу или жидкость?</li> <li>Да _____ Нет _____</li> <li>- Если «да», то как часто? _____ раз</li> <li>- Если «да», то чем вы пользуетесь для кормления младенца?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Определите соответствие веса для возраста: Низкий ___ Не низкий _____</li> <li>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочницу) _____</li> </ul>							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Оцените кормление грудью</th> </tr> <tr> <th>Спросите</th> <th>Осмотрите, ощутите</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Кормился ли ребенок грудью в течение последнего часа?</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 мин.</li> <li>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания ищите:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта: Да ___ Нет ___</li> <li>- рот широко раскрыт: Да ___ Нет ___</li> <li>- нижняя губа вывернута: Да ___ Нет ___</li> <li>- подбородок касается груди: Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Приложен плохо ___ Приложен хорошо ___</li> <li>Эффективно ли сосет младенец (то есть медленные, глубокие сосательные движения с паузами)?                Сосет неэффективно _____                Сосет эффективно _____             </li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>			Оцените кормление грудью		Спросите	Осмотрите, ощутите	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кормился ли ребенок грудью в течение последнего часа?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 мин.</li> <li>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания ищите:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта: Да ___ Нет ___</li> <li>- рот широко раскрыт: Да ___ Нет ___</li> <li>- нижняя губа вывернута: Да ___ Нет ___</li> <li>- подбородок касается груди: Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Приложен плохо ___ Приложен хорошо ___</li> <li>Эффективно ли сосет младенец (то есть медленные, глубокие сосательные движения с паузами)?                Сосет неэффективно _____                Сосет эффективно _____             </li> </ul>
Оцените кормление грудью								
Спросите	Осмотрите, ощутите							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Кормился ли ребенок грудью в течение последнего часа?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 мин.</li> <li>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания ищите:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта: Да ___ Нет ___</li> <li>- рот широко раскрыт: Да ___ Нет ___</li> <li>- нижняя губа вывернута: Да ___ Нет ___</li> <li>- подбородок касается груди: Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Приложен плохо ___ Приложен хорошо ___</li> <li>Эффективно ли сосет младенец (то есть медленные, глубокие сосательные движения с паузами)?                Сосет неэффективно _____                Сосет эффективно _____             </li> </ul>							
<b>Проверьте прививочный статус младенца</b> (Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) При рождении: Гепатит В1 _____ До выписки из ЛПО: БЦЖ _____ ОПВ-1 _____		Визит для следующей прививки: _____ (дата)						
<b>Оцените другие проблемы</b>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Спросите</th> <th>Осмотрите, ощутите</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Спросите мать о ее здоровье</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Спросите	Осмотрите, ощутите	Спросите мать о ее здоровье				
Спросите	Осмотрите, ощутите							
Спросите мать о ее здоровье								

**Классифицируйте проблемы кормления или низкий вес для возраста.** Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар, не классифицируйте его по проблемам кормления или низкому весу для возраста. Сравните признаки младенца с признаками, которые перечислены в каждой строке и выберите подходящую классификацию (таблица 64).

**Проблема кормления или низкий вес для возраста.** Данная классификация включает младенцев раннего возраста с низким весом для возраста или младенцев раннего возраста с признаками, указывающими на то, что их кормление должно быть улучшено. У младенцев раннего возраста чаще всего бывает сразу несколько таких признаков.

Посоветуйте матери младенца раннего возраста с такой классификацией кормить грудью столько раз и так долго, как ребенок хочет, днем и ночью. Короткие кормления грудью являются основной причиной, почему ребенок не получает достаточно грудного молока. Младенец раннего возраста должен сосать грудь, пока он не будет сыт. Дайте совет матери кормить ребенка только грудным молоком и не давать другую пищу или жидкости.

Обучите мать специальному уходу, в котором нуждается ее младенец раннего возраста, например правильному положению его во время кормления и правильной технике прикладывания к груди. Если младенец раннего возраста все еще не может брать грудь, обучите мать, как сцеживать молоко и кормить младенца с помощью чашки.

Если у младенца раннего возраста низкий вес, дайте совет матери как в домашних условиях кормить и сохранять в тепле младенца с низким весом. Если у младенца раннего возраста есть молочница, обучите мать лечению молочницы на дому. Дайте также матери совет по уходу за младенцем на дому. Младенец раннего возраста с такой классификацией должен вернуться в медицинское учреждение для повторного осмотра медицинским работником. Медицинский работник проверит, улучшилось ли кормление, и даст необходимые дополнительные рекомендации.

**Нет проблем кормления.** Младенец раннего возраста с такой классификацией находится на частом и исключительно грудном вскармливании. Термин «не низкий» вес для возраста означает, что вес младенца не ниже кривой «низкий вес для возраста». Это не обязательно нормальный или хороший вес для возраста, однако такой младенец не находится в группе повышенного риска, которой мы уделяем наибольшее внимание.

**Затем проверьте прививочный статус младенца.** Проверьте прививочный статус младенца раннего возраста так же, как вы бы сделали это для более старшего ребенка. Получил ли младенец все прививки, рекомендованные для его возраста? Нуждается ли младенец раннего возраста в вакцинации сегодня?

При рождении в роддоме новорожденный должен получить вакцинацию против гепатита В, до выписки из ЛПО – БЦЖ и поливакцину (ОПВ-1).

Оцените любые другие проблемы, на которые указала мать или которые вы обнаружили во время осмотра. Используйте указания по лечению таких проблем. Если вы считаете, что у младенца раннего возраста серьезная проблема, или вы не знаете, как помочь ребенку, направьте его в стационар.

Таблица 64 – Оценка кормления и низкого веса

Признаки	Классифицируйте как:	Лечение
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохо приложен к груди, или</li> <li>• Сосет грудь неэффективно, или</li> <li>• Менее восьми кормлений грудью за 24 ч, или</li> <li>• Получает другую пищу или жидкость, или</li> <li>• Низкий вес для возраста, или</li> <li>• Молочница (язвы или белые пятна во рту)</li> </ul>	<p>Проблема кормления или низкий вес</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Если младенец плохо приложен к груди или неэффективно сосет, обучите мать правильному положению и прикладыванию.</li> <li>• Если не можете сразу хорошо приложить младенца к груди, обучите мать сцеживанию молока и кормлению младенца с помощью чашки.</li> <li>• Если мать кормит грудью менее восьми раз в сутки, посоветуйте ей увеличить частоту кормлений. Дайте совет матери кормить грудью так часто и так долго, как младенец хочет, днем и ночью.</li> <li>• Если младенец получает другую пищу или жидкость, посоветуйте матери больше кормить грудью и уменьшить количество другой пищи и жидкости, которые в любом случае нужно давать из чашки.</li> </ul> <p>Если младенца раннего возраста не кормят грудью совсем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- направьте на консультацию по вопросам грудного вскармливания и возможной релактации;</li> <li>- дайте совет, как правильно готовить молочные смеси и пользоваться чашкой для кормления.</li> <li>• Дайте совет матери, как в домашних условиях кормить и сохранять в тепле младенца с низким весом.</li> <li>• Если есть молочница, обучите мать лечению молочницы в домашних условиях.</li> <li>• Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем.</li> <li>• Последующий визит по поводу любой проблемы кормления или молочницы через два дня.</li> <li>• Последующий визит по поводу низкого веса через 14 дней</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет низкого веса для возраста и нет других признаков неправильного кормления</li> </ul>	<p>Нет проблем кормления</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дайте совет матери по домашнему уходу за младенцем.</li> <li>• Похвалите мать за правильное кормление младенца</li> </ul>

## 5.6. Уход за младенцем на дому

*Дайте совет матери по уходу за младенцем на дому.* Существуют основные этапы домашнего ухода за всеми больными младенцами. Обучите каждую мать таким этапам:

- Кормите младенца раннего возраста исключительно грудью. Кормите ребенка грудью так часто и так долго, как ребенок хочет, днем и ночью.
- Удостоверьтесь, что младенец всегда находится в тепле. В холодную погоду покройте голову и ноги ребенка, наденьте на него дополнительную одежду.
- Объясните матери, когда она должна вернуться в медицинское учреждение для последующего осмотра и немедленно (таблица 65).

Таблица 65 – Последующий визит

Последующий визит		Вернуться немедленно
Если у младенца:	Вернуться на первый визит через:	Дайте совет матери вернуться немедленно, если у младенца есть один из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Плохо сосет грудь.</li> <li>• Сниженная активность.</li> <li>• Состояние ухудшается.</li> <li>• Развивается лихорадка.</li> <li>• На ощупь необычно холодный.</li> <li>• Учащенное дыхание.</li> <li>• Затрудненное дыхание.</li> <li>• Ладони и ступни пожелтели</li> </ul>
Желтуха	Один день	
Местная бактериальная инфекция	Два дня	
Проблема кормления. Молочница. Диарея	Два дня	
Низкий вес для возраста	14 дней	

### *Согревание младенца с низким весом на дому*

Очень важным является сохранение температуры тела младенца раннего возраста между 36,5 и 37,4 °С. Низкая температура тела ребенка имеет неблагоприятное воздействие на больного младенца раннего возраста и повышает риск гибели. Младенцы раннего возраста с низким весом при рождении нуждаются в повышенном внимании к наблюдению за температурой, чем те младенцы, у которых нет низкого веса при рождении.

Дайте совет матери по согреванию младенца раннего возраста в ее постели в теплой комнате (с температурой воздуха не ниже 25 °С). Попросите мать не купать младенца раннего возраста с низким весом и сохранять его все время сухим. Попросите также мать периодически ощупывать руки и ноги ребенка, чтобы убедиться, что они теплые. Если у ребенка руки и ноги холодные, лучший способ согреть младенца – это контакт «кожа к коже». Он также помогает предупредить переохлаждение ребенка, если в комнате прохладно. Контакт «кожа к коже» может обеспечиваться матерью или любым другим взрослым. Тело взрослого человека передаст тепло младенцу.

#### *Обучите мать, как согревать младенца с низким весом на дому:*

- Укладывать младенца в одну постель с матерью.

- Поддерживать в комнате температуру не менее 25 °С с помощью отопительного прибора. Убедиться, что в комнате нет сквозняков.
- Избегать купания младенца с низким весом. Если вы моете или купаете ребенка, делать это следует в теплой комнате, теплой водой (температура не ниже 37,5 °С), сразу же после купания необходимо тщательно высушить и одеть ребенка.
- Менять одежду (например, пеленки) младенца всякий раз, когда она становится влажной.
- Обеспечивать контакт «кожа к коже» как можно больше, днем и ночью.
- Когда нет контакта «кожа к коже», держать младенца постоянно тепло одетым или завернутым, насколько это возможно. Дополнительно надеть на ребенка шапку и носки, свободно завернуть младенца в мягкую пеленку и накрыть одеялом.
- Чаще проверять, остаются ли руки и ноги ребенка теплыми. Если они стали холодными, еще раз согреть ребенка при помощи контакта «кожа к коже».
- Чаще кормить младенца грудью (или дать сцеженное грудное молоко с помощью чашки).

#### ***Обучите мать контакту «кожа к коже»***

Для поддержания младенца раннего возраста в контакте «кожа к коже», обеспечьте матери уединение и попросите ее удобно сесть или откинуться назад:

- Попросите мать осторожно раздеть ребенка, за исключением шапки, подгузника и носков.
- Расположите младенца между молочными железами матери, в вертикальном и вытянутом положении.
- Поверните голову младенца в одну сторону для того, чтобы дыхательные пути оставались свободными.
- Накройте младенца кофтой или платьем матери, а затем оберните обоих, мать и ребенка, дополнительно одеялом или платком.
- Попросите мать часто кормить младенца раннего возраста грудью.

### **5.7. Правильное положение и прикладывание младенца раннего возраста к груди**

#### ***Обучите мать правильному положению и прикладыванию младенца раннего возраста к груди***

*Причины плохого прикладывания к груди и неэффективного сосания груди.* Существует несколько причин, по которым младенец раннего возраста может быть плохо приложен к груди матери и плохо сосать грудь. Ребенка, возможно, кормили из бутылки, особенно в первые несколько дней после рождения. Мать может не иметь достаточного опыта кормления. У нее могли возникнуть какие-либо трудности, и никто не может ей помочь или посоветовать. Возможно, младенец маленький и слабый, или соски матери могут быть плоскими, или ребенка не сразу начали кормить грудью.

Младенец раннего возраста может быть неправильно расположен по отношению к груди матери (рисунок 20, б). Положение младенца очень важно, потому что неправильное положение, особенно на раннем этапе, часто влечет за собой плохое прикладывание.



Рисунок 20 – Положение младенца раннего возраста у груди:  
*а* – тело младенца близко к телу матери и обращено к груди матери;  
*б* – тело младенца далеко от тела матери, шея младенца повернута в сторону

Если ребенок находится в правильном положении, прикладывание к груди, вероятнее всего, тоже будет хорошим (рисунок 20, *а*).

*Улучшение положения ребенка и прикладывания к груди.* Если во время вашей оценки кормления грудью вы обнаружили какие-либо трудности с прикладыванием ребенка к груди или с сосанием груди, помогите матери улучшить положение младенца и прикладывание ребенка к груди. Убедитесь, что мать чувствует себя удобно и расслабленно, например посадите ее на низкий стул со спинкой. Затем следуйте перечисленным ниже этапам:

- Покажите матери, как правильно держать ребенка.
- Покажите матери, как правильно прикладывать ребенка к груди.
- Ищите признаки правильного прикладывания к груди и эффективного сосания. Если ребенок приложен к груди неправильно и сосет неэффективно, повторите все сначала.

Перед тем как вы будете помогать матери, обязательно понаблюдайте за тем, как мать кормит младенца раннего возраста грудью, чтобы четко понять существующие проблемы. Не торопитесь сразу заставить ее делать все по-другому. Если вы чувствуете, что мать нуждается в помощи, сначала скажите что-нибудь ободряющее, например: «Ваша дочка очень хочет грудного молока, не правда ли?»

Затем объясните, что может помочь решить проблему, и спросите, хочет ли мать, чтобы вы показали ей, как это сделать. Например, вы можете сказать примерно следующее: «Кормление грудью будет более удобным для вас, если младенец шире раскрывает рот и возьмет большую часть груди. Хотите ли вы, чтобы я показал вам, как это сделать?» Если мать согласна, вы можете начать помогать ей. Положение, при котором младенец готов к прикладыванию к груди, представлено на рисунке 21.

Когда вы показываете матери, как правильно располагать и прикладывать младенца, не забирайте его от матери. Объясните и покажите матери действия, которые вы рекомендуете, чтобы она сделала. Затем предоставьте матери возможность самой расположить и приложить младенца.



Рисунок 21 – Младенец готов к прикладыванию к груди:  
нос напротив соска, рот широко раскрыт

Затем еще раз ищите признаки хорошего прикладывания и эффективного сосания груди. Если прикладывание или сосание груди неправильные, попросите мать прекратить кормление грудью и попробовать еще раз.

Если младенец сосет хорошо, объясните матери, что важно давать грудь достаточно долго во время каждого кормления. Мать должна кормить младенца грудью столько времени, сколько он хочет.

### 5.8. Сцеживание грудного молока

**Обучите мать сцеживанию грудного молока.** Сцеживание грудного молока обычно необходимо для кормления младенцев раннего возраста, которые сосут неэффективно, но могут эффективно глотать (как в случае с детьми с низким весом при рождении). Сцеживание молока всегда полезно для уменьшения застоя в груди, кормления ребенка, который не может достаточно сосать, хранения запаса грудного молока, когда мать или ребенок больны или для того чтобы оставлять грудное молоко, когда мать отлучается из дома или работает. Все медицинские работники, которые осуществляют уход за кормящими грудью матерями и детьми, должны уметь обучать матерей, как сцеживать молоко.

Наиболее приемлемым способом сцеживания молока является ручное сцеживание (рисунок 22).

Научите мать сцеживать молоко вручную, для этого попросите мать:

- Тщательно вымыть руки.
- Занять удобное положение.
- Расположить и удерживать под ее соском и ареолой контейнер с широким горлышком.
- Поместить свой большой палец на верхней части груди, а указательный палец на нижней части груди, таким образом, пальцы будут располагаться друг против друга (не менее 4 см от верхушки соска).
- Между большим и указательным пальцами несколько раз сжимать и отпустить молочную железу.

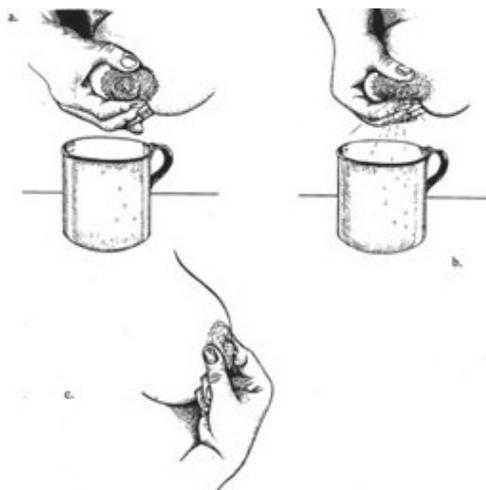


Рисунок 22 – Ручное сцеживание грудного молока

- Если молоко не появилось, она должна передвинуть большой и указательный пальцы ближе к соску и повторить сжатие и отпускание груди.
- Сжимать и отпускать молочную железу вкруговую в разных точках, при этом чтобы пальцы находились на одном том же расстоянии от соска. Это нужно делать осторожно, чтобы не сдавить сосок, избегать перемещения пальцев по коже, чтобы не повредить ее.
- Сцеживать из одной груди до тех пор, пока молоко просто не начнет стекать, затем продолжить сцеживание из другой груди до тех пор, пока молоко тоже не начнет просто стекать.
- Чередовать сцеживание из одной и из другой груди пять или шесть раз в течение не менее 20–30 мин.
- Закончить сцеживание, когда молоко перестанет стекать, но при возобновлении сцеживания появляются капли.

Ручное сцеживание не требует приспособлений, и женщина может это делать в любом месте и в любое время. Молоко легко сцеживать, когда грудь мягкая. Труднее всего сцеживать молоко, если молочные железы застойные и болезненные. Поэтому обучите мать сцеживать молоко на первый или второй день после родов. Не ждите третьего дня, когда молочные железы матери наполнены целиком.

Многие матери умеют сцеживать достаточно молока, используя при этом разные способы. Если способы, которые использует мать, ее устраивают, позвольте ей продолжать сцеживание тем же путем. Но если у матери есть трудности в сцеживании достаточного количества молока, обучите ее более эффективным методам.

Для сцеживания грудного молока выберите чашку, стакан или кувшин с широким горлышком. Попросите мать вымыть чашку мылом и водой. Кипяченая вода убьет большинство микроорганизмов. Когда мать готова сцеживать молоко, вылейте воду из чашки.

*Женщина сама должна сцеживать свое собственное грудное молоко.* Если это пытается сделать другой человек, молочные железы можно легко повредить. Если вы обучаете мать, как сцеживать, показывайте как можно больше на своем теле, в то время как мать повторяет за вами. Если вы предпочитаете не показывать на своем теле, используйте муляж груди или практикуйтесь на мягких частях вашей руки или щеки.

Будьте очень деликатны, если вам необходимо прикоснуться к груди, когда вы показываете, где нужно сжимать ее.

Мать должна начать сцеживать молоко в первый день, желательно в течение 6 ч после родов. Сначала она может сцедить всего несколько капель молозива, но это поможет началу выработки грудного молока и процессу сосания груди ребенком вскоре после рождения. Мать должна сцеживать как можно больше молока, насколько она может, и так часто, как при кормлении ребенка грудью. Она должна сцеживать молоко не менее чем через каждые 3 часа, включая ночное время. Если мать сцеживает редко или интервалы между сцеживанием длительные, вероятнее всего, она не сможет выработать достаточно молока.

Если младенец не может брать грудь, он должен получать сцеженное грудное молоко из чашки (см. раздел 5.9). Если мать не может или не хочет кормить грудью, младенец должен получать заменитель грудного молока из чашки.

### 5.9. Кормление из чашки

Если младенец не может брать грудь, он должен получать сцеженное грудное молоко из чашки. Если мать не может или не хочет кормить грудью, младенец должен получать заменитель грудного молока из чашки.

*Доводы в пользу кормления из чашки:*

- Чашки легко помыть мылом и водой, если кипячение невозможно.
- Чашки с меньшей вероятностью, чем бутылки, носят повсюду длительное время, давая возможность бактериям размножаться.
- Чашку нельзя оставить рядом с младенцем для того, чтобы он мог самостоятельно кормить себя. Человек, который кормит младенца с помощью чашки, должен держать ребенка и смотреть на него, а также обеспечивать тот контакт, в котором нуждается ребенок.
- Чашка не служит препятствием при сосании груди, меньше риска плохого прикладывания к груди, ребенок при кормлении из чашки пользуется языком.
- Чашка позволяет младенцу контролировать собственный прием пищи, ребенок сам распределяет прием пищи по времени и по количеству.

И бутылочка, и соска могут быть вредными, так как:

- кормление из бутылочки увеличивает риск развития поноса (в условиях низкого уровня культуры), заболеваний зубов, воспаления среднего уха и может изменить динамику полости рта;
- кормление из бутылочки увеличивает риск того, что грудной ребенок не будет получать достаточного стимулирования и внимания во время кормления;
- бутылочки и соски нужно тщательно мыть щеткой, а затем стерилизовать кипячением, что требует времени и топлива;
- часто в бутылочные смеси добавляют подслащенные твердые вещества, что увеличивает риск кариеса зубов, как и практика обмакивания сосок и пустышек в мед или сахар;
- бутылочки могут вызвать «путаницу сосков», что может повредить частоте и интенсивности кормления грудью.



Рисунок 23 – Кормление из чашки

**Обучите мать кормлению из чашки (рисунок 23):**

- Положите салфетку на грудь младенца, чтобы защитить одежду при кормлении из чашки.
- Поддерживайте младенца на коленях в полувертикальном положении.
- Налейте в чашку отмеренное количество молока.
- Держите чашку таким образом, чтобы она свободно располагалась на нижней губе.
- Приставьте чашку так, чтобы молоко только касалось губ ребенка.
- Дайте младенцу возможность самому начать пить молоко. Не вливайте молоко в рот ребенка.

Кормление из чашки предпочтительнее, чем из ложки, так как кормление ложкой занимает больше времени, чем кормление чашкой, кроме того, матери считают, что

ложкой кормить труднее, особенно в ночное время. Чтобы кормить ложкой, матери нужны три руки: одна рука – чтобы держать ребенка, вторая – чтобы держать чашку, третья – для ложки. Многие матери прекращают кормить ложкой еще до того, как ребенок сыт. Однако если мать предпочитает кормить ребенка ложкой и она дает достаточно питания, то кормление ложкой является безопасным методом. Кроме того, если ребенок болен, например если у него затрудненное дыхание, то в таких случаях иногда ребенка легче кормить ложкой в течение короткого времени.

**Консультирование по другим проблемам кормления**

- Если мать кормит младенца раннего возраста грудью меньше восьми раз в течение 24 ч, посоветуйте ей увеличить частоту кормлений грудью. Она должна кормить грудью днем и ночью, так часто и так долго, как того хочет ребенок.
- Если младенец раннего возраста получает другую пищу или напитки, посоветуйте матери увеличить кормление грудью, уменьшить объем другой пищи и жидкостей и, если возможно, прекратить давать такую пищу и жидкости. Посоветуйте матери давать младенцу раннего возраста любые другие жидкости из чашки, а не из бутылки.
- Если мать совсем не кормит своего ребенка грудью, дайте консультацию по грудному вскармливанию и возможной релактации. Если мать заинтересована, консультант по грудному вскармливанию может помочь ей преодолеть трудности и возобновить кормление грудью.

Проконсультируйте мать, которая не кормит своего ребенка грудью, по вопросам выбора и правильного приготовления подходящего заменителя грудного молока.

## Приложение 1

### ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ГСВ

*Запрещено вводить и использовать неутвержденные формы первичной документации без согласования с Министерством здравоохранения*

Наименование формы	№ формы	Срок хранения
Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	25 лет
Направление	025-4/у	1 год
Талон амбулаторного пациента	025-10/у-97	1 год
Регистрационная карта лица, подвергшегося воздействию радиации	025/2у	25 лет
Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов	026/У-2000	10 лет
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у	25 лет
Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	3 года
Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	1 год
Журнал учета процедур	029/у	1 год
Паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики	030/у ВОП	
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	5 лет
Карта диспансеризации ребенка	030-Д/У	
Книга записи вызовов врача на дом	031/у	3 года
Журнал записи родовспоможения на дому	032/у	5 лет
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	3 года
Карта учета амбулаторных посещений	039/у	1 год
Карта учета посещений по случаю, законченному в один визит	039/6у	1 год
Журнал регистрации больных туберкулезом	03-ТБ/у	
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры	042/у	1 год
Карта лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у	1 год
Карта обратившегося за антирабической помощью	045/у	3 года
Журнал записи рентгенологических исследований	050/у	5 лет
Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ	055/у	10 лет
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	1 год
Журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/у	3 года
Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	3 года
Карта профилактических прививок	063/у	5 лет

Журнал учета профилактических прививок	064/у	3 года
Журнал записи амбулаторных операций	069/у	5 лет
Справка для получения путевки	070/у	
Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков	072/у	5 лет
Санаторно-курортная карта	072/у-04	5 лет
Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	10 ЭПК
Санаторно-курортная карта для детей	076/у	В санатории
Санаторно-курортная карта для детей	076/у-04	-
Путевка в детский санаторий	077/у-02	3 года
Направление в санаторий для больных туберкулезом	078/у	-
Медицинское заключение на ребенка (подростка) инвалида с детства в возрасте до 16 лет	080/у	5 лет
Медико-социальное заключение на ребенка-инвалида	080/у-96	16 лет
Направление на ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы	080/у-97	16 лет
Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/у	
Медицинская справка (врачебно-профессиональное заключение)	086/у	5 лет
Направление на медико-социальную экспертизу	088/у-97	3 года
Справка о временной нетрудоспособности	095/у	1 год
Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной судебно-психиатрической экспертизы	100/у	25 лет
Медицинское свидетельство о рождении	103/у	1 год
Медицинское свидетельство о смерти	106/у	1 год
Медицинское свидетельство о смерти (с корешком)	106/у-08	5 лет
Свидетельство о перинатальной смерти	106-2/у	1 год
Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (с корешком)	106-2/у-08	Корешки 5 лет
Рецептурный бланк (взрослый, детский)	107/у	1 год
Рецепт (бесплатно, оплата 20 % стоимости)	108/у	1 год
Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи	109/у	3 года
Карта вызова скорой медицинской помощи	110/у	1 год
Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	5 лет
История развития ребенка	112/у	25 лет
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	5 лет
Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи	114/у	1 год
Дневник работы станции скорой медицинской помощи	115/у	3 года
Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	5 лет
Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной планово-консультативной помощи	117/у	3 года
Карточка больного сахарным диабетом	132/у	25 лет
Направление на анализ	200/у	1 м-ц
Результат анализа	209/у	25 лет
Анализ мокроты	216/у	25 лет
Анализ кала	216/у	25 лет
Анализ крови развернутый	224/у	25 лет

Анализ крови (общий)	225/у	25 лет
Анализ мочи	210/у	25 лет
Журнал регистрации анализов и их результатов	250/у	25 лет
Рабочий журнал лабораторных исследований	251/у	1 год
Журнал регистрации микробиологических исследований на туберкулез	255/у	3 года
Анализ крови на сахар	247/у	25 лет

**ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ ГСВ  
В СОСТАВЕ ЦСМ**

Наименование	Количество
Анализатор глюкозы портативный	1 шт.
Биксы	5 шт.
Весы для взвешивания новорожденных	1 шт.
Весы напольные	1 шт.
Воронки ушные	2 комплекта
Груша резиновая	3 шт.
Емкость 2 л	3 шт.
Емкость 5 л (кастрюля или ведро с крышками)	3 шт.
Емкость для термометра	3 шт.
Емкость для шпателей	3 шт.
Жгут кровоостанавливающий	2 шт.
Зажим	2 шт.
Зажим хирургический	5 шт.
Зеркало влагалищное двустворчатое (по Куско)	10 шт.
Зеркало влагалищное одностворчатое (по Кристеллеру)	5 шт.
Зеркало носовое	3 шт.
Зеркало-подъемник влагалищное (по Отто)	5шт.
Зонд желудочный (взрослый и детский)	2 шт.
Зонд маточный с делениями	5 шт.
Калькулятор	3 шт.
Карандаши по стеклу	20 шт.
Катетер мочевого (мужской и женский, детский и взрослый)	3 комплекта
Кипятильник дезинфекционный	1 шт.
Контейнер для хранения предметных стекол	3 шт.
Корнцанг для перевязочного материала	2 шт.
Корнцанг для тампона	10 шт.
Кресло гинекологическое	1–2 шт.
Крючок для удаления ВМС	5 шт.
Крючок для удаления инородных тел из уха	1 шт.
Кухетка	2 шт.
Кювета	2 шт.
Лампа бактерицидная стационарная	1 шт.
Лампа смотровая	1 шт.
Лента измерительная	3 шт.
Ложка гинекологическая двусторонняя	10 шт.
Лоток почкообразный	4 шт.
Маска (респиратор)	5 шт.
Мешок Амбу	1 шт.
Молоток неврологический (детский, взрослый)	2 шт.
Набор для скорой медицинской помощи в ящике-укладке	1 шт.
Набор очковых линз	1 шт.

Набор хирургический малый	3 шт.
Негатоскоп ультрафиолетовый	1 шт.
Ножи для разрезания гипсовых повязок	3 шт.
Ножницы	6 шт.
Ножницы для разрезания повязок с пуговкой	2 шт.
Отоскоп	2 шт.
Офтальмоскоп	1 шт.
Очки защитные	3 шт.
Пикфлоуметр	1 шт.
Пинцет анатомический	3 шт.
Пинцет хирургический	3 шт.
Пипетка глазная	6 шт.
Подставка штатив	2 шт.
Ростомер (взрослый)	2 шт.
Ростомер (детский)	2 шт.
Роторасширитель	2 шт.
Ручка-фонарик	2 шт.
Спейсер (взрослый и детский)	2 шт.
Спиртовка	2 шт.
Стекла предметные (нешлифованные)	100 шт.
Стекла предметные (шлифованные)	100 шт.
Стетоскоп акушерский	1–2 шт.
Стетофонендоскоп	3 шт.
Столик инструментальный	1–2 шт.
Столик манипуляционный	1–3 шт.
Столик пеленальный	1–3 шт.
Стул с регулируемой высотой	1–2 шт.
Сумка акушерская для родовспоможения на дому	1 шт.
Сфигмоманометр	3 шт.
Таблица для определения остроты зрения	1 шт.
Тазомер	1–2 шт.
Таймер	3 шт.
Термометр медицинский стеклянный	10 шт.
Тонометр офтальмологический	1 шт.
Трубки газоотводные (взрослая и детская)	2 шт.
Укладка Ф-30	1 шт.
Фартук	5 шт.
Шина	1 комплект
Ширма медицинская	3 шт.
Шкаф медицинский	1–2 шт.
Шпатель для прижимания языка	20 шт.
Шпатель Эйера	5 шт.
Шприц Жане	1 шт.
Штатив для длительных вливаний	1 шт.
Щипцы Музо	5 шт.

**ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ  
ЮРИДИЧЕСКИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ГСВ**

Наименование	Количество
Автоклав	1 шт.
Аквадистиллятор	1 шт.
Анализатор глюкозы в крови портативный	1 шт.
Биксы	10–15 шт.
Весы для взвешивания новорожденных	3 шт.
Весы напольные	3 шт.
Воронки ушные	3 комплекта
Гемоглобинометр	1 шт.
Горшок ночной	2 шт.
Груша резиновая	4 шт.
Емкость 1 л	2 шт.
Емкость 2 л	12–16 шт.
Емкость 3 л	2 шт.
Емкость 5 л (кастрюля или ведро с крышками)	10–12 шт.
Емкость для термометра	4 шт.
Емкость для шпателей	4 шт.
Жгут кровоостанавливающий	3 шт.
Зажим	6–10 шт.
Зажим хирургический	10–15 шт.
Зеркало влагалищное двустворчатое (по Куско)	20–40 шт.
Зеркало влагалищное одностворчатое (по Кристеллеру)	10–20 шт.
Зеркало носовое	6 шт.
Зеркало-подъемник влагалищное (по Отто)	10–20 шт.
Зонд желудочный (взрослый и детский)	4 шт.
Зонд маточный с делениями	10–20 шт.
Калькулятор	3–6 шт.
Карандаши по стеклу	20 шт.
Катетер мочевого (мужской и женский, детский и взрослый)	3 комплекта
Кипятильник дезинфекционный	2 шт.
Контейнер для сбора мокроты	30 шт. в год
Контейнер для транспортировки мокроты	2 комплекта
Контейнер для хранения предметных стекол	10 шт. в год
Корнцанг для перевязочного материала	6–10 шт.
Корнцанг для тампона	15–20 шт.
Кресло гинекологическое	2–5 шт.
Крючок для удаления ВМС	6–10 шт.
Крючок для удаления инородных тел из уха	2 шт.
Кушетка	5–8 шт.
Кювета	5–8 шт.
Лампа бактерицидная стационарная	3 шт.
Лампа смотровая	2–3 шт.
Лампа хирургическая малая	1–2 шт.

Лента измерительная	4–6 шт.
Ложка гинекологическая двусторонняя	10–30 шт.
Ложка столовая	2 шт.
Ложка столовая	2 шт.
Лоток почкообразный	10–15 шт.
Маска (респиратор)	10–15 шт.
Мешок Амбу	1 шт.
Молоток неврологический (детский, взрослый)	3 шт.
Набор для скорой медицинской помощи в ящике-укладке	1 шт.
Набор очковых линз	1 шт.
Набор хирургический малый	3 шт.
Негатоскоп ультрафиолетовый	1 шт.
Ножи для разрезания гипсовых повязок	3 шт.
Ножницы	12 шт.
Ножницы для разрезания повязок с пуговкой	2 шт.
Носилки санитарные	1 шт.
Отоскоп	3–5 шт.
Офтальмоскоп	2 шт.
Очки защитные	6–8 шт.
Пикфлоуметр	3 шт.
Пинцет анатомический	10–15 шт.
Пинцет хирургический	6–8 шт.
Пипетка глазная	10–15 шт.
Подставка-штатив	3 шт.
Пробирки с пробками	200 шт.
Пузырь для льда	2 шт.
Ростомер (взрослый)	3 шт.
Ростомер (детский)	3 шт.
Роторасширитель	3 шт.
Ручка-фонарик	5 шт.
Спейсер (взрослый и детский)	2 шт.
Спиртовка	2 шт.
Стекля предметные (шлифованные)	100–300 шт.
Стекля предметные (нешлифованные)	100–300 шт.
Стетоскоп акушерский	3–5 шт.
Стетофонендоскоп	6–8 шт.
Столик инструментальный	3 шт.
Столик манипуляционный	6 шт.
Столик пеленальный	5 шт.
Стул с регулируемой высотой	3 шт.
Сумка акушерская для родовспоможения на дому	1 шт.
Сухожаровой шкаф	1 шт.
Сфигмоманометр	6–8 шт.
Таблица для определения остроты зрения	2 шт.
Тазомер	3–5 шт.
Таймер	4 шт.
Термометр водный	1 шт.
Термометр для холодильника	2 шт.

Термометр медицинский стеклянный	20 шт.
Термосумка	1 шт.
Тест-полоски для контроля стерилизации в сухожаровом шкафу	30 шт.
Тонометр офтальмологический	1 шт.
Трубки газоотводные (взрослая и детская)	4 шт.
Укладка Ф-30	1 шт.
Фартук	5 шт.
Холодильник	2 шт.
Холодовые элементы	10 шт.
Шина	1–2 комплекта
Ширма медицинская	6 шт.
Шкаф медицинский	5–8 шт.
Шпатель для прижимания языка	50 шт.
Шпатель Эйера	15 шт.
Шприц Жане	2 шт.
Штатив для длительных вливаний	2 шт.
Щипцы Музо	15 шт.
Электрокардиограф портативный	1 шт.
Электроплитка	1 шт.
Аквадистилятор на 4 л	1 шт.
Аптечка первой помощи универсальная	1 шт.
Баллон резиновый для пипеток	5 шт.
Бутыль с крышкой емкостью 5л	1 шт.
Бутыль с крышкой емкостью 1,5 л	1 шт.
Бутыль с крышкой емкостью 2 л	1 шт.
Бутыль с крышкой емкостью 3 л	1 шт.
Бюксы стеклянные для взвешивания (набор)	10 шт.
Весы аналитические (с разновесом)	1 шт.
Воронка делительная (50, 100, 250 мл)	2 набора
Воронка химическая	2 шт.
Гемоглобинометр фотометрический портативный	1 шт.
Ерш	2 шт.
Камера Горяева	1 шт.
Капилляр Панченкова (к СОЭ-метру)	10 шт.
Капилляр Сали	20 шт.
Карандаши по стеклу (красные)	2 коробки
Карандаши по стеклу (синие)	2 коробки
Кастрюли разных размеров (2–5 л)	1 комплект
Коврик резиновый диэлектрический	3 шт.
Колбы конические разной емкости	по 2 шт.
Колбы мерные различной емкости (50 мл – 2 л)	по 2 шт.
Колбы плоскодонные различной емкости	по 2 шт.
Колориметр фотоэлектрический с цифровой индикацией	1 шт.
Комплект устройств для пробоподготовки в копрологии	5 комплектов
Комплект-укладка для взятия крови на дому	2 комплекта
Контейнер для инфицированных отходов	2 шт.
Краска по Романовскому	50 г в год

Краска эозин метиленовый синий по Майн-Грюнвалду, раствор	50 г в год
Кювета эмалированная	2 шт.
Кюветы для КФК, КФО, ФЭК толщиной 10, 5, 3 мм	1 набор
Лампа бактерицидная	1 шт.
Лоток почкообразный	3 шт.
Маска защитная	1 шт.
Мензурь различной емкости 50 мл – 1 л)	2 набора
Метиленовый синий	50 г в год
Микроскоп биологический бинокулярный	1 шт.
Набор для количественного определения гемоглобина в крови	2–5 коробок
Набор для количественного определения глюкозы в крови глюкооксидазным методом	2–5 коробок
Набор кислот для клинико-диагностических лабораторий	1–2 набора
Набор контрольных материалов и калибраторов	2–3 набора в год
Набор стандарт гемоглобина-цианида	2–3 набора в год
Настольная лампа	1 шт.
Осветитель к микроскопу	1 шт.
Очки защитные	2 шт.
Палочки стеклянные	30 шт.
Пинцет анатомический	2 шт.
Пинцет хирургический	2 шт.
Пипетка капиллярная с делениями, 0,1 мл	20 шт.
Пипетка мерная с делениями на полный слив 1, 2, 5, 10 мл	2 набора
Пипетка с одной меткой	1 набор
Прибор для определения СОЭ	1 шт.
Прибор для экспресс-анализа мочи	1 шт.
Пробирка химическая (разные)	1 000–2 000 шт.
Пробирка центрифужная градуированная	1 000–2 000 шт.
Скальпель остроконечный	2шт.
Скарификатор-копье для прокалывания пальца	1 000 шт. в год
Спиртовка	1 шт.
Стакан лабораторный высокий	5 шт.
Стакан лабораторный низкий	5 шт.
Стакан фарфоровый разного объема	1 комплект
Стакан химический градуированный и без делений	5 шт.
Стакан химический разного объема	1 комплект
Стекло покровное	500–1 000 шт.
Стекло предметное	500–1 000 шт.
Стеллажи для хранения стерильных биксов	1 шт.
Таймер	1 шт.
Термометр химический	1 шт.
Термометр электрический	1 шт.
Тест-полоски для определения Ph, глюкозы, белка, кетоновых тел, уробилиногена, билирубина, лейкоцитов, нитрита, крови (эритроциты, гемоглобин) в моче	3–5 комплектов в год
Урометр	2 шт.
Фильтровальная бумага	3 коробки в год
Холодильник	1 шт.

Центрифуга ОПН-3	1 шт.
Часы песочные	1 шт.
Шкаф вытяжной	1 шт.
Шкаф для диагностических препаратов	1 шт.
Шкаф для лабораторной посуды	1 шт.
Шкаф для химических реактивов	1 шт.
Шкаф сушильный	1 шт.
Шпатель медицинский из нержавеющей стали	1 шт.
Штатив пластмассовый для пробирок	2 шт.
Экспресс-анализатор глюкозы крови	1 шт.
Электрическая плитка	1 шт.

## КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАСТРАХОВАННОСТИ ПО ОМС

Коды «001–099» присваиваются гражданам при наличии документа, подтверждающего право на социальные льготы.

Каждому гражданину при заполнении КИФ 039/у («Карта учета амбулаторных посещений») указывается только один основной код, определяющий его право на социальные льготы.

Коды отражаются в Приписном свидетельстве пациента, книге учета прибывших и выбывших граждан, приписанных к ГСВ (ЦСМ), а также при заполнении КСФ 066/у в стационарах и учетно-отчетной документации.

ПИН – персональный идентификационный номер (14-значный), присваиваемый органами социального страхования Кыргызской Республики сохраняющийся за этим лицом в течение всей жизни.

Коды могут добавляться в связи с политикой ФОМС и Программой государственных гарантий.

001	Работающий
002	Самозанятый
004	Зарегистрированный безработный
005	Лицо, получающее социальное пособие
008	Студент средних и высших учебных заведений
010	Иностранный гражданин
011	Лица без гражданства
012	Фермеры
016	Таджикские беженцы и их дети
021	Беженцы (УВКБ ООН) и лица, ищущие убежище из других стран
022	Беженцы из Афганистана, включая их детей (УВКБ ООН)
023	Чеченские беженцы и их дети (УВКБ ООН)
024	Военнослужащие Министерства обороны
026	Военнослужащие Национальной гвардии КР
027	Военнослужащие Внутренних войск МВД КР
029	Военнослужащие Пограничных войск КР
030	Военнослужащие Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве КР
031	Агентство КР по контролю за наркотиками
032	Пенсионеры 70 лет и старше
033	Военнослужащие МЧС КР
034	Сотрудники МВД КР
035	Иностранцы граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в КР
036	Дети до 16 лет
037	Дети от 16 до 18 лет
038	Пенсионеры до 70 лет
039	Лица, самостоятельно уплачивающие взносы на ОМС
099	Прочие

**КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЛЬГОТ**

102	Участники и инвалиды ВОВ
103	Воины-интернационалисты
104	Граждане, пострадавшие вследствие аварии на ЧАЭС
105	Бывшие узники концлагерей
106	Инвалиды I, II, III групп по общему заболеванию
107	Инвалиды по зрению
108	Инвалиды по слуху
109	Инвалиды детства
110	Дети до пяти лет
111	Дети-инвалиды до 18 лет
113	Граждане, проживающие в домах престарелых и интернатах
114	Дети до 16 лет из многодетных семей
115	Трудоармейцы, в последующем реабилитированные
116	Герои Советского Союза, Орден Слavy трех степеней
117	Лица, удостоенные высшей степени отличия КР
118	Дети-сироты, проживающие в детских домах и интернатах
119	Блокадники города Ленинграда
122	Труженики тыла
123	Матери-героини
125	Военнослужащие срочной службы
126	Граждане, подлежащие призыву на действительную военную службу
130	Лица, пострадавшие в ходе боевых действий в борьбе с международным терроризмом и ставшие инвалидами
131	Герои Социалистического Труда
132	Инвалиды, получившие ранения и увечья при исполнении обязанностей воинской службы
133	Пенсионеры в возрасте 70 лет и старше
134	Лица, осужденные или находящиеся под следствием
135	Почетные доноры КР
136	Пенсионеры в возрасте до 70 лет
138	Члены семей погибших, а также пострадавших в апрельских, майских и июньских событиях 2010 г.

\*Коды 201–299 присваиваются медицинскими работниками на основании установленного диагноза.

\*\*Каждому гражданину при заполнении КСФ 066/у в стационарах присваивается только один код, определяющий категорию по медицинским показаниям на момент установления льгот.

\*\*\*Льготы по медицинским показаниям действуют только при лечении основного заболевания.

\*\*\*\*Коды отражаются в Приписном свидетельстве пациента, книге учета прибывших и выбывших граждан, приписанных к ГСВ (ЦСМ), а также при заполнении КИФ-039/у («Карта учета амбулаторных посещений»).

**КОДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЬГОТ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ**

201	Больные острым инфарктом миокарда (два месяца)
202	Больные туберкулезом
203	Онкологические больные терминальной стадии
204	Больные сифилисом до 18 лет, либо врожденным
205	Больные лепрой
206	Больные с обострениями психических заболеваний
207	Больные острым психозом
208	Больные слабоумием
209	Больные олигофренией
210	Больные эпилепсией
212	Больные несахарным диабетом
213	Больные бронхиальной астмой
214	Больные лейкемией
215	Больные гемофилией
216	Больные апластической анемией
217	Больные параноидной шизофренией
218	Больные с аффективным расстройством различного генеза
219	Больные с поствакцинальными осложнениями
220	Женщины, поступающие в стационар на роды
221	Женщины, поступающие в стационар с патологией беременности
222	Женщины, состоящие на учете по поводу беременности
223	Больные сахарным диабетом инсулинозависимые
224	Больные сахарным диабетом инсулин-независимые
225	Больные брюшным тифом
226	Лица, находящиеся в контакте с больным брюшным тифом
227	Больные паратифом
228	Лица, находящиеся в контакте с больным паратифом
229	Больные чумой
230	Лица, находящиеся в контакте с больным чумой
231	Больные холерой
232	Лица, находящиеся в контакте с больным холерой
233	Больные сибирской язвой
234	Лица, находящиеся в контакте с больным сибирской язвой
235	Больные малярией
236	Больные менингитом
237	Больные дифтерией
238	Больные тяжелой формой вирусного гепатита
239	Больные бешенством
240	Больные столбняком
241	Больные острым бруцеллезом при госпитализации на первый курс лечения
243	Женщины, поступающие в стационар с послеродовыми осложнениями
244	Диффузные заболевания
245	Больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первые два месяца)

246	Женщины, поступившие по поводу прерывания беременности
247	Лица, живущие с ВИЧ/СПИД
299	Прочие лица, не вошедшие в перечисленные выше категории

## Приложение 7

### КОДЫ ПОСЕЩЕНИЯ

Коды посещения:

- прием в ГСВ по поводу заболевания	11
- прием в ГСВ, профилактические осмотры	12
- вызов на дом по поводу заболевания	21
- активное посещение на дому, профилактическое/патронаж	22
- активное посещение на дому по поводу заболевания	23
- роды на дому	24
- посещение по поводу смерти на дому	25
- консультация в ЛПУ здорового человека	31
- оформление на ВТЭК в ЛПУ	32
- оформление на ВТЭК на дому	33
- подворный обход, профилактический	26
- подворный обход с выявлением заболевания	27
- посещение врача по поводу смерти в стационаре	28
- консультация в ЛПУ по поводу заболевания	34
- консультация на дому здорового человека	35
- консультация на дому по поводу заболевания	36

## Приложение 8

### КОД РЕЦЕПТА

- 0 – гуманитарная помощь
- 1 – рецепт льготный по бюджету
- 2 – рецепт по ОМС
- 3 – рецепт простой
- 4 – лекарство, выданное из аптечки ФОМС
- 5 – лекарство из аптечки ФОМС при неотложных состояниях

### КОД ФОРМЫ

- Таблетки (капсулы, драже) – 1
- Инъекционные формы (ампулы, порошок) – 2
- Растворы для внутреннего применения (настойка, настой, капли, суспензии, сироп) – 3
- Мази (крем, гель, эмульсия, линимент) – 4
- Аэрозоли – 5
- Капли (ушные, глазные) – 6
- Растворы для наружного применения (лосьон, настойка) – 7
- Свечи – 8
- Инфузионные растворы – 9

### КОДЫ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

Регистрируются коды метода контрацепции. При применении оральной контрацепции, кроме кода контрацепции, указывается код применяемого препарата.

- Оральная контрацепция – 1
- Прогестеронсодержащие таблетки – 2
- ВМС – 3
- Инъекционная контрацепция – 4
- Презервативы – 5
- Биологическое (естественное) планирование семьи – 6
- Аменорея лактационного периода – 7
- Добровольная хирургическая стерилизация – 8

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Российское общество дерматовенерологов и косметологов, М., 2016. 60 с.
2. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с системной красной волчанкой / А.А. Баранов. М., 2015. 34 с.
3. Бронхиальная астма у детей (для первичного уровня здравоохранения): клинический протокол / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; НЦО-Мид. Бишкек, 2013. 53 с.
4. Бронхиальная астма у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. М., 2016. 90 с.
5. Бронхоэктазы у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 17 с.
6. Гастрит и дуоденит: клинический протокол диагностики и лечения / Министерство здравоохранения Республики Казахстан. М., 2014. 13 с.
7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 37 с.
8. Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение: клиническое руководство / Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек, 2016. 37 с.
9. Инфекция мочевыводящих путей у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 24 с.
10. Крапивница у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 51 с.
11. Кумскова М.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению тромбоцитопатий / М.А. Кумскова, Н.И. Зозуля, К.Г. Копылов. URL: <http://nodgo.org/sites/default/files.pdf>
12. Лакоткина Е.А. Поствакцинальные осложнения (клиника, диагностика, лечение, профилактика): пособие для практического врача / Е.А. Лакоткина, С.М. Харит, Т.В. Черняева, Н.К. Брусов; под ред. чл.-корр. РАМН, д-ра мед. наук, проф. В.В. Ивановой. URL: <https://docplayer.ru/25833667-Postvakcinalnye-oslozhneniya-klinika-diagnostika-lechenie-profilaktika.html>
13. Миокардит у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 44 с.
14. Омарова К.О. Клинический протокол диагностики и лечения геморрагического васкулита у детей / К.О. Омарова, Г.К. Абдилова, Л.Н. Манжуова и др. Астана, 2017. 17 с.

15. Острый бронхиолит у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 30 с.
16. Подростки: риски для здоровья и их пути решения // Информационный бюллетень ВОЗ. 2016. № 345. Май.
17. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова и др. // Метод. пособие / под ред. Е. А. Стребелевой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Просвещение, 2005. 84 с.
18. Рекомендации ВОЗ: оптимизация роли работников здравоохранения в целях улучшения доступа к ключевым мероприятиям в области охраны здоровья матерей и новорожденных посредством перераспределения обязанностей / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/14/9789244504840_rus.pdf?ua=1) (по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
19. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/5/9789244506073\\_rus.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94555/5/9789244506073_rus.pdf?ua=1&ua=1) (по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
20. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2014. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/8/9789244548332\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/8/9789244548332_rus.pdf?ua=1) (по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
21. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности. /WHO/RHR/16.12 / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251526/WHO-RHR-16.12-rus.pdf;jsessionid=1F84A208399FEC01AB42876093384F47?sequence=1>
22. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2016. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/310301/Guidelinewhen-start-ATP-HIV-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/310301/Guidelinewhen-start-ATP-HIV-ru.pdf?ua=1) (по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
23. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с системной красной волчанкой / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2015. 34 с.
24. Ювенильный дерматомиозит: клинический протокол диагностики и лечения / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 4 с.
25. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016. 24 с.
26. Язвенный колит у детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Союз педиатров России. М., 2016.
27. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015 / World Health Organization. Geneva, 2015. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf) (по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
28. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy / World Health Organization. Geneva, 2013. URL: [WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/](http://www.who.int/WHO/NMH/MND/13.2)

- diabetes/publications/Hyperglycaemia\_In\_Pregnancy/en/ (по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
29. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women / World Health Organization. Geneva, 2012. URL: [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily\\_ifa\\_supp\\_pregnant\\_women/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/) (по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
  30. Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women / World Health Organization. Geneva, 2012. URL: ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf)) (по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
  31. Guideline: calcium supplementation in pregnant women / World Health Organization. Geneva, 2013. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf) (по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
  32. Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women / World Health Organization. Geneva, 2011. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44625/1/9789241501781_eng.pdf) (по состоянию на 29.09.2016 г.).
  33. Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women / World Health Organization. Geneva, 2012. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf) (по состоянию на 4.10.2016 г.).
  34. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy / World Health Organization. Geneva, 2014. URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/) (по состоянию на 29.09.2016 г.).
  35. Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups World Health Organization. Geneva, 2017. 87 p.
  36. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations / World Health Organization. Geneva, 2010. URL: <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/> (по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
  37. *Foxman B.* Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs / *B. Foxman // Am. J. Med.* 2002. Jul; 113 Suppl. 1A:5–13.
  38. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (ИМПАК). Standards for maternal and neonatal care 1.1 / Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization. Geneva, 2006. URL: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf) (по состоянию на 28.09.2016 г.).
  39. Molecular cloning and antibacterial activity of bombolitin isolated from the venom of a bumblebee, *Bombus terrestris* / Qiu Yuling, Dong Choo et al. // *Journal of Asia Pacific Entomology*. ISSN: 1226–8615. 2012. URL: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=KR2013002092>
  40. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines / World Health Organization. Geneva, 2013. URL: <http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/> (по состоянию на 29.09.2016 г.).
  41. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations / World Health Organization. Geneva, 2013. URL: [http://www.who.int/tb/publications/Final\\_TB\\_Screening\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf) (по состоянию на 29.09.2016 г.).

42. *Shulman S.L.* Voiding dysfunction in children / S.L. Shulman // *Urol. Clin. North Am.* 2004. Aug: 31 (3):481-90,xi. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313057>
43. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health / World Health Organization. Geneva, 2014. URL: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/) (по состоянию на 29.09.2016 г.).

Под редакцией  
*С.Дж. Боконбаевой*

Составители:  
*Т.Т. Мамырбаева, К.С. Саржанова, В.К. Шукурова,  
Т.Л. Коротуненко, Е.А. Чернышева, Л.Н. Минич*

РУКОВОДСТВО  
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ  
И НЕОТЛОЖНОЙ ПЕДИАТРИИ

Учебное пособие

Часть 1  
Профилактическая и лечебная работа  
участкового педиатра/семейного врача

Редактор *И.В. Верченко*  
Компьютерная верстка *М.Р. Фазлыевой*

Подписано в печать 04.02.2021.  
Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Офсетная печать.  
Объем 32,0 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 100.

Издательство КРСУ  
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ  
720048, г. Бишкек, ул. Анкара, 2а