

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»**

Медицинский институт

Кафедра педиатрии

**Утверждено на заседании кафедры
педиатрии**

27 января 2023 г., протокол № 5

Заведующий кафедрой



В. Г. Сапожников

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к самостоятельной работе

по дисциплине (модулю)

«Поликлиническая педиатрия»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре**

по специальности


31.08.19 Педиатрия

Идентификационный номер образовательной программы: 310819-01-23

Тула 2023 год

Разработчик методических рекомендаций

Сапожников В. Г., зав. кафедрой педиатрии, д.м.н., профессор
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

6. Дата взятия на учет в данное учреждение		Откуда прибыл	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
число, месяц, год			
7. Дата снятия с учета		Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием			
Дата взятия на учет	Возраст ребенка	Диагноз	
9. Отметка о посещении детских учреждений			
Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Стр. 2 ф. № 112/у

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, И. О.)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____

_____ Жилищно-бытовые условия _____

_____ Дополнительные данные _____

Стр. 3 ф. № 112/у

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обраще- ния	Возраст	Заключительные (уточ- ненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпита- лизации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата на- значения	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на при- менение анти- биотика

и т.д. до конца страницы

продолжение

Учет рентгенологических исследований

Дата исследования	Возраст ребенка	Характер и область исследования (Р-графия, Р- скопия, Ф-графия)

и т.д. до конца страницы

Сведения о новорожденном

Дата выписки из роддома № ____		Дата получения извещения о новорожден- ном из роддома № ____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____

Назначения и

"..." 19 ... г. ... в возрасте,

рекомендации

дата посещения

на ... день после выписки из роддома

Жалобы матери

Характер вскармливания

Общее состояние ребенка

Физиологические рефлексы новорожденного

Мышечный тонус телосложение

Кожа зев Слизистые состояние питания

Костная система

череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов

Дыхание

Частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия и аускультация органов дыхания

Сердечно-сосудистая система

Видимая пульсация, звучность тонов

Пупочная ранка

Живот печень селезенка

Половые органы

Мочеиспускание характер стула

Условия, режим, уход за новорожденным

Закключение

Подпись врача

Стр. 8 ф. № 112/у

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре											
	Месяцы первого года жизни											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Дата осмотра ребенка											
В поликлинике												
1. Педиатр на дому												
2. Травматолог-ортопед												
3. Невропатолог (психонев.)												
4. Офтальмолог												
5. Стоматолог												
6. Другие специалисты												

продолжение

Специальность врача (медицинской сестры)	Кварталы 2-го года				Полугодие 3-го года		Годы жизни			
	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7
В поликлинике										
1. Педиатр на дому										
2. Травматолог-ортопед										
3. Невропатолог (психонев.)										
4. Офтальмолог										
5. Стоматолог										
6. Другие специалисты										

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Назначение витамина D ₂					Ультрафиолетовое облучение
	Вид препарата	Разовая доза и кратность приема	Дата назначения	Дата отмены	Всего получил на курс	
Профилактическая						
Лечебная						

продолжение

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
I комплекс	1,5-3 мес.		
II комплекс	3-4 мес.		
III комплекс	4-6 мес.		
IV комплекс	6-9 мес.		
V комплекс	9-12 мес.		

Стр. 9 ф. № 112/у

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода

Антропометрические данные на первом году жизни

На смешанное вскармливание		На искусственное вскармливание
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипоталактация	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6
7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа.

Возраст (месяцев) 8	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Стр. 10 ф. № 112/у

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Краткие анамнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам Дата	К 6-ти месяцам Дата	К 9-ти месяцам Дата	К 12-ти месяцам Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

Стр. 11 ф. № 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				

Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 12 ф. № 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 13 ф. № 112/у

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка с 3-х до 7
(6 лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры:				
Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				
Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				

Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Стр. 14 ф. № 112/у

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Стр. 15 ф. № 112/у

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Стр. 16 ф. № 112/у

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
						местная	общая
1		2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация	1. Ревакцинация					
	2. Ревакцинация						
	Вакцинация	1-я прививка					
		2-я прививка					
		3-я прививка					
Полиомиелита	1 ревакцинация	1 прививка					
		2 прививка					
	2 ревакцинация	1 прививка					
		2 прививка					

	3 ревакцинация	1 прививка						
	4 ревакцинация							
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка						
	1 ревакцинация							
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация 2 ревакцинация							
Кори	Вакцинация							
Паротита	Вакцинация							
	2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки							

Стр. 17 ф. № 112/y

и реакций на прививки

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат
1	2	3	4	5	6
Реакция Манту	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				

продолжение

Противопоказаний к проведению прививок

[illegible]

Стр. 18 ф. № 112/у

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

Дата посещения	Порядковый № патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

Стр. 19 ф. № 112/у

Место для приклеивания результатов анализов и справок

Инструкция по заполнению учетной формы № 112/у ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

«История развития ребенка» является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и об его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников — до окончания средней школы).

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике — при первичном патронаже (вызове на дом) или первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка — с момента поступления в дошкольное учреждение.

Паспортная часть истории развития ребенка, в т. ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (форма № 113/у) «Обменная карта» (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. № 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Медицинская сестра (в детской поликлинике — участковая) заполняет также раздел «Сведения о семье» при первом посещении ребенка на дому или первом обращении его в детскую поликлинику в части, касающейся наличия хронических заболеваний в семье. Для регистрации данных текущих наблюдений патронажной медицинской сестры за ребенком предназначен последний раздел истории развития ребенка.

Все остальные записи производятся врачами всех специальностей в порядке текущих наблюдений. Все записи, сделанные врачами, должны быть ими подписаны.

Истории развития ребенка хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе «Истории развития ребенка» делается соответствующая отметка: указывается дата снятия с учета и причина (переезд, смерть; выбытие из детского учреждения). При переезде указывается обязательно — куда выбыл (адрес). В этом случае в целях обеспечения преемственности в наблюдении за ребенком его «История развития» по запросу с нового

места жительства должна передаваться в соответствующую детскую поликлинику. При отсутствии запроса «История» хранится в картотеке регистратуры 3 года, а затем сдается в архив.

При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) «История развития» передается в поликлинику для взрослых по месту жительства.

«История развития ребенка» не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

*«История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 30 и отчета № 31 «О медицинской помощи детям и подросткам-школьникам».**

* Редакция абзаца по Типовой инструкции к заполнению форм первичной мед. документации от 1983 года: *«История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 1 (табл. 6.3 и др.) и отчета-вкладыша № 2 «О медицинской помощи детям».*

Темы для самостоятельной работы

1. СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ФУНКЦИИ И ЗАДАЧИ.

Основные направления деятельности детской поликлиники и её роль.

Детская поликлиника - лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее оказание помощи по территориальному и цеховому принципу с учётом прикреплённых детей, обучающихся и воспитывающихся в образовательных учреждениях или учреждениях социальной защиты детей-инвалидов (учреждения дошкольного, общего и специального среднего, начального и среднего профессионального образования, интернаты, детские дома, приюты, интернаты для детей-инвалидов и др.).

Поликлиника отвечает за качество оказываемой медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе детям всех возрастов.

По вопросам охраны здоровья детей и подростков поликлиника координирует работу других медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям. Поликлиника собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья детей. На основании получаемых сведений определяют приоритетные направления профилактической, оздоровительной, лечебной и коррекционной работы, формируют задачи по охране здоровья детей на соответствующей территории и по соответствующим уровням.

При решении проблем сохранения и укрепления здоровья поликлиника организует и координирует межведомственное взаимодействие с учреждениями образования (школами, профессиональными училищами, профессиональными колледжами и др.), социальной защиты, обеспечения правопорядка, военными комиссариатами и др.

Детская поликлиника может быть организована как самостоятельное учреждение либо представлять собой структурное подразделение детской городской больницы или поликлиники общей лечебной сети. Руководство детской поликлиникой осуществляет главный врач (отделением — заведующий).

Финансирование деятельности педиатрических амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляется из средств муниципальных бюджетов, средств фондов обязательного медицинского страхования различного уровня, а также средств федерального и региональных бюджетов, выделяемых при реализации федеральных и региональных целевых программ. Кроме того, привлекаются внебюджетные источники финансирования.

Организационная форма деятельности поликлиники (самостоятельная или в составе другого учреждения) зависит от численности детского населения территориального образования, кадрового обеспечения системы охраны здоровья детей, предлагаемой схемы организации медицинской помощи детям и уровня финансирования данной организационной модели. Объём медицинской помощи, оказываемой в регионе или муниципальном образовании на амбулаторно-поликлиническом уровне, может быть увеличен по сравнению с федеральными стандартами в том случае, если существуют значительные региональные проблемы здоровья детей, а экономическая ситуация в регионе позволяет выделять дополнительные финансовые ресурсы на решение этих проблем и развитие детского здравоохранения, в том числе его профилактического направления.

Детская поликлиника решает следующие задачи:

- проведение антенатальной охраны плода;
- проведение профилактических осмотров детей раннего возраста, контроль за выполнением режима, своевременным проведением мероприятий по профилактике алиментарных расстройств, рахита, анемии и др.;

- организация работы по сохранению и пропаганде грудного вскармливания;
- контроль за организацией рационального питания детей раннего возраста, а также детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребёнка;
- подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения и контроль за течением адаптации;
- осуществление врачебного контроля за детьми, занимающимися физической культурой и спортом;
- выполнение профилактической и лечебно-оздоровительной работы в образовательных учреждениях;
- оказание психологической, медико-социальной и правовой помощи детям и семьям, защите прав детей, профилактике социального сиротства, беспризорности;
- внедрение новых профилактических и лечебно-диагностических технологий;
- проведение первичного патронажа новорождённых и детей раннего возраста в эпикризные сроки;
- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых и обострении хронических заболеваний, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
- диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;
- восстановительное лечение;
- проведение профилактических осмотров детей в декретированные сроки и разработка комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;
- динамическое медицинское наблюдение за детьми с хронической патологией, находящимися на диспансерном учёте, их своевременное оздоровление, в том числе отдельных категорий детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- организационно-методическая работа;
- планирование и анализ работы поликлиники;
- обеспечение консультативной, диагностической, лечебной, медико-социальной помощи детям с острыми и хроническими заболеваниями, а также детям-инвалидам;
- анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- организация и проведение профилактических мероприятий среди детского населения, обеспечение консультирования детей и оказание первичной медицинской помощи врачами-специалистами;
- клиничко-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности, направление детей на медико-социальную экспертизу;
- установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;
- установление медицинских показаний и направления детей на санаторно-курортное лечение, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;
- осуществление санитарно-гигиенического воспитания и образования, проведение работы по формированию здорового образа жизни среди детей, в том числе в образовательных учреждениях и семьях;
- проведение диагностической и лечебной работы на дому и в поликлинике;
- выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов (медицинские аспекты);

- обеспечение работы стационара на дому, дневного стационара;
- врачебное консультирование и медицинская профориентация;

Задачи, решаемые детской поликлиникой в современных условиях, определяют её структуру и кадровый состав (перечень специалистов, количество их должностей).

Медицинская помощь в детской поликлинике оказывается по участковому принципу, который является основной организационной формой работы амбулаторно-поликлинических учреждений в России.

В системе непрерывного медицинского наблюдения за ростом и развитием ребёнка **участковый педиатр - единственный ответственный врач, обеспечивающий и отвечающий за оказание квалифицированной медицинской помощи детям всех возрастов на прикрепленном участке.**

В современных условиях специализации медицины, усиления профилактики заболеваний, ежегодной диспансеризации участковый педиатр должен в совершенстве знать особенности развития и формирования здоровья ребёнка, нормальной физиологии детского возраста, питания, физического воспитания и закаливания, профилактики и лечения заболеваний, особенно детей раннего возраста.

Основные функции участкового врача-педиатра:

- принимает участие в формировании врачебного участка из прикрепившегося контингента;
- проводит динамическое медицинское наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в поликлинике;
- осуществляет преемственность в работе с женской консультацией по охране репродуктивного здоровья;
- проводит первичный патронаж новорождённых и детей раннего возраста в эпикризные сроки;
- проводит профилактические осмотры детей раннего возраста и обеспечивает контроль за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по проведению профилактики алиментарных расстройств, рахита, анемии и других социально-значимых болезней; обеспечивает своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, по показаниям - на госпитализацию;
- обеспечивает проведение иммунопрофилактики детей;
- организует и принимает участие в проведении профилактических осмотров детей в декретированные сроки, разрабатывает комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий;
- проводит динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, осуществляет их своевременное лечение и оздоровление, оценивает эффективность диспансерного наблюдения;
- обеспечивает подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения, отбор детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении;
- проводит работу в семье по воспитанию здорового ребёнка, защите прав детей, профилактике социального сиротства, беспризорности;
- обеспечивает поступление информации о детях и семьях социального риска в отделения медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства;
- обеспечивает работу стационара на дому;
- осуществляет наблюдение детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- обеспечивает выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- обеспечивает проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получения набора социальных услуг;

- обеспечивает мероприятия по профилактике и раннему выявлению гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;
 - обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе и первоначальной постановке на воинский учёт;
 - проводит работу по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учётом состояния здоровья детей;
 - проводит подготовку медицинской документации при передаче медицинского наблюдения за лицами, достигшими возраста 18 лет, в городскую (районную) поликлинику и т.д.
- Таким образом, участковый педиатр фактически выполняет роль врача-профилактика, специалиста-терапевта, инфекциониста, социал-гигиениста и организатора амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению.
- На каждую должность участкового врача положено 1,0 должности участковой медицинской сестры.

IV. Структура детской поликлиники

В структуре детской поликлиники выделяют звенья: регистратура, лечебно-профилактическое отделение, отделение восстановительного лечения, консультативно-диагностическое отделение, дневной стационар, отделение неотложной круглосуточной медицинской помощи детям на дому, отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, отделение медико-социальной помощи, клинико-экспертная комиссия.

2. ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Основными задачами контроля за здоровьем и развитием детей являются:

- углубленное исследование, оценка состояния здоровья ребенка в эпикризные периоды и назначение соответствующих рекомендаций с целью обеспечения его гармоничного развития, оптимального функционального состояния организма и полноценного здоровья;
- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребенка для организации оздоровления и лечения с целью профилактики формирования хронических заболеваний.

Группу здоровья определяет педиатр, учитывая осмотры специалистов. При исследовании состояния здоровья ребенка учитываются в качестве основополагающих следующие критерии:

- I критерий – наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе,
- II критерий – уровень физического развития и степень его гармоничности,
- III критерий – уровень нервно-психического развития,
- IV критерий – резистентность организма,
- V критерий – функциональное состояние органов и систем,
- VI критерий – наличие или отсутствие хронических болезней или врожденных пороков развития.

I критерий обуславливает здоровье, II–VI критерии характеризуют здоровье.

Комплексная оценка с определением группы здоровья проводится по совокупности перечисленных критериев. Группа здоровья дает более широкое представление о состоянии здоровья ребенка, чем диагноз.

Первая (I) группа здоровья объединяет детей, не имеющих отклонений по всем избранным

для оценки критериям здоровья, не болевших или редко болевших за период наблюдения, имеющих отставание в нервно–психическом развитии не более чем на 1 эпикризный срок, а также детей, имеющих единичные морфологические отклонения (аномалии ногтей, деформация ушной раковины и др.), не влияющие на состояние здоровья ребенка и не требующие коррекции.

Вторую (II) группу здоровья составляют также здоровые дети, но имеющие "риск" формирования хронических заболеваний. В раннем возрасте принято выделять 2 подгруппы среди детей со II группой здоровья.

II–А “угрожаемые дети”, имеющие отягощенный биологический, генеалогический или социальный анамнез, но не имеющие отклонений по всем остальным критериям здоровья.

II–Б группа “риска” – дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические изменения, часто болеющие дети (4 и более раз в год), дети с аномалиями конституции и другими отклонениями в состоянии здоровья.

Для отнесения детей раннего и дошкольного возраста ко II группе здоровья можно использовать перечень следующих основных отклонений в развитии и состоянии здоровья:

- ребенок от многоплодной беременности,
- недоношенность, переносимость, незрелость,
- перинатальное поражение ЦНС,
- внутриутробное инфицирование,
- низкая масса тела при рождении,
- избыточная масса тела при рождении (более 4 кг),
- рахит (начальный период, 1-я степень, остаточные явления),
- гипотрофия 1-й ст.,
- дефицит или избыток массы тела 1-й и II-й степени,
- аномалии конституции (экссудативно–катаральный, лимфатико–гипопластический, нервно–артритический диатезы),
- функциональные изменения сердечно–сосудистой системы, шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению АД, изменение ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой,
- частые острые заболевания, в т.ч. респираторные,
- понижение содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы, угроза анемии,
- тимомегалия,
- дисфункция ЖКТ – периодические боли в животе, нарушение аппетита и др.,
- вираж туберкулиновых проб,
- состояние реконвалесценции «после перенесенных острых инфекционных и неинфекционных заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния (в т.ч. острой пневмонии, болезни Боткина, острых нейроинфекций и др.),
- состояние после неотложных хирургических вмешательств.

Третью (III) группу здоровья объединяет больных детей с наличием хронических болезней или врожденной патологии в состоянии компенсации, т.е. с редкими, нетяжелыми по характеру течения обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего самочувствия и поведения, редкими интеркуррентными заболеваниями, наличием функциональных отклонений только одной, патологически измененной системы или органа (без клинических проявлений функциональных отклонений других органов и систем).

Четвертая (IV) группа включает в себя детей с хроническими болезнями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, которое определяется наличием функциональных отклонений не только патологически измененного органа, системы, но и других органов и систем, с частыми обострениями основного заболевания с нарушением общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжными реконвалесцентными периодами после интеркуррентного заболевания.

Пятая (V) группа – дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, тяжелыми врожденными пороками развития в состоянии декомпенсации, т.е. угрожаемые по инвалидности или инвалиды.

При отнесении детей ко 2 – 5 группам здоровья не обязательно наличие отклонений по всем критериям здоровья, достаточно по одному из них, но может быть и по нескольким. Группа здоровья определяется **по самому тяжелому** отклонению или диагнозу.

3. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Аntenатальная охрана плода относится к важнейшим проблемам здравоохранения. Известно, что внутриутробно идет формирование всех органов и систем, их развитие и совершенствование. От того, как развиты органы и системы у плода, зависит состояние здоровья в последующие этапы жизни человека. Описаны критические периоды развития плода человека, которые характеризуются резким повышением чувствительности к патогенным факторам внешней среды. Повреждающий эффект может возникнуть даже при небольшой интенсивности воздействия, которое в другие периоды онтогенеза не оказывают отрицательного влияния на процессы развития организма. Считают, что первым критическим периодом является период, предшествующий имплантации оплодотворенного яйца. Он длится до 2 нед. Действие вредных факторов в первые 2 нед беременности очень часто приводит к гибели зародыша и прерыванию беременности.

Вторым критическим периодом является период плацентации и образования зачатков важнейших органов плода. Этот период занимает от 3 до 6 нед.

Третьим критическим периодом является 3-й мес беременности (т.е. от 8 до 12 нед), когда заканчивается формирование плаценты и ее функции достигают высокой степени активности. Зародыш превращается в плод с органами и системами, присущими раннему онтогенезу человека. Косвенным доказательством высокой чувствительности плода в данный период являются частые самопроизвольные выкидыши на 3-м мес (у 48–52% беременных).

Различные вредные воздействия в эти критические периоды беременности (лекарственные, химические вещества, ионизирующая радиация, соматические и инфекционный заболевания матери и др.) могут привести к развитию бласто- и эмбриопатий.

Мероприятия по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка и новорожденного до беременности включают: правильное половое воспитание будущих родителей, пропаганду ЗОЖ, формирование осознанного родительства, диспансеризация подростков, оздоровление мальчиков и девочек, планирование беременности, правильный режим, полноценное питание, медико – генетическое консультирование, организация микроэкологической среды.

Мероприятия по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка и новорожденного во время беременности включают: наблюдение за беременной, полноценное питание, формирование доминанты беременности, лактации; режим, соматическое здоровье, профилактика заболеваний, ВУИ, пренатальный клинический, УЗИ, лабораторный скрининг,

по показаниям консультация генетика, пренатальная диагностика, алгоритм ведения женщин акушером – гинекологом.

Аntenатальная охрана плода заключается в организации рационального наблюдения за беременной женщиной, направленного на выявление и предупреждение развития острых и хронических заболеваний, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. Организация медицинской помощи по рождению здорового ребенка проводится на этапе охраны плода и заключается в наблюдении беременных женщин женскими консультациями и детскими поликлиниками. Указанные мероприятия осуществляют женские консультации (ЖК), в содружестве с детскими поликлиниками, отделениями патологии беременных, терапевтическими и специализированными стационарами. Женские консультации обязаны 1 раз в 10 дней посылать в детскую поликлинику сведения о беременных женщинах, взятых на учет. В этих сведениях, помимо паспортных данных, указывают срок беременности и предполагаемое время родов.

Особый акцент делается на выявление женщин, имеющих пренатальные факторы риска для плода:

- 1) социально-биологические факторы (возраст матери до 22 лет и старше 35 лет, рост матери до 150 см, превышение ее массы тела более чем на 55% от нормы, наличие профессиональных вредностей, низкий уровень образования, вредные привычки, нежелательная беременность и т.д.)
- 2) неблагоприятный акушерский анамнез (число предшествующих родов -- 7-8 и более, частые аборт и самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды в прошлом, мертворождение, смерть детей в неонатальном периоде, бесплодие в прошлом более 2-3 лет, беременность через 3-4 месяца после предыдущей, гестозы беременных).
- 3) экстрагенитальная патология беременных, особенно хронические бактериальные инфекции, заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология.

В ЖК разработана система формирования групп риска беременных женщин по рождению детей с отклонениями в состоянии здоровья. Система предусматривает выделение беременных трёх групп риска – высокого, среднего и низкого.

С момента постановки на учёт беременной в ЖК к работе по антенатальной профилактике подключается детская поликлиника.

Основная задача детской поликлиники в системе мероприятий по антенатальной охране плода — осуществление дородовых патронажей, обеспечение занятий с беременной женщиной в школе материнства.

Основная нагрузка по антенатальной профилактике ложится на педиатрическую участковую службу. Для оптимальной организации работы ДП проводят 3 дородовых патронажа.

Первый дородовый патронаж проводится участковой медицинской сестрой после взятия беременной женщины на учет в женской консультации; его направленность — здоровье будущей матери.

Второй патронаж проводится на 32-34 неделе беременности; его направленность - здоровье будущего ребенка.

Возможно проведение и **третьего дородового патронажа** совместно с участковым педиатром женщин из группы высокого риска по развитию перинатальной патологии.

Цель дородовых патронажей

Цель медицинских посещений беременной женщины состоит в знакомстве с будущей матерью, выяснение ее возраста, социального анамнеза, психологического климата в семье; уточняются факторы риска, которые могут неблагоприятно повлиять на развитие и формирование плода.

С учетом выявленных данных даются корректирующие рекомендации.

Проводится обучение беременной по подготовке молочных желез к лактации, пропагандируются преимущества грудного вскармливания. Даются советы по приобретению белья и предметов ухода за ребенком.

Медицинская сестра должна убедить беременную женщину в необходимости посещения кабинета здорового ребенка детской поликлиники, где проводятся занятия по правилам ухода за новорожденным и психопрофилактической подготовке к родам.

Показателями уровня и качества проводимых в детской поликлинике антенатальных мероприятий по охране плода и новорожденного являются охват дородовым патронажем беременных и показатель перинатальной смертности.

Охват дородовым патронажем вычисляется из расчета количества выполненных патронажей определенного числа поступивших под наблюдение новорожденных (в процентах).

Показатель перинатальной смертности определяется по формуле: (число мертворожденных + число новорожденных, умерших в первую неделю жизни) / к общему числу детей, родившихся живыми и мертвыми после 28-й недели гестации (в промилях). Эти показатели в конце календарного года включаются в отчет о работе детской поликлиники.

Данные о дородовых патронажах оформляются на листах-вкладышах, которые в последующем вклеиваются в историю развития ребенка (ф. № 112/у).

Школа молодых родителей – одно из важных мероприятий по антенатальной профилактике. Цель работы – создание доминанты осознанного родительства. Современное перспективное направление – дородовая педагогика и пренатальное воспитание. **Пренатальное воспитание** – создание оптимальных условий для нормального внутриутробного развития плода, формирование тесной психолого – эмоциональной связи между матерью, отцом и будущим ребенком, с целью адаптации ребенка к условиям жизни после рождения. Методика основана на способности ребенка слышать и воспринимать и даже усваивать информацию. В структуре занятия учитываются 3 основных фактора жизнедеятельности: эмоции (пение, прослушивание музыки и т.д.), дыхание (звуковая дыхательная гимнастика), движения (музыкальная зарядка). В России в последние десятилетия отмечается повышенный интерес к проблеме пренатального воспитания детей – открыто несколько пренатальных центров и школ (СОНАТАЛ – школа)

4. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Рекомендации по уходу за недоношенными детьми в условиях детской поликлиники

Практически здоровые недоношенные дети с массой тела при рождении более 2300 г могут быть выписаны из родильного дома на 7-8 день жизни. Менее зрелые и больные недоношенные выхаживаются в специализированных отделениях при детских больницах и выписываются домой в возраст 1-4 месяцев. У большинства недоношенных еще сохраняется функциональная незрелость нервной системы, неустойчивость терморегуляции и низкий уровень иммунитета, что обуславливает необходимость создания для них комфортных условий ухода, заключающихся прежде всего в строгом соблюдении температурного и санитарно-гигиенического режимов.

Комфортный температурный режим предусматривает следующее:

- температура воздуха в квартире должна поддерживаться в пределах 22-24°C. Кроватка ребенка размещается в максимальном отдалении от окон и балконных дверей;
- детям 1-го месяца жизни требуется дополнительное обогревание (с помощью источника лучистого тепла) при пеленании, подмывании и других манипуляциях. Белье ребенка перед пеленанием также должно быть согрето;

- гигиенические ванны проводят ежедневно, температура воды для новорожденных - 38-37,5°C, к 2 месяцам снижается до 37-36°C, продолжительность ванны - 5-7 минут. При раздражениях на коже и до эпителизации пупочной ранки используют **отвары трав** (ромашка, шалфей, зверобой, череда из расчета 2-3 столовые ложки на 1 л воды), которые вливают в ванну с кипяченой водой. В течение первого года недоношенных детей купают ежедневно;

- одежда ребенка только хлопчатобумажная;

- прогулки в летнее время и сон на воздухе можно проводить сразу после выписки из стационара, начиная с 20-30 минут и постепенно увеличивая до 2-3 часов, 3 раза в день. Весной и в осенне-зимний период выносить ребенка на улицу можно при массе тела 2500-3000 г, продолжительность первой прогулки - 10-15 минут при температуре воздуха не ниже +10°C. В дальнейшем прогулки проводят ежедневно с увеличением длительности до 1-2 ч в день при температуре до -10°C.

Некоторые закаливающие процедуры (воздушные ванны, упражнения в воде) и **массаж** в настоящее время начинают проводить у практически здоровых недоношенных в отделениях выхаживания недоношенных детей уже с 2-3 недель, обучая методике их проведения матерей. В домашних условиях эти процедуры следует продолжать. **Воздушные ванны** проводят в 1,5-3 месяца по 1-3 минуты 3-4 раза в день, при сочетании с **массажем** - до 10-15 минут. **Контрастные обливания** после купания, **общие и местные влажные обтирания** разрешаются со второй половины первого года жизни.

В 3 нед.-1 месяц ребенка **выкладывают на живот**, начиная с 2-3 минут 1-2 раза, затем 3-4 раза в день. С 1-1,5 месяцев проводят **поглаживающий массаж**. Растирания, разминания, пассивные движения начинают проводить после 2-3 месяцев детям, родившимся с массой более 2 кг, при массе менее 1,5 кг - после 5-6 месяцев. С 7-9 месяцев массаж и гимнастика проводятся по тем же комплексам, что и у доношенных детей.

Для стимуляции развития психомоторных навыков рекомендуется уделять внимание мелкой моторике пальцев рук, так как это стимулирует речевые области коры головного мозга. Детям в возрасте 3-7 месяцев проводят ежедневный **массаж и гимнастику кистей и пальцев рук** (пассивное сгибание-разгибание). После 8-9 месяцев для развития речи важно включать **манипуляции с мелкими предметами** (перебирание косточек на счетах, нанизывание колец на палочки).

Строгое соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима предусматривает:

- проведение не менее 2 раз в день влажной уборки помещения (1 раз с применением мыльного раствора) и его проветривание (2-3 раза в день);
- обязательную смену уличной одежды и мытье рук перед контактом с ребенком, частую (2-3 раза в неделю) смену одежды, в которой мать ухаживает за младенцем;
- ограничение посещений семьи посторонними людьми и родственниками;
- строгую изоляцию ребенка от заболевших членов семьи;
- аккуратное и тщательное проведение утреннего и текущего туалета малыша. Методика его проведения такая же, как у доношенных.
- медицинское наблюдение за недоношенными детьми на дому в первые 3-4 месяца и в периоды эпидемических вспышек ОРЗ;
- при риске развития гнойно-воспалительных заболеваний, **нецелесообразно** применение красящих препаратов при обработке пупочной ранки (калия перманганата, бриллиантового зеленого, метиленового синего, спиртовых растворов хлорофиллипта);

- создание охранительного режима с ограничением чрезмерных внешних раздражителей (громкая речь, крики, громкая музыка, яркий свет и др.).

Особенности вскармливания недоношенных детей

Наилучшей пищей для недоношенных новорожденных является **материнское молоко**, так как качественный и количественный состав его меняется в зависимости от срока беременности. Женское молоко после преждевременных родов имеет особый состав, в большей степени соответствующий потребностям недоношенных детей в пищевых веществах. Состав молока женщины, родившей преждевременно, отличается от молока женщины, роды у которой наступили в срок. Оно содержит больше белка (1,2-1,6 г в 100 мл) и электролитов (натрия), больше полиненасыщенных жирных кислот и меньше лактозы. Также, характерно более высокое содержание защитных факторов, в частности лизоцима. Женское молоко легко усваивается и хорошо переносится недоношенными детьми. И, тем не менее, для самых маловесных детей грудное молоко необходимо дополнительно обогащать белком, кальцием, фосфором и железом. Это возможно достичь, если часть необходимого объема грудного молока заменить на специализированную смесь для недоношенных детей.

Становление лактации у матерей, родивших преждевременно, происходит медленнее, чем у родивших в срок. Недостаточная лактация может быть обусловлена и тем, что мать психологически не подготовлена к кормлению грудью, часто подавлена из-за того, что ребенок слабо сосет. Обычно в отделениях по выхаживанию недоношенных, пока у матери не появилось молоко, детей кормят через соску из бутылочки, что приводит к формированию неправильного сосания и отказу ребенка от груди.

Для правильной организации грудного вскармливания недоношенного ребенка врачу необходимо:

- объяснить матери, что только ее молоко подходит ребенку для правильного развития и что сосательный рефлекс усилится по мере роста;
- для стимуляции лактации и сосательного рефлекса у младенца рекомендовать метод "заботы кенгуру": как можно раньше начать и чаще держать обнаженного ребенка на груди, между молочными железами, и прикладывать к груди, даже если он ее не сосет;
- до установления нормальной лактации использовать режим свободного вскармливания, позволять ребенку сосать как можно чаще, днем и ночью. После установления лактации кормить его не менее 7-8 раз в сутки, с 3-4 месяцев допустим переход на примерно 6-разовый режим кормления;
- при недостаточной лактации для стимуляции выработки молока рекомендовать матери сцеживать груди не менее 8 раз в сутки и давать ребенку сцеженное молоко, даже если это несколько капель, в нативном (непастеризованном) виде;
- объяснить матери, что если возникнет необходимость в докорме, смесь нужно давать только после кормления грудью;
- для формирования правильного сосания советовать матери давать докорм (сцеженное молоко, смесь) из пипетки, с ложечки или через трубочку, которую вставляют в бутылочку с молоком и вводят ребенку в рот вместе с соском молочной железы.

Сохранить основные преимущества естественного вскармливания и в то же время обеспечить высокие потребности недоношенного ребенка в пищевых веществах становится возможным при **обогащении** женского молока "**усилителями**" (Т.Э. Боровик, Г.В. Яцык, К.С. Ладодо и соавт., 2004). Они представляют собой специализированные *белково-минеральные* ("**Пре-Семп**", Семпер, Швеция) или *белково-витаминно-минеральные* (**S-26SMA**", Вайет

Ледерли, США) добавки, внесение которых в свежесцеженное или пастеризованное женское молоко позволяет устранить дефицит пищевых веществ в рационах преждевременно родившихся детей. "Усилители" расфасованы в пакетики и по инструкции добавляются к 50 или 100 мл женского молока.

Другим способом, позволяющим сохранить достаточно большой объем женского молока в питании недоношенных детей, является введение в рацион специализированных **смесей на основе гидролизата сывороточных белков**. С этой целью могут быть использованы продукты "Алфаре" (Нестле, Швейцария) и "Нутрилон Пепти ТСЦ" (Нутриция, Голландия). Указанные смеси отличаются повышенным содержанием сывороточных белков, подвергнутых глубокому гидролизу, наличием в жировом компоненте среднецепочечных триглицеридов и отсутствием лактозы. Они органично восполняют недостаточное содержание пищевых веществ в грудном молоке, легко усваиваются и хорошо переносятся недоношенными детьми, особенно с низкой массой тела. Достаточным является введение в рационы питания детей, получающих женское молоко, продуктов на основе гидролизата сывороточных белков в объеме 15-30%.

При отсутствии возможности использования указанных специализированных добавок и продуктов в питании преждевременно родившихся детей необходимо проведение смешанного вскармливания.

Только **полное** отсутствие материнского или донорского молока, непереносимость женского молока определяет необходимость назначения специализированных **смесей для искусственного вскармливания недоношенных**.

Смеси для искусственного вскармливания недоношенных детей отличаются от смесей доношенных детей большей калорийностью (до 80 ккал на 100 мл), низким (1/2 общего количества углеводов) содержанием молочного сахара, или высоким (до 3 г на 100 ккал) содержанием белка, высоким содержанием ненасыщенных жирных кислот (линолевой, линоленовой) и легкоусвояемых средне-цепочечных триглицеридов, а также необходимым для недоношенных детей содержанием витаминов, микроэлементов и факторов роста (таурин, карнитин).

При переводе ребенка на смешанное или искусственное вскармливание, поскольку у недоношенных повышена потребность в пищевых ингредиентах и энергетических запасах, используют специальные смеси: **Фрисопре, Хумана ГА 0, Нутрилак Пре, Алпрем, Пре-Нутрилон, Пре-Туттели, Хумана 0, Энфалак** и другие. Желательно включать в рацион и кисломолочные смеси (до 40% необходимого объема питания), с 1,5-2-х месячного возраста. Отмена любых специализированных продуктов осуществляется постепенно.¹ Основным ориентиром служит прибавка в массе тела. Достижение весовой границы в 2500 г не может служить абсолютным противопоказанием к дальнейшему использованию специализированных молочных продуктов, предназначенных для вскармливания недоношенных детей. В небольшом объеме такие смеси могут при необходимости применяться на протяжении нескольких месяцев. При этом обязательным является расчет рационов питания не только по калорийности, но и по содержанию в нем основных пищевых веществ (особенно белка) (Т.Э. Боровик, Г.В. Яцык, К.С. Ладодо и соавт., 2004).

Если недоношенный ребенок вскармливается грудным материнским молоком, до 4-6 месяцев он не нуждается в дополнительных пищевых добавках и прикорме. Продолжительность грудного вскармливания недоношенных-до 1,5-2 лет.

Последовательность введения и характер **пищевых добавок и блюд прикорма** у недоношенных те же, что у доношенных.

Отличительные особенности питания недоношенных на 1-ом году жизни (Г.Ф.

Елиневская, 1998):

- пищевые добавки (соки и желток) и основные блюда прикорма (овощное пюре, каши) недоношенным, родившимся с массой более 2000 г, вводят на 1-2 недели раньше, а при массе меньше 1500 г - на 1-2 месяца позже, чем доношенным детям;
- с 8-ми месяцев вводятся мясные продукты (для профилактики железодефицитной анемии);
- все новые продукты вводят в рацион очень осторожно, с малого количества (соки с 35 капель, кашу и пюре - с 1 чайной ложки), порцию постепенно увеличивают и доводят до нормы за 8-10 дней.

Поскольку для маловесных детей, получивших массивную терапию, характерны дисбиотические изменения и различные нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, **очередность введения продуктов прикорма имеет свои особенности** (Т.Э. Боровик, Г.В. Яцык, К.С. Ладодо и соавт., 2004). Первым вводится, как правило, **фруктовое пюре** без сахара промышленного производства, поскольку его раздражающее воздействие минимально, особенно по сравнению со свежеприготовленными соками. Затем, при хорошей переносимости, назначаются **соки**. **Каши** могут вводиться раньше, чем овощные пюре (особенно при наличии у ребенка гипотрофии и железодефицитной анемии), но не ранее чем с 4-месячного возраста. Предпочтительным является использование каш промышленного производства. Крупы в таких продуктах экологически чистые, легче усваиваются, так как подвергнуты специальной обработке и обогащены витаминами и минеральными веществами. Введение начинается с *безглютеновых* (гречневой, кукурузной, рисовой) и *безмолочных* каш. Они разводятся теми адаптированными молочными смесями, которые в данное время получает ребенок. В состав каш не должны входить какие-либо добавки (фруктовые, сахар и др.). При тенденции к развитию железодефицитной анемии **мясо** может вводиться с **5-бмезячнрго возраста**, учитывая максимальное усвоение из него железа. **Творог** назначается **после 6 месяцев**.

Своевременное введение прикорма - залог успешного выхаживания недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела, обеспечивает ему гармоничное психофизическое развитие (Т.Э. Боровик, Г.В. Яцык, К.С. Ладодо и соавт., 2004).

У детей старше 1 мес. расчет питания проводят по потребности в основных ингредиентах и энергетических запасах (белки, жиры, углеводы и килокалории).

Особенности диспансерного наблюдения недоношенных детей в детской поликлинике

Основные задачи диспансерного наблюдения недоношенных детей в поликлинике:

- максимально длительное сохранение грудного вскармливания;
- контроль за выполнением режима дня и питания;
- повышение иммунитета путем регулярного закаливания (прогулки, водные процедуры, общий массаж);
- профилактика рахита и железодефицитной анемии;
- проведение профилактических прививок по индивидуальному графику.

Все недоношенные дети относятся к **группам риска** (рisku возникновения патологии ЦНС, риску внутриутробного инфицирования и гнойно-воспалительных заболеваний, риску развития трофических нарушений, развития врожденных пороков органов и систем, а также

социальному риску, т.е. всем 5-ти группам риска). Они требуют повышенного внимания **участкового врача-педиатра.**

Первый патронаж к недоношенным детям осуществляется **на следующий день** после выписки из родильного дома или стационара (отделения I и II этапа выхаживания), так как такие дети дают более высокие показатели заболеваемости и младенческой смертности. Далее на первом месяце врач-педиатр осматривает недоношенного ребенка **1 раз в неделю**, от 1 до 6 месяцев - **1 раз в 2 недели**, 6-12 месяцев - **1 раз в месяц**, по показаниям - чаще. Первые 3-4 месяца педиатр осматривает ребенка на дому, а также на дому и в периоды эпидемий инфекционных заболеваний.

Антропометрия проводится при каждом осмотре и оценивается динамика массы тела.

Рекомендуется родителям приобрести детские весы.

От 1 года до 4 лет - осмотр педиатра **1 раз в квартал.**

Ортопед ежемесячно в первые 3 месяца, затем **1 раз в квартал.**

Офтальмолог, ЛОР-врач - на 1-м месяце жизни, повторно не менее 2-3 раз в год (**1 раз в квартал**).

Осмотр невропатолога ежемесячно на первом году жизни.

При выявлении нарушений со стороны ЦНС, опорно-двигательного аппарата, слуха, нарушения зрения недоношенные дети находятся под наблюдением специалиста соответствующего профиля.

По показаниям (перед прививками, частые заболевания) - консультация **иммунолога.**

Консультации **врача - ЛФК и физиотерапевта** по показаниям.

Общий анализ крови и общий анализ мочи - ежемесячно на первом году жизни. С **1 года до 3-х лет** - 1 раз в квартал. **Старше 3 лет** - **1 раз в год.** Расчет питания 1 раз в месяц.

Профилактика анемии у недоношенных детей (Е.С. Сахарова, Е.С. Кешишян, 2002)

Анемия является одной из наиболее частых патологий детей раннего возраста. Около 20% доношенных детей страдают данным заболеванием, а среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех. При этом тяжесть анемии тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка.

Анемия недоношенных характеризуется прогрессивным снижением уровня гемоглобина (до 90-70 г/л и ниже), относительно низким уровнем ретикулоцитов и угнетением костномозгового кроветворения.

В патогенезе анемии недоношенных играют роль сочетание нескольких факторов: а) укороченная продолжительность жизни эритроцитов;

б) пролонгированная циркуляция и поздняя смена фетального гемоглобина;

в) особенность обмена белков, витаминов (фолиевой кислоты, витамина В₆, микроэлементов (цинка, меди, селена, молибдена);

г) инфекционные агенты, в частности грамотрицательная флора, для жизнедеятельности которой необходимо активное потребление железа;

д) ятрогенные причины (частые заборы крови для лабораторных исследований). Выделяют раннюю и позднюю анемию недоношенных.

Ранняя анемия развивается на **4-10-й неделе** постнатальной жизни и характеризуется снижением уровня ретикулоцитов менее 1%, уровня гемоглобина до 80-70 г/л и ниже, а гематокрита до 20-30%.

Клиническая картина ранней анемии недоношенных проявляется симптомами, свойственными истинной анемии, такими как бледность кожных покровов, тахикардия или брадикардия, тахипноэ, апноэ.

Одним из основных методов лечения ранней анемии недоношенных до настоящего времени остаются **гемотрансфузии**. Наиболее часто для гемотрансфузий используется **донорская эритроцитарная масса**. В настоящее время ведется поиск альтернативных путей решения данной проблемы. Одной из них является применение **человеческого эритропоэтина**, эффективность которого сейчас интенсивно изучается.

Поздняя анемия недоношенных развивается на **3-4 месяце жизни**. Она имеет большое сходство с железодефицитной анемией детей раннего возраста. Клиническая картина поздней анемии недоношенных характеризуется снижением аппетита, уплощением весовой кривой, бледностью кожи и слизистых оболочек, сухостью кожи, увеличением печени и селезенки. Отмечается снижение сывороточного железа - гипохромия, с тенденцией к микроцитозу и гиперрегенераторной реакцией костного мозга. В отличие от ранней анемии недоношенных, в период развития поздней анемии начинают проявляться симптомы дефицита железа.

Попытки обогащения рациона питания введением адаптированных смесей, в том числе и обогащенных железом, не приводят к желаемому результату, поскольку последнее плохо всасывается. Для недоношенных детей, особенно первых месяцев жизни, единственным физиологическим продуктом питания, который обеспечивает равновесие обмена железа в организме, является **материнское молоко**, сбалансированное по всем ингредиентам в соответствии с физиологическими потребностями растущего организма. Хотя в женском молоке содержание железа невелико (0,2-1,5 мг/л), существуют специальные механизмы для более эффективного его усвоения (до 50%).

Для диетической коррекции железодефицита требуется **своевременное** (но не ранее 45-го месяца жизни) **введение продуктов прикорма** (фруктов, овощей, в дальнейшем, после 8 месяцев - мяса).

В то же время доказано, что для лечения анемии (но не для ее профилактики) недостаточно только повышения уровня пищевого железа, а требуется **медикаментозная терапия препаратами железа**.

Известно, что железодефицитная анемия способствует развитию хронической гипоксии, которая в свою очередь может приводить к замедлению умственного и психомоторного развития ребенка, в связи с этим лечение анемии у недоношенных детей и профилактика дефицита железа у всех детей является важной и обязательной составной частью в общей схеме наблюдения за детьми на 1-м году жизни.

Кроме немаловажных диетических подходов, актуально **раннее назначение профилактических доз препаратов железа всем недоношенным детям**. Препаратами выбора в этом случае являются современные представители гидроксид полимальтозного комплекса трехвалентного железа: **Мальтофер и Феррум Лек**. Недоношенным детям **с первых недель жизни до 1 года** рекомендуется профилактический прием указанных препаратов железа из расчета **2 мг/кг/сут.** элементарного железа.

Лечебная доза составляет 5мг/кг/сут. элементарного железа и не меняется до нормализации уровня гемоглобина.

Учитывая особенности патогенеза анемии недоношенных детей, детям с низкой массой тела при рождении необходимо, также, раннее, с 7 дней жизни, введение **фолиевой кислоты** по 1 мг в сутки, **витамина Е** по 20 мг/кг в сутки, **витаминов группы В**.

Контроль показателей красной крови (уровень гемоглобина, ЦП, эритроциты) недоношенным детям после выписки из отделений выхаживания необходимо проводить в обязательном порядке **в 3, 6 и 12 месяцев**, затем - **2 раза в год**. При выявлении анемии - **каждые 14 дней** до стабилизации показателей гемограммы.

Железодефицитная анемия **не является противопоказанием к вакцинации**. Напротив, недоношенные дети представляют особую группу риска по развитию осложненного инфекционного процесса. Поэтому, даже в случае тяжелых проявлений анемии профилактические прививки могут быть проведены сразу после купирования острых проявлений.

Профилактика рахита у недоношенных детей (П.В. Новиков, 1998; Ф.П. Романюк, В.П. Алферов и соавт., 2002)

Группу риска по рахиту вследствие недоношенности выделяют в особую группу. Эта группа, с одной стороны, несомненно, имеет значительный риск по гиповитаминозу 0, с другой - рахит недоношенных представляет собой остеопению, связанную с дефицитом кальция и фосфора, незрелостью ребенка, гипоплазией костной ткани, ее недостаточной минерализацией и быстрым темпом роста костей в постнатальном периоде.

Особенности патогенеза рахита недоношенных детей обусловлены и тем, что грудное молоко не обеспечивает потребности незрелых к сроку гестации детей в кальции и фосфоре, что требует соответствующей коррекции питания и поступления кальция и фосфора. В связи с этим, профилактическое назначение **витамина 0** в этой группе должно быть более ранним (с **2-3-недельного возраста**) в дозе **500-1000 МЕ** с одновременным назначением белка, кальция и фосфора в виде **кальцинированного творога** (30-50 г/сутки). В отдельных случаях, когда масса тела недоношенных детей менее 2000 г, и у детей, получающих противосудорожные препараты (фенобарбитал), дозу витамина 0 следует увеличить до **1000-2000 МЕ** в сутки. Профилактические дозы назначаются **в течение первого и второго года жизни**. Поскольку у недоношенных детей часто имеется дефицит витамина Е, то им наряду с витамином 0 показано назначение витамина Е в виде 5% масляного раствора или внутримышечно в суточной дозе 5 мг/кг (0,3-0,4 мл в сутки) на втором этапе выхаживания в стационаре, а затем продолжается прием внутрь 2 капель 5% раствора витамина Е в сутки до 2-3 месячного возраста.

Наряду с лекарственными препаратами кальция (глюконат, глицерофосфат кальция) детям может назначаться **"кальцинированный" творог** (готовится путем добавления к 1 л коровьего молока 20 мл 10% хлористого кальция, нагревания смеси до кипения, охлаждения и процеживания).

Таким образом, **недоношенным детям с I степенью недоношенности** профилактическую дозу витамина 0 назначают с **10-14 дня** жизни в дозе **500-1000 МЕ** ежедневно в течение первых двух лет жизни с исключением летних месяцев.

Недоношенным детям **со I-III-IV степенью недоношенности** профилактическая доза витамина 0 назначается с **10-20 дня** жизни, после установления энтерального питания, в дозе **1000-2000 МЕ** ежедневно в течение первого года жизни, исключая летние месяцы. На втором году жизни профилактическая доза составляет у этих детей 500-1000 МЕ ежедневно. Недоношенным детям возможно назначение препаратов кальция и фосфора.

Вакцинация недоношенных детей

Прививки у недоношенных детей осуществляются по индивидуальному графику в зависимости от состояния здоровья (ФР, НПР, наличии соматических заболеваний)

В большинстве случаев недоношенные дети, включая детей с низкой массой тела, должны быть привиты в соответствии с обычными схемами. Это обусловлено их меньшей сопротивляемостью инфекциям, меньшей длительностью иммунитета, переданного от матери. В то же время, некоторыми исследованиями было показано, что у недоношенных детей с массой тела менее 1,5 кг, привитых в обычные календарные сроки, отмечается меньшая иммуногенность вакцин, при введении первичных доз. Однозначные рекомендации по прививкам у таких детей в настоящий момент пока не выработаны. Вакцины у недоношенных детей применяются в обычных дозировках.

Показатели безопасности при проведении прививок у недоношенных детей не отличаются от таковых у доношенных детей (Bembaum et al.1984; Conway et al. 1987,1993; Roper & Day 1988; Smolen et al.1983).

Туберкулез (прививка БЦЖ). Недоношенным детям с массой тела менее 2 кг БЦЖ не вводится. Такие дети должны получить прививку в стационаре, перед выпиской (а не сразу после рождения, как обычные дети).

Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, гемофильная инфекция. Если ребенок к моменту начала вакцинации против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита все еще находится в стационаре, вакцинация тем не менее проводится в календарные сроки. При этом для вакцинации против полиомиелита используется как живая (ОПВ), так и инактивированная вакцина (ИПВ). Если на момент прививки ребенок все еще находится в стационаре, то во избежание распространения вакцинного вируса, таких детей прививают только ИПВ. Несколькими научными исследованиями была продемонстрирована меньшая эффективность вакцинации при введении первых доз, однако после 3 дозы вакцины разницы в иммуногенности АКДС-вакцин между недоношенными и доношенными детьми не выявилось.

Вирусный гепатит В. Недоношенные дети с массой тела менее 2 кг, рожденные от матерей-носителей вируса гепатита В, должны быть привиты (как обычные дети) в первые 12 часов после рождения. Если обследование матери на австралийский антиген не проводилось, недоношенные дети так же должны рассматриваться как рожденные от HB_s-позитивных матерей, т.е. их прививают в первые 12 часов после рождения, при этом (где это доступно) вводится специфический иммуноглобулин против гепатита В. Также, в этих случаях первая доза гепатитной В вакцины не засчитывается, и в дальнейшем проводится полный курс вакцинации против гепатита, состоящий из 3 прививок.

Грипп. Детей, рожденных недоношенными, с поражениями дыхательной системы, необходимо начать прививать против гриппа в самые ранние сроки, т.е. по достижении бмесячного возраста. Помимо этого, необходимо прививать от гриппа и все ближайшее окружение ребенка, включая медицинский персонал и родителей.

** Детям с патологией нервной системы или из группы риска по развитию патологии ЦНС профилактические прививки должны проводиться по индивидуальному календарю, составленному комиссионно участковым врачом-педиатром совместно с заведующим отделением, невропатологом и иммунологом.*

Недоношенные дети дают адекватный ответ на вакцины, а частота реакций и осложнений у них даже несколько ниже, чем у доношенных (Таточенко В.К., 2001). Поэтому они прививаются всеми вакцинами после стабилизации их состояния на фоне адекватной прибавки веса и при исключении противопоказаний. Вакцины вводят в обычных дозах.

Глубоко недоношенных детей лучше прививать в стационаре 2-го этапа ввиду возможности усиления апноэ. Если вакцинация проводится в стационаре второго этапа, **ОПВ** заменяют инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ) с целью предупредить распростране-

ния вируса в палате; в отсутствие **ИПВ** вакцинацию проводят после выписки. Дети, родившиеся свесом ниже 1500 г у матерей-носителей HbsAg, прививаются ВГВ в первые 12 часов жизни. Учитывая возможность недостаточного их ответа на вакцину, им рекомендуется одномоментное введение **специфического иммуноглобулина человека против гепатита В** в дозе 100 МЕ.

Вакцина БЦЖ не вводится детям, родившимся с массой ниже 2000 г, с генерализованными изменениями на коже, а также больным новорожденным. Эти дети должны получить прививку в отделениях 2-го этапа выхаживания недоношенных, что позволит избежать сложностей с их прививкой в поликлинике (необходимость постановки р. Манту, перерасход вакцины и т.д.).

Дети первых месяцев жизни, перенесшие тяжелые заболеваний (сепсис, гемолитическую анемию, пневмонию и др.) и поправившиеся от них, вакцинируются в обычном порядке. * *Детям с патологией нервной системы или из группы риска по развитию патологии ЦНС профилактические прививки должны проводиться по индивидуальному -календарю, составленному комиссионно участковым врачом-педиатром совместно с заведующим отделением, невропатологом и иммунологом.*

5. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЛИХОРАДКЕ И СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Догоспитальная неотложная помощь осуществляется на следующих этапах:

- неотложная помощь на дому, которая проводится врачами педиатрических бригад скорой помощи. Это основная форма догоспитальной неотложной помощи. Она основывается на вызовах родителей. Вызовы, поступающие в поликлинику, в которых имеются жалобы типа «судороги», «посинел», «умирает», «задыхается», «температура выше 40 °С» регистратором не принимаются, а передаются на скорую помощь;
 - неотложная помощь в условиях педиатрического участка (на дому, во время визита участкового педиатра к больному ребенку) — оказывается педиатром с использованием медикаментов, которые имеются в упаковке;
 - неотложная помощь в поликлинике осуществляется в процедурном кабинете, где находятся укладки «посиндромной» терапии и оказывается врачом и процедурной медсестрой;
 - неотложная помощь в школе, детском дошкольном учреждении, оздоровительном центре осуществляется в процедурном кабинете школы, ДДУ или оздоровительного центра, врачом или медсестрой.
- Догоспитальная неотложная помощь детям занимает значительное место в снижении детской смертности, поскольку при анализе досуточной летальности значение имеют:
- несвоевременная госпитализация больного;
 - неоказание или недостаточный объем неотложной помощи больному участковым педиатром до вызова бригады скорой помощи;
 - неоказание или недостаточно полный объем неотложной помощи больному в условиях скорой помощи;
 - неправильное направление (не по профилю) в стационар. **Для устранения этих причин необходимо:**
 - улучшение организации службы неотложной и скорой помощи;

- оснащение бригад скорой помощи и участковых педиатров укладками, содержащими достаточное количество лекарственных средств, необходимых для оказания неотложной помощи;
- наличие укладок «посиндромной» терапии в процедурных кабинетах поликлиник, в медицинских кабинетах школ и дошкольных учреждений, в приемных покоях стационаров;
- повышение уровня знаний врачей и среднего медицинского персонала в оказании неотложной помощи детям.

При оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе перед врачом стоят три задачи:

1. Диагностика угрожающего состояния.
2. Своевременное оказание неотложной помощи, позволяющей стабилизировать состояние ребенка.
3. Принятие тактического решения о необходимости и месте госпитализации.

Основная *цель неотложной терапии* на догоспитальном этапе — оказать минимально достаточный объем помощи, то есть провести те мероприятия, без которых жизнь больных и пострадавших остается под угрозой. Определение ведущего синдрома при неотложных состояниях у детей должно быть главным для врача-педиатра и являться основой для последующей постановки диагноза. **Общие принципы оказания помощи на догоспитальном этапе:** — синдромность;

- приоритетность — выделение ведущего синдрома, представляющего непосредственную угрозу жизни ребенка;
- управляемость терапии — использование препаратов с коротким периодом полувыведения;
- оптимальная организация лечебного процесса (тренированность и четкое распределение обязанностей персонала, наличие минимально достаточного оснащения, специальное место для оснащения). **При организации госпитализации необходимо:**
- оценить тяжесть состояния больного;
- возможность транспортировки больного;
- профиль стационара, где будет проводиться лечение больного;
- если состояние больного прогрессирующе ухудшается, необходимо госпитализировать его в ОИТР ближайшей больницы независимо от ее профиля.

ЛИХОРАДКА

Лихорадка (гипертермия) — защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на действие патогенных раздражителей, при которой перестройка процессов терморегуляции приводит к повышению температуры тела. При этом в результате гипертермии активируются процессы иммунного ответа. Повышенная температура тела может сохраняться в течение нескольких часов, дней, месяцев, лет (эфемерная, острая, подострая, хроническая лихорадка). По степени повышения температуры различают лихорадку: субфебрильную — 37,2–38,0 °С, фебрильную — 38,1–39,0 °С, пиретическую — 39–41 °С и гиперпиретическую — 41–42 °С.

Основной причиной лихорадки у детей являются инфекционные заболевания. С практической точки зрения выделяют лихорадку, возникающую в результате **воспаления** (при инфекционных и неинфекционных воспалительных заболеваниях), и **«невоспалительные» гипертермии**. Повышение температуры тела **инфекционного генеза** развивается в ответ на воздействие вирусов и бактерий, продуктов их распада (липосахаридов, белковых веществ, нуклеиновых кислот и др.). Температура тела может повышаться при неинфекционных воспалительных болезнях **иммунопатологического генеза** (диффузные болезни соединительной ткани, геморрагический васкулит) или **резорбционного происхождения** (ушиб, сдавление, разрез, ожог, некроз, асептическое воспаление, гемолиз).

Механизм **«невоспалительных» лихорадок** различен:

- *нейрогенный* (травма, кровоизлияние, опухоль, отек мозга);
- *психогенный* (невроз, психические расстройства, эмоциональное напряжение);
- *рефлекторный* (болевого синдром различного происхождения);
- *эндокринный* (гипертиреоз, сахарный диабет, феохромоцитома);
- *лекарственный* (введение кофеина, эфедрина, гиперосмолярных растворов, антибиотиков, сульфаниламидов) и др.

Клиническая диагностика. У ребенка с инфекционным заболеванием важно различать «красную» и «белую» гипертермию, а также выяснить ее причину. При **красной («розовой») гипертермии** теплопродукция соответствует теплоотдаче. Температура тела повышается до 38,5–39,0 °С, поведение ребенка обычное, кожные покровы умеренно гиперемизованы, кисти и стопы теплые, учащение пульса и дыхания соответствуют повышению температуры тела (на каждый градус выше 37 °С, ЧД учащается на 4 дыхания в минуту, а ЧСС — на 10 ударов в минуту). **«Белая» (бледная) лихорадка** характеризуется бледностью кожных покровов, признаками централизации кровообращения, частичным нарушением микроциркуляции и сопровождается «мозговой симптоматикой» (повышенная возбудимость или вялость). Однако адаптивная гипертермия имеется до определенного предела. При истощении компенсаторных механизмов или при гиперергическом варианте, может развиваться гипертермический синдром.

Гипертермический синдром — патологический процесс на фоне длительно удерживающейся лихорадки, приводящей к срыву компенсаторных возможностей терморегуляции и полиорганным, микроциркуляторным и дисметаболическим расстройствам. При высокой температуре (39–40 °С) потребление кислорода не обеспечивает возрастающие тканевые потребности, что приводит к развитию гипоксии, ацидоза и кетоза, эндотоксикоза; возникает угроза истощения энергетических ресурсов, что наиболее опасно для нервной системы и функции миокарда. В ряде случаев гипертермический синдром развивается вследствие тяжелой водodefицитной дегидратации, гипертиреоидного криза или под влиянием некоторых лекарств.

Лечебная тактика врача при повышении температуры, состоит в решении двух вопросов:

1. Следует ли снижать температуру тела (*в большинстве случаев лихорадка при инфекционных заболеваниях носит защитный характер, поэтому добиваться нормализации температуры не всегда целесообразно*)?
2. Какие средства необходимо использовать для снижения температуры?

Показания для назначения жаропонижающих препаратов. Жаропонижающие средства (по данным ВОЗ) следует применять тогда, когда аксилярная температура у ребенка превышает 38,5 °С. Рекомендуются снижать температуру тела 38 °С и выше в следующих ситуациях:

- наличие у ребенка тяжелого легочного или сердечно-сосудистого заболевания, тяжелого психоневрологического состояния, течение которого может ухудшиться при лихорадке;
- детям с наследственными метаболическими заболеваниями;
- детям с фебрильными судорогами в анамнезе и риском развития их (особенно в возрасте первых 5 лет жизни);
- если лихорадка сопровождается жалобами на плохое самочувствие, мышечными болями или головной болью.

Неотложная помощь при «красной» гипертермии:

- раскрыть ребенка, напоить;

- парацетамол (пара-ацетоминофен) внутрь в дозе 15 мг/кг (но не более 60 мг/кг/сут). В ректальных свечах однократная доза парацетамола составляет 15–20 мг/кг;
- ибупрофен 5–10 мг/кг (не более 30 мг/кг/сут) внутрь детям старше 6 месяцев при неэффективности или непереносимости парацетамола;
 - физические методы охлаждения: обтирание тела ребенка смесью равных количеств 40° спирта, воды и 9%-ного столового уксуса или водой комнатной температуры, или пузырь со льдом на расстоянии около 4 см над областью головы.

Внимание! Однократное применение физических методов охлаждения не следует продолжать более 30–40 минут. Недопустимо резкое снижение температуры тела из-за возможности развития коллапса.

Если в течение 20–30 минут после вышеуказанных мероприятий температура тела не снизилась, либо температура тела ребенка изначально была выше 39,0 °С, в/м ввести (допускается комбинация лекарственных средств в одном шприце):

- 50%-ный раствор метамизола натрия (анальгина) — 0,1 мл/год (5 мг/кг);
- 2,5%-ный раствор прометазина (пипольфена) 0,1–0,15 мл/год (0,5– 1,0 мг/кг), но не более 1,0 мл или 1%-ный раствор дифенгидрамина (димедрола) из расчета 0,1 мл/год (0,1 мг/кг).

Примечание. Для купирования гипертермии можно использовать раствор вольтарена или диклофенака (в 1 мл — 25 мг акт. вещества) 0,5 мл/год (1 мг/кг) в/м, но не более 3,0 мл.

Неотложная помощь при «белой» гипертермии:

Согреть ребенка (грелки к рукам и ногам), дать внутрь обильное теплое питье. Ввести в/м:

- 50%-ный раствор метамизола натрия (анальгина) — 0,1 мл /год;
- 2,5%-ный раствор прометазина (пипольфена) 0,1–0,15 мл/год или 1%-ный раствор димедрола — 0,1 мл/год;
- 2%-ный раствор папаверина — 0,1–0,2 мл/год (0,2 мг/кг) или раствор дротаверина (но-шпы) в дозе 0,1 мл/год или 1%-ный раствор дибазола в дозе 0,1 мл/год;
- для детей старшего возраста возможно введение метамизола натрия в указанных дозировках и 2%-ного раствора никотиновой кислоты 0,05 мл/кг в/м.

Если кожные покровы порозовели и стали теплыми — физические методы охлаждения. В случае наличия «судорожной готовности» в/м ввести:

- 0,1%-ный раствор диазепама — 0,1–0,15 мл/год; – 50%-ный раствор анальгина — 0,1 мл/год.

Внимание! При лихорадке температура тела контролируется каждые 30–60 минут и после ее снижения до 37,5 °С лечебные гипотермические мероприятия прекращают, так как она может снизиться самостоятельно без дополнительных вмешательств.

Если лихорадка не купируется, то возможно развитие «злокачественной» гипертермии (имеются выраженные признаки централизации кровообращения — разница между кожной и ректальной температурой более 1 °С). Эффект оказывает введение глюкокортикоидов (3%-ный раствор преднизолон — 5 мг/кг или 0,4%-ный раствор дексаметазона — 0,3 мг/кг (в 1 мл — 4 мг) в/в или в/м), иногда в сочетании с нейролептиками (0,25%-ный раствор дроперидола 0,1–0,2 мл/кг, аминазин и др.).

Примечания:

1. В качестве жаропонижающего средства у детей до 15 лет не применяется ацетилсалициловая кислота (аспирин), так как ее назначение детям с гриппом, острыми респираторными заболеваниями, острым тонзиллитом, инфекционным мононуклеозом и заболеваниями печени повышает риск развития синдрома Рейе.

торными инфекциями, ветряной оспой и корью может сопровождаться развитием синдрома Рея.

2. Побочные эффекты метамизола натрия: нарушение функции почек, олигурия, крапивница, снижение артериального давления, развитие агранулоцитоза. Местные реакции: при в/м введении возможны инфильтраты в месте введения, при в/в введении — сонливость, сухость во рту.

Показания к госпитализации:

- неэффективное использование двух и более схем терапии;
- неэффективное применение стартовой терапии при «бледной» лихорадке;
- сочетание лихорадки с судорожным синдромом, гипертензионным или гипертензионно-гидроцефальным синдромами перинатального генеза; — дети с гипертермическим синдромом.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Судорожный синдром — патологическое состояние, проявляющееся внезапными, частыми произвольными сокращениями мышц, нередко с расстройством сознания. До 10 % от всех вызовов скорой помощи выполняются по поводу судорог. Это объясняется как предрасположенностью детского мозга к генерализованным реакциям (высокий тонус паллидарной системы, повышенная активность гиппокампа, лабильность нервной ткани), так и полиэтиологичностью судорожного синдрома. **Причины судорог:**

- *инфекционно-токсические* (фебрильные судороги, нейротоксикоз, менингиты и менингоэнцефалиты, столбняк, отравления);
- *аллергические* (в том числе и поствакцинальные судороги);
- *обменные нарушения* (гипогликемия, гипокальциемия, гипокалиемия, гипомagnesийемия, пиридоксиндефицитное состояние);
- *структурные* (органические поражения ЦНС: опухоли, травмы, аномалии развития и др.);
- *эпилептические* (идиопатическая эпилепсия);
- *гипоксические* (выраженная дыхательная недостаточность, выраженная недостаточность кровообращения, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, комы).

Клиническая диагностика. При физическом осмотре ребенка в первую очередь оцениваются витальные функции (дыхание и кровообращение) с последующим переходом к выяснению причин судорожной активности. Необходимо обратить внимание:

- на характер дыхания, экскурсию грудной клетки;
- цвет кожных покровов (цианоз, мраморность, бледность, участки гиперпигментации);
- признаки травмы;
- проявления септицемии (петехии, геморрагическая сыпь);
- зрачки: размеры и их реакция на свет; — состояние родничков и мышечного тонуса.

Анамнез:

- характер и длительность конвульсий;
- наличие лихорадки, головной боли, раздражительности, гипотрофии;
- наличие травмы;
- возможность острого отравления;

- болезни нервной системы и судорожный синдром у родственников.

Н.В. При судорожном синдроме препараты типа камфоры, коразола, а также кофеина противопоказаны!

Н.В. При судорожном синдроме недопустимо введение натрия бикарбоната, новурита и других средств, вызывающих алкалоз (может спровоцировать судороги).

Судорожный синдром при различных состояниях

Фебрильные судороги возникают при температуре тела выше 38 °С во время инфекционного заболевания. Судорожный синдром длится от нескольких секунд до нескольких минут, носит генерализованный характер с утратой сознания (реже развиваются односторонние и парциальные судороги при отсутствии неврологических нарушений), хорошо купируется жаропонижающими препаратами.

Фебрильные судороги на фоне ОРИ необходимо дифференцировать с судорожным синдромом при менингите и менингоэнцефалите. При менингоэнцефалите пик судорожного синдрома, как правило, не связан с гипертермией, поэтому часто требуется повторное введение противосудорожных препаратов.

Неотложная помощь:

- уложить больного, голову повернуть набок, обеспечить доступ свежего воздуха;
- обеспечить проходимость дыхательных путей;
- предупреждение травм головы, конечностей;
- ввести 50%-ный раствор метамизола натрия (анальгина) — 0,1 мл/год (10 мг/кг) в/м;
- в/в или в/м введение 0,5%-ного раствора диазепама (седуксена) — 0,1 мл/кг массы (0,5 мг/кг), но не более 2 мл однократно;
- при кратковременном эффекте или неполном купировании судорог, через 15–20 минут повторить введение диазепама в дозе, составляющей $\frac{2}{3}$ от первоначальной (суммарная доза не должна превышать 15 мг);
- при неполном купировании судорог *по прибытии бригады скорой помощи* (при возможности проведения ИВЛ) — в/в медленное или в/м введение 20%-ного раствора оксипирата натрия (ГОМК) в дозе 0,3–0,5 мл/кг (80–100 мг/кг) в 10%-ном растворе глюкозы, ингаляция увлажненного кислорода.

При фебрильных судорогах с длительностью приступов более 15 минут и гемисиндромом показана общая противосудорожная терапия и тщательное обследование.

Госпитализация в инфекционное отделение стационара.

Гипокальциемические судороги обусловлены снижением концентрации ионизированного кальция в крови. Причиной гипокальциемии могут быть соматические заболевания, сопровождающиеся диареей и рвотой, гипофункцией паращитовидных желез и др. Тетанические судороги (при спазмофилии) встречаются у детей от 6 месяцев до 1,5 лет при рахите (чаще весной). **Неотложная помощь:**

1. При легких формах судорожных приступов назначить внутрь 5–10%-ный раствор кальция хлорида или кальция глюконата из расчета 0,1–0,15 г/кг (1 мл/кг) в сутки.

2. При гипокальциемических судорогах:

- уложить больного, голову повернуть набок, обеспечить доступ свежего воздуха;
- восстановить дыхание — очистить ротовую полость от слизи;

- введение 10%-ного раствора кальция глюконата в дозе 0,2 мл/кг массы (20 мг/кг) в/в медленно (предварительно развести 5–10%-ным раствором глюкозы в 2 раза);
- при продолжающихся судорогах ввести: 0,5%-ный раствор диазепама в дозе 0,05 мл/кг в/м или 25%-ный раствор магния сульфата 0,2 мл/кг в/м.

Госпитализация больного после купирования судорог в соматическое отделение стационара.

Н.В. В постприступном периоде необходимо продолжить прием препаратов кальция *внутри* (лучше всего кальций всасывается из карбоната Са) в сочетании с цитратной смесью (10%-ный раствор лимонной кислоты и цитрата натрия в соотношении 2:1, по 5 мл 3 раза в сутки).

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП

Эпилепсия — хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся повторными пароксизмальными расстройствами сознания и судорогами, а также нарастающими эмоционально-психическими нарушениями. Основными клиническими формами эпилепсии являются: большой судорожный припадок, либо малые эпилептические приступы. Большой судорожный припадок включает продром, тоническую и клоническую фазы, постприступный период.

Эпилептический статус — состояние, при котором наблюдаются непрерывные повторные припадки, а в период между приступами не наступает полного восстановления сознания.

Неотложная помощь:

- уложить больного на плоскую поверхность и подложить под голову подушку или валик, голову повернуть набок и обеспечить доступ свежего воздуха;
- восстановить проходимость дыхательных путей: очистить ротовую полость от слизи, вставить шпатель, обернутый мягкой тканью;
- если судороги продолжаются более 3–5 минут, ввести 0,5%-ный раствор диазепама (седуксена) в дозе 0,05–0,1 мл/кг в/м.

При возобновлении судорог и развитии **эпилептического статуса**:

- обеспечить доступ к вене и ввести 0,5%-ный раствор диазепама (седуксена) — 0,05–0,1 мл/кг;
- ввести 25%-ный раствор сульфата магния 1,0 мл/год жизни (детям до 1 года — 0,2 мл/кг) в/м или 1%-ный раствор фуросемида (лазикса) 0,1–0,2 мл/кг (1–2 мг/кг) в/в или в/м;
- при отсутствии эффекта (*на этапе скорой помощи при возможности проведения ИВЛ*) — в/в введение 20%-ного раствора оксибутирата натрия (ГОМК) 0,5 мл/кг (100 мг/кг) на 10%-ном растворе глюкозы медленно (!) во избежание остановки дыхания.

Госпитализация при эпилептическом статусе — в реанимационное отделение. Можно оставить ребенка дома при условии купирования судорог.

Литература

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. Режим доступа: <https://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426487.html>, по паролю.
2. Сапожников, В. Г. Избранные главы детских болезней : монография / В. Г. Сапожников. —Тула, 2013.- 291 с. — Режим доступа : <https://tsutula.bibliotech.ru/Reader/Book/2014071721365492445000006031>, по паролю
3. Сапожников, В. Г. Избранные лекции по педиатрии Т.1 / В. Г. Сапожников .— Тула, 2008 .— 196 с. : ил. — Режим доступа : <https://tsutula.bibliotech.ru/Reader/Book/2014071513141433278200008437>, по паролю
4. Сапожников, В. Г. Избранные лекции по педиатрии Т. 2 : монография / В. Г. Сапожников .— Тула, 2009 .— 192 с. : ил.- Режим доступа : <https://tsutula.bibliotech.ru/Reader/Book/2014071411365716623600009715>, по паролю
5. Запруднов, А. М. Детские болезни [электронный ресурс]: учебник: в 2 т. Т.1. / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонов. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2013. - 768 с.: ил. – Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424216.htm>, по паролю
6. Запруднов, А. М. Детские болезни : учебник: в 2 т. Т. 2 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонов. - 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2013. - 752 с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424223.html>, по паролю.
7. Детские болезни : учебник для мед. вузов / Л. К. Баженова [и др.] ; под ред. А. А. Баранова .— 2-е изд., испр. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009 .— 1007 с. : ил., [16] л. ил. + 1 опт. диск (CD-ROM)