

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детскому населению

**Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по
направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения)**

Красноярск

2022

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детскому населению : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения) / сост. А.В. Моргун, А.А. Наркевич. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

д.м.н. А.В. Моргун
к.м.н. А.А. Наркевич

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2017 по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Структура и организация работы детских лечебно-профилактических учреждений. Организация работы участковой медицинской сестры на педиатрическом участке

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В настоящее время, когда реформирование здравоохранения России вплотную коснулось амбулаторно - поликлинической помощи, в т.ч. педиатрической службы особенно актуальной становится проблема подготовки высококвалифицированных специалистов. Выпускнику высшего учебного медицинского учреждения необходимо хорошо ориентироваться в вопросах организации работы детской поликлиники и оказания первичной медико - санитарной помощи детскому населению; формировать ответственность за жизнь и здоровье ребенка. Здоровье населения и каждого человека в отдельности является самым ценным благом для общества. Здоровье нации влияет на характер всех демографических процессов в стране, причем оно определяет не только уровень смертности, продолжительности жизни, но и уровень рождаемости, и в конечном итоге, определяет численность населения. Россия в настоящий момент переживает демографический кризис, обусловленный высокой смертностью населения и снижением фертильности. Формирование здоровья детей, по своей сути, является формированием здорового поколения и обеспечением здоровья страны на протяжении многих лет.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., основные этические и деонтологические принципы общения с пациентом, его родными, нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, основные характеристики процессов сбора, передачи, поиска, обработки и накопления информации, абсолютные, относительные показатели здоровья населения, основные понятия, принципы влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек, особенности оказания доврачебной помощи, правила планирования и проведения сестринского патронажа беременных женщин, новорожденных и грудных детей, нормативные требования к ведению документации, форм учёта и отчётности медицинской сестры по вопросам диспансеризации, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, **уметь** осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде, реализовывать правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности, проводить анализ медико-статистической информации и интерпретировать результаты состояния здоровья пациента (населения), работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке, методами осуществления сестринского обеспечения медицинских физкультурно - оздоровительных мероприятий, медико-социальным патронажем пациентов на прикрепленном участке, поиском, критическим анализом и основами синтеза информации, особенностями применения системного подхода для решения поставленных задач, способами осуществления социального взаимодействия и реализации своей роли в команде, способами восприятия межкультурного разнообразия общества в социально-историческом, этическом и философском контекстах, способами реализации правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности, навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье., основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Ведущее место в системе детского здравоохранения занимает амбулаторно-поликлиническая помощь, которая обеспечивается широкой сетью детских поликлиник и поликлинических отделений.

ДП может быть самостоятельным ЛПУ или входить в состав детской, общей городской или центральной районной больницы, городской поликлиники. В районе своей деятельности ДП обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от момента выписки из родильного дома до передачи их под наблюдение подросткового кабинета, то есть до 18 лет (17 лет 11 мес. 29 дней). Оказание медицинской помощи предусмотрено непосредственно в поликлинике, на дому и в образовательных учреждениях.

ДП выполняет следующие функции:

- Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры и диспансеризация в декретированные сроки, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа с родителями).
- Направление на лечение в стационары больниц.

- Реабилитация с использованием санаторного и курортного лечения, в лагерях отдыха, лесных школах и др.
- Лечебно-профилактическая работа в образовательных учреждениях.
- Противоэпидемические мероприятия и прививочная иммунопрофилактика.
- Гигиеническое воспитание детей и родителей.
- Правовая защита детей. -
- Повышение квалификационной категории врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

В зависимости от численности детского населения района и количества посещений в день, различают 5 категорий поликлиник:

1 - на 800,

2 - 700,

3 - на 500,

4 - на 300,

5 - на 150 посещений в день.

Количество детей на педиатрическом участке должно быть не более 800; на каждую должность участкового врача устанавливается 1,5 должности участковых медсестёр.

На каждые 8-9 педиатрических участков выделяется одна должность освобождённого заведующего.

Должности врачей в детских учреждениях и школах общего профиля устанавливаются из расчёта одна должность на 180-200 детей в детских яслях, на 600 детей - в детских садах и на 2000 учащихся в школах.

В дошкольных учреждениях и школах общего типа устанавливается одна должность медсестёр на 700 учащихся школ, на 100 детей детских садов, на 50 детей санаторных детских садов и на 300 учащихся вспомогательных школ с умственно отсталыми детьми.

По нормативам, утверждённым МЗ РФ, участковый-педиатр в течение 1 часа работы обслуживает в поликлинике 5 детей, на дому-2 ребёнка; при профилактических осмотрах число посещений на 1 час работы составляет 7 детей. **Режим работы поликлиники.** Наиболее рациональна работа ДП по шестидневной неделе с 8 до 19 часов в рабочие дни. В выходные и праздничные дни устанавливаются дежурства педиатров с 9 до 14 часов.

В остальное время больных обслуживает станция скорой помощи.

Информация о работе поликлиники, размещённая вблизи от регистратуры, должна включать графики работы врачей, ведущих приём, диагностических, процедурных, физиотерапевтических кабинетов и вспомогательных служб во все дни недели. В графике участкового врача целесообразно один из дней недели (например, вторник) выделить для профилактического приёма детей раннего возраста, а другой (четверг) - для диспансерного приёма детей с отклонениями в состоянии здоровья.

При наличии в поликлинике более двух педиатрических участков (отделений) целесообразно чередовать их работу по сменам, обеспечивая в обязательном порядке вечерние приёмы.

Приёмы врачей-специалистов организуется также с обязательным чередованием смен. Продолжительность приёма участковыми врачами-педиатрами в поликлинике устанавливается администрацией в зависимости от местных условий (времени года, отдаленности участка и т.п.) - в пределах 2,5 - 3 часов. 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.

Структура поликлиники. Подразделениями в структуре любой поликлиники являются:

- регистратура,
- фильтр с отдельным входом и боксированный изолятор,
- кабинет доврачебной помощи,
- кабинеты врачей,
- лечебно-диагностические и профилактические кабинеты (рентгеновский, функциональной диагностики, физиотерапевтический, ингаляторий, процедурный, ортопедический, ЛФК, массажа, здорового ребенка),
- бассейн,

- пункт раздачи молочных смесей,
- административно-хозяйственные помещения.

В поликлиниках могут быть свои клиническая и биохимическая лаборатории. В некоторых поликлиниках есть отделения восстановительного лечения.

Фильтр – это помещение при входе в поликлинику для больных детей, которое сообщается с боксами, куда направляются дети, подозрительные на наличие у них инфекционных заболеваний. Выход из боксового изолятора должен быть отдельным.

Регистратура – важное звено в структуре поликлиники. От четкости работы регистратуры во многом зависит своевременность и порядок в обслуживании больных и здоровых детей. Поликлиника работает в две смены, и участковые врачи планируют свою работу так, чтобы один и тот же врач в течение недели имел дни с утренним приемом и дни с вечерним приемом. В регистратуре поликлиники есть специальный стенд и стол с папками для предварительной самозаписи на прием к специалистам. Основным документом детской поликлиники является история развития ребенка (уч. ф. № 112). Истории развития хранятся на стеллажах в регистратуре и раскладываются по участково-территориальному принципу. Обычно они имеют цветную маркировку корешков, различную по участкам, что облегчает работу регистратора. Вызовы врача на дом, переданные по телефону, при личном посещении регистратуры вносятся в книгу записи вызовов врача на дом, отдельную для каждого участка. В нее вписываются, кроме того, активные посещения по инициативе самого врача, а также вызовы, переданные со станции скорой и неотложной помощи. Принимая вызов на дом, регистратор обязательно уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немедленно сообщает участковому педиатру, при отсутствии последнего – заведующему поликлиническим отделением или поликлиникой.

Кабинет доврачебной помощи является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники. В него обращаются дети и их родители для проведения контрольного кормления, обработки микротравм, выдачи справок об эпидемической обстановке по месту жительства, оформления справок из истории 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 производятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления перед осмотром педиатра. Все это сокращает время пребывания в поликлинике родителей с детьми, ликвидирует очереди, разгружает педиатрический прием за счет уменьшения посещений, связанных с оформлением документации. Ребенок попадает на прием со всеми необходимыми исследованиями и документами, подготовленными для окончательного заключения о состоянии здоровья или подписи выписок, справок и др.

Кабинет здорового ребенка – структурное подразделение детской поликлиники, выполняющее роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста. Он обеспечивает консультативно-методическую помощь врачам-педиатрам, медицинским сестрам, молодым матерям и беременным женщинам. Основной штатной единицей кабинета является специально подготовленная медицинская сестра (фельдшер). Руководит ее деятельностью один из заведующих педиатрическим отделением. Медицинская сестра кабинета поддерживает тесную связь с участковыми педиатрами. Основной 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.

В оборудование кабинета входят:

- кровать для ребенка раннего возраста с набором спальных принадлежностей (матрац, простыни, плоская подушка с наволочкой, одеяло теплое, байковое, тканевое, пододеяльники),
- коляска детская,
- пеленальный стол,
- весы медицинские,
- ростомер,
- столик детский,
- стульчик детский,
- стеклянный шкаф для предметов ухода за ребенком и грудью матери,
- шкафчик для образцов продуктов питания,
- шкафчик для игрушек.

В одном из шкафов должны быть наборы одежды, пеленки, большая пластмассовая кукла для обучения пеленанию и одеванию ребенка. Из наглядных пособий необходимы стенды, рассказывающие о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, профилактике гипогалактии, проведении дородового патронажа, режиме дня, показателях физического развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики, методах закаливания детей первых трех лет жизни, стол с санитарно-просветительной литературой. Участковые педиатры ведут здесь по

графику приемы здоровых детей первого года жизни, определяют степень их физического и нервно-психического развития, беседуют с матерями о методах ухода за детьми и их воспитания, о рациональном питании исходя из индивидуальных особенностей ребенка. При этом они используют имеющиеся в кабинете наглядные пособия.

Медицинская сестра часто приглашает 3 - 4 ребенка близкого возраста. Во время осмотра врачом одного ребенка медицинская сестра обучает мать другому методам массажа, гимнастики. На базе кабинета проходят занятия школы будущих матерей, отцов, проводятся беседы со школьницами старших классов о будущем материнстве. В кабинете ведется рабочая документация: журнал кабинета здорового ребенка. Участковый принцип обслуживания детей. Работа амбулаторно-поликлинических учреждений строится по участковому принципу.

Территория района, определенного для поликлиники, 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) путём поквартирных обходов участковыми сестрами. При этом фиксируется фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес ребенка, для организованных детей - номер дошкольного учреждения, школы. Участково - территориальный принцип работы обеспечивает наблюдение за детьми как на дому, так и в поликлинике постоянно закрепленным медперсоналом, изучающим состояние их здоровья в динамике с учетом социальных и бытовых условий. Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются: снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей.

Педиатрический кабинет предназначен для приема детей врачом - педиатром. Он должен быть хорошо освещенным, с температурой воздуха не ниже 20-22°, достаточно изолированным от внешнего шума. Оборудование: стол для врача, пеленальный столик для осмотра детей раннего возраста, кушетка для осмотра старших детей, ростомеры, сантиметровая лента, детские весы, небольшой столик для медицинских инструментов, шпателя, аппарат для измерения артериального давления, легко моющиеся игрушки. В работе участкового педиатра выделяют несколько основных разделов:

- профилактическая работа с диспансеризацией;
- лечебная работа;
- санитарно-просветительная работа;
- организационная работа.

Профилактическая работа включает:

- неспецифическую профилактику (антенатальная охрана плода и новорожденного, патронажи, организация рационального режима дня и питания, проведение комплекса массажа и гимнастики, мероприятий по закаливанию, диспансерное наблюдение за здоровыми детьми, профилактика и реабилитация детей с хроническими заболеваниями);
- специфическую профилактику (иммунопрофилактика, противоэпидемическая работа в очаге инфекционных заболеваний).

Лечебная работа включает:

- лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронически форм патологии, госпитализацию больных;
- прием в детской поликлинике реконвалесцентов после острых заболеваний, не представляющих опасности заражения для окружающих;
- наблюдение и реабилитация детей, находящихся на учете по форме № 30;
- при работе в объединенной поликлинике - дежурство по больнице.

Санитарно-просветительная работа включает:

- индивидуальные беседы с родителями и старшими детьми по вопросам гигиены, профилактики и лечения заболеваний;
- занятие в очной школе молодых матерей и отцов;
- встречи с населением;
- вечера вопросов и ответов;
- работу в комнате здоровья на участке;
- выпуск санитарной стенной печати (санлистки, сангазеты).

Специализированная и консультативная помощь в поликлинике. Во многих ДП оказывается специализированная помощь детям, объём её зависит от мощности поликлиники. В первую очередь

укомплектовывают должности врачей отоларингологов, офтальмологов, невропатологов, кардиоревматологов, врачей по лечебной физкультуре и логопедов.

В пределах городского района, города возможна централизация отдельных специализированных служб (рентгенологической, функциональной диагностики, урологической, гастроэнтерологической, нефрологической, аллергологической, пульмонологической и др.)

В больших поликлиниках создаются кабинеты по охране зрения детей. Оправдали себя организация приёмов фтизиатра, эндокринолога, детского психиатра на базе детской поликлиники. Отдельные виды специализированной помощи могут оказываться детям в диспансерах – кожно-венерологическом, онкологическом, противотуберкулёзном. Стоматологическую помощь дети получают в специализированных поликлиниках.

Помимо профилактической работы, врачи-специалисты по графику ведут приём больных детей, осуществляют диспансеризацию, консультативную помощь (в поликлинике и на дому), проводят анализ заболеваемости, разрабатывают мероприятия по её снижению, проводят повышение квалификации медперсонала поликлиник и санитарное просвещение населения. Качество и эффективность специализированной помощи зависят от уровня оснащённости учреждения аппаратурой и от квалификации специалистов. В последние годы большую помощь в обследовании детей оказывают краевые и городские диагностические центры, оснащённые современной аппаратурой.

5. Вопросы по теме занятия

1. Перечислить основные структурные подразделения детской поликлиники.

1) Подразделениями в структуре любой поликлиники являются: регистратура, фильтр с отдельным входом и боксированный изолятор, кабинет доврачебной помощи, кабинеты врачей, лечебно-диагностические и профилактические кабинеты (рентгеновский, функциональной диагностики, физиотерапевтический, ингаляций, процедурный, ортопедический, ЛФК, массажа, здорового ребенка), бассейн, пункт выдачи молочных смесей, административно-хозяйственные помещения. Во многих поликлиниках есть свои клиническая и биохимическая лаборатории. В некоторых поликлиниках есть отделения восстановительного лечения. Фильтр – это помещение при входе в поликлинику для больных детей, которое сообщается с боксами, куда направляются дети, подозрительные на наличие у них инфекционных заболеваний. Выход из боксового изолятора должен быть отдельным. Регистратура – важное звено в структуре поликлиники. От чёткости работы регистратуры во многом зависит своевременность и порядок в обслуживании больных и здоровых детей. Поликлиника работает в две смены, и участковые врачи планируют свою работу так, чтобы один и тот же врач в течение недели имел дни с утренним приёмом и дни с вечерним приёмом. В регистратуре поликлиники есть специальный стенд и стол с папками для предварительной самозаписи на приём к специалистам. Основным документом детской поликлиники является история развития ребенка (уч. ф. № 112). Истории развития хранятся на стеллажах в регистратуре и раскладываются по участково-территориальному принципу. Обычно они имеют цветную маркировку корешков, различную по участкам, что облегчает работу регистратора. Вызовы врача на дом, переданные по телефону, при личном посещении регистратуры вносятся в книгу записи вызовов врача на дом, отдельную для каждого участка. В нее вписываются, кроме того, активные посещения по инициативе самого врача, а также вызовы, переданные со станции скорой и неотложной помощи. Принимая вызов на дом, регистратор обязательно уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немедленно сообщает участковому педиатру, при отсутствии последнего – заведующему поликлиническим отделением или поликлиникой. Кабинет доврачебной помощи является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники. В него обращаются дети и их родители для проведения контрольного кормления, обработки микротравм, выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительства, оформления справок из истории 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 производятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления перед осмотром педиатра. Все это сокращает время пребывания в поликлинике родителей с детьми, ликвидирует очереди, разгружает педиатрический приём за счет уменьшения посещений, связанных с оформлением документации. Ребенок попадает на приём со всеми необходимыми исследованиями и документами, подготовленными для окончательного заключения о состоянии здоровья или подписи выписок, справок и др. Кабинет здорового ребенка – структурное подразделение детской поликлиники, выполняющее роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста. Он обеспечивает консультативно-методическую помощь врачам-педиатрам, медицинским сестрам, молодым матерям и беременным женщинам. Основной штатной единицей кабинета является специально подготовленная медицинская сестра (фельдшер). Руководит ее деятельностью один из заведующих педиатрическим отделением. Медицинская сестра кабинета поддерживает тесную связь с участковыми педиатрами. Основной 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. В оборудование кабинета входят: кровать для ребенка раннего возраста с набором спальных

принадлежностей (матрац, простыни, плоская подушка с наволочкой, одеяло теплое, байковое, тканевое, пододеяльники) коляска детская, пеленальный стол весы медицинские, ростомер, столик детский, стульчик детский, стеклянный шкаф для предметов ухода за ребенком и грудью матери, шкафчик для образцов продуктов питания, шкафчик для игрушек. В одном из шкафов должны быть наборы одежды, пеленки, большая пластмассовая кукла для обучения пеленанию и одеванию ребенка. Из наглядных пособий необходимы стенды, рассказывающие о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, профилактике гипогалактии, проведении дородового патронажа, режиме дня, показателях физического развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики, методах закаливания детей первых трех лет жизни, стол с санитарно-просветительной литературой. Участковые педиатры ведут здесь по графику приемы здоровых детей первого года жизни, определяют степень их физического и нервно-психического развития, беседуют с матерями о методах ухода за детьми и их воспитания, о рациональном питании исходя из индивидуальных особенностей ребенка. При этом они используют имеющиеся в кабинете наглядные пособия. Медицинская сестра часто приглашает 3 - 4 ребенка близкого возраста. Во время осмотра врачом одного ребенка медицинская сестра обучает мать другого методам массажа, гимнастики. На базе кабинета проходят занятия школы будущих матерей, отцов, проводятся беседы со школьницами старших классов о будущем материнстве. В кабинете ведется рабочая документация: журнал кабинета здорового ребенка.;

2. Перечислить какие функции выполняет ДП, участковый педиатр, участковая медицинская сестра.

1) - организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры и диспансеризация в декретированные сроки, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа с родителями). - направление на лечение в стационары больниц. - реабилитация с использованием санаторного и курортного лечения, в лагерях отдыха, лесных школах и др. - лечебно-профилактическая работа в образовательных учреждениях. - противоэпидемические мероприятия и прививочная иммунопрофилактика (совместно с СЭН). - гигиеническое воспитание детей и родителей. - правовая защита детей. - повышение квалификационной категории врачей, среднего и младшего медицинского персонала. В зависимости от численности детского населения района и количества посещений в день, различают 5 категорий поликлиник: 1 - на 800, 2 - 700, 3 - на 500, 4 - на 300 и 5 - на 150 посещений в день. Количество детей на педиатрическом участке должно быть не более 800; на каждую должность участкового врача устанавливается 1,5 должности участковых медсестёр. На каждые 8-9 педиатрических участков выделяется одна должность освобождённого заведующего. Должности врачей в детских учреждениях и школах общего профиля устанавливается из расчёта одна должность на 180-200 детей в детских яслях, на 600 детей - в детских садах и на 2000 учащихся в школах. В дошкольных учреждениях и школах общего типа устанавливается одна должность медсестёр на 700 учащихся школ, на 100 детей детских садов, на 50 детей санаторных детских садов и на 300 учащихся вспомогательных школ с умственно отсталыми детьми. По нормативам, утверждённым МЗ РФ, участковый-педиатр в течение 1 часа работы обслуживает в поликлинике 5 детей, на дому-2 ребёнка; при профилактических осмотрах число посещений на 1 час работы составляет 7 детей.;

3. Участковый принцип обслуживания детей.

1) Работа амбулаторно-поликлинических учреждений строится по участковому принципу. Территория района, определенного для поликлиники, 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) путём поквартирных обходов участковыми сестрами. При этом фиксируется фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес ребенка, для организованных детей - номер дошкольного учреждения, школы. Участково - территориальный принцип работы обеспечивает наблюдение за детьми как на дому, так и в поликлинике постоянно закрепленным медперсоналом, изучающим состояние их здоровья в динамике с учетом социальных и бытовых условий. Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются: снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей. Участок работает по плану, составляемому ежемесячно.;

4. Перечислить основную учетно - отчетную документацию на педиатрическом участке.

5. Указать принципы организации стационара на дому, показания для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ, МЕДИЦИНСКИХ, ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ, ЮРИДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА И ИХ ВОССТАНОВЛЕНИЕ - ЭТО::

- 1) диспансеризация;
- 2) реабилитация;
- 3) адаптация;
- 4) иммунопрофилактика;
- 5) абилитация;

2. В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫДЕЛЯЮТ::

- 1) отделение сан просвет работы;
- 2) кухню;
- 3) отделение травматологии;
- 4) отделение восстановительного лечения;
- 5) отделение агонизирующих;

3. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПО МОНИТОРИНГУ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) патронаж к ребенку до 1 года жизни;
- 2) анкетирование родителей;
- 3) чтение лекций;
- 4) беседы с родителями;
- 5) предоставление брошюр родителям;

4. В НОРМЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ БЕРЕМЕННОСТИ):

- 1) 40;
- 2) 32;
- 3) 24;
- 4) 20;
- 5) 48;

5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ НЕОБХОДИМО С ЦЕЛЬЮ:

- 1) профилактики травматизма;
- 2) создания комфортных условий;
- 3) улучшения передвижения;
- 4) создания уюта;
- 5) выполнения непонятных требований;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает.

Вопрос 1: Определите неотложное состояние пациента и составьте алгоритм оказания доврачебной помощи;

- 1) Диагноз: носовое кровотечение. Алгоритм оказания неотложной помощи: а) в положение сидя наклонить голову пациента вперед, обеспечить его лотком для сплевывания крови; б) приложить холод на переносицу, прижать крылья носа к перегородке. При неэффективности произвести переднюю тампонаду носа стерильной марлевой турундой, смоченной 3% раствором перекиси водорода или применить гемостатическую губку. Наложить пращевидную повязку; в) при неэффективности вызвать бригаду “скорой медицинской помощи” для проведения задней тампонады носа и госпитализации в стационар.;

2. В школьной столовой у ученицы 6 класса во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Её беспокоит боль в области гортани. Пациентка растеряна, говорит с трудом, испытывает страх. Лицо цианотично. Осиплость голоса. Периодически повторяются приступы судорожного кашля и шумное дыхание с затруднением вдоха.

Вопрос 1: Определите неотложное состояние пациента и составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.;

- 1) Диагноз: инородное тело верхних дыхательных путей. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: а) с помощью третьего лица вызвать бригаду “скорой медицинской помощи”; б) попытаться удалить инородное тело с помощью пальцев. При неэффективности применить прием Гемлиха или придать пострадавшей дренажное положение с использованием вибрационного массажа грудной клетки; в) коникотомия; г) срочная госпитализация в ЛОР-отделение;

3. К больному С., 5 лет, была вызвана скорая помощь на 2-й день болезни. Заболел остро, температура тела поднялась до 40С, сильная головная боль, слабость, тошнота, однократная рвота. На следующий день состояние ухудшилось, на коже заметили обильную сыпь. При осмотре: в сознании, но адинамичен, вял, бледный. На коже, в основном нижних конечностей, обильная звездчатая геморрагическая сыпь, единичные элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются, имеются некрозы. Одышка - ЧДД 36 в мин. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, пальпируются, не мочится. Менингеальных симптомов нет.

- 1) Менингококковая инфекция. Менингококкцемия. Инфекционно - токсический шок 2-й степени. Основания для диагноза - острое начало, сочетание выраженной интоксикации с характерной геморрагической сыпью с некрозом на бледном фоне кожи. Тахикардия, падение АД, одышка, анурия. Выраженные изменения функции сердечно - сосудистой системы, анурия свидетельствуют о развитии у больного ИТШ - 2-й степени. 2. основной тактической задачей фельдшера скорой помощи при диагностике ИТШ является организация быстрой транспортировки в реанимационное отделение инфекционной больницы (минуя приемный покой), сочетающаяся с поддержанием жизненно важных функций организма, в первую очередь - гемодинамики. С этой целью на догоспитальной этапе необходимо парентерально ввести преднизалон, лучше в/в - 20-50-100 мг. в 20 мл. глюкозы, подключить кислород, начать этиотропную терапию (введение левомецетина - сукцината, в случае отсутствия - пенициллина).;

4. После сдачи экзамена студенты ехали стоя в переполненном автобусе. Вдруг одному из них стало плохо. Он побледнел и упал. Объективно: сознание отсутствует, кожные покровы бледные, конечности холодные, зрачки узкие, на свет не реагируют, пульс нитевидный

Вопрос 1: Определите и обоснуйте вид неотложного состояния. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.;

1) В результате психоэмоционального перенапряжения и пребывания в душном автобусе у молодого человека возник обморок. Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние: - отсутствие сознания; - отсутствие реакции зрачков на свете; - бледность кожные покровов, холодные конечности; - тахикардия. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: а) уложить с несколько приподнятыми ногами для улучшения мозгового кровообращения; б) вызвать скорую помощь; в) расстегнуть воротник, расслабить пояс для улучшения дыхания; г) поднести тампон, смоченный раствором нашатырного спирта к носу, с целью рефлекторного воздействия на центральную нервную систему (при наличии аптечки у водителя); е) периодически контролировать пульс и наблюдать за пациентом до прибытия скорой помощи.;

5. Больная С., 3 лет, обратилась с жалобами на слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4С, схваткообразные боли внизу живота. Стул за ночь около 15 раз, в испражнениях заметила слизь и кровь. Заболела 1 день тому назад: появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру состояние ухудшилось. При осмотре: температура тела 38,9С, больная вялая. Пульс 96 уд/мин., ритмичный, АД 105/60 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид «лужицы слизи» с прожилками крови.

Вопрос 1: Определите предполагаемый диагноз и укажите показания для госпитализации.;

1) Диагноз: «Острая дизентерия, средней тяжести». Основывается на наличии синдрома интоксикации (повышение температуры тела, слабость, головная боль) и колитического синдрома (схваткообразные боли в низу живота, больше слева, частый жидкий стул со слизью, прожилками крови, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка). Госпитализация больного острой дизентерией проводится по клиническим показаниям (наличием интоксикации, выраженный колитический синдром - в кале примесь крови); по эпидемиологическим показаниям: больная относится к декретированной группе.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 2. Организация лечебно-профилактической помощи недоношенным детям в условиях детской поликлиники

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность темы обусловлена: - снижением качественных характеристик здоровья новорождённых детей, в первую очередь за счет увеличения доли недоношенных детей; - профилактической направленностью деятельности детской поликлиники; - важностью своевременного выявления факторов риска формирования заболеваний, их устранения или минимизации; - необходимостью соблюдения дифференцированного подхода к оздоровительным и реабилитационным мероприятиям у недоношенных новорождённых.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, методы оценки их выполнения и качество., основные виды потенциальных опасностей и их последствия в профессиональной деятельности и быту, принципы снижения вероятности их реализации, нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, особенности оказания доврачебной помощи, правила планирования и проведения сестринского патронажа беременных женщин, новорожденных и грудных детей, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, национальный календарь профилактических прививок, нормативно-правовую базу по проведению профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, **уметь** организовывать мероприятия по диспансеризации и диспансерному наблюдению населения на прикрепленном участке, осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, проводить медико-социальный патронаж пациентов на прикрепленном участке, оказывать доврачебную медицинскую помощь и сестринский уход пациентам при заболеваниях, отравлениях, травмах, проводить анализ медико-статистической информации и интерпретировать результаты состояния здоровья пациента (населения), работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. обосновать выбор материала, методов микробиологической диагностики, средств профилактики, включая карантинные мероприятия, с учетом биологических особенностей возбудителя, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке, медико-социальным патронажем пациентов на прикрепленном участке, способами оказания доврачебной медицинской помощи и сестринского ухода за пациентом при заболеваниях, отравлениях, травмах, методами и способами оценки морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач, основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Физическое развитие (ФР) – динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие органов и систем организма) и биологического созревания ребенка в определенном периоде детства. В основе оценки ФР лежат параметры роста, массы тела, пропорции отдельных частей тела и степень развития функциональных способностей организма (физическая подготовленность). Только при их совместном рассмотрении можно дать объективную оценку ФР.

Базовая оценка ФР ребенка заключается в измерении массы тела, длины тела ребенка и сравнения измеренных показателей с нормами роста. Цель заключается в том, чтобы определить, «нормально» ли физически развивается ребенок, имеет ли он аномалию развития или тенденцию к возникновению аномалии ФР, которую необходимо устранить.

Для достижения данной цели требуется выполнение последовательных действий:

1. Правильное измерение массы тела, длины тела;
2. расчет ИМТ;
3. Нанесение результатов измерений на графики массы тела/роста;
4. Интерпретация полученных данных с учетом возраста и половой

принадлежности ребенка

Правильное измерение, построение графиков и интерпретация антропометрических данных имеют первостепенное значение для выявления проблем физического развития ребенка.

Длина тела (рост) ребенка

Основные положения правильного измерения длины тела (роста) ребенка

В зависимости от возраста ребенка и его способности стоять измеряют длину тела или рост ребенка. Длина тела ребенка измеряется в положении лежа, рост – в положении стоя. Обычно рост в положении стоя примерно на 0,7 см меньше, чем длина тела в положении лежа. Эта разница была учтена при разработке норм роста ВОЗ. Поэтому важно вносить поправку в измерения, если вместо роста используется длина тела и наоборот.

Если ребенок до 2 лет не захочет лечь для измерения длины, измеряют рост в положении стоя и прибавляют 0,7 см, чтобы преобразовать рост в длину тела.

Если ребенок в возрасте 2 лет или старше не может стоять, измеряют длину тела в положении лежа и вычитают 0,7 см, чтобы преобразовать длину тела в рост.

Для измерения длины тела ребенка необходима мерная доска (ростомер для детей грудного возраста), которая кладется на плоскую устойчивую поверхность, например, на стол.

Для измерения роста используют ростомер, устанавливаемый под прямым углом между ровным полом и прямой вертикальной поверхностью, такой как стена.

Техника измерения роста

Измерение длины тела/роста проводят сразу после взвешивания, пока ребенок еще не одет. Необходимо убедиться в том, что ребенок снял обувь и украшения для волос. Если косы мешают измерению, их следует расплести.

При измерении длины тела или роста мать должна находиться рядом, чтобы помогать в ходе измерения и успокаивать ребенка.

Измерение длины тела лежа

1. В целях гигиены и для удобства ребенка ростомер для детей грудного возраста накрывают тонкой материей или мягкой бумагой. Мать должна сама положить ребенка на спину на ростомер, а затем, стоя напротив медработника на другой стороны ростомера, держать его голову у неподвижного надголовника, пока медработник будет производить измерение.
2. Голова ребенка должна располагаться так, чтобы воображаемая вертикальная линия от ушного канала до нижней границы глазницы проходила перпендикулярно к ростомеру (глаза ребенка должны быть направлены прямо вверх). Мать должна встать у изголовья и удерживать голову ребенка в таком положении.
3. Следует убедиться, что ребенок лежит ровно и не меняет своего положения. Плечи должны касаться горизонтальной поверхности, спина не должна выгибаться. Попросите мать сообщить вам, если ребенок выгнет спину или сдвинется с места.
4. Одной рукой прижмите ноги ребенка, а другой рукой перемещайте подножку. Мягко надавите на колени, чтобы максимально выпрямить ноги.

Примечание: у новорожденных невозможно выпрямить колени в той же степени, как у детей постарше. Ввиду легкой ранимости, надавливание на колени у новорожденных должно быть минимальным.

5. Если ребенок слишком возбужден и невозможно удержать обе ноги в одном положении, измерение производят с одной ногой в нужном положении.
6. Удерживая колени, до упора подвигают подножку к ногам ребенка. Подошвы стоп ребенка должны лежать ровно на подножке, пальцы ног должны быть направлены вверх. Если ребенок выгибает пальцы ног и подножка не касается подошв стоп, следует слегка пощекотать подошвы и, когда ребенок выпрямит пальцы ног, быстро придвинуть подножку.
7. Необходимо снять показание и записать длину тела ребенка в сантиметрах с точностью до 0,1 см
8. Чтобы правильно измерить длину, все действия необходимо проводить быстро и уверенно, пока ребенок не начал капризничать.

Измерение роста стоя

1. Следует проверить, сняты ли обувь и украшения для волос.
2. Затылок, лопатки, ягодицы, икры и пятки должны касаться вертикальной поверхности ростомера. Такое положение может быть невозможным для ребенка с ожирением, в этом случае ребенку надо встать так, чтобы одна или более точек касания прикасались к вертикальной поверхности ростомера. При необходимости мать должна удерживать колени и лодыжки ребенка так, чтобы его ноги были выпрямлены, он стоял на всей ступне, касаясь пятками и икрами вертикальной поверхности ростомера.

3. Голова должна располагаться так, чтобы горизонтальная линия от ушного канала до нижнего края глазницы располагалась строго горизонтально. Чтобы голова оставалась в этом положении, следует придерживать ребенка за подбородок большим и указательным пальцами.
4. Удерживая голову ребенка в таком положении, другой рукой необходимо опустить подвижную планку ростомера на голову ребенка, плотно прижав волосы.
5. Необходимо снять показание и записать рост ребенка в сантиметрах с точностью до 0,1 см

Примечание: если ребенку, чей рост был только что измерен, меньше 2 лет, к полученному показанию следует добавить 0,7 см.

Что такое графики роста и как ими пользоваться, интерпретация показателей роста, тактика педиатра при оценке показателей

Для оценки показателей роста в детстве разработаны и применяются специальные ростовые кривые, где горизонтальная ось абсцисс - хронологический возраст ребенка (годы и месяцы), ось ординат - рост (см). В точке пересечения хронологического возраста ребенка и измеренного роста откладывается точка - показатель роста конкретного ребенка в определенном хронологическом возрасте. Если продолжить откладывать данные роста ребенка при их регулярном измерении, получится изображение индивидуальной кривой роста, отражающей темпы роста конкретного ребенка и их соотношения с нормативными данными для соответствующего возраста и пола.

Оценка показателя роста с учётом перцентилей и коэффициента стандартного отклонения (SDS)

Центильные показатели роста у детей оцениваются по перцентильным таблицам:

- выше 97 перцентили - рост высокий (высокорослость);
- 97-75 перцентиль - рост выше среднего (для данного возраста и пола);
- 75-25 перцентиль - средние значения роста (для данного возраста и

пола);

- 25-3 перцентиль - рост ниже среднего (для данного возраста и пола);
- ниже 3 перцентили - рост низкий (низкорослость).

Оценка SDS роста проводится по формуле (по В.А. Петерковой, 2006):

$$\text{SDS роста} = (x - X) / SD$$

x - рост ребёнка,

X - средний рост для данного пола и хронологического возраста,

SD - стандартное отклонение роста для данного пола и хронологического возраста.

Результаты оценки:

- SDS < 1 - средние значения роста (для данного возраста и пола);
- SDS > 1 - рост ниже среднего (для данного возраста и пола);
- SDS > 2 - рост низкий (низкорослость)

5. Вопросы по теме занятия

1. Стандарты оформления медицинской документации.
2. Цели диспансеризации здоровых детей, детей из групп риска, детей с хроническими заболеваниями и инвалидов.
3. Оценка анамнеза (генеалогического, акушерско-биологического, социального).
4. Назначение индивидуальных лечебно-профилактических осмотров, этапы их проведения.
5. Определение групп здоровья.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ ПРОБУ::

- 1) Шалкова;;
- 2) Мак-Клюра;;
- 3) Штанге;;
- 4) Генчи;;
- 5) жгута;;

2. ДОВРАЧЕБНЫЙ ЭТАП ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (СКРИНИНГ И ЛАБОРАТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) МОЖЕТ ОСУЩЕСТВИТЬ::

- 1) воспитатель;;
 - 2) медицинская сестра;;
 - 3) родитель;;
 - 4) логопед;;
 - 5) психолог;
3. ЧАСТОТА ОСМОТРА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ::
- 1) 1 день;;
 - 2) 1 месяц;;
 - 3) 2 месяца;;
 - 4) 3 месяца;;
 - 5) 5 месяцев;;
4. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ - ЭТО::
- 1) оценка развития организма антропометрическими методами исследования;;
 - 2) совокупность морфологических и функциональных признаков, характеризующих развитие и формирование организма в процессе роста;;
 - 3) показатели роста и массы тела;;
 - 4) антропометрические показатели;;
 - 5) совокупность морфологических и функциональных признаков;;
5. ВРОЖДЕННЫЕ РЕФЛЕКСЫ ОПОРЫ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ПОХОДКИ ИСЧЕЗАЮТ В ВОЗРАСТЕ::
- 1) 1 месяц;;
 - 2) 2 месяца;;
 - 3) 3 месяца;;
 - 4) 4 месяца;;
 - 5) 5 месяцев;;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Вы и врач-педиатр участковый пришли на патронаж к новорожденному ребенку. Мальчику 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в I и II половине (рвота, нефропатия). Ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела - 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямо - 180 мкмоль/л, прямо - 3,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок - 2,5×2,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопрос 1: Поставьте диагноз и определите группу здоровья, укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.;;

1) Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II. На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок кричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 5/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 280 мкмоль/л, прямо - 3,4 мкмоль/л.;

2. Вы и врач-педиатр на осмотре ребенка на дому. Девочка 6 суток жизни, накануне выписана из родильного дома в удовлетворительном состоянии.

Вопрос 1: Укажите условия для сбора анамнеза у детей раннего возраста, что такое биологический анамнез?;

1) Условия для сбора анамнеза у детей раннего возраста: • Поведение персонала и его внешний вид, который в педиатрии приобретает особый смысл (опрятный вид без использования экстравагантных стилей одежды, без яркой необычной косметики со стойкими запахами, ярких украшений); • анамнез собирается у родителей, желательно у матери; • расспрос имеет особое значение т.к. за это время необходимо наладить контакт с ребенком и его родственниками; • очень важно быть предельно доброжелательным, спокойным, уверенным в себе; • следует спокойно выслушать родителей и одновременно наводящими вопросами и уточнениями получить необходимую информацию. Биологический анамнез - включает сведения о развитии ребенка в различные периоды онтогенеза.;

3. Вы и врач-педиатр на осмотре ребенка на дому. Ребенок мужского пола, 10 суток жизни, накануне выписан из родильного дома в удовлетворительном состоянии.

Вопрос 1: Как оценить биологический анамнез и что такое социальный анамнез?;

1) Оценка биологического анамнеза осуществляется посредством построения генеалогического дерева и

оценкой индекса отягощенности на основании полученных данных. Социальный анамнез - анамнез семьи, жилищный, материальные доходы, образование, отношения в семье.;

4. Вы и врач-педиатр участковый пришли на патронаж к новорожденному ребенку. Ребенку 7 дней жизни. Беременность II, протекала с гестозом во II половине (рвота, обострение хронического пиелонефрита). Ребенок от срочных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Масса тела - 3500 г, длина - 52 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямой - 170 мкмоль/л, прямой - 5,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 110 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены-патологии не выявлено. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью. Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор нижней челюсти. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония, больше в ногах. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок - 1,5×1,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, желтого цвета, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопрос 1: Дайте рекомендации матери по режиму и питанию на первый месяц жизни.;

1) Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление - по требованию. Мать предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесь. По данному поводу необходимо матери указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).;

5. Вы пришли на патронаж к новорожденному ребенку. Девочке 15 дней жизни. Беременность I, протекала без особенностей. Роды срочные, самостоятельные, без особенностей. Закричала после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Масса тела - 3200 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямой - 130 мкмоль/л, прямой - 3,8 мкмоль/л. Выписаны из роддома на 4 сутки с уровнем билирубина 100 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены, патологии нет. Мать жалуется на желтуху ребенка. Вскармливание грудное, 7 раз в сутки. Ест хорошо. ВРемя кормления 15-20 минут. Ребенок спокоен, вздрагиваний, судорог нет. Физиологические рефлексы живые, стойкие, повышен тонус сгибателей. Кожа лица, слизистые и склеры субиктеричные. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок - 2,0×2,0 см, эутоичен. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка не пальпируется. Стул куашицеобразный, желтый до 6 раз в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Вопрос 1: Поставьте диагноз и определите группу здоровья. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.;

1) Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II. Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 3. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Изменения глобального характера в политике, экономике выявили большую напряженность в существующих системах и стратегиях здравоохранения во всем мире. Изменения, которые претерпевает система организации здравоохранения отражена в Стратегии развития до 2025 года. Изменения касаются всех звеньев и составляющих отечественной медицины.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, методы оценки их выполнения и качество., нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, закономерности и особенности социально-исторического развития различных культур в этическом и философском контексте., законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, **уметь** осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, воспринимать межкультурное разнообразие общества в социально-историческом, этическом и философском контекстах, реализовывать правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности, проводить анализ медико-статистической информации и интерпретировать результаты состояния здоровья пациента (населения), работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами анализа медико-статистической информации и интерпретации результатов состояния здоровья пациента (населения), навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье., основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

I. Общие положения

1. Настоящая Стратегия является документом стратегического планирования, разработанным в целях обеспечения национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, включающим в себя оценку состояния национальной безопасности в этой сфере, определяющим цели, основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения в Российской Федерации, а также основные этапы, ожидаемые результаты и механизмы реализации настоящей Стратегии.

2. Правовую основу настоящей Стратегии составляют Конституция Российской Федерации, федеральные законы от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", от 28 июня 2014 г. N 172-ФЗ "О стратегическом планировании в Российской Федерации", указы Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. N 683 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации", от 7 мая 2018 г. N 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" и от 11 марта 2019 г. N 97 "Об Основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу".

3. Настоящая Стратегия направлена на формирование и реализацию на федеральном, региональном и муниципальном уровнях скоординированной политики в сфере охраны здоровья граждан.

4. Настоящая Стратегия является основой для разработки отраслевых документов стратегического планирования, государственных программ Российской Федерации, государственных программ субъектов Российской Федерации, а также национальных проектов "Здравоохранение" и "Демография".

II. Состояние национальной безопасности в сфере охраны

здоровья граждан

5. С 2012 по 2017 год:

1) ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла на 2,5 года и составила 72,7 года;

2) показатель общей смертности снизился с 13,3 до 12,4 случая на 1 тыс. человек, смертности лиц трудоспособного возраста - на 15,8 процента (до 484,5 случая на 100 тыс. человек соответствующего возраста), младенческой смертности - на 35 процентов (до 5,6 случая на 1 тыс. детей, родившихся живыми), материнской смертности - на

23,5 процента (до 8,8 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми), число аборт - на 26,7 процента;

3) уровень профессиональных заболеваний снизился на 23,4 процента (до 1,31 случая на 10 тыс. работников), однако при этом своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний при проведении периодических медицинских осмотров остается низким из-за дефицита врачей-профпатологов, недостаточного спектра функциональных и лабораторных исследований. Отмечается недостаточная заинтересованность работодателей в сохранении здоровья работников, в том числе в прохождении ими профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

4) число граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, увеличилось в 2,3 раза и составило 1047,9 тыс. человек, что свидетельствует о повышении ее доступности для населения;

5) число граждан, получивших санаторно-курортное лечение, увеличилось в 1,3 раза;

6) число реабилитационных коек увеличилось в 1,7 раза, число больных, прошедших реабилитацию, - в 2 раза, однако это не обеспечивает в полной мере потребности пациентов в реабилитации (в 2017 году из 26 463,5 тыс. случаев лечения медицинская реабилитация проведена только в 409,6 тыс. случаев (1,5 процента);

7) осуществление государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств, государственного контроля за обращением медицинских изделий позволило снизить количество фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств почти в 2 раза (до 0,4 процента);

8) расходы граждан на приобретение лекарственных препаратов и медицинских изделий выросли с 713,3 млрд. рублей до 1254,1 млрд. рублей, из них на приобретение лекарственных препаратов - с 598,1 млрд. рублей до 1027,2 млрд. рублей;

9) количество заболеваний системы кровообращения выросло на 20,4 процента, число больных со злокачественными новообразованиями - на 14,5 процента, что на фоне снижения смертности от этих заболеваний свидетельствует о росте обращения граждан в медицинские организации;

10) число лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, выросло и составило 808,8 тыс. человек;

11) уровень заболеваемости сахарным диабетом увеличился на 23 процента. Отмечается распространенность других алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе ожирения. В рационе питания взрослого населения ряда субъектов Российской Федерации наблюдается дефицит витаминов и микроэлементов;

12) объем платных медицинских услуг вырос в 1,9 раза и составил 626,6 млрд. рублей (доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг выросла с 16 до 20 процентов).

6. Уровень удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи в 2017 году составил 39,9 процента.

7. Расходы на оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи увеличились с 2012 по 2017 год на 45,4 процента. Вместе с тем имеются несбалансированность и дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

8. Отмечаются недостаточный уровень качества первичной медико-санитарной помощи и ее доступности для населения. Имеются населенные пункты, находящиеся вне зоны доступности для граждан первичной медико-санитарной помощи.

9. Недостаточно развита инфраструктура детского здравоохранения. Доля зданий областных, краевых и республиканских детских больниц, не отвечающих современным требованиям, составляет 31,5 процента от общего числа зданий детских больниц. Медицинскую помощь по ряду профилей дети получают в непрофильных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению.

10. Серьезной проблемой является недостаточная оснащенность медицинских организаций средствами индивидуальной и коллективной защиты, эффективными средствами экстренной профилактики и лечения лиц с инфекционными заболеваниями, а также недостаточная оснащенность клиничко-диагностических, в том числе микробиологических, лабораторий и патолого-анатомических отделений медицинских организаций современным оборудованием и расходными материалами.

11. Появление новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и

распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций требуют постоянного поддержания высокого уровня противоэпидемической готовности.

12. Уровень потребления алкоголя и уровень потребления табака остаются еще достаточно высокими и составляют соответственно 10 литров на человека и 30,1 процента взрослого населения, что наряду с нерациональным питанием и низкой физической активностью, недостаточной мотивацией граждан к сохранению и укреплению своего здоровья является угрозой возникновения и развития ряда заболеваний, особенно у мужчин трудоспособного возраста.

13. В 2013 - 2017 годах прошли диспансеризацию 213,6 млн. граждан, из которых почти 30 процентов нуждаются в лечении. При этом часть граждан проходит диспансеризацию ежегодно, а другая - не проходит ее более трех лет, что зачастую приводит к формированию тяжелых форм заболеваний.

14. Отмечается формальный подход медицинских работников к проведению диспансеризации. У граждан не сформирована потребность в ежегодном ее прохождении.

15. Недостаточно развита единая база данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов, обеспечением федеральных медицинских организаций донорской кровью и ее компонентами на безвозмездной основе в полном объеме.

16. Отмечается медленное развитие санаторно-курортного комплекса Российской Федерации. Негативным фактором, сдерживающим развитие санаторно-курортного комплекса, является неудовлетворительное состояние его материально-технической базы.

17. Не в полной мере развита паллиативная медицинская помощь, включая выездную патронажную службу, предоставление необходимых лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных, и медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека.

18. Остаются нерешенными проблемы качества подготовки медицинских работников, ощущается дефицит врачей: анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, онкологов (включая детских), фтизиатров, психиатров, патологоанатомов, а также врачей, работающих в амбулаторно-поликлинических организациях (при их избытке в стационарах).

19. Российское здравоохранение отстает в технологическом отношении от здравоохранения западных государств. При лечении онкологических больных все еще доминирует хирургическое вмешательство, а современная радиотерапия доступна лишь в некоторых субъектах Российской Федерации. Недостаточно используются современные таргетные лекарственные препараты.

20. В условиях быстро развивающихся информационно-коммуникационных технологий, искусственного интеллекта ощущается отставание в развитии технологий, обеспечивающих защиту персональных данных пациентов.

21. Сохраняются проблемы с обеспечением граждан лекарственными препаратами, обусловленные ограниченными финансовыми ресурсами государства. Для их решения требуется в том числе совершенствование организационных процессов.

22. Результаты проводимых мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения показали, что отмечается тенденция к снижению смертности населения по всем основным группам заболеваний и увеличению ожидаемой продолжительности жизни. В то же время с 2016 года темпы снижения смертности по всем основным группам заболеваний оказались недостаточными для обеспечения естественного прироста населения. Естественная убыль населения в 2016 году составила 2,3 тыс. человек и в 2017 году - 135,8 тыс. человек. При этом наибольшая убыль отмечена среди сельского населения. В сельской местности смертность превысила рождаемость на 22,3 процента и составила 13,7 случая на 1 тыс. сельских жителей, что на 14,2 процента больше, чем смертность городских жителей (12 случаев на 1 тыс. городских жителей). В результате неблагоприятных демографических тенденций и отрицательной миграции сельских жителей их численность за 2016 год уменьшилась на 106,6 тыс. человек, за 2017 год - на 116,8 тыс. человек.

III. Угрозы и вызовы национальной безопасности в сфере

охраны здоровья граждан

23. Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются:

- 1) высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний - сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, нейродегенеративных и других;
- 2) отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций;
- 3) достаточно высокий уровень распространенности наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, увеличение количества случаев травматизма и отравлений;
- 4) распространение антимикробной резистентности;
- 5) рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов, увеличение частоты заболеваний, вызываемых инфекциями, у лиц с иммунодефицитными состояниями, распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- 6) риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний;
- 7) риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров;
- 8) риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

24. Наиболее значимыми вызовами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются:

- 1) старение населения (увеличение численности лиц старше трудоспособного возраста);
- 2) неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи;
- 3) замещение бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, медицинскими услугами, предоставляемыми на платной основе, что влечет за собой нарастание социальной напряженности в обществе;
- 4) рост числа детей-инвалидов.

IV. Цели, основные задачи и приоритетные направления

развития здравоохранения в Российской Федерации

25. Целями развития здравоохранения в Российской Федерации являются увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

26. Основными задачами развития здравоохранения в Российской Федерации являются:

- 1) создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи;
- 2) профилактика заболеваний;
- 3) разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств;
- 4) предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- 5) совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан, включая государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий;
- 6) обеспечение биологической безопасности;
- 7) совершенствование системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

27. Решение основных задач развития здравоохранения в Российской Федерации должно осуществляться по следующим приоритетным направлениям:

1) совершенствование системы оказания медицинской помощи, предусматривающее в том числе:

строительство и реконструкцию объектов здравоохранения; развитие инфраструктуры и материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в том числе детям;

оснащение современным лабораторным оборудованием, высокочувствительными и специфичными тест-системами клиничко-диагностических, в том числе микробиологических, лабораторий и патолого-анатомических отделений медицинских организаций;

обеспечение оптимальной доступности для граждан (включая граждан, проживающих в труднодоступных местностях) первичной медико-санитарной помощи, в том числе путем создания фельдшерско-акушерских пунктов, использования мобильных медицинских комплексов, а также обеспечение транспортной доступности медицинских организаций, включая развитие маршрутов общественного транспорта, строительство и реконструкцию дорог с твердым покрытием;

дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи;

реализацию программы по борьбе с онкологическими заболеваниями;

совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с неинфекционными заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем;

совершенствование организации экстренной медицинской помощи гражданам (включая граждан, проживающих в труднодоступных местностях) с использованием санитарной авиации;

создание в медицинских организациях системы экстренного реагирования, обеспечивающей с помощью индивидуальных электронных устройств оперативное получение информации об изменении показателей здоровья пациентов из групп риска;

развитие паллиативной медицинской помощи, в том числе за счет увеличения числа выездных патронажных служб и посещений пациентов на дому, организации услуг по уходу за больными, создания специализированных мультидисциплинарных бригад по организации и оказанию паллиативной медицинской помощи, укрепления материально-технической базы структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, и хосписов;

2) формирование системы мотивации граждан, особенно детей и лиц трудоспособного возраста, к ведению здорового образа жизни;

3) формирование у граждан мотивации к переходу на здоровое питание, в том числе в целях снижения риска развития алиментарно-зависимых заболеваний, а также развитие системы информирования граждан о качестве продуктов питания;

4) формирование эффективной системы профилактики заболеваний, предусматривающей в том числе ответственность федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан, а также обеспечивающей охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами, проводимыми не реже одного раза в год;

5) разработка новых медицинских технологий и их внедрение в систему здравоохранения, широкое внедрение механизма направленного инновационного развития, позволяющего сократить цикл создания нового продукта - от его разработки до вывода на рынок, и поддержка наиболее актуальных и востребованных направлений медицинской науки;

6) расширение перечня профилактических прививок, включенных в национальный календарь, в том числе за счет вакцинации против ветряной оспы и ротавирусной инфекции;

7) охват населения декретированных возрастов и населения из групп риска профилактическими прививками против вакциноуправляемых инфекций - не менее 95 процентов;

8) совершенствование оказания трансфузиологической помощи населению в медицинских организациях, осуществляющих клиническое использование донорской крови и ее компонентов, а также обеспечение производства препаратов крови в Российской Федерации;

9) обеспечение биологической безопасности, предусматривающее в том числе:

совершенствование мер профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;

профилактику и лечение инфекционных заболеваний, включая такие, распространение которых представляет биологическую угрозу населению (туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С);

противодействие распространению антимикробной резистентности;

реализацию комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение заноса опасных инфекционных заболеваний, распространение природно-очаговых инфекций и зоонозных болезней, а также обеспечение готовности к реагированию на биологические угрозы естественного и преднамеренного характера;

развитие системы мониторинга биологической обстановки на территории Российской Федерации;

совершенствование учета и отчетности в отношении социально значимых инфекционных заболеваний;

10) совершенствование системы охраны здоровья работающего населения, выявления и профилактики профессиональных заболеваний;

11) совершенствование законодательства в сфере охраны здоровья в части, касающейся охраны здоровья работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда или осуществляющих определенные виды профессиональной деятельности;

12) постоянное проведение мониторинга состояния здоровья работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (в течение всей их трудовой деятельности), в целях предупреждения профессиональных заболеваний, а также организация и развитие системы профилактики профессиональных рисков, которая ориентирована на качественное и своевременное выполнение лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих вернуть работников к активной трудовой и социальной деятельности с минимальными повреждениями здоровья;

13) развитие медицинской реабилитации и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

14) создание современной системы оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп во взаимодействии с организациями социального обслуживания, некоммерческими организациями, осуществляющими деятельность в сфере охраны здоровья граждан, социальными службами, добровольцами (волонтерами);

15) совершенствование деятельности по профилактике инвалидизации граждан;

16) упрощение порядка освидетельствования граждан при установлении им инвалидности, включая разработку и реализацию согласованных мер, предусматривающих возможность обмена необходимыми документами, в том числе в электронном виде, между медицинскими организациями и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы для установления инвалидности без участия граждан;

17) совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения, предусматривающее в том числе:

увеличение объема целевого обучения медицинских специалистов;

постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников;

устранение дисбаланса между наличием медицинских работников определенных специальностей и категорий и потребностью в таких работниках, особенно в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

предоставление медицинским работникам мер социальной поддержки, в том числе обеспечение их жильем;

18) совершенствование функционирования единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, предусматривающее в том числе:

интеграцию единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с информационными системами обязательного медицинского страхования, ведомственными информационными системами, иными информационными системами, предназначенными для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и оказываемых ими услуг;

- подключение медицинских организаций к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";
- интеграцию баз данных Пенсионного фонда Российской Федерации и Фонда социального страхования Российской Федерации с клиническими регистрами пациентов;
- развитие единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов;
- 19) создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, предусматривающего в том числе:
- развитие единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, обеспечивающей взаимосвязь процессов организации оказания медицинской помощи и управления ресурсами здравоохранения;
- развитие государственных информационных систем субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в целях их интеграции в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения;
- внедрение и развитие медицинских информационных систем во всех медицинских организациях;
- создание централизованных цифровых платформ в целях диагностики заболеваний, в том числе с использованием искусственного интеллекта;
- 20) ускоренное развитие фундаментальных и прикладных научных исследований, внедрение и использование их результатов в интересах здравоохранения;
- 21) развитие персонализированной медицины, основанной на современных научных достижениях;
- 22) создание сети биобанков, депозитариев биологических материалов человека и коллекций патогенных микроорганизмов;
- 23) разработка и внедрение:
- современных молекулярно-генетических методов прогнозирования, диагностики и мониторинга течения заболеваний;
- новых методов регенеративной медицины, в том числе с применением биомедицинских клеточных продуктов;
- методов персонализированной фармакотерапии, включая технологии генетического редактирования и таргетную терапию;
- киберпротезов и человеко-машинных интерфейсов;
- 24) развитие системы управления качеством медицинской помощи;
- 25) развитие системы независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, осуществляемой общественными советами по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая информирование населения о результатах такой оценки;
- 26) поэтапное введение механизмов саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников;
- 27) совершенствование механизмов лекарственного обеспечения граждан, а также механизма ценообразования на лекарственные препараты;
- 28) дальнейшее внедрение информационно-аналитической системы мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд;
- 29) внедрение системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий в целях снижения объема фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- 30) совершенствование контрольно-надзорной деятельности в сферах здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения посредством применения риск-ориентированного подхода при осуществлении указанной деятельности на основе распределения подконтрольных объектов по категориям риска;
- 31) совершенствование организации управления обязательным медицинским страхованием, обеспечение

финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на основе единых принципов и нормативов;

32) формирование системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, включая развитие института страховых представителей, открытие офисов страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц, в том числе в целях досудебного урегулирования споров, связанных с оказанием медицинской помощи, а также информирование населения о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

33) совершенствование нормативно-правового регулирования в целях противодействия коррупции в сфере здравоохранения, предусматривающее в том числе:

совершенствование механизмов выявления и устранения угроз, связанных с коррупциогенными факторами и неокказанием либо несвоевременным оказанием медицинской помощи больным;

разработку форм статистической отчетности по коррупционным преступлениям в сфере здравоохранения и ее введение;

34) обеспечение готовности государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения к работе в условиях чрезвычайных ситуаций и в военное время;

35) развитие добровольчества (волонтерства) и наставничества;

36) развитие центров экспорта медицинских услуг.

V. Основные механизмы оценки состояния национальной

безопасности в сфере охраны здоровья граждан

28. Государственная политика в сфере охраны здоровья граждан реализуется посредством принятия программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", национальных проектов "Здравоохранение" и "Демография", ведомственных целевых программ, а также государственных программ субъектов Российской Федерации.

29. Оценка состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан осуществляется по следующим показателям:

1) уровень смертности и инвалидности населения, в том числе детей в возрасте до 17 лет, лиц трудоспособного возраста (женщины в возрасте от 16 до 60 лет, мужчины - от 16 до 65 лет), уровень смертности от заболеваний системы кровообращения, от новообразований, в том числе злокачественных (на 100 тыс. человек), уровень младенческой смертности (на 1 тыс. детей, родившихся живыми), смертности от туберкулеза (на 100 тыс. человек), от ВИЧ-инфекции (на 100 тыс. человек);

2) объем медицинской помощи (всех видов), предоставленной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (на одно застрахованное лицо);

3) степень износа основных фондов в сфере здравоохранения (в процентах);

4) уровень охвата отдельных категорий граждан лекарственным обеспечением за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации (в процентах);

5) уровень обеспечения отечественными лекарственными препаратами, в том числе иммунобиологическими, в общем объеме лекарственных препаратов в Российской Федерации (в процентах);

6) доля лекарственных препаратов, произведенных в Российской Федерации, в общем объеме лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (в процентах);

7) расходы на здравоохранение, включая средства консолидированного бюджета Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в процентах от валового внутреннего продукта);

8) уровень заболеваемости инфекционными болезнями (на 100 тыс. человек).

VI. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации

настоящей Стратегии

30. Реализация настоящей Стратегии позволит создать условия:

- 1) для обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан;
- 2) для увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении;
- 3) для увеличения продолжительности активной трудовой жизни, сокращения периодов временной нетрудоспособности и повышения качества жизни граждан за счет уменьшения уровня заболеваемости.

31. Реализация настоящей Стратегии осуществляется в два этапа в соответствии с этапами развития экономики и бюджетной системы Российской Федерации. Для каждого из этапов устанавливаются показатели, отражающие ход и основные результаты реализации настоящей Стратегии.

32. На первом этапе реализации настоящей Стратегии (2019 - 2020 годы):

- 1) создаются правовые, организационные и финансовые механизмы, обеспечивающие устойчивое функционирование системы здравоохранения;
- 2) начинается реализация национальных проектов "Здравоохранение" и "Демография", принимаются необходимые решения в области укрепления общественного здоровья, профилактики заболеваний;
- 3) развивается система биологической безопасности и предотвращения распространения инфекционных заболеваний;
- 4) формируется целостная система подготовки и привлечения кадров для системы здравоохранения;
- 5) создаются условия, необходимые для дополнительного финансирования и роста инвестиционной привлекательности системы здравоохранения.

33. Ожидаемыми к 2021 году результатами первого этапа реализации настоящей Стратегии являются:

- 1) увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74 лет;
- 2) снижение младенческой смертности до 5,2 случая на 1 тыс. детей, родившихся живыми;
- 3) снижение смертности лиц трудоспособного возраста до 419 случаев на 100 тыс. человек соответствующего возраста;
- 4) снижение смертности от заболеваний системы кровообращения до 525 случаев на 100 тыс. человек;
- 5) снижение смертности от новообразований, в том числе злокачественных, до 197 случаев на 100 тыс. человек;
- 6) снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 7,5 случая на 100 тыс. человек;
- 7) сокращение потребления алкоголя до 9,1 литра на человека и потребления табака до 28,8 процента среди взрослого населения.

34. На втором этапе реализации настоящей Стратегии (2021 - 2025 годы):

- 1) формируются новые, в том числе организационные и управленческие, решения, направленные на устойчивое развитие системы здравоохранения, сохранение здоровья населения и повышение качества медицинской помощи;
- 2) реализуются меры, направленные на создание и внедрение в медицинскую практику новых технологий и услуг, отвечающих современному развитию медицинской науки;
- 3) совершенствуются механизмы лекарственного обеспечения граждан;
- 4) развиваются механизмы финансирования медицинской помощи, в том числе в рамках обязательного медицинского страхования.

35. Ожидаемыми к 2025 году результатами реализации второго этапа настоящей Стратегии являются (по сравнению с 2017 годом):

- 1) увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет (72,7 года);

- 2) снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. детей, родившихся живыми (5,6 случая);
- 3) снижение смертности лиц трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. человек соответствующего возраста (484,5 случая);
- 4) снижение смертности от заболеваний системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. человек (587,6 случая);
- 5) снижение смертности от новообразований, в том числе злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. человек (200,6 случая);
- 6) снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 3,9 случая на 100 тыс. человек (10,2 случая);
- 7) сокращение потребления алкоголя до 8 литров на человека и потребления табака до 27 процентов среди взрослого населения (соответственно 10 литров и 30,1 процента).

36. Реализация настоящей Стратегии возможна при отсутствии рисков изменения макроэкономической ситуации и возникновения чрезвычайных ситуаций, обусловленных реализацией биологических угроз или угроз социального характера, а также при сохранении уровня финансирования системы здравоохранения.

VII. Механизм реализации настоящей Стратегии.

Источники ресурсного обеспечения мероприятий,

предусмотренных настоящей Стратегией

37. Реализация настоящей Стратегии обеспечивается согласованными действиями федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, иных государственных органов, органов местного самоуправления, медицинских, научных, образовательных организаций независимо от формы собственности и общественных организаций.

38. Правительство Российской Федерации разрабатывает и утверждает план мероприятий по реализации настоящей Стратегии.

План включает в себя сгруппированные по этапам реализации настоящей Стратегии задачи и мероприятия, выполнение которых обеспечивается в рамках реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан.

39. Координация деятельности по реализации настоящей Стратегии, а также мониторинг ее реализации возлагается на Министерство здравоохранения Российской Федерации.

40. Реализация осуществляется за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе за счет средств, предусмотренных на реализацию государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения".

5. Вопросы по теме занятия

1. Основные цели Стратегии развития здравоохранения в РФ на долгосрочный период
2. Основные угрозы и вызовы национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан
3. Основные механизмы оценки состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан
4. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации настоящей Стратегии
5. Источники ресурсного обеспечения мероприятий, предусмотренных настоящей Стратегией

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДСЕСТРЫ В РОССИИ ПРИНЯТ:
 - 1) Всемирной организацией здравоохранения;
 - 2) Международным советом медсестер;
 - 3) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
 - 4) Ассоциацией медсестер России;
 - 5) Лига Красного Креста;
2. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РФ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
 - 1) увеличением естественного прироста;
 - 2) нулевым естественным приростом;
 - 3) отрицательным естественным приростом;
 - 4) демографическим взрывом;

- 5) волнообразностью демографического процесса;
3. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ - ЭТО:
- 1) совокупность свойств продукции, которая обеспечивает удовлетворение потребностей людей в охране здоровья;
 - 2) использование достижений научно-технического прогресса при оказании медицинских услуг;
 - 3) удовлетворенность пролеченного человека;
 - 4) результат, полученный при диагностике, реабилитации, профилактике;
 - 5) заключение страховой компании;

4. АТТЕСТАЦИЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) Трудового кодекса РФ;
- 2) Положения об аттестации;
- 3) Этического кодекса медицинской сестры;
- 4) Указа Президента РФ;
- 5) Конституции РФ;

5. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:

- 1) Только добровольное;
- 2) Только обязательное;
- 3) Добровольное и обязательное;
- 4) Индивидуальное;
- 5) Пенсионное;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В хирургическом отделении находится пациент М., оперированный по поводу острого аппендицита. К концу третьих суток появились озноб, общее недомогание, боли в области послеоперационной раны пульсирующего характера, температура 37,8 градусов. При осмотре медсестра выявила: в области послеоперационной раны отек, гиперемию, три шва прорезались.

Вопрос 1: определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме.;

1) Настоящие проблемы пациента: - боль пульсирующего характера в области послеоперационной раны; повышение температуры тела. Приоритетная проблема - пульсирующая боль в области послеоперационной раны. Цель краткосрочная — у пациента уменьшится боль. План сестринского ухода: 1. Медсестра вызовет врача 2. Медсестра по назначению врача доставит пациента в перевязочную для снятия швов 3. Медсестра по назначению врача обеспечит проведение антибиотикотерапии. 4. Медсестра обеспечит наблюдение за пульсом, температурой, ЧДД. 5. Медсестра обеспечит контроль за наклейкой.;

2. Вы - участковая медицинская сестра. На прием к участковому педиатру пришла мама с дочкой 8 месяцев. Ребёнок находится на искусственном вскармливании, развивается по возрасту. При проведении антропометрии получены следующие данные: масса тела - 8100 г, длина тела - 74 см, окружность головы - 43 см, окружность груди - 44 см.

Вопрос 1: Составьте план обучения уходу за ребенком.;

1) Обучение уходу за ребенком включает реализацию его потребностей: • Потребность в питании реализуется пятиразовым питанием адаптированной смесью (например, «Нутрилон-2») 2 раза по 180,0 + 3 прикорма (овощное пюре, каша, кефир), корректирующие добавки - сок, фруктовое пюре по 80 мл, творог, 1/2 желтка, мясное пюре. • Потребность во сне: дневной сон - по 1,5-2 часа 3 раза, ночной сон - 11 ч. • Быть чистым - предметы ухода, игрушки, детская комната должны быть в идеальной чистоте. Умывание, мытье рук, подмывание должны стать ритуалом. Гигиеническая ванна через день, одежда только из натуральных тканей, удобная. Белье тщательно отдельно стирается спец. детскими средствами, проглаживается. • Быть здоровым- гимнастика и массаж комплекс № 3 1-2 раза в день через 30 минут после кормления, закаливание - сон на воздухе, обтирания, воздушные ванны, прогулки. • Потребность в игровой деятельности большие яркие игрушки с подвижными частями, «ладушки». • Потребность в общении - спокойная доброжелательная атмосфера в семье, правильно организованный режим, ласковое общение во время купания, массажа, прогулках на «руках», активных. • Потребность выделять- начинать приучать к горшку с 8 мес. Горшок должен быть теплым, нельзя во время дефекации играть, читать.;

3. Вы - медицинская сестра детской поликлиники. При активном посещении новорожденного на дому к Вам обратилась мать, что у ее ребенка слабость, головную боль, ломоту в теле, снижение аппетита, 2-х кратную рвоту, боли в правом подреберье. Женщина беременна, срок беременности 10 недель. При объективном осмотре выявлено: температура тела 37,2 градусов, желтушное окрашивание склер и кожных покровов, печень увеличена, болезненна при пальпации. Эпиданамнез: месяц назад находилась на отдыхе в Сочи, проживала в гостинице, в которой были зарегистрированы 3 случая инфекционного заболевания (какие она не знает), на протяжении всего периода проживания в гостинице пила некипяченую воду. Покупала овощи и фрукты на рынке, перед употреблением их тщательно мыла под проточной водой в гостинице. В квартире беременной проживают муж и двое детей в возрасте 6 месяцев и 3 лет.

Вопрос 1: О каком заболевании может идти речь? Определите вероятный путь заражения беременной женщины и ребенка?;

1) Предварительный диагноз - вирусный гепатит А. Вероятный путь заражения - водный.;

4. Девушка 16 лет, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с просьбой о прерывании беременности. Врач, узнав возраст пациентки, начал возмущаться: «В наше время такого не было! У Вас что, головы нет на плечах? Нужно думать о последствиях. Пожалуй, я буду вынужден рассказать родителям». Девушка посчитала выходку врача не этичной, и написала жалобу в администрацию.

Вопрос 1: Оцените действия врача, с точки зрения закона.;

1) По действующему законодательству оказание медицинской помощи больному после 15 лет не требует согласия родителей или других законных его представителей. Врач занимается оказанием медицинской помощи, а не воспитывает своих пациентов. Он мог бы провести психообразовательную беседу по способам предохранения и профилактике болезней, передающихся половым путем. Кроме того, медицинский работник обязан провести беседу о последствиях прерывания беременности и направить к психологу.;

5. Девушка 14 лет, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с просьбой о прерывании беременности. Врач, узнав возраст пациентки, начал возмущаться: «Вы на что рассчитывали? Нужно было думать о последствиях и предохраняться. Я вынужден рассказать родителям». Девушка посчитала выходку врача не этичной, и написала жалобу в администрацию.

Вопрос 1: Оцените действия врача, с точки зрения закона.;

1) По действующему законодательству оказание медицинской помощи пациенту после 15 лет не требует согласия родителей или других законных его представителей. Так как пациентке 14 лет, то он обязан сообщить информацию законным представителям ребенка. С этической точки зрения, врач не должен высказывать своего личного отношения к пациенту и ситуации. Кроме того, медицинский работник обязан провести беседу о последствиях прерывания беременности и направить к психологу.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 4. Врачебно - сестринский патронаж, его задачи. Диспансеризация новорожденных по группам риска

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Актуальность темы обусловлена: - снижением качественных характеристик здоровья новорождённых детей; - профилактической направленностью деятельности участкового врача; - важностью своевременного выявления факторов риска формирования заболеваний, их устранения или минимизации; - необходимостью соблюдения дифференцированного подхода к оздоровительным и реабилитационным мероприятиям у новорождённых.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, национальный календарь профилактических прививок, нормативно-правовую базу по проведению профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, **уметь** организовывать мероприятия по диспансеризации и диспансерному наблюдению населения на прикрепленном участке, осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, проводить медико-социальный патронаж пациентов на прикрепленном участке, оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач, работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке, медико-социальным патронажем пациентов на прикрепленном участке, навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье., основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Организация диспансерного наблюдения за здоровыми новорожденными детьми Первое посещение здорового новорожденного на дому выполняет врач-педиатр совместно с участковой медицинской сестрой в первые 3 дня после выписки из родильного дома, но чаще на 1–2-е сут. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком. В дальнейшем она посещает ребенка ежедневно в течение первых 2 нед жизни (т.е. до полного заживления пупочной ранки), а затем 1–2 раза в неделю. Основной задачей врача-педиатра общей практики при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорожденного, лактационных возможностей матери и условий среды, где будет находиться ребенок. Поэтому врач должен собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско-гинекологического, биологического (анте-, интра-, постнатальный) и социального анамнез. Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорожденного участковый врач должен иметь обменную карту из родильного дома и проанализировать имеющиеся в ней сведения о ребенке. В обменной карте обязательно должны быть указаны следующие данные: течение беременности, характер родов, оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребенка в первые дни жизни, сроки отпадения остатка пуповины; максимальная потеря массы тела, с какого дня началось восстановление этой потери; отмечались ли проявления гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции; на какие сутки приложен к груди, как сосал; сведения о вакцинации против туберкулеза; проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия. Если в обменной карте не указаны какие-либо из этих данных, то врач должен в течение 1–2 дней связаться с родильным домом и получить их. Для окончательного суждения о состоянии здоровья новорожденного врач должен провести объективное обследование ребенка по всем системам с применением антропометрии и оценки нервно-психического развития. Объективное обследование здорового новорожденного. Новорожденный склонен к достаточно быстрому переохлаждению, поэтому, в отличие от детей более старшего возраста, объективный осмотр новорожденного должен проводиться быстро (10–15 мин) и начинаться с оценки общего состояния с акцентом на неврологическое обследование. При обследовании новорожденного необходимо придерживаться следующих правил: – выяснить, когда ребенок кормился, какая у него температура, был ли стул, не получала ли мать или он лекарств, возбуждающих или угнетающих нервную систему; – исследование должно проводиться в комнате при температуре 24–27 °С, так как более низкая температура является стимулятором; освещенность должна быть достаточной, но падающий на ребенка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуется ребенок, должна быть мягкой, но не прогибающейся; – исследование новорожденного надо проводить минимум через 30–40 мин, максимум через 1,5–1 ч после кормления; он должен быть спокоен, глаза у него должны быть открыты, спонтанные движения не резко выражены; если ребенок кричит или спит, его обследовать нельзя; - все обследование должно проводиться в последовательности, целью которой является наименьшая травматизация ребенка: вначале осматривают ребенка в

положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз, в последнюю очередь на животе.

Осмотр новорожденного начинается с наблюдения за положением головы, туловища, конечностей, спонтанных движений рук, ног, с позы ребенка, с определения тонуса. Поза новорожденного очень характерна: руки и ноги согнуты и приведены к туловищу, пальцы рук плотно сжаты в кулачки, стопы в умеренном тыльном сгибании, имеет место тенденция к запрокидыванию головки за счет повышения тонуса в разгибателях шеи. Движения здорового новорожденного в конечностях практически постоянны во время бодрствования. Тонус мышц в сгибателях конечностей повышен в норме до 1,5–2 мес. Далее четко описывается форма головы: долихоцефалическая (вытянутая в переднезаднем направлении), брахицефалическая (вытянута в поперечном направлении), башенная (вытянута вертикально). Это варианты нормы. В ряде случаев имеет место деформация головы, связанная с наличием кефалогематомы или родовой опухоли. Затем измеряется окружность головы, которая составляет 32–37 см в соотношении с ростом, массой тела, окружностью грудной клетки. Окружность головы при рождении не должна превышать окружность грудной клетки более чем на 2 см. Если имеется нахождение костей черепа друг на друга, то окружность головы может быть меньше. В дальнейшем увеличение окружности головы по месяцам идет следующим образом: за первые 3 мес на 4 см, за последующие 3 мес на 3 см, за последующие 6 мес на 3–4 см, т.е. за первый год жизни окружность головы увеличивается на 11–12 см. После этого обследуются большой родничок и швы. Большой родничок не должен превышать 2,5–3 см. Коронарный шов к моменту рождения должен быть закрыт, сагитальный шов может быть раскрыт, но не более чем на 0,3–0,5 см. К симптомам, подозрительным на внутричерепную гипертензию, необходимо отнести следующие: • раскрытие сагитального шва более чем на 0,5 см; • взбухание или напряжение большого родничка; • тенденция к башенному черепу с высоким лбом (лоб «Сократа»); • долихоцефалический череп с резко выступающим («нависающим») затылочным бугром с тенденцией головки к излишнему запрокидыванию назад, которое превышает физиологическое умеренное запрокидывание в связи с преобладанием тонуса в разгибателях шеи; • тремор кистей с тенденцией к их раскрытию; • симптом Грефе; • симптом «заходящего солнца». Необходимо помнить, что небольшие размеры большого родничка при нормальной окружности головы, правильном темпе ее роста, нормальном психическом развитии сложно считать вариантом нормы. Очень тщательно проверяется состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорожденных. Знание педиатром общей практики основных критериев оценки неврологического статуса новорожденного необходимо для того, чтобы дифференцировать симптомы физиологической незрелости ЦНС от перинатальных и постнатальных заболеваний ее. Кроме того, эти знания необходимы для оказания новорожденному своевременной консультативной помощи такими специалистами, как невропатолог, окулист. Черепно-мозговая иннервация новорожденного. I пара (обонятельный нерв) — в ответ на резкий запах ребенок морщит нос, чихает, зажмуривает глазки, у него появляется двигательное беспокойство, крик. II пара (зрительный нерв) — на яркий свет ребенок зажмуривает глазки, смыкает веки. Если нет смыкания век, нужно думать о повреждении зрительного нерва и немедленно проконсультировать его с окулистом для исключения слепоты, кровоизлияния в сетчатку и т.д. III, IV, VI пары (глазодвигательный, блоковидный, отводящий) — проверяется величина и форма зрачков, зрачковые реакции, равномерность глазных щелей, наличие птоза. У здорового новорожденного довольно часто отсутствуют содружественные движения глазных яблок, может спонтанно возникнуть косоглазие, отдельные нистагмоидные толчки. V пара (тройничный нерв). Для новорожденного имеет большое значение двигательная функция тройничного нерва, так как жевательная мускулатура осуществляет движение нижней челюсти при присасывании и сосании. Нижняя челюсть в норме должна быть плотно прижата к верхней челюсти. Отвисание нижней челюсти, выливание пищи изо рта, отсутствие чмокающих сосательных движений указывает на возможность поражения тройничного нерва. VII пара (лицевой нерв) — дает представление о функции лицевой мускулатуры. Необходимо обращать внимание на симметрию лица в покое и при эмоциональном возбуждении (плач, рефлекторная улыбка), на закрытие глазных щелей (полное, неполное), на углы рта (перетягивание в другую сторону и выливание пищи из пораженного угла). VIII пара (вестибулослуховой нерв) — при резких звуках новорожденный зажмуривает глазки, вздрагивает, разводит ручки (первая фаза рефлекса Моро). Резкое вздрагивание (так называемый старт-рефлекс) может свидетельствовать о повышенной судорожной готовности ребенка. IX–X пары (блуждающий и языкоглоточный нервы) — осуществляют функцию глотания, которое происходит за счет мускулатуры глотки и мягкого нёба. XI пара (добавочный нерв) — иннервирует мускулатуру шеи и плечевого пояса, способствует поворотам головы и подъемам ее. В положении на животе этот нерв реализует защитный рефлекс. XII пара (подъязычный нерв) — иннервирует мускулатуру языка. В норме язык активно движется в полости рта, если ребенок бодрствует. Физиологические рефлексы новорожденных. К настоящему времени описано много безусловных рефлексов, которые входят в неврологический статус новорожденного. Исследовать все рефлексы практически очень трудно, так как это истощает ребенка. Кроме того, не все они имеют одинаково важное значение для диагноза. Поэтому надо определить минимальную группу рефлексов, необходимых для неврологического осмотра и позволяющих оценить состояние нервной системы новорожденного. С точки зрения удобства надо исследовать рефлексы не по анатомическому признаку принципу замыкания дуг (спинальные, нижнестволовые, верхнестволовые), а по тем позициям ребенка, в которых эти рефлексы исследуются. Рефлексы в позиции ребенка на спине: 1. Оральная группа (V, VII, XII пары черепно-мозговых нервов): а) поисковый рефлекс (Кусмауля); б) сосательный рефлекс; в) ладонно-ротовой рефлекс (Габкина). 2. Рефлекс «объятия» (Моро), имеющий 2 фазы: разведение рук, а затем их сведение с тенденцией к обхватыванию туловища руками. 3. Хватательный рефлекс (Робинсона). 4. Коленный рефлекс. 5. Подошвенный рефлекс (аналог хватательного). 6. Рефлекс Бабинского. 7. Рефлекс Пусепа (отведение мизинца при вызывании рефлекса Бабинского). Рефлексы в вертикальной позиции. 1.

Рефлекс опоры. 2. Автоматическая походка. Рефлексы в позиции на животе. 1. Защитный рефлекс. 2. Рефлекс ползания (Бауэра). 3. Рефлекс спинного хребта (Галанта).

4. Рефлекс Переза (имеет 8 фаз: крик, лордоз и приподнимание таза, сгибание нижних конечностей, сгибание верхних конечностей, поднятие головы, генерализованная мышечная гипертония в течение нескольких секунд, мочеиспускание, выпячивание анального отверстия и дефекация). Врожденные рефлексы являются клиническими критериям нормального физиологического созревания различных уровней ЦНС. Любое их нарушение (запаздывание в созревании, отсутствие, слабость выражения) указывает на фундаментальный факт — отклонение созревания данного индивидуума от видовой нормы. Наиболее зрелыми к моменту рождения является подошвенный, хватательный, затем Бабинского, Робинзона, Бабкина, коленный, Галанта, Переза, Бауэра. Эта последовательность сохраняется до 30-го дня жизни. Оценка рефлексов идет следующим образом: 0 — отсутствие + — слабый ответ, ++ — хороший ответ, +++ — резко усиленный рефлекс. Оценка психического развития ребенка в периоде новорожденности представляет собой определенные трудности и требует от врача знаний и опыта. Оценка проводят методом психометрии, имеющим свои тесты: 1. Сенсорное развитие — зрительные, звуковые анализаторы. 2. Эмоции — мимика положительная, отрицательная. 3. Общие движения — попытка удержать голову лежа на животе. Новорожденный в 10 дней удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение); при резком звуке вздрагивает и мигает; при наступлении чувства голода появляется недовольная гримаса и крик. Ребенок в 18–20 дней удерживает в поле зрения неподвижные предметы (лицо матери, отца и т.д.); пытается поднять голову, лежа на животе. В 1-й мес. ребенок сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете, появляется плавное прослеживание движущегося предмета; прислушивается к звуку и к голосу взрослого, появляется первая улыбка в ответ на разговор взрослого; лежа на животе, пытается поднять и удержать голову. Здоровый новорожденный выписывается на участок на 5–7-й день жизни, поэтому после исследования нервно-психического статуса необходимо обратить внимание на переходные состояния, которые могут еще сохраниться у ребенка после выписки из родильного дома: 1. Токсическая эритема (чаще остатки везикулезной сыпи). 2. Физиологическая желтуха I степени. 3. Транзиторный дисбиоз кишечника и диспепсия (зеленоватый чуть разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, который может сохраняться до 10–12-го дня жизни и является нормой для данного неонатального периода). 4. Гормональный криз (нагрубание молочных желез, гидроцелле и т.д.). 5. Отсутствие восстановления массы тела (у здоровых новорожденных масса тела должна восстановиться к 12–14-му дню жизни). 6. Изменения со стороны почек («инфарктная моча»). После этого врач должен обследовать другие органы и системы организма: телосложение, питание; состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки; плотность костей черепа, форма грудной клетки, разведение в тазобедренных суставах; перкуссия, пальпация, аускультация сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем; форма живота, размеры печени, селезенки; состояние ануса, половых органов, стул, мочеиспускание; стигмы дисэмбриогенеза (за порог стигматизации принимается 5–7 стигм у одного ребенка). Особенно тщательно выяснить, как сосет ребенок грудь матери, какие делают перерывы между кормлениями, нет ли рвоты, срыгиваний, беспокойства, выдерживает ли ночной перерыв. В конце осмотра обычно проводится антропометрическое исследование (длина тела, масса тела, окружность головы и грудной клетки). Его можно провести и в самом начале осмотра, но делать это надо быстро, мягкими движениями, не вызывая у ребенка отрицательных эмоций и не перевозбуждая его. После полного объективного осмотра врач-педиатр должен сделать развернутое заключение, которое охватывает следующие моменты: 1. Дать оценку уровня физического развития, сопоставляя антропометрические данные новорожденного с показателями физического развития детей данного возраста (среднее, ниже среднего, выше среднего). 2. Определить уровень нервно-психического развития (соответствует возрасту, отстает, опережает). 3. Определить группу здоровья на период новорожденности. 4. Определить комплекс оздоровительных и воспитательных мероприятий. 5. Составить индивидуальный план ведения новорожденного (количество патронажей, консультации у специалистов, режим кормления, введение соков, начало профилактики рахита, железодефицитной анемии и т.д.). 6. Рекомендации по уходу. 7. Рекомендации по питанию. При первичном патронаже врач советует родителям популярную литературу по уходу за ребенком, его вскармливанию и воспитанию. Родителей информируют о графике работы детской поликлиники. Проводится беседа о всевозможном развитии некоторых состояний у новорожденного, которые требуют немедленной помощи медицинских работников (беспокойство, нарушение аппетита, сна, дыхания, повышение температуры тела, появление кожных высыпаний, срыгивания, рвота и др.). Матери следует объяснить, куда ей следует обращаться в случае заболевания ребенка. Через день после первого посещения врач повторно проводит патронаж, на котором проверяется состояние здоровья новорожденного, его самочувствие; обращается внимание на адаптацию новорожденного к новым для него условиям жизни, на санитарногигиеническое состояние помещения, где находится ребенок. Особое внимание обращается на выполнение матерью всех рекомендаций врача и медицинской сестры, на организацию режима дня и воспитания ребенка. При повторном патронаже врач дает рекомендации, советы по организации прогулок (на улице, с открытым лицом, температура воздуха в прохладное время года не ниже 10 оС), по купанию (купать ежедневно в течение 1-го мес жизни, температура воды 36–37 оС, с детским шампунем 2–3 раза в неделю), по организации бодрствования во время кормления. На втором патронаже даются рекомендации по выкладыванию ребенка на живот с проведением легкого массажа спины (поглаживание), по проведению воздушных ванн (перед каждым кормлением по 2–3 мин). На 14-й день жизни проводится третий врачебный патронаж на дому, при этом врач контролирует выполнение всех назначений и рекомендаций, вносит при необходимости коррекцию в них. В возрасте 1 мес врач осматривает ребенка в поликлинике, дает оценку эффективности назначенных ранее профилактических,

оздоровительных мероприятий. Анализируя течение всего периода новорожденности, врач должен дать комплексную оценку состояния здоровья ребенка, определить группу здоровья для наблюдения на 1-м году жизни. Кроме того, врач должен провести санитарно-просветительную работу с родителями о необходимости проведения профилактических мероприятий с учетом социально-гигиенической характеристики семьи ребенка. Кроме врача-педиатра ребенок в 1 мес должен быть осмотрен невропатологом, окулистом, ортопедом, а также должны быть проведены исследования крови (полный клинический анализ) и мочи. Группы риска новорожденных детей 1. Новорожденные с риском развития патологии ЦНС: - возраст матери более 30ти лет; - вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики); - патология беременности и родов (угрожаемый аборт, иммунный конфликт, многоводие, переносимость, кесарево сечение); - экстрагенетальная патология беременности (гипертоническая болезнь, пороки сердца); - тяжелый токсикоз второй половины беременности. 2. Новорожденные с риском внутриутробного инфицирования: - хроническая воспалительная экстрагенитальная патология женщины; - пиелонефрит, бронхит, колит и др.; - хр.воспалительная генитальная патология; - патология родов (длительный безводный период, патология плаценты); - перенесенная в последнем триместре беременности краснуха или контакт с дольным краснухой, токсоплазмоз, ЦМВ; - ОРВИ и бактериальные заболевания в конце беременности и родах. 3. Новорожденные с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипертрофия, незрелость) и эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, диабетическая эмбриопатия): - экстрагенитальная патология женщины (гипертоническая болезнь, заболевание щитовидной железы, ожирение); - патология беременности (тяжелый токсикоз второй половины беременности); - вредные привычки (курение, алкоголь, нарушение режима питания во время беременности). 4. Новорожденные с риском развития врожденных пороков органов и систем (пороки развития сердца, бронхо-легочной, мочеполовой систем и др.). Синдром врожденной краснухи: катаракта, глухота, порок сердца (триада Грегга). Наследственно обусловленные заболевания - фенилкетонурия, муковисцидоз, болезнь Дауна. - патология беременности (токсикоз 1 половины беременности); - сахарный диабет беременной; - применение лекарственных средств в первом триместре беременности (антибиотики, сульфаниламиды, гормоны и др.); - возраст женщины более 30 лет и мужчины более 40 лет; - вредные привычки родителей (алкоголь); - перенесенная краснуха или контакт с больной краснухой в 1 триместре беременности; - ОРВИ в 1 триместре беременности; - Воздействие профессиональных вредностей. 5. Новорожденные группы социального риска: - неудовлетворительные жилищно-бытовые условия; - неполная или многодетная семья; - плохой психологический климат в семье; - семьи с вредными привычками родителей (алкоголь, наркомания). Примерный план наблюдения за новорожденными из групп риска в течение первого месяца жизни I группа: 1. осмотр педиатром на 1 месяце жизни не менее 5 раз, в дальнейшем ежемесячно. 2. строгий контроль педиатра за размерами головы, неврологическим статусом, уровнем психического и физического развития. II группа: 1. осмотр ежедневно в течение 10 дней после выписки из родильного дома, затем на 20й день и в 1 месяц, до года ежемесячно. 2. строгий контроль за состоянием кожи и пупочной ранки.

III группа: 1. осмотр педиатром на 1 месяце жизни не менее 4 раз, в дальнейшем ежемесячно. 2. борьба за естественное вскармливание, строгий контроль за прибавкой массы, борьба с гипогалактией, рацион сбалансированного питания с учетом массы ребенка. IV группа: 1. осмотр педиатром 4 раза на 1 месяце жизни, в дальнейшем ежемесячно. 2. консультация специалистов в ранние сроки при малейшем возникновении подозрения на патологию (кардиолог, хирург). V группа: 1. рекомендуются более частые патронажи: в 1 месяц 4-6 раз, далее 1-2 раза в месяц. 2. строгий контроль качества ухода за ребенком, за питанием, за прибавкой массы тела, нервнопсихического развития. 3. обязательная госпитализация при любом заболевании. Показателем эффективности диспансерного наблюдения за новорожденным в течение 1-го мес. жизни является нормальное физическое и нервно-психическое развитие и отсутствие у него дефектов ухода и острых заболеваний.

5. Вопросы по теме занятия

1. Стандарты оформления медицинской документации.
2. Цели диспансеризации здоровых детей, детей из групп риска, детей с хроническими заболеваниями и инвалидов.
3. Оценка анамнеза (генеалогического, акушерско-биологического, социального).
4. Назначение индивидуальных лечебно-профилактических осмотров, этапы их проведения.
5. Определение групп здоровья.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. АВТОНОМНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ:
 - 1) взаимозависимые сестринские вмешательства;
 - 2) независимые сестринские вмешательства;
 - 3) зависимые сестринские вмешательства;
 - 4) таких действий медсестра не выполняет;
 - 5) действия медсестры совместно с фельдшером скорой помощи;
2. АКРОЦИАНОЗ – ЭТО СИНЮШНОСТЬ:
 - 1) губ и кончика носа, пальцев рук и ног, ушных раковин;
 - 2) кончика носа;
 - 3) пальцев рук и ног;
 - 4) ушных раковин;
 - 5) Всего тела;

3. УШНУЮ РАКОВИНУ ДЛЯ ВЫПРЯМЛЕНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У РЕБЁНКА ПРИ ЗАКАПЫВАНИИ КАПЕЛЬ НЕОБХОДИМО ОТТЯНУТЬ:

- 1) кзади и кверху;
- 2) книзу;
- 3) кпереди;
- 4) книзу и кпереди;
- 5) кверху;

4. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ФАКТОР МЕНЕЕ ВСЕГО НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЕТ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) медицинские услуги;
- 2) вредные привычки;
- 3) возраст;
- 4) избыточная масса тела;
- 5) малоподвижный образ жизни;

5. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВОЙ:

- 1) первичной медико-санитарной помощи;
- 2) диспансеризации;
- 3) реабилитации;
- 4) реабилитации;
- 5) лечения;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Патронаж, возраст ребенка 1 месяц. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок закутан в байковое одеяло, на голове платок. В комнате душно, температура воздуха 28° С, форточка закрыта. Ребенок беспокойный, кричит, кожные покровы влажные на ощупь, кожа гиперемированная, мелкоточечная сыпь, особенно много сыпи в подмышечных и паховых складках. Аппетит хороший, сосет активно.

Вопрос 1: Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, проблемы пациента, их обоснование;

Вопрос 2: Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.;

1) Нарушены потребности: одеваться и раздеваться, быть чистым, быть здоровым. Проблемы пациента: настоящие: - потница, - изменение кожи в области естественных складок, - беспокойство, высыпания на коже. потенциальные: - нарушение комфортного состояния из-за неправильно подобранной одежды.;

2) Приоритетная проблема - потница. Краткосрочная цель: уменьшение высыпаний на коже в течение 1-2 дней.

Долгосрочная цель: высыпания на коже исчезнут или существенно уменьшатся в течение 1 недели.;

2. Патронаж к ребенку 5 месяцев. Мама сообщила, что ребенок беспокойный, нарушены сон и аппетит, у ребенка зуд кожи и высыпания на голове. Ребенок от I беременности, I родов, родился доношенным. С рождения на грудном вскармливании. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок беспокойный, кожа щек гиперемирована, отмечаются расчесы на конечностях, на волосистой части головы обширные себорейные корочки. ЧДД 38 в минуту, пульс 132 в минуту. Мама связывает заболевание с введением молочной каши. У мамы (в детстве) были упорные кожные высыпания.

Вопрос 1: Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, проблемы пациента, их обоснование.;

Вопрос 2: Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.;

1) Нарушены потребности: есть, пить, спать, отдыхать, быть чистым, быть здоровым. Проблемы пациента: настоящие: зуд кожных покровов, снижение аппетита, плохой сон. потенциальные: высокий риск инфекции, связанный с нарушением целостности кожи.;

2) Приоритетная проблема - зуд кожных покровов. Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение зуда к концу недели. Долгосрочная цель: кожный зуд значительно уменьшится или исчезнет к моменту выписки.;

3. Активное посещение ребенка 3-х месяцев жизни. На искусственном вскармливании с 1,5 мес. возраста, страдает запорами. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: два дня не было стула, ребенок беспокоен, кричит, ножки прижимает к животу, сучит ножками, кожные покровы чистые. Живот умеренно вздут, газы не отходят, температура тела 36,7° С, пульс 132 уд./мин., ЧДД 44 в минуту. Осмотрен педиатром, диагноз: запор. Назначено: очистительная клизма или газоотводная трубка.

Вопрос 1: Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено, проблемы пациента, их обоснование.;

Вопрос 2: Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.;

1) Нарушены потребности: есть, пить, выделять, спать, отдыхать, быть здоровым. Проблемы пациента: настоящие: - нарушения опорожнения кишечника (запор), - нарушения питания, беспокойство. потенциальные: - риск жизнедеятельности, связанный с нарушением опорожнения кишечника, - риск возникновения осложнений.;

2) Приоритетная проблема - нарушение опорожнения кишечника (запор). Краткосрочная цель: у пациента будет стул не реже 1 раза в день (время индивидуальное). Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания о способах борьбы с запорами.;

4. Ребенок 6 месяцев на приеме в поликлинике в день здорового ребенка. Диагноз: экссудативно-катаральный диатез. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок с 3-х месяцев на искусственном вскармливании. Вес при рождении 3200, в последующие месяцы прибавка массы 1000-1100 г. С 2-х месячного возраста у ребенка возникают опрелости, несмотря на хороший уход. Кожа на щеках сухая,

гиперемированная. На волосистой части головы себорея. Мать отмечает усиление кожных проявлений после употребления ребенком в пищу яичного желтка, виноградного сока. Опрелости I-II ст. в паховых складках, в подмышечных областях, на складках шеи. Из носа слизистые выделения.

Вопрос 1: Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка и проблемы ребенка с их обоснованием.;

Вопрос 2: Поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.;

1) Нарушено удовлетворение потребностей: быть чистым, есть, дышать. Проблемы пациента: настоящие: - опрелости, - нарушение правил питания ребенка, - затруднение носового дыхания из-за выделений из носа, - дефицит знаний матери о заболевании и правилах кормления ребенка. потенциальные: - ухудшение состояния ребенка, связанное с развитием осложнений. Приоритетная проблема - нарушение правил питания ребенка из-за дефицита знаний матери о рациональном вскармливании.;

2) Кратковременная цель: мать продемонстрирует знания об особенностях питания ее ребенка через 1-2 дня. Долгосрочная цель: мать определит непереносимые ребенком продукты и организует малышу питание с учетом их переносимости.;

5. Ребенку 1 месяц. Мать жалуется на беспокойный ребенок, плохой сон. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок от 1 беременности, нормально протекавшей. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. Находится на естественном вскармливании, но кормится беспорядочно. После кормления беспокоится. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без примесей. Объективно: температура нормальная, масса 3500, длина 54 см, кожа бледная, эластичность снижена. Тургор тканей снижен. При контрольном взвешивании за кормление ребенок высасывает по 60-80 мл. Молока в молочной железе матери после кормления не остается. Ребенку был поставлен диагноз: дистрофия типа гипотрофии 1 степени. Было назначено: Диетотерапия (даны рекомендации по рациональному вскармливанию). Витаминотерапия.

Вопрос 1: Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Сформулируйте проблемы пациента.;

Вопрос 2: Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.;

1) Нарушены потребности: спать, отдыхать, есть. Проблемы пациента: настоящие: - нарушение питания, - нарушение сна, - низкая прибавка массы, - нерациональное вскармливание, - недокорм. потенциальные: - отставание в физическом, нервно-психическом развитии, - развитие иммунодефицита. Приоритетная проблема: нерациональное вскармливание, недокорм. Приоритетная проблема пациента - нерациональное вскармливание.;

2) Краткосрочная цель: нормализовать питание ребенка к концу недели. Долгосрочная цель: ребенок даст хорошую прибавку массы тела к концу месяца;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 5. Детское здравоохранение. Приоритеты развития

2. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): Современная поликлиника является комплексным, многопрофильным лечебно-диагностическим и профилактическим учреждением внебольничного типа, куда преимущественно впервые обращается человек с острыми и ранними формами заболевания. Совершенствование организации поликлинической помощи, качество работы амбулаторного звена обеспечивает снижение заболеваемости, инвалидности и смертности у населения. При этом ведущее положение занимает педиатрическая служба, так как на долю участковых врачей приходится более 50% всех посещений в поликлинике и более 70% посещений ими больных на дому.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, **уметь** осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, реализовывать правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности, проводить анализ медико-статистической информации и интерпретировать результаты состояния здоровья пациента (населения), работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, **владеть** поиском, критическим анализом и основами синтеза информации, особенностями применения системного подхода для решения поставленных задач, основами целеполагания, и методикой выбора оптимальных способов решения задач, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, способами реализации правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности, способами анализа медико-статистической информации и интерпретации результатов состояния здоровья пациента (населения), основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

В октябре 2016 года по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации стартовал пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника» (далее - пилотный проект).



Пилотный проект реализован Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом» с целью внедрения в повседневную практику медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, технологий бережливого производства (lean-технологий), способствующих созданию пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по направлениям: обеспечение безопасности и качества, исполнение заказов, устранение потерь и сокращение затрат, создание корпоративной культуры.



РЕАЛИЗОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ С ТЕНДЕНЦИЕЙ К ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

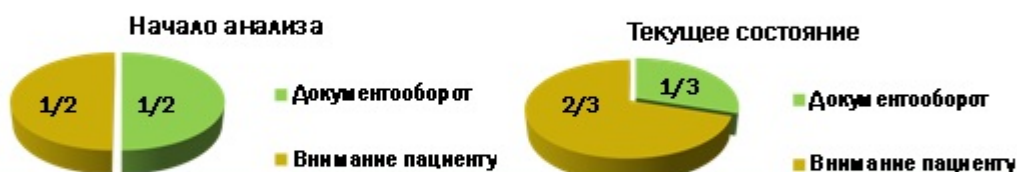
1. ОТКРЫТАЯ РЕГИСТРАТУРА
2. ЛАБОРАТОРИЯ
3. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
4. СОЗДАНИЕ КОМФОРТНЫХ УСЛОВИЙ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ



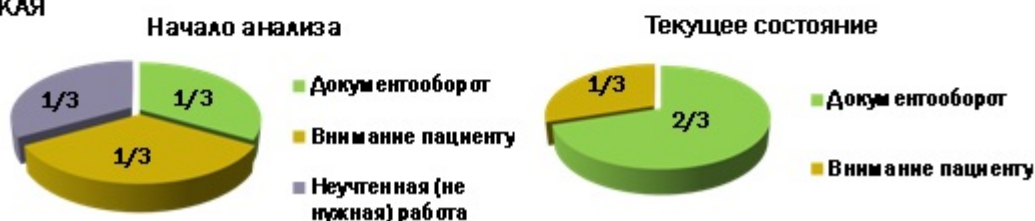
ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАГРУЗКИ МЕЖДУ ВРАЧОМ И СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ
ДЛЯ ВЫСВОБОЖДЕНИЯ ВРЕМЕНИ РАБОТЫ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ (МОДУЛЬ «ВРАЧ-МЕДСЕСТРА»)

ОСНОВА: ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОКУМЕНТООБОРОТА
РЕЗУЛЬТАТ: УВЕЛИЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ ВРАЧА ДЛЯ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ
УСЛОВНАЯ ЕДИНИЦА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ: 1,0

ВРАЧ:



МЕДИЦИНСКАЯ
СЕСТРА:



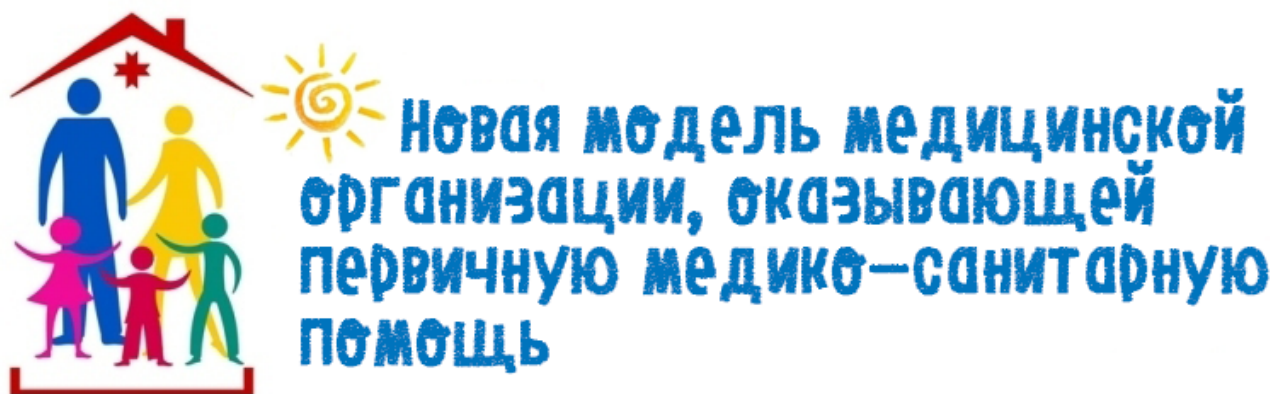
Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26.07.2017 утвержден паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее - приоритетный проект).

«Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» - медицинская организация, ориентированная на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, организованная с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства, создающая позитивный имидж медицинского работника, организация оказания медицинской помощи в которой основана на внедрении принципов бережливого производства в целях повышения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь - комплекс мероприятий, направленных на соблюдение приоритета интересов пациента, организацию оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени, повышение качества и доступности медицинской помощи, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг, повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг, сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации, переходом на электронный документооборот, сокращением объема бумажной документации. Бережливое производство - концепция управления, основанная на

устранении всех видов потерь путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала. По состоянию на 31.12.2018 приоритетный проект реализуется в 52 субъектах Российской Федерации, из них 19 субъектов Российской Федерации реализуют проект на инициативной основе. С 2019 года приоритетный проект становится частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – федеральный проект), целью которого будет являться завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу и пр.

Реализация федерального проекта запланирована на 2019 – 2024 годы включительно. В создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» будут участвовать 85 субъектов Российской Федерации, более 6,5 тыс. поликлиник будут использовать бережливые технологии в своей деятельности.



Настоящие методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – методические рекомендации) разработаны по итогам анализа практического внедрения бережливых технологий в медицинских организациях-участниках приоритетного проекта в 2018 году.

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям

1. Настоящее Положение устанавливает правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям в Российской Федерации.
2. Оказание первичной медико-санитарной помощи детям осуществляется медицинскими и иными организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее – медицинские организации).
3. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения.¹
4. Первичная медико-санитарная помощь детям включает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

1. Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.
2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи детям в целях приближения их к месту жительства (пребывания) или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства (пребывания) или учебы (далее - участок) в определенных организациях с учетом положений статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Распределение детей по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, в зависимости от условий оказания первичной медико-санитарной помощи детям в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан в сфере охраны здоровья.
4. Рекомендуемая численность прикрепленных детей на участке составляет 800 детей с учетом штатной численности медицинской организации и ее укомплектованности медицинскими работниками.

В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленных детей с сохранением штатных должностей врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики (семейных врачей), фельдшеров в полном объеме.

1. В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), фельдшерско-акушерских пунктах первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в офисах врачей общей практики (семейных врачей), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"².
2. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям делятся на три группы:
3. первая группа - поликлиники, поликлинические отделения при центральных районных больницах и районных больницах, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям;
4. вторая группа - самостоятельные детские поликлиники, поликлинические отделения в составе городских поликлиник, в том числе детских больниц и центральных районных больниц, исполняющих функции межрайонных центров;
5. третья группа - самостоятельные консультативно-диагностические центры для детей, а также консультативно-диагностические центры и детские поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных, городских больниц.
6. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям оказывается фельдшерами и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием.
7. Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям оказывается врачами-педиатрами участковыми, врачами-педиатрами и врачами общей практики (семейными врачами).
8. Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь.
9. Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям организуется в соответствии с потребностью детей в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, плотности населения, а также иных показателей, характеризующих здоровье детей.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении ребенка (его законного представителя) с учетом права на выражение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1. При наличии медицинских показаний к оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи врачи-педиатры, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики
2. (семейные врачи) или фельдшер направляют детей к врачам-специалистам медицинских организаций по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.³
3. В целях оказания детям первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях,

состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

4. Для оказания медицинской помощи детям с острыми, хроническими заболеваниями и их обострениями возможно оказание первичной медико-санитарной помощи на дому при вызове медицинского работника родителями (законными представителями) либо по рекомендации выездных бригад скорой или неотложной медицинской помощи.
5. Первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная помощь, детям, проживающим в населенных пунктах, расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, а также в случаях отсутствия в медицинской организации врачей-специалистов и (или) отдельного медицинского оборудования может быть оказана с использованием мобильных медицинских бригад.
6. Мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям.
7. Состав мобильной медицинской бригады формируется руководителем медицинской организации из числа врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием, исходя из цели ее формирования и возложенных задач с учетом имеющихся медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, медико-географических особенностей территории обслуживания медицинской организации, ее кадрового и технического потенциала, а также потребности детей в оказании определенного профиля первичной медико-санитарной помощи.
8. Мобильные бригады осуществляют индивидуальную и групповую профилактику неинфекционных заболеваний, обучают население правилам оказания первой помощи.
9. Мобильная бригада обеспечивается транспортными средствами, оснащается медицинским оборудованием, расходными материалами, лекарственными препаратами для медицинского применения, необходимыми для оказания медицинской помощи детям, учебно-методическими пособиями и санитарно-просветительной литературой.
10. Первичная медико-санитарная помощь детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий".
11. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи детям осуществляется медицинскими организациями и их структурными подразделениями в соответствии с приложениями N 1-11 к настоящему Положению.
12. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.
13. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Правила организации деятельности кабинета врача-педиатра участкового

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности кабинета врача-педиатра участкового.
2. Кабинет врача-педиатра участкового (далее - Кабинет) является структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность, и создается для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям.
3. Структура и штатная численность Кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создан Кабинет, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемых детей с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению N 2 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденному настоящим приказом.
4. На должность врача-педиатра участкового Кабинета назначается медицинский работник, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"1 по специальности "педиатрия", без предъявления требований к стажу работы.
5. Основными функциями Кабинета являются:

динамическое наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием прикрепленных детей;

проведение первичного патронажа новорожденных (медицинский работник проводит первичный патронаж не менее двух раз, первое посещение осуществляет не позднее третьего дня после выписки из акушерского стационара

(отделения);

организация проведения профилактических медицинских осмотров детей;

профилактика инфекционных заболеваний у детей, в том числе иммунопрофилактика;

проведение работы по охране и укреплению репродуктивного здоровья детей;

проведение профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации у детей в амбулаторных условиях;

при наличии медицинских показаний оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи в дневном стационаре;

направление при наличии медицинских показаний детей к врачам-специалистам по специальностям, предусмотренных Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование;

направление детей при наличии медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;

диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями;

обеспечение передачи информации о детях и семьях, отнесенных к группам социального риска, в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства;

организация выполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;

оформление медицинской документации для направления детей на санаторно-курортное лечение;

оформление медицинской документации для направления детей на медико-социальную экспертизу;

оформление медицинской документации для направления детей на медицинскую реабилитацию;

профилактика и снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детей, в том числе первого года жизни;

профилактика и раннее выявление у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции и туберкулеза;

проведение врачебного консультирования и профессиональной ориентации детей;

проведение санитарно-просветительной работы с детьми и их законными представителями по вопросам профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний;

организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения детей и их родителей (законных представителей);

подготовка медицинской документации при передаче медицинского наблюдения за детьми в медицинскую организацию по достижении ими совершеннолетия;

участие в проведении анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности у прикрепленных детей;

организация и проведение санитарно-гигиенических, санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;

организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания медицинской помощи детям в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. N 965н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий";

предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

1. Оснащение Кабинета оборудованием осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением N 3 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденному настоящим приказом.

2.



5. Вопросы по теме занятия

1. Основные механизмы оценки состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан
2. Основные угрозы и вызовы национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан
3. Основные цели Стратегии развития здравоохранения в РФ на долгосрочный период
4. Перечислить основную учетно – отчетную документацию на педиатрическом участке.
5. Цели диспансеризации здоровых детей, детей из групп риска, детей с хроническими заболеваниями и инвалидов.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:
 - 1) Только добровольное;
 - 2) Только обязательное;
 - 3) Добровольное и обязательное;
 - 4) Индивидуальное;
 - 5) Пенсионное;
2. АТТЕСТАЦИЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:
 - 1) Трудового кодекса РФ;
 - 2) Положения об аттестации;
 - 3) Этического кодекса медицинской сестры;
 - 4) Указа Президента РФ;
 - 5) Конституции РФ;
3. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ - ЭТО:
 - 1) совокупность свойств продукции, которая обеспечивает удовлетворение потребностей людей в охране здоровья;
 - 2) использование достижений научно-технического прогресса при оказании медицинских услуг;
 - 3) удовлетворенность пролеченного человека;
 - 4) результат, полученный при диагностике, реабилитации, профилактике;
 - 5) заключение страховой компании;
4. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РФ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
 - 1) увеличением естественного прироста;
 - 2) нулевым естественным приростом;
 - 3) отрицательным естественным приростом;
 - 4) демографическим взрывом;
 - 5) волнообразностью демографического процесса;
5. ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДСЕСТРЫ В РОССИИ ПРИНЯТ:
 - 1) Всемирной организацией здравоохранения;
 - 2) Международным советом медсестер;
 - 3) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;

- 4) Ассоциацией медсестер России;
- 5) Лига Красного Креста;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Девушка 16 лет, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с просьбой о прерывании беременности. Врач, узнав возраст пациентки, начал возмущаться: «В наше время такого не было! У Вас что, головы нет на плечах? Нужно думать о последствиях. Пожалуй, я буду вынужден рассказать родителям». Девушка посчитала выходку врача не этичной, и написала жалобу в администрацию.

Вопрос 1: Оцените действия врача, с точки зрения закона.;

1) По действующему законодательству оказание медицинской помощи больному после 15 лет не требует согласия родителей или других законных его представителей. Врач занимается оказанием медицинской помощи, а не воспитывает своих пациентов. Он мог бы провести психообразовательную беседу по способам предохранения и профилактики болезней, передающихся половым путем. Кроме того, медицинский работник обязан провести беседу о последствиях прерывания беременности и направить к психологу.;

2. Женщина 17 лет обратилась в Центр здоровья с целью отказа от никотиновой зависимости. Планирует беременность. Курит в течение 5 лет по 20-25 сигарет в день. Попытки отказа от курения: не курила неделю месяц назад. Степень мотивации к отказу от курения – 6 баллов, никотиновая зависимость – 7 баллов, мотивация к курению – поддержка и стимуляция. Даны рекомендации по питанию, лечебная физкультура, назначены дни явок на прием для контроля состояния здоровья.

Вопрос 1: Оцените степень мотивации к отказу от курения у данной пациентке.; Оцените степень никотиновой зависимости.; Что значит «поведенческая терапия»?;;

1) Высокая мотивация к отказу от курения.; Высокая степень никотиновой зависимости.; Основной принцип: построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.; Рекомендуются: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамины РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (растительное масло, зародыши пшеницы, зеленые овощи). В качестве источников углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).;;

3. Мальчик 10 лет, находится на стационарном лечении. Диагноз: тромбоцитопеническая пурпура. Жалобы на кровотечение из носа, которое появилось несколько минут назад (во время игры). Болен 2 года, ухудшение наступило в течение последней недели (перенес ОРВИ), появились кровоизлияния на коже и слизистой оболочке полости рта. Тревожен. Объективно: в сознании, ориентирован, контактен. Кожные покровы бледные, множественные кровоизлияния в виде пятен различной величины, формы, беспорядочно расположенные, различного цвета (багровый, синий, зеленый, желтый), ЧДД 22 в минуту, пульс 112 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства;

1) Проблемы пациента: - носовое кровотечение; - беспокойство; - кровоизлияния на коже. Приоритетная проблема пациента: носовое кровотечение. Краткосрочная цель: остановить носовое кровотечение в течение 3 минут. Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания о способах остановки носового кровотечения в домашних условиях.;

4. На стационарном лечении находится девочка 12 лет. Диагноз: острый гломерулонефрит, отёчная форма. Жалобы на общую слабость, плохой аппетит, головную боль, отёки на лице и ногах. Считает себя больной в течение 2-х недель. В анамнезе: частые ОРВИ, ангины, кариес зубов. Объективно: кожные покровы бледные, чистые, пастозность лица и голеней. Пульс 104 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 20 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный.

1) Эталон ответа Проблемы пациента: - отёки; - нарушение аппетита; - головная боль; - слабость. Приоритетная проблема: отёки. 1. Краткосрочная цель: уменьшить отёки к концу недели. Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания об особенностях питания и питьевого режима к моменту выписки.;

5. Активное посещение медицинской сестры мальчика 4 лет. Диагноз: ОРВИ. Ребёнок стал плохо есть, беспокоит кашель, который усилился и носит характер сухого, болезненного. Со слов мамы болен второй день. Сначала был насморк, кашель, затем повысилась температура до 38,2°C. Объективно: ребёнок активный, температура 37,3°C, носовое дыхание затруднено, слизистые выделения из носовых ходов. Частый сухой кашель, ЧДД 28 в минуту, ЧСС 112 в минуту, зев: умеренная гиперемия, налётов нет.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.;

1) Проблемы пациента: - кашель сухой; - неэффективное очищение дыхательных путей; - лихорадка; - снижение аппетита. Приоритетная проблема: сухой кашель. Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение частоты и длительности кашля к концу недели. Долгосрочная цель: отсутствие кашля к моменту выписки.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е

изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов.

- 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 6. Роль младшего и среднего медицинского персонала при уходе и воспитании детей

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основные этические и деонтологические принципы общения с пациентом, его родными, типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, методы оценки их выполнения и качество., основные виды потенциальных опасностей и их последствия в профессиональной деятельности и быту, принципы снижения вероятности их реализации, медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач., общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, основные характеристики процессов сбора, передачи, поиска, обработки и накопления информации, методы, параметры и критерии оценки многофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека на индивидуальном, групповом и общеколлективном уровне, основные понятия, принципы влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек, особенности оказания доврачебной помощи, правила планирования и проведения сестринского патронажа беременных женщин, новорожденных и грудных детей, нормативные требования к ведению документации, форм учёта и отчётности медицинской сестры по вопросам диспансеризации, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, национальный календарь профилактических прививок, нормативно-правовую базу по проведению профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, **уметь** осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, проводить медико-социальный патронаж пациентов на прикрепленном участке, оказывать доврачебную медицинскую помощь и сестринский уход пациентам при заболеваниях, отравлениях, травмах, осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде, реализовывать правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности, проводить анализ медико-статистической информации и интерпретировать результаты состояния здоровья пациента (населения), работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, соблюдать технику безопасности и правила работы с материалом, представляющим биологическую опасность. охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. предоставить информацию об инфекционных и неинфекционных заболеваниях, здоровом образе жизни., **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке, медико-социальным патронажем пациентов на прикрепленном участке, способами оказания доврачебной медицинской помощи и сестринского ухода за пациентом при заболеваниях, отравлениях, травмах, поиском, критическим анализом и основами синтеза информации, особенностями применения системного подхода для решения поставленных задач, способами осуществления социального взаимодействия и реализации своей роли в команде, способами реализации правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности, способами анализа медико-статистической информации и интерпретации результатов состояния здоровья пациента (населения), медицинскими технологиями, изделиями, лекарственными препаратами и дезинфицирующими средствами, а также их комбинациями при решении профессиональных задач, навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье., основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Сестринское дело — составная часть системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Определение понятия принято на совещании национальных представителей Международного совета сестер в 1987 г. в Новой Зеландии. В отечественной практике используют более емкое по смыслу определение, вынесенное 1-й Всероссийской научно-практической конференцией медсестер в 1993 г.: «Как часть системы здравоохранения, сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды». Смысл работы медицинской сестры состоит в уходе за человеком, а также в том, каким образом осуществляется этот уход. Сестринское дело как медицинская дисциплина определяет сегодня суть подготовки медсестры. Составлены государственные образовательные стандарты, нацеленные на подготовку специалистов сестринского дела, владеющих не только медицинскими знаниями, но и знаниями в области психологии, педагогики, менеджмента, способных работать на высокотехнологическом оборудовании, планировать, анализировать и отвечать за свою работу. Сестринское дело и врачебная деятельность — дополняющие друг друга медицинские профессии.

Повышение социальной, медицинской и экономической эффективности работы среднего медицинского персонала —

несомненный резерв качества здоровья населения. Отсюда потребность в специалистах сестринского дела, отвечающих современным требованиям при оказании медицинской помощи Сестринский процесс или методология сестринского дела. Этим термином ВОЗ определяет целую систему характерных видов сестринского вмешательства в сфере охраны здоровья отдельных людей, их семей и/или групп населения. Применительно к педиатрии сестринский процесс — это продуманный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем здорового и больного ребенка. Вместе с другими медицинскими работниками медсестра (медбрат) определяет задачи, их первоочередность, вид необходимого ухода; затем оцениваются полученные результаты. Информация, полученная при оценке, используется для работы в аналогичных ситуациях. Сестринский процесс — это серия действий, совершаемых медсестрой при осуществлении ухода. Может использоваться как основа ухода во всех лечебно-профилактических учреждениях, при оказании помощи в стационаре, на дому детям всех возрастных групп, с любыми диагнозами и в любом состоянии. Его основные особенности: • сестринская помощь направлена на удовлетворение потребностей ребенка и решение его проблем (греч. *probleta* — задача, задание; вопрос, требующий разрешения); • система открытая и гибкая, меняющаяся в зависимости от состояния больного ребенка; • предусматривается тесное взаимодействие и постоянное сотрудничество с родителями или опекунами ребенка, самим больным и т.п.; • должен осуществляться целенаправленный и плановый подход при выполнении всех манипуляций. Специалист со средним медицинским образованием, работающий с детьми, обязан сочетать творческий подход с умелым использованием специальных навыков: • межличностных — навыков общения, умения слушать и воспринимать, сопереживать, создавать атмосферу доверия, получать информацию; • интеллектуальных — умения критически мыслить и анализировать, принимать решения; • технических (владение манипуляционной техникой, оборудованием и т.п.). С учетом современных требований определяются следующие основные характеристики сестринского процесса: 1) идентификация потребностей ребенка (универсальные, индивидуальные), 2) правовые основы поведения медсестры (профессиональные, этические, религиозные), 3) выполнение трудовых обязанностей (уход, лечение, неотложная помощь), 4) сестринская стратегия (мотивация, уважение, эффективность). Схематично шаги (этапы) сестринского процесса выглядят следующим образом: опрос — > сестринский диагноз (выявление проблем больного ребенка) —> план и цели ухода за ребенком — осуществление (виды и регистрация сестринской деятельности) —> оценка эффективности. 1-й этап сестринского процесса — это сбор информации, подтверждение ее достоверности. Сбор информации, необходимой для оценки состояния здоровья больного, определяет направление сестринской помощи. В процессе сбора информации медсестра использует профессиональные знания и навыки общения с ребенком и родителями (информация нужна для наблюдения за больным ребенком в динамике, ею обмениваются с другими специалистами, участвующими в уходе). Основные источники информации — родители, родственники, медицинские и социальные работники, медицинская документация, а начиная с 5—6 лет — и сам больной ребенок. Информация от детей зачастую неточна, не соответствует действительности, но в любом случае надо стараться получить как можно больше данных. В сомнительных случаях сведения подтверждаются и дополняются данными, полученными из медицинской карты и от родителей больного ребенка. Если больной находится в тяжелом состоянии или малоконтактен, медсестре лучше обратиться вначале к медицинским документам. Во время беседы выясняются психологические особенности больного ребенка, соответствие развития возрасту, возможности контролировать поступки и принимать решения, а также взаимоотношения с окружающими. Уточняются сведения о его семейном и социальном окружении. При организации ухода за больным ребенком определяются меры, направленные на предотвращение травм и нанесение детьми самоповреждений. Медицинский работник должен уметь наблюдать, замечать признаки, указывающие на состояние больного: его положение, движения, мимику, жесты, желание общаться, аппетит, адекватность реакции на ситуацию и заданные вопросы; оценивать логику построения фраз, особенности голоса; отмечать ориентировку во времени и месте и т.д. Как метод наблюдение дает важную информацию для оценки тяжести состояния, физического и нервнопсихического статуса ребенка. 2-й этап сестринского процесса: на основе интерпретации и анализа полученных данных выявляются потребности и «проблемы» больного ребенка, устанавливаются факторы, явившиеся их причиной и способствовавшие их усугублению, уточняются возрастные возможности ребенка, которые могут помочь в организации ухода за ним. Ребенок и его родители часто сами осознают наличие проблем и потребность в помощи. Однако существуют проблемы, о которых они не подозревают и которые могут быть выявлены только медицинским работником. Проблемы пациента формулируются в виде четких и кратких заключений. В современной науке об уходе их называют «сестринским диагнозом». Эта концепция довольно нова, однако она развивается по мере накопления знаний в области сестринского дела. «Сестринский диагноз» — профессиональный информационный инструмент для систематизации проблем пациента по видам. В детской практике их делят на два вида: • реальные или приоритетные проблемы — нарушения процессов жизнедеятельности и развития ребенка; связанные с уходом; психологические; социальные; • потенциальные проблемы — риск осложнений и неотложных состояний. Предлагается деление сестринских диагнозов на 5 классов.

Класс 1. Нарушения жизнедеятельности

Подклассы. 1. Дыхание — обструктивный синдром, кашель. 2. Кровообращение — сердечная недостаточность, артериальная гипертензия. 3. Пищеварение — срыгивания, болевой синдром, диспепсия (желудочная — тошнота, изжога, отрыжка, рвота; кишечная — диарея, запор, метеоризм), парентеральное питание, гастро- или колостомы. 4. Мочевыделение — болевой, мочевого синдромы, почечная недостаточность. 5. Гомеостаз — обезвоживание, гипертермия. 6. Восприятие, ощущения — боль, сенсорные нарушения. 7. Движение и активность — мышечная

гипотония, общее возбуждение. 8. Нервная система — менингеальный синдром, судороги, кома. 9. Кожа и слизистые — сыпи, опрелости, молочница и др. 10. Половые проблемы — гипоспадия, крипторхизм. 11. Общие (универсальные) проблемы — синдром интоксикации, нарушения сна, снижение аппетита (анорексия) или, наоборот, булимия, переохлаждение и др.

Класс 2. Проблемы ребенка (сестринские диагнозы, специфичные для детского возраста).

Подклассы. 1. Развития — врожденные пороки; нарушения физического развития и нервнопсихического развития. 2. Новорожденных — недоношенность, асфиксия, апноэ, транзиторная лихорадка, токсическая эритема, физиологическая желтуха. 3. Детей раннего возраста — рахит, анемия, атонический дерматит. 4. Вскармливания — гипогалактия, затруднения при кормлении грудью, отказ от груди, аэрофагия, срыгивания.

Класс 3. Проблемы ухода.

Подклассы. 1. Питания — голодание, чрезмерное питание. 2. Гигиены — дефицит гигиенических навыков и санитарных условий. 3. Нарушения режима, диеты, отказ или несоблюдение режима приема лекарственного средства.

Класс 4. Психологические проблемы

Подклассы. 1. Больного ребенка — усталость, чувство отчаяния, безнадежности, нарушение речи, стресс, аутизм, нарушение самооценки и др. 2. Семейные проблемы — родителей, конфликты в семье. Класс 5. Диагнозы риска. Подклассы. 1. Осложнений — высокий риск неправильного применения лекарств, инфекции, травм. 2. Ситуации неотложных состояний — высокий риск отравления, дефицита жидкости, удушья, кровотечения. 3. Риск нарушения развития — недоношенность, врожденные пороки, гипотрофия, задержка нервно-психического развития. 4. Риск возникновения заболеваний — рахита, анемии, атонического дерматита, бронхиальной астмы, гастрита. Сестринский диагноз нередко повторяет врачебный (медицинский) диагноз. Однако медицинский диагноз не призван дать медсестре информацию о том, как болезнь действует на ребенка и семью, членом которой он является. Формулирование и применение сестринского диагноза повышает на практике профессиональную ответственность и автономность медсестер, облегчает индивидуализацию сестринской помощи, способствует осуществлению непрерывной помощи и ухода не только в больнице, но и в амбулаторных условиях. 3-й этап — процесс планирования. При госпитализации разрабатывают первоначальный план ухода. Отталкиваясь от тяжести состояния больного (его динамики), устанавливаются приоритеты, т.е. определяется, какие потребности больного ребенка требуется удовлетворить в первую очередь. Разработка плана ухода — одно из условий непрерывности сестринской помощи. Его уточнение — обязательное условие при передаче сестринского дежурства. Такой план необходим при выписке, поскольку предвосхищает возможные проблемы у больного ребенка в домашних условиях в процессе восстановительного лечения. В процессе ухода за ребенком специалисты совместно обдумывают и уточняют первоначальный план действий. Медсестра может советоваться с коллегами или консультироваться у врача для подтверждения данных, полученных при обследовании, выборе оптимальной стратегии ухода, что позволяет выработать схему оказания помощи больному ребенку. При наличии нескольких проблем процесс планирования требует определения приоритетов. Устанавливают очередность решения проблем по следующим градациям: • неотложные, угрожающие жизни; • приоритетные — угрожающие здоровью, но не опасные для жизни (например, снижение способности к адаптации); • вторично-приоритетные проблемы, т.е. требующие минимальной поддержки и не имеющие прямого отношения к заболеванию и прогнозу. Обязательно предусматривается участие в процессе ухода и лечения родителей ребенка или самого больного (особенно это касается подростков). После определения приоритетов выявляются пути решения каждой проблемы, способы достижения цели. Цель — это ожидаемый результат, то, чего нужно достичь благодаря медицинскому вмешательству. Поставленная цель обуславливает необходимость решения конкретных задач сестринской помощи и ухода: • добиться улучшения состояния здоровья ребенка; • улучшить его возможности в плане самообеспечения; • предотвратить потенциальные угрозы здоровью; • облегчить ситуацию, в которой он находится. Цели могут быть краткосрочные и долгосрочные. Краткосрочные цели достигаются за короткое время (в течение 1—2 нед). На достижение долгосрочных целей требуется больше времени. О достижении краткосрочных целей можно говорить применительно к оказанию помощи детям в стационаре, долгосрочных — при уходе в условиях отделений и центров восстановительного лечения, на дому. При определении целей медицинский работник должен убедиться, что они соответствуют проблеме, их достижение реально, они важны и значимы для больного ребенка. Цель и ожидаемый результат не должны создавать препятствия лечению, проводимому другими специалистами. Достичь цели можно путем выполнения нескольких видов вмешательств, и медсестра при участии врача-педиатра может выбрать нужные варианты. При выборе возможных видов вмешательств должны соблюдаться основные требования к сестринской помощи: безопасность, соответствие возрасту и состоянию здоровья ребенка, согласованность с лечением, проводимым другими специалистами. Виды сестринских вмешательств: • зависимые — выполняются по назначению врача и под его наблюдением (например, раздача лекарств); • независимые. Их медсестра вправе выполнять по своей инициативе, применяя свои знания и умения; она планирует и выполняет их самостоятельно, без указаний и назначений врача (например, оказание помощи при выполнении ежедневных процедур: еда, туалет,

обучение элементам ухода родителей и больного ребенка); • взаимозависимые действия медсестры выполняет в сотрудничестве с другими медицинскими работниками. План сестринского ухода в окончательном виде может иметь разные формы, но должен быть четким, ясным и учитывать следующее: • проблемы больного ребенка; • ожидаемый результат и сроки его достижения; • сестринские вмешательства; • оценку эффективности. Сестринский план должен быть понятен любому медицинскому работнику, оказывающему помощь больному ребенку, не дублировать другую медицинскую документацию, легко корректироваться. Можно использовать стандартный сестринский план, принятый в лечебно-профилактическом учреждении, измененный и дополненный с учетом конкретного больного. В план входит описание всех сестринских манипуляций. 4-й этап — реализация плана. Имеющийся конкретный план ухода за больным координирует работу медсестры (совместно с коллегами), обеспечивает преемственность медицинской помощи, сотрудничество с другими специалистами, способствует повышению качества сестринской помощи и более эффективному использованию рабочего времени. Это этап, в ходе которого медсестра выполняет намеченные сестринские вмешательства (манипуляции). Важно определить, нужна ли медсестре дополнительная помощь (например, когда медсестра не в состоянии одна выполнить манипуляцию; в некоторых случаях ей просто, может быть, не хватает опыта). В основе всех сестринских вмешательств лежат следующие принципы: • научная основа; • знание цели, сути вмешательства, заблаговременное уточнение плана действий; • индивидуальный подход, безопасность; • обеспечение конфиденциальности; • поощрение больного ребенка к выполнению самостоятельных действий. 5-й этап сестринского процесса — оценка результатов деятельности, в ходе которой медсестра определяет, достигнута ли цель и какова эффективность осуществления плана. На заключительном этапе медсестра под руководством врача (при определенных обстоятельствах — самостоятельно) выясняет необходимость дальнейших вмешательств, их изменения или прекращения; кроме того, фиксирует побочные эффекты или какие-либо неожиданные реакции как результат манипуляций.

Если цель не достигнута или достигнута частично, формулируется заключение, например: «план помощи нуждается в пересмотре» или «план помощи должен быть продлен», так как для решения проблемы требуется больше времени. Если проблема была определена неверно, необходимо уточнить цели в соответствии с новым сестринским диагнозом, убедиться в их реальности и достижимости и, возможно, заново определить приоритеты. При внесении необходимых изменений медсестра выполняет уточненный план ухода, и сестринский процесс возобновляется. Заключительная оценка проводится перед выпиской или переводом ребенка в другое лечебно-профилактическое учреждение. Существует множество ситуаций, когда добросовестность медсестры проконтролировать невозможно. Есть только один проверяющий критерий — совесть. К счастью, взывать к совести персонала приходится редко. Многие определяются культурой медицинского персонала, воспитанием, доброжелательными взаимоотношениями с больными детьми и их родителями, а также с коллегами по работе. В любом случае необходим постоянный контроль, который должен быть трехуровневым. 1-й уровень — работа палатных медсестер. Поставая медсестра ведет мониторинг поведения и самочувствия больных детей и своевременно реагирует на любые отклонения от лечебно-охранительного режима. 2-й уровень — работа старшей медсестры отделения. Она руководит работой постовых медсестер и контролирует выполнение медсестрами назначений врача, а больными детьми — назначенного врачом режима. Выбираются формы контроля: обход, проверка документации, наблюдение, беседа с детьми и их родителями. 3-й уровень — контроль главной медсестры больницы и по ее поручению — членами Совета медицинских сестер. Безусловно, контролирующие функции выполняют и необходимую помощь оказывают руководители лечебного учреждения и заведующий отделением. Хорошая работа отделения возможна только при правильной работе с кадрами, оптимальной расстановке персонала с определением конкретных функциональных обязанностей каждого медицинского работника. Это создает равномерную нагрузку для медицинского персонала в течение рабочего дня. Сестринский процесс формирует у медицинского работника чувство ответственности, удовлетворения работой, поскольку четко определена профессиональная роль медсестры в оказании помощи больному и здоровому ребенку. Стандартизация. Медицинская сестра принимает участие в коллективных лечебно-профилактических действиях, осуществляет многоэтапный уход за ребенком и доврачебную помощь, то есть обладает широкой профессиональной самостоятельностью, чему способствуют соответствующие знания, мышление, стереотипы действий. Поэтому соблюдение стандартов сестринского дела является одним из главных элементов модернизации здравоохранения. Границы компетенции медсестры новой формации зависят от уровня ее образования с четким разграничением обязанностей сестринского и врачебного медперсонала. В регламентирующих документах Минздравсоцразвития РФ введено понятие медицинской услуги. Под медицинской услугой понимают мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Простая медицинская услуга — неделимая услуга, выполняемая по формуле: «пациент + специалист = один элемент профилактики, диагностики или лечения». Стандарты медицинской помощи повышают эффективность и качество оказания медицинских услуг. Прежде всего, это касается стандартов медицинских услуг, которые предоставляет медсестра, при этом высшей ценностью является работа с больным, а не с аппаратурой.

Этико-деонтологические принципы деятельности медицинского работника.

Уход за больным ребенком является составной частью лечебного процесса и призван обеспечить не только высокую эффективность комплекса терапевтических воздействий, но и, прежде всего, полное выздоровление больного. В стационаре уход за ребенком осуществляется как медицинскими работниками (врач, медицинская сестра), так и

родственниками больного. Продолжительность контактов медицинских работников с больным ребенком и ближайшими родственниками может быть различной. Эти контакты иногда продолжаются многие недели или месяцы (и даже годы). Подобные обстоятельства обуславливают строгое соблюдение эτικο-деонтологических принципов во взаимоотношениях медицинских работников, а также медицинских работников с больными детьми и их родственниками. Медицинская этика, являющаяся составной частью этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинских работников. Слово «этика» произошло от греческого *ethos* — обычай. Именно нормы, правила и обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе. На этой основе сформулированы наиболее обобщенные понятия морали или этической категории для медицинских работников: долг, честь, достоинство, совесть, счастье. Принципы медицинской этики должны соблюдаться медиками в их повседневной деятельности. Долг медицинского работника — оказать помощь больному на самом высоком профессиональном уровне и никогда и ни под каким предлогом не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей. В круг вопросов медицинской этики входят и проблемы, от успешного решения которых зависят жизнь и здоровье не только ныне живущих, но и будущих поколений. К ним относятся борьба за мир, борьба против создания и накопления средств массового уничтожения, охрана окружающей среды. Для медицинской сестры долг заключен прежде всего в четком выполнении всех возложенных на нее обязанностей по уходу за больными детьми, одно из главных — назначения врача: режим, диета, инъекции, раздача лекарственных средств, измерение температуры тела и т.д. Выполнение врачебных распоряжений будет более эффективным, если медицинская или младшая медицинская сестра работает не формально, а повинаясь внутреннему стремлению помочь больному, облегчит его страдания, ускорит выздоровление. Все это требует самодисциплины, постоянного совершенствования профессионального мастерства и пополнения знаний. Немаловажное значение при этом имеет личность медицинской сестры. Если медицинский работник является квалифицированным специалистом, профессионально выполняет свои обязанности, но не умеет наладить контакт с больными, то его действия не принесут должного лечебного эффекта. Проявление заботы, внимания, вежливое и ласковое обращение, добрая улыбка также являются элементами долга, так как помогают ребенку адаптироваться в новой обстановке. От понятия долга неотделимы понятия чести и достоинства, выражающиеся в соответствующем самосознании личности, т.е. в стремлении медицинского работника поддерживать свою репутацию, добрую славу; понимание общественной значимости своей профессии, профессиональная гордость, желание повышать квалификацию и качество работы. Понятие «совесть» в отличие от других категорий медицинской этики включает в себя нравственное самосознание человека, ответственность за свое поведение. Совесть теснейшим образом сочетается с такими моральными ценностями, как честность и правдивость, справедливость, уважение прав других людей, выполнение своих профессиональных обязанностей. Понятие «счастье» подразумевает философско-этический ответ на вопрос о смысле жизни, а понятие о счастливой жизни неотделимо от понятия здоровья. Медицинский работник должен видеть высокий смысл своей работы в оказании помощи больным, чувствовать и получать удовлетворение от своей работы. Медицинская деонтология (*deontos* — должное, надлежащее) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. Она входит в раздел медицинской этики, поскольку последняя охватывает более широкий круг вопросов. Деонтология изучает принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение эффективности лечения, устранение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности и вредных последствий неполноценной медицинской работы. Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии, выделяют два стратегических требования к врачу и среднему медицинскому работнику: 1) знание 2) доброжелательное отношение к людям. Взаимоотношения медицинских работников. В условиях стационара взаимоотношения медицинских работников имеет особое значение. Любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение ими профессиональных обязанностей сказывается на эффективности лечебного процесса. Недопустимо выяснение отношений между медицинскими работниками любых должностей в присутствии больных детей или их родственников. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Необходимо соблюдать субординацию в отношениях между медицинскими работниками, т.е. подчинение младшего по должности работника более старшему: младшая медицинская сестра — постовая медицинская сестра — процедурная сестра — старшая медицинская сестра — врач — заведующий отделением. Медицинские работники не должны вести разговоры на профессиональные темы при больных детях. Важно учитывать, что некоторые отличаются мнительностью, легковнушаемы и у них могут развиваться ятрогении, т.е. заболевания, спровоцированные действием медицинского работника и относящиеся к психопатиям. Отношение к детям. К детям любого возраста отношение должно быть равным, доброжелательным. Это правило необходимо соблюдать с первых дней пребывания в больнице. Помните, что дети бурно реагируют на ваш приход в группу (палату); после того как вы уйдете, постоянному медицинскому персоналу бывает трудно их успокоить. Медицинские работники, непосредственно находящиеся среди детей, всегда должны учитывать психологические особенности больных, их переживания, чувства. Дети старшего возраста, особенно девочки, наиболее чувствительны и в первые дни пребывания в стационаре нередко замыкаются, «уходят в себя». Для лучшего понимания состояния детей важно, помимо выяснения индивидуальных психологических особенностей ребенка, знать обстановку в семье, социальное и должностное положение родителей. При общении с больными медицинская сестра испытывает эмоциональное напряжение, иногда вызванное неправильным поведением детей, их капризами, необоснованными требованиями родителей и т.п. В этих случаях медицинская сестра, как и любой медицинский работник, должна сохранять спокойствие, не поддаваться сиюминутным настроениям, уметь подавлять в себе

раздражительность и чрезмерную эмоциональность. Недопустимо разделение детей на «хороших» и «плохих», а тем более выделять «любимчиков». Дети необыкновенно чувствительны к ласке и тонко чувствуют отношение к ним взрослых. Тон разговора с детьми всегда должен быть ровным, приветливым. Все это способствует установлению между ребенком и медицинским персоналом доброжелательных, доверительных отношений и оказывает на больного положительное влияние. Большое значение при общении с ребенком имеет чуткость, т.е. стремление понять его переживания. Терпеливая беседа с ребенком позволяет выявить личностные особенности, доминирующее переживание, помогает в постановке диагноза. Нужно не только формально выслушать жалобы больного ребенка, но и проявить теплое участие, соответственно реагируя на услышанное. Больной успокаивается, видя отношение медицинского работника, а последний получает дополнительную информацию о ребенке. Всегда помните слова выдающегося врача XIX в. М.Я. Мудрова о том, что во время обследования больной сам исследует медицинского работника. Вот почему поверхностный расспрос, недостаточное внимание ко вновь поступившему в отделение ребенку могут вызвать недоверие, повышенную тревожность и настороженность у детей, особенно воспитывающихся в семье и не посещающих детские учреждения. Взаимоотношения медицинских работников с родителями и близкими больного ребенка. Родители, особенно матери, в большинстве случаев тяжело переживают заболевание ребенка. Мать тяжелобольного в той или иной степени психически травмирована, и ее реакции могут быть неадекватными. Поэтому необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников. Особое внимание должно уделяться матерям, осуществляющим уход за тяжелобольным ребенком в стационаре. Важно не только успокоить женщину словами участия, но и создать ей необходимые условия для полноценного отдыха, питания, убедить ее, что ребенок получает правильное лечение и находится в «хороших руках». Мать должна понимать важность и правильность назначенных врачом и выполняемых медицинской сестрой манипуляций, процедур и т.п. При необходимости обучают родителей (мать) выполнению отдельных манипуляций, например инъекций, ингаляций и др. Большинство родителей относятся к медицинским работникам с теплотой, доверием и благодарны им за их нелегкий труд. Однако встречаются и «трудные» родители, которые пытаются грубостью и нетактичным поведением добиться особого внимания сотрудников больницы к своему ребенку. С такими родителями медицинские работники должны проявлять внутреннюю сдержанность и сохранять внешнее спокойствие, что само по себе положительно действует на плохо воспитанных людей. Большого такта требует беседа медицинской сестры с родителями и близкими больного ребенка в дни посещений и приема передач. Несмотря на загруженность, медицинский работник должен найти время спокойно и неторопливо ответить на все вопросы. Особые трудности могут возникнуть, когда родители пытаются узнать диагноз заболевания ребенка, уточнить правильность проводимого лечения, назначения процедур. В этих случаях беседа медицинской сестры с родственниками не должна выходить за рамки ее компетенции. Она не имеет права рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания. Медицинская сестра должна вежливо извиниться, сослаться на неосведомленность и направить родственников к лечащему врачу или заведующему отделением. Не следует идти «на поводу» у родителей, стремиться выполнить необоснованные требования, например прекратить назначенные врачом инъекции, изменить режим и диету и т.п. Такого рода «отзывчивость» способна принести лишь вред и ничего общего не имеет с принципами гуманной медицины. Во взаимоотношениях медицинских работников с родителями немаловажное значение имеет форма обращения. Обращаясь к родителям, медицинская сестра должна называть их по имени и отчеству, не допускать фамильярности и не употреблять такие слова, как «мамаша» и «папаша». Контакты медицинских работников с родителями в детских отделениях тесные и частые. Правильная тактика общения среднего медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологическое равновесие в межличностных взаимоотношениях медицинский работник — больной ребенок — его родители. Тактика поведения медицинского работника. Уход за ребенком, помимо профессиональной подготовки, требует от медицинского работника большого терпения и любви к детям. Важно иметь представление о степени соответствия психического и физического развития ребенка, знать его личностные качества. Часто болеющие дети уже с раннего возраста выглядят более инфантильными, чем их здоровые сверстники. Следует помнить, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают страх боли, боязнь белых халатов, одиночества и т.п. В связи с этим у таких детей часто развиваются невротические реакции (недержание мочи или кала, заикание и т.п.). Медицинская сестра должна помочь ребенку преодолеть страх. Необходимо в доверительной беседе с ребенком выяснить причины того или иного страха, рассеять его, ободрить больного, особенно перед манипуляциями (инъекциями, процедурами). Желательно взятие крови из вены, выполнение инъекций и т.п. проводить одновременно недавно поступившим детям и находящимся в стационаре длительное время. Дети в этих случаях, как правило, намного легче переносят незнакомые им манипуляции. Медицинский работник должен уметь компенсировать детям отсутствие родителей и близких. Особенно плохо переносят разлуку с родителями дети до 5 лет. Однако даже болезненно переживающие временный отрыв от родителей дети довольно быстро привыкают к новой обстановке, успокаиваются. В этой связи частые посещения родителей в первые дни госпитализации могут травмировать психику ребенка. Целесообразно в период адаптации (3- 5 дней) не допускать частых визитов родителей, если родители не могут находиться с ребенком постоянно. По окончании этого периода, если родители или близкие родственники в силу каких-то причин не могут регулярно посещать больного ребенка, медицинская сестра должна порекомендовать им чаще присылать письма, носить передачи, чтобы ребенок чувствовал заботу и внимание. Медицинскому работнику принадлежит ведущая роль в создании благоприятной психологической обстановки в лечебном учреждении, напоминающей ребенку домашнюю обстановку (организация игр, просмотр телевизионных передач и т.д.). Прогулки на свежем воздухе сближают детей, а внимание и теплое отношение

медицинской сестры обеспечивают адаптацию больных детей к новым условиям. Следует поддерживать в коллективе лечебного учреждения доброжелательность, единство стиля и слаженность в работе, что помогает обеспечивать высокий уровень ухода и лечения детей. В коллективе каждый работник имеет свой круг обязанностей. Так, для постовой медицинской сестры обязательны строгое соблюдение распорядка дня и выполнение назначений врача, для младшей медицинской сестры — поддержание чистоты в палатах и опрятного вида детей. Медицинская сестра, находясь среди детей и наблюдая за их поведением и реакциями, должна видеть индивидуальные особенности детей, характер взаимоотношений и т.д. Такая медицинская сестра является хорошим помощником лечащего врача, так как она способствует созданию здоровой психологической атмосферы лечебного учреждения. Соблюдение этических принципов и норм медицинской деонтологии является обязательным и не зависит от места работы и должности медицинского работника. Нормой поведения медицинского работника является также бережное отношение к общественному достоянию, дружелюбие, чувство коллегиальности, соблюдение дисциплины, добросовестное отношение к труду. Нужно проявлять сдержанность и тактичность, быть взаимно вежливыми. Очень важно уметь держать себя среди больных и коллег, вести беседу соответственно обстановке и т.п. Любая работающий в лечебно-профилактическом учреждении должен иметь опрятный вид, следить за чистотой своего тела, одежды, обуви, избегать украшений, излишней косметики. Рабочая одежда (халат, колпак или косынка, сменная обувь) всегда должна находиться в образцовой чистоте и порядке, быть установленной формы, принятой в данном учреждении. Большой вред здоровью малыша наносит курение. «Пассивное» курение, которому подвергается малыш, отрицательно сказывается на его здоровье и развитии. Поэтому в детских лечебно-профилактических учреждениях курение запрещено. К этическим нормам поведения относится также форма приветствия друг друга. К старшим товарищам по работе обращаются только по имени и отчеству. Этико-деонтологические особенности работы в различных лечебнопрофилактических учреждениях. У медицинских работников детских поликлиник контакт с детьми носит долговременный характер, в связи с чем появляется возможность планировать и распределять работу по оказанию медицинской помощи детям на достаточно продолжительное время. Главный раздел работы медицинской сестры в детской поликлинике — профилактика. В больнице большее внимание уделяют диагностике, лечению и реабилитации. Во время патронажей на дому медицинская сестра обучает родителей правилам ухода за грудным ребенком, вскармливания, проводит беседы о необходимости профилактических прививок и т.д. Обычный человеческий контакт и профессиональные знания позволят быстро и правильно решать все проблемы, возникающие при уходе за ребенком. Когда ребенок в амбулаторных условиях получает курсовое лечение (инъекции лекарственных средств, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, водолечение и др.), появляется возможность воздействия на детей с помощью деонтологических приемов. В последние годы во многих поликлиниках организуются стационары одного дня, позволяющие осуществлять лечение больному в полном объеме: регулярно принимать диетическое питание и лекарственные средства, выполнять необходимые лечебные процедуры и т.п. Медицинская сестра, занимая срединное положение в медицинской иерархии, участвует в коллективных лечебных действиях. Закрепить лечебный успех помогают ее душевная чуткость, воспитанность, деликатность. Иная ситуация возникает, когда ребенок при подозрении на то или иное заболевание, требующее стационарного обследования и лечения, госпитализируется. Это происходит или в плановом, или в экстренном порядке по неотложной или скорой помощи. На этапе госпитализации у медицинского работника относительно мало возможностей для воздействия на больного ребенка и его родителей или близких. Но требуется проявить максимум такта, чтобы укрепить мнение родителей в необходимости госпитализации и обследования больного ребенка. Более разнообразны взаимоотношения медицинского работника и ребенка в больнице, при этом нужно учитывать профиль стационарного отделения. Наиболее распространенными являются педиатрические отделения, где лечатся дети с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, органов пищеварения и др. Для большинства заболеваний внутренних органов характерно длительное, хроническое течение, что требует продолжительного лечения и соответственно контакта между больным ребенком, его родителями и медицинскими работниками. Длительный отрыв от семьи и привычной школьной обстановки у детей старших возрастов может вызывать различные психогенные реакции. Это усугубляет течение основного заболевания и создает неблагоприятный психологический фон. Нервнопсихические нарушения легко развиваются у детей с тревожно-мнительной настроенностью, особенно в пре- и пубертатном возрастах. Помимо основного соматического заболевания, обуславливающего разнообразные жалобы, таким детям свойственны невротоподобные черты поведения: быстрая утомляемость, смена настроения, нередко беспричинно возникающего, плохой сон, головная боль, сердцебиение, необоснованная тревога и т.п. Подобные жалобы наблюдаются у детей с синдромом вегетативной дистонии, болезнями органов пищеварения. Дети, главным образом девочки, «уходят в болезнь». Они длительное время предъявляют жалобы на боли в животе или диспепсические расстройства (тошнота, изжога), хотя объективных данных, свидетельствующих об обострении основного заболевания, нет. Эти больные особенно требуют внимания со стороны медицинских работников, которые должны уметь использовать любое психотерапевтическое воздействие. Следует считаться с характером основного заболевания. Например, у детей с повышенной кровоточивостью (тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия) могут легко возникать внутренние и наружные кровоизлияния — в кожу, суставы. Таким больным детям, особенно дошкольного возраста, необходимо постоянное внимание взрослых (мать, бабушка). Дети отличаются непоседливостью, чрезвычайно подвижны. Отсюда высокая возможность травматизации во время игр со сверстниками, при «обычных» ситуациях. В хирургических отделениях также существуют свои особенности работы с больными. После перенесенного оперативного вмешательства ребенок находится сначала в реанимационном, а

затем в хирургическом отделении. Строгий постельный режим сказывается на самочувствии и настроении детей, особенно младшего возраста. У них возникает повышенная капризность, раздражительность и беспокойство, немотивированное чувство страха. Преодоление этого во многом зависит от постоянного доброжелательного внимания медицинских работников, их профессионального опыта, позволяющего своевременно, на фоне субъективных жалоб, распознать признаки ухудшения состояния больного ребенка. Особого ухода требуют дети, вынужденные неделями и даже месяцами находиться в постели (дети с травмами, ортопедическими заболеваниями и др.). Свои особенности имеет работа с детьми, госпитализированными в глазное и оториноларингологическое отделения. Снижение или даже временная утрата зрения и слуха крайне неблагоприятно переносится ребенком и подвергает его опасности возникновения травм, несчастных случаев и т.п. Медицинскому персоналу, работающему с такими детьми, помимо высокого профессионализма и постоянного внимания, должно быть присуще желание и способность понимать психологическое состояние больных. В еще большей степени сопереживать больному ребенку, соблюдать особый такт в общении с ним обязаны медицинские работники в таких специализированных отделениях, где лечатся дети с новообразованиями, включая острый лейкоз, тяжелыми иммунодефицитными заболеваниями. Весь медицинский персонал при работе с детьми в инфекционном отделении должен строго следовать этико-деонтологическим принципам. Возможность заразиться от больного и риск возникновения внутрибольничных инфекций обуславливают необходимость проведения комплекса профилактических мероприятий. Особое внимание обращается на содержание больного в отделении, так как многие заболевания требуют пребывания ребенка в боксе. Медицинский персонал должен не только неукоснительно соблюдать правила личной гигиены в процессе ухода, выполнять в полном объеме медицинские процедуры, проводить весь комплекс дезинфекционных мероприятий, но и осуществлять динамичное наблюдение за больными, принимая во внимание их нервно-психическое состояние в связи с полной изоляцией. Лечебно-охранительный режим в детском учреждении В нашей стране благодаря работам И.П. Павлова утвердился один из принципов организации лечения — так называемый лечебно-охранительный режим. По существу, это создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре. Элементами лечебноохранительного режима являются: устранение всех неблагоприятных факторов обстановки, обеспечение больным необходимых условий для сна, отдыха, приема пищи, четкое соблюдение правил внутреннего распорядка, борьба с болью, страхом изоляции, боязнью лечебно-диагностических процедур, отвлечение ребенка от ухода в болезнь, строгое соблюдение психотерапевтических принципов общения медицинского персонала с больным. Воздействие лечебно-охранительного режима на ребенка начинается уже при поступлении в стационар. Большое влияние на детей оказывают общий вид больницы, ее расположение, ухоженность территории, где должно быть предусмотрено место для прогулок и игр. Исключительное значение имеет контакт медицинских работников с ребенком в приемном отделении. Помимо хорошей организации труда в этом отделении больницы, от медицинского персонала требуются доброжелательность, чуткое внимание к любому больному и его родителям, оперативность при оказании первой медицинской помощи. Благоприятное влияние на психику больного оказывают внешний вид и хорошее санитарное состояние помещений приемного отделения, коридоров, палат, столовых, санитарных узлов, игровых комнат и пр. Уборка этих и других помещений больницы должна проводиться в строго регламентированное внутренним распорядком время. Важен принцип рационального размещения больных с учетом их психологической совместимости. Значение имеют возрастные различия, поскольку дети старших возрастов (11 —14 лет) благотворно влияют на дошкольников, стремящихся подражать старшим. В осуществлении лечебно-охранительного режима велика роль правильной организации питания, включая передачи разрешенных продуктов. Вкусная и разнообразная пища, свежие овощи и фрукты, хорошая сервировка стола, благоприятная обстановка при приеме пищи — вот далеко не полный перечень лечебного питания в больнице. Не следует забывать о возможности влияния таких психотравмирующих факторов, как диагностические (взятие крови, эндоскопия) и лечебные (пункция) процедуры. Врачебная тайна. Медицинский работник не имеет права разглашать сведения о больном, полученные во время обследования, лечения и наблюдения. Не следует вслух высказывать мнение о состоянии больного, возможном прогнозе заболевания, давать оценку применяемому лечению и т.п. Особое значение в сохранении врачебной тайны имеет правильное хранение медицинской документации. Ни один из документов не должен быть источником разглашения врачебной (медицинской) тайны. Юридическая ответственность. Медицинский персонал несет не только моральную ответственность за охрану здоровья больных и выполнение своих обязанностей. Российское законодательство предусматривает юридическую ответственность врачей и медицинских сестер в следующих случаях: 1) небрежное отношение к своим обязанностям, повлекшее за собой ухудшение состояния здоровья больного, рассматривается как преступная халатность; 2) нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил, если эти нарушения повлекли или могли повлечь распространение эпидемических и других заразных заболеваний, рассматривается как преступление против здоровья населения; 3) грубое нарушение техники манипуляций, повлекшее за собой смерть больного, рассматривается как непредумышленное убийство; 4) хищение лекарственных препаратов и инвентаря рассматривается как хищение государственной или иной собственности; 5) хищение наркотических анальгетиков рассматривается как особо опасное преступление; 6) неоказание больному помощи лицом, обязанным ее оказать, в результате этого наступили тяжелые последствия (смерть, тяжелое состояние), рассматривается как уголовное преступление.

Уход и воспитание детей.

Медицинский персонал принимает самое активное участие в процессе воспитания детей. Нельзя лечить детей или

ухаживать за ними, исключив воспитательные приемы. Правильный уход не только обеспечивает крепкое здоровье, но и способствует правильному физическому и психическому развитию ребенка. Проведение воспитательной работы требует определенного опыта общения с детьми и знакомства с основными принципами воспитания и обучения. Объем и задачи воспитательной работы во многом определяются местом нахождения ребенка, т.е. условиями стационара, дома ребенка, яслей-сада и т.д. В любом случае необходимо обеспечить эстетическое оформление помещений, участка для прогулок, манежей, достаточный набор игрушек и книг. При этом нужно учитывать возраст и состояние здоровья детей, особенности воспитания детей в домашних условиях, в школе и др. Воспитание — это целенаправленное руководство развитием ребенка, подготовка его к жизни и труду в обществе. Элементы воспитания. Деятельность взрослых направлена на комплексное физическое, умственное, нравственное и эстетическое развитие ребенка. При воспитании детей до 3 лет большой удельный вес занимают средства для физического развития, а для детей более старшего возраста приоритет отдается методам умственного воздействия. Физическое воспитание — целостная система мероприятий, направленных на своевременное формирование у детей правильных двигательных навыков и умений, укрепление здоровья, полноценное и своевременное физическое развитие. Для развития физических навыков и умений используют различные методы, включающие гимнастику, массаж, закаливание и др. Нравственное воспитание — формирование отношений индивида к обществу. Нравственность (мораль) — совокупность принципов и норм поведения, характерных для людей данного общества. Эстетическое воспитание — воспитание эстетических чувств, адекватного отношения к действительности, любви ко всему прекрасному в природе, жизни, искусстве. Средствами эстетического воспитания служат художественная литература, рисование, пение, музыка. Умственное воспитание — формирование у детей правильных представлений о явлениях природы и жизни, развитие умственных способностей (внимание, воображение, мышление, речь, память). Умственное воспитание предполагает также выработку умения самостоятельно приобретать знания и применять их на практике. В развитии умственной деятельности важную роль играет постоянный контакт ребенка со взрослыми, а также с другими детьми. Ребенок должен слышать обращенную к нему речь, иначе трудно ожидать больших успехов в овладении родным языком. При необходимости для развития речи занятия с ребенком должен проводить логопед¹. Благоприятный микроклимат в семье — обязательное условие воспитания здорового ребенка. Равномерное распределение нагрузок между отцом и матерью по уходу и воспитанию ребенка укрепляет семью, вносит новые оттенки во взаимоотношения взрослых. Среди идеалов современного человека как обязательное условие должны быть здоровый образ жизни, в том числе отказ от курения, умеренность в приеме алкоголя, отказ от использования «крепких» слов, культ спорта. При выборе средства воспитания учитывают возраст детей. Во время дежурств в стационаре (доме ребенка, детском саду) медицинские работники (воспитатели, штатные педагоги, студенты медицинского института) существенное внимание уделяют организации различного рода занятий, игр, воспитательным беседам с детьми. Для каждого возраста существует свой набор игрушек, игр-занятий. Так, примерный перечень игр-занятий для детей в возрасте 10—12 мес может быть следующим: показ сюжетных игрушек (собаки, кошки и др.), игры-занятия с мячом, кубиками для развития движений, игры-развлечения типа «прятки», «ладушек», показ заводных игрушек. Для детей в возрасте от 1 года до 2 лет проводятся занятия с картинками, «строительным» материалом в целях развития речи и координации движений. Даются задания различить предметы по их величине, форме. С детьми от 2 до 3 лет можно проводить беседы, читать 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 по цвету. ¹ Логопедия (от греч. *logos* — слово, речь, *paideia* — воспитание, обучение) — часть педагогики, тесно связанная с медициной, изучающая речевые расстройства и разрабатывающая методы их коррекции и профилактики. Для детей от 3 до 5 лет рекомендуются 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. Без этого он — засушенный цветок» (В.А. Сухомлинский). Воспитание — сложный, многосторонний процесс. Однако при проведении коллективной и индивидуальной воспитательной работы с детьми следует учитывать несколько основополагающих педагогических концепций: при изложении материала простое должно предшествовать сложное, легкое — трудное, конкретные сведения о предметах и событиях — опережать их абстрактную словесную символику. Рациональное распределение нагрузок по времени направлено на предупреждение срывов нервной системы ребенка. Нужно стремиться соблюдать режим дня. Необходимо вызывать у детей положительные эмоции, стимулировать у них желание помогать старшим и своим товарищам, доводить выполнение задания до его логического завершения, развивать у ребенка самостоятельность. Режим дня. Основой воспитательной работы в детском коллективе является режим дня, т.е. правильное распределение по времени и определенная последовательность активной деятельности, сна, приемов пищи и т.д. Педиатрами совместно с педагогами и гигиенистами разработаны стандартизированные режимы дня для различных лечебно-профилактических и детских учреждений в зависимости от специфики их работы и возраста детей. В детском

учреждении, включая лечебные, детей распределяют по возрастным группам, учитывая особенности суточного режима. Чем меньше ребенок и энергичнее он растет, тем чаще меняют режим. Например, в группе детей грудного возраста режим меняют за год 4 раза, с 1 года до 2 лет — 2 раза. Режим для больных и физически ослабленных детей должен отличаться от режима для здоровых детей того же возраста. Поэтому у физически ослабленных детей сокращается длительность периода бодрствования и увеличивается время для отдыха и сна. Навыки личной гигиены. Серьезная роль в правильном воспитании ребенка отводится навыкам личной гигиены. Опрятность и чистоплотность необходимо вырабатывать у детей с первых дней жизни. Этим целям служат ежедневное умывание, купание детей, смена белья; с 5—6-месячного возраста необходимо приучать ребенка проситься на горшок. Высаживают на горшок как только ребенок начинает уверенно сидеть. Внимание детей более старшего возраста следует обращать на грязные руки, лицо, нос и стараться вызывать к этому отрицательное отношение. Для устранения загрязнений можно использовать так называемые влажные салфетки (Cleanic, Huggies, Fixes Hartmann), позволяющие быстро и эффективно подмыть ребенка в любых условиях без контакта кожи с водой и мылом. Одноразовые подгузники в последние годы получили распространение во всем мире. Их надо менять, так как влага делает кожу уязвимой, а чем дольше выделения ребенка соприкасаются с кожей, тем больше вероятность ее повреждения. Лучше использовать «дышащие» подгузники класса Premium. Одноразовыми подгузниками можно пользоваться с первых дней жизни малыша. При переходе на памперсы от родителей и ухаживающих за ребенком требуется особое внимание, чтобы ребенок не потерял «рефлекс горшка». В период с 1,5 до 2 лет ребенка следует научить самостоятельно пользоваться носовым платком. На 3-м году жизни необходимо приучать ребенка мыть руки перед едой, причем по собственному почину, утром и вечером умываться, вытираться только своим полотенцем, салфеткой. Если ребенок воспитывается в коллективе, то личные вещи должны иметь маркировку: рисунки с изображением фруктов, овощей и т.д. В 1,5 года ребенок должен уметь полоскать рот и чистить зубы. Вначале в течение 2—3 мес. зубы чистят лишь влажной зубной щеткой, а затем зубной пастой. Чистят зубы утром и вечером перед сном. Оборудование детских учреждений. Мебель и игрушки подбирают с учетом возраста детей. В групповой комнате детского дома (ясли-сад) должно быть следующее оборудование: манеж, горка-манеж (для детей старше 10 мес), столы, стулья, диван; высокие столы для кормления, полки, шкафы для игрушек, пособий, белья; туалетные столы (пеленальники), барьер для детей. В спальне и на веранде должны быть поставлены кровати по количеству детей. В раздевалке необходимо иметь индивидуальные шкафчики для каждого ребенка, низкие вешалки для полотенец, низкие раковины и т.д. Чтобы ребенок чувствовал себя комфортно, начиная с первых месяцев и первых лет жизни используются специальные детские кровати, сиденья, стулья (стульчики), манежи, ходунки, ночные горшки, весы (рис. 28, а). Для прогулок используются коляски и прогулочные коляски, которые можно использовать в любое время года (рис. 28, б). В зависимости от возраста детей на манеж, пеленальники выставляются игрушки. Разнообразие создается не столько количеством игрушек, сколько наличием как простых, так и более сложных моделей. В домах ребенка оборудуются специальные игровые комнаты — модели кухни (рис. 29), гостиной, спальни с наборами мебели, игрушек для выработки навыков семейной жизни, имитации «домашних» ситуаций (методика Монтессори). Набор игрушек для детей первого года жизни: погремушка с ручкой, шар, резиновая игрушка, неваляшка, мяч, кастрюлька с крышечкой, коробочка, миска полиэтиленовая с мелкой игрушкой, пирамида, пенал с палочками. Поглаживание, растирание и разминание усиливают тормозные процессы, т.е. действуют на ребенка успокаивающе; вибрация (похлопывание) усиливает возбуждающие процессы. Массаж. Детям первых месяцев жизни делают преимущественно два вида массажа — поглаживание и растирание (в положении ребенка на спине, животе): Поглаживание (рис. 30, а) — это легкие скользящие движения ладонями или тыльной стороной кисти по поверхности кожи. Растирание (рис. 30, б) — это более интенсивное сдавливание пальцев рук, чем поглаживание. Детям более старшего возраста массаж делают пятью способами: поглаживанием, растиранием, разминанием, поколачиванием и вибрацией. Разминание — воздействие приемами массажа на кожу, мышцы, сухожилия, суставы. Поколачивание (рис. 30, в) проводят тыльной стороной одного пальца, затем двумя и большим количеством пальцев. Вибрацию, вызываемую аппаратами-вибраторами, применяют для детей с ожирением. Она действует рефлекторно на внутренние органы, усиливает обмен веществ глубоко расположенных тканей. 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 назвать 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. В детских учреждениях оборудуют также музыкальную комнату и гимнастический зал, где 1—2 раза в неделю проводят занятия с детьми. Одежда. Для правильного развития физических навыков необходимо следить за одеждой детей, которая не должна стеснять движений, соответствовать возрасту, сезону. Массаж и гимнастика. Среди средств, используемых для физического развития детей, большое место занимают массаж и гимнастика. Массаж для детей первых месяцев жизни необходим, прежде всего, для развития психики ребенка, так как первые речевые реакции (гуление) возникают в ответ на тактильные раздражители — поглаживание, в то время как словесные обращения взрослых ответных речевых реакций со стороны ребенка не вызывают. Поглаживание, растирание и разминание усиливают тормозные процессы, т.е. действуют на ребенка успокаивающе; вибрация (похлопывание) усиливает возбуждающие процессы. Массаж. Детям первых месяцев жизни делают преимущественно два вида массажа — поглаживание и растирание (в положении ребенка на спине, животе). Поглаживание это легкие скользящие движения ладонями или тыльной стороной кисти по поверхности кожи. Растирание — это более интенсивное сдавливание пальцев рук, чем поглаживание. Детям более старшего возраста массаж делают пятью способами: поглаживанием, растиранием,

разминанием, поколачиванием и вибрацией. Разминание — воздействие приемами массажа на кожу, мышцы, сухожилия, суставы. Поколачивание проводят тыльной стороной одного пальца, затем двумя и большим количеством пальцев. Вибрацию, вызываемую аппаратами-вибраторами, применяют для детей с ожирением. Она действует рефлекторно на внутренние органы, усиливает обмен веществ глубоко расположенных тканей. При проведении массажа необходимо помнить, что глубокое поглаживание (растирание, разминание, поколачивание и вибрация) следует проводить по ходу лимфатических сосудов, как правило, от периферии к центру, т.е. по направлению к ближайшим лимфатическим узлам.

Занятия гимнастикой. С ребенком раннего возраста гимнастикой занимается взрослый. У детей до 4—6 мес все упражнения связаны с пассивными движениями, в дальнейшем в комплекс упражнений включают активные движения. У детей грудного возраста гимнастические упражнения сочетают с элементами массажа. Начинают с легких упражнений, постепенно переходя к более сложным. Чередуют движения рук, ног и туловища, чтобы распределить нагрузку на все группы мышц. Нельзя допускать никакого насилия. Можно использовать следующие примерные комплексы упражнений для детей от 1 до 12 мес — комплекс для детей от 1 до 3 мес: разгибание позвоночника (а), ползание на животе (б), положение «пловца» (в); — комплекс для детей от 3 до 4 мес: положение «пловца» (в), «бокс» (г), скрещивание рук на груди (д), поворот со спины на живот (е); - комплекс для детей от 4 до 6 мес: «бокс» (г), скрещивание рук на груди (д), поворот со спины на живот (е), сгибание и разгибание ног (ж), присаживание из положения лежа на спине (з); - комплекс для детей от 6 до 9 мес: поворот со спины на живот (е), присаживание из положения лежа на спине (з), круговые движения руками (и), вставание из положения лежа на животе (к); - комплекс для детей от 9 до 12 мес: присаживание из положения лежа на спине (з), круговые движения руками (и), вставание из положения лежа на животе (к), приседание (л), ходьба за каталкой (м). С детьми 1—2 лет с целью физического воспитания проводят гимнастические занятия, подвижные игры, а с 2—2,5 лет — также утреннюю гимнастику. Продолжительность занятий физкультурой для детей до 2 лет составляет 10—15 мин, а для детей до 3 лет — 15—20 мин. Для физического воспитания детей старше 4 лет широко применяют упражнения спортивного характера (элементы спортивных игр, эстафеты, игры с мячом и т.д.). Занятие по физкультуре строится по общепринятой схеме: вводная часть (ходьба, бег, ходьба), общеразвивающие упражнения для основных мышечных групп (4-5 упражнений), подвижные игры и заключительная часть (ходьба и дыхательные упражнения). Следует помнить, что такие методы физического воспитания, как массаж и гимнастика, — это не только средства совершенствования двигательных навыков здорового ребенка и повышения его устойчивости к вредным влияниям окружающей среды, но и способы лечения больных детей. Контроль за развитием и поведением ребенка. Медицинский работник должен уметь организовать деятельность детей, использовать каждый контакт с ребенком для максимального общения с ним. Следует обращать внимание на выполнение суточного режима. Важное значение имеет четкая регламентация работы медицинской сестры, младшей медицинской сестры и воспитателя. Контроль за развитием и поведением детей необходим для назначения правильного режима дня, выбора средств физического и методов умственного воспитания. При уходе за детьми, во время кормления, гигиенического ухода, подготовки ко сну и т.д. следует отмечать, какими самостоятельными навыками владеют дети и соответствуют ли эти навыки возрасту ребенка. Анализ полученных результатов дает конкретный материал для характеристики ребенка, позволяет индивидуализировать использование средств физического и умственного воспитания. Дети-инвалиды, требующие особого ухода. Дети-инвалиды не способны реагировать на внешние сигналы так, как это делают здоровые. Младенцы с дефектами зрения, слуха, с серьезными отклонениями в состоянии здоровья значительно отличаются от своих сверстников, а сам дефект во многом определяет особенности ухода, поскольку медицинскому работнику приходится его учитывать и преодолевать дополнительное напряжение в отношениях с родителями или опекунами. Слепые дети не могут следить за выражением лица заботящегося о нем человека или улыбаться в ответ. Не возникает необходимого визуального общения между взрослым и ребенком — ключевого момента в формировании отношений привязанности. Слепые дети лишены возможности получения информации при выработке собственных реакций. Опасность таится в том, что нарушение коммуникации и взаимозависимости ребенка и взрослого приводит к тому, что заботящийся отстраняется от младенца. Совершенно очевидно, что для ликвидации препятствия к разобщению нужно, чтобы младенец и ухаживающий за ним взрослый наладили понятную систему общения. Слепые дети с нормально развитыми другими органами чувств начинают подавать сигналы различения, узнавания, предпочтения не раньше окончания 1-го года жизни. Кажущееся отсутствие ответных реакций у малыша является тяжелым эмоциональным потрясением для родителей, даже если диагноз ясен. У слепых детей значительно позже появляется лицевая экспрессия, улыбка менее выразительна, мимика беднее, чем у зрячих. Тем не менее, слепые дети осваивают широкий набор выразительных жестов, с помощью которых они выражают свои потребности заботящимся о них людям. А на определенном этапе они обучаются адресовать и связывать эти сигналы с невидимыми для них людьми и предметами. Глухие дети. При воспитании глухих детей возникают трудности другого рода. В первые несколько месяцев жизни их хорошо развитая зрительная система компенсирует у них отсутствие слуха. Дети правильно реагируют на внешние стимулы и коммуникабельны. Однако в начале 2-го полугодия жизни реакции детей перестают соответствовать ожиданиям родителей, взаимосвязь между «воспитателем» и младенцем нарушается. Нужен правильный диагноз. Одним из первых признаков дефекта слуха у годовалых детей является их кажущееся непослушание и частое вздрагивание от испуга при появлении людей в их поле зрения. В более позднем возрасте у таких детей могут наблюдаться вспышки раздражения или крайняя замкнутость наряду с неспособностью наладить нормальные отношения с воспитывающими их людьми. Все младенцы в раннем возрасте обследуются на предмет наличия слуха. Опыт работы

с такими детьми показывает, что успешно преодолеть дефект можно, разработав правильную систему воспитания. Кроме того, необходимо учитывать, что при рождении такого ребенка существует высокий риск материнского неприятия, отдаления и депрессии. Такие проблемы со здоровьем ребенка влияют на супружеские отношения родителей и на других детей. Необходимо помочь родителям принять взвешенные решения, которые позволят не фокусировать все внимание на болезни ребенка, а напротив, заложат основу для сохранения ребенка как личности, восстановят нормальные отношения между всеми членами семьи. Дети с такими заболеваниями, как синдром Дауна и церебральный паралич, для которых специфического лечения не существует, нуждаются в педагогических мероприятиях, организации психологической и социальной помощи. При наличии нарушений опорнодвигательного аппарата применяют специальные технологии обучения и воспитания детей. Так, для коррекции речевых расстройств используют логопедический массаж и артикуляционную гимнастику. Необходимо проведение установочных упражнений (пассивная и активная гимнастика) для постановки техники движения артикуляционных мышц. Применяют упражнения для смыкания и движения губ, изменения положения языка и др. Дети, как правило, обучаются в специализированных школах, однако они способны к овладению навыками самообслуживания и выполнению домашней работы. Принципиальное значение имеют медицинские, образовательные программы, например, участие родителей в Российской ассоциации «Даун-синдром» (общество родителей детей с болезнью Дауна), посещение занятия в центрах ранней педагогической помощи по программе Маккаури «Маленькие ступеньки». При болезни Дауна занятия начинаются, как только поставлен диагноз, т.е. в возрасте нескольких недель. Благодаря применению новых методов обучения большинство детей с отставанием в умственном развитии стали жить более полноценной жизнью, многие дети получили возможность посещать обычные школы и т.д.

5. Вопросы по теме занятия

1. Какие правила и принципы поведения должен соблюдать медицинский работник?
2. Что такое врачебная тайна?
3. Какие нарушения этики и деонтологии со стороны медицинского персонала могут повлечь за собой юридические последствия?
4. В чем состоит работа по умственному воспитанию ребенка?
5. Назовите самые существенные особенности в уходе за слепыми детьми?

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДОКОРМ - ЭТО::
 - 1) Разнообразиие пищевого рациона;;
 - 2) Дополнительная пища, даваемая ребенку первого года жизни, которому недостаточно грудного молока;;
 - 3) Введение в пищевой рацион новых продуктов, с целью восполнения энергетических затрат малыша;;
 - 4) Нет такого понятия;
 - 5) Перевод на общий стол;
2. ПРИКОРМ - ЭТО::
 - 1) Разнообразиие пищевого рациона;;
 - 2) Дополнительная пища, даваемая ребенку первого года жизни, которому не достаточно грудного молока;;
 - 3) Введение в пищевой рацион новых продуктов, с целью восполнения энергетических затрат малыша;;
 - 4) Нет такого понятия;
 - 5) Перевод на общий стол;
3. УЛУЧШИТЬ ОТХОЖДЕНИЕ МОКРОТЫ ПРИ ПРОДУКТИВНОМ КАШЛЕ ВОЗМОЖНО, ЕСЛИ::
 - 1) Провести вибрационный массаж;;
 - 2) Поставить горчичники;;
 - 3) Ввести антибиотики в вену;;
 - 4) Ввести антибиотики в мышцу;;
 - 5) Постоять на голове;;
4. К АНТРОПОМЕТРИИ РЕБЕНКА ОТНОСЯТСЯ::
 - 1) Измерение роста, длины тела, окружности грудной клетки, головы;;
 - 2) Подсчет количества зубов;;
 - 3) Рентген грудной клетки;;
 - 4) Рентген кистей и стоп;;
 - 5) Сбор анамнеза и выяснение даты родов;;
5. МЕДСЕСТРА ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБЯЗАНА::
 - 1) купать ребенка;;
 - 2) Измерять артериальное давление;;
 - 3) Обращивать пупочную ранку, взвешивать ребенка;;
 - 4) Делать внутривенные инфузии;;
 - 5) Проводить заменное переливание крови;;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. На стационарном лечении находится девочка 11 лет с диагнозом грипп. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, головокружение, повторную рвоту, нарушение сна, общую слабость. Считает себя больной в течение двух дней, когда впервые поднялась температура до 39,8° С и появилась слабость, разбитость, бред. Объективно: положение в постели пассивное. В сознании, но заторможена, кожные покровы бледные, сухие, частота

дыхательных движений 30 в минуту, пульс 160 ударов в минуту, артериальное давление 140/60 мм рт. ст. Лёгкая гиперемия зева, температура при осмотре 39,6° С.

1) Проблемы пациента Настоящие: - лихорадка; - головная боль; - рвота; - нарушение сна; - беспокойство по поводу исхода заболевания. Потенциальная: риск асфиксии рвотными массами. Приоритетная: лихорадка. Краткосрочная цель: уменьшить лихорадку в течение следующих пяти дней до субфебрильных цифр.

Долгосрочная цель: нормализация температуры к моменту выписки.;

2. Активное посещение медицинской сестры мальчика 4 лет. Диагноз: ОРВИ. Ребёнок стал плохо есть, беспокоит кашель, который усилился и носит характер сухого, болезненного. Со слов мамы болен второй день. Сначала был насморк, кашель, затем повысилась температура до 38,2°С. Объективно: ребёнок активный, температура 37,3°С, носовое дыхание затруднено, слизистые выделения из носовых ходов. Частый сухой кашель, ЧДД 28 в минуту, ЧСС 112 в минуту, зев: умеренная гиперемия, налётов нет.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.;

1) Проблемы пациента: - кашель сухой; - неэффективное очищение дыхательных путей; - лихорадка; - снижение аппетита. Приоритетная проблема: сухой кашель. Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение частоты и длительности кашля к концу недели. Долгосрочная цель: отсутствие кашля к моменту выписки.;

3. На стационарном лечении находится девочка 12 лет. Диагноз: острый гломерулонефрит, отёчная форма. Жалобы на общую слабость, плохой аппетит, головную боль, отёки на лице и ногах. Считает себя больной в течение 2-х недель. В анамнезе: частые ОРВИ, ангины, кариес зубов. Объективно: кожные покровы бледные, чистые, пастозность лица и голеней. Пульс 104 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 20 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный.

1) Эталон ответа Проблемы пациента: - отёки; - нарушение аппетита; - головная боль; - слабость. Приоритетная проблема: отёки. 1. Краткосрочная цель: уменьшить отёки к концу недели. Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания об особенностях питания и питьевого режима к моменту выписки.;

4. Мальчик 10 лет, находится на стационарном лечении. Диагноз: тромбоцитопеническая пурпура. Жалобы на кровотечение из носа, которое появилось несколько минут назад (во время игры). Болен 2 года, ухудшение наступило в течение последней недели (перенес ОРВИ), появились кровоизлияния на коже и слизистой оболочке полости рта. Тревожен. Объективно: в сознании, ориентирован, контактен. Кожные покровы бледные, множественные кровоизлияния в виде пятен различной величины, формы, беспорядочно расположенные, различного цвета (багровый, синий, зеленый, желтый), ЧДД 22 в минуту, пульс 112 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.;

1) Проблемы пациента: - носовое кровотечение; - беспокойство; - кровоизлияния на коже. Приоритетная проблема пациента: носовое кровотечение. Краткосрочная цель: остановить носовое кровотечение в течение 3 минут. Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания о способах остановки носового кровотечения в домашних условиях.;

5. Патронаж, возраст ребенка 1 месяц. Ребенок закутан в байковое одеяло, на голове платок. В комнате душно, температура воздуха 28° С, форточка закрыта. Ребенок беспокойный, кричит, кожные покровы влажные на ощупь, кожа гиперемированная, мелкоочечная сыпь, особенно много сыпи в подмышечных и паховых складках. Аппетит хороший, сосет активно.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.;

1) Проблемы пациента: - потница; - изменение кожи в области естественных складок; - беспокойство; - нарушение комфортного состояния из-за неправильно подобранной одежды. Приоритетная проблема: потница. Краткосрочная цель: уменьшение высыпаний на коже в течение 1-2 дней. Долгосрочная цель: высыпания на коже исчезнут или существенно уменьшатся в течение 1 недели.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Строзенко, Л. А. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебное пособие / Л. А. Строзенко, Ю. Ф. Лобанов. - Москва : ИНФРА-М, 2019. - 269 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 7. Санитарно-противоэпидемический режим детской больницы, дошкольно-школьных учреждений

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, методы оценки их выполнения и качество, медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач, нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, **уметь** оказывать доврачебную медицинскую помощь и сестринский уход пациентам при заболеваниях, отравлениях, травмах, осуществлять социальное взаимодействие и реализовывать свою роль в команде, использовать медицинские технологические приемы, медицинские изделия, лекарственные препараты, дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач, **владеть** поиском, критическим анализом и основами синтеза информации, особенностями применения системного подхода для решения поставленных задач, основами целеполагания, и методикой выбора оптимальных способов решения задач, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, медицинскими технологиями, изделиями, лекарственными препаратами и дезинфицирующими средствами, а также их комбинациями при решении профессиональных задач

4. Аннотация (краткое содержание темы)

В деятельности детской больницы особое значение придается поддержанию порядка, чистоты, а также преемственности в работе медицинского персонала. Младший сестринский, сестринский и врачебный персонал должен соблюдать правила санитарнопротивоэпидемического режима, предусматривающего организацию и проведение комплекса санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В стационаре концентрируются больные и ослабленные дети, поэтому самое серьезное внимание должно уделяться профилактике внутрибольничных (нозокомиальных) инфекций (ВБИ). Для обеспечения санитарно-противоэпидемического благополучия в детской больнице необходимо придерживаться существующих санитарных правил: - соблюдать принцип изоляции отдельных групп детей при заполнении отделений (палат, боксов и т.д.), использовать имеющиеся помещения по назначению; - создавать оптимальный воздушно-тепловой поток в помещениях; - строго соблюдать правила работы пищеблока и буфетов-раздаточных; - соблюдать правила приема на работу персонала и обеспечивать своевременное прохождение обязательных профилактических медицинских осмотров; - детям и персоналу соблюдать правила личной гигиены; - иметь средства для проведения дезинфекционных мероприятий (достаточное количество спецодежды, уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств); - осуществлять инженерно-техническое и санитарное благоустройство учреждения и принадлежащих ему участков земли. Санитарно-противоэпидемический режим в приемном отделении. При направлении ребенка в стационар необходимо знать, имел ли ребенок контакты с инфекционными больными дома или в школе (детском саду) за последние 3 нед (максимальная длительность инкубационного периода большинства детских инфекционных заболеваний). Полученные сведения должны быть отмечены в направлении на госпитализацию. Даже при отсутствии контактов с инфекционными больными всех детей в приемном отделении больницы специально осматривает врач для исключения возможного инфекционного заболевания. Осматривают кожные покровы, видимые слизистые оболочки; измеряют температуру тела. Для большинства детских инфекций характерны лихорадка (повышение температуры), кожные высыпания. Если ставят диагноз инфекционного заболевания или имеется подозрение на инфекционное заболевание, то больного немедленно изолируют в бокс либо направляют в детскую инфекционную больницу.

Санитарная обработка.

Проводится в приемном отделении. После осмотра ребенка врач приемного отделения при необходимости назначает санитарную обработку, которая включает:

- гигиеническую ванну, душ или обтирание больного ребенка в зависимости от тяжести состояния;
- стрижку волос и ногтей;
- переодевание ребенка в чистое белье и одежду (по сезону);
- дезинсекцию — уничтожение вшей (при их обнаружении). Если состояние больного крайне тяжелое, то его направляют в реанимационное отделение, где оказывают необходимую помощь, проводят интенсивную терапию, а санитарная обработка выполняется в меру возможностей до момента, когда ее можно провести в полном объеме. Смотровая комната и ванное помещение должны содержаться в чистоте. По окончании осмотра ребенка проводят обработку предметов (шпатели, термометры) и мебели (кушетки, стулья и др.), к которым прикасался больной. Клеенчатую подушку и клеенки на кушетке после каждого больного протирают дезинфицирующими растворами (2 % раствор хлорамина, 0,5 % раствор хлорной извести и др.), а в конце смены моют горячей водой с хозяйственным мылом. Простыни на кушетке следует менять также после каждого больного.

В случае выявления у ребенка инфекционного заболевания помещение, где находится больной, предметы и мебель подвергают обеззараживанию (дезинфекции). В приемном отделении не реже 2 раз в день проводят общую уборку

помещений влажным способом с применением дезинфицирующих средств. Для проведения санитарной обработки больного необходимы дезинфицирующие растворы и инвентарь. Обычно применяют следующие дезинфицирующие средства: хозяйственное мыло, лизол, столовый уксус, хлорную известь, хлорамин, гипохлорит кальция, 0,5 % раствор гексахлорана. Используют гребни, мочалки, вату, косынки, машинку для стрижки волос, спиртовки, кастрюли для чистых и грязных мочалок, ведра для приготовления дезинфицирующих растворов. Промаркированный инвентарь (ведра, тазы и пр.) хранят в специальном шкафу. Осмотр на вшивость (педикулез) и чесотку.

В приемном отделении обязательно осматривают ребенка с целью выявления педикулеза и чесотки. Такие больные в стационаре могут заразить вшами и клещами других детей. Педикулез передается при непосредственном контакте с больным, использовании одежды и белья больного. Появлению педикулеза, так же как и чесотки, способствуют нечистоплотность, большая скученность людей, нарушение санитарно-гигиенических правил, плохая организация санитарно-просветительной работы, низкий уровень культуры отдельных лиц. Вши бывают головные, платяные, лобковые. Платяные вши живут и откладывают яйца преимущественно в складах белья. Размеры вшей 1,5—4 мм, а их яиц (гниды) — не более 0,6—1 мм. Гниды головных вшей продолговатой формы, они как бы приклеены к волосному стержню особой клейкой массой, причем почти всегда располагаются вблизи корней волос. Гниды лучше видны при использовании увеличительного стекла. В случае обнаружения педикулеза проводится специальная дезинсекционная обработка ребенка, а при необходимости — его нательного (или постельного) белья. При обнаружении на волосистой части головы вшей или гнид больного, не раздевая, усаживают на кушетку и обрабатывают волосы одним из инсектицидных растворов или состригают их. Для лечения педикулеза используют следующие препараты: «Пара-плюс», 1 % или 5 % крем «Перметрин» (НИКС), 1 % крем с линданом, лосьоны «Ниттифор», «Чубчик» (по 50—60 мл), 20 % водно-мыльную суспензию бензилбензоата (10—30 мл), 10 % водную мыльнокеросиновую эмульсию (5—10 мл), шампуни «Гринцид», «Рид». Медицинским сестрам, которым приходится часто обрабатывать волосы инсектицидными препаратами, рекомендуется надевать защитные перчатки. Каждый препарат имеет свои особенности применения, поэтому перед использованием надо тщательно прочитать инструкцию. Так, препарат «Пара-плюс» распыляют на голове по всей длине волос от корня. Выдерживают экспозицию в 10 мин. Голову не накрывают, не греют. После этого волосы тщательно вычесывают (на клеенку или бумагу) частым гребнем с ватой, смоченной 8 % раствором столового уксуса (механическое удаление убитых вшей и гнид), прополаскивают чистой водой. При использовании вышеуказанных препаратов голову предварительно моют обычным детским шампунем, затем смазывают «Перметрином» 5 % с экспозицией на 10 мин, кремом с линданом 1 % — не более 4 мин, после чего волосы тщательно промывают. После обработки волосистой части головы лосьоном «Ниттифор», «Чубчик» мокрые волосы накрывают полиэтиленовой салфеткой и повязывают голову косынкой на 40 мин (для 20 % водно-мыльной суспензии бензилбензоата достаточно 20—30 мин). Затем моют голову горячей водой с хозяйственным мылом. Процедуру повторяют через 7—10 дней. Состриженные волосы собирают в клеенку или бумагу и вместе с ней сжигают. Метаболизм членистоногих позволяет создать препараты, действующие на паразитов и безвредные для человека. Тем не менее, большинство препаратов не действуют на гниды. Для их удаления применяют подогретый до 27-30°C столовый уксус. Ватой, смоченной уксусом, обрабатывают отдельные пряди волос, повязывают голову косынкой на 15—20 мин, после чего тщательно вычесывают волосы частым гребнем и моют голову. Для лечения педикулеза ресниц и бровей используется 1 % ртутная глазная мазь, которую наносят на веки и брови 4 раза в сутки в течение 14 дней. Внимание: ее нельзя использовать новорожденным! Одежду и белье больного укладывают в клеенчатый мешок, орошают снаружи одним из дезинфицирующих растворов (0,5 % раствор хлорной извести) и направляют в дезинфекционную камеру для проведения камерной дезинсекции. Затем нательное и постельное белье кипятят, обрабатывают горячим прессом или утюгом. Неудачи в лечении педикулеза могут быть связаны с нарушением техники аппликации, отсутствием проведения повторного курса, низкой дозой препарата, реинфекцией, плохой обработкой белья, игрушек, резистентностью паразитов к препарату. Персонал отделения, проводивший санитарную обработку больного, по окончании ее должен помываться, одежду в случае необходимости сдать для обработки в дезинфекционной камере. В помещении, где осуществляли санитарную обработку больного ребенка, пол, скамьи и т.д. орошают 0,5 % раствором хлорофоса из расчета 100 мл на 1 м², 2—3 ч проветривают и затем проводят влажную уборку. На титульном листе медицинской карты стационарного больного в этом случае ставят специальную отметку — букву «П» или пишут «Педикулез». Такой больной находится под наблюдением медицинского персонала. О каждом больном с педикулезом сообщают в центр санитарно-эпидемиологического надзора по месту жительства. Для выявления чесотки осматривают кожу кистей рук, туловища. При обнаружении чесоточных ходов проводится обязательное лечение больного, профилактическое лечение контактировавших с ним лиц, дезинсекционная обработка одежды и постельных принадлежностей во избежание повторного заражения. Это заразное заболевание, которое легко передается при прямом контакте с кожей больного либо косвенно — через одежду, перчатки, постельные или туалетные принадлежности. Санитарно-противоэпидемический режим в педиатрическом отделении. Сюда включаются мероприятия по выполнению санитарно-гигиенических требований и проведению дезинфекционных мероприятий. Санитарно-гигиенические нормы предусматривают выделение каждому ребенку кровати, застеленной чистым бельем, прикроватной тумбочки для хранения личных вещей. При необходимости ребенку выдают горшок, подкладное судно, предметы индивидуального ухода (поильник, кружка), одежду. В отделение больной берет с собой предметы личной гигиены. На индивидуальные столики или тумбочки, находящиеся рядом с койками, ставят стакан; в них хранят принадлежности туалета (зубную щетку, пасту, мыло, расческу) и некоторые личные вещи (бумагу, карандаши,

ручки, книги, игрушки). Категорически запрещается хранить в тумбочках продукты питания. Для хранения продуктов питания в буфетной или столовой помещен холодильник. Каждому больному не реже 1 раза в 7-10 дней (при необходимости чаще) проводится гигиеническая ванна с полной сменой нательного и постельного белья. Ежедневно осуществляется туалет ребенка. Перед каждым приемом пищи больные дети обязательно моют руки. Для тяжелых и лежачих больных умывание организуют у постели. В отделении необходимо строго соблюдать санитарный режим. Проветривать палаты следует не реже 4 раз в день, лучше в период, когда дети находятся в столовой. При проветривании помещения в другое время и при кварцевании палат детей выводят в коридор или игровую комнату. Для раннего выявления инфекционных болезней осмотр детей проводят ежедневно. Тщательно осматривают кожные покровы и видимые слизистые оболочки, ведут строгий учет всех детей с повышенной температурой тела ($37,5^{\circ}\text{C}$ и выше); при необходимости проводят бактериологические и бактериоскопические исследования крови, кала.

Немаловажное значение в соблюдении противоэпидемического режима в больнице имеют правильная организация питания детей, соблюдение правил приготовления пищи, ее транспортировки и раздачи. Личная гигиена медицинского персонала. Одним из существенных факторов в соблюдении противоэпидемического режима в детской больнице является личная гигиена медицинского персонала. К работе в детском лечебно-профилактическом учреждении допускаются только здоровые, прошедшие медицинское обследование лица. Медицинский работник должен иметь аккуратный и опрятный внешний вид. Медицинская сестра перед дежурством принимает душ, надевает чистое белье. Гигиена рук — основное условие для уменьшения распространенности инфекций, связанных с оказанием медико-санитарной помощи. Руки моют согласно требованиям «Руководства ВОЗ по гигиене рук при оказании медико-санитарной помощи». Ногти должны быть коротко подстрижены. Одежда только установленной формы: белый (цветной) халат, короткие рукава, из-под которых ничего не выглядывает, шапочка (косынка), закрывающая волосы. Все чистое и выглаженное. На время дежурства сестра надевает специальную обувь (тапочки), позволяющую бесшумно передвигаться. Тапочки должны легко подвергаться дезинфекции. Халат, головной убор и тапочки после окончания дежурства (смены) оставляют в специально отведенном для медицинского работника шкафчике. В отдельных случаях обязательным для медицинских работников является ношение маски, которая должна закрывать рот и нос. Обязательно ношение маски для персонала отделения новорожденных, детей грудного возраста, инфекционных палат и боксов, процедурного кабинета, а также в период эпидемий. Маски должны быть одноразовыми из нетканого текстиля или изготовленными из марли, сложенной в 4 слоя, так как более тонкие пропускают микроорганизмы. Длительное ношение маски снижает эффективность ее действия как фильтра для микроорганизмов, поэтому каждые 4 ч маску надо менять. Использованные маски кладут в отдельную посуду, кипятят и проглаживают горячим утюгом. Одноразовые маски утилизируют. Дезинфекция. Это система мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создание условий, препятствующих их распространению в окружающей среде. Различают два вида дезинфекции: профилактическую и проводимую в эпидемическом очаге, которая, в свою очередь, делится на текущую и заключительную. Профилактическую и текущую дезинфекцию в эпидемическом очаге проводят младшие медицинские сестры и медицинские сестры. Для проведения заключительной дезинфекции в эпидемическом очаге могут приглашаться сотрудники центра санитарноэпидемиологического надзора и дезинфекционных станций. Инвентарь для проведения дезинфекционных мероприятий (ведра, швабры, ветошь и др.) маркируется и используется только в тех помещениях, для которых предназначен. Профилактическая дезинфекция проводится в помещениях независимо от наличия инфекционных заболеваний с целью предупреждения накопления и распространения возбудителей болезней. Для обеззараживания воздуха используют ультрафиолетовые лучи, проветривание. Предметы обстановки, игрушки, пол и т.д. протирают (не реже 2 раз в день) тряпкой, смоченной 0,2-1 % раствором хлорамина либо другими дезинфицирующими растворами. Влажное протирание мебели проводят ежедневно. Панели моют или протирают влажной тряпкой 1 раз в 3 дня. Верхние части стен, потолки, плафоны очищают от пыли 1 раз в неделю, с такой же частотой протирают оконные рамы и двери. Очень важно ежедневное влажное протирание радиаторов и труб центрального отопления, так как имеющаяся пыль может прогореть, при этом образуется оксид углерода, что является недопустимым. Мягкие вещи (ковры, портьеры, покрывала, одеяла) выколачивают и вытряхивают на открытом воздухе или чистят пылесосом.

Характеристики дезинфицирующих растворов, применяемые в медицинской практике:

1. Хлорная известь (гипохлорид кальция) представляет собой белый мелкий порошок с резким запахом хлора. Хранят в сухой, защищенной от света таре. Используют в сухом виде для обеззараживания выделений больного. Довольно часто применяется осветленный раствор хлорной извести. Растворы хлорсодержащих веществ готовят в деревянной, эмалированной, фаянсовой или защищенной от коррозии металлической посуде с закрывающейся крышкой. Используют 10 % и 20 % растворы. Расчетное количество хлорной извести размешивают в небольшом количестве воды до образования равномерной кашицы, затем, продолжая помешивать, доливают воду до общего объема, снова перемешивают до образования однородной взвеси и оставляют под крышкой на 24 ч. В течение первых 4 ч необходимо не менее 3 раз перемешивать смесь. Через 24 ч осторожно, не взбалтывая осадка, осветленный раствор сливают. Для дезинфекции обычно используют 0,2-1 % рабочий раствор, изготовленный из исходного осветленного раствора (на 10 л требуется 200-1000 мл исходного осветления 10 % раствора).

2. Хлорамин Б (М-хлорбензолсульфонамид натрия) — белый кристаллический порошок, содержащий 25—29 % активного хлора. Для обеззараживания используют 0,2—4 % раствор хлорамина. Готовят 1 % раствор хлорамина Б, размешивая порошок в небольшом количестве горячей воды (50—60 °С), затем доводят раствор водой до нужного объема. На 10 л воды необходимо 0,1 кг хлорамина. Срок хранения готового раствора — не более 5 дней.
3. Двухтретью основная соль гипохлорида кальция (ДТСГК) — белый сухой кристаллический порошок, содержащий от 47 до 52 % активного хлора. Готовят 5 % раствор ДТСГК, добавляя к расчетному количеству сухого вещества вначале небольшой объем воды, затем (после размешивания) доводят водой до общего объема. На 10 л воды необходимо 0,5 кг ДТСГК. Срок хранения готового раствора — не более 5 дней. При работе с растворами ДТСГК следует соблюдать меры предосторожности: применять резиновые перчатки и ватно-марлевые повязки.
4. Полисепт (полигексаметиленгуанидин гидрохлорид — полимер). Для приготовления 1 % рабочего раствора исходный 25 % концентрат разбавляют водой в 25 раз. На 1 л раствора требуется 40 мл концентрата и 960 мл воды, на 10 л — соответственно 400 и 9600 мл. Рабочие растворы можно готовить в емкостях из любого материала. Полисепт предназначен для профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в лечебнопрофилактических учреждениях и очагах инфекционных заболеваний бактериальной этиологии (кроме туберкулеза). Обеззараживание выполняют способом протирания, погружения, замачивания. При приготовлении и работе с растворами полисепта следует пользоваться резиновыми перчатками. Лица с аллергической предрасположенностью не должны допускаться к работе с препаратом.
5. Жавель-клейд, дихлор и другие хлорсодержащие таблетки. Дезинфицирующие препараты на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты, обладающие бактерицидной, туберкулоцидной, спорадицидной (В. апгпгаск и др.), вирулицидной активностью (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция, вирус 8АК5 и др.) и фунгицидной активностью (грибы рода *Candida*, *Trichophyton*). Максимально активны в слабокислых растворах. 1 таблетка предназначена на 10 л воды. Препараты не требуют особых условий хранения и предназначены для дезинфекции, в том числе изделий медицинского назначения.
6. Мыльно-содовый раствор 1—2 % готовят, добавляя в воду соответствующее количество хозяйственного мыла и бикарбоната натрия (сода). Для приготовления 1 % раствора 0,1 кг хозяйственного мыла и 0,1 кг соды разводят в 10 л воды. Раствор готовят непосредственно перед использованием.
7. Аламинол, виркон, гигасепт, лизетол и бианол — новые средства без запаха хлора в виде концентратов, поэтому для дезинфекции используются 0,5—2 % водные растворы этих препаратов.
8. Дезактив-М. Смесь четвертичных аммониевых солей. Дезинфицирующее средство с моющим эффектом. Выпускается в упаковках по 1 л. Предназначено для профилактической дезинфекции, включая отделения неонатологии, инфекционные очаги, обработку кузевов, поверхностей медицинских аппаратов и приборов, предметов ухода за больным, посуды столовой и лабораторной, игрушек, обуви, рабочих поверхностей, санитарного транспорта, медицинских отходов и т.д.
9. Аспирматик — дезинфицирующее средство (концентрат). Предназначен для ежедневной очистки и дезинфекции медицинских отсасывающих систем, плевательниц и отводящих систем, пригоден для всех препаратов амальгамы. Срок хранения — 3 года, после вскрытия — 3 мес, рабочий раствор — 1 мес.
10. «Гигасепт Инстру АФ» («Лизетол АФ»). Концентрат (1:50). Используется как дезинфицирующее средство и в качестве предстерилизационной очистки, не вызывает коррозии и порчи инструментария, в том числе гибких эндоскопов. Готовый раствор можно использовать многократно. Срок хранения — 3 года, готовый раствор — 7 дней.
11. Терралш — дезинфицирующее средство, концентрат (1:400). Предназначен для дезинфекции поверхностей, мебели, саноборудования в детских лечебно-профилактических учреждениях.
12. Антисептики «Октенидерм», «Октениман», «Октенисепт» предназначены для обработки рук хирургов и операционного поля. Характеризуются быстрой дезинфекцией с эффектом до 6 ч, способствуют заживлению ран, не раздражают кожу. Препараты активны в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, туберкулеза, грибов, вирусов, гепатитов В, С, а также ВИЧ-инфекции. Срок хранения — 5 лет. К мерам профилактической дезинфекции относят также мытье рук с мылом (необходимо осуществлять систематически как персоналу, так и больным детям), кипячение воды, соблюдение санитарных правил при раздаче пищи. Текущую дезинфекцию проводят для снижения инфицированности предметов обстановки, помещений, находящихся около источника инфекции. Обеззараживают все выделения больного и предметы, к которым он прикасался, особенно важна текущая дезинфекция при кишечных инфекциях и гнойных заболеваниях. Существуют механические, физические и химические способы проведения дезинфекции. При механическом способе стирают белье, моют руки, удаляют пыль и грязь влажной тряпкой. К физическим способам относится кипячение, эффективность которого возрастает при добавлении в воду бикарбоната натрия (20 г на 1 л воды), хозяйственного мыла (10—20 г на 1 л воды). Применяют также водяной пар, уничтожающий не только микроорганизмы, но и споры. Химические способы дезинфекции являются наиболее распространенными и заключаются в применении различных дезинфицирующих растворов. Заключительную дезинфекцию проводят для полной ликвидации возбудителей заболевания в боксе, палате, отделении. Дезинфекции подвергаются помещения, предметы обихода, одежда. Важнейшим методом заключительной дезинфекции помещений является их обработка из гидропульта смесью различных

дезинфицирующих растворов. Заключительной может быть и дезинфекция поверхностей предметов путем их протирания или мытья. Некоторые предметы (например, мягкая мебель, книги, обувь и др.) следует дезинфицировать в дезинфекционных камерах

Посещение больного ребенка.

Родители, находящиеся в отделении вместе со своим ребенком, осуществляют необходимый уход и соблюдают все правила санитарногигиенической безопасности. В остальных случаях родителям разрешается посещать больных детей в определенные дни и часы и по согласованию с лечащим врачом (зав. отделением). Особое внимание обращается на то, чтобы детей не посещали больные родственники. В зимнее время посетители должны иметь сменную обувь. Проводится контроль количества и качества продуктов, которые приносят детям. Это необходимо для предупреждения пищевых отравлений, перекармливания и передачи неразрешенных продуктов. Проверенные медицинской сестрой продукты питания хранят в холодильнике (фрукты, овощи) или специальном шкафу (печенье, вафли и др.). Все продукты должны храниться в полиэтиленовых мешочках с обязательным указанием фамилии и имени больного. Разрешается передавать фрукты и ягоды (за исключением клубники) — не более 0,5 кг; овощи — 1 кг; печенье, вафли, зефир — до 0,5 кг; соки и компоты промышленного изготовления в закупоренных емкостях — от 0,25 до 0,8 л. Книжки и игрушки должны быть новыми. • Не разрешается передавать следующие продукты и изделия: пирожные, шоколад, консервы, молоко и молочные продукты, соленья, пряности, соки и компоты домашнего приготовления, гастрономические изделия. Профилактика внутрибольничных инфекций (ВБИ). ВБИ — закономерное следствие наличия постоянного большого массива источников возбудителей инфекций у детей, поступающих в стационар, в том числе с нераспознанными инфекционными заболеваниями, тесного контакта больных и медицинского персонала. Статистика внутри-больничного инфицирования детей явно занижена, что вызывает большую озабоченность организаторов здравоохранения. Рост ВБИ связывают с созданием крупных больничных комплексов, бурным развитием реанимационной техники, новых видов терапевтического и диагностического оборудования, применением новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, то есть с причинами, усиливающими угрозу распространения инфекций среди больных и персонала лечебных учреждений. Самым уязвимым звеном по ВБИ считаются учреждения родовспоможения. На родильные дома приходится более 40 % всех наблюдений. Официальной регистрации подлежат гнойно-септические заболевания, возникающие среди новорожденных и родильниц, к которым относятся такие тяжелые инфекции бактериальной природы, как бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит новорожденных. На втором месте после роддомов по частоте встречаемости ВБИ находятся хирургические стационары, на третьем — поликлиники. Следует отметить, что в нашей стране наиболее распространенными ВБИ считаются гепатит В и С, ВИЧ-инфекция. Риск инфицирования у конкретного больного ребенка в значительной мере определяется внутренними и внешними факторами риска. Внутренние факторы: гипотрофия, полигиповитаминоз, тяжесть течения основного заболевания (например, площадь ожога, декомпенсированный сахарный диабет, комбинированная травма), возраст (< 1 года), иммунодепрессивная химиотерапия, утрата целостности кожи, операция и др. Внешние факторы, изменяющие восприимчивость ребенка к инфекции: «опасные» медицинские устройства. Любое инвазивное устройство серьезно усиливает восприимчивость больного к инфекциям, так как является «воротами», сквозь которые микроорганизмы проникают в организм из окружающей среды. Облегчен перенос патогенных организмов из одной части тела больного в другую. Являясь неживым очагом, чужеродный материал позволяет патогенным микроорганизмам размножаться и быть вне зоны действия иммунной системы организма. Инструкция о тактике и процедурах, которую необходимо выполнять для правильного и безопасного использования инвазивных устройств, должна постоянно находиться в распоряжении медперсонала. Не все инфекции, связанные с внешними факторами риска, можно предотвратить, поскольку польза от непрерывного использования «опасного» устройства или проведения необходимого вмешательства может «перевешивать» риск возникновения инфекции. Требования к выбору дезинфицирующих средств в системе профилактики ВБИ. Стерилизация является наиболее надежной из всех микробицидных и микробиостатических мер. В тех случаях, когда стерилизация невозможна или не применяется, проводится термическая дезинфекция, которая является более эффективной, чем применение химических средств. Тем не менее, методам химической дезинфекции в стационарах также необходимо уделять должное внимание, тем более что в настоящее время отечественные и зарубежные разработчики рекомендуют новые эффективные химические агенты. При всем многообразии дезинфицирующих средств количество компонентов, входящих в их состав, весьма ограничено: галогены, спирты, перекиси, фенолы, четвертичные аммониевые соединения, альдегиды, третичные амины, кислоты. У каждого из них есть определенный спектр антимикробной активности, который и определяет эффективность дезинфицирующего средства, изготовленного на основе данного соединения. В зависимости от типа приборов или характера обрабатываемых поверхностей необходимо использовать различные технологии обеззараживания и различные дезинфицирующие средства.

Все предметы ухода за больными и инструменты по И.Х. Спеллингу делят на 3 категории — в зависимости от рисков инфицирования, связанных с их применением:

- 1) критичные — проникающие через покровы в ткани организма;
- 2) полукритичные — соприкасающиеся с неповрежденными слизистыми оболочками и интактной кожей;

3) не критичные — контактирующие только с неповрежденной кожей или находящиеся лишь в окружении больного или персонала. В зависимости от этого соответствующие медицинские устройства подлежат либо стерилизации, либо дезинфекции различного уровня: высокого, промежуточного, низкого. Под дезинфекцией высокого уровня (ДВУ) понимается дезинфекция, при которой уничтожаются патогенные и условно-патогенные микроорганизмы (вирусы, включая возбудителей парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, бактерии, в том числе микобактерии туберкулеза, грибы рода *Candida* и дермато-фиты), а количество спор снижается. Аптечные дезинфицирующие средства, как правило, представляют собой композицию на основе сбалансированной формулы, включающей одно или несколько активно действующих веществ в соотношениях, позволяющих добиться максимального синергизма или потенцирования эффекта в отношении наиболее устойчивых микроорганизмов, а также функциональных добавок, целенаправленно изменяющих их свойства. Обязательным условием для дезинфицирующего средства, используемого для ДВУ, является его спороцидное действие. Сложности существуют в обработке некоторых диагностических приборов. Современный процесс их дезинфекции сложен, многокомпонентен и предъявляет особые требования к персоналу, используемым растворам и аппаратуре. Дезкамеры автоматизируют процесс очистки, позволяют добиваться дезинфекции высокого уровня и стерилизации при строгом соблюдении инструкций, увеличивают сроки службы дорогостоящей аппаратуры. Важно обеспечить лечебно-профилактические учреждения системами для сушки и хранения сложной аппаратуры

5. Вопросы по теме занятия

1. Назовите основные структурные подразделения детской больницы;
2. Устройство и задачи детского приемного отделения
3. Санитарная обработка больного
4. Техника проведения гигиенической ванны
5. Тактика персонала при выявлении педикулеза

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К ПРОЯВЛЕНИЮ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ОТНОСИТСЯ.:

- 1) орхит;
- 2) стоматит;
- 3) плоскостопие;
- 4) бактериальный сепсис;
- 5) постстрептококковый гломерулонефрит;

2. ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНКЕ:

- 1) узелок, возвышающийся над поверхностью кожи;
- 2) многокамерный пузырек на инфильтрированном основании;
- 3) однокамерный пузырек на инфильтрированном основании;
- 4) однокамерный пузырек с прозрачным содержимым на не инфильтрированном основании;
- 5) язва;

3. ЧТО ТАКОЕ ЯТРОГЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?:

- 1) Заболевание, развившееся в результате неосторожного высказывания медработника о больном или его болезни либо в результате неправильного лечения.;
- 2) Нозокомиальное заболевание;
- 3) Осложнение основного заболевания;
- 4) Заболевание, передающееся от больного к больному;
- 5) Наследственное заболевание;

4. ИСТОЧНИКОМ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ВИЧ - инфицированный человек;
- 2) Обезьяны;
- 3) Кровососущие насекомые;
- 4) Испорченные консервы;
- 5) Рыба;

5. ВЫБЕРИТЕ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ.:

- 1) пероральный;
- 2) фекально-оральный;
- 3) воздушно-капельный;
- 4) бытовой;
- 5) трансмиссивный;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент С., 3 лет, доставлен в стационар машиной скорой помощи в первые сутки болезни с диагнозом "Менингококковая инфекция. Менингококкцемия". Заболел остро. Подъем температуры до 40°С, во втором часу от начала болезни на коже нижних конечностей появилась сыпь, которая быстро нарастала. Объективно: бледность кожных покровов, на конечностях, туловище обильная геморрагическая сыпь с элементами некротических участков, одышка, ЧДД 36 в минуту, пульс 110 ударов в минуту, АД 50/20 мм. рт.ст, диурез снижен, менингеальные знаки — отрицательные.

Вопрос 1: Определите состояние пациента;

Вопрос 2: Составьте алгоритм действий медицинской сестры;

1) У пациента развился инфекционно-токсический шок II степени (субкомпенсированный); критерии оценки тяжести шока: частота пульса, величина АД, снижение диуреза, бледность кожных покровов.;

2) Алгоритм действий медсестры: - выполнять назначение врача; - уложить больного с приподнятым ножным концом; - дать увлажненный кислород через носовой катетер; - подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы, лекарственные препараты (преднизолон для в/в введения, антибиотики: пенициллин, левомецитин - сукцинат); - по возможности, обеспечить доступ в вену лекарственных препаратов; - следить за гемодинамикой, АД, Ps, диурезом, состоянием сознания, предупреждать травматизацию больного.;

2. Во время дежурства медицинской сестры на здравпункте к ней обратился пациент по поводу укуса соседской собакой. Объективно: имеется открытая рана на правом предплечье со следами зубов. Кровотечения из раны нет. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Вопрос 1: Составьте план оказания неотложной помощи пациенту и укажите какие меры необходимо принять в отношении покусавшего пациента животного?;

1) Алгоритм действий медицинской сестры. Укушенную рану необходимо обильно промыть водой с мылом (вирус бешенства чувствителен к щелочным растворам). Обработать края раны 70% этиловым спиртом. ПХО не проводят в течение трех дней, если нет угрожающих жизни показаний, дополнительная травматизация тканей может способствовать более быстрому проникновению вируса по нервным волокнам в ЦНС. На рану накладывают стерильную сухую повязку. Больного отправляют для оказания специализированной помощи в травматологический пункт (травматологическое отделение) для введения антирабической вакцины и экстренной профилактики столбняка. Собирают сведения о животном, покусавшем пациента (известное или нет, привито от бешенства или нет, был ли укус спровоцирован или нет). Сведения о пострадавшем передают в ЦГСЭН. Если животное известно, то его необходимо осмотреть ветеринару, которому представляют документ о проведенных животному прививках против бешенства. За животным устанавливают наблюдение сроком в 10 дней (вирус в слюне животного появляется в последние 10 дней инкубационного периода).;

3. В противотуберкулезный диспансер поступила пациентка 17 лет с диагнозом ВИЧ-инфекция, пневмоцистная пневмония? Через 3 дня после поступления возникла сильная одышка. Объективно: сознание ясное, кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений 40 за 1 мин., дыхание затрудненное, АД 140/90, температура 37,3о. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный.

Вопрос 1: Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства;

1) Проблемы пациента Настоящие проблемы: - одышка; - сухой кашель; - лихорадка. Потенциальная проблема: ухудшение состояния пациента, связанное с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Приоритетная проблема: одышка. Цель: уменьшить одышку. План 1. Обеспечить психический и физический покой (Для эффективности лечения). 2. Поднять изголовье кровати или обеспечить полусидячее положение больного в постели (Для облегчения дыхания). 3. Каждые 2 часа оценивать состояние дыхания пациента - частоту и качество дыхания, наличие кашля, цвет кожных покровов (Для ранней диагностики и своевременной помощи в случае возникновения осложнений). 4. Научить пациента способам облегчения дыхания (Для облегчения дыхания).;

4. У пациента с диагнозом "кишечная инфекция" на 19 - й день болезни появились резкая слабость, головокружение, шум в ушах, температура тела 35,5оС, лицо бледное, пульс 120 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, кал черный.

Вопрос 1: Определите и обоснуйте неотложное состояние, развившееся у пациента;

Вопрос 2: Составьте алгоритм действий медицинской сестры;

1) У пациента вследствие кишечной инфекции развилось осложнение. Вероятно, после возникновения язв в тонком кишечнике произошло кишечное кровотечение;

2) Алгоритм действий медицинской сестры: - немедленно вызвать врача; - обеспечить строгий постельный режим с повернутой головой набок; - запретить прием через рот пищи и воды; - положить пузырь со льдом на брюшную стенку; - обеспечить централизованный подвод кислорода; - приготовить все необходимое для введения кровоостанавливающих средств: · аминокaproновую кислоту 5 %; · викасол 1 %; · 10 % раствор хлористого кальция. Осуществлять контроль пульса и АД через каждые 30 минут.;

5. К врачу поликлиники обратился больной Д. 19 лет с жалобами на боль в горле, повышение температуры, сыпь на коже. Болен 5 дней. Принимал аспирин, без эффекта. Эпидемиологический анамнез - часто бывает в поездках по стране и за рубежом. Не работает и не учится. При осмотре: состояние удовлетворительное. Пониженного питания, голос высокого тембра, поведение манерное. На коже туловища, больше на боковых отделах грудной клетки, необильная и неяркая пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая ротоглотки слегка гиперемирована. Пальпируются лимфатические узлы: затылочные, шейные, подмышечные, локтевые размером до 0,8-1 см. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Дизурических и менингеальных явлений нет. Поставлен диагноз «ОРЗ, лекарственная болезнь». Назначены десенсибилизирующие препараты

Вопрос 1: Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения о диагнозе?;

Вопрос 2: Имеет ли значение оценка внешнего вида больного?;

Вопрос 3: Проведите дифференциальный диагноз;

Вопрос 4: Наметьте план обследования.;

Вопрос 5: Вправе мы разглашать предполагаемый диагноз пациента при госпитализации?;

- 1) Необходимо дополнительно провести ряд исследований. Возможно ВИЧ-инфекция.;
- 2) Да, наравне с анамнезом жизни пациента.;
- 3) Герпетическая инфекция, аллергические заболевания, ВИЧ-инфекция.;
- 4) Консультация инфекциониста. Тесты на ВИЧ-инфекцию.;
- 5) Нет.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

Строзенко, Л. А. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебное пособие / Л. А. Строзенко, Ю. Ф. Лобанов. - Москва : ИНФРА-М, 2019. - 269 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 8. Функциональные обязанности младшего и среднего медицинского персонала

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, методы оценки их выполнения и качество., основные виды потенциальных опасностей и их последствия в профессиональной деятельности и быту, принципы снижения вероятности их реализации, медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач., нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, методы оценки потребности в ресурсах, продолжительности и стоимости проекта., основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, основные характеристики процессов сбора, передачи, поиска, обработки и накопления информации, методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных, особенности оказания доврачебной помощи, нормативные требования к ведению документации, форм учёта и отчётности медицинской сестры по вопросам диспансеризации, **уметь** оказывать доврачебную медицинскую помощь и сестринский уход пациентам при заболеваниях, отравлениях, травмах, осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, реализовывать правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности, оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач, использовать медицинские технологические приемы, медицинские изделия, лекарственные препараты, дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами оказания доврачебной медицинской помощи и сестринского ухода за пациентом при заболеваниях, отравлениях, травмах, способами реализации правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности, способами анализа медико-статистической информации и интерпретации результатов состояния здоровья пациента (населения), медицинскими технологиями, изделиями, лекарственными препаратами и дезинфицирующими средствами, а также их комбинациями при решении профессиональных задач, навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье., навыками подбора антибактериальных, противовирусных и иммунобиологических препаратов в зависимости от этиологии заболевания, руководствуясь нормативными документами и справочной литературой.

4. Аннотация (краткое содержание темы)

В больницах существует двухступенчатая (врач, медицинская сестра) и трехступенчатая (врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра) система обслуживания больных. С 1968 г. в детских больницах вместо санитарки введена должность младшей медицинской сестры (медицинская сестра по уходу). При двухступенчатой системе медицинская сестра не только выполняет назначения врача и проводит процедуры, но и обеспечивает уход за больными. При трехступенчатой системе младшая медицинская сестра проводит уборку помещений, следит за своевременной сменой белья, чистотой предметов ухода, помогает больным и ухаживает за ними.

В обязанности *младшей медицинской сестры* входит:

- влажная уборка палат, кабинетов, операционных, коридоров, мест общего пользования;
- смена нательного и постельного белья;
- санитарная обработка больных;
- ежедневный туалет, уход за кожей, волосами, ушными раковинами, глазами, полостью рта больных и т.д.;
- подача судна, мочеприемника, их дезинфекция;
- профилактика пролежней;
- пеленание и подмывание детей;
- контроль за санитарным состоянием прикроватных тумбочек. Подготовка младших медицинских сестер осуществляется непосредственно в больницах, а также на краткосрочных курсах, организованных при Союзе обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

(СОКК и КП).

Медицинская сестра - представитель среднего медицинского звена. Это помощник врача в лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждениях, самостоятельный медицинский работник в

рамках своей компетенции (уход, манипуляции и т.д.).

На должность медицинской сестры назначают лиц, окончивших медицинские училища со сроком обучения не менее 2 лет и получивших свидетельство о присвоении им квалификации медицинской

сестры. Медицинскими сестрами могут работать студенты медицинского вуза, успешно закончившие три курса дневного обучения.

Медицинская сестра отделения. Для выполнения своих обязанностей медицинская сестра должна владеть разнообразными навыками. Медицинская сестра тщательно и неукоснительно выполняет все назначения лечащего врача, а в экстренных случаях - дежурного врача. Она обязана проследить, чтобы ребенок принял назначенные ему лекарственные средства, и при необходимости - помочь запить их водой и т.д. Одновременно медицинская сестра осуществляет уход за больными, психологически помогает больному ребенку и его родителям преодолевать сложности периода болезни. Она следит за санитарным состоянием закрепленных за ней палат, делает необходимые записи в медицинских картах стационарных больных о выполнении лечебных и гигиенических назначений.

Медицинская сестра присутствует на врачебном обходе больных, сообщает врачу сведения о состоянии здоровья детей, получает дальнейшие указания по уходу за больными и выполняет их. В обязанности медицинской сестры входят измерение температуры тела больного и ее регистрация в температурном листе медицинской карты стационарного больного, подсчет пульса, частоты дыхания, определение АД, массы тела, заполнение журналов консультаций специалистов и др. По назначению врача медицинская сестра (с помощью младшей медицинской сестры) измеряет суточное количество мочи и мокроты.

По назначению врача медицинская сестра собирает материалы для анализов (моча, кал, мокрота и др.), доставляет их в лабораторию, получает результаты исследований и приклеивает бланки ответов в медицинские карты стационарных больных. Сопровождает детей из одного отделения в другое (по назначению врача) на рентгенологические, эндоскопические, радиологические и другие исследования, осуществляет транспортировку больных (при переводе из отделения в отделение и т.д.).

Медицинская сестра следит за чистотой, тишиной и порядком в палатах; обучает детей и их родителей правилам личной гигиены; заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода, проводит гигиенические ванны, а также смену нательного и постельного белья.

В обязанности медицинской сестры входит контроль за лечебным питанием, а при необходимости и личное участие в раздаче пищи,

кормлении тяжелобольных и детей младшего возраста; контроль за порциями больным и их правильным хранением. Исходя из назначений врача, медсестра составляет порционные требования на питание больных в 2-х экземплярах и передает их на пищеблок и в буфет.

На медицинскую сестру возложены обязанности контролировать выполнение больными, а также младшим медицинским персоналом, родителями и посетителями установленных правил внутреннего распорядка больницы. Во время ночного дежурства эти обязанности никем не дублируются.

Медицинская сестра отвечает за образцовое содержание сестринского поста, исправное состояние медицинского и хозяйственного инвентаря; соблюдает правила хранения лекарственных средств; составляет требования на лекарственные средства, перевязочные материалы и предметы ухода за детьми; следит за своевременным возвращением медицинских карт стационарных больных от специалистов, вносит в них результаты исследований.

По назначению заведующего отделением или лечащего врача медицинская сестра вызывает для консультации специалистов из других отделений, заказывает машину для перевозки ребенка в другое лечебно-профилактическое учреждение.

Медицинская сестра принимает вновь поступивших в отделение детей, проводит осмотр кожи и волосистой части головы ребенка для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза, помещает больных детей в соответствующие палаты, докладывает о вновь поступивших больных врачу. В ее обязанности входит ознакомление вновь поступивших детей с правилами внутреннего распорядка, режимом дня и правилами личной гигиены, санитарно-просветительная работа.

Персонал должен

уметь выполнять следующие манипуляции:

- 1) кормить ребенка, в том числе через зонд, промывать желудок;
- 2) ставить клизмы всех видов (очистительные, сифонные и др.);
- 3) вводить газоотводную трубку;
- 4) проводить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером (у детей старше 1 года);
- 5) ставить горчичники, банки, компрессы;
- 6) давать лекарственные средства через рот;
- 7) втирать лекарственные средства;
- 8) закапывать лекарственные растворы в глаза, нос, уши;
- 9) накладывать пластырь;
- 10) проводить внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные (последние - по разрешению врача) вливания;
- 11) измерять артериальное давление;
- 12) проводить непрямой массаж сердца;
- 13) проводить искусственную вентиляцию легких (ИВЛ);
- 14) брать мазки из зева;
- 15) собирать материал для лабораторных исследований (моча, кал, пот, рвотные массы и др.);
- 16) проводить физиотерапевтические процедуры (по назначению врача);
- 17) вести мониторинг за больным и замечать отклонения на дисплее;
- 18) проводить желудочное и дуоденальное зондирование.

Работа медицинской сестры выполняется по графику, утвержденному заведующим отделением. Во время дежурства медицинская сестра без разрешения врача не имеет права покинуть свой пост и отлучиться из отделения.

Старшая медицинская сестра. Старшая медицинская сестра организует работу среднего и младшего медицинского персонала, кроме того, в ее обязанности входят соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отделении, обучение поступающих новых работников, организация занятий по повышению их квалификации. Исключительно важна ее роль в правильной организации ухода за детьми, хранении детского питания и строгом выполнении всех медицинских (врачебных) назначений. Она составляет график дежурств медсестер и табели на заработную плату, контролирует наличие лекарственных средств в аптеке, заказывает недостающие, следит за пополнением отделения необходимым инструментарием и предметами ухода за детьми. В случае заболевания медсестры своевременно находит замену на дежурство. В отделении новорожденных старшая медицинская сестра ежедневно до начала работы проводит осмотр персонала и матерей (измерение температуры тела, осмотр зева и кожи).

Медицинская сестра процедурного кабинета. Штатным расписанием отделения предусмотрена должность медицинской сестры процедурного кабинета, осуществляющей наиболее сложные медицинские манипуляции; она помогает врачу в проведении тех манипуляций, которые имеет право выполнять только врач (переливание крови, пункции, введение контрастных веществ и др.). Кроме того, имеется также должность *сестры-хозяйки*, отвечающей за хозяйственный инвентарь, проведение генеральной уборки всех помещений, смену белья.

Прием и сдача дежурств - наиболее ответственный момент работы медицинской сестры. Медицинская сестра не имеет права самостоятельно покинуть пост даже в том случае, если не явилась ее смена.

Прием и передача дежурства медицинскими сестрами проводится покроватно с визуальным контролем наличия каждого больного ребенка. Сдающая пост медицинская сестра знакомит принимающую пост медицинскую сестру с больными детьми, передает необходимые сведения об индивидуальных особенностях их лечения и ухода. На

утренней конференции медицинская сестра делает сообщение о проведенной работе.

При заступлении на дежурство медицинские сестры (сдающая и принимающая пост) совместно проводят обход больных, при этом особое внимание обращают на тяжелобольных, санитарное состояние палат, соблюдение правил личной гигиены. В журнал сдачи дежурств заносится объем невыполненной за предыдущую смену работы у того или иного больного, а также врачебные назначения дежурного врача, данные о раздаче сильнодействующих лекарственных средств, подготовке детей к лабораторным и инструментальным исследованиям и т.п. Заступающая на дежурство медицинская сестра принимает термометры, шприцы, медикаменты, предметы ухода (поильники, грелки, подкладные судна, мочеприемники и пр.), инвентарь, ключи от шкафов с лекарственными средствами общего списка. Она получает заранее составленный список назначений на исследования и направления в разные лаборатории и специализированные кабинеты. Проверяет наличие достаточного количества чистого белья на всю смену.

Особое внимание медицинские сестры должны уделять больным, находящимся на постельном и строгом постельном режиме. Если не организован индивидуальный пост, то необходимо постоянно подходить и следить за больным ребенком, не допускать его длительного пребывания в одном и том же положении (например, на спине), для чего следует переворачивать больного время от времени с одного бока на другой. Менять положение больного ребенка в постели необходимо с большой осторожностью и без резких движений. Подчас приходится удерживать ребенка в постели, так как дети не всегда осознают необходимость соблюдать покой или бывают возбуждены.

В конце смены медицинская сестра составляет сводку движения больных: количество больных в отделении на начало суток, количество поступивших, выбывших (отдельно: выписанные, переведенные в

другие отделения или лечебно-профилактические учреждения, умершие) и состоящих на начало следующих суток. Эти сведения ежедневно передаются в приемное отделение больницы.

Медицинский пост расположен вблизи палат, чтобы дети, особенно тяжелобольные, находились под постоянным визуальным контролем. С этой целью стены палат или перегородки между ними делают из толстостойкого или органического стекла. На посту медицинской сестры должны быть следующие необходимые предметы:

- стол с запирающимися на ключ выдвижными ящиками для хранения медицинских карт стационарных больных, бланков, медицинского инструментария и пр.;
- шкаф для хранения медикаментов;
- телефоны городской и местной сети;
- холодильник;
- компьютер (при компьютеризированной системе обработки данных) или монитор для связи с больными;
- питьевая вода;
- настольная лампа.

Рабочее место медицинской сестры должно содержаться в чистоте и быть укомплектованным необходимыми предметами. От состояния рабочего места во многом зависит эффективность работы медицинской сестры. Старшая медицинская сестра отделения, заканчивая рабочий день, снабжает сестринские посты всем необходимым на следующие сутки.

Медицинская документация утверждается Минздравсоцразвития РФ и используется в лечебно-профилактических учреждениях в виде унифицированных бланков.

Медицинская карта стационарного больного (ф. ? 003/у) (история болезни) - основной первичный медицинский документ, который заполняют на каждого больного, находящегося в стационаре лечебного учреждения. В медицинскую карту стационарного больного вносят все данные о больном, включая результаты динамического наблюдения и лечения. В нее вклеивают результаты лабораторных, инструментальных и других исследований, ежедневно записывают показатели утренней и вечерней температуры тела, пульса и частоты дыхания, артериального давления, а при необходимости - и суточное количество мочи (диурез). В медицинской карте стационарного больного медицинская сестра отмечает время поступления больного в отделение и результаты осмотра на наличие педикулеза, расписывается. В листе назначений отмечает время выдачи лекарственного средства, в температурном листе - массу тела и рост ребенка при поступлении, температуру тела больного утром и

вечером, далее один раз в 7-10 дней отмечает дни приема ванны и смены белья, ежедневно - стул ребенка.

Медицинская карта стационарного больного является юридическим документом. Она хранится в течение 25 лет и поэтому должна вестись строго по установленной форме. В ней не допускается какихлибо исправлений; запрещается заклеивать, стирать, зачеркивать ранее написанное, дописывать. Медицинская сестра отвечает за сохранность медицинских карт стационарных больных, которые хранят в ящике или шкафу, запирающемся на ключ, в не доступном детям и их родителям месте.

Направления в лабораторию заполняет медицинская сестра. В них отмечают фамилию, имя и возраст ребенка, номер медицинской карты стационарного больного, название отделения и перечень показателей, которые следует определить.

В *сестринские листы* медицинская сестра вносит из медицинских карт стационарных больных врачебные назначения каждому больно-

му. Форма заполнения произвольная. Лучше составлять индивидуальные сестринские листы на каждого ребенка отдельно, но можно заполнять их по виду манипуляций, диет, лекарственных средств с перечислением фамилий детей.

В *журнале сдачи* (приема и передачи) *дежурств* отмечают количество находящихся на посту детей, фамилии вновь поступивших и выбывших больных с указанием диагноза. Кроме того, перечисляют лихорадящих детей с указанием температуры тела, дают оценку динамики клинических симптомов у тяжелобольных, перечисляют все внеплановые манипуляции и принятые меры помощи, выполненные дежурным врачом и по его назначению. Отдельно приводят список детей, подготовленных в соответствии с врачебными назначениями к диагностическим и лечебным процедурам (эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования и т.д.).

В *журнале движения больных отделения* отмечаются сведения о движении больных: количества выбывших и поступивших.

В *журнале учета инфекционных больных* фиксируют фамилию, имя, возраст ребенка, доставленного с инфекционным заболеванием, диагноз, дату, контакты и принятые меры.

В *журнал учета и расходования наркотических средств* медсестра вносит необходимую информацию об имеющихся и использованных за смену наркотических средствах. То же в отношении учетных средств (этот журнал иногда заполняет старшая медицинская сестра).

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма ? 058/у) составляет медицинский работник (сестра) и посылает в центр санитарно-эпидемиологического надзора.

Медицинская сестра приемного отделения заполняет:

- титульный лист медицинской карты стационарного больного (форма ? 003/у);
- журнал госпитализации больных (форма ? 011/у);
- журнал отказа в госпитализации;
- журнал госпитализированных больных (составляется список в алфавитном порядке для службы справок);
- журнал свободных мест в отделениях (движения);
- журнал учета инфекционных больных (плюс экстренные извещения);
- журнал госпитализации больных, поступающих без сопровождения с описанием основных внешних примет (безнадзорные и беспризорные дети).

Работа с лекарственными средствами. Одной из важнейших обязанностей медицинской сестры является участие в лечебном процессе, которое проявляется прежде всего в раздаче лекарственных средств. Лекарственные препараты оказывают на организм разнообразное действие, включая местное и общее. Однако, помимо основного терапевтического, они могут вызывать побочные или нежелательные эффекты. Последние уменьшаются и даже полностью ликвидируются после снижения дозы и отмены лекарственного средства. Возможны случаи

непереносимости лекарств, приводящей к тяжелейшим осложнениям (например, анафилактический шок). Медицинская сестра обязана не только знать обо всех возможных побочных реакциях на введение того или иного лекарственного препарата, но и уметь оказывать экстренную доврачебную помощь.

Хранение лекарственных средств осуществляют в специальных запирающихся шкафах, находящихся под контролем постовой медицинской сестры. В шкафу лекарственные средства располагают по группам на отдельных полках с соответствующей надписью: стерильные, внутренние, наружные, глазные капли, инъекционные. У задней стенки ставят более крупную посуду, впереди - мелкую. Это позволяет, не переставляя лекарственные средства, прочитать этикетку, выбрать нужный препарат. Кроме того, каждая полка должна быть разделена: например, «внутренние» - на отделения для порошков, таблеток, микстур. Можно на одной полке поместить порошки, таблетки, капсулы, на другой - микстуры, растворы и т.д. Так хранят лекарственные средства общего списка. Без этикеток хранение лекарственных средств недопустимо.

Особо строгие требования предъявляются к ядовитым и сильнодействующим лекарственным средствам. Для них выделяются небольшие по объему сейфы или металлические шкафы, которые постоянно находятся под замком.

В сейфе (шкафу) с надписью «А» находятся ядовитые и наркотические лекарственные средства, а в сейфе (шкафу) с надписью «Б» - сильнодействующие средства. На внутренней поверхности каждого из сейфов помещают перечень находящихся ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств с указанием высших разовых и суточных

доз (в зависимости от возраста ребенка). Здесь же должны быть таблицы противоядий. Запасы ядовитых и наркотических средств не должны превышать 5-дневной потребности, сильнодействующих - 10-дневной.

Для учета прихода и расхода ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств ведется специально пронумерованный, прошнурованный и скрепленный сургучной печатью лечебного учреждения журнал по утвержденной форме.

Журнал, а также требования на получение и отпуск ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств сохраняются в отделении в течение 3 лет. Затем эти документы в присутствии комиссии уничтожаются, о чем составляют акт.

Ключи от сейфов (шкафов) «А» и «Б» хранятся только у лиц, назначенных приказом по лечебному учреждению. Обычно это старшая сестра отделения. Ответственные лица несут уголовную ответственность за несоблюдение правил хранения и хищение медицинских препаратов, особенно это касается ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств.

Медсестры должны быть проинструктированы о сроках и способах хранения каждого средства, применяемого в отделении.

Лекарственные средства, обладающие сильным запахом (йодоформ, лизол, нашатырный спирт и др.) и легко воспламеняющиеся (эфир, этиловый спирт), хранят в отдельном шкафу. Отдельно хранят также красящие лекарственные средства (йод, бриллиантовый зеленый и т.д.).

Срок годности лекарственных средств заводского изготовления, как правило, составляет 2-5 лет, но может быть и большим. Срок хранения определяется по маркировке. Каждой промышленной партии выпускаемых медикаментов присваивается заводская серия, которая маркируется не менее чем пятью цифрами. Две последние цифры спра-

ва - год выпуска, две предыдущие - месяц выпуска, остальные - заводская серия.

Более короткие сроки годности имеют лекарственные средства, приготовленные в аптеке. Все емкости (коробки, банки, флаконы), содержащие лекарственные средства, изготовленные в аптеке, снабжаются соответствующими этикетками, на которых указывают наименование, дату изготовления и срок хранения.

Установлены сроки хранения и реализации лекарственных средств, приготовленных в аптеках: 2 сут - для инъекционных растворов, глазных капель, настоев, отваров, слизей; 3 сут - для эмульсий; 10 сут - для остальных лекарственных средств. Стерильные растворы в бутылках (не в ампулах) могут храниться не более 3 сут. Признаками порчи лекарственных средств являются изменение внешнего вида, в частности появление налета, хлопьев, пятен на таблетках, дополнительного запаха, изменение цвета.

На медицинском посту не должно быть просроченных или негодных к употреблению лекарственных средств.

При хранении лекарственных средств следует соблюдать определенные температуру и влажность, контролировать степень освещенности, сохранность упаковок и т.д. Жидкие лекарственные средства, такие как настои и отвары,

быстро портятся и поэтому должны храниться в холодильнике при температуре от 2 до 10 °С. Такие же требования предъявляются к хранению эмульсий, некоторых антибиотиков (пенициллин и др.), сывороток, растворов, содержащих глюкозу, инсулин и т.д. Лекарственные средства, быстро разрушающиеся на свету (бром, йод), следует хранить в емкостях из темного стекла и в темном помещении.

При хранении лекарственных средств запрещается помещать их вместе с дезинфицирующими растворами и средствами для технических целей. Медицинская сестра не имеет права переливать лекарственное средство из одной емкости в другую, отклеивать и переклеивать этикетки, произвольно соединять лекарственные средства (например, таблетки с порошками и т.д.).

Раздача лекарственных средств осуществляется медицинской сестрой в строгом соответствии с назначением врача, который указывает в медицинской карте стационарного больного даты назначения и отмены лекарственных средств. Лекарственные средства принимают до, во время, после еды и перед сном. Самым распространенным, простым и удобным способом введения лекарственного средства

является энтеральный путь, т.е. прием лекарства через рот или внутрь. Этот способ надежно контролируется. Внутрь в основном принимают твердые лекарственные формы: таблетки, драже, порошки, капсулы (рис. 5). Порошки в саше предназначены для разведения водой. Реже внутрь назначают жидкие лекарственные формы: растворы, отвары, микстуры и др. Следует помнить, что чем меньше возраст ребенка, тем шире используется назначение жидких лекарственных форм.

Твердые лекарственные формы:

а - таблетки; б - драже; в - порошки (в саше); г - порошки или микросферы с энтеросолюбивной оболочкой в желатиновых капсулах

Приступая к раздаче препаратов, медицинская сестра должна вымыть руки с мылом, при необходимости сменить халат, надеть маску. Во избежание ошибок необходимо уметь определять лекарственные средства по форме, цвету, запаху, вкусу. Ребенок должен принимать лекарственные средства только в присутствии медицинского персонала - медицинской сестры, врача.

Существует несколько способов раздачи лекарственных средств в условиях детского отделения. Можно пользоваться лотками, разделенными на ячейки с указанием фамилий больных. В них заранее раскладывают лекарственные средства. Прежде чем положить лекарственное средство в ячейку, следует сверить название, указанное на упа-

ковке, с названием лекарственного средства в медицинской карте стационарного больного или сестринском листе. Затем медицинская сестра обходит с лотком все палаты. Другой способ - использование передвижного столика, на котором разложены лекарственные средства для приема внутрь, графин с водой, мензурки, ложки, чистые пипетки. Этот столик медицинская сестра вкатывает в палату и поочередно перемещает к кровати каждого больного, если тот находится на постельном режиме. Ходячие больные самостоятельно подходят к столику, где под контролем сестры принимают лекарственные средства.

При раздаче порошков бумажку, в которую упакован порошок, разворачивают и, придав ей форму желоба, высыпают порошок на язык ребенка, затем предлагают запить его водой. Не следует выдавать лекарственные средства ребенку на руки, тем более по несколько таблеток сразу. Важно соблюдать последовательность приема лекарственных средств. Проглотив таблетку, надо запить ее жидкостью, делая небольшие, но частые глотки. Это объяснено тем, что таблетка проходит через пищевод в течение 2-5 мин. Если делать большой глоток, то вода быстро проходит мимо таблетки и последняя может остановиться в пищеводе. Частые небольшие глотки воды или комки пищи способствуют более быстрому прохождению лекарственного средства в желудок.

В настоящее время выпускается большое количество лекарственных средств в сиропе. Дети, особенно младшего возраста, с большой охотой принимают их. Таблетки дети глотают с трудом, а дети моложе 3 лет практически никогда не могут проглотить их. Поэтому перед приемом таблетки размельчают. Таблетку или порошок иногда приходится растворять в сладкой воде, сиропе, давать порошок вместе с едой и т.д. Детям грудного возраста назначенную дозу лекарственного средства в жидкой форме часто вводят дробно, чтобы ребенок не поперхнулся. Если ребенок не хочет принимать лекарственное средство, то приходится насильно открывать рот следующим образом: 1) двумя пальцами осторожно нажимают на щеки; 2) зажимают нос и в этот момент ребенок открывает рот. Некоторые микстуры (не раздражающие слизистую оболочку рта) детям первых месяцев жизни можно давать из соски.

Микстуры, отвары дают в градуированных стаканчиках с делениями 5, 10, 15, 20 мл. При отсутствии градуированной посуды учитывают, что водного раствора в чайной ложке около 5 мл, в десертной -

10 мл, в столовой - 15 мл. Спиртовые настои, а также жидкие экстракты отмеряют с помощью чистых пипеток одноразового пользования. Использование одной и той же пипетки для раздачи разных лекарственных средств запрещается.

Некоторые сердечные препараты (валидол, нитроглицерин) принимают под язык. При невозможности введения лекарственных средств через рот их вводят в виде свечей в прямую кишку. Свечи детям вводят только медицинские сестры. При лечении заболеваний органов дыхания активно используется ингаляционный способ введения лекарственных средств, имеющий многочисленные варианты в виде аэрозолей и спреев, предусматривающих наличие специальной упаковки и клапанно-распределительной системы.

Особенности техники введения лекарств у детей грудного возраста. Обычно используют мерную ложку, которую кладут на край нижней губы ребенка и наклоняют ее так, чтобы лекарство постепенно перетекло в рот. Лекарство можно вводить при помощи специального шприца. Для этого кончик шприца кладут в уголок рта и сироп направляют к внутренней стороне щеки, но не в горло. Процедуру выполняют медленно, чтобы ребенок успевал заглатывать содержимое. Кроме того, лекарство можно вводить через специальную соску. Такое приспособление позволяет одновременно лечить ребенка и успокаивать.

По показаниям медицинской сестры приходится применять наружные способы введения лекарственных средств: закапывание капель, введение мази или вдыхание порошка в нос, закапывание капель в ухо, закапывание капель в конъюнктивальный мешок глаз или закладывание мази за нижнее веко, наложение мазей на кожу. Все эти манипуляции выполняются индивидуально и обычно по времени отделены от раздачи лекарственных средств, также как парентеральные процедуры, связанные с инъекциями лекарственных средств. Тем не менее, их выполнение строго регламентировано и требует от медицинской сестры постоянного внимания и контроля.

Необходимо предупреждать больных и их родителей, что при приеме некоторых лекарственных средств (висмут, железо, хинолиновые и т.п.) может изменяться цвет мочи и кала.

Обязанности медицинской сестры в поликлинике. Среднему и младшему медицинскому персоналу в детской поликлинике отводится особая роль. Меньше времени уделяется непосредственной работе с больным ребенком, как в больнице, и в большей степени медицин-

ская сестра выполняет функции помощника врача, канцелярскую работу. Функциональные обязанности работы медицинской сестры во многом определяются особенностями работы врача того или иного профиля.

Участковая медицинская сестра. Основной формой работы медицинской сестры является профилактическое наблюдение за здоровьем детей. Используется метод диспансерного контроля. Возможность диспансерного наблюдения и помощи на различных ее этапах обеспечивается структурой организации детской поликлиники.

Участковая медицинская сестра (под контролем врача) проводит дородовой патронаж беременной, цель которого - медицинское консультирование будущей матери (родителей) в вопросах педиатрии: подготовка груди к лактации, рациональное питание, борьба с вредными привычками, обеспечение оптимальных условий быта, создание благоприятной психологической обстановки, наличие предметов ухода за ребенком, формирование нового стиля жизни семьи при появлении ребенка и т.д. Первое посещение беременной проводят сразу после взятия ее на учет при поступлении сведений из женской консультации (12-23 нед). Второй патронаж проводят при сроке беременности 32 нед (в период декретного отпуска), с учетом ее нормального хода. Уточняется адрес, где будет жить молодая семья после рождения ребенка, наличие детской комнаты (уголка новорожденного).

Патронаж новорожденного. По регламенту врач-педиатр совместно с патронажной сестрой посещает новорожденного на дому в первые три дня после выписки из родильного дома. Если ребенок - первенец в семье, то визит приходится на первый день. Изучается выписка из родильного дома, проводится тщательный осмотр ребенка с оценкой состояния его здоровья. Медицинская сестра оценивает состояние лактации у женщины, проводит подробный инструктаж по технике грудного вскармливания и уходу за ребенком. Тщательно выясняют, как сосет ребенок грудь матери, какие делают перерывы между кормлениями, нет ли рвоты, срыгиваний, беспокойства, выдерживает ли ночной перерыв. Проводится антропометрическое исследование: измеряют длину и массу тела, окружность головы и грудной клетки. В конце осмотра составляется индивидуальный план ведения новорожденного (количество и сроки патронажей, консультации у специалистов, комплекс оздоровительных мероприятий). Последующее наблюдение за новорожденным ребенком врач и медсестра осущест-

вляют поочередно. Медицинская (*патронажная*) сестра в течение первой недели посещает новорожденного через

1-2 дня, а затем на протяжении первого месяца - еженедельно, чередуя посещения с педиатром.

Диспансерное наблюдение. По достижении ребенком возраста 1 мес участковый врач и медицинская сестра ежемесячно оценивают динамику физического развития, дают необходимые советы по уходу и профилактике «контролируемых» заболеваний (рахит, анемия, йодный дефицит и др.), проводят профилактические прививки.

Детей второго года жизни осматривает 1 раз в квартал. Оценивают физическое и нервно-психическое развитие, по показаниям назначают общие анализы мочи и крови, 1 раз в год исследуют кал на яйца глистов. С трех лет детей осматривают 1 раз в полгода, а с четырех лет - 1 раз в год. Врач выявляет группы детей повышенного риска по развитию ряда заболеваний и больных детей, нуждающихся в особом наблюдении, поручая контроль за ними участковой медицинской сестре. Медицинская сестра следит за фактическим местом проживания ребенка.

Амбулаторный прием. Участковая медицинская сестра подготавливает рабочее место к приему больных, заготавливает бланки, подбирает амбулаторные и диспансерные карты для врача, следит, чтобы в амбулаторную карту были внесены все результаты анализов. Под контролем врача медицинская сестра пишет различные справки, направления на исследования, заполняет статистические талоны («Талон амбулаторного пациента», ф. ? 0325-12/у), карты экстренного извещения, санаторно-курортные карты, под диктовку врача выписывает рецепты, регулирует очередь приема к врачу, проводит необходимые измерения (антропометрия, измерение артериального давления) и т.д.

Работа медицинских сестер в других кабинетах (врача-невропатолога, кардиолога, эндокринолога, гематолога) имеет значительное сходство с работой участковой медицинской сестры. В некоторых случаях, например на приеме врача-офтальмолога, для медицинской сестры выделена специальная сестринская зона, где она по специальной программе проводит обследование детей, пришедших на прием к врачу-офтальмологу: проверяет остроту зрения, измеряет по показаниям внутриглазное давление и т.д. Медицинской сестре отоларингологического кабинета обычно поручается исследование шепотной и разговорной речи, ольфактометрия, взятие мазков из

зева, носа, наружного слухового прохода и др. Медицинские сестры хирургических и прикладных специальностей (хирургического, стоматологического, физиотерапевтического, бальнеологического, отоларингологического кабинетов) большое внимание уделяют подготовке инструментария.

Уход за больными на дому. Основная причина посещений больного ребенка медицинской сестрой на дому - выполнение врачебных назначений, в основном инъекций. Участковые медицинские сестры обеспечиваются специальными сумками с наборами необходимых принадлежностей. Во время посещения больного на дому медицинская сестра занимается санитарно-просветительской работой, дает необходимые рекомендации по уходу за ребенком. При необходимости организации «стационара на дому» и назначении комплексного лечения медицинская сестра осуществляет внутримышечные инъекции и внутривенные вливания, посещая больного по несколько раз в день.

Отпуск лекарственных средств детям в поликлинике. Если больному ребенку необходимы лекарственные средства, то участковый врач выписывает обычные или льготные рецепты (детям до 3 лет, инвалидам с детства, инвалидам по заболеванию), с частичной или полной оплатой. Медицинские сестры должны знать основные лекарственные средства, используемые в педиатрической практике, показания и противопоказания к их назначению, правила применения (формы лекарственных препаратов, связь с приемом пищи), возможные побочные эффекты. Кроме того, в отечественных аптеках имеются в продаже безрецептурные формы лекарственных препаратов, что позволяет населению самостоятельно использовать те или иные лекарственные формы.

5. Вопросы по теме занятия

1. Что такое двух- и трехступенчатая система обслуживания детей в больнице?
2. Каков примерный план работы палатной медицинской сестры в течение суток?
3. В чем заключается сдача и прием дежурства в детском отделении больницы?
4. Какие данные заносятся в температурный лист?
5. Назовите особенности раздачи лекарственных средств, принимаемых через рот, детям разного возраста.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ТУАЛЕТ НОСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОЧИЩЕНИИ НОСОВЫХ ХОДОВ:

- 1) при помощи ватного жгутика;
- 2) с помощью стеклянной палочки;
- 3) путем промывания их с помощью шприца;
- 4) путем закапывания растительного масла;
- 5) путем промывания их слабым раствором марганцовки;

2. ОБРАБОТКА ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ ДЕВОЧКИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

- 1) купания;
- 2) обтирания влажной салфеткой;
- 3) обработки туалетной бумагой;
- 4) подмывание от ануса к половым органам;
- 5) подмывание от половых органов к анусу;

3. В ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦАХ ПИЩУ:

- 1) готовят в столовой отделения;
- 2) готовят централизованно, на пищеблоке;
- 3) приносят родители;
- 4) заказывают в столовых города;
- 5) готовят в палатах;

4. ПУЗЫРЬ СО ЛЬДОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ:

- 1) ушибах;
- 2) абсцессах;
- 3) гипотермии;
- 4) никогда не используется;
- 5) при любой просьбе пациента;

5. В ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ВХОДИТ:

- 1) участие в консилиумах;
- 2) постановка диагноза;
- 3) катетеризация подключичной вены;
- 4) назначение лекарственных препаратов;
- 5) проведение внутривенных, подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Закончив осмотр ребенка в приемном отделении, врач поручает медицинской сестре провести регистрацию больного. Какие документы должна заполнить медицинская сестра?

- 1) Журнал госпитализации больных; Журнал отказа в госпитализации; Журнал госпитализированных больных в алфавитном порядке для службы справок) Медицинскую карту стационарного больного (титульный лист); Журнал осмотра на педикулез и чесотку. Журнал учета инфекционных больных плюс экстренное извещение) Лист согласия родителей на диагностические и лечебные процедуры Журнал госпитализации больных, поступающих без сопровождения взрослых лиц (беспризорные и безнадзорные дети);

2. В детском отделении выявлен больной ребенок с ветряной оспой. Необходимо перевести его в бокс, находящийся на этом же этаже. Какие меры предосторожности необходимо принять?

- 1) По возможности вывести детей на улицу, перевести ребенка в мельцеровский бокс, в течение 11 дней выписать всех детей, не болевших ветряной оспой. 21 день не госпитализировать детей, не болевших ветряной оспой.;

3. Вы работаете в приемном отделении больницы. На стационарное лечение поступает пациент в плановом порядке. При осмотре волосистой части головы у пациента выявлен педикулез.

Вопрос 1: Опишите ваши действия при подготовке проведения санобработки;

Вопрос 2: Опишите ход выполнения процедуры по дезинсекции;

- 1) Объяснить пациенту цели и хода предстоящей процедуры, получение согласия на её проведение. Оснащение для проведения дезинсекции: · Укладка защитной одежды и белья в биксе — медицинский халат, косынка, маска, клеенчатый фартук, перчатки. · Полиэтиленовые косынки — 2 шт., · Клеенчатая пелерина, · Полотенца — 2 шт., ватные тампоны, · Шампунь, · 6% р-р уксуса, подогретый до 30 °С; · Клеенчатый мешок, · Ножницы, · Частый гребень. · Таз для сжигания волос, спички. · Один из педикулоцидных растворов: Педиллин, Пара плюс. · Чистое нательное белье. · Историю болезни пациента или амбулаторную карту и журнал осмотра на педикулез. · Экстренное извещение об инфекционном заболевании. · Полиэтиленовый пакет для использованной защитной одежды. Надевание дополнительного халата, косынки, тапочек, мытье рук, надевание перчаток, маску, фартука. Усаживание пациента на кушетку, покрытую клеенкой. Укрывание плеч пациента клеенчатой пелериной.;

- 2) Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству (например, Ниттифор). Примечание: следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, а волосы были равномерно смочены. Накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (10-20 мин). Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством, осушить полотенцем. Обработать волосы пациента подогретым 6% р-ром столового уксуса. Накрыть волосы полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем на 20 минут. Промыть волосы теплой проточной водой, высушить полотенцем. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет. жечь бумагу. Снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры в клеенчатый мешок. Отправить мешок в дезинфекционную камеру, обработать гребень дезраствором, обработать помещение инсектицидным средством. Сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента (медицинской карты стационарного больного),

сделать отметку о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку. Сопроводите пациента до палаты, поинтересуйтесь о его самочувствии.;

4. Вы работаете в лечебном отделении стационара. К Вам обратились с просьбой оказания помощи при смене нательного белья тяжелобольной пациентке. При участии в смене нательного белья Вы обратили внимание на наличие кровяных пятен на рубашке пациентки.

Вопрос 1: Опишите подготовку к процедуре;

Вопрос 2: Опишите ход процедуры;

1) Мытье рук, надевание перчаток. Приготовление комплекта чистого нательного белья (чистая нательная рубашка).;

2) 1. Приподнимите верхнюю часть туловища пациента. 2. Скачайте грязную рубашку до головы. 3. Сначала снимите грязную рубашку через голову, потом освободите от нее руки больного. Если верхняя конечность травмирована, то начинайте со здоровой конечности. 4. Наденьте чистую рубашку, сначала на травмированную конечность, затем на здоровую. 5. Наденьте рубашку, далее через голову и расправляйте на груди и спине. 6. Погружение нательного белья, на котором имеются пятна крови в дезинфицирующий раствор. 7. Снять перчатки, вымыть и высушить руки.;

5. Вы работаете в отделении сестринского ухода. К вам обратились с просьбой помыть волосы ослабленной пациентке в постели.

Вопрос 1: Опишите ход выполнения процедуры;

Вопрос 2: Опишите окончание процедуры;

1) · Идентифицируйте пациента, обеспечьте пациенту условия конфиденциальности. · Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. · Наденьте одноразовый фартук. · Поставьте в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставьте на стул. · Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды. · Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней. · Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту. · Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце. · Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой. · Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента. · Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента. · Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз). · Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой.;

2) · Дезинфицировать или утилизировать использованное оснащение · При необходимости сменить нательное и постельное белье. · Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало. · Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. · Снятие перчаток, мытье рук.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

Строзенко, Л. А. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебное пособие / Л. А. Строзенко, Ю. Ф. Лобанов. - Москва : ИНФРА-М, 2019. - 269 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 9. Диспансерный метод, содержание, этапы, перспективы развития. Планирование и организация проведения диспансеризации детского населения

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., нормативно-правовые документы, регламентирующие систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности, общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, особенности организации диспансерного наблюдения за различными категориями пациентов, в том числе инвалидами, детьми различного возраста и подростками, группы диспансерного наблюдения, декретированные сроки, объём обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, **уметь** организовывать мероприятия по диспансеризации и диспансерному наблюдению населения на прикрепленном участке, осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, оказывать доврачебную медицинскую помощь и сестринский уход пациентам при заболеваниях, отравлениях, травмах, соблюдать технику безопасности и правила работы с материалом, представляющим биологическую опасность. охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. предоставить информацию об инфекционных и не инфекционных заболеваниях, здоровом образе жизни., **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке, медицинскими технологиями, изделиями, лекарственными препаратами и дезинфицирующими средствами, а также их комбинациями при решении профессиональных задач, навыком проведения сбора информации, анализа и учета факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье.

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Важнейшим принципом отечественной педиатрии и одновременно её приоритетом является профилактическое направление, которое наиболее полно реализуется в системе диспансеризации здоровых и больных детей. Практически оправдали себя два основных принципа отбора лиц, подлежащих диспансеризации: диспансеризация здоровых детей и диспансеризация детей, больных острыми и хроническими заболеваниями. Основные обязанности по наблюдению за здоровыми и больными детьми возлагаются на участкового педиатра. За последнее десятилетие в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции - распространенность факторов риска формирования здоровья и развития, увеличение заболеваемости и инвалидности. Решение проблемы сохранения и укрепления здоровья детей от 0 до 18 лет возможно только при организации постоянного контроля за состоянием их здоровья и развития, регулярном проведении комплексных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий. В структуре детского населения дети с хроническими заболеваниями составляют до 15 %, несмотря на сравнительно небольшую долю среди детей эта группа формирует значительный раздел работы участкового педиатра. Диспансеризация - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления заболевания, взятия на учет, диспансерного наблюдения, комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению этих детей.

За последние годы в связи с улучшением диагностики на фоне создания целого ряда специализированных отделений (гастроэнтерологических, нефрологических, пульмонологических и др.), клиничко - консультативных центров, внедрением порядков и стандартов педиатрической и специализированной помощи на амбулаторно - поликлиническом этапе. Одной из задач участкового педиатра является организация и осуществление диспансерного наблюдения за детьми и подростками с отклонениями в состоянии здоровья, эффективное проведение реабилитации. Цель диспансеризации больных детей состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медико-социальной адаптации к трудовой деятельности. Диспансеризация в детской поликлинике обеспечивает: □Раннее выявление детей группы риска по формированию хронической патологии. □Динамическое наблюдение за детьми с выявленной хронической и врожденной патологией. □Контроль за состоянием здоровья ребенка в соответствии с индивидуальными планами наблюдения, которые составляются педиатром на календарный год. □Долечивание и продолжение поддерживающей терапии, начато в стационаре. □Проведение противорецидивных мероприятий. □Выявление и санацию очагов хронической инфекции. □Отбор детей для лечения в местных санаториях, курортах, санаторно - курортных учреждениях республиканского значения. □Организацию восстановительного лечения детей с хронической патологией в условиях детской поликлиники (отделение восстановительного лечения, дневной стационар). Основные принципы диспансеризации: 1. Этапность: детская поликлиника - стационар - местный санаторий - отделение восстановительного лечения - детская поликлиника. 2. Индивидуальный подход. 3. Систематичность и непрерывность диспансерного наблюдения. 4. Внедрение в практику здравоохранения научно обоснованных, унифицированных подходов к лечению и профилактике хронической и врожденной патологии. 5. Стандартизация, разработка организационных мероприятий по совершенствованию педиатрической помощи больным детям. Общие принципы диспансерного наблюдения детей с III - IV группами здоровья Диспансеризация детей заключается в периодических профилактических осмотрах, активном динамическом наблюдении за выявленными больными, своевременном, систематическом и квалифицированном лечении и оздоровлении их. Детей, подлежащих

диспансеризации, выявляют врачи всех специальностей при проведении профилактических осмотров, на амбулаторных приемах, при оказании помощи на дому. Врач, впервые выявивший больного ребенка, подлежащего диспансеризации, обязан взять его на диспансерный учет, если выявленное заболевание соответствует профилю специальности врача или передать под наблюдение врачу соответствующей специальности. Диспансеризация больных, требующих специальных методов профилактики и лечения (злокачественные новообразования, туберкулез, психические расстройства и др.) осуществляют в специализированных диспансерах. Диспансеризацию больного ребенка проводят участковый педиатр и врачи – специалисты. Независимо от того, где больной ребенок находится на диспансерном учете, участковый педиатр обязан знать о его состоянии здоровья и поддерживать тесную связь с соответствующими специалистами. Основными медицинскими документами для детей, взятых на диспансерное наблюдение, являются «История развития ребенка» (форма 112/у) и «Контрольная карта диспансерного больного» (форма 030/у). На каждого больного ребенка педиатр заполняет этапный эпикриз с обоснованием взятия на диспансерный учет. Запись подробная, отражает факторы риска генеалогического, биологического и социального анамнеза, анамнеза жизни и заболевания, объективный статус с подробным описанием пораженной системы. Указывается основной и сопутствующий диагнозы (согласно МКБ -10). В «Истории развития ребенка» (форма 112/у) отражаются данные наблюдения за больным ребенком, результаты обследования и реабилитации. Участковый педиатр совместно с узкими специалистами разрабатывает индивидуальный план диспансерного наблюдения на календарный год согласно схемы. Даются рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, закаливанию, воспитательным воздействиям, немедикаментозной и медикаментозной коррекции, дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям. Анализ результатов наблюдения: по окончании календарного года участковый педиатр с привлеченными специалистами составляет этапный эпикриз, в котором отражается динамика заболевания, эффективность проведенных лечебно – профилактических мероприятий и дается общая оценка: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение; устанавливается группа здоровья. Снятие больного ребенка с диспансерного учета осуществляется при обязательном участии участкового педиатра, узкого специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, заведующего педиатрическим отделением детской поликлиники. Если пациента не снимают с диспансерного учета, то в конце года составляется план диспансерного наблюдения на следующий календарный год. Дети, имеющие хроническую и врожденную патологию в стадию декомпенсации (группа здоровья), направляются на медико – социальную экспертизу для оформления инвалидности. План диспансерного наблюдения 1. Кратность осмотра ребенка педиатром (указывается конкретное время проведения осмотров). 2. Кратность осмотра ребенка узкими специалистами с учетом нозологической формы. 3. Кратность осмотра ребенка узкими специалистами с целью выявления очагов хронической инфекции (лор – врач, стоматолог); до санации осмотры должны проводиться не менее 2 – х раз в год, после санации - 1 раз в год. 4. Объем и кратность параклинического обследования (в динамике). 5. Объем и кратность функционального обследования (в динамике). План оздоровительно - реабилитационных мероприятий 1. Режим (щадящий, щадящее – тренирующий, тренирующий). 2. Диета (лечебный стол, индивидуальные рекомендации по коррекции питания). 3. Медикаментозное лечение (основные направления и сроки проведения противорецидивного лечения). 4. Показания к санаторно - курортному лечению (время года, климатическая зона, санаторно – курортное учреждение). 5. Индивидуальная программа иммунопрофилактики (медицинские отводы, методика вакцинации). 6. Индивидуальная программа закаливания (группа закаливания, метод закаливания), физических нагрузок (комплекс ЛФК, физкультурная группа). Этапный эпикриз диспансерного больного 1. Паспортные данные. 2. Основной диагноз, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение, и сопутствующий диагноз. 3. Объем проведенного противорецидивного лечения (дата, условия) 4. Сроки последнего обострения и методы терапии. 5. Динамика диспансерного наблюдения (результаты последней диспансеризации) 6. Эффективность диспансеризации (ухудшение, без перемен, улучшение). 7. План диспансерного наблюдения на следующий год. Показатели качества диспансеризации 1. Показатель охвата регулярными медицинскими осмотрами 2. Количество вновь выявленных больных детей и подростков 3. Частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах. 4. Структура заболеваемости, удельный вес заболеваний. 5. Охват диспансерным наблюдением. 6. Активность лечебно – оздоровительной работы. Показатели эффективности диспансеризации больных детей 1. Число больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению. 2. Число больных, имевших улучшение в течение основного хронического заболевания 3. Процент ухудшений в состоянии здоровья. 4. Процент ухудшения в состоянии здоровья у больных диспансерной группы.

Группа	Результаты обследования	Медицинские мероприятия
I группа	Не установлены хронические неинфекционные заболевания. Отсутствуют или минимальны факторы риска развития таких заболеваний. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний)	Краткое профилактическое консультирование. Коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом – терапевтом, медицинским работником отделения медицинской профилактики или центра здоровья.

II группа	Не установлены хронические неинфекционные заболевания. Есть факторы риска развития таких заболеваний. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний)	Коррекция факторов риска развития хронически неинфекционных заболеваний в отделении медицинской профилактики или центре здоровья. Назначение лекарственных препаратов в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Диспансерное наблюдение врачом (фельдшером) отделения медицинской профилактики
III группа	Есть заболевания (состояния), требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи. Есть подозрения на такие заболевания (состояния), требуется дополнительное обследование	Диспансерное наблюдение врачом - терапевтом, врачами - специалистами. Проведение лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. При факторах риска развития хронических заболеваний - их коррекция в отделении медицинской профилактики. или центре здоровья

3.1. 2 Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация

Практически любой орган или система органов имеет механизмы компенсации, благодаря которым больной с хроническим заболеванием долгие годы сохраняет удовлетворительный уровень здоровья и трудоспособность.

Компенсация (от лат. compensare—заменять, вознаграждать), уравновешение. Этим термином условно обозначаются развившиеся в организме (resp. в органе) приспособления, которые способствуют выравниванию функций, нарушенных патологическим процессом.

Болезненное состояние, в котором нарушение деятельности органа, системы или организма в целом уже не может быть скомпенсировано приспособительными механизмами, называется в медицине «стадией декомпенсации». Достижение стадии декомпенсации является признаком того, что организм уже не может собственными силами исправить повреждения. При отсутствии радикальных способов лечения потенциально смертельное заболевание в стадии декомпенсации неизбежно приводит к летальному исходу. Так, например, цирроз печени в стадии декомпенсации может быть излечен только пересадкой — самостоятельно печень восстановиться уже не может.

Декомпенсация- (от лат. de... — приставка, обозначающая отсутствие, и compensatio — уравновешивание, возмещение) — нарушение нормального функционирования отдельного органа, системы органов или всего организма, наступающее вследствие исчерпания возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов.

Субкомпенсация - это одна из стадий заболеваний, во время которой клинические симптомы постепенно нарастают и самочувствие ухудшается. Обычно именно в это время больные начинают задумываться о своем здоровье и обращаются к врачу.

Таким образом, всего в течение заболевания выделяют 3 последовательные стадии: компенсации (начальная, болезнь себя никак не проявляет), субкомпенсации и декомпенсации (терминальная стадия).

5. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определению термину "Диспансеризация"
2. Определите "ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ"
3. Понятия "Адаптация, предболезнь, болезнь"
4. Группы здоровья
5. Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЗДОРОВЬЕ - ЭТО::
 - 1) поведение человека, направленное на гармонизацию физического и умственного развития;;
 - 2) состояние физического благополучия и отсутствие болезней;
 - 3) состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней;
 - 4) состояние психического и социального благополучия;
 - 5) четкого определения нет, оно зависит от контекста вопроса;
2. ПРОФИЛАКТИКА ЭТО::
 - 1) комплекс мероприятий, обеспечивающих развитие и воспитание здорового человека, предупреждение заболеваний и инвалидизации;
 - 2) охрана здоровья здоровых людей;
 - 3) предупреждение заболеваний;
 - 4) наука о прогнозе здоровья человека;
 - 5) предупреждение инвалидности;
3. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭТО::
 - 1) изучение резистентности организма;

- 2) предупреждение заболеваний путем устранения причинных и предрасполагающих факторов;
 - 3) раннее выявление заболеваний и функциональных нарушений;
 - 4) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями;
 - 5) лекции о здоровом образе жизни для родителей;
4. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭТО::
- 1) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями;
 - 2) медико-социальная адаптация пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидов к трудовой деятельности;
 - 3) раннее выявление заболеваний и функциональных нарушений, предупреждение их прогрессирования; раннее выявление заболеваний и функциональных нарушений, предупреждение их прогрессирования;
 - 4) гигиенические мероприятия общие и индивидуальные;
 - 5) предотвращение инвалидности;
5. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭТО::
- 1) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями;
 - 2) диагностика уровня здоровья и его прогнозирование;
 - 3) Эпидемиологический контроль;
 - 4) Контроль за экологической ситуацией;
 - 5) такого понятия нет;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Мальчику 14 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты №113 известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 250 г. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока, докармливает смесью Энфамил-1. Ребенок беспокоен. Рефлексы периода новорожденности вызываются. Физиологические рефлексы живые, симметричные. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

2. Ребенок 1 год 9 мес., с паратрофией 1ст. и аллергодерматозом. Заболел постепенно: слизистое отделяемое из носа, редкий кашель, температура тела 37,3 С. Самочувствие не было нарушено. Вечером на второй день болезни мать натерла грудную клетку ребенка мазью следующего состава: ментол, камфора, тимол, эвкалиптовое и мускатное масло. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребенок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затрудненным выдохом, с участием в дыхании крыльев носа и мышц плечевого пояса. При плаче - периоральный цианоз. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над легкими на фоне жесткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинён, частота дыханий 45 в 1 мин. Частота сердечных сокращений 136 в 1 мин., тоны сердца чистые, слегка приглушены. Печень - у края реберной дуги.

3. Андрей 5 мес., поступил в стационар. Ребенок от первой нормально протекающей беременности. Роды на 39-40 недели, масса при рождении 3750 г. С 2-х недельного возраста находится на искусственном вскармливании, получает смесь "Малыш", кашу, овощное пюре. 10 дней назад был в контакте с отцом больным ОРВИ. 5 дней назад у мальчика повысилась температура, вначале до субфебрильных цифр, в последние 2 дня температура 38,8-39,5°С. Накануне состояние ещё больше ухудшилось, появилось беспокойство, отказался от еды. Ребенок направлен в стационар. Состояние при поступлении очень тяжелое, резко выражен цианоз, одышка (до 66-70 в 1 мин.), укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон. В легких на фоне жесткого дыхания единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 150 в 1 мин. Печень увеличена до 4 см из под реберной дуги.

4. Девочка 3., 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи. Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53. Мать госпитализировала ребенка лишь в настоящее время, спустя 2 недели после рекомендации педиатра.

5. Из стационара по требованию родителей выписан мальчик 2-х лет с диагнозом «сальмонеллез группы D. enteritidis, гастроинтестинальная форма, средней тяжести, острое течение». В стационар ребенок поступил семь дней назад с жалобами на повышение температуры до 38,9 °С, повторную рвоту, жидкий зловонный стул с прожилками крови. При обследовании из фекалий была выделена S. enteritidis. Проведено лечение: цефтриаксон, энтеросгель, оральная регидратация. Состояние в динамике улучшилось, нормализовалась температура тела, прекратилась рвота, стул стал кашицеобразным с непереваренными комочками пищи. Общий анализ крови: эритроциты — 4,0x10¹²/л, Нв — 135 г/л, лейкоциты — 9,0x10⁹/л, э — 3%, п/я — 4%, с/я — 54%, л — 35%, м — 4%, СОЭ — 25 мм/час. Общий анализ мочи: белок — не обнаружен, лейкоциты — 2-1-0 в п/з, плоский эпителий — ед. в п/з, оксалаты — в большом количестве. Копрограмма: нейтральный жир — +++, жирные кислоты — +++, мышечные волокна — ++, слизь — в большом количестве, лейкоциты — скопления в слизи, йодофильные бактерии — +++, яйца остриц. Контрольный бактериологический анализ кала не сделан из-за самовольного ухода из стационара.

Вопрос 1: 1. Обоснуйте степень тяжести заболевания. 2. Какие исследования необходимо провести в амбулаторно-поликлинических условиях? 3. Диспансеризация больного после перенесенного заболевания.;
1) Сальмонеллез группы D. enteritidis, гастроинтестинальная форма, средней тяжести, острое течение. Тяжесть обусловлена лихорадкой, токсикозом, гемоколитом. Контрольный бакпосев кала на кишечную группу через два дня после курса антибиотика, общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма. Диспансеризация один месяц, контрольный бактериальный посев кала повторить. В этот период сохраняется диета, проводится курс пробиотиков, витаминов, ферменты и спазмолитики по требованию.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

Строзенко, Л. А. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебное пособие / Л. А. Строзенко, Ю. Ф. Лобанов. - Москва : ИНФРА-М, 2019. - 269 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 10. Комплексная оценка состояния здоровья детей организованных коллективов, оценка показателей физического и нервно-психического развития, определение физической подготовленности школьников

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., основные этические и деонтологические принципы общения с пациентом, его родными, общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, методы, параметры и критерии оценки многофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека на индивидуальном, групповом и общеколлективном уровне, особенности организации диспансерного наблюдения за различными категориями пациентов, в том числе инвалидами, детьми различного возраста и подростками, нормативные требования к ведению документации, форм учёта и отчётности медицинской сестры по вопросам диспансеризации, группы диспансерного наблюдения, декретированные сроки, объём обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, **уметь** организовывать мероприятия по диспансеризации и диспансерному наблюдению населения на прикрепленном участке, осуществлять сестринское обеспечение диспансеризации населения на прикрепленном участке, осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, **владеть** навыками оформления медицинской документации, способами осуществления сестринского обеспечения диспансеризации населения на прикрепленном участке

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье — не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние физического, духовного и социального благополучия. Здоровье каждого ребенка определяется комплексом биологических (наследственных и приобретенных) и социальных факторов.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

Существующие методы оценки уровня здоровья чаще основываются на определении функциональных возможностей организма. Для всесторонней оценки здоровья важно знать не только объем работы, которую может выполнить человек (уровень работоспособности), но и насколько он хорошо себя чувствует (качество здоровья), а также его продолжительность жизни (количество здоровья).

Развитие, здоровье ребенка оценить сложнее, так как это процесс динамический. При количественной оценке здоровья понятие «норма» теряет смысл. Если оно отражает среднестатистическую величину, то не может быть принято за исходную позицию, а рассматривается как средняя и довольно условная величина. При таком подходе не учитываются индивидуальные гено- и фенотипические особенности человека. Следует говорить об уровне здоровья индивида, который должен оцениваться в динамике относительно исходных для данного этапа обследования результатов.

Здоровье ребенка оценивается по следующим признакам:

1. по уровню развития в различные возрастные периоды;
2. адаптации к микро- и макросоциуму;
3. уровню резистентности.

Важным критерием оценки здоровья считается индекс здоровья, т.е. доля не болеющих на момент исследования (в течение года и т.д.). В зависимости от величины индекса здоровья выделяют группы с очень низким, низким, средним, высоким и очень высоким показателем здоровья. По мере увеличения качества здоровья и перехода к группе с очень высоким уровнем здоровья риск смерти уменьшается в 30—50 раз! Если при очень низком здоровье в ближайшие восемь лет умирает каждый третий человек, то при очень высоком — лишь каждый сотый.

Для оценки качества здоровья предлагается метод трех шкал: физической, психической и социальной удовлетворенности. С их помощью достаточно просто измерить удовлетворенность человека своим здоровьем в стандартных количественных единицах (путем опроса либо самозаполнения по стандартному опроснику).

Комплексная оценка здоровья

В России предпринято немало попыток дифференцировать уровни состояния здоровья детей (Вельтищев Ю.Е. и др., 2001; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005; Юрьев В.К., 2008). Наиболее признанной остается градация на критерии и группы здоровья, предложенная С.М. Громбахом в 1965 г. (рис. 1)

ИНСТРУКЦИЯ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Для организации диспансерного наблюдения и проведения индивидуальных оздоровительных мероприятий детского населения применяют комплексную оценку состояния здоровья детей с определением следующих критериев: ФР, НПР, онтогенеза, резистентности, функционального состояния органов и систем, хронических заболеваний или врожденных пороков развития (ВПР). У детей до 3 лет определяют все 6 критериев, от 3 лет и старше — 4 критерия.

Педиатр, исследовав и оценив все перечисленные критерии, дает заключение о принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья (I, II, III, IV, V), дает конкретные медицинские и медико-педагогические рекомендации.

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

1. наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
2. уровень функционального состояния основных систем организма;
3. степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
4. уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Педиатр, исследовав и оценив все перечисленные критерии, дает заключение о принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья (I, II, III, IV, V), дает конкретные медицинские и медико-педагогические рекомендации.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из «групп здоровья» дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- **к I группе здоровья** относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- **к II группе здоровья** относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания,

но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела, дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- **к III группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не

должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- **к IV группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной

компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения

основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией

соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- **к V группе здоровья** относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных

возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-

инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями _ травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков. Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение «здоров».

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния

здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносится уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость

дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль состояния здоровья детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль состояния их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении

профессионального выбора, военной службы и др.

Онтогенез

На здоровье детей влияют факторы онтогенеза: генеалогические, биологические и социальные.

Условия для сбора анамнеза у детей:

- Поведение врача и его внешний вид, который в педиатрии приобретает особый смысл (врач должен иметь опрятный вид без использования экстравагантных стилей одежды, без яркой необычной косметики со стойкими запахами, ярких украшений);
- анамнез собирается у родителей, желательно у матери;
- для педиатра расспрос имеет особое значение т.к. за это время необходимо наладить контакт с ребенком и его родственниками;
- очень важно быть предельно доброжелательным, спокойным, уверенным в себе;
- следует спокойно выслушать родителей и одновременно наводящими вопросами и уточнениями получить необходимую информацию;
- направить рассказ матери в зависимости от ситуации;
- во время опроса не делать заключения, особенно негативного плана, как по возможному заболеванию, так и по тем мероприятиям, которые применялись коллегами;
- детей младшего возраста заинтересовать игрушкой или предметами, представляющими для него интерес, можно поиграть с ребенком;

- при расспросе рекомендуется соблюдать определенную последовательность: анамнез настоящего заболевания, анамнез жизни;
- при выяснении анамнеза жизни у детей до 3 лет особое внимание следует уделять особенностям пренатального, интранатального и раннего постнатального периодов;
- при сборе анамнеза жизни у детей старшего возраста особое внимание следует уделить особенностям условий и образа жизни.

Оценка генеалогического анамнеза проводится в трех направлениях.

1. Выявление хромосомных заболеваний.
2. Количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза.
3. Качественная оценка отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям. Для количественной оценки используют индекс отягощенности генеалогического анамнеза, или генеалогический индекс: $I_{от.} = \frac{\text{суммарное количество заболеваний у кровных родственников пробанда}}{\text{общее число кровных родственников}}$, если есть сведения о состоянии их здоровья.

Генеалогический метод — это метод изучения родословных, с помощью которого прослеживается распределение болезни или какого-либо признака в семье или роду с указанием типа родственных связей между членами родословной. Этот метод можно считать универсальным, поскольку он применяется как для решения клинических, так и теоретических задач:

- при установлении наследственного характера признака;
- при определении типа наследования признака или заболевания;
- для оценки пенетрантности гена;
- при анализе сцепления генов и картировании хромосом;
- при изучении интенсивности мутационного процесса;
- при расшифровке механизмов взаимодействия генов.

Клинико-генеалогический анализ (метод родословной) является одним из важнейших аспектов медико-генетического консультирования, которое осуществляется в 4 этапа.

Первый этап консультирования начинается с изучения анамнеза болезни, составления генеалогической карты и уточнения клинического диагноза, с помощью проведения цитогенетических и биохимических исследований. В некоторых случаях проводят дополнительное обследование родителей, включающее, как правило, дерматоглифическое, цитогенетические исследования (оценка кариотипа родителей: забор периферической крови или соскоб слизистой рта и последующий скрининг хромосом, оценка кариотипа плода с использованием амниоцентеза и других методов пренатальной диагностики).

Второй этап консультирования начинается с момента уточнения клинического диагноза наследственного заболевания, когда врач может прогнозировать вероятность рождения больного ребенка в семье. При анализе родословной возможны ситуации, требующие различного подхода, как со стороны лечащего врача, медицинского генетика, так и со стороны педиатра. Это зависит от тяжести наследственного заболевания (моногенного, хромосомного, мультифакториального) и типа его наследования (аутосомнодоминантного, аутосомно-рецессивного, доминантного и рецессивного сцепленного с полом, митохондриального).

Третий этап — официальное заключение с рекомендациями, в том числе о степени риска по потомству. Генетический риск оценивают двумя путями: теоретические расчеты, основанные на законах генетики, и на основании эмпирических данных. Степень риска выражается в процентах. В настоящее время считается, что если этот процент составляет 0-10% — это низкий риск, 11-20% — средний, и более 21% — высокий.

Четвертый этап включает рекомендации медицинского генетика, которые должны быть объективными, так как необоснованный благоприятный совет может обернуться тяжелой психологической травмой после рождения больного ребенка в семье. Н.П. Бочков рекомендует проводить заключительный этап через 3-6 месяцев после установления диагноза наследственного заболевания.

Метод анкетирования может быть использован самостоятельно или дополнять метод беседы. Иногда используются выписки из истории болезни, справки лечебных учреждений, результаты анализов, заключение консультантов и т.д.

При анкетировании уточняются следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество членов родословной (для женщин указывают девичью фамилию),
- возраст (для живых членов семьи на момент составления родословной уточняется год рождения, а для умерших — возраст, в котором наступила смерть, иногда указывают дату рождения и дату смерти),
- национальность;

- место жительства семьи (для учета возможных эндемичных факторов);
- место жительства предков;
- профессия;
- наличие хронических заболеваний у родственников (для умерших родственников указывается причина смерти, в том числе и насильственная)
- адреса родственников с подробными паспортными данными.

Объем обследования, количество родственников и регистрация полученного материала зависят от цели составления родословной. Например, целесообразно указывать девичьи фамилии женщин и место жительства предков. Это обусловлено тем, что проживание семей родителей пробанда в географически изолированной местности, в близко расположенных районах, выявление супругов, имеющих одинаковые фамилии, позволяет предположить существование общих предков и наличие родственных браков в родословной. Сведения об этническом происхождении семьи также имеют большое клиническое значение, так как лица различных этнических групп (например, евреи, узбеки, финны и др.) имеют повышенную склонность к определенным наследственным заболеваниям.

Полезно записывать адреса членов семьи – это оказывает неоценимую помощь в сборе дополнительной информации, а также при последующих контактах с родственниками (при медико-генетическом консультировании членов родословной).

При сборе анамнеза следует учитывать характер профессиональной деятельности, вредные воздействия у женщин (до беременности или во время вынашивания беременности), прием тератогенных лекарственных препаратов в первый триместр беременности, заболевания в этот период, курение, прием алкоголя и т.п. Особое внимание необходимо обращать на родителей, имеющих детей с врожденными пороками развития. При сборе семейного анамнеза желательно наиболее полно составлять родословную по восходящему, нисходящему и боковым направлениям и получить информацию о максимальном числе родственников не менее чем в трех-четыре поколениях. Врач должен собрать сведения не только о конкретном заболевании в семье, но и обо всех болезнях членов семьи.

По результатам анкетирования членов родословной строится генеалогическая карта (легенда), в которой отражаются все собранные и обработанные сведения о родных братьях и сестрах (сисбах) пробанда, детях пробанда и его сисбов, а также членов родословной по вертикали и горизонтали. По завершении сбора сведений и оформлении легенды приступают к графическому изображению родословной. Для этой цели разработана система условных обозначений.

Графическое отображение генеалогического анамнеза называется **генеалогическим деревом**. Лицо, обратившееся за консультацией, называется пробандом (как правило, это больной или носитель наследственного признака, первый попавшийся в поле зрения врача, исследователя). Дети одной родительской пары – братья и сестры – называются сисбами. Семьей, в узком смысле, называют супружескую пару и их детей, но иногда и более широкий круг кровных родственников, хотя в последнем случае лучше использовать термин род.

Для составления схемы родословной необходимо знание специальной символики (см. пособие по клинико-генеалогическому анализу). Впервые система обозначения родословных была предложена Г. Юстом в 1931г.

При оформлении графической части родословной может быть использовано два приема:

1. при составлении нисходящего родословия начинают с самого отдалённого из известных предков и постепенно переходят к его потомкам;
2. при составлении восходящего родословия объектом исследования является лицо (пробанд), о предках которого собираются сведения (с пробанда начинают составление графической части родословной, затем уже идут по восходящим ступеням или коленам, то есть к отцу, деду, прадеду и т.д.); такой прием используется, когда у исследователя ещё мало сведений для клинико-генеалогического анализа, когда он (врач или исследователь) последовательно идёт от известного к неизвестному.

Изображение родословной в клинической практике чаще оформляют с самого старшего поколения (рис. 2). Хотя многие авторы рекомендуют начинать от пробанда. Допускаются различные способы графического изображения родословных: расположение по окружности определенного радиуса или вертикально-горизонтальное изображение.

При построении графической части родословной необходимо соблюдать следующие принципы:

- изображение должно располагаться так, чтобы каждое поколение находилось на своей горизонтали (большие родословные составляются по кругу);
- лица одного поколения, состоящие в родстве или нет, располагаются на одной горизонтали или одном радиусе (сисбы располагаются слева направо);

- при объединении линии матери и отца могут изображаться ниже линии родственников (если они здоровы и не влияют на данное заболевание, могут вообще не регистрироваться в родословных);
- супруги родственников пробанда могут изображаться ниже линии родственников (если они здоровы и не влияют на данное заболевание, то могут вообще не регистрироваться в родословных);
- в случае, когда в семье несколько наследственных заболеваний, не связанных между собой, желательно остановить свой выбор на одном;
- схематическое изображение родословной начинается с пробанда, который помечается стрелкой;
- в браке мужчина изображается слева, женщина справа;
- от них проводятся вертикальные линии вверх до пересечения с линией, соединяющей символы супругов (родителей этих детей);
- дети общих родителей (сибсы) размещаются на одном горизонтальном уровне;
- сибсы (братья, сестры пробанда) размещаются в родословной в порядке рождения слева направо, начиная со старшего ребенка.

Можно использовать любые дополнительные обозначения (например, штриховки, обозначающей определенное заболевание), но их надо объяснить в ссылках к родословной (легенда).

Рис. 2 - Примеры оформления генеалогического дерева:

а - по горизонтали, б - по окружности.

Передача признака (аномалии развития, заболевания) может быть связана:

1. с моногенным заболеванием, то есть, подчиняющимся одному из шести типов наследования:

- а. аутосомно-рецессивный тип наследования;
- б. аутосомно-доминантный тип наследования;
- в. рецессивным сцепленный с X-хромосомой тип наследования;
- г. доминантным сцепленный с X-хромосомой тип наследования;
- д. Y-сцепленный тип наследования.
- е. митохондриальный тип наследования;

2. с хромосомным заболеванием;

3. с мультифакториальным заболеванием;

4. с нарушением внутриутробного развития под действием неблагоприятных факторов (врожденные пороки развития).

Генетический риск - это вероятность появления определенной наследственной патологии у обратившегося за консультацией или у его потомков. Генетический риск до 5% оценивается как низкий и не считается противопоказанием к деторождению в данной семье. Риск от 6 до 20% принято считать средним; в этом случае рекомендации относительно планирования дальнейших беременностей зависят не только от величины риска, но и от тяжести медицинских и социальных последствий конкретного наследственного заболевания, а также от

возможности пренатальной диагностики. Если генетический риск превышает 20%, то в отсутствие методов пренатальной диагностики соответствующей патологии дальнейшее деторождение в данной семье не рекомендуется.

Биологический анамнез - включает сведения о развитии ребенка в различные периоды онтогенеза:

Аntenатальный период (раздельно о течении первой и второй половин беременности):

- Гестозы первой и второй половины беременности;
- Угрозы выкидыша;
- Экстрагенитальные заболевания у матери;
- Профессиональные вредности у родителей;
- Отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител;
- Хирургические вмешательства;
- Вирусные заболевания во время беременности;
- Посещение женщиной школы матерей по психопрофилактике родов;

Интранатальный и ранний неонатальный периоды (первая неделя жизни):

- Характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды);
- Пособие в родах;
- Оперативное родоразрешение (кесарево сечение и др.);
- Оценка по шкале Апгар;
- Крик ребенка;
- Диагноз при рождении и выписке из родильного дома;
- Срок прикладывания к груди и характер лактации у матери;
- Срок вакцинации БЦЖ;
- Время отпадения пуповины;
- Состояние ребенка при выписке из родильного дома;
- Состояние матери при выписке из родильного дома.

Поздний неонатальный период:

- Родовая травма;
- Асфиксия;
- Недоношенность;
- Гемолитическая болезнь новорожденного;
- Острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
- Ранний перевод на искусственное вскармливание;
- Пограничные состояния и их длительность.

Постнатальный период развития:

- Повторные острые инфекционные заболевания;
- Наличие рахита;
- Наличие анемии;
- Расстройства трофики тканей в виде дистрофии типа гипотрофии или паратрофии;
- Наличие диатезов.

Сведения о биологическом анамнезе участковый врач-педиатр получает из выписок родильного дома и других медицинских учреждений, бесед с родителями.

Оценка биологического анамнеза, выделение групп риска:

При наличии одного и более факторов риска:

- В каждом из 5-ти перечисленных периодов онтогенеза следует говорить о высокой отягощенности биологического анамнеза;
- В 3-4-х периодах - о выраженной отягощенности (группа высокого риска по биологическому анамнезу);
- В 2-х периодах - об умеренной отягощенности (группа риска по биологическому анамнезу);
- В одном периоде - о низкой отягощенности (группа внимания по биологическому анамнезу).

Если факторы риска отсутствуют во всех периодах развития ребенка, то биологический анамнез считается неотягощенным.

О степени неблагополучия в периодах внутриутробного развития ребенка можно косвенно судить по уровню его стигматизации. В зависимости от силы повреждающих факторов количества стигм дизэмбриогенеза, не приводящих к органическим или функциональным нарушениям определенного органа, может быть различным. В норме оно составляет 5-7. Превышение порога стигматизации может рассматриваться в качестве фактора риска еще не проявившейся патологии.

Социальный анамнез оценивают по восьми основным параметрам, таким, как полнота семьи, возраст, образование и профессия родителей, психологический микроклимат, отношение к ребенку, наличие или отсутствие у членов семьи вредных привычек и асоциальных форм поведения, жилищно-бытовые условия, материальное обеспечение, санитарно-гигиенические условия (таб. 1).

Таблица 1

Параметры социального анамнеза и их характеристика

Параметры	Благополучный анамнез	Неблагополучный анамнез
1.Характеристика семьи	Семья полная, т.е. есть отец или близкие (ближайшие) родственники матери (2 и более взрослых человека)	Семья неполная (мать живет одна с ребенком)
2.Образовательный уровень членов семьи	Высшее или среднее специальное	Нет специального образования
3.Психологический микроклимат семьи: Отношение к ребенку Вредные привычки	Отношения между членами семьи дружные, нет вредных привычек (алкоголизм и др.)	Отношения грубые, в семье бытуют вредные привычки
4.Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность	Отдельная благоустроенная квартира (на 1 члена семьи не менее 7 м ²). Заработок на 1 члена семьи больше прожиточного минимума	Нет благоустроенных условий. Заработок на 1 члена семьи менее прожиточного минимума

Оценка социального анамнеза, выделение групп риска:

- Наличие одного и более факторов риска в каждом из 7-8 перечисленных параметров социального анамнеза (а также наличие только одного из таких факторов, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок-подкидыш, постоянное избивание ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства) свидетельствуют о высокой отягощенности социального анамнеза (группа риска по социальному анамнезу);
- Присутствие одного и более факторов риска в 5-6 параметрах говорит о выраженной отягощенности (группа высокого риска по социальному анамнезу);
- Наличие факторов риска в 3-4 параметрах говорит об умеренной отягощенности (группа риска по социальному анамнезу);
- Наличие факторов риска в одном-двух параметрах свидетельствует о низкой отягощенности социального анамнеза (за исключением факторов, перечисленных в оценке высокой отягощенности) (группа внимания по социальному анамнезу);

В случае неблагополучного анамнеза необходимо указать параметры, имеющие отрицательную характеристику.

Анализ групп риска, которые выделяют у детей по генеалогическому, биологическому и социальному анамнезу, представлен в таб. 2.

Таблица 2

Оценка состояния онтогенеза с выделением групп риска

Группа риска	Отягощенность		Количество	
	оценка	индекс (генеалогический анамнез)	периодов биологического анамнеза с факторами риска	параметров социального анамнеза с факторами риска
Диспансерная	Высокая	0,9 и более	5-6	7-8*
Высокого риска	Выраженная	0,6-0,8	3-4	5-6
Группа риска	Умеренная	0,3-0,5	2	3-4
Низкого риска	Низкая	0-0,2	1	1-2

* К диспансерной группе риска относят такие факторы риска, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок-подкидыш, избивание ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства.

5. Вопросы по теме занятия

1. Проведение оценки анамнеза, каковы его составляющие?
2. Правила проведения оценки нервно-психического и физического развития
3. Компоненты комплексной оценки состояния здоровья детей
4. Существующие группы здоровья
5. составление плана индивидуальных лечебно-профилактических осмотров, этапы их проведения.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСНОВНОЙ РАЗДЕЛ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
 - 1) организация и динамическое наблюдение за физическим развитием детей;
 - 2) динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей в возрасте от 2-х до 7 лет;
 - 3) осуществление реабилитационного лечения;
 - 4) планирование противорецидивного лечения;
 - 5) все что определит администрация;
2. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ::
 - 1) с момента поступления в детский сад в течение 1 месяца;
 - 2) за 1-2 недели до поступления в детский сад;
 - 3) с момента поступления в детский сад в течение 1-2 недель;
 - 4) за 1-2 недели до поступления и в течение 1-2 недель посещения ДДОУ;
 - 5) не имеет значения;
3. ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ::
 - 1) оценка физического состояния;
 - 2) оценка резистентности организма;
 - 3) отсутствие или наличие хронической патологии;
 - 4) оценка нервно-психического состояния;
 - 5) зубная формула;
4. ПАРАМЕТРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА::
 - 1) кратностью острых заболеваний, перенесенных в течение года;
 - 2) тяжестью острых заболеваний;
 - 3) длительностью и тяжестью заболеваний;
 - 4) кратностью обострений заболевания;
 - 5) динамикой набора веса;
5. СИСТЕМА, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ УСКОРЕННЫМИ ТЕМПАМИ НА ТРЕТЬЕМ ГОДУ ЖИЗНИ::
 - 1) двигательная;
 - 2) нервная;
 - 3) сердечно-сосудистая;
 - 4) моторная;
 - 5) половая;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Участковый педиатр и вы при первичном патронаже к новорожденной девочке 9 суток жизни составили генеалогическое дерево семьи. Ребенок находится на грудном вскармливании, сосет хорошо, не срыгивает, молока у матери достаточно. При осмотре пупочной ранки врач заметил корочку. Кожные покровы желтые.

Вопрос 1: Что такое генеалогический анамнез?;

Вопрос 2: Тактика в отношении желтушности кожи;

- 1) Генеалогический анамнез – сбор родословных, т.е. прослеживание признака или болезни в семье, в роду с указанием типа родственных связей между членами родословной.;;
 - 2) Наличие желтушности на 9 сутки нарастающая. Возникает мысль о затянувшейся физиологической желтухе (транзиторная гипербилирубинемия), либо о гемолитическом конфликте (резус, либо АВ0), об атрезии желчных ходов, о гепатите. Следует сдать кровь на билирубин, АЛТ. Показатель общего билирубина более 150 мкмоль/л и прямого более 30 мкмоль/л – требуют госпитализации ребенка. При повышении АЛТ требуется консультация инфекциониста и анализ крови на маркеры гепатитов;
2. Вы пришли к ребенку на дом. Пациентка - девочка 7 суток жизни, накануне выписана из родильного дома в удовлетворительном состоянии.

Вопрос 1: Укажите условия для сбора анамнеза у детей раннего возраста;

Вопрос 2: Что такое биологический анамнез и как его собрать?;

- 1) Условия для сбора анамнеза у детей раннего возраста: • Поведение и внешний вид, который приобретает особый смысл (специалист должен иметь опрятный вид без использования экстравагантных стилей одежды, без яркой необычной косметики со стойкими запахами, ярких украшений); • анамнез собирается у родителей, желательнее у матери; • расспрос имеет особое значение т.к. за это время необходимо наладить контакт с ребенком и его родственниками; • очень важно быть предельно доброжелательным, спокойным, уверенным в

себе; • следует спокойно выслушать родителей и одновременно наводящими вопросами и уточнениями получить необходимую информацию.;

2) Биологический анамнез – включает сведения о развитии ребенка в различные периоды онтогенеза. для оценки необходимо построить генеалогическое дерево. оценить индекс отягощенности.;

3. По направлению районного акушера-гинеколога в медико-генетическую консультацию обратилась женщина 37 лет с беременностью 10 недель. Женщина соматически здорова. Беременность 2-ая (1-ая – роды, ребенку 6 лет, здоров), желанная, планированная. Беременность протекает без патологии, женщина ничем не болела, лекарств не принимала, работа не связана с вредными условиями. Мужу 39 лет, соматически здоров. Супруги в кровном родстве не состоят. Генеалогический анамнез без особенностей.

Вопрос 1: Какая причина является показанием для генетической консультации в данном случае?;

Вопрос 2: Какова величина генетического риска для потомства в указанной семье?;

Вопрос 3: Какие назначения сделает врач-генетик? Следует ли проводить специализированное генетическое обследование супругам?;

1) Показанием для медико-генетической консультации в данном случае является возраст супругов;

2) Генетический риск на хромосомную патологию для потомства повышен.;

3) Врач-генетик рекомендует пренатальную диагностику – неинвазивную (исследование сывороточных маркеров крови) в I и II триместрах беременности, при положительных результатах – рассмотреть вопрос об инвазивной пренатальной диагностике. Специализированное генетическое обследование супругам не показано.;

4. Ребенок - девочка. Возраст 13 месяцев. Поступила с жалобами на беспокойство, потерю аппетита, снижение массы тела, разжиженный светлый стул 3-4 раза в день. Девочка от молодых родителей (матери 41 год, отцу – 54 года), мать длительно лечилась по поводу хронического невынашивания. Беременность шестая (1 – мед. аборт, 2-5 – выкидыши на различных сроках). Для сохранения беременности проводили гормональную терапию. Отмечены проявления гестоза 2 половины (отеки, подъем АД до 150/100 мм. рт. ст.). На 38-39 неделе было проведено плановое кесарево сечение. Масса при рождении 4200г, длина 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Грудное вскармливание проводилось до 3 месяцев, затем искусственное. Масса тела в 6 месяцев 8400г, длина тела 67 см. В возрасте 5 месяцев был введен первый прикорм – овощное пюре, в 6 мес. – каша (манная, овсяная, гречневая, пшеничная). С возраста 7 месяцев у девочки постепенно ухудшился стул - стал пенистым, светлым, с неприятным запахом и жирным блеском, 5-7 раз в день. С этого же возраста начала терять в массе. Масса тела к 12 месяцам 7300г, длина 71 см. девочка стоит при поддержке, самостоятельно не ходит. Раздражительна, плаксива, от еды отказывается. Получила 3 курса лечения ферментными препаратами и биопрепаратами. В 9 месяцев введен мясной прикорм. К 1 году получала 2 молочных кормления и 3 прикорма, однако прибавки массы не было. При осмотре резко пониженного питания. Жировой слой на туловище отсутствует, на конечностях слабо выражен, тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно, выражена мраморность и сухость кожи. Видимые слизистые бледные, сухие. Сосочки языка сглажены. Зубы 2/2 с дефектами эмали. Пульс 134 уд/мин, ритмичный. Систолический дующий шум над верхушкой сердца. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое, хрипов нет. Живот резко вздут, увеличен в размере (это придает ребенку вид «паука»), при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Печень пропальпировать не удается, перкуторно нижний край на 3,5 см ниже края реберной дуги.

Вопрос 1: Оцените анамнез жизни ребенка.;

Вопрос 2: Оцените анамнез заболевания ребенка.;

Вопрос 3: Какие предполагаемые причины заболевания вы можете назвать?;

1) Возраст родителей (матери 41 год, отцу – 54 года), неблагоприятный акушерский анамнез матери (мед.аборт, выкидыши), 6-я беременность, протекавшая с гестозом, мама принимала гормональную терапию, оперативные роды, крупный плод, низкие оценки по Апгар при рождении, ранний перевод на искусственное вскармливание.

2. Ухудшение стула связано с введением кашевого прикорма.;

2) Ухудшение стула связано с введением кашевого прикорма.;

3) Вероятно у ребенка заболевание целиакия, связанное с нарушением переваривания белка злаков (глутена).;

5. На консультации беременная женщина в возрасте 23 лет, работает на химическом комбинате лаборантом; страдает хроническим гастродуоденитом. Вредных привычек нет. Известно, что данная беременность первая, срок - 10 недель. Исходная масса тела до беременности 60 кг, длина тела 170 см. В настоящее время масса тела составляет 62 кг. Жалобы: в течение последней недели беспокоят изжога, тошнота. Аппетит сохранен, в питании отмечает сухие «перекусы» в течение дня.

Вопрос 1: Питание беременной женщины: потребности, особенности, дополнительные продукты питания.;

Вопрос 2: Дайте рекомендацию по питанию и режиму беременной женщины в первую половину беременности.;

1) первой половине беременности потребности организма беременной женщины существенно не отличаются. В первом триместре происходит закладка органов плода, поэтому в этот период особенно важно обеспечить достаточное поступление в организм полноценных белков, витаминов и микроэлементов в оптимальном количестве и соотношении. Беременная женщина должна получать белка 60-90 г/сутки, 50-70 г/сутки жиров, 325-450 г/сутки углеводов. Общая энергоценность суточного рациона 2200 – 2700 ккал. Во второй половине беременности возрастает потребность в пищевых веществах – белка 80-110 г/сутки, жиров – 50-70 г/сутки, углеводов 325 – 450 г/сутки. Белки животного происхождения не менее 60%, из них 30% белка мяса и рыбы, до

25% - молока и его продуктов и до 5% яиц. Жиры - основной вид - свежее коровье масло. Не более 25-30 г/сутки. 25-30 г растительных масел, которые содержат полиненасыщенные жирные кислоты и витамин Е. Источником углеводов должны быть в основном продукты, содержащие пищевые волокна.;

2) ежим беременной в первую половину - для женщины необходимо исключить дополнительные физические нагрузки, особенно связанные с подъемом тяжестей, длительной статической позой. Увеличить время пребывания на свежем воздухе (показаны пешие прогулки), более продолжительное время для ночного отдыха, желательны отдых днем. Прием пищи должен быть 4-5 раз в день, с полным набором необходимых продуктов, исключить продукты, обладающие высокой, аллергизирующей способностью, исключить алкоголь. Ежедневно беременная должна получать: мясо или рыбы - 120 - 150 г; молока или кефира - 200 г; творога - 50 г; яиц - 1 шт; хлеба - 200 г; круп и макарон - 50-60 г; картофеля и других овощей - 500 г; фруктов и ягод - 200-500 г.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Шайтор, В. М. [Неотложная неонатология](#) : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. - Текст : электронный.

[Неотложные состояния у новорожденных детей](#) : руководство для врачей / О. В. Ионов, Д. Н. Дегтярев, А. Р. Киртбая [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - Текст : электронный.

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 11. Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков. Национальный календарь профилактических прививок. Поствакцинальные осложнения, их профилактика, выявление, помощь

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы, законодательные и нормативные акты федерального и регионального уровней по проведению вакцинации взрослому и детскому населению, национальный календарь профилактических прививок, нормативно-правовую базу по проведению профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, **уметь** работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, соблюдать технику безопасности и правила работы с материалом, представляющим биологическую опасность. охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. предоставить информацию об инфекционных и неинфекционных заболеваниях, здоровом образе жизни., **владеть** навыками оформления медицинской документации, навыками подбора антибактериальных, противовирусных и иммунобиологических препаратов в зависимости от этиологии заболевания, руководствуясь нормативными документами и справочной литературой., основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Вакцинация является одним из наиболее эффективных профилактических мероприятий при многих инфекционных заболеваниях. Успешное проведение профилактических прививок зависит как от качества выпускаемых бактериальных и вирусных препаратов, так и от правильной организации прививочного дела. Создание и развитие нормативно-правовой базы, реализация федеральной и региональных программ «Вакцинопрофилактика», большая практическая работа по совершенствованию системы организации иммунопрофилактики привели к резкому увеличению охвата детей профилактическими прививками в установленный срок, который в подавляющем большинстве регионов Российской Федерации достиг 95-97%. Благодаря высоким уровням охвата прививками детей, заболеваемость управляемыми инфекциями по сравнению с допрививочным периодом значительно снизилась: корью – в 500 раз, эпидемическим паротитом – в 150 раз, дифтерией – в 200 раз, коклюшем – в 40 раз, столбняком – в 50 раз. С 1997 года в нашей стране не регистрируются случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом. За последние годы число иммунобиологических препаратов значительно расширилось, улучшилось их качество, благодаря широкому внедрению в производство современных методов очистки, концентрации, фракционирования антигенов. Опыт вакцинопрофилактики XX века наглядно показывает, что при прекращении или снижении объема иммунизации против инфекций, происходит активизация последних, появляются подъемы заболеваемости, перерастающие в ряде случаев в эпидемии. В настоящее время особенно остро стоит вопрос повышения привитости детей групп «риска», так как именно эти дети являются наиболее уязвимым контингентом в отношении роста заболеваемости различными инфекциями и в плане возникновения поствакцинальных осложнений.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Вакцинация является частью государственной политики в области здравоохранения. Граждане имеют право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях;
- выбор медицинской организации или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- бесплатное получение профилактических прививок, включенных в национальный календарь, а также проводимых по эпидемическим показаниям в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения;
- медицинский осмотр и при необходимости медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок. Врачу-педиатру необходимо активно разъяснять родителям опасность для ребенка отказа от прививок, поскольку это нарушает его право на жизнь и охрану здоровья. Действия врача-педиатра, необоснованно отводящего ребенка от профилактических прививок, могут быть приравнены к не оказанию ему необходимой медицинской помощи.

Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет гражданам на въезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами и договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения 8 массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

- выполнять предписания медицинских работников;
- в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Вакцинация граждан во всех регионах страны проводится согласно национальному календарю профилактических прививок (табл. 1). Первая, вторая и третья вакцинации против вирусного гепатита В проводятся по схеме 0-1-6 (1-я доза - в момент начала вакцинации, 2-я доза - через месяц после первой прививки, 3-я доза - через 6 месяцев от начала вакцинации). Вакцинация против вирусного гепатита В детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами) проводится по схеме 0-1-2-12 (1-я доза - в момент начала вакцинации, 2-я доза - через месяц после 1-й прививки, 3-я доза - через 2 месяца от начала вакцинации, 4-я доза - через 12 месяцев от начала вакцинации). Детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, вакцинация проводится по схеме 0-1-6 (1-я доза - в момент начала вакцинации, 2-я доза - через месяц после первой прививки, 3-я доза - через 6 месяцев от начала вакцинации). Вакцинация против туберкулеза новорожденным на 3-7 день жизни проводится вакциной для профилактики туберкулеза для щадящей первичной вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ). Ревакцинация детям в 6-7 лет проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ). При отсутствии вакцинации против туберкулеза в родильном доме она может быть проведена в возрасте до 7 лет туберкулиноотрицательным детям. Против полиомиелита первая, вторая, третья вакцинации детям 3 месяцев, 4,5 месяцев, 6 месяцев жизни и первая ревакцинация против полиомиелита детям 18 месяцев жизни проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной); вторая и третья ревакцинации против полиомиелита детям 20 месяцев и 6 лет проводятся вакциной для профилактики полиомиелита (живой). Дети, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Дети, относящиеся к группе риска (с болезнями нервной системы, иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с аномалиями развития кишечника; онкологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию; дети, рожденные от матерей с ВИЧ-инфекцией; дети с ВИЧ-инфекцией; недоношенные и маловесные дети; дети, находящиеся в домах ребенка), подлежат второй и третьей ревакцинации против полиомиелита в 20 месяцев и 6 лет. Вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка детям в 6-7 лет проводится анатоксинами с уменьшенным содержанием антигенов (АДС-М). При проведении вакцинации против вирусного гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста, обучающихся в общеобразовательных организациях и в профессиональных образовательных организациях, беременных женщин используются иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики, не содержащие консервантов. Профилактические прививки могут проводиться с использованием иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики, содержащих комбинации вакцин, предназначенных для применения в соответствующие возрастные периоды. Иммунизация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

Иммунизация детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами вакцинация

против туберкулеза не проводится. Детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной вне зависимости от их ВИЧ-статуса. Иммунизация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится ВИЧ-инфицированным детям с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие или умеренный иммунодефицит). При исключении диагноза ВИЧ-инфекции детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям от матерей с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита. Вакцинация населения, проживающего на территориях, эндемичных по природно-очаговым и зоонозным инфекционным болезням; групп с высоким риском заражения (профессиональным, социальным и др.); а также лиц, представляющих опасность для окружающих в случае их заболевания, проводится согласно календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям. При проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям допускается введение инактивированных вакцин в один день разными шприцами в разные участки тела. Интервал между прививками против разных инфекций при раздельном их проведении (не в один день) должен составлять не менее 1 месяца. Вакцинация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится вакциной для профилактики полиомиелита (живой) и вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной). Показаниями для проведения вакцинации по эпидемическим показаниям являются: регистрация заболеваний полиомиелитом, вызванных диким или вакцинородственным полиовирусом, выделение дикого или вакцинородственного полиовируса в биологическом материале человека или из объектов окружающей среды, а также при подтвержденной циркуляции дикого или вакцинородственного полиовируса. Вакцинация детей от 12 до 17 лет (включительно) против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, проводится добровольно по письменному заявлению одного из родителей (или иного законного представителя).

ХАРАКТЕРИСТИКА ВАКЦИН, ТЕХНИКА ВАКЦИНАЦИИ

Вакцины - иммунобиологические лекарственные препараты, получаемые из бактерий, вирусов и других микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности. Выделяют 2 типа вакцин - живые и неживые, последние по способу получения антигена (ов) подразделяют на: инактивированные, расщепленные, субъединичные, анатоксины, рекомбинантные, полисахаридные, полисахаридные конъюгированные, вакцины с искусственным адъювантом. Инактивированные (убитые) вакцины готовят из инактивированных вирулентных штаммов бактерий и вирусов. Для инактивации возбудителей применяют физические и химические факторы (коклюшный компонент АКДС, антирабическая, гриппозные цельновирионные инактивированные вакцины, вакцина для профилактики клещевого энцефалита). При использовании инактивированных вакцин для создания полноценного иммунитета необходимо их двукратное или трехкратное введение. Продолжительность иммунитета относительно кратковременна и для его поддержания требуется проведение ревакцинаций. Расщепленные (сплит-вакцины) и субъединичные (химические) вакцины лишены липидов. Вирусный лизат получают с помощью детергента, для очистки применяют различные способы: ультрафильтрацию, центрифугирование, гельфильтрацию и т.д. Вакцины, состоящие из отдельных протективных антигенов микроорганизмов, полученных различными, преимущественно химическими методами, называют также химическими (вакцина для профилактики брюшного тифа, инактивированная трехвалентная сплитвакцина для профилактики гриппа). Анатоксины представляют собой обезвреженные бактериальные экзотоксины, сохранившие антигенные и иммуногенные свойства. Анатоксины выпускают в виде монопрепаратов (дифтерийный, столбнячный, коклюшный и др.) и ассоциированных препаратов (дифтерийно-столбнячный и др.). При использовании анатоксинов для достижения напряженного иммунитета требуется, как правило, двукратное их введение и последующие ревакцинации. Особенностью анатоксинов является обеспечение в организме стойкой иммунологической памяти. Поэтому их повторное введение в организм человека, привитого 10 и более лет назад, вызывает быстрое развитие иммунитета. На этом свойстве анатоксинов основана постэкспозиционная профилактика дифтерии в очаге и экстренная профилактика столбняка. Рекомбинантные вакцины - это генно-инженерные вакцины, которые получают, встраивая в геном непатогенных для человека микроорганизмов - векторов ген, отвечающий за синтез необходимого антигена (вакцина гепатита В рекомбинантная дрожжевая, вакцина против вируса папилломы человека квадριвалентная рекомбинантная). Полисахаридные вакцины - содержат полисахариды клеточной стенки микроорганизмов. Это В-зависимые антигены, иммунитет к ним формируется у лиц старше 2-х лет, они не стимулируют образование клеток памяти (вакцина пневмококковая поливалентная полисахаридная). Конъюгированные полисахаридные вакцины представляют собой конъюгаты полисахарида и белкового носителя в виде дифтерийного или столбнячного анатоксина (вакцина гемофильная тип В конъюгированная) Живые вакцины изготавливают из авирулентных живых ослабленных микроорганизмов, которые не способны вызвать инфекционное заболевание. Размножаясь в организме вакцинированного ребенка, эти микроорганизмы вызывают вакцинальный инфекционный процесс, который протекает без выраженных клинических симптомов, но сопровождается формированием стойкого иммунитета. Иммунитет, развивающийся после прививок большинством живых вакцин, сохраняется значительно дольше, чем после прививок инактивированными вакцинами. Живыми вакцинами являются коревая (ЖКВ), паротитная (ЖПВ), краснушная (ЖКВ), оральная полиомиелитная (ОПВ) и другие. В настоящее время большое внимание уделяется созданию и применению ассоциированных вакцинных препаратов, содержащих два и более компонента. К ним относится АКДС-вакцина,

MMR (вакцина для профилактики кори, эпидемического паротита и краснухи), Бубо-Кок (АКДС и гепатит В) и другие. Реактогенность комбинированной вакцины, как правило, не превышает реактогенности отдельных моновакцин.

Несмотря на хорошую очистку, вакцины могут содержать белковые компоненты (яичный белок), так как вакцины против вирусных инфекций готовятся на птичьих эмбрионах; липо- и полисахаридные комплексы возбудителей. В минимальном количестве в состав некоторых вакцин входят консерванты, стабилизаторы и антибиотики, препятствующие бактериальному росту. Указанные средства применяют для повышения антигенных свойств иммунизирующего компонента и продления срока его действия. В России лицензированы многие зарубежные вакцины, что расширило возможности вакцинопрофилактики. Важно отметить, что как отечественные, так и зарубежные вакцины, разрешенные к применению в России, взаимозаменяемы при проведении вакцинации и ревакцинации. При этом взаимозаменяемы вакцины для профилактики дифтерии, столбняка и коклюша, живая и инактивированная полиомиелитные, вакцины против гепатита А и В. Комбинированные вакцины взаимозаменяемы с моновакцинами. Для введения вакцин в организм ребенка применяют как парентеральные (внутримышечный, подкожный, внутрикожный, скарификационный), так и непарентеральные (через рот, интраназально) методы. Внутримышечные инъекции детям первых лет жизни проводят только в верхненаружную поверхность средней части бедра, детям старшего возраста – в дельтовидную мышцу плеча. Внутримышечно вводятся АКДС-вакцина, АДС, АДС-М, АС анатоксины, вакцина для профилактики гепатита В, пневмококковой и гемофильной инфекции. Подкожный способ используется для введения некоторых живых вакцин (ЖКВ, ЖПВ и др.). Внутрикожный – при введении вакцин БЦЖ и БЦЖ-М. Местом введения вакцины БЦЖ является граница верхней и средней трети наружной поверхности плеча. Накожный (скарификационный) метод применяют для вакцинации некоторыми живыми вакцинами (бруцеллезной, сибиреязвенной, туляремийной). Каплю вакцины наносят на наружную поверхность плеча на границе верхней и средней трети, затем проводят скарификацию. Орально вводят живую вакцину против полиомиелита, используя пипетку, капельницу или шприц. Интраназально вводят некоторые вакцины для профилактики гриппа.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, НЕ ПРИВИТЫХ ПО НАЦИОНАЛЬНОМУ КАЛЕНДАРЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

При изменении сроков вакцинацию проводят по схемам, предусмотренным национальным календарем профилактических прививок, и в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики инфекционных болезней. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела. Однако при наличии оснований (например, при неблагоприятной эпидемической ситуации по какой-то контролируемой капельной инфекции или при наличии противопоказаний к одной прививке при их отсутствии к другой) эта последовательность может быть изменена. Пропуск одной прививки из серии (например, АКДС или ОПВ) не влечет за собой повторение всей серии, вакцинация продолжается так, как если бы необходимый интервал был сохранен. При этом используются вакцины, которые рекомендованы для данного возраста. Следует учитывать, что минимальный интервал для эффективной продукции антител при трехкратной вакцинации АКДСвакциной составляет 45 дней, поэтому сокращать его не следует. После законченной вакцинации против дифтерии и первичной ревакцинации должно пройти не менее года, интервал между первой и второй ревакцинациями – не менее 5-ти лет, между второй и третьей – не менее 7-ми лет, между последующими ревакцинациями – не менее 10-ти лет. Если ребенок до достижения 4-х лет не получил ревакцинацию АКДС (данная вакцина применяется только до четырехлетнего возраста), ее проводят АДС-анатоксином (с 4-х до 6-ти лет) или АДС-М-анатоксином (с 6-ти лет и старше). Если ребенок получил только две прививки АКДС и в срок до 4-х лет не сможет получить третье введение вакцины и ревакцинацию, его следует считать привитым против дифтерии и столбняка и не вакцинированным против коклюша. В таком случае первую ревакцинацию проводят АДС-анатоксином через 6-12 месяцев от последнего введения АКДС и в дальнейшем применяют обычный график ревакцинаций. Если ребенок получил одну прививку АКДС, а вторую АДС, то через 6-12 месяцев ему проводят ревакцинацию АДС-анатоксином. Если ребенок впервые получает вакцинацию против дифтерии и столбняка в возрасте от 4-х до 6-ти лет, для прививок используют АДС-анатоксин. Если ребенок впервые получает вакцинацию против дифтерии и столбняка в возрасте 6-ти лет и старше, для прививок используют АДС-М-анатоксин, проводя ревакцинацию через 6-9 месяцев. Дальнейшую ревакцинацию делают в соответствии с календарем прививок. Минимальный интервал после законченной вакцинации против полиомиелита и ревакцинацией должен быть не менее 6 месяцев. Желательно, чтобы ребенок до 7 лет получил не менее пяти введений полиомиелитной вакцины. Ребенка, вакцинированного против кори, эпидемического паротита и краснухи позже установленного календарем срока, но в возрасте до 6-ти лет, следует ревакцинировать против этих инфекций в 6 лет в соответствии с календарем. Если ребенок получил вакцинацию в 6 лет и позже, то ревакцинацию следует проводить с интервалом не менее 3 месяцев. В литературе имеются сведения о том, что коревой (а возможно, и паротитный) вакцинальный процесс может вызвать временное снижение чувствительности кожи к туберкулину, т. е. стать причиной ложноотрицательного результата реакции Манту. Поэтому при необходимости туберкулинодиагностики авторами рекомендуется провести ее не ранее чем через шесть недель после этой вакцинации. При начале вакцинации против гемофильной инфекции в возрасте от 6 до 12 месяцев вакцина вводится

двукратно с интервалом в один месяц; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. При начале вакцинации в возрасте от 1 года до 5 лет выполняется однократная инъекция. Если курс вакцинации был прерван, календарь должен быть возобновлен без повторения введенных ранее доз. Вакцинация детей, которым иммунопрофилактика против пневмококковой инфекции не была начата до 6 месяцев жизни, проводится двукратно с интервалом между прививками не менее двух месяцев. Ревакцинацию рекомендуется проводить не ранее, чем через шесть месяцев после последней прививки курса первичной вакцинации. Прерванный цикл прививок не требует повторения предыдущих доз. Детям в возрасте 12–23 месяцев: получившим одну дозу до 12 месяцев, вводятся две дозы с интервалом не менее восьми недель; получившим одну дозу после 12 месяцев, – одна доза не ранее, чем через восемь недель с момента последней прививки. Детям в возрасте 2–5 лет, получившим неполную схему из одной или двух доз до двухлетнего возраста, вводят одну дозу, но не ранее, чем через восемь недель с момента предшествующей. Максимальный охват прививками при минимальном количестве посещений детьми детских поликлиник достигается применением ассоциированных вакцин или введением нескольких вакцин во время одного визита к врачу. Одновременное введение нескольких вакцин не сопровождается угнетением иммунного ответа к какому-либо из антигенов и потенцированием реактогенности вакцин: частота поствакцинальных реакций и осложнений при сочетанном и раздельном их введении не различается. Детей, не имеющих документа, удостоверяющего факт проведенных прививок, следует считать непривитыми. При этом дети, имеющие защитные титры антител к вирусу полиомиелита 1 : 8 и более (реакция нейтрализации в культуре клеток), должны в последующем прививаться в соответствии с календарем прививок. При невозможности проведения серологических исследований, а также детям, имеющим в сыворотке крови титры антител менее 1 : 8 (отрицательный результат), осуществляется трехкратная иммунизация полиомиелитной вакциной с интервалом в 1,5 месяца. В дальнейшем ревакцинации проводятся в соответствии с календарем прививок. При этом следует учитывать, что повторные прививки против полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, гепатита В не представляют опасности для здоровья, тогда как гипериммунизация дифтерийным и столбнячным анатоксином может послужить причиной более сильных местных, а также аллергических реакций. Лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится серологическое обследование с целью определения у них состояния противодифтерийного и противостолбнячного антитоксического иммунитета методом РПГА или ИФА с использованием наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации. Детей с неизвестным прививочным анамнезом, имеющих в сыворотке крови противодифтерийные и противостолбнячные антитела (в РПГА - титр противодифтерийных антител 1:80 и более; в ИФА - положительный или выше порогового уровня результат, согласно инструкции по применению тест-систем), прививают согласно национальному календарю профилактических прививок. Детям при отсутствии защитных или наличии низких (1:20 - 1:40) титров противодифтерийных антител в РПГА или отрицательного или сомнительного результата по определению противодифтерийных антител в ИФА - проводят прививку комплексным вакцинным препаратом (в зависимости от возраста) и через 1 - 1,5 месяца от момента ее проведения проверяют состояние иммунного ответа. Если в ответ на прививку не отмечается выраженной (повышение титра до 1:160 и более в РПГА или положительного результата в ИФА) продукции противодифтерийных антител, детей и подростков следует считать ранее непривитыми. В дальнейшем необходимо продолжить курс иммунизации в соответствии с инструкцией по применению вакцин, считая сделанную прививку началом иммунизации. В случае если после проведенной иммунизации титр антител составил 1:160 и выше или регистрируется нарастание уровня антител в ИФА последующие прививки проводят в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. При невозможности проведения серологического обследования или отказе от него детям и взрослым проводится двукратная вакцинация с последующей ревакцинацией в соответствии с инструкцией по применению вакцин.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

После иммунизации могут развиваться различные нарушения состояния здоровья, которые называют «побочными проявлениями». Согласно рекомендациям ВОЗ (2012 г.), любое неблагоприятное с медицинской точки зрения, проявление, возникшее после иммунизации, называется побочное проявление после иммунизации (ПППИ), при том, что оно может не иметь причинноследственную связь с вакциной или процессом вакцинации. ПППИ разделяют на несерьезные и серьезные и, в обеих ситуациях, оценивают, как связанные или несвязанные с введенной вакциной. Несерьезные (незначительные) реакции, связанные с введенной вакциной, в нашей стране в настоящее время трактуются как нормальные вакцинальные реакции местные и общие. Серьезные ПППИ, связанные с проведенной вакцинацией, в настоящее время называются в отечественной терминологии поствакцинальными осложнениями (ПВО). Нормальная вакцинальная реакция, кратковременна и обратима. Она имеет специфические проявления в зависимости от вида вакцины, а также может протекать в виде общих (повышение температуры тела до субфебрильных значений, недомогание и др.) и местных (незначительная гиперемия, болезненность, инфильтрат в месте введения препарата) реакций, не требующих применения лечебных мер. Их частота и выраженность характеризуют реактогенность конкретного препарата. Вне зависимости от выраженности реакции ребенок не заразен для окружающих. Общие реакции при вакцинации живыми вакцинами развиваются после «инкубационного периода», необходимого для размножения микроба, а при иммунизации инактивированными вакцинами появляются уже через несколько часов и их проявления более кратковременны – 1-2 суток. Медицинские работники, наблюдая за течением вакцинального процесса, регистрируют сроки появления и характер вакцинальных реакций у детей, посещающих образовательные организации, в учетных формах 063/у и 026/у, а у неорганизованных детей – в

учетных формах 063/у и 112/у. Нормальная вакцинальная реакция после прививки против туберкулеза (БЦЖ и БЦЖ-М) развивается в виде инфильтрата размером 5–10 мм в диаметре с небольшим узелком в центре и с образованием корочки по типу оспенной, в ряде случаев отмечается пустуляция. Иногда в центре инфильтрата появляется узелок небольшого некроза с незначительным серозным отделяемым. При вакцинации нормальная прививочная реакция появляется через 4–6 недель, а при ревакцинации – через 1–2 недели. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2–3 месяцев, иногда и в более длительные сроки. Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур. У 95% привитых на месте прививки образуется поверхностный рубчик до 10 мм в диаметре. Врачи-педиатры и медсестры через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после иммунизации должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т. д.), обращая внимание на состояние региональных (шейных, подмышечных, над- и подключичных) лимфатических узлов. Вакцинация живой коревой вакциной (ЖКВ) у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается – вакцина мало реактогенна. У 5–15% детей с 5–6-го по 15-й день после прививки развивается специфическая реакция в виде повышения температуры тела, катаральных явлений (кашель, незначительный конъюнктивит, ринит), у 5% привитых – небольшой бледно-розовой кореподобной сыпи. Данная реакция держится не более 2–3 дней. При вакцинации против паротита у незначительного числа детей с 4-го по 12-й день после прививки отмечается повышение температуры тела, катаральные явления в течение одного-двух дней. Очень редко в сроки до 42-го дня увеличиваются околоушные слюнные железы, у лиц мужского пола – происходит кратковременное припухание яичек (1 : 200 000), а также могут наблюдаться кратковременные боли в животе, связанные с вовлечением поджелудочной железы. Вакцинация против краснухи у большинства детей никакими клиническими проявлениями не сопровождается. Редко отмечается кратковременный субфебрилитет, гиперемия в месте введения. У 2% детей преимущественно подросткового возраста с 5-го по 12-й день после прививки отмечается увеличение затылочных, шейных и заушных лимфатических узлов, кратковременные сыпи и артралгии. В редких случаях после введения тривакцины (коревая, паротитная, краснушная) на 17–20-й день развивается тромбоцитопения с благоприятным течением. До настоящего времени отсутствуют точные данные о том, какой из трех вакцинных компонентов вызывает эту реакцию. Вакцина против гепатита также мало реактогенна, у части привитых (до 17%) может развиться гиперемия и уплотнение в месте введения, а также кратковременное нарушение самочувствия, которое иногда может сопровождаться повышением температуры тела, очень редко артралгией или миалгией. Из всех вакцин, включенных в национальный календарь профилактических прививок, наиболее реактогенна АКДС. В первые двое суток после ее введения нередко повышается температура тела, развивается недомогание, в месте инъекции возникают болезненность, гиперемия и отечность. Причем после ревакцинации частота развития общих и местных реакций в 1,5–3 раза выше, чем после вакцинации. АКДС-вакцины с цельноклеточным компонентом значительно более реактогенны, чем с бесклеточным (АаКДС). Оральная полиомиелитная вакцина относится к числу наименее реактогенных и, как правило, не вызывает реакций. К числу крайне редких необычных реакций на ее введение относят легкую кишечную дисфункцию у детей раннего возраста, которая проходит в течение нескольких дней без лечения и не сопровождается нарушением общего состояния. Наиболее часто (более чем в 20% случаев) в поствакцинальном периоде при введении пневмококковых конъюгированных вакцин возникают следующие реакции: лихорадка, возбудимость, снижение аппетита, расстройство сна, а также местные реакции в виде отека, гиперемии, болезненности, уплотнения в месте введения вакцины. Значительная доля этих реакций развивается в течение 48 часов после вакцинации и купируется самостоятельно либо при использовании жаропонижающих и антигистаминных препаратов. У детей старшего возраста при первичной вакцинации частота реакций выше. При вакцинации недоношенных и доношенных детей частота реакции не отличается. Моновалентные вакцины против гемофильной инфекции слабо реактогенны. Нежелательные реакции проявляются не более чем у 1% вакцинированных в течение 6–24 часов после введения прививки и характеризуются как слабой и средней тяжести в виде повышения температуры, раздражительности, в месте введения вакцины болезненности, покраснения, отека, уплотнения. Важно отметить, что индивидуальная реактивность ребенка оказывает значительное влияние на течение поствакцинального процесса, определяя как клинические проявления, так и степень их выраженности. У детей с измененной реактивностью, имеющих отягощенную наследственность по атопии, часто болеющих ОРВИ, поствакцинальные процессы бывают более выраженными, они выходят за пределы физиологических реакций и могут оказывать повреждающее действие. Так, у детей с атопией в поствакцинальном периоде могут наблюдаться аллергические реакции на отдельные компоненты вакцин различной степени выраженности. У предрасположенных детей (особенно с патологией нервной системы) могут наблюдаться выраженные токсические реакции с подъемом температуры тела до высоких цифр, симптомами интоксикации. Подобные реакции возникают преимущественно в первые сутки через 6–10 часов после вакцинации инактивированными вакцинами и не ранее 4–5-го дня при вакцинации живыми вакцинами. При этом отмечается ухудшение состояния ребенка, беспокойство или вялость, рвота, потеря аппетита, нарушение сна. На фоне повышения температуры тела у отдельных детей могут развиваться фебрильные судороги, обычно нетяжелые и непродолжительные. Выраженные токсические реакции встречаются нечасто и преимущественно после введения АКДС у детей с патологией нервной системы. Значительно реже прививки являются причиной развития поствакцинальных осложнений (ПВО) – тяжелых и (или) стойких нарушений состояния здоровья вследствие профилактических прививок. Поствакцинальные осложнения подразделяются на группы Осложнения, возникшие в результате игнорирования противопоказаний, встречаются крайне редко (например, аллергии к белку

куриного яйца при применении MMR и т. п.). Осложнения, связанные с нарушением техники вакцинации. Несоблюдение стерильности приводит к развитию нагноений в месте введения. Подкожное введение сорбированных вакцин может привести к образованию асептических инфильтратов, вакцины БЦЖ и БЦЖ-М- абсцесса и/или лимфаденита. Асептический абсцесс развивается, как правило, на поздних сроках (позже 7 дня от момента прививки), отсутствуют локальные и общие признаки воспаления, отсутствуют изменения на фоне антибактериальной терапии. Стерильные абсцессы, встречаются при использовании неживых вакцин, содержащих соли алюминия (~1 на 100 000 доз) и представляют собой местное воспаление. Чаще возникают при отсутствии или неправильном встряхивании вакцины перед использованием, при ее поверхностном введении, а также при использовании вакцины, которая была заморожена. При вакцинации против туберкулеза холодный абсцесс может быть следствием неправильной техники введения вакцины (подкожное введение вместо внутрикожного). Инфекционный абсцесс развивается, в среднем, в течение семи дней после инъекции, при бактериологическом исследовании выявлена грамположительная флора (при посеве или в мазке); и/или имеется один или несколько признаков локализованного воспаления (эритема, боль, болезненность при легком прикосновении, повышение температуры тканей в месте инъекции) и улучшение состояния на фоне антибиотикотерапии. Флегмона в месте введения (нарушение стерильности при инъекции) - острое, инфекционное, распространяющееся воспаление тканей, локализованное в подкожной клетчатке, фасциях или мышечной ткани в месте введения вакцины. Развивается, как правило, в течение 7 дней после введения вакцины. Диагноз устанавливается при наличии, как минимум, 3-х из 4-х критериев: боль, болезненные ощущения при прикосновении; покраснение в месте поражения; отек или уплотнение; местное повышение температуры, повышение температуры тела, озноб. Осложнения, развившиеся в результате введения повышенной дозы препарата или плохого перемешивания сорбированного препарата, подкожного введения вакцин, разведенных для наружной аппликации. Осложнения, связанные с нарушением режима хранения («холодовой цепи»). Хранение сорбированных препаратов при высокой температуре или их замораживание приводит к десорбции антигенов. Введение препарата, ставшего несорбированным, будет сопровождаться быстрым поступлением антигенов в кровь, что может привести к развитию аллергических реакций немедленного типа у лиц с высоким уровнем антител. Возможна и бактериальная контаминация треснувших при замерзании ампул. Осложнения, возникшие вследствие повышенной чувствительности привитого к вводимому препарату, что определяется состоянием реактивности организма ребенка. Чаще всего они имеют характер аллергических или неврологических расстройств. Эти осложнения очень сложно спрогнозировать. Присоединение интеркуррентных заболеваний или обострение хронической патологии в поствакцинальном периоде не является поствакцинальным осложнением. Клиническая диагностика поствакцинальных осложнений Поствакцинальные осложнения чаще всего развиваются либо в первые 24 часа после введения вакцины (реакции немедленного типа), либо в период разгара вакцинального процесса - в первые 1-2 дня после введения инактивированных вакцин и с 5-го по 14-го дни при введении живых препаратов (за исключением анафилактического шока). Аллергические осложнения Анафилактический шок и другие аллергические реакции (сыпь, отек Квинке) после введения вакцин могут иметь связь, как с активными, так и со вспомогательными компонентами препарата. Они чаще развиваются при повторном введении вакцины и обусловлены формированием повышенной чувствительности организма привитого к компонентам вакцины. Анафилактический шок (реакция гиперчувствительности немедленного типа) развивается через несколько минут после прививки, реже - спустя несколько часов. Характеризуется триадой симптомов: со стороны сердечно-сосудистой системы (снижение АД, бледность или цианоз, холодный пот), респираторной системы (затруднения дыхания, отек гортани, бронхиальная обструкция); ЦНС (резкая вялость, адинамия, потеря сознания, реже судороги). Шоковой реакции могут сопутствовать или предшествовать кожные аллергические реакции немедленного типа (гиперемия кожи, отек Квинке, крапивница, полиморфная сыпь). У детей первого года жизни эквивалентом анафилактического шока является коллаптоидное состояние - резкое побледнение, цианоз, вялость, адинамия, падение артериального давления, холодный пот, потеря сознания. Анафилактоидная реакция отличается от анафилактического шока более поздним появлением (до 2 ч.) и более медленным развитием клинических симптомов. Сроки развития - от нескольких минут до нескольких часов после прививки. Помимо системных нарушений характеризуется аллергическими проявлениями со стороны кожных покровов (распространенная крапивница, отек Квинке, в т. ч. генерализованный) и/или желудочно-кишечного тракта (колика, рвота, диарея). Аллергические сыпи (отек Квинке, крапивница) в течение 3-5 дней после введения инактивированных вакцин, в течение 5-15 дней после введения живых вакцин. Чаще всего возникают у детей с аллергическими заболеваниями. Требуют дифференциального диагноза для выяснения причин, т. к. зачастую причиной служит контакт с аллергеном (пищевой, бытовой и т.п.), на который ранее имела место реакция. Тяжелые генерализованные аллергические реакции: - рецидивирующий ангионевротический отек - отек Квинке - проявляется диффузным набуханием рыхлой подкожной соединительной ткани тыльной стороны кистей рук или ступней, век, губ, гениталий, слизистых оболочек, в т. ч. верхних дыхательных путей, которое может привести к их обструкции; - синдром Стивенса - Джонсона - экссудативная полиморфная эритема с диффузным воспалением слизистых, сопровождающаяся ишемией; - синдром Лайела - буллезный некротический эпидермолиз; - синдром сывороточной болезни обычно возникает через 7-12 суток после прививки и характеризуется повышением температуры тела, высыпаниями на коже различного характера и локализации, гиперплазией лимфоузлов, болезненностью и припуханием суставов. Некоторые из указанных симптомов могут отсутствовать. Дифференциальный диагноз аллергических осложнений проводят с обострением аллергического процесса, предшествовавшего вакцинации, или с аллергическим процессом, совпавшим по времени с вакцинацией, но

вызванным другим этиологическим фактором (пищевые, пыльцевые, лекарственные и др. аллергены). В обоих случаях имеет место наличие в анамнезе аллергических проявлений до прививки и контакт со значимым аллергеном помимо вакцинации. Дифференциальной диагностике помогает наличие положительных аллергопроб, увеличение уровня специфического иммуноглобулина Е. Неврологические осложнения Осложнения со стороны нервной системы проявляются в виде неспецифических энцефалических реакций, а также специфических вакциноассоциированных заболеваний (вакциноассоциированный полиомиелит, коревой, краснушный или ветряночный вакциноассоциированный энцефалит, паротитный менингит). Вакциноассоциированный энцефалит возникает с частотой менее 1 на 1000000 доз только при применении живых вакцин против кори, краснухи, ветряной оспы у лиц с иммунодефицитом (ИДС), развивается в разгаре вакцинального процесса, с 5-го по 15-й дни, реже – до одного месяца после прививки, характеризуется тяжелым течением, общемозговой и очаговой симптоматикой, изменениями в спинномозговой жидкости. Подтверждению диагноза помогает типичная клиническая картина энцефалита после прививки против кори, краснухи или ветряной оспы; изменения в ликворе, характерные для вирусного энцефалита; сроки развития энцефалита; выделение от больного вакцинного штамма. В то же время у привитых может быть не связанный с проведенной прививкой, например, энцефалит герпетической этиологии, клещевой и т.п. Вакциноассоциированный полиомиелит (ВАП) подробно изложен в разделе «Осложнения вакцинации против полиомиелита». Вакциноассоциированный серозный менингит, вызванный вакцинным вирусом паротита, крайне редкое осложнение (1:250000-1: 500000) развивается в сроки с 7-го по 30-й дни (описано до 46 дня) после прививки, характеризуется общемозговой симптоматикой (лихорадка, головная боль, рвота), менингеальными симптомами, лимфоцитарным плеоцитозом в спинномозговой жидкости. Дифференциальный диагноз серозного менингита проводят с серозными менингитами другой этиологии, в т. ч. с менингитом при паротитной инфекции и менингитами энтеровирусной этиологии. Подтверждению диагноза, кроме типичной клинической картины менингита, помогают: изменения в ликворе, характерные для серозного менингита; сведения о проведенной прививке в соответствующие сроки; выделение от больного вакцинного штамма паротитного вируса; данные серологических исследований. Синдром Гийена – Барре (СГБ) – достоверных доказательств связи с введением вакцины, кроме живой гриппозной против вируса H3N2 не имеет. На сегодня получены данные о связи СГБ с вирусными инфекциями, в частности с вирусом Зика. Это острый быстро прогрессирующий восходящий симметричный вялый паралич с потерей чувствительности, ослабленными или отсутствующими сухожильными рефлексам, как правило, без повышения температуры в начале заболевания, с данными электрофизиологического исследования, характерными для СГБ. Вариантом СГБ является синдром Миллера Фишера, представляющий собой сочетание арефлексии, мозжечковой атаксии, офтальмоплегии при слабовыраженных парезах. Дифференциальный диагноз СГБ проводят с ВАП, полиомиелитом, острыми вялыми параличами другой этиологии, полирадикулоневритами. Подтверждению диагноза помогает клиническая картина (симметричность симптоматики, потеря чувствительности по типу "носков" и "перчаток"); лабораторные данные (белковоклеточная диссоциация в ликворе). Моно(поли)неврит, полирадикулоневрит, миелит. Судороги - эпизоды, проявляющиеся внезапными произвольными сокращениями мышц, а также нарушениями или потерей сознания. Выделяют следующие типы судорог: - тонические - стойкое повышение тонуса (сокращения) мышц в течение от нескольких секунд до минут; - клонические - внезапные, короткие (При проведении дифференциальной диагностики следует ориентироваться на следующие критерии: - общие тяжелые реакции на АКДС, АДС и АДС-М с повышением температуры тела, фебрильными судорогами появляются не позже 48 часов после прививки, на живые вакцины – не раньше 4-5-го дня; - реакции на живые вакцины (кроме аллергических реакций немедленного типа в первые часы после прививки) не могут появиться раньше 4-го дня и более чем через 12-14 дней – после коревой, 20-25-ти дней – после краснушной, 30-ти дней – после ОПВ и 42-го дня – после ЖПВ или тривакцины; - менингеальные явления не характерны для используемых в России вакцин (они встречаются редко при введении ЖПВ); - энцефалопатия не характерна для реакций на ОПВ и ЖПВ; она редко возникает после вакцины АКДС; - диагноз «поствакцинального энцефалита» требует, прежде всего, исключения заболеваний с общемозговой симптоматикой: объемного процесса, токсического гриппа, пневмонии, менингококковой инфекции; - неврит лицевого нерва (паралич Белла) не является осложнением ОПВ и других вакцин; - аллергические реакции немедленного типа отмечаются в течение 12 часов после любого вида иммунизации, а классический анафилактический шок – в течение 4-х часов; - кишечные, почечные симптомы, сердечная и дыхательная недостаточность не характерны для осложнений вакцинации и являются признаками сопутствующих заболеваний; - катаральный синдром может быть специфической реакцией на коревую, краснушную и паротитную вакцины, если возникает не ранее 5-го дня и не позже 10-го дня после прививки, но он не характерен для других вакцин; - изолированные артралгии и артриты (но не как симптом сывороточной болезни) характерны только для краснушной вакцинации; - ВАП развивается в срок 4-30-х суток после иммунизации у привитых детей и до 60-ти суток – у контактных; 80% случаев заболевания связаны с первой прививкой, риск развития заболевания у иммунодефицитных лиц в 3-6 тысяч раз превышает таковой у здоровых. ВАП обязательно сопровождается остаточными явлениями (вялые периферические парезы и/или параличи и мышечная атрофия); - лимфоадениты, вызванные БЦЖ, БЦЖ-М развиваются на стороне прививки, обычно вовлекаются подмышечные, редко под- и надключичные лимфоузлы. Лимфоузел безболезненный при пальпации, цвет кожи над ним обычно не изменен; - критерием, позволяющим предположить БЦЖ этиологию остита, является возраст ребенка 6-24 месяцев, первичная локализация очага поражения на границе эпи- и диафиза, локальное повышение кожной температуры без гиперемии – «белая опухоль», наличие припухлости ближайшего сустава, ригидность и атрофия мышц конечности. Мониторинг поствакцинальных осложнений При установлении факта

развития любого ПППИ в процессе активного наблюдения за привитыми в поствакцинальном периоде или при обращении за медицинской помощью сведения о всех случаях ПППИ врачом (фельдшером) вносятся в медицинскую документацию: историю развития ребенка (ф.112/у), историю развития новорожденного (ф. 097/у), медицинскую карту ребенка (ф. 026/у), карту обратившегося за антирабической помощью (ф. 045/у), сертификат профилактических прививок (ф. 156/у-93), журнал учета профилактических прививок (ф.064у). При развитии серьезных ПППИ, подлежащих расследованию (таблица 6), кроме вышеуказанных документов сведения вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060у), при госпитализации больного - в карту вызова скорой помощи (ф. 110/у) и медицинскую карту стационарного больного (ф. 003-1/у). В случае развития серьезных ПППИ (ПВО), подлежащих расследованию, непредвиденных ПППИ врач (фельдшер) обязан: - оказать больному медицинскую помощь, при необходимости обеспечить своевременную госпитализацию в стационар; - незамедлительно информировать руководителя медицинской организации о возникновении (подозрении) серьезных ПППИ (ПВО), непредвиденных ПППИ. Руководитель медицинской организации при возникновении (подозрении) серьезных ПППИ (ПВО), подлежащих расследованию, а также случаев ПППИ, потребовавших госпитализации, непредвиденных ПППИ: - в течение 2 часов с момента их выявления информирует (устно, по телефону) территориальный орган управления здравоохранением и территориальный орган (учреждение) Роспотребнадзора, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту их выявления; организует первичное расследование причин ПППИ (ПВО) с участием иммунологической комиссии медицинской организации; - временно приостанавливает использование рекламационной серии ИЛП в медицинской организации; - в течение 12 часов с момента их выявления - обеспечивает представление в письменной форме (или по каналам электронной связи) экстренного извещения о регистрации случая серьезного ПППИ (ПВО), непредвиденных ПППИ: - в территориальный орган (учреждение) Роспотребнадзора, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту их выявления; - в подсистему «Фармаконадзор» Автоматизированной информационной системы Росздравнадзора (АИС Росздравнадзора). - сообщает в территориальный орган (учреждение) Роспотребнадзора и Центральный аппарат Росздравнадзора, о сериях вакцин, при применении которых возникли серьезные ПППИ (ПВО), подлежащие расследованию, а также случаи ПППИ, потребовавшие госпитализации, непредвиденные ПППИ. Руководитель медицинской организации несет ответственность за полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний, подозрительных на ПППИ (ПВО), а также за оперативное сообщение о них. Иммунологическая комиссия медицинской организации определяет дальнейшую тактику проведения прививок ребенку с ПВО. Руководитель медицинской организации при выявлении сильных местных и/или общих реакций, частота возникновения которых превышает лимиты, установленные инструкциями по медицинскому применению вакцины, информирует территориальный орган (учреждение) Роспотребнадзора, а также Центральный аппарат Росздравнадзора, о сериях вакцин, вызвавших данные реакции. Территориальный орган (учреждение) Роспотребнадзора при получении экстренного извещения о возникновении (или подозрении) случая серьезного ПППИ (ПВО): - регистрирует его в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 60/у) и незамедлительно передает информацию о случае в Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации; - участвует в составе комиссии медицинской организации в расследовании случая ПППИ (ПВО); - направляет окончательное донесение о результатах расследования случая ПППИ (ПВО) в Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации не позднее 15 дней с момента установления предварительного диагноза. Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации незамедлительно информирует о случае ПППИ (ПВО) Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья. В течение 12 часов с момента получения информации направляет в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека внеочередное донесение (окончательное донесение представляется в не позднее чем через 10 дней после завершения расследования). Расследование каждого случая ПППИ (ПВО) (или подозрения), потребовавшего госпитализации, а также завершившегося летальным исходом должно быть проведено комиссионно с участием компетентных специалистов (педиатров, терапевтов, иммунологов, фтизиатров, эпидемиологов и др.), назначаемых руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, специалистов органов, осуществляющих надзор в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) и в сфере здравоохранения и обращения лекарственных средств (Росздравнадзора).

5. Вопросы по теме занятия

1. Учетно-отчетная документация при вакцинации
2. Отчетные формы при вакцинации
3. Сроки и длительность медицинского наблюдения после прививки
4. Действия медицинской сестры перед проведением прививки
5. Понятие «холодовой цепи» и оборудование для нее.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ГДЕ И КАК ХРАНЯТ ВАКЦИНЫ?:
 - 1) при комнатной температуре;
 - 2) на медицинском столе;

- 3) в холодильнике;
 - 4) в термостате;
 - 5) в шкафу с аптечкой;
2. КАКАЯ ВАКЦИНА ВВОДИТСЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОСЛАБЛЕННЫМ ДЕТЯМ?:
- 1) БЦЖ;
 - 2) АДС;
 - 3) АКДС;
 - 4) БЦЖ-М;
 - 5) АДС-М;
3. ПЛАН ПРИВИВОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) главный врач;
 - 2) эпидемиолог;
 - 3) сестра-картотетчица;
 - 4) участковый педиатр;
 - 5) вакцинация планируется по желанию родителей;
4. СВОДНЫЙ ПЛАН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ::
- 1) помощник эпидемиолога;
 - 2) зам. главного врача, ответственный за планирование прививок;
 - 3) эпидемиолог;
 - 4) главный врач;
 - 5) главная сестра поликлиники;
5. МЕТОД ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ИЛИ МАССОВОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПУТЁМ СОЗДАНИЯ ИЛИ УСИЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИММУНИТЕТА НАЗЫВАЕТСЯ:
- 1) Иммунизация;
 - 2) Иммунопрофилактика;
 - 3) Реабилитация;
 - 4) Диспасеризация;
 - 5) Мобилизация;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У ребенка в возрасте 1 года 2 месяцев на третий день после вакцинации против кори, краснухи и эпидемического паротита температура тела повысилась до 38°C, появилась тошнота. При осмотре участкового педиатра у ребенка выявлена гиперемия слизистой ротоглотки, дужек, язычка, миндалин, задней стенки глотки, язык обложен белым налетом. Лимфатические узлы шейной группы множественные мелкие, безболезненные. Над легкими дыхание пуэрильное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопрос 1: 1) Поставьте предварительный диагноз ребенку. 2) Являются ли патологические симптомы поствакцинальной реакцией? 3) Имеются ли в состоянии ребенка основания для медицинского отвода от последующих прививок?;

1) 1. Предварительный диагноз: «Острый фарингит, острый тонзиллит». 2. Катаральные явления не являются результатом воздействия вакцинных штаммов, поскольку появились ранее 5-го дня после введения живой вакцины против кори, паротита и краснухи. 3. Оснований для медицинского отвода от последующих прививок нет.;

2. Мама обратилась к участковому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C, кашель, насморк у ребенка 13 месяцев. На лице, туловище, конечностях ребенка при осмотре обнаружены единичные папулезные элементы розового цвета до 1 см в диаметре. При сборе анамнеза установлено, что 8 дней назад ребенок был привит против кори.

Вопрос 1: 1) Поставьте предварительный диагноз. 2) Оцените вероятность инфицирования окружающих, контактирующих с ребенком.;

1) 1. Поствакцинальная реакция на прививку против кори. 2. Ребенок не опасен для окружающих.;

3. На прием к педиатру обратилась мать с ребенком 5 месяцев с жалобами на уплотнение в месте введения вакцины. Неделю назад младенцу была проведена вторая плановая прививка вакциной АКДС. Поведение ребенка не менялось. Покраснения и инфильтрации мягких тканей нет. Температура тела не повышалась. Пальпаторно в переднелатеральной области верхней трети бедра в мышце определяется уплотнение плотнoэластичной консистенции, безболезненное, размером 3 × 2 см

Вопрос 1: 1) Назовите причину имеющегося уплотнения. 2) Исходы и сроки, в которые можно ожидать разрешение уплотнения.;

1) 1. Уплотнение является местной реакцией на введение вакцины, 2. Уплотнение исчезает через 2–3 недели.;

4. Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. II роды в срок, со стимуляцией, родился с массой тела 3600 г, длиной – 53 см., закричал сразу. Естественное вскармливание до 2 месяцев, затем только смесь «Агуша - 1» до настоящего времени. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D2 в суточной дозе 500 МЕ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. С рождения

вакцинирован по календарю, в 3 месяца сделана V1 АКДС + V1 ОПВ, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились. В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака. При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4×4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Вопрос 1: 1. Какие дефекты наблюдения ребенка имели место? 2. Можно ли проводить вакцинацию?;

1) 1. Дефекты наблюдения ребенка: ранний перевод на искусственное вскармливание с 2 мес., использование в питании только смеси «Агуша -1» без полноценной коррекции витаминами и микроэлементами, без введения овощного, фруктового прикорма нерегулярная специфическая профилактика рахита, нерегулярное медицинское наблюдение. 2. Вакцинация может проводиться после стихания острого процесса через 2 - 4 недели от начала терапии. Схема: V2 АКДС + V2 ОПВ + V3 ВГВ;

5. На приеме ребенок в возрасте 6 мес. Привит согласно календарю, кроме вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка. Находится на естественном вскармливании. В анамнезе - до 6 мес. получал лечение у невропатолога по поводу однократного эпизода фебрильных судорог на фоне перинатального поражения ЦНС. В настоящее время результат осмотра невропатолога - здоров.

Вопрос 1: 1. Подлежит ли ребенок вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка? 2. Какие вакцины можно использовать? 3. Нуждается ли ребенок в подготовке к вакцинации?;

1) 1. Имевшаяся в анамнезе неврологическая симптоматика после заключительного осмотра невропатолога не является прогрессирующим заболеванием ЦНС и противопоказанием для вакцинации АКДС. 2. Наиболее оптимально использовать вакцину Инфанрикс. 3. Вакцинация проводится на фоне приема парацетамола 10 -15 мг/кг 3 раза в день 1 -2 дня.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Папаян, Е. Г. [Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций](#) : учебное пособие для вузов / Е. Г. Папаян, О. Л. Ежова. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 176 с. - Текст : электронный.

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

Строзенко, Л. А. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебное пособие / Л. А. Строзенко, Ю. Ф. Лобанов. - Москва : ИНФРА-М, 2019. - 269 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)

1. Тема № 12. Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам. Вопросы вскармливания и питания.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** the main types and forms of medical records and reports, as well as the principles of their maintenance in medical organizations; orders regulating the rules for prescribing medications., медицинские технологии, медицинские изделия, лекарственные препараты дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач., основные характеристики процессов сбора, передачи, поиска, обработки и накопления информации, группы диспансерного наблюдения, декретированные сроки, объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, **уметь** осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, использовать медицинские технологические приемы, медицинские изделия, лекарственные препараты, дезинфицирующие средства и их комбинации при решении профессиональных задач, работать с нормативной документацией, регламентирующей профилактическую деятельность. проводить анализ вакцинации на основании изучения прививочных сертификатов. составлять план профилактических прививок на территориальном участке. консультативно-оздоровительная помощь. сестринские технологии в профилактической медицине, охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. обосновать выбор материала, методов микробиологической диагностики, средств профилактики, включая карантинные мероприятия, с учетом биологических особенностей возбудителя, **владеть** основами целеполагания, и методикой выбора оптимальных способов решения задач, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений, способами осуществления социального взаимодействия и реализации своей роли в команде, способами реализации правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности, способами анализа медико-статистической информации и интерпретации результатов состояния здоровья пациента (населения)

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Государственная система лечебно-профилактической помощи детям, принятая в нашей стране, состоит из трех основных функционально связанных между собой звеньев: детская поликлиника — детская больница — детский санаторий.

Основные типы детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ):

детская больница (стационар),

детская поликлиника,

детский санаторий.

Помимо этого, медицинская помощь может быть оказана детям в специализированных отделениях больниц и поликлиник для взрослых, детских отделениях родильных домов, перинатальных центрах, консультативно-диагностических центрах, центрах и отделениях восстановительного лечения и т.д. Для помощи детям, попавшим в ургентную ситуацию, функционируют служба круглосуточной медицинской помощи на дому, станции скорой и неотложной медицинской помощи. Лечебно-профилактическая помощь, в основном профилактическая, оказывается также в учебно-воспитательных учреждениях, таких как дом ребенка, комплекс ясли-сад, школа, оздоровительный лагерь (в том числе санаторного типа) и др. Знание специфики работы и предназначения каждого учреждения необходимо для будущего педиатра. В системе детских лечебно-профилактических учреждений детская больница играет особую роль. Именно сюда госпитализируют тяжелобольных, здесь сконцентрировано современное диагностическое оборудование, работают высококвалифицированные врачи и медицинские сестры, ведется профессиональная подготовка медицинских кадров.

Детская больница — лечебно-профилактическое учреждение для детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно, нуждающихся в постоянном (стационарном) врачебном наблюдении, интенсивной терапии или специализированной помощи. Существуют различные типы детских больниц.

По профилю они делятся на многопрофильные и специализированные, по системе организации — на объединенные с поликлиникой и необъединенные, по объему деятельности — на больницы той или иной категории, определяемой мощностью (количеством коек).

Кроме того, в зависимости от административного деления различают районные, городские, клинические (если на базе больницы работает кафедра медицинского или научно-исследовательского института), областные, республиканские детские больницы.

Основная цель деятельности современной детской больницы — восстановление здоровья больного ребенка. Для

достижения данной цели персонал медицинского учреждения должен оказать больному многоэтапную помощь, а именно: осуществить диагностику заболевания, провести неотложную терапию, основной курс лечения и восстановительное лечение, включая реабилитацию (меры социальной помощи). На работников детского стационара возлагаются определенные обязанности, главными из которых являются следующие: —оказание детям высококвалифицированной лечебной помощи; —внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики; —консультативная и методическая работа. В каждой детской больнице имеются приемное отделение (приемный покой), стационар (лечебные отделения), лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории, патологоанатомическое отделение (морг), вспомогательные подразделения (аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, административно-хозяйственная часть, библиотека и т.д.). Развитие стационарной медицинской помощи детям в настоящее время имеет тенденцию к централизации отдельных больничных служб. Создаются лечебнодиагностические, консультативные центры, центры высоких технологий, патологоанатомические, стерилизационные отделения и другие службы, обеспечивающие работу нескольких больниц города, области. Штатное расписание детской больницы включает должности главного врача, заместителя главного врача по лечебной части, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заместителя главного врача по хозяйственной части, заведующих отделениями, врачей (ординаторов), старших медицинских сестер, медицинских сестер, младших медицинских сестер, в обязанности которых входит обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи и ухода за больными детьми. В крупных детских больницах предусмотрена должность педагога, проводящего воспитательную работу с детьми. Выделяются штаты по отдельным хозяйственным и техническим специальностям (повара, инженеры, слесари, бухгалтеры и др.).

Работа приемного отделения (покоя). Первая встреча заболевшего ребенка с медицинским персоналом происходит в приемном отделении. Главная его задача — организация приема и госпитализации больных детей. От правильной и оперативной работы этого отделения во многом зависит успех последующего лечения. При поступлении больного устанавливают предварительный диагноз, оценивают обоснованность госпитализации, если необходимо, оказывают неотложную медицинскую помощь. Приемное отделение состоит из вестибюля-ожидальни, приемно-смотровых боксов, изоляционных боксов на 1—2 койки, санитарного пропускника, кабинета врача, процедурной-перевязочной, лаборатории для срочных анализов, комнаты для медицинского персонала, туалета и других помещений. Число приемно-смотровых боксов должно составлять 3% от количества коек в больнице. Работники приемного отделения ведут учет движения больных (регистрация поступающих, выписанных, переведенных в другие стационары, умерших), проводят врачебный осмотр больного, оказывают экстренную медицинскую помощь, осуществляют направление в соответствующее отделение, санитарную обработку, изоляцию инфекционных больных. В этом же отделении имеется справочная. Наличие нескольких приемно-смотровых боксов позволяет отдельно вести прием терапевтических, хирургических и инфекционных больных, детей грудного возраста и новорожденных. 3.2 Реанимационное отделение располагают обычно рядом с приемным отделением, поэтому при поступлении больного в крайне тяжелом состоянии его сразу же помещают в отделение реанимации, по существу, минуя приемный покой. Вся необходимая документация оформляется «по ходу» проведения необходимой интенсивной терапии. Неотложная помощь ребенку, кроме того, может быть оказана в палате интенсивной терапии, которая размещается при приемном отделении. Дети доставляются в больницу машиной скорой медицинской помощи или родителями по направлению врача детской поликлиники и других детских учреждений или без направления («самотеком»). Помимо талона (направления) на госпитализацию, представляются и другие документы: выписка из истории развития ребенка, данные лабораторных и инструментальных исследований, сведения о контактах с инфекционными больными по дому от участкового педиатра и, если ребенок «организованный», то от врача школьно-дошкольного отделения. Без документов больные могут быть приняты в больницу только при неотложных состояниях. При поступлении ребенка в больницу без ведома родителей последних немедленно извещают об этом сотрудники приемного отделения. В случае невозможности получить сведения о ребенке и его родителях поступление больного регистрируют в специальном журнале и делают заявление в милицию. В крупных детских больницах прием больных ведет специально выделенный персонал, в небольших больницах — дежурный персонал. Прием больного ребенка ведется в строгой последовательности: регистрация, врачебный осмотр, необходимая лечебная помощь, санитарная обработка, перевод (транспортировка) в соответствующее отделение. Медицинская сестра регистрирует поступление больного в журнале, заполняет паспортную часть «Медицинской карты стационарного больного», ф. № 003/у (истории болезни), вписывает номер страхового полиса, измеряет температуру тела, сообщает врачу полученные сведения. После осмотра ребенка медицинская сестра получает от врача рекомендации относительно характера санитарной обработки. Обычно санитарная обработка заключается в проведении гигиенической ванны или душа; при выявлении педикулеза (вшивости) или обнаружении гнид проводится соответствующая обработка волосистой части головы, белья. Исключение составляют больные, находящиеся в крайне тяжелом состоянии. Им оказывают первую медицинскую помощь и лишь при отсутствии противопоказаний проводят санитарную обработку. После санитарной обработки ребенка транспортируют в лечебное отделение. Так называемые «плановые» больные не должны задерживаться в приемном покое более 30 мин. При массовом поступлении больных соблюдается определенный порядок очередности госпитализации: сначала оказывают помощь тяжелобольным, затем больным в состоянии средней тяжести и в последнюю очередь «плановым» больным, не нуждающимся в срочном лечении. Детей с признаками инфекционного заболевания помещают в боксы-изоляторы. Заполняют «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым

профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у), которое немедленно направляют в центр санитарно-эпидемиологического надзора. Персонал приемного отделения ведет журналы приема госпитализированных детей, отказов в госпитализации, количества свободных мест в отделениях, а также алфавитную книгу (для справочной службы). Детей первых лет жизни госпитализируют с одним из родителей. Количество коек для матерей должно составлять 20% от общего количества коек в детской больнице. Новорожденных и детей грудного возраста госпитализируют вместе с матерями. Персонал приемного покоя сопровождает ребенка при переводе его в лечебное отделение, предупреждает заведующего отделением и постовую медицинскую сестру о поступлении к ним нового больного, информирует их о тяжести состояния и поведении ребенка во время приема. В вечернее и ночное время (после 15 ч) все эти сведения передаются постовой медицинской сестре, а при поступлении тяжелобольных — и дежурному врачу. Персонал приемного отделения должен быть внимателен и приветлив с детьми и родителями, учитывать состояние ребенка, переживания родителей. Нужно стремиться сократить время адаптации ребенка к новой для него обстановке. Справочная (информационная служба) организуется при приемном отделении. Здесь родители могут узнать о состоянии здоровья детей. Справочная ежедневно должна иметь сведения о месте пребывания, тяжести состояния и температуре тела каждого ребенка. Эти сведения можно сообщать родителям по телефону. Транспортировка детей из приемного покоя в лечебные отделения стационара может осуществляться несколькими путями. Вид транспортировки выбирает врач. Дети, находящиеся в удовлетворительном состоянии, идут в отделение сами в сопровождении медицинского работника. Детей младшего и грудного возраста несут на руках. Тяжелобольных транспортируют на носилках, установленных на специальной каталке. Все носилки-каталки должны быть заправлены чистыми простынями, а в холодное время года — и одеялами. Простыню меняют после каждого больного, а одеяло проветривают. Некоторых больных, например детей с гемофилией при наличии кровоизлияния в суставы, доставляют в кресле-каталке. Приемное отделение обеспечивается необходимым количеством носилок-каталок и кресел-каталок для транспортировки больных детей в отделения. Детей, находящихся в крайне тяжелом состоянии (шок, судороги, массивное кровотечение и т.д.), направляют сразу в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии. В палате тяжелобольного с носилок-каталки перекалдывают на постель: одну руку подводят под лопатки, а другую под бедра больного, при этом ребенок руками обхватывает шею медицинской сестры. Если больного переносят два человека, то один поддерживает больного под лопатки и поясницу, второй — под ягодицы и голени. Положение носилок-каталки по отношению к кровати каждый раз выбирают, исходя из оптимальной для больного позы.

3.3 Работа лечебного отделения. Главные задачи медицинского персонала лечебного отделения - постановка правильного диагноза и проведение эффективного лечения. Успех лечения зависит от четкой работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также соблюдения лечебно-охранительного (больничного) и санитарно-противоэпидемического режимов, слаженности работы вспомогательных служб. Под больничным режимом понимают установленный распорядок пребывания и лечения больного ребенка в условиях стационара. Больничный режим определяется рядом факторов и прежде всего необходимостью создания условий для полноценного лечения, а также быстрой социальной и психологической адаптации ребенка к новым для него условиям. Для создания комфортных условий лечебно-охранительный режим включает психотерапевтическое воздействие и воспитательные мероприятия. Строгие требования предъявляются к соблюдению режима сна и отдыха. Окружающая обстановка (удобная мебель, цветы, телевизор, телефон и т.д.) должна удовлетворять современным требованиям. Распорядок дня для больных детей независимо от профиля лечебного отделения включает следующие элементы: подъем, измерение температуры тела, выполнение назначений врача, врачебный обход, лечебно-диагностические процедуры, прием пищи, отдых и прогулки, посещение детей родителями, уборка и проветривание помещений, сон. Существенное значение имеет проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Стационар лечебного отделения состоит из изолированных палатных секций по 20—30 коек каждая, а для детей в возрасте до 1 года — по 24 койки. Палатная секция не должна быть проходной. В целях удобства обслуживания на каждые несколько палат организуется сестринский пост. В стенах и перегородках, выходящих на сестринский пост, рекомендуется делать стеклянные проемы. Для детей первого года жизни предусматриваются боксированные и полубоксированные палаты: от 1 до 4 коек в каждом боксе. В палатах для детей старше 1 года допускается не более 4—6 коек. Система боксов и отдельных секций позволяет при случайном заносе инфекции предупредить распространение заболеваний. Последние обычно возникают, если дети госпитализируются в инкубационном периоде заболевания, когда отсутствуют какие-либо проявления болезни. Для детских больниц разработаны специальные нормативы количества помещений в лечебном отделении и их площади, которые представлены ниже. Помещения для матерей следует выделять вне лечебного отделения, но вблизи палат для детей в возрасте до 1 года. В последние годы практикуется также принцип совместного пребывания матери и больного ребенка. Оборудование палат и оснащение отделений зависят от их профиля, специфики работы медицинского персонала и необходимости создания оптимальных условий для выполнения медицинским работником служебных обязанностей. Специфика работы лечебного отделения заключается в необходимости максимальной изоляции и разобщения детей, постоянной работе по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ). Для этого в палатах используются различного рода ширмы, предусматриваются боксы и полубоксы. Отделения оснащены бактерицидными лампами. Инвентарь и помещения периодически обрабатывают дезинфицирующими средствами. Персонал и посетители соблюдают санитарно-гигиенический режим отделения. Для оказания неотложной помощи детям в лечебном отделении организуют палаты интенсивной терапии и временной изоляции, которые обслуживают специально подготовленные медицинские сестры. Палаты

интенсивной терапии должны быть обеспечены режимом принудительной вентиляции, централизованной подачей кислорода, устройствами для внутривенного дозированного введения жидкостей, малыми хирургическими наборами, электроотсосами, наборами препаратов для неотложной терапии, схемами оказания помощи при отравлениях и неотложных состояниях, лечении токсикозов. В случае необходимости должна существовать возможность быстрого вызова врача-реаниматолога и перевода ребенка из лечебного отделения в отделение реанимации. В штатном расписании лечебного отделения предусмотрены следующие должности: заведующий отделением, врачи, старшая медицинская сестра, медицинские сестры, младшие медицинские сестры, сестра-хозяйка. В крупных больницах в каждом отделении работают педагоги-воспитатели, в функции которых входит организация занятий и отдыха детей. Дети с 6-летнего возраста занимаются по школьной программе и изучают основные предметы: математику, русский язык и др.; при выписке из больницы им выставляют оценки. При выздоровлении и стойком улучшении состояния ребенка выписывают из больницы, а в случае необходимости (оказание специализированной помощи) переводят в другое лечебно-профилактическое учреждение. О выписке ребенка оповещают родителей и детскую поликлинику. Врач готовит выписной эпикриз. Палаты для больных. В каждой палате обычно находятся 2—6 больных. По принятым нормам на одну койку приходится 6,5—7,5 м² площади пола с отношением площади окон к площади пола 1:6. Распределение детей в палатах осуществляется по возрасту, полу или принципу однородности заболеваний. Койки в палатах размещают так, чтобы к ребенку можно было подойти со всех сторон. Во многих детских лечебных учреждениях палаты разделены стеклянными перегородками, что позволяет вести наблюдение за детьми. Устройство палат включает централизованную подачу кислорода к каждой койке, а также сигнализацию на сестринский пост или в коридор — звуковую (тихий зуммер) или световую (красную лампочку) для вызова персонала. В палатах для новорожденных, помимо кроваток, размещают пеленальный стол, весы, детскую ванну, подводят кислород; горячую и холодную воду, обязательно устанавливают бактерицидную лампу. Вместо пеленального стола можно использовать индивидуальные кровати с откидными спинками. Детей грудного возраста распределяют по палатам с учетом характера заболевания и тяжести состояния. Соблюдается последовательность заполнения палат. Новорожденных и недоношенных детей помещают отдельно. Выделяют палаты (боксы) для новорожденных с пневмониями, гнойно-септическими заболеваниями и др. В одну палату можно помещать только неинфицированных детей. С больными новорожденными и недоношенными детьми, помимо матери, контактирует лишь медицинский персонал, строго соблюдающий санитарный режим (сменная обувь, чистые халаты, маски и т.д.). Матери обычно допускаются к ребенку на период кормления. В необходимых случаях мать принимает участие в уходе за ребенком. В настоящее время в родильных домах мать в послеродовом периоде находится вместе с ребенком в одной палате. 3.4 Боксы детского отделения. Основное назначение бокса — изоляция инфекционных больных и детей с подозрением на инфекционное заболевание с целью профилактики внутрибольничных инфекций. Выделяют открытые и закрытые боксы (полубоксы). В открытых боксах больные разделены перегородками, которые установлены между кроватями. Изоляция в открытых боксах несовершенна и не предохраняет от распространения капельных инфекций. Закрытые боксы — это часть палаты с дверью, отделенная застекленной до потолка перегородкой. Каждый бокс должен иметь естественное освещение, туалет, необходимый набор предметов медицинского и бытового назначения для обслуживания детей. Недостатком этого способа изоляции является то, что боксы имеют выход в общий коридор отделения. Наиболее оправданной является изоляция детей в закрытом, индивидуальном, или мельцеровском, боксе (предложен в 1906 г. петербургским инженером Э.Ф. Мельцером). Конструкция мельцеровского бокса предусматривает устранение любого контакта больного с другими детьми на протяжении всего периода лечения.

Больной ребенок поступает в предназначенный для него бокс непосредственно с улицы, а при переводе в другую больницу или выписке выходит из него тем же путем. Новых больных помещают в мельцеровский бокс только после его тщательной влажной дезинфекции. Каждый индивидуальный бокс обычно состоит из следующих помещений: предбоксы (передняя с тамбуром); палаты или смотрового кабинета (здесь ребенок остается на весь период изоляции); санитарного узла с горячей и холодной водой, раковиной, ванной и унитазом; шлюза для персонала. Выход больных из бокса во внутренний коридор запрещен. Медицинская сестра (или врач) входит в шлюз из внутреннего коридора, плотно закрывает наружную дверь, моет руки, при необходимости надевает второй халат, колпак или косынку, после этого переходит в помещение, где находится больной ребенок. При выходе из палаты все операции выполняются в обратном порядке. В целях предупреждения распространения инфекции необходимо следить, чтобы в момент открывания двери из шлюза во внутренний коридор отделения дверь, ведущая в палату с больным ребенком, была плотно закрыта. Еда для больных передается через окно для подачи пищи. Если в боксе находится ребенок, больной ветряной оспой, то возникает необходимость в более строгой изоляции. В этом случае двери шлюза, выходящие во внутренний коридор отделения, наглухо закрывают, а стекла дверей заклеивают бумагой. Персонал входит в бокс со стороны улицы. Современные требования: детский стационар должен быть оборудован принудительной вентиляцией, иметь моющиеся покрытия пола, стен и потолка. 4. Детская поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее в районе деятельности внебольничную медицинскую помощь детям и подросткам до 17 лет включительно. Прием больных детей в поликлинике ведут педиатры и врачи других специальностей. В поликлинике проводятся также лабораторные, рентгенологические и другие виды исследований. Первично заболевшим детям, особенно с повышенной температурой тела и подозрением на инфекционное заболевание, медицинскую помощь оказывают врач и медицинские сестры поликлиники на дому. При выздоровлении или улучшении состояния здоровья дети посещают врача в поликлинике. Кроме того, в поликлинике постоянно наблюдаются и здоровые дети. Врач осматривает здорового ребенка на первом году жизни

ежемесячно, затем раз в квартал, а детей старше 3 лет — раз в год. Основной целью такого наблюдения является предупреждение заболеваний. Врачи и медицинские сестры поликлиники консультируют родителей по вопросам воспитания, питания детей и ухода за ними. Все дети находятся на диспансерном учете, регулярно осматриваются не только педиатрами, но и врачами других специальностей. При многих детских поликлиниках созданы централизованные пункты неотложной помощи, работающие круглосуточно. Структура организации детской поликлиники включает педиатрические отделения, отделения восстановительного лечения, организованного детства (школьно-дошкольной медицины), медико-социальной помощи и др. Кроме того, должны иметься специализированные кабинеты (в них прием ведут отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, травматолог-ортопед, хирург и др.), диагностические кабинеты, кабинеты физиотерапии и лечебной физкультуры, молочно-раздаточный пункт (донорский пункт грудного молока). В каждой поликлинике функционирует процедурный кабинет, где делают прививки, инъекции, ставят банки, проводят другие лечебные мероприятия (для проведения пробы Манту предусматривается отдельное помещение). Отделение восстановительного лечения может располагать бассейном, сауной, тренажерным залом и залом для спортивных игр.

Организация работы участковой медицинской сестры на педиатрическом участке. Организация правильного ухода за детьми на педиатрическом участке определяется уровнем теоретической подготовки медицинской сестры и владения техникой медицинских манипуляций. В работе участковой медицинской сестры выделяются следующие разделы: —профилактическая; —лечебная; — организационная.

Профилактическая работа. Борьба за здорового ребенка начинается задолго до его рождения, когда участковая медицинская сестра осуществляет дородовые патронажи. Патронажная работа с беременными проводится совместно с акушеркой женской консультации. Первый дородовой патронаж беременной медицинская сестра проводит в течение 10 дней с момента поступления сведений о беременной из женской консультации. Во время знакомства с будущей матерью устанавливаются доверительные отношения, которые позволяют провести беседу о большой ответственности быть матерью и о необходимости обязательного сохранения беременности. Медицинская сестра выясняет состояние здоровья беременной, факторы, которые оказывают неблагоприятное влияние на здоровье женщины и ребенка (вредные привычки, профессиональные вредности, наследственные заболевания в семье, экстрагенитальная патология), дает советы по питанию беременной, режиму дня, приглашает беременную в школу матерей. На 32—34-й неделе беременности участковая медицинская сестра проводит второй дородовой патронаж, во время которого выясняет состояние здоровья беременной за период, прошедший между двумя посещениями; перенесенные заболевания; контролирует соблюдение режима дня, питания; уточняет предполагаемые сроки родов и адрес, по которому будет жить семья после родов. Проводится обучение беременной технике массажа грудных желез, даются рекомендации по содержанию детской комнаты, организации уголка новорожденного, приобретению необходимых предметов ухода за новорожденным и одежды. Важным разделом профилактической работы с новорожденным ребенком являются патронажные посещения медицинской сестры на дому. Первый патронаж новорожденного проводится совместно участковыми врачом-педиатром и медицинской сестрой в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Дети из группы «риска» посещаются в день выписки. Ребенок осматривается педиатром, и на основании данных анамнеза и осмотра проводится комплексная оценка здоровья ребенка, в связи с которой врач-педиатр дает рекомендации по режиму дня, питанию и уходу за ребенком. Медицинская сестра обрабатывает кожу и пупочное кольцо ребенка, объясняет и показывает матери, как надо выполнять советы врача, обучает мать технике свободного пеленания, использования подгузников, боди, уходу за кожей, глазами, носом ребенка, подготовке и технике купания ребенка. При необходимости присутствует при первом купании. Медицинская сестра разъясняет родителям порядок хранения и ухода за бельем новорожденного ребенка, порядок организации прогулок, правила прикладывания к груди, правила ежедневной влажной уборки помещения, проветривания, соблюдения температурного режима, тщательной гигиены при уходе за ребенком; рассказывает о необходимости перемены положения ребенка в кроватке; знакомит мать с распорядком работы детской поликлиники. Повторные посещения ребенка в первом полугодии жизни проводятся 2 раза в месяц, во втором полугодии — 1 раз в месяц или чаще — по усмотрению участкового педиатра. Во время повторных посещений новорожденного и ребенка первого года жизни участковая медицинская сестра проверяет соблюдение санитарно-гигиенических требований, осматривает ребенка, оценивает выполнение матерью рекомендаций и ее навыки по уходу за ребенком, наличие у ребенка умений и навыков, соответствующих возрасту, обучает мать проведению массажа и гимнастики. В профилактической работе с детьми второго и третьего года жизни ведущее место занимают вопросы закаливания и физического воспитания. На втором году жизни медицинская сестра посещает ребенка 1 раз в квартал, на третьем году — 1 раз в полгода. Цель патронажа — контроль за выполнением назначений участкового врача, проведение бесед по организации режима питания, закалывающих процедур, физических упражнений. К профилактической работе участковой медицинской сестры относится также участие в проведении врачебного приема, иммунопрофилактика. Участковый врач и участковая медицинская сестра являются ответственными за диспансеризацию всех детей, проживающих на педиатрическом участке, прежде всего детей дошкольного возраста, воспитывающихся в домашних условиях. Если в поликлинике нет дошкольно-школьного отделения, то участковая медицинская сестра помогает врачу выполнять всю необходимую работу по медицинскому обеспечению организованных коллективов.

Лечебная работа. В лечебную работу входит оказание медицинской помощи остро заболевшим детям и детям,

страдающим хроническими заболеваниями, в период обострения, а также диспансерное наблюдение за детьми, отнесенными к группе «риска», а также за детьми, страдающими врожденными и хроническими заболеваниями. Очень важной и ответственной является работа медицинской сестры по оказанию лечебной помощи тяжело больным детям, для которых организован «стационар на дому». Эта форма лечения применяется при невозможности по каким-либо причинам госпитализировать тяжело больного ребенка в стационар. В таких случаях медицинская сестра регулярно, несколько раз в день посещает ребенка, выполняет необходимые лечебные назначения, контролирует проведение на дому лабораторно-диагностических исследований, осмотры врачей-специалистов, а также выполнение родителями рекомендаций лечащего врача. Медицинская сестра должна подробно разъяснить матери признаки, свидетельствующие об ухудшении состояния здоровья ребенка, и рекомендовать при их появлении немедленно обращаться к врачу или вызывать «скорую помощь». При направлении ребенка в стационар участковая медицинская сестра контролирует (по телефону или при непосредственном посещении семьи) ход госпитализации. Если ребенок по каким-либо причинам не госпитализирован, незамедлительно сообщает об этом участковому врачу-педиатру или заведующему педиатрическим отделением.

Организационная работа. Медицинская сестра должна быть хорошо знакома с учетно-отчетной документацией, используемой в работе на педиатрическом участке. Основным документом, заполняемым в поликлинике, является «История развития ребенка» (ф. № П2/у). Истории хранятся в регистратуре, от четкой деятельности которой зависит рациональная организация приема детей. К работе в регистратуре и ведению учетной документации привлекается средний и младший медицинский персонал. В последние годы в некоторых поликлиниках истории развития ребенка выдаются родителям на руки. Это позволяет вызванным на дом дежурным врачам и врачам скорой медицинской помощи легче и быстрее определить тяжесть состояния и характер заболевания ребенка, соблюдать преемственность в оказании лечебной помощи. Учет всех детей с хронической патологией ведется по форме № 030/у, что позволяет организовать систематическое активное наблюдение. В форму вносят результаты лабораторно-диагностических обследований, противорецидивных лечебно-оздоровительных мероприятий, предупреждающих обострение и прогрессирование заболеваний. Работа участковой медицинской сестры осуществляется в соответствии с планом, составленным под руководством врача-педиатра, на основании анализа показателей здоровья детей и результатов лечебно-профилактической работы на педиатрическом участке за предшествующий период.

В детской поликлинике проводится широкая санитарно-просветительная работа. Родителей обучают правилам индивидуальной профилактики заболеваний. Серьезное внимание уделяется патронажу новорожденных. В этой работе принимают участие врачи и средний медицинский персонал. В соответствии с прививочным календарем делают прививки. 5. Диспансер — лечебно-профилактическое учреждение, функциями которого являются активное раннее выявление больных определенными группами заболеваний, их регистрация и учет, обследование с целью постановки диагноза, оказание специализированной медицинской помощи, активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья больных определенного профиля, разработка и осуществление необходимых мероприятий по предупреждению заболеваний. Дети получают необходимую помощь в детских отделениях диспансеров. В зависимости от характера деятельности выделяются следующие виды диспансеров: противотуберкулезный, онкологический, психоневрологический, врачебно-физкультурный и др. Аналогичные функции могут выполнять создаваемые при отдельных детских больницах специализированные центры: кардиоревматологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, генетический, гематологический и др. Существенная роль в работе этих учреждений принадлежит медицинским сестрам, которые ведут учет больных в больнице или в поликлинике, заполняют «Единый статистический талон» («Талон амбулаторного пациента») на каждого принятого пациента, другую необходимую.

документацию, помогают врачу во время приема, осуществляют патронаж больных на дому, проводят санитарно-просветительную работу. 6. Окружные или городские консультативно-диагностические центры (ОКДЦ). В крупных городах на базе больниц или отдельных поликлиник создаются диагностические центры, оснащенные современной аппаратурой (доплерография, эндоскопия, компьютерная томография, иммуноферментный анализ и др.). В их задачу входит обследование детей из ряда прикрепленных поликлиник (принцип «куста») и определение необходимых рекомендаций по лечению. 7. Детский санаторий — стационарное лечебно-профилактическое учреждение для проведения среди больных детей лечебно-восстановительных, реабилитационных и общеоздоровительных мероприятий, преимущественно с использованием природных физических факторов в сочетании с диетотерапией, лечебной физкультурой и физиотерапией при соблюдении соответствующего режима лечения, обучения в школе и отдыха. Примерно четверть всех детских стационарных коек сконцентрирована в детских санаторно-курортных учреждениях. Детские санатории организуются в специализированных курортных зонах. Кроме того, выделяются так называемые местные санатории, санаторно-лесные школы. Они устроены, как правило, в загородных зонах с благоприятными ландшафтными и микроклиматическими условиями. Большое значение придается также организации лечения и отдыха детей с родителями. Лечение детей в таких случаях проводится в санаториях и пансионатах матери и ребенка, санаториях-профилакториях, где в период школьных каникул организуются специальные заезды «мать и дитя».

8. Дом ребенка — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для содержания, воспитания,

оказания медицинской помощи детям-сиротам, детям с дефектами физического или психического развития, детям, родители которых лишены родительских прав. В дома ребенка принимают детей в возрасте до 3 лет по путевкам отделов здравоохранения. Мощность домов ребенка обычно составляет не менее 30 и не более 100 мест. В зависимости от возраста детей выделяют грудную, ползунковую, среднюю и старшую группы. Из дома ребенка дети выбывают к родителям, могут быть усыновлены, а по достижении возраста 3-4 лет переводятся в детские учреждения социального типа обеспечения (дети-инвалиды). После изучения темы студент должен знать: - особенности контроля состояния здоровья детей при поступлении в дом ребенка; - показания к помещению в дом ребенка; - основную нормативную документацию; - типы домов ребенка; - штатные нормативы медицинского и педагогического персонала домов ребенка; - медицинскую документацию домов ребенка; - понятие об усыновлении; - абсолютные и относительные противопоказания к усыновлению; - условия передачи ребенка на усыновление; - основные разделы работы среднего медицинского персонала дома ребенка

5. Вопросы по теме занятия

1. Как проводится обеззараживание посуды в отделении?
2. Закончив осмотр ребенка в приемном отделении, врач поручает медицинской сестре провести регистрацию больного. Какие документы должна заполнить медицинская сестра?
3. В детском отделении выявлен больной ребенок с ветряной оспой. Необходимо перевести его в бокс, находящийся на этом же этаже. Какие меры предосторожности необходимо принять?
4. Работа лечебного отделения
5. Санитарная обработка больного

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ ИЗУЧАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТРОПОМЕТРИИ?:
 - 1) роста;
 - 2) веса;
 - 3) силы;
 - 4) окружности головы;
 - 5) окружности грудной клетки;
2. КАКОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ У БОЛЬНОГО С КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?:
 - 1) кал на общий анализ;
 - 2) кал на яйца гельминтов и цисты простейших;
 - 3) кровь на биохимический анализ;
 - 4) кал на бактериологическое исследование;
 - 5) кал на скрытую кровь;
3. В КАКОЕ ВРЕМЯ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ТЕРМОМЕТРИЮ БОЛЬНЫМ В СТАЦИОНАРЕ?:
 - 1) утром с 6 до 9 часов и вечером с 17 до 19 часов;
 - 2) утром с 6 до 8 часов и вечером с 18 до 20 часов;
 - 3) не имеет значения, т.к. температура всегда одинаковая;
 - 4) когда есть время;
4. В КАКОМ СЛУЧАЕ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ РАЗРЕШАЕТСЯ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЭВТАНАЗИЮ?:
 - 1) по просьбе больного;
 - 2) по просьбе родственника;
 - 3) в исключительных случаях по приказу лечащего врача;
 - 4) по приказу администрации ЛПУ;
 - 5) запрещено законом;
5. ЧЕМУ В НОРМЕ РАВНА ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (В СРЕДНЕМ)?:
 - 1) 1005 - 1025;
 - 2) 1001-1010;
 - 3) 1030-1050;
 - 4) 1005-1050;
 - 5) 1020-1040;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В ходе диспансерного осмотра учеников школ, проведенного в апреле, у ученицы Р., 16 лет, получены следующие результаты: рост 159 см; масса тела 94 кг, пульс 84 удара в минуту, хорошего наполнения, АД 145/90 мм рт.ст. Наличие вредных привычек отрицает. Физическая активность низкая: отмечает только работу по дому в выходные дни и походы в магазины. Перечислите факторы риска у пациентки. Ваши рекомендации. Оформите рекомендации в виде обучающего комплекса.
2. В ходе медицинского осмотра студентов от студентки С., 17 лет, поступили жалобы на выраженную слабость, снижение работоспособности, одышку, нарушение менструального цикла, беспокоящие в течение последнего года. Не курит. Активно занимается фитнесом. Постоянно придерживается строгой диеты. Рост 172 см, масса тела 42 кг. Кожные покровы бледные. Подкожножировая клетчатка выражена недостаточно. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Перечислите факторы риска у пациентки. Ваши рекомендации. Оформите рекомендации в виде обучающего комплекса

3. Составьте план и текст беседы с беременной женщиной, подверженной неблагоприятному воздействию выявленного фактора: табакокурения.

4. Женщина 17 лет обратилась в Центр здоровья с целью отказа от никотиновой зависимости. Планирует беременность. Курит в течение 5 лет по 20-25 сигарет в день. Попытки отказа от курения: не курила неделю месяц назад. Степень мотивации к отказу от курения - 6 баллов, никотиновая зависимость - 7 баллов, мотивация к курению - поддержка и стимуляция. Даны рекомендации по питанию, лечебная физкультура, назначены дни явок на прием для контроля состояния здоровья.

Вопрос 1: Оцените степень мотивации к отказу от курения у данной пациентке.; Оцените степень никотиновой зависимости.; Что значит «поведенческая терапия»?;

1) Высокая мотивация к отказу от курения.; Высокая степень никотиновой зависимости.; Основной принцип: построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.; Рекомендуется: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамины РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (растительное масло, зародыши пшеницы, зеленые овощи). В качестве источников углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары)..;

5. На прием в центр здоровья обратился подросток 17 лет, с желанием отказаться от курения. Из анамнеза: курит в течение 7 лет по 19 сигарет в день. Попытки отказаться от курения: не курил 3 месяца 1 года назад, закурил «за компанию». На вопрос: «зачем Вы курите» - отвечает по привычке. На учебе друзья курят, дома никто не курит. Степень никотиновой зависимости 9 баллов, уровень мотивации к отказу от курения 8 баллов, тип курительного поведения, при заполнении анкеты Хорна - жажда.

Вопрос 1: Рассчитайте ИКЧ.; Оцените степень никотиновой зависимости.; Оцените степень мотивации к отказу от курения.; Рекомендацию какого специалиста можно порекомендовать данному пациенту?; Порекомендуйте данному пациенту программу по отказу от курения.;

1) 1) ИКЧ=168; 2) Очень высокая.; 3) Высокая мотивация.; 4) Психолога.; 5) Длительная программа с целью полного отказа от курения.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Шайтор, В. М. [Скорая и неотложная медицинская помощь детям](#) : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 672 с. - Текст : электронный.

[Неотложная помощь в педиатрии](#) : учебное пособие / Н. А. Ильенкова, Н. Л. Прокопцева, Е. Г. Нейман [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2019. - 207 с. - Текст : электронный.

[Первая помощь и медицинские знания : практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях](#) : руководство / В. В. Бояринцев, А. Ю. Закурдаева, А. А. Колодкин [и др.] ; ред. Л. И. Дежурный, И. П. Миннуллин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

1. Тема № 13. Профилактика курения и употребления запрещенных веществ, алкоголизма. Зачет с оценкой.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** общие закономерности присущие группам, классификация групп с учетом пола, возраста, социального статуса, основные понятия и методы конфликтологии, технологии межличностной и групповой коммуникации в деловом взаимодействии., основные понятия, принципы влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек, **уметь** осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач, воспринимать межкультурное разнообразие общества в социально-историческом, этическом и философском контекстах, соблюдать технику безопасности и правила работы с материалом, представляющим биологическую опасность. охарактеризовать антибактериальный, противовирусный или иммунобиологический препарат по механизму его действия. предоставить информацию об инфекционных и не инфекционных заболеваниях, здоровом образе жизни., **владеть** поиском, критическим анализом и основами синтеза информации, особенностями применения системного подхода для решения поставленных задач, способами восприятия межкультурного разнообразия общества в социально-историческом, этическом и философском контекстах, основными понятиями, принципами и способами проведения профилактической работы по направлению влияния здорового образа жизни на здоровье человека и профилактику вредных привычек

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. В нашей стране курит почти треть всего населения в возрасте от 15 лет и старше. Курение является социальной проблемой общества, как для его курящей, так и для некурящей части. Для первой - проблемой является бросить курить, для второй - избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также - сохранить своё здоровье от продуктов курения, поскольку вещества входящие в выдыхаемый курильщиками дым, не намного безопаснее того, если бы человек сам курил и принимал в себя никотин и многое другое, что входит в зажжённую сигарету. Табак, жертвами которого в мире ежегодно становятся более 5 миллионов человек, является основной причиной смертей, которые можно было бы предотвратить. Последствия потребления табака легко спрогнозировать, поскольку это единственный легальный коммерческий продукт, использование которого по назначению убивает своего потребителя. Курение табака - одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире и серьезная медико-социальная проблема. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 году глобальная эпидемия потребления табака будет приводить к смерти 8 миллионов человек ежегодно, и эта проблема остается одной из наиболее острых в мире. По данным ГНИЦ профилактической медицины доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - 2,1% для мужчин и 3% для женщин, злокачественных новообразований (ЗН) - 52,1% для мужчин и 5,2% для женщин. Риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди курящих мужчин в возрасте 40 - 59 лет и женщин в возрасте 30 - 69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения. Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы, и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейского региона ВОЗ. Курение убивает половину курильщиков. В России ежегодно гибнут более 300 000 человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35 - 69 лет.

Табакокурение - серьезная проблема, не только медицинская, но и социальная. Курение у многих ассоциируется с общепринятой нормой поведения. Тем не менее, у курящих постепенно формируется так называемый никотиновый синдром. В динамике развития никотинового синдрома условно можно выделить три стадии. В основе этих стадий лежат шесть ведущих синдромов (психическое и физическое привыкание, измененная реактивность, психические, соматические и неврологические нарушения).

Начальной стадией синдрома следует считать время, когда пропадают неприятные ощущения, вызываемые курением, и появляется чувство удовольствия, легкой эйфории. Далее постепенно наступает психическое привыкание, появляется желание курить, ощущение, что курение повышает настроение, улучшает самочувствие. Физического влечения нет. На этой стадии возможно усилием воли прекратить курение. Продолжительность начальной стадии варьирует от 1 до 5 лет.

Хроническая стадия курения носит стойкий характер, ибо имеется тяга к табаку, психическое влечение носит obsessивный характер с периодическим получением комфорта. Физическое влечение начинает проявляться в желании после перерыва вновь закурить, некоторых явлениях дискомфорта при отсутствии возможности закурить.

В поздней стадии меняется реактивность организма. Курение вызывает неприятные ощущения, боли в области сердца, общий дискомфорт, снижается психическое влечение, комфорт от употребления табака с годами появляется все меньше и меньше, часто остается просто автоматическая привычка курить.

Отрицательные воздействия табака на здоровье проявляются не сразу, а спустя довольно продолжительное время, а иногда не имеют видимых отрицательных последствий для здоровья. Этот факт, иногда вызывает у сомнения в истинности антитабачной пропаганды. Однако, коварство табакокурения состоит в том, что положительные субъективные эффекты его воздействия значительно опережают наступление отрицательных объективных последствий. Серьезные отклонения в состоянии здоровья, связанные с табакокурением, возникают уже после формирования табачной зависимости. В зависимости от степени риска развития зависимости от употребления табачных изделий различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика - это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение табакокурения. Эта форма профилактики предусматривает работу с контингентом, не знакомым с действием табака. Она рассчитана на все население. Программы первичной профилактики включают антитабачную пропаганду, вовлечение подростков в общественно полезную творческую деятельность, занятия спортом, туризмом, искусством, приобщение к посильному труду и т.д.

Вторичная профилактика ориентирована на «группу риска». Главная задача - не опоздать с принятием оздоровительных мер (пока не сформировалась психическая и физическая зависимость).

Третичная профилактика - это помощь людям, страдающим заболеваниями, вызванными табакокурением.

Адекватный план профилактических мероприятий должен составляться на основании понимания риска развития зависимости от употребления табачных изделий, а также наиболее значимых популяционных и индивидуальных факторов формирования привычки к курению.

Краеугольным камнем в борьбе с табакокурением на международном уровне является Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по контролю над употреблением табака (FCTC - Framework Convention for Tobacco Control), которая включает шесть разделов:

- запрещение рекламы табачных изделий;
- необходимость размещения на упаковках табачных изделий надписей, предупреждающих о вреде курения для здоровья;
- запрещение использования вводящих в заблуждение терминов, например «легкие сигареты»;
- запрещение курения в общественных помещениях;
- рекомендации по налогообложению табачных изделий;
- борьба с контрабандой табачных изделий.

Рамочная конвенция вступила в силу 27 февраля 2005 года и была ратифицирована в 137 странах. В 2008 году ВОЗ представила программу мер для оказания помощи в реализации положений Рамочной конвенции на национальном уровне (**MPOWER**):

M - КОНТРОЛЬ употребления табака и профилактические мероприятия

P - ЗАЩИТА людей от табачного дыма

O - ПРЕДЛОЖЕНИЕ помощи желающим бросить курить

W - ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ об опасностях, связанных с табаком

E - ОБЕСПЕЧЕНИЕ соблюдения запретов на рекламу табачных изделий, продвижение продукции и спонсорство

R - ПОВЫШЕНИЕ налогов на табак

По прогнозам Американского онкологического общества успешная борьба с курением табака, включающая повышение цен на табачные изделия (на 70%), снижение употребления табачных изделий (на 10%) и ряда других мероприятий позволило бы избежать 25 миллионов случаев смерти от рака к 2050 году.

Профилактическая работа (**M**) включает в себя три компонента. **Образовательный компонент** - дать представление о действии химических веществ, входящих в состав табачного дыма, изменяющих состояние сознания, о болезнях и последствиях, к которым приводит зависимость от табака.

Психологический компонент - коррекция определенных психологических особенностей личности, способствующих возникновению зависимости от табакокурения, создание благоприятного климата в коллективе, формирование адекватной самооценки, навыков принятия решений.

Социальный компонент - помощь в социальной адаптации к условиям окружающей среды, обучение навыкам общения, сопротивления давлению со стороны окружающих, навыкам здорового образа жизни.

Мероприятия по профилактике табакокурения должны не только информировать население о вреде данной привычки и формировать позитивное восприятие основ здорового образа жизни в целом, но и развивать чувство самоуважения и ответственности за собственную жизнь, за те выборы, которые делает сам человек.

Рекомендации для тех, кто хочет бросить курить самостоятельно.

- Принять твердое решение, объявить это людям, которые будут вам помогать.
- «Вычистить» квартиру (удалить всё, что напоминает о сигаретах: пепельницы, пустые пачки от сигарет, постирать шторы, заменить обои).
- Сделайте процесс курения неудобным (только в туалете, или только на улице, или только когда никого нет рядом).
- Промежутки времени между выкуриванием сигарет увеличьте (если вы курили каждый час, то увеличьте это время до 1 часа 10 мин).
- Не докуривайте сигарету до конца, а окурки сразу выбрасывайте.
- Курите не спеша.
- Отложите сэкономленные на сигаретах деньги и купите себе подарок - вы это заслужили.
- «Убегайте» из мест, где курят.
- Если вы не выдержали, то не огорчайтесь, продолжайте бороться. Не сдавайтесь.
- Не бросайте на всю жизнь, только на один день, потом ещё на один и т.д.
- Исключите спиртное - оно всегда располагает к курению и порабощает силу воли.
- Спите 8 часов.
- Выпивайте ежедневно не менее 8 стаканов воды.
- Некоторое время не пейте кофе.
- Больше употребляйте сырые овощи и фрукты.

Правовые основы ограничения курения:

- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15.10.2000 № 10 «Об усилении госсанэпиднадзора за производством и реализацией табака и табачных изделий»;
- Федеральный закон от 10.07.2001 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2003 № 137 «О введении в действие ГН 2.3.2.1377-03» (вместе с "ГН 2.3.2.1377-03. Предельно допустимые уровни (ПДУ) содержания смолы и никотина в табачных изделиях. Гигиенические нормативы»;
- Кодекс практики профессиональных организаций здравоохранения в области борьбы с табаком, принятым участниками совещания ВОЗ в Женеве, 28-30.01. 2004;
- Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе»;
- Федеральный закон от 24.04.2008 № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;
- Федеральный закон от 22.12.2008 № 268-ФЗ «Технический регламент на табачную продукцию», технически регулирующий табачную продукцию, реализуемую на территории РФ;
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Приоритетный национальный проект «Здоровье»;
- Совместное двухгодичное соглашение между Минздравсоцразвития РФ и ВОЗ, в рамках которого разработана Национальная стратегия по борьбе с курением. 23 февраля 2013 года в Российской Федерации принят Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В законе содержатся основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака. В соответствии с законом в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака осуществляются следующие меры: 1) установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах; 2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия; 3) регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий,

установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий; 4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма; 5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака; 6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака; 7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями; 8) ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями; 9) установление запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака. Кроме того, законом предусмотрены ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия. Определен порядок просвещения населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, а также оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНОГО ДЫМА

В табачном дыме содержатся более 4000 различных химических соединений, многие из которых являются токсичными (бензол, толуол, окиси азота, формальдегид) и ядовитыми (анилин, синильная кислота) веществами. Кроме того в состав табака входят радиоактивные вещества (полоний 210), 43 из них принадлежат к веществам, которые могут спровоцировать рак (бензин, бутанол, метилнитрозамины и др.). К ядовитым веществам в табаке, прежде всего, относят: • Никотин - содержится в листьях табака. Попадая в организм человека с табачным дымом, никотин действует как мощный быстродействующий наркотик, вызывая сильную зависимость от курения. Одна сигарета содержит в среднем 0,5 мг никотина. • Угарный газ - оксид углерода. Вызывает головную боль, тяжелые отравления, в отдельных случаях смерть. • Ацетон - обладает возбуждающим и наркотическим действием, поражает центральную нервную систему, способен накапливаться в организме, в связи с чем токсическое действие зависит не только от его концентрации, но и от времени воздействия на организм. • Аммоний - сильнейший окислитель, его применяют для химической чистки одежды. • Кадмий - является канцерогеном. Соединения кадмия ядовиты. Особенно опасным случаем является вдыхание паров его оксида. Табачный дым конденсируется в коричневое липкое вещество с неприятным запахом, которое называется «смола». Причиной того, что табак продуцирует столько много различных химических веществ, является очень высокая температура (выше 900 градусов), создаваемая в горящем конце сигареты при курении. Почему же человек не умирает сразу, закуриив первую сигарету? Это обусловлено тем, что никотин поступает в организм небольшими порциями, часть его успевает нейтрализоваться, развивается постепенное привыкание к нему. Во время курения: • 25% вредных веществ табачного дыма поступает в легкие курящего; • 5% - остается в окурке; • 20% - сгорает; • 50% токсических веществ поступает в воздух. При горении сигареты (папиросы) образуется два потока дыма: основной и побочный. Основной поток возникает на горящем конце сигареты во время затяжки, проходит через весь табачный стержень и попадает в легкие курильщика. Побочный поток образуется на горящем конце в период между затяжками и поступает в окружающий воздух. Табачный дым при пассивном курении более агрессивен, чем при активном: • В побочном потоке содержится много канцерогенных нитрозаминов; • Невольный курильщик в сильно накуренной комнате вдыхает за 1 час никотина столько же, сколько курильщик при выкуривании 2-4 сигарет. Концентрация никотина в крови увеличивается в течение 1,5 часов в 8 раз. • В накуренном помещении в организме пассивного курильщика количество окиси углерода через 1 час увеличивается в 2 раза, в легких оседает большое количество сажи.

ФОРМИРОВАНИЕ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Для большинства курящих табачная зависимость - истинная наркотическая зависимость, сравнимая с зависимостью, вызываемой опиатами, амфетаминами или кокаином, преодоление которой часто невозможно только методами психологического - поведенческого воздействия. Это надо учесть при составлении программ лечения табакокурения и выборе методов лечения табачной зависимости. Никотиновая зависимость формируется следующим образом: - Никотин поступает в головной мозг спустя несколько секунд после раскуривания сигареты. - В мозге никотин активирует никотиновые рецепторы и стимулирует высвобождение гормона удовольствия - допамина. - Повторные дозы никотина вызывают увеличение числа никотиновых рецепторов до 300%. - Для поддержания силы ощущений нужно повышение дозы и частоты приема никотина. - После окончания курения уровень никотина в головном мозге снижается, и рецепторы требуют продолжения подачи никотина, появляются симптомы «никотинного голода». - Без приема все возрастающих доз никотина появляются неприятные симптомы отмены. Выделяют три стадии привыкания к никотину: I стадия — бытовое, несистематическое курение (около 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, изменения физического состояния здоровья отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы. II стадия — привычное курение, постоянное (от 5 до 15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, умеренная абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определенной степени обратимы после прекращения курения. III стадия — пристрастное курение; толерантность к курению высокая, абстиненция тяжелая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1-1,5 пачки сигарет в день); привычка курить натощак и сразу после еды, а также среди ночи. Определяются значительные поражения внутренних органов и нервной системы.

ОЦЕНКА СТАТУСА КУРЕНИЯ

Оценка степени табачной зависимости и степени мотивации к отказу от курения является первым шагом к лечению табачной зависимости, результатом которой является отнесение пациента к одной из 4 групп: 1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить. 2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем. 3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить. 4. Пациенты, которые курят нерегулярно.

Оценка статуса курения включает: - оценку риска развития заболеваний в результате курения; - оценку степени никотиновой зависимости; - оценку степени мотивации бросить курить; - оценку типа курительного поведения (мотивации к курению). Оценка курения, как фактора риска развития заболеваний, является ведущей в оценке статуса курения и играет важную роль в мотивации пациента к отказу от курения. Оценка проводится по индексу курящего человека (ИК), который рассчитывается по следующей формуле: $ИК = N \times 12$, где N - число сигарет, выкуриваемых в месяц, 12 - число месяцев в году $ИК > 140$ свидетельствует о высоком риске развития хронических заболеваний легких. Расчет ИК необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в больницу, результат оценки необходимо фиксировать в карте амбулаторного пациента (истории болезни) и сообщать пациенту. Можно рассчитать индекс пачка/лет, который определяется по следующей формуле: число сигарет, выкуриваемых в сутки \times стаж курения (в годах) 20 Индекс пачка/лет более 10 является достоверным фактором риска хронической обструктивной болезни легких. Кроме опросов целесообразно использование инструментальных методов обследования. «Золотым стандартом» для диагностики функциональных нарушений внешнего дыхания, является спирометрия, которая позволяет отслеживать степень прогрессирования нарушений внешнего дыхания и необходима для определения риска развития кардиореспираторных заболеваний. Это простой, стандартизированный, объективный, хорошо воспроизводимый метод оценки ограничения скорости воздушного потока, применимый в ходе профилактических обследований. Спирометрия дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость легких, ФЖЕЛ), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду - ОФВ1), а также соотношение этих двух показателей (ОФВ1/ФЖЕЛ). Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам в зависимости от возраста, роста, пола. Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ само по себе является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а ОФВ1/ФЖЕЛ $< 70\%$ рассматривается как ранний признак этого нарушения у тех пациентов, у которых ОФВ1 остается нормальным ($\geq 80\%$). Снижение как ОФВ1, так и ФЖЕЛ коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких. Измерение концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе. Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе проводится с помощью СО-анализатора и применяется: 1) для выявления степени «загрязнения» воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и 2) с целью повышения мотивации пациента бросить курить и содействия отказу от потребления табака (контроль динамики состояния, демонстрация опасности курения пациенту). Результаты выдоха пациента в трубку анализатора угарного газа, отображаются на дисплее в ppm (микрочастицы на миллион) и в %HbCO (карбоксигемоглобина) и визуально обозначаются соответствующими цветовыми указателями. Действует система цветов светофора. При активном и регулярном курении результаты, как правило, превышают 10 - 20 ppm, результаты обычно колеблются в пределах 5 - 10 ppm, когда пациент курил 10 - 12 часов назад и легкие не успели очиститься от остатков угарного газа. Когда концентрация СО в пределах 5 ppm (± 1), это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма. Другим прибором объективного исследования воздействия табачного дыма является анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер). СО представляет собой токсическое соединение, которое снижает концентрацию поглощаемого организмом кислорода. Пределы концентрации определяемого прибором СО - 0 - 25 parts per million (ppm). Действие электрохимического датчика смокелайзера основано на реакции СО с электролитом одного электрода и кислорода выдыхаемого воздуха с другим. Эта реакция вызывает электрический потенциал, пропорциональный уровню концентрации СО. Полученные данные обрабатываются микропроцессором, и затем пиковая концентрация СО представляется на дисплее. К методам объективного выявления воздействия курения относится пульсоксиметрия - неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурация). В основе метода лежит измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови. Степень поглощения зависит от содержания оксигемоглобина. Пульсоксиметр фиксирует степень оксигенации крови и измеряет частоту пульса и амплитуду пульсовой волны. Этот метод важен в объективизации степени дыхательной недостаточности - неспособности системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения. Проводится с помощью теста Фагерстрема. Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов: - 0-2 баллов - очень слабая зависимость. - 3-4 баллов - слабая зависимость. - 5 баллов - средняя зависимость. - 6-7 баллов - высокая зависимость. - 8-10 баллов - очень высокая зависимость.

Немедикаментозные методы преодоления табачной зависимости и коррекции абстинентного синдрома основаны на рефлексотерапии табакокурения.

Рефлексотерапия является одним из методов выбора. Показания к нему достаточно широкие и при наличии специалиста этот метод может быть применен у большинства курильщиков. Согласно рекомендациям института рефлексотерапии от 24.11.80 N 10-74/11-14 и от 02.06.81 N 212-11/63-27 табакокурение является абсолютным показанием для лечения методом иглорефлексотерапии. Предложены рецептуры точек воздействия, расположенные на ушной раковине (аурикулоакупунктура) и корпоральные точки. Методы рефлексотерапии эффективны в отношении долгосрочного отказа от курения и не имеют противопоказаний, характерных для традиционных методов медикаментозной терапии табачной зависимости. В последние годы широко развиваются неинвазивные и бесконтактные методы рефлексотерапии, в качестве стимулирующего начала которых выступают электромагнитные волны миллиметрового диапазона низкой интенсивности. Эти методы могут применяться в лечении табакокурения. Миллиметровая терапия (МВТ) - это новый метод лечения, основанный на различных биологических эффектах низкоинтенсивного электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового (мм) диапазона: (от 30 до 300 ГГц или от 1 до 10 мм длины волн). Метод МВТ позволяет нормализовать эмоционально-мотивационную сферу, купировать влечение, снизить или полностью устранить абстиненцию, нормализует сложную систему гомеостаза, реализуется путем нормализации процессов метаболизма нейрорефлекторных процессов. Одновременно наблюдается активация центральных механизмов адаптации и нормализация взаимоотношений нейромедиаторных систем, что в свою очередь способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе.

5. Вопросы по теме занятия

1. Табачная зависимость
2. Алкогольная зависимость
3. Никотиновая зависимость, опасность электронных курительных приборов
4. Абстинентный синдром
5. Законодательная база при борьбе с курением

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ТАБАКОКУРЕНИЕ - ЭТО ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ:

- 1) онкологических заболеваний;
- 2) авитаминоза;
- 3) аллергических реакций;
- 4) развития ожирения;
- 5) глухоты;

2. ОСНОВНЫМ МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) курение;
- 2) возраст;
- 3) гиподинамия;
- 4) пол;
- 5) плавание;

3. КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА:

- 1) бронхита;
- 2) гастрита;
- 3) гепатита;
- 4) ожирения;
- 5) плоскостопия;

4. ОСНОВНОЙ МЕРой ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ у ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) борьба с табакокурением;
- 2) соблюдение принципов рационального питания;
- 3) адекватная физическая нагрузка;
- 4) борьба со стрессом;
- 5) борьба с употреблением алкоголя;

5. К КАКОЙ ГРУППЕ ВЕЩЕСТВ ОТНОСИТСЯ НИКОТИН?:

- 1) опиаты;
- 2) органическое вещество;
- 3) алкалоид растительного происхождения;
- 4) нитрозами;
- 5) углеводород;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В ходе диспансерного осмотра учеников школ, проведенного в апреле, у ученицы Р., 16 лет, получены следующие результаты: рост 159 см; масса тела 94 кг, пульс 84 удара в минуту, хорошего наполнения, АД 145/90 мм рт.ст. Наличие вредных привычек отрицает. Физическая активность низкая: отмечает только работу по дому в выходные дни и походы в магазины. Перечислите факторы риска у пациентки. Ваши рекомендации. Оформите рекомендации в виде обучающего комплекса.

2. В ходе медицинского осмотра студентов от студентки С., 17 лет, поступили жалобы на выраженную слабость, снижение работоспособности, одышку, нарушение менструального цикла, беспокоящие в течение последнего года. Не курит. Активно занимается фитнесом. Постоянно придерживается строгой диеты. Рост 172 см, масса тела 42 кг. Кожные покровы бледные. Подкожножировая клетчатка выражена недостаточно. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Перечислите факторы риска у пациентки. Ваши рекомендации. Оформите рекомендации в виде обучающего комплекса

3. Составьте план и текст беседы с беременной женщиной, подверженной неблагоприятному воздействию выявленного фактора: табакокурения.

4. Женщина 17 лет обратилась в Центр здоровья с целью отказа от никотиновой зависимости. Планирует беременность. Курит в течение 5 лет по 20-25 сигарет в день. Попытки отказа от курения: не курила неделю месяц назад. Степень мотивации к отказу от курения – 6 баллов, никотиновая зависимость – 7 баллов, мотивация к курению – поддержка и стимуляция. Даны рекомендации по питанию, лечебная физкультура, назначены дни явок на прием для контроля состояния здоровья.

Вопрос 1: Оцените степень мотивации к отказу от курения у данной пациентки.; Оцените степень никотиновой зависимости.; Что значит «поведенческая терапия»?;

1) Высокая мотивация к отказу от курения.; Высокая степень никотиновой зависимости.; Основной принцип: построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.; Рекомендуются: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамины РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (растительное масло, зародыши пшеницы, зеленые овощи). В качестве источников углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).;

5. На прием в центр здоровья обратился подросток 17 лет, с желанием отказаться от курения. Из анамнеза: курит в течение 7 лет по 19 сигарет в день. Попытки отказаться от курения: не курил 3 месяца 1 года назад, закурил «за компанию». На вопрос: «зачем Вы курите» - отвечает по привычке. На учебе друзья курят, дома никто не курит. Степень никотиновой зависимости 9 баллов, уровень мотивации к отказу от курения 8 баллов, тип курительного поведения, при заполнении анкеты Хорна – жажда.

Вопрос 1: Рассчитайте ИКЧ.; Оцените степень никотиновой зависимости.; Оцените степень мотивации к отказу от курения.; Рекомендацию какого специалиста можно порекомендовать данному пациенту?; Порекомендуйте данному пациенту программу по отказу от курения.;

1) 1) ИКЧ=168; 2) Очень высокая.; 3) Высокая мотивация.; 4) Психолога.; 5) Длительная программа с целью полного отказа от курения.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Кильдиярова, Р. Р. [Поликлиническая и неотложная педиатрия](#) : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный.

Кадыков, В. А. [Первая доврачебная помощь](#) : учебное пособие для вузов / В. А. Кадыков, Е. М. Мохов, А. М. Морозов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 244 с. : ил. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Папаян, Е. Г. [Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций](#) : учебное пособие для вузов / Е. Г. Папаян, О. Л. Ежова. - 3-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 176 с. - Текст : электронный.

Шайтор, В. М. [Неотложная неонатология](#) : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестёр России (<http://www.medsestre.ru/publ/info/publications>)

Сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)