Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии

Организация работы медицинской сестры
в амбулаторно-поликлинических условиях

Иваново 2022

УДК: 616-08-039.57-053.2:614.253.52(073)

ББК: 51.1

О-641

Рецензенты:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской академии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ю. А. Алексеева

доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России Е. Е. Краснова

О 641 Организация работы медицинской сестры в амбулаторно-поликлинических условиях: учебное пособие / Л. А. Жданова, С. И. Мандров, Г. Н. Нуждина, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, А. В. Шишова, Т. В. Русова, Е. Н. Копышева, Е. В. Иванова. – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022. – с. 77.

Издание содержит сведения об организации сестринского процесса при наблюдении за детьми в лечебно-профилактических учреждениях. Пособие разработано в соответствии с актуальными нормативными актами. Адресовано студентам, может использоваться в практической деятельности медицинских сестер.

УДК: 616-08-039.57-053.2:614.253.52(073)

ББК: 51.1

О-641

Утверждено центральным координационно-методическим советом ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по дисциплинам «Сестринское дело» и «Поликлиническое дело в педиатрии»

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Введение</i>	4
1.	<i>Организация работы детской поликлиники</i>	5
1.1.	Задачи детской поликлиники. Структура. Режим работы.	5
1.2.	Отделение профилактической работы	13
1.3.	Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях	17
1.4.	Отделение медико-социальной помощи	19
1.5.	Дневной стационар детской поликлиники	20
2.	<i>Организация работы участковой медицинской сестры детской поликлиники</i>	21
2.1.	Аntenатальная охрана плода	22
2.2.	Особенности наблюдения и ухода за новорожденными	25
2.3.	Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми	41
2.4.	Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение	43
2.5.	Санитарно-просветительная работа участковой медицинской сестры	45
2.6.	Лечебная работа участковой медицинской сестры	45
2.7.	Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции на участке и в образовательном учреждении	45
	<i>Приложения</i>	50
	<i>Ситуационные задачи</i>	71
	<i>Тестовые задания для самоконтроля знаний</i>	73
	<i>Список рекомендуемой литературы</i>	76

ВВЕДЕНИЕ

Приоритетным направлением совершенствования здравоохранения на современном этапе является развитие первичной медико-санитарной помощи.

Оказание медицинской помощи осуществляется непосредственно в поликлинике, на дому, в образовательных организациях (ОО) – дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) и школах. Лечебно-профилактическую помощь детям оказывает участковый педиатр и участковая медицинская сестра по территориальному принципу, как в поликлинике, так и на дому. Данная система создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одними и теми же врачом и медицинской сестрой, дает возможность точно оценить развитие и состояние здоровья ребенка в динамике с учетом условий, в которых он живет и воспитывается.

В настоящее время изменяется отношение общества к медицинским сестрам, престиж профессии растет. Укореняется представление о медицинской сестре не как о сугубо техническом исполнителе, а как о думающем, анализирующем свои действия, медицинском работнике. В основе работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей пациента и решение проблем. Сестринское дело — это больше, чем доброжелательное, технически грамотное оказание помощи. Это также ответственные, заботливые взаимоотношения.

Медсестра – правая рука врача, его первая помощница. Представителям этой профессии нужно не только уметь ставить «капельницы», делать инъекции и заполнять документы. Хорошая медсестра должна иметь глубокие познания в медицине и понимать смысл всех действий врача. Поэтому нужно постоянно стремиться к совершенствованию, следить за развитием медицинской науки, обмениваться опытом и пополнять свои знания. Участковая медицинская сестра детской поликлиники должна быть надежным, квалифицированным специалистом, чтобы помогать врачу решать главную задачу участковой службы — растить здоровых детей.

Сестринское дело является предметом, позволяющим студентам медицинского ВУЗа получить теоретические знания и освоить практические навыки, которые помогут будущему врачу правильно организовать лечебный процесс и обеспечить возможность контроля работы медицинской сестры, а при необходимости, способность самому выполнить нужные манипуляции.

Работа детских поликлиник строится согласно приказу N 92н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7.03.2018 г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» и статье 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В настоящее время сестринский процесс рассматривается как равнозначный врачебному элементу лечебно-диагностической деятельности. Выдвигаются новые, достаточно высокие требования к теоретической и практической подготовке медсестры как самостоятельного специалиста.

С целью четкого выполнения профилактических, диагностических и лечебных манипуляций медицинские сестры педиатрического участка должны придерживаться определенного алгоритма выполнения манипуляций, единого при отработке практических навыков на всех клинических дисциплинах, начиная с основ сестринского дела.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Поликлиника — учреждение здравоохранения, осуществляющее профилактическую, консультативную, диагностическую и лечебную помощь, не предусматривающую круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Детская поликлиника (ДП) обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от момента выписки их из родильного дома до 18 лет (17 лет 11 мес. 29 дней).

ДП может быть как самостоятельной медицинской организацией, так и структурным подразделением медицинской организации (детской, общей городской, центральной районной больницы) или иной медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность.

ДП создается с целью оказания детям первичной медико-санитарной помощи, которая включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, на дому по месту жительства ребенка и в образовательных учреждениях, которые посещает ребенок.

1.1. Задачи детской поликлиники. Структура. Режим работы.

Задачи детской поликлиники направлены на профилактику заболеваний, снижение уровня заболеваемости, детской инвалидности, младенческой и детской смертности.

Основная задача — осуществление комплекса профилактических мероприятий среди детского населения:

- создание условий для развития здорового ребенка (начиная с внутриутробного периода): организация режима дня, рационального вскармливания, физического воспитания и т.д.;
- обеспечение динамического контроля за развитием ребенка путем проведения профилактических медицинских осмотров для раннего выявления отклонений в состоянии его здоровья и своевременной коррекции выявленных нарушений;
- выбор тренирующих воздействий, стимулирующих развитие ребенка, путем подбора дифференцированных нагрузок при организации закаливания, физического воспитания, интеллектуального развития.

Вторая важная задача — снижение заболеваемости, предупреждение детской инвалидности и смертности путем проведения следующих мероприятий:

- профилактика острых заболеваний, работа с детьми из групп риска;
- лечение острых и обострений хронических заболеваний, реабилитация детей после перенесенного заболевания и дальнейшее оздоровление;
- восстановительное лечение детей с хроническими заболеваниями и утраченными функциями для профилактики инвалидизации.

Выделяют следующие направления работы детской поликлиники: профилактическое, лечебно-консультативное, организационно-методическое, социально-правовую помощь.

Профилактическое направление включает следующие разделы.

1. Антенатальная охрана плода.

- Патронажи беременных (выявление факторов риска и направленности риска перинатальной патологии, профилактика реализации риска).

2. Динамический контроль за здоровьем детей.

- Патронажи новорожденных и детей грудного и возраста.
- Организация проведения неонатального скрининга новорожденным и детям первого года жизни, не прошедшим обследование на выявление врожденного гипотиреоза, фенилкетонурии, адреногенитального синдрома, муковисцидоза и галактоземии, а также проведение первого этапа аудиологического скрининга новорожденным и детям первого года жизни, не прошедшим обследование на нарушение слуха в медицинских учреждениях родовспоможения.
- Обеспечение передачи информации о новорожденных и детях первого года жизни с подозрением на наличие нарушения слуха, выявленном при проведении I этапа аудиологического скрининга, в центр реабилитации слуха и направление данной категории детей для проведения уточняющей диагностики.
- Проведение профилактических медицинских осмотров детей, в том числе обучающихся в образовательных организациях.
- Проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.
- Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
- Наблюдение за детьми, занимающимися физической культурой и спортом.
- Организация рационального питания детей в возрасте до 3 лет, а также детей, обучающихся в образовательных организациях.
- Профилактика и раннее выявление скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний, в том числе гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, туберкулеза.

- Направление при наличии медицинских показаний к врачам-специалистам для оказания специализированной и специализированной медицинской помощи по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей.
 - Организация медицинского обеспечения детей в организациях отдыха и оздоровления.
3. Профилактика инфекционных заболеваний.
- Организация и проведение иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у детей.
 - Организация и проведение санитарно-гигиенических, санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.
4. Организация медико-социальной помощи детям при поступлении в образовательные организации (подготовка к ДОУ и школе, организация жизни в период адаптации в ДОУ и школе, контроль течения адаптации в указанных учреждениях, коррекция выявленных отклонений в состоянии здоровья).
5. Гигиеническое обучение и воспитание населения.
- Организация санитарно-гигиенического просвещения детей и их родителей по вопросам профилактики болезней детского возраста и формирования здорового образа жизни.

Лечебно-консультативное направление предполагает следующие виды деятельности:

1. Работа с остро заболевшими детьми:
 - Оказание первичной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, на дому, в ОО.
 - Проведение экспертизы временной нетрудоспособности.
2. Диспансерное наблюдение и реабилитация часто болеющих детей, реабилитация детей с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов:
 - Проведение медицинской реабилитации в отделении медицинской реабилитации с использованием возможностей структурных подразделений детской поликлиники (отделение/кабинет лечебной физкультуры, кабинета массажа, физиотерапевтическое отделение/кабинет) и др.
 - Организация выполнения индивидуальных программ по медицинской реабилитации детей-инвалидов.
3. Организация и проведение консультаций и/или участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания медицинской помощи детям.

Организационно-методическое направление предполагает следующие разделы:

1. Ведение медицинской документации:
 - Индивидуальная документация на ребенка (формы 112/у, 063/у, 026/у и

др.).

- Документация, предназначенная для индивидуального учета деятельности врача и медицинской сестры.
 - Журналы регистрации больничных листов, диспансерный, прививочный журналы и др.
 - Подготовка медицинской документации при передаче медицинского наблюдения за детьми в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, по достижении ими совершеннолетия.
2. Планирование работы: составление планов на год, на месяц и др.
 3. Составление отчетов о работе:
 - Анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности среди детей, проживающих на территории обслуживания и (или) прикрепленных на обслуживание.
 - Предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.
 4. Повышение квалификации.
 5. Работа с младшим медицинским персоналом.
 6. Научная организация труда, внедрение новых профилактических, диагностических и лечебных технологий в педиатрическую практику.

Социально-правовая помощь, в т.ч. осуществление медико-социальной и психологической помощи детям и семьям, имеющим детей:

1. Работа с семьями социального риска:
 - семьи, где родители или законные представители детей не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию, либо жестоко обращаются с ними;
 - семьи, где есть родители, страдающие алкоголизмом, наркоманией;
 - семьи с низким материально-бытовым уровнем.
2. Работа с приоритетными семьями, в которых есть родители, подвергшиеся воздействию экологических катастроф (ЧАЭС), с семьями беженцев.

Структура детской поликлиники. В структуре детской поликлиники рекомендуется предусматривать:

- *информационно-аналитическое отделение*, включающее:
 - регистратуру;
 - картохранилище;
 - организационно-методический кабинет (кабинет медицинской статистики);
- *профилактическое отделение*, включающее:
 - кабинет здорового ребенка (КЗР) и прививочный кабинет;
 - отделение медико-социальной помощи (ОМСП);
 - центр здоровья для детей (ЦЗ);
 - отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним

- в образовательных организациях (ОО);
- *консультативно-диагностическое отделение*, включающее:
 - кабинет врача-педиатра участкового;
 - процедурный кабинет;
 - кабинеты врачей специалистов:
 - детский неврологический кабинет;
 - кабинет врача-детского кардиолога;
 - кабинет врача-детского эндокринолога;
 - детский ревматологический кабинет;
 - детский кабинет инфекционных болезней;
 - детский акушерско-гинекологический кабинет;
 - кабинет врача-детского онколога;
 - кабинет врача-детского уролога-андролога;
 - кабинет врача-детского хирурга с перевязочной и манипуляционной;
 - кабинет врача-гастроэнтеролога;
 - кабинет врача травматолога-ортопеда с процедурной и перевязочной;
 - детский офтальмологический кабинет;
 - офтальмологический кабинет охраны зрения детей;
 - консультативно-диагностический кабинет для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных;
 - оториноларингологический кабинет, включающий дополнительное оснащение оториноларингологического кабинета, оказывающего помощь больным с заболеваниями голосового аппарата;
 - кабинет врача-аллерголога-иммунолога с процедурной;
 - кабинет врача-нефролога;
 - рентгеновский кабинет (отделение);
 - кабинет ультразвуковой диагностики;
 - клиничко-диагностическая лаборатория (КДЛ);
 - эндоскопический кабинет (отделение);
 - кабинет функциональной диагностики;
 - физиотерапевтический кабинет (отделение);
 - кабинет дефектолога (логопеда);
 - кабинет медицинского психолога;
 - кабинет (отделение) лечебной физкультуры;
 - кабинет массажа;
 - кабинет (отделение) неотложной медицинской помощи;
 - кабинет врача по медицинской реабилитации;
 - помещение для проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий;
 - административно-хозяйственное отделение.

Важно обустроить в поликлинике внутреннее пространство таким образом, чтобы обеспечить комфортность пребывания детей и родителей. Должны быть организованы крытая колясочная, отдельный вход для больных детей, открытая регистратура с инфоматом, электронное табло с расписанием приема врачей, колл-центр (*от англ. call center — центр обработки звонков*) — *специализированная организация или выделенное подразделение в организации, занимающиеся обработкой обращений и информированием по голосовым каналам связи в интересах населения*), игровая зона, комнаты для кормления грудных детей и детей раннего возраста, система навигации, зоны комфортного пребывания в холлах и оснащение входа автоматическими дверями.

В зависимости от численности обслуживаемого детского населения района и количества посещений в день различают 5 категорий поликлиник: 1 – на 800, 2 – на 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 одну должность участкового врача устанавливается 1 должность участковой медицинской сестры. На каждые 8-9 педиатрических участков выделяется 1 должность освобождённого заведующего отделением. Норматив обслуживания участковым педиатром в течение одного часа работы составляет на приеме в поликлинике — 5 детей, на дому — 2 ребёнка; при профилактических осмотрах число посещений в 1 час работы составляет 7 детей.

Режим работы поликлиники. Наиболее рациональна работа ДП по шестидневной неделе с 8.00 до 19.00. В выходные и праздничные дни устанавливаются дежурства педиатров с 9.00 до 14.00. В остальное время больных обслуживает станция скорой медицинской помощи.

Информация о работе поликлиники, размещённая вблизи от регистратуры, должна включать графики работы всех врачей, ведущих приём (участковых, диагностических, процедурных, физиотерапевтических кабинетов и вспомогательных служб) во все дни недели.

Поликлиника работает в две смены, и участковые врачи планируют свою работу так, чтобы каждый врач в течение недели имел дни с утренним приемом и дни с вечерним приемом.

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.

Приёмы врачей-специалистов организуется также с обязательным чередованием смен.

Процедурный кабинет работает все дни недели, в том числе, в выходные и праздничные дни на протяжении всех часов работы поликлиники.

Регистратура — важное звено в структуре поликлиники. От четкости работы регистратуры во многом зависит своевременность и порядок в обслуживании больных и здоровых детей. Основным документом детской поликлиники является история развития ребенка (уч. ф. № 112/у). Истории развития хранятся

в регистратуре на стеллажах и раскладываются по участково-территориальному принципу. Обычно они имеют цветную маркировку корешков, различную по участкам, что облегчает работу регистратора.

Вызовы врача на дом, принятые по телефону или при личном посещении от лица пациента (их называют первичными), сотрудниками регистратуры вносятся в журнал записи вызовов врача на дом, отдельный для каждого участка. В нем же вписываются и активные посещения к пациенту, запланированные самим врачом, а также вызовы, переданные со станции скорой медицинской помощи (СМП).

Принимая вызов на дом, регистратор уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немедленно сообщает участковому педиатру, а при отсутствии последнего — заведующему отделением или поликлиникой. Вызовы к детям после 12 часов дня, а также в выходные и праздничные дни регистрируются в отдельных журналах дежурных врачей. На все случаи первичных заболеваний оформляют статистические талоны (форма № 0,25/у).

С целью сокращения очередей в детскую поликлинику, упрощения процедуры записи к врачам-педиатрам, врачам специалистам, обеспечения доступности медицинской помощи начали функционировать Call-центры, с помощью которых, по единому номеру телефона можно записаться на прием к любому врачу, а также вызвать врача на дом.

Часы работы Call-центра: 08:00-19:00 (суббота, воскресенье — выходные).

При обращении в Call-центр родители сообщают оператору специализацию врача, к которому необходимо записаться на прием, фамилию и имя ребенка, адрес, желаемую дату и время приема. Запись через Call-центр заканчивается за 2 часа до начала приёма любого специалиста и врача-педиатра.

Записаться на приём можно через сайт <http://регистратура37.рф> или при непосредственном обращении в поликлинику. Запись через сайт <http://регистратура37.рф> заканчивается за 18 часов до начала приёма любого специалиста и врача-педиатра. Прием врача осуществляется согласно дате и времени, указанных в талоне приема.

Пациенты, предварительно записавшиеся на прием через Call-центр и <http://регистратура37.рф>, имеют приоритет в обслуживании. В назначенное на прием время ребенок должен быть приглашен в кабинет, где будет осуществляться прием. Амбулаторная карта ребенка заблаговременно до начала приема передается сотрудниками регистратуры поликлиники в кабинет специалиста или врача-педиатра.

Совместно с Управлением внутренней политики Президента РФ и экспертами Госкорпорации «Росатом» разработан проект «Бережливая поликлиника». Цель преобразований по проекту «Бережливая поликлиника» — повышение доступности и качества медицинской помощи населению за счет оптимизации рабочих процессов и устранения потерь. Произошли перемены в работе регистратуры, внедрена электронная запись к врачу, усовершенствована внутренняя ло-

гистика в учреждении, оптимизирована выписка рецептов, осуществлено разведение потоков больных и здоровых пациентов и прочие мероприятия.

Так, произошли изменения в порядке записи к врачу. Увеличилось количество способов записи. Если раньше эту функцию брала на себя регистратура поликлиники, то теперь можно записаться не только традиционно через её сотрудника, но и через интернет, через единый колл-центр, в терминалах, которые установлены в поликлинике.

Пациентам не надо самостоятельно брать карточки и талоны в регистратуре, чтобы попасть на приём к врачу. Данная процедура может быть максимально компьютеризирована и автоматизирована. У врача в кабинете имеется компьютер, где видно, кто из пациентов записан на приём. Медицинские карты в кабинет врачу приносят сотрудники регистратуры.

Организация работы регистратуры по «открытому типу» (пациентов и сотрудников регистратуры разделяет лишь стойка высотой по пояс) облегчает коммуникацию между посетителями и персоналом. Изменение порядка записи и работы регистратуры — одно из нововведений, которое действительно удалось реализовать. Таким образом, получилось сократить время, которые пациенты тратили на запись к врачу. Время ожидания и оформления в регистратуре сократилось до двух минут.

Изменился и порядок приема пациентов. Обычно в поликлинике все пациенты стояли в одной очереди. Их стали делить на разные потоки: требующие неотложной помощи, пришедшие на плановый приём, пришедшие на прививку, пришедшие получить справку.

Для разделения потоков в холле устанавливают информационные стенды, инфоматы (информационные терминалы — устройство помогающее получить нужную информацию, выписку или консультацию). Указателями на стенах и специальных стойках обозначены нужные отделения. Посетителю дорогу могут показывать администраторы — специалисты, которые работают в залах, коридорах отделений. Они помогают записаться на прием через рабочий планшет или инфомат.

Чтобы пациентам было проще находить нужный кабинет, разработали цветовую навигацию. Для этого в определенном месте уже на первом этаже рядом с информационным табло нанесена разметка в виде цветных стрелок. Каждая стрелка указывает определенное направление: регистратура, процедурный кабинет, отделение профилактики и т.д. Маркировка в виде цветной дорожки начинается на стене, спускается на пол и продолжается по полу в нужных направлениях, «приводя» посетителя к необходимому ему кабинету.

Большую роль играет устройство комфортной зоны для посетителей: цветовое оформление стен, оборудование мест для отдыха, наличие телевизоров, демонстрирующих мультфильмы для детей, что позволяет привлечь внимание ребенка и обеспечить времяпровождение без капризов.

1.2. Отделение профилактической работы

Профилактика заболеваний – главное направление амбулаторно-поликлинической работы. Для профилактической деятельности существуют педиатрические кабинеты, КЗР, прививочный кабинет, ОМСП, отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО.

Педиатрические кабинеты размещают в изолированном от шума помещении с хорошим освещением, с температурой воздуха в пределах 20-22°C.

В кабинете должны быть организованы два рабочих места: врача и медицинской сестры, места для осмотра детей грудного и раннего возраста и для старших детей, стулья для родителей, выделена санитарная зона, расставлено медицинское оборудование, выделено место для хранения документации, методических материалов (приложение 1).

Медицинская помощь детям в поликлинике оказывается по участковому принципу, который является основной организационной формой работы амбулаторно-поликлинических учреждений в России. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала кабинета: врач-педиатр участковый – 1 должность на 800 прикрепленного детского населения, медицинская сестра – 1 на 1 штатную единицу врача-педиатра участкового.

Важным разделом профилактического направления работы является организация вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у детей. Иммунопрофилактика остается самым надежным, эффективным и доступным методом борьбы с управляемыми инфекциями.

Работа по вакцинопрофилактике в России регламентируется статьями 9 и 10 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», приказом Министерства здравоохранения России № 125н от 21 марта 2014 г. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (приложение 2). Изменения и дополнения направлены на совершенствование организационной работы по иммунопрофилактике с целью повышения уровня коллективного иммунитета и улучшения эпидемиологической ситуации в стране.

В России прививки осуществляют в медицинских учреждениях государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения.

Профилактические прививки проводятся с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными, с обязательным оформлением бланка «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них».

Для обеспечения своевременной вакцинации медицинская сестра предварительно информирует родителей детей, подлежащих профилактической прививке.

Прививочный кабинет

Прививочные кабинеты поликлиник осуществляют иммунопрофилактику детских инфекций. Работает в кабинете медицинская сестра со средним образо-

ванием по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело», специально обученная технике проведения вакцинации, приемам неотложной помощи при поствакцинальных осложнениях, для чего есть набор необходимых медикаментов.

В кабинете должна быть следующая документация:

- Журнал переписи детского населения (от 0 до 18 лет) по участкам.
- Годовой план профилактических прививок (цифровой).
- Месячный план профилактических прививок (пофамильный) на каждом участке с отметкой о выполнении прививок или медицинских отводов.
- Журнал особого учета:
 - не привитых против туберкулеза;
 - детей с выражом туберкулиновой пробы;
 - реконвалесцентов после инфекционного гепатита;
 - детей с постоянными или длительными противопоказаниями к прививкам.
- Журнал учета бактериальных препаратов.
- Экстренные извещения об отравлении, остром инфекционном заболевании или необычной реакции на прививку (форма № 058/у)
- Карты учета профилактических прививок (форма № 063/у), которые заполняют на каждого новорожденного или вновь прибывшего на участок.

При работе по системе единой централизованной прививочной картотеки, бланки (форма № 063/у) на всех детей, независимо от возраста и посещения ими ДООУ или школы, хранят в одном месте. Медицинская сестра кабинета составляет план прививок на месяц для каждого участка, детского учреждения или школы передает его медицинским сестрам соответствующих учреждений.

В конце каждого месяца участковые педиатры и медицинские сестры отчитываются перед заведующим отделением (врачом прививочного кабинета) о проделанной работе.

Для организации прививочной работы важен строгий учет всех детей, проживающих на данной территории, а также лиц, получивших прививки и непривитых. Учет детского населения проводят 2 раза в год. Учет организованных детей осуществляют непосредственно в коллективах (ДООУ, школах).

Основное подразделение, осуществляющее планирование прививок, учет и отчетность – прививочный кабинет городской детской поликлиники. За планирование, проведение прививок, учет и отчетность несут ответственность врач и медицинская сестра. Прививки также проводят в медицинских кабинетах ДООУ, школ при строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований.

В штаты детских поликлиник для проведения работы по иммунопрофилактике входит врач-иммунолог (1 должность на 20 000 населения) и медицинская сестра (1 должность на 10 000 населения).

Перед проведением прививки медицинская сестра прививочного кабинета:

- предупреждает пациента, родителей (или опекуна) ребенка о возможности возникновения местных реакций и клинических проявлениях поствакциналь-

ных реакций и осложнений, дает рекомендации по оказанию первой помощи в случае их возникновения и необходимости обращения за медицинской помощью при появлении побочных симптомов;

- проверяет наличие заключения врача о допуске к прививке;
- сверяет наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверяет маркировку, срок годности препарата, целость ампулы;
- визуально оценивает качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин);
- предлагает пациенту занять удобное положение (лежа или сидя) во избежание падения или обморочного состояния;
- проводит иммунизацию с обеспечением всех правил асептики и антисептики, только одноразовыми шприцами и иглами, используя соответствующую дозу, метод и место введения препарата;
- после проведения прививки:
- убирает в холодильник ампулу или флакон при многодозовой расфасовке препарата;
- обеззараживает использованные шприцы, вату, ампулы или флаконы;
- делает запись о проведенной прививке во всех формах учета (ф. 112/у, ф. 026/у, ф. 025/у, ф. 156/у-93, журналы) с указанием необходимых сведений (дата иммунизации, место введения, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, для зарубежных вакцин - оригинальное название на русском языке);
- информирует пациентов или родителей (опекунов) о сделанной прививке, возможных реакциях на прививку, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных и необычных реакциях, предупреждает о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин. и наблюдает в это время за привитым;
- привитого ребенка наблюдает патронажная сестра первые 3 дня после введения инактивированной вакцины и на 5–6-й и 10–11-й день после введения живых вакцин;
- оказывает первичную медицинскую помощь в случае развития немедленных реакций на прививку и вызывает врача;
- в медицинских документах отмечает характер и сроки общих и местных реакций, если они возникли. При развитии необычной реакции или осложнения на введение вакцины ставит в известность руководителя медицинского учреждения и направляет экстренное извещение (ф. 58) в учреждение государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- соблюдает режим хранения и ведет учет движения каждого препарата, используемого в прививочном кабинете (поступление, расход, остаток, списание), и числа выполненных ею прививок (ежедневный, ежемесячный, ежегодный отчеты);

- проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима (влажная уборка два раза в день, режим УФ-обеззараживания и проветривания, генеральная уборка 1 раз в неделю).

Кабинет здорового ребенка (КЗР)

КЗР организуют в детской поликлинике для профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста под руководством заведующего педиатрическим отделением и под контролем главной медицинской сестры детской поликлиники.

В КЗР может работать медицинская сестра, имеющая среднее профессиональное образование по специальности «Сестринское дело в педиатрии» без предъявления требований к стажу работы.

Основными задачами сотрудников кабинета являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей навыкам ухода за ребенком по таким вопросам, как режим дня, вскармливание, технология приготовления детских блюд, физическое и нервно-психическое воспитание, закаливание, массаж;
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка;
- контроль за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- подготовка ребенка к поступлению в образовательное учреждение.

Медицинский персонал КЗР рассчитывается в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами: две должности врача-педиатра и две должности медицинской сестры на 10 000 прикрепленного детского населения. Руководит работой КЗР заведующий педиатрическим отделением.

Образовательные программы для родителей создаются с учетом возраста детей, что позволяет стимулировать физическое развитие и формировать гармоничное нервно-психическое развитие ребенка и обеспечивает оптимальную реализацию возможностей ребенка с учетом его индивидуальности.

Посещение детьми КЗР может осуществляться как по назначению участкового врача-педиатра, так и по самостоятельному решению родителей при наличии в штате КЗР врача-педиатра. Медицинская сестра КЗР выполняет назначения врача-педиатра участкового или врача-педиатра КЗР.

Функциональные обязанности медицинской сестры КЗР:

- 1) прием детей 1-го года жизни не менее 5 раз в год; 2-го года жизни - не менее 4 раз в год; 3-го года - не менее 1 раз в полугодие и по показаниям чаще; 3-6 лет - 1 раз в год;
- 2) в соответствии с назначениями врача:
 - консультация матери по вопросам воспитания и охраны здоровья ребенка (организация режима дня, питания, физического воспитания, привитие гигиенических навыков);
 - обучение матери методике проведения массажа и гимнастики в соответствии с возрастом, проведение массажа детям группы риска;

- проведение контрольных кормлений;
 - проведение диагностики нервно-психического развития, выявление особенностей поведения детей 2 и 3-го года жизни;
 - проведение антропометрии
- 3) обучение родителей методике и особенностям искусственного вскармливания;
 - 4) обучение методике устранения и профилактики возникновения вредных привычек;
 - 5) обучение гигиене полости рта;
 - 6) обеспечение родителей методическими материалами: памятками, брошюрами и т.д.;
 - 7) консультация участковых медицинских сестер по вопросам воспитания и развития детей; обучение их методикам диагностики нервно-психического развития, организации физического воспитания, технике проведения комплексов массажа и гимнастики, закаливающих процедур;
 - 8) оказание помощи участковым врачам-педиатрам в проведении занятий для беременных, школ молодых матерей, отцов, организуемых в КЗР, непосредственное участие в этих занятиях;
 - 9) участие в подготовке детей к поступлению в дошкольные учреждения в соответствии с назначениями участкового педиатра и врачей-специалистов;
 - 10) осуществление постоянной связи с участковой педиатрической службой: информирование участковых врачей-педиатров и медицинских сестер о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках, допускаемых родителями в уходе за детьми;
 - 11) ведение в истории развития ребенка (форма 112/у) вкладыша «Карта посещения КЗР по воспитанию здорового ребенка»;
 - 12) оформление в холле и в КЗР стендов, выставок по организации условий жизни, развития и воспитания детей;

1.3. Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (ОО)

Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО – специальное отделение детской поликлиники, сформированное из педиатров и медицинских сестер ОО микрорайона поликлиники (яслей, яслей-садов, детских садов, школ, детских домов) и медицинских работников школ-интернатов, лицеев, техникумов. В состав отделения не входят сотрудники домов ребенка района.

Целью деятельности отделения медицинской помощи обучающимся является оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также профилактика заболеваний.

Отделение организуют по типу педиатрического отделения детской поли-

клиники, возглавляет его заведующий отделением и старшая медицинская сестра. В соответствии с действующими штатными нормативами заведующий отделением освобождается от работы врача учреждения при наличии 10 штатных должностей педиатров в ОО, входящих в состав детской поликлиники.

Штаты медицинских работников для работы в детских учреждениях устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными Приказом № 822 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» - педиатр – на 180-200 детей в детских яслях, на 400 детей в детских садах, на 1000 учащихся образовательных учреждений. В образовательных организациях предусматриваются должности медицинских сестер – на 100 воспитанников в ДОУ, 100 - 500 обучающихся в общеобразовательных организациях.

В структуре отделения медицинской помощи обучающихся рекомендуется предусматривать:

- кабинет заведующего отделением;
- кабинет старшей медицинской сестры отделения;
- кабинет врачей по гигиене детей и подростков.

Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО обеспечивает:

- участие в контроле за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, в том числе питания, физического воспитания, трудового обучения несовершеннолетних в образовательных организациях;
- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;
- организацию и проведение работы по иммунопрофилактике;
- организацию и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- организацию и проведение ежегодных скрининг-обследований, медицинских осмотров обучающихся;
- организацию профилактических медицинских осмотров обучающихся, анализ полученных по результатам профилактических медицинских осмотров данных с целью контроля за состоянием здоровья несовершеннолетних и разработку рекомендаций по профилактике заболеваний и оздоровлению обучающихся;
- организацию проведения медицинских осмотров несовершеннолетних перед началом и в период прохождения производственной практики;
- работу по формированию групп несовершеннолетних повышенного медико-социального и биологического риска формирования расстройств здоровья для

- оптимальной организации процессов обучения и воспитания, оказания медицинской помощи, в том числе коррекции нарушений здоровья и развития;
- взаимодействие с врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами медицинских организаций, психологами и педагогами образовательных организаций по вопросам определения профессиональной пригодности несовершеннолетних;
 - проведение санитарно-гигиенической просветительной работы среди несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) и педагогов по вопросам профилактики заболеваний несовершеннолетних и формированию здорового образа жизни;
 - организацию повышения квалификации врачей, медицинских работников со средним медицинским образованием отделения медицинской помощи обучающимся;

1.4. Отделение медико-социальной помощи

Отделение медико-социальной помощи – структурное подразделение детской поликлиники. Цель работы отделения – реализация медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в том числе подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепления здоровья детей, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Основные задачи и функции отделения:

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

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

Структура и штаты отделения устанавливаются индивидуально, в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В состав отделения могут быть введены должности: психолог (медицинский психолог), врач-педиатр, врач-терапевт подростковый, социальный работник.

1.5. Дневной стационар детской поликлиники

Дневной стационар – структурное подразделение медицинской организации, в котором оказывается первичная медико-санитарная помощь детям при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Для обеспечения двусменной работы при наличии 30 коек рекомендуются штатные нормативы: заведующий - 1 должность, врач-педиатр - 4 должности, старшая медицинская сестра - 1 должность, медицинская сестра палатная (постовая) - 4 должности, младшая медицинская сестра по уходу за больными - 4 должности. На должность заведующего дневным стационаром – врача-педиатра назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «педиатрия», имеющий стаж работы по данной специальности не менее 5 лет.

Основными функциями дневного стационара являются:

- наблюдение и лечение детей после оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий детям, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в случаях, когда проведение указанных мероприятий требует специальной подготовки;
- выполнение индивидуальных программ по медицинской реабилитации и абилитации ребенка-инвалида;
- разработка и внедрение новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам - специалистам медицинских организаций.

В дневном стационаре рекомендуется предусматривать: помещения для приема и размещения детей; помещения для врачей и медицинских работников, процедурную, комнату для приема пищи, комнату для отдыха родителей, туалетные комнаты для медицинских работников детей и их родителей.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В детской поликлинике работают медицинские сестры различной специализации:

- участковая медицинская сестра — помогает участковому врачу на приёме больных, проживающих на закреплённом за ним участке, выполняет по назначению врача лечебные процедуры на дому и участвует в проведении профилактических мероприятий;
- медицинская сестра КЗР,
- медицинские сёстры, работающие на приёме больных с врачами узких специальностей (окулистом, оториноларингологом, неврологом и др.);
- медицинская сестра прививочного кабинета;
- медицинская сестра процедурного кабинета;
- медицинские сёстры, работающие в ДОУ, школе.

Участковую медицинскую сестру назначает и увольняет главный врач учреждения. Требования к квалификации: среднее профессиональное образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело в педиатрии». Работает медицинская сестра под руководством участкового педиатра.

Деятельность участковой медицинской сестры регламентирована приказом № 92н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 марта 2018 г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

В обязанности участковой медицинской сестры входит:

- профилактическая работа по развитию и воспитанию здорового ребёнка;
- оказание медицинской помощи на дому по назначению врача;
- санитарно-просветительная работа с населением;
- учёт своей деятельности по установленной форме;
- повышение квалификации.

В работе участковой медицинской сестры можно выделить следующие разделы: профилактический, лечебный, санитарно-просветительный, организационно-методический.

Профилактическая работа участковой медицинской сестры. Успешное решение задачи сохранения здоровья, снижения заболеваемости и смертности во многом зависит от правильной организации профилактической работы с детьми на всех этапах развития ребенка. Для детей особенно важное значение имеет первичная профилактика, под которой понимают комплекс медико-психолого-педагогических и правовых мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья путем ликвидации или снижения влияния управляемых неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды.

2.1. Антенатальная охрана плода.

Эффективность первичной профилактики важнейших заболеваний у детей значительно возрастает при проведении мероприятий, начиная с антенатального периода.

Организация медицинской помощи по рождению здорового ребенка должна осуществляться в условиях единого акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК), представляющего объединение учреждений акушерской, общей лечебной и педиатрической сети.

Сведения о постановке беременной на учет поступают из женской консультации (ЖК) в регистратуру детской поликлиники по телефону и заносятся в журнал учета беременных. С этого момента участковый врач и участковая медицинская сестра организуют патронажи к беременной. Патронаж — это форма работы лечебно-профилактических учреждений, основной целью которой является проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

Первый дородовый патронаж проводится участковым педиатром и медицинской сестрой через 10-12 дней после получения сигнала из ЖК о постановке беременной на учет.

К этому времени женщина имеет на руках обменную карту беременной с результатами проведенных инструментальных и лабораторных обследований и заключениями всех специалистов о состоянии ее здоровья, балльной оценки риска перинатальной патологии будущего ребенка.

Участковая медицинская сестра при проведении дородового патронажа собирает социально-средовой анамнез и заносит данные в лист дородового патронажа (табл. 1). Медицинская сестра также дает беременной рекомендации (в устном варианте и в виде памяток) по организации режима труда и отдыха, рациональному питанию, адекватной физической активности. Особое внимание уделяется беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную посетить участкового врача-педиатра и/или врача-педиатра КЗР в детской поликлинике, а также занятия в «Школе матерей», где будущая мать познакомится с правилами ухода за ребенком (приложение 3).

По результатам врачебно-сестринского патронажа оформляется бланк первого дородового патронажа, который позднее будет вклеен в историю развития ребенка.

Второй дородовый патронаж осуществляется участковым педиатром и медицинской сестрой на 30-32 неделе беременности. Его цель — контроль выполнения назначений врача женской консультации и участкового педиатра, переоценка факторов риска и направленности риска, коррекция рекомендаций, гигиеническое обучение и воспитание будущих родителей, подготовка семьи к встрече новорожденного. Особое внимание уделяется посещению беременной

«Школы матерей» и занятиям по психопрофилактической подготовке к родам.

Особое внимание медицинская сестра должна уделить вопросам организации режима дня и питания беременной, формированию у нее и членов ее семьи положительной ориентации на грудное вскармливание (приложение 4, 5, 8, 9). Необходимо внушить женщине уверенность в возможности и успешности грудного вскармливания

После выполнения каждого патронажа к беременной заполняется бланк дородового патронажа (приложение б).

Таблица 1

**Ориентировочная основа действий
при проведении дородового патронажа**

№ п/п	Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	Определить сроки, место проведения первичного дородового патронажа	Методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утв. Департаментом здравоохранения Ивановской области и ГБОУ ВПО «ИвГМА» МЗ России, 2016 год). Сигнал из ЖК (список беременных женщин)	Первичный дородовый патронаж (совместно с врачом-педиатром участковым / врачом-педиатром КЗР) медсестра участковая, через 10-12 дней после получения сигнала их женской консультации о постановке беременной на учет, выход на дом к беременной
2	Собрать общие сведения о будущих родителях и социальный анамнез, оформить медицинский документ	Опрос будущих родителей Карта дородового патронажа	Соответствующие разделы карты дородового патронажа (см. приложение) Дата проведения _____ 20 __ г. Срок беременности _____ недель. Предполагаемый срок декретного отпуска _____ предполагаемый срок родов _____ Женская консультация № _____, акушерско-гинекологический участок № _____ взрослая поликлиника № _____, терапевтический участок _____ ФИО беременной _____ Возраст _____ Домашний адрес _____ ФИО мужа _____ Возраст _____ Брак зарегистрирован (да, нет), в разводе, брак первый, повторный. Дети, возраст _____ Ближайшие родственники беременной (родители, их возраст, профессия, возможная помощь в воспитании ребенка) _____ Образовательный уровень членов семьи: Образование женщины _____ Профессия _____ Место работы _____ проф. вредности _____ Образование мужа _____ Профессия _____ Место работы _____ проф. вредности _____ Психологический микроклимат семьи: знают ли родственники о наличии беременности (да, нет); отношения с мужем _____ отношения с родителями _____ вредные привычки женщины _____ мужа _____ Бытовые условия _____, гигиена жилища _____ Материальная обеспеченность _____

3	Дать рекомендации беременной женщине устно/ в виде памяток	Методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утв. Департаментом здравоохранения Ивановской области и ГБОУ ВПО «ИвГМА» МЗ России, 2016 год). Банк печатных и электронных памяток	<u>Первая половина беременности:</u> Режим дня и отдыха, в т.ч. прогулки, физические нагрузки, закаливание Предупреждение ситуаций эмоционального напряжения Рациональное питание беременной <u>Вторая половина беременности:</u> Режим дня и отдыха, в т.ч. прогулки, физические нагрузки, закаливание Предупреждение ситуаций эмоционального напряжения Рациональное питание беременной Формирование доминанты на грудное вскармливание Подготовка груди к лактации Подготовка семьи к появлению ребенка
4	Сделать отметку о выданных устных рекомендациях и памятках	Карта дородового патронажа	- « -
5	Пригласить будущую мать в детскую поликлинику на последующий патронаж	Методические рекомендации «Медико-организационные подходы к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей» (утв. Департаментом здравоохранения Ивановской области и ГБОУ ВПО «ИвГМА» МЗ России, 2016 год). Расписание работы врача-педиатра участкового или врача-педиатра КЗР	Второй патронаж (совместно с врачом-педиатром участковым / врачом-педиатром КЗР) - медсестра участковая/ медсестра КЗР, 30-32 недели беременности на дому или в условиях детской поликлиники в день здорового ребенка Третий патронаж (совместно с врачом-педиатром участковым / врачом-педиатром КЗР) (к женщинам группы высокого риска перинатальной патологии) - медсестра участковая/ медсестра КЗР, 37-38 недель беременности на дому или в условиях детской поликлиники в день здорового ребенка
7	Пригласить будущую мать в КЗР на занятия школы будущих матерей	Расписание работы КЗР детской поликлиники Тематика занятий в школе будущих матерей, Бумажная/ электронная база памяток	1. Факторы перинатального риска, их роль в формировании здоровья будущего ребенка. 2. Особенности режима труда и отдыха, питания беременной. 3. Здоровье родителей и образ жизни семьи. 4. Дородовая педагогика и формирование здоровья ребенка. 5. Грудное вскармливание, подготовка к лактации, профилактика гипогалактии. 6. Принципы ухода за новорожденными, пограничные состояния новорожденных 7. Приемы воспитания ребенка как до рождения, так и после него и др.
8	Проконтролировать выполнение рекомендаций, данных при предыдущих патронажах	Карта дородового патронажа Опрос матери	Выполнение рекомендаций по режиму, питанию, физической активности, а также рекомендаций, данных врачом с учетом выявленных факторов риска
9	Оформить мед. документ, передать врачу-педиатру участковому или врачу-педиатру КЗР	Карта дородового патронажа	Оформлены соответствующие разделы карты дородового патронажа

2.2. Особенности наблюдения и ухода за новорожденными

Сигнал о выписке новорожденного из роддома поступает в регистратуру детской поликлиники по телефону. Регистратор записывает сведения (ф. и. о. ребенка, дату рождения, дату выписки, длину и массу при рождении, сделанные прививки, состояние при выписке) в журнал о новорожденных. Участковый врач и медицинская сестра должны посетить новорожденного в день выписки из родильного дома или на следующий день.

Новорожденные в течение первого месяца жизни наблюдаются на дому. Педиатр посещает ребенка ежедневно до 10-го дня жизни, затем на 14-й и 21-й день. Медицинская сестра посещает ребенка ежедневно до 14 дня, затем на 21-й, 28-й день жизни. Участковая медицинская сестра при посещении новорожденного на 28-й день жизни знакомит мать с расписанием работы участкового врача и приглашает ее с ребенком в поликлинику в дни приема здоровых детей. Рекомендует пройти осмотры у специалистов, при необходимости оставляет направления на обследования. Проводит беседу о предстоящих прививках.

Первичный патронаж к новорожденному врач-педиатр выполняет совместно с участковой медицинской сестрой. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком.

Важно проконтролировать наличие у ребенка скринингов на наследственные заболевания (врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземию) и тугоухость.

Главной задачей медицинской сестры в патронажной работе является контроль за состоянием здоровья ребенка и практическое обучение родителей приемам ухода, вскармливания и воспитания детей первых трех лет жизни, повышение медицинской грамотности родителей (табл. 2, 3).

Таблица 2

Ориентировочная основа действий при проведении первичного патронажа к новорожденному

№ п/п	Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	Определить сроки, место проведения патронажа к новорожденному	Приказ Департамента Ивановской области № 37/76-осн «Об оптимизации работы акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов в Ивановской области» от 30.03.2012 Сигнал из родильного дома Журнал регистрации новорожденных детей	В день выписки или на следующий день после выписки из родильного дома, выход на дом (совместно с врачом педиатром)
2	Выявить условия для развития ребенка	Опрос	Благоприятные социальные условия (полная семья, наличие других членов семьи, которые могут оказать помощь по уходу за ребенком, высшее, среднеспециальное образование родителей, удовлетворительные материально-бытовые усло-

			<p>вия, благоприятный психологический климат в семье, желанный ребенок, наличие уголка новорожденного, отсутствие вредных привычек у членов семьи)</p> <p>Удовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние жилища</p> <p>Удовлетворительное состояние детских вещей и предметов ухода за ребенком</p>
3	Оценить состояние ребенка	Опрос, осмотр	<p>Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Ребенок активен. Эмоционально настроен положительно. Кожные покровы чистые, желтушные/бледно-розовые. Видимые слизистые чистые, розовые. Пуповинный отросток со скобкой, край не гиперемирован/ пупочная ранка чистая/ эпителизирована. Костная система без деформаций. Стул кашицеобразный, гомогенный, желтый, без примесей, после каждого кормления.</p> <p>Мочеиспускание 20-24 раза за сутки, моча светлая.</p>
4	Оценить поведение ребенка	Осмотр, опрос	<p>Сон спокойный, аппетит сохранен, в периоды бодрствования ребенок спокоен, эмоционально настроен положительно.</p>
5	Оценить НПР ребенка	Осмотр, опрос	<p>Оценка показателей НПР:</p> <p>10 дней - Аз удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение)</p> <p>18-20 дней – Аз удерживает в поле зрения неподвижный предмет, Ас успокаивается при сильном звуке</p> <p>30 дней – Аз сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета, Ас прислушивается к звуку, голосу взрослого, Э первая улыбка на разговор взрослого, До лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать, Ра издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним</p>
6	Оценить самочувствие матери, соблюдение ею режима дня, отдыха, режим и рацион питания	Опрос	<p>Мать жалоб не предъявляет. Режим дня и питания носят рациональный характер, в соответствии с рекомендуемыми для кормящей матери, в том числе с учетом корзины кормящей женщины. Физическая активность достаточна.</p>
	Оценить организацию вскармливания ребенка	Опрос, осмотр	<p>Ребенок вскармливается по требованию, прикладывается к груди в ночные часы 2-3 раза / кормится по режиму, каждые 3 часа, с ночным перерывом 6 часов. Сосет активно, не срыгивает/ срыгивает эпизодически, в объеме чайной ложки. без примесей. После кормления молоко в груди остается, проводится сцеживание молока. Правила кормления ребенка грудью соблюдаются. Массаж грудных желез проводится.</p> <p>При осмотре – кожа над молочными железами не изменена, выражен венозный рисунок, горячие на ощупь, болезненность не определяется, при надавливании в области соска молоко вытекает струей.</p>
8	Провести беседу	Банк бесед	<p>Беседы в соответствии с возрастом и эпидобстановкой: по уходу за новорожденным, по профилактике гипогалактии, по режиму дня и питанию кормящей женщины, по профилактике рахита и анемии, по необходимости вакцинации, по орга-</p>

			низации физического воспитания новорожденного, по стимуляции нервно-психического развития. Рекомендации по исправлению выявленных дефектов ухода и воспитания
9	Обучить мать уходу и воспитанию	Алгоритмы ухода	Обучить мать технике туалета кожи, глаз, ушей, носа, подмывания, купания ребенка, свободного пеленания в соответствии с существующими алгоритмами
10	Выполнить назначения врача, при необходимости обработать пупочную ранку	Алгоритм обработки пупочной ранки	Назначения врача выполнены. Пупочная ранка обработана в соответствии с имеющимися алгоритмами
11	Оформить мед документацию	Бланк патронажа	Оформление патронажа в истории развития ребенка

Таблица 3

**Ориентировочная основа действий
при проведении повторных патронажей к новорожденному**

№ п/п	Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	Определить сроки, место проведения патронажа к новорожденному	Приказ Департамента Ивановской области № 37/76-осн «Об оптимизации работы акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов в Ивановской области» от 30.03.2012	До 14 дня жизни – ежедневно, далее на 21 и 28 день жизни, выход на дом
2	Проверить выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, детских вещей, предметов ухода	Опрос, осмотр	Социальные условия Гигиена жилища Личная гигиена ребенка
3	Проконтролировать выполнение назначений, сделанных врачом во время предыдущего патронажа	Опрос, осмотр	Режим Питание Физическое воспитание Воспитательные воздействия Профилактика пограничных состояний Перенесенные заболевания Симптоматическая терапия
4	Оценить состояние и поведение ребенка в динамике с момента последнего посещения; выявить жалобы	Опрос, осмотр	Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Ребенок активен. Эмоционально настроен положительно. Кожные покровы чистые, желтушные/ бледно-розовые. Видимые слизистые чистые, розовые. Пуповинный отросток со скобкой, край не гиперемирован/ пупочная ранка чистая/ эпителизирована. Костная система без деформаций. Стул кашицеобразный, гомогенный, желтый, без примесей, после каждого кормления. Мочепускание 20-24 раза за сутки, моча светлая. Сон спокойный, аппетит сохранен, в периоды бодрствования ребенок спокоен, эмоционально настроен положительно.

5	Оценить в динамике самочувствие матери, соблюдение ею режима дня, отдыха, режима и рациона питания	Опрос	Мать жалоб не предъявляет. Режим дня и питания носят рациональный характер, в соответствие с рекомендуемыми для кормящей матери, в том числе с учетом корзины кормящей женщины. Физическая активность достаточна.
6	Оценить организацию вскармливания ребенка	Опрос, осмотр	Ребенок вскармливается по требованию, прикладывается к груди в ночные часы 2-3 раза / кормится по режиму, каждые 3 часа, с ночным перерывом 6 часов. Сосет активно, не срыгивает/ срыгивает эпизодически, в объеме чайной ложки. без примесей. После кормления молоко в груди остается, проводится сцеживание молока. Правила кормления ребенка грудью соблюдаются. Массаж грудных желез проводится. При осмотре – кожа над молочными железами не изменена, выражен венозный рисунок, горячие на ощупь, болезненность не определяется, при надавливании в области соска молоко вытекает струей.
7	Оценить состояние ребенка в динамике с момента последнего посещения; выяснить жалобы.	Опрос, осмотр	Отсутствие жалоб Восстановление физиологической убыли массы тела; исчезновение физиологической гиперемии, желтушного окрашивания кожных покровов; шелушения кожи, исчезновение проявлений гормонального криза; восстановление прозрачности мочи; нормализация стула ребенка. Отпадение пуповинного остатка, эпителизация пупочной ранки.
8	Оценить поведение ребенка в динамике с момента последнего посещения; выяснить жалобы.	Опрос	Отсутствие жалоб Сон спокойный, продолжительность ночного и дневного сна соответствует возрастной норме, во время бодрствования ребенок спокоен, эмоциональный тонус положительный. Аппетит удовлетворительный.
9	Провести психометрию	Опрос	Соответствие показателей НПП ребенка эпикризным срокам: 10 дней – Аз – удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение) 18-20 дней – Аз – удерживает в поле зрения неподвижный предмет, Ас – успокаивается при сильном звуке, 30 дней – Аз – сосредоточивает взгляд на неподвижных предметах, появляется плавное прослеживание движущегося предмета, Ас – прислушивается к звуку, голосу взрослого, Э – первая улыбка на разговор взрослого, До – лежа на животе, пытается поднимать голову и ее удерживать, Ра – издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним
10	Провести беседу	Банк бесед	Беседы в соответствие с возрастом и эпидобстановкой: по уходу за новорожденным, по профилактике гипогалактии, по режиму дня и питанию кормящей женщины, по профилактике рахита и анемии, по необходимости вакцинации, по организации физического воспитания новорожденного, по стимуляции нервно-психического развития. Рекомендации по исправлению выявленных дефектов ухода и воспитания
11	Обучить мать уходу и воспитанию	Алгоритмы ухода и воспитания	Организация прогулок новорожденного ребенка, техника легкого тактильного массажа, подбор одежды для новорожденного, подбор игрушек в соответствие с существующими алгоритмами
12	Выполнить назначения врача	Алгоритм соответствующей манипуляции	Назначения врача выполнены.

13	Оформить мед. документацию	Бланк патронажа	Оформление патронажа в истории развития ребенка
14	Дополнительно к патронажу 28 д ж познакомить с расписанием работы участкового врача педиатра, пригласить на прием в детскую поликлинику в день здорового ребенка Рекомендовать пройти осмотры у специалистов, выдать направления на обследования Пригласить на профилактическую прививку	Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 года № 514 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» Расписание работы участкового врача педиатра, врачей специалистов, диагностических служб, прививочного кабинета	Мать с ребенком приглашены в детскую поликлинику на профилактический осмотр в возрасте 1 мес. (педиатр, невролог, детский хирург, офтальмолог, детский стоматолог, УЗИ органов брюшной полости, почек, тазобедренных суставов, ЭХО-кардиография, нейросонография, аудиологический скрининг) Мать с ребенком приглашены в детскую поликлинику на профилактическую прививку в соответствие с национальным календарем профилактических прививок (вторая вакцинация против гепатита В)

Режим дня. В соответствии с анатомо-физиологическими потребностями ребенка до 9-ти месяцев жизни режимные моменты включают сон, кормление, бодрствование. Произвольное увеличение периода бодрствования может вызвать у ребенка отрицательные эмоции, капризность, повышенную возбудимость. До 3-х месяцев жизни ребенку назначают режим №1 (приложение 10).

Санитарно-гигиенический уход. Матери необходимо объяснить, что несоблюдение правил санитарно-гигиенического ухода может отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка, физическом и умственном развитии.

Уголок новорожденного. Для новорожденного необходимо выделить комнату или отдельный уголок в комнате. Ещё до рождения ребёнка должен быть произведён ремонт (при необходимости) или генеральная уборка (перед выпиской из роддома). Для ребенка выделяют самое светлое, удобное и безопасное помещение без лишних вещей и предметов, в том числе цветов, а главное — ковровых изделий, открытых книг, картин (перечисленные предметы — коллекторы аллергенной домашней пыли).

Температура воздуха в помещении должна поддерживаться в пределах +20-22°C. Ежедневно следует проводить влажную уборку (в летнее время, когда скапливается особенно много уличной пыли, уборка проводится 2 раза — утром и вечером). Частота проветривания зависит от погодных условий, но не менее 4 раз по 15-20 мин; даже в холодное время года форточку открывают на 10-15 мин несколько раз в день, при этом температура воздуха должна понизиться не менее чем на 2°C; летом окно (форточку, фрамугу) держат открытыми целый день, предусматривая затягивание их марлей или сеткой (защита от насекомых). Вначале во время проветривания ребёнка следует выносить в другое помещение (или пойти с ним на прогулку), а затем его приучают находиться в комнате и при открытой форточке (при условии отсутствия сквозняка).

В этой комнате нельзя стирать, сушить бельё, пользоваться предметами бы-

товой химии и парфюмерными средствами (типа дезодорантов) и, конечно же, курить (даже на балконе; пассивное курение опасно, особенно для детского организма в связи с большим риском респираторных и аллергических заболеваний).

В уголке ребенка ставится кровать, столик для белья, выделяется полка или маленький столик для предметов ухода. Готовится комплект белья (табл. 4).

Кровать:

- должна быть с такими боковыми стенками, которые свободно пропускали бы воздух (сетчатые, решётчатые);
- должна быть изготовлена из материала, который можно мыть и ежедневно протирать;
- на дно кровати кладут жёсткий матрас, покрывают его клеёнкой, а затем простынкой;
- в подушке новорождённый не нуждается, он должен лежать на ровной поверхности, под голову кладут пелёнку, сложенную в несколько раз, при необходимости (например, при частых срыгиваниях) можно приподнять головной отдел кровати на 2-3 см;
- использовать постельные принадлежности из пуха и пера нельзя, так как они способствуют искривлению позвоночника (из-за мягкости), повышают риск перегревания и возникновения аллергических реакций;
- не следует пользоваться коляской как кроватью: она мало проницаема для воздуха, во время прогулки пачкается, а длительный сон в ней способствует перегреванию, искривлению позвоночника и раздражению вестибулярного аппарата, что негативно сказывается на ребёнке;
- укладывают новорождённого только на бок, а не на спину лицом вверх (опасность аспирации при срыгиваниях); укладывать на живот ребёнка можно только во втором полугодии жизни (из-за риска расстройства дыхания во сне в первом полугодии);
- рядом с кроватью необходимо расположить стол для пеленания, тумбочку для предметов ухода;
- положение на животе во время сна со 2-го полугодия считают физиологичным и полезным — свободная поза, нет опасности аспирации, профилактики деформаций костной системы, укрепление затылочных и спинных мышц.

С целью профилактики деформации костей черепа желательно обеспечить подход к кровати с двух сторон. Не следует занавешивать кровать, так как это нарушает вентиляцию и, кроме того, лишает ребенка необходимого ему света и окружающего пространства. Кровать надо поставить подальше от отопительной системы, так как слишком сухой, теплый воздух вызывает сухость слизистых носа и полости рта, а иногда — перегревание. Прямые солнечные лучи из окна, поток воздуха из открытой фрамуги не должны быть направлены прямо на кровать.

Стол застилается мягким байковым одеялом, а сверху покрывается клеёнкой

и используется для пеленания ребенка, проведения массажа и гимнастики.

Необходимо ежедневно протирать влажной тряпкой окна, двери, мебель, пол. Окно рекомендуется занавешивать только в верхней трети легкой занавеской. Летом окна должны быть открыты весь день и, по возможности, всю ночь. Окна следует затягивать марлей или сеткой для защиты от насекомых.

Предметы, необходимые для ухода за ребенком:

- термометр для измерения температуры тела;
- термометр для измерения температуры воды;
- термометр для измерения температуры воздуха;
- газоотводная трубка;
- баллончик для клизмы;
- баночка стерильная с крышкой для гигроскопической ваты;
- баночка с пипетками (отдельно для глаз и носа);
- ножницы обычные;
- ножницы с закругленными браншами для подстригания ногтей;
- раствор марганцовокислого калия (порошок марганцовокислого калия должен храниться в отдельном шкафчике);
- средства для обработки кожи.

Таблица 4

Комплект белья для детей первых месяцев жизни

Вид одежды	Количество на один день
Распашонка из хлопчатобумажной ткани	6-8
Распашонка из фланели	5-6
Пеленка тонкая из хлопчатобумажной ткани размером 100х100 см	20-24*
Пеленка теплая из фланели размером 100х100 см	8-15
Подгузник из марли размером 50х50 см	20-24*
Памперсы	10-20
Чепчик на голову	2-3
Пододеяльник	2-3
Одеяло байковое	2
Одеяло шерстяное	1
Одеяло ватное, или комбинезон, или конверт	1
Клеенка детская размером 100×100 см	1
Клеенка детская размером 30×30 см	1

* Количество пеленок и подгузников может быть уменьшено в связи с использованием при уходе за ребенком памперсов.

Уход за кожей и слизистыми оболочками. Медицинская сестра обучает мать проведению утреннего туалета.

Для очищения кожи век и периорбитальных областей используют стерильные ватные тампоны или диски, смоченные в теплой стерильной воде и отжатые. Протирают каждый глаз отдельным диском в направлении от наружного угла глаза к внутреннему. Далее промокают кожу сухими тампонами, используя такие же приёмы.

Умывание лица и рук ребенка проводят ежедневно теплой водой, водопроводную воду можно не кипятить.

Туалет носа проводят с помощью стерильных ватных дисков, скрученных в тонкие жгутики и смоченных детским косметическим маслом. Для каждого носового хода используют отдельный ватный жгутик, вводя его вращательными движениями в носовой ход на глубину 5-8 мм. Масло способствует размягчению скопившихся корочек и мягкому их отторжению. Такие манипуляции повторяют несколько раз до полной санации носового хода. Для гигиенического ухода за полостью носа у детей грудного возраста и старше применяют физиологический раствор натрия хлорида, который максимально соответствует естественному назальному секрету и хорошо увлажняет слизистую и размягчает сухие корочки.

Туалет наружного слухового прохода новорожденного проводят не чаще 1-2 раз в неделю с помощью ватного жгутика или ватной палочки с ограничителем. Необходимо удалять только видимую серу, скопившуюся в ушной раковине, проводя вращательные движения ватным жгутиком в одном направлении

Обработка здоровой слизистой полости рта не проводится.

Кожные складки обрабатывают ежедневно в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные складки; паховые и ягодичные складки в силу максимальной загрязненности всегда нужно обрабатывать в последнюю очередь.

При уходе за кожей складок используют ватные диски или мягкую ткань, смоченные в теплой воде. При наличии повреждений кожи необходимо использовать теплую стерильную воду. Протирая области складок, избегают давления и трения. Просушивают промокательными движениями области складок сухим ватным диском или мягкой хлопчатобумажной тканью, после чего наносят детское смягчающее средство (эмомент). Следует использовать только проверенные средства. Возможно регулярное использование специальных влажных детских салфеток для очищения кожи промежности и перианальной области новорожденных.

Многие салфетки содержат консерванты (например, methylisothiazolinone), которые у некоторых особо чувствительных детей вызывают раздражение кожи. Таких младенцев рекомендуют подмывать ватными шариками, смоченными теплой кипяченой водой. У подавляющего большинства детей влажные детские салфетки могут быть использованы при каждой смене подгузников.

Эмоменты могут быть использованы для профилактики раздражения кожи при ежедневном уходе, особенно при риске развития атопического дерматита, эти средства могут применяться не менее 2-х раз в неделю (после купания). Их следует наносить тонким слоем, чтобы избежать накопления (эффекта окклюзии) в складках кожи.

Выбор эмоментов должен быть адаптирован к региональным особенностям климата и к временам года: так, в зимнее время следует использовать эмоменты,

наиболее богатые смягчающими веществами.

Участки кожи с элементами неонатального акне не следует смазывать, чтобы не провоцировать окклюзию фолликулов.

В качестве эмолентов могут применяться специальные детские масла (во время и после купания, при массаже).

Не следует применять при уходе за кожей ребенка пищевые растительные масла, это может привести к нежелательным последствиям.

Специальные детские фармацевтические масла, включая минеральные, химически инертны, стабильны, достаточно безопасны, оказывают увлажняющий и смягчающий эффект. Эти масла могут использоваться тонким слоем в области кожных складок или добавляются в ванну при купании.

После дефекации ребёнка обязательно подмывают под проточной водой (+37-36°C), можно с использованием марлевых салфеток. Положение ребёнка — на предплечье и кисти, лицом кверху; движения руки — спереди назад, в последнюю очередь омывают сам анус (особенно у девочек с целью профилактики попадания инфекции в половые органы и мочевыделительную систему). Просушивание осуществляют промокательными движениями.

Нецелесообразно подмывать ребенка после каждого мочеиспускания. Достаточно это делать после каждого 3-4-го мочеиспускания, хотя данная рекомендация весьма индивидуальна.

Ногти на руках и ногах надо стричь 1 раз в 5 дней, не очень коротко. Ножницы предварительно протирают спиртом, их концы должны быть закругленными.

Необходимо оберегать новорождённого от инфекции (для него представляет опасность даже условно-патогенная флора): не целовать ребёнка в лицо и руки, ограничить общение со взрослыми, для прогулок выбирать малолюдные места, следить за чистотой сосок, игрушек, то есть предметов, попадающих ребёнку в рот (соски моют и кипятят после каждого кормления, а пустышку каждый раз после того, как она выпала изо рта и др.).

Уход за пуповинным остатком. Пуповинный остаток является потенциальным местом проникновения инфекционных агентов. При правильном уходе культя пуповины мумифицируется и отпадает, а пупочная ранка заживает в течение первых двух недель жизни. Пуповинный остаток должен высохнуть естественным путем. Это предполагает поддержание чистоты и сухости в области культи без регулярного нанесения средств местного применения. При уходе за пуповинным остатком необходимо соблюдать следующие правила:

- соблюдать методы асептики;
- мыть руки перед уходом за культей пуповины;
- пуповинный остаток должен оставаться на открытом воздухе или должен быть неплотно прикрыт чистой тканью; во избежание загрязнения мочой или калом, необходимо отвернуть подгузник от культи пуповины;
- при загрязнении культи, необходимо очищать эту зону водой, а затем тщательно обсушивать этот участок чистой марлевой тканью для устранения

избытка влаги;

- за пуповинный остаток не следует «тянуть», он должен отделиться естественным путем.

«Сухой» способ ведения позволяет избежать потенциального нарушения целостности кожных покровов в результате их раздражения химическим веществом.

Гигиенические ванны. Купать ребенка необходимо с первого дня после выписки из роддома. Рекомендации о том, что начинать купать новорожденных следует лишь после заживления пупочной ранки, недостаточно обоснованы, поскольку их кожа, слизистые подвергаются бактериальному обсеменению во время или вскоре после родов, с кожи возбудители инфекции быстро попадают в пупочную ранку. Ранние и регулярные купания позволяют избежать массивного бактериального обсеменения кожи, слизистых оболочек и соответственно пупочной ранки.

Предметы, необходимые для купания ребенка: ванночка, кувшин (ковш), детское мыло, детский шампунь, стерильные ватные шарики или тампоны, мягкая салфетка из махровой ткани (вместо мочалки), большое банное полотенце, чистые пеленки или одежда, детская присыпка.

Санитарно-гигиенические условия для купания: температура воды для купания доношенных детей — от 36,5°C до 37,5°C, для недоношенных — 37,5°C (контролировать с помощью водного термометра); температура воздуха в помещении — 24°C; дверь в помещении, где проводят купание, должна быть закрыта; для обсушивания новорожденного пеленки предварительно подогревают.

Для купания нужно использовать теплую водопроводную воду (применение водопроводной воды можно считать безопасным, если ее качество соответствует гигиеническим стандартам).

Существует несколько методик купания.

Купание с погружением в ванночке. Чтобы обеспечить равномерное согревание ребенка и снизить потерю тепла, необходимо осторожно поместить младенца в ванночку, не погружая при этом голову и шею. В воду ребенка опускают осторожно, положив его голову и спину на левую руку, а правой поддерживают ягодицы и ноги. В воде правую руку освобождают, кисть левой руки перемещают в левую подмышечную впадину ребенка, а его спину и голову поддерживают левым предплечьем. Правой свободной рукой ребенка моют. Сначала умывают лицо теплой водой, используя чистую мягкую ткань, затем остальные части тела от головы до ног. После этого осторожно обливают ребенка приготовленной теплой чистой водой.

Купание в пеленке. Младенца заворачивают в пеленку или мягкое полотенце, придав ему слегка согнутое положение, аккуратно погружают в ванночку с теплой водой и затем постепенно разворачивают и моют каждую часть тела. Купание в пеленке усиливает ощущение безопасности, так как при погружении младенцев в ванночку может повышаться их двигательная активность. Такое купа-

ние позволяет удерживать младенца в стабильном положении на протяжении всей процедуры и снижает риск случайных движений. Оно также позволяет уменьшить родительский стресс, поскольку при купании новорожденный ведет себя более спокойно.

Решения относительно частоты и времени купания должны основываться на индивидуальных особенностях новорожденного с учетом мнения членов семьи, климатических условий и местных традиций. Частота купания здоровых младенцев — не менее 2-3 раз в неделю. Вечерняя ванна улучшает сон, доставляет ребенку удовольствие, обеспечивает мягкую тактильную стимуляцию и эмоциональную связь ребенок-родители.

Ребенка можно купать до отпадения пуповинного остатка, это не причиняет вреда здоровому ребенку.

Для детей первого месяца жизни рекомендована продолжительность ванны — 5-10 мин., для старших детей допустимо более продолжительное купание.

Необходимо проводить разъяснительную работу среди родителей и членов семьи о важности соблюдения правил безопасности при купании. Ни в коем случае нельзя оставлять младенца в ванночке одного, даже если используется сидячая ванна. Необходимо перемешивать воду в ванночке для достижения оптимальной температуры. Обязательно проверять температуру воды в ванночке термометром.

В домашних условиях безопасность от инфекций гарантируется содержанием детской ванны и плавающих игрушек в чистоте.

Рекомендации по выбору очищающих средств. Не рекомендуется использовать мыла. Мыла имеют щелочную реакцию, сушат кожу, удаляют ее естественную защиту, способствуют развитию раздражения, эритемы, зуда.

По возможности нужно избегать использования антибактериального мыла в первую очередь из-за его потенциального отрицательного воздействия на нормальную колонизацию кожи новорожденного.

Жидкие очищающие средства, не содержащие мыла, имеют в своем составе эмоленты (смягчающие средства) и защитные факторы, поэтому они не раздражают кожу, меньше нарушают кожный барьер, pH кожи, но при этом легче смываются, чем традиционное мыло. Необходимо использовать моющие средства с составом наиболее близким к физиологическим свойствам кожи в этот период (с нейтральным или немного кислым значением pH — 5,5). Детские жидкие моющие средства не нарушают процессов естественного созревания кожи. Необходимо читать инструкции на этикетках и отдавать предпочтение клинически проверенным средствам.

Средства для купания и шампуни обычно используются один-два раза в неделю. Шампуни должны соответствовать тем же требованиям безопасности, что и средства для купания младенцев и не раздражать глаза. Не надо допускать попадания моющего средства на слизистую глаз, так как рефлекс мигания, важный для защиты глаз от повреждений, недостаточно развит у детей до 4 месяцев.

Кожу младенца после купания промокают, используя мягкую ткань. Поскольку кожа новорожденных чувствительна и ранима, ее не следует растирать. Если после купания обнаруживается сухость, шелушение или повреждение кожи, на эту область перед одеванием можно нанести смягчающее средство (доказано, что смягчающие средства защищают целостность кожного барьера). Сразу после обсушивания нужно надеть на ребенка подгузник, шапочку и вернуть в теплые пеленки

Все новые вещи необходимо выстирать и прогладить. В дальнейшем белье стирают по мере необходимости. Белье детей первого года жизни стирают или детским мылом или специальными порошками для стирки детского белья.

На новорожденного надевают две распашонки — тонкую и теплую, обе - с длинными рукавами, зашитыми наглухо или имеющими клапан. Распашонки подгибают наружу так, чтобы их нижний край находился чуть выше пупка. Затем ребенка пеленают.

Пеленание. В настоящее время используют метод «свободного пеленания». для этого оставляют небольшое пространство в пелёнках для свободного движения ребёнка (табл. 5). Исключается использование булавок для закрепления пеленок. В первые 2-3 дня при пеленании покрывают голову и руки ребенка, также поступают и на ночь после купания малыша. В дневное время голову и руки ребенка оставляют свободными.

На пеленальном столе расстилают фланелевую пеленку, сверху тонкую хлопчатобумажную, а на нее кладут подгузник, сложенный треугольником. Ребенка укладывают так, чтобы верхний край прямоугольных пеленок располагался на уровне подмышечных впадин, а широкая часть подгузника — под спиной. Нижний конец подгузника проводят между ног ребенка на живот, боковые заворачивают поочередно вокруг туловища. Затем оборачивают вокруг туловища сначала один, затем другой край прямоугольной тонкой пеленки, нижний край загибают кверху, и концы подворачивают кзади. Таким же образом оборачивают и фланелевую пеленку.

Вместо подгузника (из марли, пелёнки, ветоши) надевают памперсы, но постоянное их ношение, особенно в период новорождённости, не рекомендуют.

Запеленатого ребенка помещают в хлопчатобумажный конверт на байковое одеяло, сложенное в несколько слоев. Если нет конверта, ребенка (в зависимости от времени года) заворачивают в байковое одеяло или покрывают льняным покрывалом.

В жаркую погоду ребенка оставляют без покрывала. Шапочку (чепчик) надевают при температуре воздуха, в том числе и в комнате, ниже 20°C.

Менять пеленки нужно перед кормлением, а также после каждого мочеиспускания и дефекации. Использованные пеленки нужно обязательно стирать. Нельзя подсушивать мокрые пеленки, так как оставшиеся на них соли раздражают кожу ребенка.

**Алгоритм действия медицинской сестры
при проведении пеленания новорожденного**

№ п/п	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1.	Информировать родителей о выполняемой процедуре	Мать или законный представитель новорожденного ребенка должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая им медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или законного представителя на данную процедуру не требуется.
2.	Выбрать средства для выполнения манипуляции	Пеленальный столик с матрацем; антисептическое средство для обработки рук; дезинфицирующее средство; комплект стерильных пеленок и распашонок; водонепроницаемый обеззараженный фартук; мыло
3.	Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть фартук	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги
4.	Подготовить белье для пеленания	Расстелил на пеленальном столе 4 пеленки: <ul style="list-style-type: none"> - 1-ю фланелевую; - 2-ю ситцевую пеленку сложить по диагонали и положить сгибом вверх выше уровня 1-й пеленки на 15 см (для изготовления косынки) или сложить вдвое по длине и положить выше уровня 1-й пеленки для изготовления шапочки; - 3-ю пеленку ситцевую; - 4-ю пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать памперс).
5.	Выполнить процедуру пеленания	Распеленать новорожденного в кровати или на «нестерильном» столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками. Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе. Провести 4-ю пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. Краем 3-й пеленки с той же стороны накрыть и зафиксировать плечо, переднюю часть туловища ребенка и подмышечную область с другой стороны. Противоположным краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо ребенка. Нижним ее краем отделить стопы одна от другой. Избыток пеленки снизу рыхло свернуть и проложить между стоп ребенка. Надеть шапочку или косынку, изготовленную из 2-й пеленки. Зафиксировать все предыдущие слои и шапочку (косынку) 1-й пеленкой. Нижний конец ее завернуть вверх и обвести вокруг туловища ребенка на 3—4 см ниже сосков и закрепить сбоку, подвернув уголок пеленки за ее туго натянутый край.
6.	Окончить процедуру	Уложить ребенка в кровать. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
7.	Оценка достигнутых результатов	Новорожденный ухожен, не показывает признаков беспокойства. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность матери новорожденного качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.
8.	Оформить медицинскую документацию	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации (история развития ребенка форма 112/у)

Следует соблюдать следующие правила хранения чистого и грязного белья, стирки, проглаживания:

- детское бельё хранят и стирают отдельно от белья других членов семьи (это правило хранения касается как грязного, так и чистого белья);
- пелёнку, которую ребёнок обмочил в первый раз, достаточно прополоскать в тёплой воде и просушить;
- если пелёнка обмочена во второй раз, её необходимо простирать с мылом (лучше детским);
- пелёнки, запачканные фекальными массами, замачивают в тазу и сразу же стирают;
- в первые месяцы (особенно первый) лучше использовать мыло и затем только стиральный порошок, предназначенный для детского белья;
- полоскание должно быть тщательным (неоднократным);
- высушенное бельё достаточно проглаживать, с одной стороны, чтобы не нарушить пористость ткани, а значит, и её воздухопроницаемость;
- новое одеяло (шерстяное, ватное) проглаживают через влажную тряпку; недопустимо подсушивать мокрые пелёнки, не простирывая их (это чревато раздражением кожи кристаллами мочевой кислоты, возникновением опрелостей, инфицированием, пиодермией).

Прогулки. Гулять с ребенком желательно ежедневно в любое время года. В летнее время начинают гулять сразу после выписки из роддома, а зимой — с 3-4-й недели жизни при температуре воздуха не ниже -10°C .

Первый раз выходят на прогулку на 15-20 минут с постепенным увеличением времени пребывания на воздухе. Длительность прогулок в дальнейшем зависит от погоды: в осенне-зимнее время она не должна превышать 2 ч. Гулять с ребенком нужно не менее 2-3 раз в день. Летом ребенок должен находиться на свежем воздухе в тени по возможности целый день.

Одевают ребенка для прогулки в зависимости от погоды. В зимнее время поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, заворачивают в байковое одеяло, затем — в ватное. Лицо ребенка во время прогулки закрывать не следует.

Прогулки и сон на воздухе с недоношенным ребенком разрешаются при достижении им массы тела 2500 г.

Одевают ребенка для прогулки в зависимости от погоды. В зимнее время года поверх домашней одежды надевают теплую рубашку, заворачивают в байковое одеяло, затем — в ватное. Лицо ребенка во время прогулки закрывать не следует.

Вскармливание новорожденного. В настоящее время рекомендуется свободный режим вскармливания грудных детей, когда ребенок сам регулирует интервалы между кормлениями, просыпаясь к моменту приема пищи, вполне допустим в условиях достаточно высокой культуры семьи и, конечно, при безупречном состоянии здоровья ребенка.

Прикладывание к груди должно осуществляться с первого дня по требова-

нию ребенка, по любому знаку голода или дискомфорта. Знаками голода могут быть активные сосательные движения губ или вращательные движения головы с различными звуковыми явлениями.

Частота прикладывания к груди не реже, чем через 1,5-2 часа днем и через 3-4 часа ночью. Число кормлений может широко варьировать в зависимости от состояния лактации и качества молока у матери, активности и самочувствия ребенка. Наибольшую сложность при такой системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка (необходимо научиться различать крик голодного ребенка).

В дальнейшем мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются, как правило, через 2,5-3,5 часа, а ночной интервал увеличивается.

Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Нельзя ограничивать длительность прикладывания даже тогда, когда ребенок практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании может носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения.

При выполнении патронажей очень важно, чтобы медицинская сестра контролировала умение матери прикладывать ребенка к груди.

Техника и правила вскармливания новорожденного:

- мытьё груди до и после кормления является фактором, способствующим возникновению трещин, т.к. смывается защитная смазка, выделяемая железами Монтгомери, в связи с этим вполне достаточным считается прием гигиенического душа 1-2 раз в день;
- принять удобное для кормления положение: кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, так же, как и он должен иметь возможность использовать кормление для изучения лица матери, особенностей ее мимики, глаз;
- сцедить несколько капель молока, с которыми удаляются бактерии, легко попадающие в периферические отделы выводных протоков;
- необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, чтобы носовое дыхание было свободным, для чего грудь несколько оттягивается назад вторым и третьим пальцем поддерживающей ее руки;
- по окончании кормления грудь необходимо тщательно обсушить тонкой полотняной тряпочкой, прикрыть сосок стерильной салфеткой, оберегая его от трения и раздражения бельем и одеждой;
- при нормальной лактации можно не сцеживать молоко.

Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении:

- ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней;
- лицо ребенка находится близко от груди;
- рот широко открыт;

- нижняя губа вывернута наружу;
- над верхней губой виден большой участок ареолы, чем под нижней;
- заметно, как ребенок делает медленные сосательные движения;
- ребенок расслаблен и доволен, в конце кормления наступает состояние удовлетворения;
- мать не испытывает боли в области сосков;
- слышно, как ребенок глотает молоко.

Неправильное положение ребенка при кормлении грудью может вызывать воспаление и трещины сосков, неудовлетворительное поступление молока и медленный рост ребенка, неудовлетворенность ребенка, постоянно требующего есть, нагрубание груди.

Переход от «свободного» (неопределенного) режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10-15 суток до одного месяца. От ночных кормлений ребенок отказывается сам.

Если мать не может приспособиться к «свободному» вскармливанию, необходимо перейти на кормление по часам.

Часы кормлений:

- при семи кормлениях: 6:00, 9:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00, 24:00, ночной перерыв 6 часов;
- при шести кормлениях: 6:00, 9:30, 13:00, 16:30, 20:00, 23:30, ночной перерыв 6,5 часов.

Питание и режим кормящей женщины. Рациональное питание матери является важным фактором профилактики развития алиментарно-зависимой патологии и функциональных нарушений у ребенка грудного возраста. Питание женщины, кормящей своего ребёнка грудью, должно быть полноценным по количеству и качеству пищевых веществ, минеральных солей и витаминов.

Необходимое количество пищевых веществ и энергии в основном обеспечиваются набором продуктов, утвержденным Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2006 г. (приложение 7).

Предпочтительная частота приемов пищи в период кормления грудью составляет 5-6 раз в сутки: 3 основных и 2-3 перекуса с использованием продуктов здорового питания.

Ассортимент основных пищевых продуктов, рекомендуемых для ежедневного использования и их ориентировочное количество, представлены в приложениях 8 и 9.

Особое внимание следует обратить на запрещенные продукты и блюда для кормящих женщин: термически не обработанные продукты животного происхождения — сырое и плохо прожаренное мясо (шашлык и др.), рыба, суши, молоко и молочная продукция, яйца.

Следует избегать употребления таких высокоаллергизирующих продуктов, как цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, крепкие мясные бульо-

ны, консервированные продукты, колбасы, яйца в большом количестве. Необходимо исключить острые приправы, избыток пряностей, чеснок, лук, придающих неприятный вкус и запах молоку.

Особое внимание следует уделять питанию женщины в первую неделю после родов. Щадящий рацион матери будет способствовать адаптации пищеварительной системы к внеутробному существованию. Кормящей женщине не следует употреблять избыточное количество молочных продуктов, поскольку они не влияют на становление лактации, но могут приводить к функциональным расстройствам ЖКТ и аллергическим реакциям у ребенка.

Не рекомендуется использовать соки, морсы (особенно из кислых ягод), орехи, крепкие чай и кофе (ограничение кофеина до 200 мг в сутки, чашка кофе может содержать 60-150 мг кофеина, а чая – 30-60 мг.), концентрированные бульоны, бобовые и др. продукты, способствующие повышенному газообразованию, в том числе сухофрукты. Предпочтительна щадящая тепловая обработка при приготовлении блюд.

При лактации большое значение имеет достаточное потребление кормящей женщиной жидкости – «по потребности».

Следует исключить: алкогольные напитки, пиво.

Для возбуждения аппетита можно включать в рацион в небольшом количестве сельдь, квашеную капусту, салаты из свежих овощей, винегреты, заправленные растительным маслом.

Для улучшения рационов питания кормящих женщин, достаточной выработки грудного молока и оптимизации его состава целесообразно использовать специализированные продукты для беременных и кормящих женщин. Введение в состав продуктов лактогонных трав может оказать влияние на объем грудного молока.

В период лактации могут использоваться специализированные, обогащенные микронутриентами каши, соки, а также лактогонные чаи в рекомендуемом объеме.

Для восполнения дефицита витаминов и минеральных веществ также используются витаминно-минеральные комплексы.

Режим дня кормящей женщины предполагает: ночной сон — не менее 8 часов, дневной сон — 1-2 часа, обязательны прогулки на свежем воздухе, спокойная обстановка, физическая нагрузка должна быть умеренной.

2.3. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми

Профилактические медицинские осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп здоровья и выработки рекомендаций (приложение 11).

Профилактические осмотры неорганизованных детей проводятся в детской поликлинике, а организованных — педиатрами отделения организации медицинской помощи в ОО.

Дети раннего возраста посещают поликлинику с целью профилактического осмотра в дни здорового ребенка. Целесообразно сначала направлять их в КЗР для выполнения доврачебного осмотра и обучения родителей методам и приемам воспитания ребенка с учетом его возраста.

Медицинская сестра участковая или КЗР может проводить:

- антропометрию с оформлением доврачебного заключения по физическому развитию;
- оценку ведущих показателей НПР;
- переоценку факторов риска;
- обучение матери навыкам ухода, приемам воспитания, массажа и гимнастики, ориентированным на возраст ребенка (табл. 6).

Таблица 6

**Ориентировочная основа действий
при проведении профилактического осмотра ребенка раннего возраста**

№ п/п	Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1	Вручить пациенту или его законному представителю информированное добровольное согласие несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на проведение профилактического осмотра и направление на профилактический осмотр с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, а также даты, времени и места их проведения	Перечень исследований - Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 года № 514 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»	Выполнено не позднее чем за 5 дней до начала проведения профилактического осмотра
2	Идентифицировать пациента - ФИО, дата рождения, возраст, домашний адрес	История развития ребенка (форма 112/у) Электронная запись в компьютерной базе данных – время приема	Паспортные данные соответствуют данным истории развития ребенка Мать с ребенком пришли на прием в назначенные часы
3	Проконтролировать оформление информированного согласия на проведение профилактического осмотра	Бланк добровольного информированного согласия	Информированное добровольное согласие оформлено
4	Позаботиться о комфорте пациента, предложить матери положить / посадить ребенка на пеленальный столик или кушетку, раздеть ребенка для осмотра	Пеленальный столик/ кушетка	Ребенок и мать чувствуют себя комфортно Ребенок раздет для осмотра
4	Провести антропометрию и психометрию, сообщить результаты врачу и записать их в мед. документацию	Пеленальный столик, весы, ростомер, сантиметровая лента, погремушка Таблица для оценки НПР История развития ребенка	Получены показатели длины тела, массы тела, окружностей головы и груди Получены показатели НПР ребенка, проведено их сравнение с показателями соответствующего эпикризного срока

5	Подготовить для врача результаты дополнительных методов исследования, вклеить их в историю развития ребенка	История развития ребенка Бланки результатов лабораторных, инструментальных и пр. исследований, консультаций специалистов	Результаты лабораторных, инструментальных и пр. исследований, консультаций специалистов подклеены в соответствующую историю развития ребенка
6	Дать матери рекомендации по питанию, режиму сна и бодрствования, физическому воспитанию, стимуляции НПП здорового ребенка соответственно возрасту	Бумажная/ электронная база памяток	Вскармливание (режим кормлений, сроки и правила введения прикорма, правила приготовления блюд прикорма). Режим дня. Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание, прогулки). Нервно-психическое воспитание (развитие речи, движений, зрения и слуха, подбор игрушек). Выработка гигиенических навыков (приема пищи, одевания и раздевания, личной гигиены).
7	Обучить мать приемам воспитания ребенка	Бумажная/ электронная база памяток	Методики стимуляции речи понимаемой и активной, развития движений, привитие гигиенических навыков. Техника проведения комплекса массажа и гимнастики в соответствии с возрастом
8	Пригласить пациента на следующий профилактический осмотр и оформить направления ребенку на исследования на следующий эпикризный срок	Перечень исследований - Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 года № 514 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» Бланки направлений Электронная база данных	Матери выданы необходимые направления на исследования с учетом возраста Ребенок записан на необходимые исследования в электронной базе данных детской поликлиники

Рекомендовано посещать детскую поликлинику:

- на 1-м году жизни – ежемесячно;
- на 2-м году жизни – раз в квартал;
- на 3-м году – раз в 6 месяцев.

Участковая медсестра осуществляет патронажи к детям раннего возраста с целью контроля созданных условий для роста и развития ребенка, НПП, выполнением рекомендаций врача. При проведении патронажей необходимо обращать внимание на психологический климат в семье, способствовать его улучшению (приложение 12).

2.4. Подготовка детей к поступлению в ДОО

Подготовка детей к поступлению в ДОО осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, или медицинской сестрой КЗР.

Цель этой работы — привести психофункциональные возможности ребенка в соответствие с предъявляемыми ему требованиями новой микросоциальной

среды.

Участковая медицинская сестра может проводить прогнозирование течения адаптации к ДООУ путем выявления факторов риска. Ниже приведены наиболее информативные для прогноза признаки, расположенные в порядке уменьшения их значимости.

Факторы риска дезадаптации при поступлении в детские ясли:

- 1) частые заболевания матери;
- 2) несоответствие домашнего режима ясельному
- 3) возраст ребенка от 9 до 18 месяцев;
- 4) токсикоз второй половины беременности;
- 5) заболевания у матери во время беременности;
- 6) вредные привычки у ребенка;
- 7) асфиксия при рождении;
- 8) низкий культурный уровень семьи;
- 9) злоупотребление алкоголем отца;
- 10) резкие отношения между родителями;
- 11) отставание в НПП;
- 12) раннее искусственное вскармливание;
- 13) рахит 2—3 степени;
- 14) отсутствие закаливания и подготовки к яслям;
- 15) 2-я и 3-я группы здоровья;
- 16) масса тела при рождении менее 2,5 и более 4 кг;
- 17) частые заболевания отца;
- 18) заболевания ребенка на первом году жизни;
- 19) содержание гемоглобина менее 116 г/л;
- 20) хронические заболевания у родителей.

Факторы риска дезадаптации при поступлении в детский сад:

- 1) частые заболевания ребенка (более 4-х раз в год);
- 2) неудовлетворительная предшествующая адаптация к яслям;
- 3) злоупотребление алкоголем отца;
- 4) резкие отношения между родителями;
- 5) неправильное домашнее воспитание до поступления в детский сад;
- 6) недружелюбное отношение ребенка к другим детям;
- 7) злоупотребление алкоголем матерью;
- 8) мужской пол ребенка;
- 9) медленная ориентация в новой среде;
- 10) низкий культурный уровень семьи;
- 11) осложнения в родах;
- 12) масса тела при рождении до 2,5 кг;
- 13) отклонения в физическом развитии.

При наличии у ребенка 4-5 и более факторов риска, особенно указанных выше под № 1-4, наиболее вероятен прогноз неблагоприятного течения адаптации.

Результат по прогнозированию течения адаптации к ОО медсестра передает участковому врачу для своевременного назначения профилактических мероприятий.

2.5. Санитарно-просветительная работа участковой медицинской сестры

Очень важная задача детской поликлиники — санитарно-просветительная работа с семьей ребенка, эффективность которой во многом определяет качество профилактической работы в целом. Гигиеническое воспитание членов семьи, особенно молодых родителей, обучение их мастерству воспитания здорового ребенка должны вестись индивидуально с учетом культурного и общеобразовательного уровня семьи, психологического климата и многих других факторов. Санитарное просвещение осуществляется при проведении дородовых патронажей, во время активных посещений на дому, на врачебном приеме в поликлинике, в кабинете здорового ребенка, на специальных занятиях в школе молодых матерей, школе отцов и др.

2.6. Лечебная работа участковой медицинской сестры

В функциональные обязанности медицинской сестры входит:

- выполнение назначений врача по лечению больного ребенка на дому;
- контроль выполнения родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком;
- оказание неотложной доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях;
- оформление направлений на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения;
- забор биологических материалов на исследование (мазок из зева и носа на ВЛ, кал на кишечную группу);
- своевременная организация врачебных осмотров детей с хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете, согласно плану диспансеризации;
- работа в очаге инфекции (осмотр, термометрия детям, бывшим в контакте с инфекционным больным, организация текущей и заключительной дезинфекции, оформление документации).

2.7. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции на участке и в образовательном учреждении

При выявлении инфекционного заболевания у ребенка на участке или в ОО говорят о возникновении очага инфекции. В очаге должны быть организованы и проведены противоэпидемические мероприятия.

Врач педиатр или медицинская сестра, выявив инфекционного или подозрительного на инфекционное заболевание пациента, обязаны срочно направить экстренное извещение (форма № 058/у) в территориальное управление Роспо-

требнадзора, желательно одновременно сообщить эту информацию и по телефону. Извещение об инфекционном заболевании вписывается в журнал регистрации инфекционных заболеваний (уч. форма № 60), из журнала запись о каждом инфекционном заболевании переносится в картотеки инфекционных заболеваний (уч. форма № 69/у).

Врач решает вопрос об изоляции больного. Это можно сделать двумя способами: 1) путем госпитализации в инфекционное отделение, 2) путем изоляции и лечения на дому.

Инфекционный больной выводится из детского учреждения.

Для уточнения эпидемической ситуации медицинские работники проводят опрос и обследование как больных, так и здоровых людей в очаге, осмотр и обследование внешней среды, делают выводы об источнике инфекции, путях передачи возбудителя, риске заражения окружающих, уточняют границы эпидемического очага, планируют мероприятия по локализации и ликвидации очага.

В случае оставления инфекционного больного на дому врач должен учитывать возможность систематического врачебного и сестринского наблюдения за больным, а также выполнения лечебных и противоэпидемических мероприятий в очаге.

При изоляции больного на дому врач назначает текущую очаговую дезинфекцию. Ее проводят ухаживающие за ним лица. Роль врача и медсестры состоит в разъяснении необходимости дезинфекции, определении перечня объектов, подлежащих обработке в данном очаге (посуда, белье, игрушки, помещения и др.), выдаче рекомендаций по оптимальным методам дезинфекции (кипячение, влажная уборка с применением дезинфектантов и др.), применении конкретных дезинфектантов и условиях их применения (форма применения, концентрация растворов, экспозиция и др.).

Если больной госпитализирован, то в очаге проводят заключительную очаговую дезинфекцию. Заключительная дезинфекция проводится так же после удаления источника инфекции из очага (выздоровление, окончание санации, переезд на новое место жительства больного туберкулезом, хроническим гепатитом, смерть). Заключительная дезинфекция может проводиться силами специалистов дезинфекционной службы или населения. В последнем случае врач и медицинская сестра дают инструкции о способах и особенностях ее проведения.

Важное направление противоэпидемической работы в очагах — выполнение комплекса мероприятий в отношении здоровых лиц, находящихся в очаге инфекционного заболевания. Их принято называть лицами, контактными с источником инфекции. Они подвергаются высокому риску заражения. Поэтому перед медицинскими работниками стоят следующие задачи:

- а) предупредить заболевание контактных с помощью мер специфической или экстренной профилактики (задача врача);
- б) выявить в ранние сроки среди контактных тех, кто заболел, кто является носителем, факторы, позволяющие снизить эпидемиологическую опасность и уменьшить продолжительность существования очага (задача врача)

и медсестры);

- в) предупредить вынос инфекции за пределы первоначального очага, прежде всего в детские, профессиональные и другие коллективы, стационары, с помощью мер разобщения, т.е., карантина (задача врача и медсестры).

Мероприятия в отношении контактных в очаге начинают с выявления их персонального состава. За этими лицами устанавливается врачебное и медсестринское клиническое наблюдение, которое в ряде случаев дополняется применением методов ранней лабораторной диагностики (забор по назначению врача биологических материалов для бактериологических исследований).

Меры разобщения контактных состоят в их временном отстранении от работы, учебы, от посещения детских учреждений, а также запрещении приема в стационары, интернатные учреждения. Работу с контактными проводят врачи и средние медицинские работники поликлиники или ДОО.

Из всех противоэпидемических мероприятий выделяют экстренные (срочные). Они должны быть проведены в первые часы после выявления больного. К этим мероприятиям относятся регистрация случая, госпитализация и заключительная дезинфекция.

Если больной госпитализирован, то мероприятия в очаге проводят в течение срока, равного максимальному инкубационному периоду, который отсчитывается со дня госпитализации. Если больной изолирован на дому, то мероприятия в очаге осуществляются в течение всего заразного периода и срока максимальной инкубации, исчисляемого с последнего дня заразного периода.

Первичными документами учета информации об инфекционном заболевании являются: история развития ребенка (ф. 112/у), медицинская карта ребенка, посещающего образовательное учреждение (ф. 026/у). Случай заболевания регистрируется в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у).

Общие принципы сестринского процесса в очаге инфекции.

Сбор эпидемиологического анамнеза у заболевшего и общавшихся: выясняется наличие подобных заболеваний по месту жительства или учебы, факт употребления продуктов питания, которые подозреваются в качестве фактора передачи инфекции.

Сестринское обследование предполагает сбор жалоб (головные боли, боли в горле, животе, жидкий стул), оценку общего состояния, проведение термометрии, осмотр кожи (особенности цвета, наличие сыпи), осмотр слизистых (выявление сыпи), осмотр зева (выявление налетов), пальпация живота (наличие болей), осмотр стула (консистенция, цвет, примеси).

Введение карантина. Длительность карантина зависит от конкретного инфекционного заболевания и отсчитывается с момента изоляции источника инфекции. В квартирных условиях карантинные мероприятия организуют участковый врач и участковая медсестра, в ДОО, школе — медработники образовательных учреждений.

Круг лиц, подлежащих наблюдению, зависит от инфекционного заболевания. Кратность наблюдения: ежедневно (в ДОО — 2 раза в день — утром и вечером)

На время карантина прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДООУ, из которой изолирован больной. Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы после изоляции больного. Не допускается общение с детьми других групп. Запрещается участие карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях. Организуются прогулки карантинной группы и возвращение из них в последнюю очередь, соблюдение групповой изоляции на участке, получение пищи в последнюю очередь.

При инфекциях, передающихся воздушно-капельным путем занятия физкультурой в группе (классе), где учился источник инфекции, рекомендуется проводить на свежем воздухе.

В период эпидемического подъема заболеваемости гриппом вводятся ограничительные меры для уменьшения контактов населения: отменяют зрелищные массовые мероприятия, продлевают школьные каникулы, запрещают посещения больных в стационарах, лицам, работа которых связана с непосредственным обслуживанием населения, рекомендуют носить маски.

Персонал с признаками острых респираторных заболеваний не допускается к обслуживанию детей. Контактным по классу запрещается посещение групп продленного дня, столовых, буфетов, массовых зрелищ, спортивных мероприятий.

Результаты наблюдения вносятся в журнал наблюдений за общавшимися, в историю развития ребенка (ф. 112/у), в медицинскую карту ребенка (ф. 026/у), а результаты наблюдения за работниками пищеблока – в журнал регистрации инфекционных заболеваний.

Текущая дезинфекция: в квартирном очаге инфекции проводится изоляция больного в отдельную комнату или отгороженную ее часть, ежедневная влажная уборка и проветривание комнаты больного, исключение контакта с детьми, ограничение числа предметов, с которыми больной может соприкоснуться, соблюдение правил личной гигиены; выделение отдельной постели, полотенца, предметов ухода, посуды; посуду и предметы ухода за больным хранят отдельно от посуды членов семьи. Грязное белье больного содержат отдельно от белья членов семьи. Соблюдение чистоты в помещениях и местах общего пользования. Рекомендуется обеззараживание белья больного и постельных принадлежностей (белья), а также посуды больного кипячением или замачиванием в дезинфицирующих растворах.

В очагах целесообразно применять физические и механические способы дезинфекции, а также использовать моюще-дезинфицирующие препараты бытовой химии, соду, мыло, чистую ветошь, стирку, глаженье, проветривание и т.д.

В ДООУ силами персонала под контролем медработника проводится дезинфекция на протяжении максимального инкубационного периода.

Заключительная дезинфекция проводится в квартирных очагах после госпитализации или излечения больного выполняется его родственниками с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моюще-дезинфицирующих средств.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового

№ п/п	Наименование
1.	Рабочее место врача с персональным компьютером и выходом в информационно-коммуникационную сеть «Интернет»
2.	Рабочее место медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-коммуникационную сеть «Интернет»
3.	Термометр медицинский
4.	Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года
5.	Сантиметровая лента
6.	Пульсоксиметр портативный
7.	Бактерицидный облучатель воздуха
8.	Ширма
9.	Пеленальный стол
10.	Весы, в т.ч. электронные весы для детей до года
12.	Ростомеры, в т.ч. для детей до года
13.	Стетфонендоскоп
14.	Шпатели
15.	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов
16.	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов

Приложение 2

Национальный календарь профилактических прививок

Возраст	Наименование и порядок проведения профилактических прививок
Новорожденные в первые 24 ч жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В
Новорожденные на 3–7-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза
1 мес	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В
2 мес	Третья вакцинация против вирусного гепатита В Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
3 мес	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Первая вакцинация против гемофильной инфекции Первая вакцинация против полиомиелита
4–5 мес	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Вторая вакцинация против гемофильной инфекции Вторая вакцинация против полиомиелита Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
6 мес	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Третья вакцинация против вирусного гепатита В Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группа риска) Третья вакцинация против полиомиелита
12 мес	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска)
15 мес	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
18 мес	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка Первая ревакцинация против полиомиелита

	Ревакцинация против гемофильной инфекции
20 мес	Вторая ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
6–7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
	Ревакцинация против туберкулеза
14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка
	Третья ревакцинация против полиомиелита
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В
Дети от 1 года до 18 лет, женщины от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	Вакцинация против краснухи
Дети с 6 мес, учащиеся 1–11-х классов	Вакцинация против гриппа
Дети от 1 года до 18 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори

Приложение 3

Примерные темы лекций и бесед для молодых родителей, проводимых в кабинете здорового ребенка

1. Уход за новорожденным.
2. Режим дня и питания кормящей матери.
3. Режим дня и его значение в воспитании ребенка.
4. Организация рационального вскармливания и питания детей первого года жизни.
5. Профилактика анемии и у детей.
6. Предупреждение рахита у детей.
7. Нарушения питания в детском возрасте и их профилактика.
8. Физическое воспитание и закаливание детей раннего возраста.
9. Воспитание гигиенических навыков у детей.
10. Профилактические прививки у детей.
11. Предупреждение простудных заболеваний у детей.
12. Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей.
13. Профилактика травматизма.
14. Болезни нервной системы и их профилактика у детей.
15. Как правильно подготовить ребенка к поступлению в дошкольное учреждение и школу.
16. Действующее законодательство в области охраны здоровья и прав женщин и детей.

Режим и питание беременной (памятка)

Для правильного развития эмбриона и плода очень важно, чтобы на протяжении всей беременности женщина соблюдала правильный режим труда, быта, активного и пассивного отдыха, строго соблюдать личную гигиену. Следует больше отдыхать, не переутомляться, чаще бывать на свежем воздухе, избегать стрессовых ситуаций и тяжелой физической работы. Необходимы ежедневные прогулки на свежем воздухе 2–3 раза в день, особенно перед сном.

Беременным рекомендуется:

- спать не менее 8 часов в сутки;
- ежедневно принимать гигиенический душ;
- обмывать грудные железы и подмывать область промежности 2 раза в день теплой водой с мылом;
- носить удобную одежду, не стягивающую живот;
- с 6 месяца беременности носить бандаж, плотно прилегающий к телу для облегчения движений и удержания ребенка в правильном положении;
- поддерживать молочные железы следует бюстгальтером из хлопчатобумажной ткани.

Можно продолжать работать и вести домашние дела, исключив тяжелые физические нагрузки. Во время прогулок избегать случайных травм.

Чтобы ребенок родился здоровым, беременной женщине необходимо отказаться от вредных привычек: курения, приема алкоголя и др.

В начале беременности у женщин часто имеет место снижение аппетита, отвращение к пище, отмечаются тошнота, рвота. В этом случае рекомендуются более частые приемы пищи небольшими порциями. После еды следует немного полежать. Во время беременности следует питаться разнообразно, но не за двоих. Во время беременности не следует резко менять свои пищевые привычки. В первой половине беременности нет необходимости ограничивать себя в питании, а во второй целесообразно уменьшить прием соли и жидкости до 3–4 стаканов в день, включая чай, молоко, суп, напитки. Это нужно для предупреждения развития отеков и повышения артериального давления.

Во второй половине беременности необходимо исключить жареную пищу, рацион должен включать в основном блюда в тушеном и отварном виде.

Очень важно обеспечение регулярного опорожнения кишечника, что обеспечивает освобождение организма от токсических продуктов. Для этого следует шире использовать в питании продукты, стимулирующие двигательную активность кишечника (хлеб из муки грубого помола, пшеничную, гречневую, перловую крупы, овощи и фрукты, в том числе свеклу, морковь, капусту, сухофрукты, соки с мякотью).

Основными источниками поступления в организм белков должны стать молоко и молочные продукты, мясо и рыба.

Следует использовать мясо молодых животных, лучше в отварном виде.

В последний триместр беременности желательно исключить бульоны, мяс-

ные и рыбные супы, потребление мяса ограничить до 3–4 раз в неделю, а в последний месяц – до 1 раза в неделю (с целью облегчения работы почек).

В первой половине беременности рыбу и мясо следует потреблять в равных количествах, но в последнем триместре необходимо исключить сушеную, вяленую и копченую рыбу.

Молоко и молочные продукты в случае хорошей переносимости можно употреблять на протяжении всей беременности, в среднем 0,5–0,8 л молока в день.

Часть сливочного масла рекомендуется заменить сметаной и включить в суточный рацион 15–30 г растительного масла.

Из круп предпочтение отдают гречневой.

В первые месяцы беременности следует ориентироваться на четырехразовое питание, во второй половине – на пятиразовое, а в последние 2 месяца – на шестиразовое. Интервалы между приемами пищи не должны превышать 4–5 часов: первый завтрак – в 7:00–8:00, второй завтрак – в 12:00, обед – в 17:00 и ужин – в 21:00. Во второй половине беременности вводится дополнительный прием пищи между вторым завтраком и обедом или после обеда, но тогда обед переносится на 14:00. Мясные и рыбные блюда лучше употреблять во время завтрака или обеда, а на ужин рекомендуются молочные и молочно-растительные блюда. На ночь следует выпивать стакан теплого молока, кефира. Необходимо избегать обильного приема пищи.

Приложение 5

Среднесуточный набор продуктов питания для беременных женщин*

Продукты	Кол-во, г/мл	Продукты	Кол-во, г/мл
Мясо, птица	170	Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5% жирности	500	Творог 9% жирности	50
		Сметана 10% жирности	15
		Сыр	15
Масло сливочное	25	Масло растительное	15
Картофель	200	Яйцо	0,5 шт.
Овощи	500	Соки	150
Фрукты свежие	300	Фрукты сухие	20
Крупы, макаронные изделия	60	Кондитерские изделия	20
Сахар	60	Чай	1
Соль	5	Кофе	3
Хлеб пшеничный	120	Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	15		

Примечание. * разработан ГУ НИИ питания РАМН, утверждены Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗ и СР РФ 16.05.2006 г. № 15-3/691-04

Результаты осмотра врачами-специалистами:
акушером-гинекологом
ЛОР
стоматологом
окулистом
терапевтом
Результаты лабораторных методов исследования
Результаты инструментальных методов исследования

Неблагоприятные условия труда исключены (да, нет), указать.
Питание: кратность приема пищи в сутки, в том числе горячей
использование в питании молока, творога, масла, мяса, овощей, фруктов
– ежедневно (да, нет)
Аллергические реакции на продукты питания
Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок (да, нет), другие факторы
риска

Заключение: Беременность № _____ срок _____ недель, желанная (да, нет).
Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий).
Прогноз гипогалактии _____ баллов: неблагоприятный (да, нет).
Группы риска ребенка

Рекомендации:
по режиму дня;
по диете (рекомендации с учетом выявленных нарушений); рекомендации с учетом выявленных фак-
торов риска;
Второй дородовой патронаж _____ дата, _____ место проведения
Подпись врача _____ *Подпись медсестры* _____

Схема второго дородового патронажа

Ф. И. О. женщины _____ Дата патронажа _____
Срок беременности _____
Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности.
Степень риска антенатальной патологии (в баллах).
Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре
Изменение условий труда.
Изменение условий быта.
Выдерживался ли правильный режим сна.
Режим питания беременной.
Мероприятия по оздоровлению: получала диетпитание, находилась в профилактории, санатории, в те-
рапевтическом стационаре, ОПБ и др., профилактика рахита, анемии.
Санация очагов инфекции.
Производится ли подготовка сосков.
Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений.
Подготовка к принятию новорожденного.

Заключение:
Риск перинатальной патологии _____ баллов (высокий, средний, низкий). Прогноз гипогалактии _____ бал-
лов: неблагоприятный (да, нет).
Группы риска ребенка
Рекомендации.

Подпись врача _____ *Подпись медсестры* _____

Приложение 7

Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для кормящих женщин (г, брутто)*

Продукты	Количество, г (мл)
Хлеб пшеничный	150
Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	20
Крупы, макаронные изделия	70
Картофель	200
Овощи	500
Фрукты	300
Соки	150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты	600
Творог 9%	50
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Масло растительное	15
Яйцо, шт.	1/2
Сыр	15
Чай	1
Кофе	3
Соль	8
Химический состав рационов	
Белки	104
в т.ч. животного происхождения, г	60
Жиры	93
в т.ч. растительного происхождения, г	25
Углеводы, г	370
Энергетическая ценность, ккал	2735

*- разработаны ГУ НИИ питания РАМН, утверждены Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 16.05.2006 г. № 15-3/691-04.

Приложение 8

Ассортимент основных пищевых продуктов, рекомендованных для беременных и кормящих женщин*

Группы продуктов	Ассортимент
Мясо и мясопродукты	- все виды мяса нежирных сортов (говядина, свинина, баранина, кролик и др.) - мясо птицы – цыплята, курица, индейка и др. - субпродукты не чаще 1 раза в неделю
Молоко и молочные продукты	- молоко 2,5% - 3,2% жирности пастеризованное, стерилизованное - сметана 10–15% жирности - йогурты молочные - кефир, ряженка, простокваша, варенец, бифидок и другие кисломолочные напитки промышленного выпуска - творог промышленного выпуска 5-9% жирности - сыры неострых сортов
Пищевые жиры	- сливочное масло. - растительные масла (подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое и др.)
Картофель	
Овощи все виды	в том числе в замороженном и консервированном виде (кукуруза сахарная, зеленый горошек)
Фрукты все виды, ягоды	в том числе в замороженном виде, сухофрукты
Яйца	в виде омлетов; в вареном виде, в составе блюд
Хлеб и хлебобулочные изделия.	предпочтителен многозерновой, с добавлением отрубей, цельных зерен.
Напитки	- компот, кисель, морс, сок - чай - некрепкий кофе
Кондитерские изделия	с низким содержанием жиров и сахара

*- Никитюк Д.Б., Батулин А.К., Конь И.Я. и соавт. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей. Мет. рекомендации, 2016 г., 23 с.

Приложение 9

Наборы продуктов, включаемые в рацион питания беременных и кормящих женщин*

Группы продуктов	Количество продуктов в 1 порции	Количество условных порций
Хлеб, зерновые, картофель	Хлеб пшеничный 1 кусок	3
	Хлеб ржано-пшеничный 1 кусок	2
	Картофель для приготовления супов 1/4 тарелки	1
	Картофель для приготовления гарнира 1 тарелка	1
	Каша молочная 1 тарелка	1
	Каша гарнир 1 тарелка	1
	Макаронные изделия как гарнир 1 тарелка	1
	Всего по группе	6-8
Овощи	Салат из свежих или отварных овощей 1/2 тарелки	1
	Овощной гарнир 1 тарелка	1
	Овощи для сложного гарнира 1/2 тарелки	1
	Овощи для приготовления супов 1/4 тарелки	1
	Всего по группе	3-5
Фрукты	Яблоки, груши 1шт.	2-3
	Соки 1 стакан или	1
	Компот из свежих фруктов, сухофруктов 1 стакан	1
	Всего по группе	2 – 4
Молочные продукты	Молоко для приготовления каш 1/2 стакана	1/2
	Молоко для приготовления напитков 1/2 стакана	1/2
	Кефир или кисломолочный напиток 1 стакан	2 - 3 (2 для беременных и 3 для кормящих женщин)
	Творог для приготовления блюд (запеканки, пудинги) 120-140 г; в натуральном виде – 100-120 г 3-4 раза в неделю	1
	Сыр 1 кусочка по 15 г	1
	Сметана жирности 1 десертная ложка в супы, блюда	1
	Всего по группе	4/5
Мясо, рыба, яйца	Мясо 85-90 г (нетто, в готовом виде); 110-120г (брутто, в сыром виде) или грудка куриная	1
	Рыба 1/2 порционной тарелки 3-4 раза в неделю	1
	Яйцо 1 шт. 3-4 раза в неделю	1
	Всего по группе	2-3
Жиры и масла	Масло растительное 15 г в салаты, гарниры, выпечку и блюда	1
	Масло сливочное 25 г в натуральном виде на хлеб, в каши, гарниры, выпечку и блюда	1
	Всего по группе	2-3
Сахар и кондитерские изделия	Сахар до 60 г, печенье, конфеты, варенье –30 г (3 печенья, 3 конфеты, 2 столовые ложки варенья)	1

* - Никитюк Д.Б., Батурин А.К., Конь И.Я. и соавт. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей. Методические рекомендации, 2016 г., 23 с.

Приложение 10

Примерные возрастные режимы детей раннего возраста (Доскин В. А., Рахманова М. Н., 1993)

Возраст	№ режима	Бодрствование, ч	Сон			
			Дневной сон		Ночной, ч	Общая длительность сна, ч
			Кратность	Длительность, ч		
до 3 мес	1	1-1,5	4	2-1,5	10-11	18,5-17,5
3-6 мес.	2	1,5-2	4	2-1,5	10-11	17,5-16,5
6-9 мес.	3	2-2,5	3	2-1,5	10-11	16,5-15,5
9-12 мес.	4	2,5-3,5	2	1-й - 2,5 2-й - 2-1,5	10-11	15,5-14,5
1-1,5 года	5	3,5-4	2	1-й - 2,5-2 2-й - 1,5-1	10-11	14,5-13,5
1,5-2 года	6	5-5,5	1	3	10-11	14,5-13
2-3 года	7	5,5-6,5	1	2,5-2	10	13-12

Приложение 11

Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение N 1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н)

№ п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию (в случае отсутствия сведений о его проведении) Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
2.	1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов

			Эхокардиография Нейросонография Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
3.	2 месяца	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
4.	3 месяца	Педиатр Травматолог-ортопед	Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)
5.	4 месяца	Педиатр	
6.	5 месяцев	Педиатр	
7.	6 месяцев	Педиатр	
8.	7 месяцев	Педиатр	
9.	8 месяцев	Педиатр	
10.	9 месяцев	Педиатр	
11.	10 месяцев	Педиатр	
12.	11 месяцев	Педиатр	
13.	12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография
14.	1 год 3 месяца	Педиатр	
15.	1 год 6 месяцев	Педиатр	
16.	2 года	Педиатр Детский стоматолог Психиатр детский	Скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития
17.	3 года	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Детский уролог-андролог (в отношении мальчиков)	Общий анализ крови Общий анализ мочи
18.	4 года	Педиатр Детский стоматолог	
19.	5 лет	Педиатр Детский стоматолог	
20.	6 лет	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Детский уролог- андролог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Эхокардиография Электрокардиография

		(в отношении мальчиков) Детский эндокринолог	
21.	7 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Офтальмолог Оториноларинголог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
22.	8 лет	Педиатр Детский стоматолог	
23.	9 лет	Педиатр Детский стоматолог	
24.	10 лет	Педиатр Невролог Детский стоматолог Детский эндокринолог Травматолог-ортопед Офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
25.	11 лет	Педиатр Детский стоматолог	
26.	12 лет	Педиатр Детский стоматолог	
27.	13 лет	Педиатр Детский стоматолог Офтальмолог	
28.	14 лет	Педиатр Детский стоматолог Детский уролог-андролог (в отношении мальчиков) Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Психиатр подростковый	
29.	15 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог-андролог (в отношении мальчиков) Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Психиатр подростковый	Общий анализ крови Общий анализ мочи Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Электрокардиография
30.	16 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог- андролог (в отношении мальчиков) Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог	Общий анализ крови Общий анализ мочи

		Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Психиатр подростковый	
31.	17 лет	Педиатр Детский хирург Детский стоматолог Детский уролог-андролог (в отношении мальчиков) Детский эндокринолог Невролог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог (в отношении девочек) Психиатр подростковый	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография

Приложение 12

Патронаж ребенка 1,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка.
3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим № 1), как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие – удерживает ли голову в положении на животе, поворачивает ли голову в сторону звука, улыбается ли при обращении к нему взрослых, издает ли отдельные звуки, осуществляет ли рефлексорный захват игрушки, вложенной в руку; удлиняется ли время бодрствования ребенка.
7. Напомнить о необходимости физического воспитания (комплекс № 1) и закаливания ребенка. Оценить умение матери выполнять данный комплекс.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 1, развивать умение держать голову, выполнять гимнастический комплекс № 1.
3. Беседа о подборе игрушек и их значении.

Патронаж ребенка 2,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания поме-

щения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?

3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка, профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.

4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 1, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе?

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие – начинает ли опираться на предплечья и локти, лежа на животе, увеличилось ли время удерживания головы в положении ребенка на животе и в вертикальном положении, делает ли он попытки поворота со спины на бок, увеличивается ли объем его движений, появляется ли редкий смех при обращении к нему взрослых, тянется ли к игрушке, есть ли редкое гуление?

7. Выполняют ли гимнастический комплекс № 1 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 1, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, продолжить выполнять гимнастический комплекс №1.

3. Напомнить о профилактическом осмотре в 3 мес. и прививке АКДС, против полиомиелита, вирусного гепатита В.

Патронаж ребенка 3,5 месяцев

1. Изменения самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка?

3. Выполняются ли назначения врача: по вскармливанию ребенка (введен ли сок, как переносит его ребенок), профилактике рахита, гипотрофии, анемии, гипогалактии.

4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 3, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе игрушек и их значении.

5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?

6. Психомоторное развитие – упирается ли ладошками, лежа на животе, начинает ли приподнимать голову из положения на спине, хорошо ли опирается на ноги при поддержке под мышки, умеет ли поворачиваться со спины на живот, тянется ли к игрушкам, может ли брать игрушку и подносить ее ко рту, вы-

ражен ли комплекс оживления при появлении матери, взрослых, усиливается ли гуление?

7. Выполняют ли гимнастический комплекс № 2 и закаливание ребенка.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Напомнить о необходимости и правилах введения фруктового пюре в 3,5 месяца.
3. Советы по воспитанию: соблюдать режим № 3, развивать у ребенка умение держать голову лежа и в вертикальном положении, захватывать игрушку, стимулировать развитие гуления, положительных эмоций, выполнять гимнастический комплекс № 2.

Патронаж ребенка 4,5 месяцев

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Выполнение гигиенических требований в отношении содержания помещения, белья, посуды, игрушек. Правильно ли одевают ребенка? Организован ли манеж?
3. Выполняются ли назначения врача по вскармливанию ребенка: часы кормления, коррекция питания, введение первого прикорма? Правильно ли мать готовит первый прикорм? Как ребенок привыкает к прикорму?
4. Организация режима и воспитания: организован ли правильный режим сна и бодрствования № 2, как подвешиваются игрушки, проводит ли ребенок часть бодрствования на животе? Сколько спит на воздухе? Беседа о подборе игрушек и их значении.
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие: узнает ли близких, тянется ли к предметам, поворачивается ли со спины на живот (к 5 мес.), упирается ли на вытянутые руки, лежа на животе, гулит ли певуче, «агукает», произносит ли звуки, захватывает и ощупывает игрушку, придерживает ли грудь матери или бутылочку при кормлении?
7. Напомнить о прививке АКДС и против полиомиелита в 4,5 месяца.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Советы по воспитанию: соблюдать режим №2, развивать умение захватывать игрушку – кольцо с шариками, подвешенные низко над грудью, развивать ориентацию по звуку, окликав ребенка, с разных сторон, развивать подражание – тянуть гласные, приучать к опрятности – поддерживать над тазиком или горшком в определенные часы, с целью обеспечения правильного развития позвоночника ни в ком случае не сажать ребенка, дольше оставлять ребенка в положении на животе – подготовка к ползанию, гимнастические упражнения комплекса № 2.

3. Беседа о значении прикорма.

Патронаж ребенка 5,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.
3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли и как готовится второй прикорм? Как ребенок его переносит?
4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 2. Как организовано занятие с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводятся ли воздушные ванны, обливания ребенка? Беседа о закаливании.
5. Оценка состояния ребенка: общее состояние, кожа, слизистые, состояние костной системы. Нет ли признаков рахита, анемии, недостаточности питания, атопического дерматита?
6. Психомоторное развитие: а) удерживает игрушку в руке; б) переворачивается, устойчиво стоит при поддержке; в) певуче гулит.
7. Проверка правильности выполнения комплекса № 3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?
2. Обучить мать приготовлению второго прикорма.
3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 2; б) проводить воздушные ванны во время пеленания и массажа; в) использовать игрушки, удобные для захватывания, яркие погремушки, звучащие игрушки – колокольчики, звоночки; г) стимулировать ползание, укладывая ребенка на живот и помещая перед ним игрушки; д) чаще разговаривать с ребенком, вызывая ответные звуки, выработать реакцию на слово «нельзя»; е) продолжать приучать к опрятности, есть с ложки, вкладывая ложку в рот ребенку; ж) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.
4. Обучить мать методике проведения воздушных ванн, обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды – 34–35°C), солнечных ванн (в летнее время).

Патронаж ребенка 6,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.
2. Проверка выполнения гигиенических требований.
3. Как выполняются назначения врача по питанию? Введен ли яичный желток? Как ребенок его переносит? Даются ли сухарики и печенье?
4. Организация режима и воспитания. Организация режима № 3. Развивается ли у ребенка ползание? Имеются ли для этого условия? Как организованы занятия с игрушками? Сколько часов спит на открытом воздухе? Проводится ли закаливание?
5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.
6. Психомоторное развитие: а) переключивание игрушки из руки в руку; б)

переворачивается, ползает; в) произношение отдельных слогов – начало лепета; г) реагирует на свое имя; д) хорошо ест с ложки, пытается пить из чашки.

7. Проверка, правильно ли выполняются гимнастические упражнения комплекса № 3.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. Объяснить матери необходимость дачи яичного желтка. Рассказать о значении более твердой пищи (печенье, сухарики) для развития зубов.

3. По воспитанию: а) соблюдать режим № 3; б) разнообразить набор игрушек: показывать звучащие (крупные и яркие петух, собака и др.), двигающиеся заводные волчки; лягушки и пр.; в) стимулировать ползание, выкладывая игрушки перед ребенком; г) чаще разговаривать с ребенком, вызывая подражание слогам «ма-ма», «па-па», что стимулирует лепет; д) продолжать приучать к опрятности; е) выполнять гимнастические упражнения комплекса № 3.

4. Продолжать закаливание, обучить мать методике проведения обливаний после общей гигиенической ванны (температура воды – 34–35°C).

Патронаж ребенка 7,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введено ли мясное пюре? Правильно ли оно готовится? Приучается ли ребенок к питью из чашечки? Дается ли корочка хлеба в руку?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования (режим № 3)? Организован ли сон на свежем воздухе? Выполняются ли советы по воспитанию? Проводится ли закаливание воздушными ваннами?

5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.

6. Психомоторное развитие – хорошо ползает, при обращении взрослого к ребенку с вопросом «где лежит...?» он находит предметы, по-разному действует с игрушкой – стучит, размахивает, подолгу лепечет.

7. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные дефекты ухода и воспитания?

2. По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложечки, поить из чашки. Обучить мать приготовлению мясного фарша. Провести беседу о сроках хранения пищи для ребенка.

3. По воспитанию: соблюдение режима № 3; часы бодрствования проводить в кроватке-манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения – колготки, шортики, пинетки, башмачки.

4. Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки,

крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.

5. Стимулировать развитие речи: переключка слогами: «ма-ма», «па-па», развивать понимание речи – учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».

6. Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание – «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к вставанию, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.

7. Продолжать приучать к опрятности, к горшку (в определенные часы).

8. Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на воздухе.

9. Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж ребенка 8,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка и матери в течение прошедшего времени.

2. Проверка выполнения гигиенических требований.

3. Выполняются ли назначения врача по питанию? Введен ли третий прикорм? Приучается ли ребенок к питью из чашечки с самостоятельной поддержкой ее? Дается ли корочка хлеба в руку?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 3? Выполняются ли советы по воспитанию?

5. Оценка общего состояния ребенка, состояния кожи, слизистых, костной системы, зубов.

6. Психомоторное развитие – умеет ли вставать, садиться, ложиться, понимание речи – находит ли предметы на вопрос «где?», выполняет ли «ладушки», «дай ручку». Когда, в каком возрасте появились эти умения?

7. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. Как исправить обнаруженные недочеты?

2. По питанию: выполнять назначения врача, правильно готовить новые блюда для ребенка. Кормить из ложечки, поить из чашки. Во время кормления сажать ребенка на специальный стульчик с высокой спинкой, подлокотниками и подставкой для ног.

3. По воспитанию: режим № 3; часы бодрствования проводить в кроватке/манеже. Использовать одежду, не стесняющую движения – колготки, шортики, пинетки, башмачки.

4. Использовать игрушки: мячи, и игрушки для катания, кубики, палочки, крупные, яркие звучащие игрушки (кукла, петух, собака и др.), легко открывающиеся коробочки.

5. Стимулировать развитие речи: переключка слогами «ма-ма», «па-па»; раз-

вивать понимание речи – учить находить предметы на привычных местах, задавая вопрос «где лежит ...?».

6. Показывать действия с предметами и сочетать речь с действиями. Учить ребенка выполнению действий, подкрепляя слово показом и помогая ребенку выполнить задание – «ладушки», «дай ручку», «до свидания». Побуждать ребенка к ходьбе с опорой, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая.

7. Продолжать приучать к опрятности, высаживать ребенка на горшок в одно и то же время на 3 минуты, приучать проситься на горшок.

8. Организовать в часы бодрствования (помимо сна) прогулки на свежем воздухе.

9. Продолжать выполнять комплекс гимнастических упражнений № 4 и закаливание.

Патронаж ребенка 9,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.

2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?

3. Правильно ли организовано питание ребенка, разнообразно ли оно, как приготавливаются новые виды пищи (овощное и картофельное пюре, фрикадельки и др.)?

4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.

5. Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка. Проводится ли закаливание?

6. Психомоторное развитие – научился ли ребенок ходить с опорой, совершать разные действия с предметами в зависимости от их свойств, повторять ли за взрослым слоги, пить ли из чашки, придерживая ее руками, спокойно относиться к высаживанию на горшок.

7. Правильно ли подобраны игрушки?

8. Проверка правильности выполнения гимнастических упражнений комплекса № 4.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.

2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Развивать активную и понимаемую речь, учить ребенка выполнять инструкции – «дай игрушку». Стимулировать ходьбу с опорой.

3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекладывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.

4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр. Провести беседу о профилактике травматизма.

5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 4 изакаливание. Обучить мать методике проведения сухих и влажных обтираний.

Патронаж ребенка 10,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Как организован ночной сон ребенка?
5. Выполняются ли советы по воспитанию?
6. Психомоторное развитие – научился ли ребенок самостоятельно выполнять разученные действия, влезать на диван, выполнять действия и движения по просьбе взрослого (игра в прятки), произносить слоги, подражая взрослому.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки.
3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, мисочки для перекладывания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.
4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.
5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронаж ребенка 11,5 месяцев:

1. Изменение самочувствия ребенка, его сон, аппетит.
2. Гигиена ребенка: моются ли ему руки, просится ли он на горшок?
3. Правильно ли организовано питание ребенка и как приготавливаются новые виды пищи?
4. Организован ли правильный режим сна и бодрствования № 4? Выполняются ли советы по воспитанию? Организация сна ребенка.
5. Сколько времени гуляет и спит на воздухе? Организация ночного сна ребенка.
6. Психомоторное развитие – делает ли первые самостоятельные шаги, произносит ли первые слова, делает ли обобщения в понимаемой речи.

Советы:

1. По питанию – разнообразить меню.
2. По режиму сна и бодрствования – режим № 4. Стимулировать речь активную и понимаемую. Показывать картинки. Побуждать ребенка ходить без опоры, подманивая яркой игрушкой, подзывая к себе и немного помогая. Побуждать к целевому действию с предметами – вложить мелкие предметы в большие по размеру, открыть и разобрать матрешку, сложить и разобрать кубики.
3. Вводить новые игрушки – пирамидки с кольцами, кубики, ведерки, ми-

сочки для переключивания мелких предметов, шарики для катания, небольшую куклу для разучивания с ней отдельных действий качать, кормить и т.д., матрешка.

4. Убрать все опасные предметы из мест, доступных ребенку. Не давать острые и мелкие предметы для игр.

5. Продолжать комплекс гимнастических упражнений № 5 и закаливание.

Патронажи детей с 1-го до 2-х лет

Детей второго года жизни, не посещающих дошкольные учреждения, следует патронировать 4 раза в год в следующие возрастные промежутки:

– 12–15 мес.

– 15–18 мес.

– 18–21 мес.

– 21–24 мес.

При посещении медицинская сестра осуществляет:

- 1) контроль за питанием, соблюдением режима дня, временем пребывания на свежем воздухе;
- 2) контроль психомоторного развития;
- 3) проводит беседы с родителями на темы воспитания (физического, психомоторного), закаливания и предупреждения инфекционных заболеваний (ОКИ, ОРВИ, глистных инвазий), по профилактике травматизма.

Ситуационные задачи

Задача 1

Участковая медицинская сестра осуществляет первый дородовый патронаж. Срок беременности 14 недель. Мать 26 лет, образование высшее, учитель начальных классов, работает в городской средней школе. Профессиональный вредности – эмоциональные нагрузки. Муж 27 лет. Образование высшее, инженер, работает на заводе. Профессиональные вредности производственный шум. Брак зарегистрирован. Имеется старший ребенок, мальчик. 3 года. Имеется бабушка по линии матери, 56 лет, пенсионерка, возможна помощь в уходе за ребенком. Психологический микроклимат семьи: родственники знают о наличии беременности, ребенок желанный, отношения с мужем дружные; отношения с родителями – взаимопонимание. Вредные привычки женщины отсутствуют, муж курит 1 пачку сигарет в день. Бытовые условия, гигиена жилища 2-комнатная квартира, 40 кв.м, со всеми удобствами, в квартире чисто. Материальная обеспеченность достаточная. Мать встала на учет в женскую консультацию в 12 недель гестации.

Вопросы

1. Дайте рекомендации по режиму труда и отдыха женщине в первой половине беременности.
2. Дайте рекомендации по питанию женщине в первой половине беременности.

Эталон ответа

1. Соблюдать правильный режим труда, быта, активного и пассивного отдыха, строго соблюдать личную гигиену. Следует больше отдыхать, не переутомляться, чаще бывать на свежем воздухе, избегать стрессовых ситуаций и тяжелой физической работы. Необходимы ежедневные прогулки на свежем воздухе 2–3 раза в день, особенно перед сном. Спать не менее 8 часов в сутки, выделять 1-1,5 часа днем для сна/отдыха. Ежедневно принимать гигиенический душ. Обмывать грудные железы и подмывать область промежности 2 раза в день теплой водой с мылом. Носить удобную одежду, не стягивающую живот. Избегать тяжелые физические нагрузки. Во время прогулок избегать случайных травм.

2. В первой половине беременности нет необходимости ограничивать себя в питании. Во время беременности следует питаться разнообразно, но не за двоих. Следует шире использовать в питании хлеб из муки грубого помола, пшеничную, гречневую, перловую крупы, овощи и фрукты, в том числе свеклу, морковь, капусту, сухофрукты, соки с мякотью. Ежедневно употреблять молоко и молочные продукты, мясо и рыба. В первые месяцы беременности следует ориентироваться на четырехразовое питание, интервалы между приемами пищи не должны превышать 4–5 часов: первый завтрак – в 7:00–8:00, второй завтрак – в 12:00, обед – в 17:00 и ужин – в 21:00. Мясные и рыбные блюда лучше употреблять во время завтрака или обеда, а на ужин рекомендуются молочные и молочно-растительные блюда. На ночь следует выпивать стакан теплого молока, кефира. Необходимо избегать обильного приема пищи.

Задача № 2

Участковая медицинская сестра осуществляет второй дородовый патронаж. Срок беременности 29 недель. Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре: выполнены частично. Изменение условий труда не проведено. Изменение условий быта не проведено. Режим дня не соблюдает. Режим питания беременной соблюдает. Не производится подготовка груди к лактации. Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений - удовлетворительное. Создается уголок новорожденного.

Вопросы

1. Дайте рекомендации по питанию женщине во второй половине беременности.
2. Какие советы Вы должны дать матери по организации уголка новорожденного?

Задача 3

Участковая медицинская сестра пришла в патронаж к новорожденному ребенку на 7 день жизни. Мама ребенка обратилась за советом.

Вопросы

1. Как купать ребенка в периоде новорожденности?
2. Когда можно начинать гулять с ребенком?

Эталон ответа

1. Купание ежедневное, срок начала проведения гигиенической ванны определяет врач. Если купание назначено, но пупочная ранка пока полностью не зажила, то купание проводится в кипяченой воде. Используют специальную детскую ванночку, предназначенную только для купания ребенка, хранят ее в чистом месте, перед использованием моют с мылом, а затем ополаскивают горячей водой. Температура воды для купания — 37°C, температура воздуха в ванной комнате — не ниже 22°C. Купать лучше вечером (в интервале 19-20 час). Продолжительность ванны 5-7 минут. Мыло используют не чаще 1-2 раза в неделю, намыливание производят на «рукавичку», комок ваты или мягкой ткани, на руку. На последнем этапе проводят обливание водой, температура которой на 1°C ниже температуры воды в ванночке – элемент закаливания. Обсушивание проводят промокательными движениями, затем обрабатывают естественные складки, пеленают и кормят ребенка.

2. В летнее время новорожденного можно выносить на прогулку практически сразу после выписки из роддома (на 2-3 день), вначале на 20-40 мин, затем быстро увеличивая время пребывания на свежем воздухе до 6-8 час в день. Зимой детей впервые выносят на улицу в возрасте 2-3 недели при температуре воздуха не ниже -10 °C, начиная с 15-20 мин и постепенно доводя это время до 1,5-2 часа 2 раза в сутки (подход осуществляют индивидуально, с учетом погоды).

Тестовые задания для самоконтроля знаний

1. *Детская поликлиника (ДП) обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям:*

- а) от момента выписки из родильного дома до 14 лет
- б) от момента выписки из родильного дома до 18 лет
- в) от момента выписки из родильного дома до 15 лет

2. *Количество детей на педиатрическом участке должно быть не более:*

- а) не более 800
- б) не более 1000
- в) не более 500

3. *Первый дородовой патронаж проводят в сроки:*

- а) 10–12 дней с момента постановки беременной на учет
- б) через 1–2 месяца с момента постановки беременной на учет
- в) 32 недели беременности.

4. *Второй дородовой патронаж проводят в сроки:*

- а) 10–12 дней с момента постановки беременной на учет
- б) через 3–4 месяца с момента постановки беременной на учет
- в) 32 недели беременности.

5. *Предпочтительная частота приемов пищи у женщины в период кормления грудью составляет:*

- а) 5-6 раз в сутки
- б) 7-8 раз в сутки
- в) 3-4 раза в сутки

6. *Беременной следует спать не менее:*

- а) 6 ч в сутки
- б) 10 ч в сутки
- в) 8 ч в сутки

7. *Первичный врачебно-сестринский патронаж здорового новорожденного проводят:*

- а) в 1-е сутки после выписки из родильного дома
- б) на 2-е сутки после выписки из родильного дома
- в) первые 7 суток после выписки из родильного дома

8. *Оптимальная температура воды для купания новорожденного:*

- а) 36–36,5 °С
- б) 37–37,5 °С
- в) 38–39 °С

9. *Доношенного новорожденного необходимо купать*

- а) через 10 дней после выписки из родильного дома

- б) с 1-го дня после выписки из родильного дома
- в) через 1 месяц после выписки из родильного дома

10. Кормящая женщина должна употреблять жидкость в количестве:

- а) не менее 1 л
- б) не более 1 л
- в) не менее 2 л

11. В летнее время года с доношенным новорожденным необходимо гулять:

- а) с 20-го дня после выписки из родильного дома
- б) с 1-го дня после выписки из родильного дома
- в) с 10-го дня после выписки из родильного дома

12. Новорожденный должен находиться в помещении с температурным режимом:

- а) 17–19 °С
- б) 25–28 °С
- в) 20–22 °С

13. Первый дородовый патронаж выполняется

- а) медсестрой и врачом
- б) медсестрой
- в) врачом

14. Второй дородовый патронаж к беременной женщине выполняется

- а) медсестрой и врачом
- б) медсестрой
- в) врачом

15. Патронажи к новорожденному участковая медицинская сестра выполняет

- а) до 14 дня жизни ежедневно, затем на 21, 28 день жизни
- б) в течение 14 дней после выписки
- в) 1 раз в неделю

16. Частота профилактических осмотров в поликлинике детей грудного возраста

- а) не реже одного раза в месяц
- б) ежеквартально
- в) два раза в год

17. Современные рекомендации по уходу за пуповинным остатком

- а) сухое ведение пуповинного остатка
- б) применение антисептических средств (70 град. спирт, 3% р-р перекиси водорода)
- в) применение бриллиантового зеленого

18. Полость рта здоровому ребенку

- а) обрабатывают ватным шариком, смоченным водой
- б) обрабатывают марлевым шариком, смоченным водой
- в) не обрабатывают

19. Частота кормления новорожденному на грудном вскармливании

- а) по требованию
- б) каждые 3 часа
- в) каждые 3,5 часа

20. *Оптимальная температура воды для купания новорожденного:*

- а) 36 – 36,5°C
- б) 37 – 3,5°C
- в) 38 – 39°C

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1 – б, 2 – а, 3 – а, 4 – в, 5 – а, 6 – в, 7 – а, 8 – б, 9 – б, 10 – в, 11 – б, 12 – в, 13 – а, 14 – а, 15 – а, 16 – а, 17 – а, 18 – в, 19 – а, 20 – б

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Запруднов А. М., Григорьев К. И. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике: учебное пособие / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2015. – 512 с.
2. Сестринское дело в педиатрии : учебное пособие для студентов факультетов высшего сестринского образования : [гриф] УМО / Н. И. Аверьянова [и др.]. - Ростов н/Д : Феникс, 2007. - 320 с.
3. Тульчинская В. Д. Сестринское дело в педиатрии : учебное пособие для средних медицинских и фармацевтических заведений : [гриф] МЗ РФ / В. Д. Тульчинская, Н. Г. Соколова, Н. М. Шеховцова ; под общ. ред. Р. Ф. Морозовой. - 12-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2009. - 383 с. : ил. - (Медицина).

Дополнительная

1. Педиатрия. Основы ухода за больными: учебник /под ред. А.С. Калмыковой – М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. – 320 с.
2. Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике : учеб. пособие / Л. А. Жданова [и др.] – Иваново: ФГБОУ ИвГМА Минздрава России, 2019. – 304 с.
3. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, (4-е издание, переработанное и дополненное), – М., 2019. – 206 с.
4. Никитюк Д.Б., Батурин А.К., Конь И.Я. и соавт. Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей. Методические рекомендации, 2016 г, 23 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (с изменениями и дополнениями)
6. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»
7. Приказ Минздрава РФ от 11.03.2014 г. № 125 н (в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.06.2016 N 370н, от 13.04.2017 N 175н) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
8. Уход за кожей новорожденного ребенка: Научно-обоснованные методические рекомендации. – Изд. 1-е, М., 2016. – 66 с.
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010г №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

Учебное издание

Редактор Л.А. Жданова

Подписано в печать¹⁶ Формат 60×84 1/16 .
Уч.-изд. л. 4,6 Тираж 100 экз. Заказ №

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел.: (4932) 30-02-28
E-mail: kafedrak@mail.ru