

ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
г. МОСКВЫ

ВРАЧЕБНЫЙ
КОНТРОЛЬ
ЗА ЗДОРОВЬЕМ
РЕБЕНКА

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ВРАЧА-ПЕДИАТРА

МОСКВА
2008

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ РЕБЕНКА

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ВРАЧА-ПЕДИАТРА

МОСКВА - 2008

УДК 616-053.31(035)

ББК 57.3я22

В81

Авторский коллектив:

д.м.н. Блохин Б.М., д.м.н. Дегтярев Д.Н., д.м.н. Десягин В.М.,
д.м.н. Ильенко Л.И., к.м.н. Качалова О.В., Кисина А.Г.,
академик РАЕН, д.м.н. Конь И.Я., д.м.н. Корсунский А.А., д.м.н. Курцер М.А.,
д.м.н. Лешкевич И.А., к.м.н. Лукина Л.И., к.м.н. Новокшенов А.А.,
член-корр. РАМН, д.м.н. Румянцев А.Г., к.м.н. Тимакова М.В.,
академик РАМН, д.м.н. Учайкин В.Ф., д.м.н. Шамшева О.В., к.м.н. Шунгарова З.Х.

В81

Врачебный контроль за здоровьем ребенка:

Настольная книга врача-педиатра/

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора М.А. Курцера,
члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук,
профессора А.Г. Румянцева. 2-е изд., перераб. и доп. —
М.: Редакция журнала «Круг жизни», 2008. — 376 с.

ISBN 978-5-9900919-2-4

В первой части справочника представлены сведения о принципах диспансеризации новорожденных и диспансерного и катамнестического наблюдения детей с врожденной и перинатальной патологией. Приведены рекомендации по грудному и искусственному вскармливанию. Подробно описаны инфекции у детей первого года жизни и вакцинопрофилактика. Выделен раздел, посвященный неотложной медицинской помощи детям на первом году жизни.

Во второй части справочника представлен актуальный в современных условиях раздел о принципах бесед врача-педиатра с родителями, приведены рекомендации по диагностике иммунодефицитов в условиях педиатрического участка. Особое внимание уделено росту и развитию детей от 2 до 6 лет.

Все разделы переработаны и дополнены по сравнению с предыдущим изданием.

Справочник подготовлен Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Для врачей всех специальностей.

ISBN 978-5-9900919-2-4

© Редакция журнала «Круг жизни», 2008



Дорогие друзья!

С чувством глубокого удовлетворения представляю читателям эту интересную и полезную книгу. Ведь она о самом дорогом — о нашем будущем, о грядущих успехах и процветании родной земли, завтрашнем дне нашей столицы и России.

Как слабый росток цветка изо всех сил тянется к солнечному лучу и крепнет в его согревающем тепле, так и самые маленькие наши современники, годовалые малыши, крохи-мальчики и крохи-девочки, нуждаются в нашей повседневной ласке и заботе. И мы не вправе оставлять семьи и родителей наедине порой с непростыми проблемами их детей. Общество, государство обязаны быть надежной опорой взросления детей, укрепления их здоровья и развития.

Действующие в настоящее время программы Правительства Москвы по проблемам здоровья детей нацелены на то, чтобы гарантировать каждому ребенку бесплатное медицинское обслуживание — ежегодную диспансеризацию, профилактику детских болезней, оказание высококвалифицированной медицинской помощи и реабилитации. А это значит, что приоритет в осуществлении этих программ отдается обеспечению полноценной работы всех лечебно-профилактических учреждений столицы, медицинского персонала.

Мы обязаны всеми имеющимися у нас возможностями способствовать повышению в обществе авторитета врачей-педиатров, тех, кто согревает малышей своим сердцем, полным любви к своей благородной профессии, к своим маленьким пациентам. Эти замечательные люди всегда спешат делать добро и находятся там, где требуется их участие, сострадание и помощь.

Правительством Москвы был поддержан выпуск нового издания книги «Врачебный контроль за здоровьем ребенка», поскольку мы убеждены, что она станет хорошим подспорьем в работе педиатров, ежедневно стоящих на страже здоровья нашего подрастающего поколения.

**Первый заместитель Мэра Москвы
в Правительстве Москвы**

Л.И. Швецова

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Блохин Борис Моисеевич, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой поликлинической педиатрии РГМУ

Дегтярев Дмитрий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии РГМУ, главный неонатолог Департамента здравоохранения г. Москвы

Деягин Василий Михайлович, доктор медицинских наук, член корреспондент РАЕН, заведующий отделом педиатрии и реабилитации детей и подростков ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Росздрава», профессор кафедры поликлинической педиатрии Московского факультета РГМУ

Ильенко Лидия Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, декан Московского факультета РГМУ, главный детский специалист по традиционным методам лечения Департамента здравоохранения г. Москвы

Качалова Ольга Васильевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней Московского факультета РГМУ

Кисина Анна Григорьевна, заведующая Детским сурдологическим консультативно-диагностическим центром г. Москвы ДГП № 80

Конь Игорь Яковлевич, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор, главный детский диетолог Департамента здравоохранения г. Москвы

Корсунский Анатолий Александрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской анестезиологии и реаниматологии факультета усовершенствования врачей РГМУ

Курцер Марк Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ, главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения г. Москвы, главный врач Центра планирования семьи и репродукции человека

Лешкевич Иван Александрович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор

Лукина Любовь Ипполитовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней РГМУ

Новокшенов Алексей Амосович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекций педиатрического факультета РГМУ

Румянцев Александр Григорьевич, член-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической гематологии, онкологии и иммунологии РГМУ, директор ФГУ «Федеральный научно-клинический центр гематологии, онкологии и иммунологии» Росздрава, главный педиатр Департамента здравоохранения г. Москвы

Тимакова Мария Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии РГМУ

Учайкин Василий Федорович, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детских инфекций педиатрического факультета РГМУ

Шамшева Ольга Васильевна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детских инфекций и вакцинопрофилактики Московского факультета РГМУ

Шунгарова Зарета Хасановна, кандидат медицинских наук, врач высшей категории

ПРЕДИСЛОВИЕ



Сегодня врач-педиатр находится в уникальной ситуации: в результате тесных долговременных взаимоотношений с маленькими пациентами и их семьями он своевременно реагирует на специфические проблемы той или иной семьи. Не секрет, что за советом родители обращаются к своему педиатру. Для того чтобы врачи могли на высоком уровне выполнять свою работу, им требуется квалифицированная информационная поддержка.

Большое значение в работе педиатра имеет профилактическая работа с родителями. Врач, наблюдающий за здоровьем ребенка, должен быть в курсе всех событий семьи: знать о том, как проходили роды, как осуществляется ежедневный уход за ребенком, как он ведет себя, чем питается. Не менее важной является поддержка развития и здоровья путем четкого выполнения рекомендаций врача-педиатра по рациональному вскармливанию и режиму дня, своевременной вакцинопрофилактике. Педиатр должен помочь родителям понять, в чем их ребенок схож с другими детьми, и чем от них отличается, какое влияние на рост и развитие формирующегося организма оказывает окружающая среда.

Важным фактором взаимодействия родителей и педиатра по сохранению здоровья ребенка, по нашему мнению, является «Паспорт здоровья ребенка». Семья, врач, педагог — каждый по-своему помогает ребенку вырасти физически и психически здоровым. В «Паспорте здоровья ребенка» содержится информация не только для медицинских работников, но и педагогов, даются рекомендации по физическому воспитанию, питанию, профилактике вредных привычек, предотвращению детского травматизма. Кроме того, специалистами Департамента здравоохранения города Москвы подготовлена серия руководств по профилактической работе для участковых врачей — врачей-педиатров. Данную книгу под редакцией главного акушера-гинеколога города Москвы профессора М.А. Курцера и главного педиатра города Москвы профессора А.Г. Румянцева я рад представить коллегам-педиатрам.

*Руководитель Департамента
здравоохранения г. Москвы,
заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор
А.П. Сельцовский*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Под диспансеризацией здоровых детей подразумевается система активных мероприятий, включающих динамическое наблюдение медицинскими работниками за детьми: проведение профилактических мер, направленных на предупреждение инфекционных и соматических заболеваний; раннее выявление болезни и лечение больного до его полной реабилитации; наблюдение за здоровьем матери во время беременности; борьбу за оздоровление окружающей среды.

Контроль за ростом и развитием ребенка является основой профилактической работы участкового педиатра детских поликлиник при оказании медицинской помощи неорганизованным детям. Основными задачами контроля являются следующие:

- тщательное и углубленное обследование в определенные возрастные периоды;
- оценка состояния здоровья;
- назначение рекомендаций, направленных на формирование оптимальных параметров физического и нервно-психического развития;
- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребенка и проведение своевременных корректирующих лечебно-оздоровительных мероприятий с целью предупреждения формирования хронических заболеваний.

Здоровым считается ребенок, у которого не только отсутствуют хронические заболевания и морфофункциональные нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и прочих систем, частота острых заболеваний не превышает 4 случаев за год, но и не выявлено отклонений в анамнезе (генеалогическом, биологическом, акушерско-гинекологическом, социальном). К сожалению, такие дети составляют очень небольшой процент по отношению к детям II и III групп здоровья.

Работа со здоровыми детьми проводится участковым врачом в несколько этапов. Обусловлено это тем, что первые три года жизни ребенка и дошкольный возраст являются определенной вехой со своими закономерностями и спецификой как физического, так и нервно-психического развития. Поэтому наблюдение за здоровыми неорганизованными детьми в условиях поликлиники должно быть организовано соответствующим требованиям возраста.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВНУТРИУТРОБНЫМ РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА

Аntenатальная охрана плода является одной из важнейших проблем здравоохранения. Известно, что на этапе внутриутробного развития происходит формирование всех органов и систем, их развитие и морфофункциональное совершенствование. От того, как успешно проходили процессы закладки и были сформированы органы и системы у плода, зависит состояние здоровья человека в последующие годы его жизни. Известны критические периоды развития плода, которые характеризуются высокой чувствительностью к воздействию патогенных факторов внешней среды. Повреждающий эффект может возникнуть даже при небольшой интенсивности воздействия, которое в другие периоды онтогенеза не оказывает отрицательного влияния на процессы становления и развития организма ребенка. Считается, что первым критическим периодом является период, предшествующий имплантации оплодотворенного яйца. Он длится до двух недель. Действие патогенных факторов в первые две недели беременности очень часто приводит к гибели зародыша и прерыванию беременности.



Вторым критическим периодом является период формирования плаценты и образования зачатков важнейших органов плода. Этот период занимает от 3 до 6 недель.

Третьим критическим периодом является 8–12-я недели беременности. В этот период заканчивается формирование плаценты, и ее функции достигают высокой степени активности. Зародыш превращается в плод с органами и системами, присущими раннему онтогенезу человека. Косвенным доказательством высокой чувствительности плода к влиянию патогенных факторов на данном этапе являются частые самопроизвольные выкидыши. Лекарственные, химические вещества, ионизирующая радиация, соматические и инфекционные заболевания матери и др. в эти критические периоды беременности могут привести к развитию бласто- и эмбриопатий. Поэтому медико-организационные мероприятия, направленные на предупреждение заболеваний у детей, начинаются с этапа охраны плода и заключаются в динамическом наблюдении, а при необходимости — лечении и оздоровлении беременных в женских консультациях. Женские консультации работают в тесном сотрудничестве с детскими поликлиниками.

Женские консультации обязаны один раз в 10 дней направлять в детскую поликлинику сведения о беременных женщинах, взятых на учет. В этих сведениях помимо паспортных данных указывают срок беременности и предполагаемую дату родов.

Первый дородовый патронаж здоровой беременной женщины проводится участковой медицинской сестрой детской поликлиники после поступления сведений о беременной из женской консультации (12–23 недели). Этот патронаж называется «бытовой», и его целью является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния ее здоровья, наличие вредных привычек у матери и отца будущего ребенка. При патронаже детская медицинская сестра обучает женщину методам подготовки молочных желез к лактации, дает рекомендации по организации режима труда и отдыха, питания, закаливания. Особое внимание уделяется беседе с беременной женщиной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную на занятия в очную школу молодых матерей при детской поликлинике.

Второй дородовый патронаж здоровой беременной проводится медицинской сестрой детской поликлиники на 32–40-й неделе беременности, т. е. в период декретного отпуска. Основная цель второго патронажа — за-

бота о будущем ребенке. Медицинская сестра проверяет выполнение назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных при первом дородовом патронаже. Кроме того, она дает советы по приобретению необходимого белья и предметов ухода за ребенком, по организации уголка новорожденного, уточняет адрес, по которому будет жить молодая семья с ребенком. Здоровую беременную женщину врач-педиатр не посещает.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ

Первое посещение новорожденного на дому выполняет участковый врач совместно с участковой медицинской сестрой в первые три дня после выписки ребенка из роддома (чаще на 1–2-е сутки). Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения и ухода за ребенком. В дальнейшем она посещает новорожденного ежедневно в течение первых двух недель жизни (т. е. до полного заживления пупочной ранки), а затем 1–2 раза в неделю.

Основной задачей участкового педиатра при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорожденного, лактационных возможностей матери и условий среды, где будет находиться ребенок. Поэтому врач должен собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско-гинекологический, биологический (анте-, интра- и постнатальный) и социальный анамнез. Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорожденного участковый врач должен иметь обменную карту из роддома и проанализировать имеющиеся в ней сведения о ребенке. В обменной карте из роддома обязательно должны быть указаны следующие данные: течение беременности, характер родов, оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребенка в первые дни жизни, сроки отпадения остатка пуповины; максимальная потеря массы тела; с какого дня началось восстановление этой потери; отмечались ли проявления гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), имелись ли признаки гнойной инфекции; на какие сутки ребенок был приложен к груди, как сосал; сведения о вакцинации против туберкулеза и гепатита; проведенные обследования



и лечебно-профилактические мероприятия. Если в обменной карте не указаны какие-либо из этих данных, то врач обязан в течение 1–2 дней связаться с роддомом и получить их. Окончательное заключение о состоянии здоровья новорожденного врач делает после полного объективного обследования ребенка с обязательным проведением антропометрии и психометрии.

Объективное обследование здорового новорожденного

Жизнь и здоровье человека зависят от внешней, постоянно меняющейся среды; эта среда обуславливает и те ответные физиологические реакции внутренней среды организма, которые принято считать нормальными при правильном внутриутробном и постнатальном развитии ребенка. Ведущая роль в реакциях организма на воздействие внешней среды принадлежит ЦНС. Она характеризуется у новорожденного определенным своеобразием, ее главным признаком является нестабильность неврологических реакций и их быстрая истощаемость. Кроме того, новорожденный хотя и хорошо удерживает тепло, но все-таки склонен к достаточно быстрому переохлаждению. Поэтому, в отличие от детей старшего возраста, объективный осмотр новорожденного должен проводиться быстро (10–15 минут) и начинаться с неврологического обследования. При обследовании новорожденного необходимо придерживаться следующих правил:

- выяснить, когда ребенок принимал пищу, какая у него температура, был ли стул, не получала ли мать или ребенок лекарственных препаратов, возбуждающих или угнетающих нервную систему;
- исследование должно проводиться в помещении при температуре 24–27°C (так как более низкая температура является стимулятором) при достаточной освещенности (падающий на ребенка свет не должен его раздражать). Поверхность, на которой обследуется ребенок, должна быть мягкой, но не прогибающейся;
- исследование новорожденного необходимо проводить минимум через 30–40 минут, максимум через 1–1,5 часа после кормления; он должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения не резко выражены; если ребенок кричит или спит, его обследование следует отложить;
- все обследование должно проводиться в последовательности, целью которой является наименьшая травматизация ребенка: вначале осматривают ребенка в положении на спине, затем в состоянии

вертикального подвешивания ногами вниз, в последнюю очередь — на животе.

Осмотр новорожденного начинается с наблюдения за положением головы, туловища, конечностей, спонтанных движений рук, ног, позы ребенка, с определения мышечного тонуса. Поза здорового новорожденного очень характерна: руки и ноги согнуты и приведены к туловищу, пальцы рук плотно сжаты в кулачки, стопы находятся в умеренном тыльном сгибании, имеет место тенденция к запрокидыванию головки за счет повышения тонуса в разгибателях шеи. Движения здорового новорожденного в конечностях практически постоянны во время бодрствования. Тонус мышц в сгибателях конечностей повышен в норме до 1,5–2 месяцев.

Далее четко описывается форма головы: долихоцефалическая (вытянутая в переднезаднем направлении), брахицефалическая (вытянута в поперечном направлении), башенная (вытянута вертикально). Это варианты нормы. В ряде случаев имеет место деформация головы, связанная с наличием кефалгематомы или родовой опухоли. Затем измеряется окружность головы. Окружность головы при рождении не должна превышать окружность грудной клетки более чем на 2 см. Если имеется нахождение костей черепа друг на друга, то окружность головы может быть меньше. В дальнейшем увеличение окружности головы по месяцам идет следующим образом: за первые 3 месяца — на 4 см, за последующие 3 месяца — на 3 см, за последующие 6 месяцев — на 3–4 см, т. е. за первый год жизни окружность головы увеличивается на 11–12 см.

После этого обследуется большой родничок и швы. Большой родничок не должен превышать 2,5–3 см. Коронарный шов к моменту рождения должен быть закрыт, сагиттальный шов может быть раскрыт, но не более чем на 0,3–0,5 см. К симптомам, подозрительным на внутричерепную гипертензию, необходимо отнести следующие:

- раскрытие сагиттального шва более чем на 0,5 см;
- выбухание или напряжение большого родничка;
- тенденция к башенному черепу с высоким лбом (лоб Сократа);
- долихоцефалический череп с резко выступающим («нависающим») затылочным бугром с тенденцией головки к излишнему запрокидыванию назад, которое превышает физиологическое умеренное запрокидывание в связи с преобладанием тонуса в разгибателях шеи;
- тремор кистей с тенденцией к их раскрытию;
- симптом Грефе.



Очень тщательно проверяется состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорожденных. Знание участковым педиатром основных критериев оценки неврологического статуса новорожденного необходимо для того, чтобы дифференцировать симптомы физиологической незрелости ЦНС от перинатальных и постнатальных заболеваний. Кроме того, эти знания необходимы для оказания новорожденному своевременной консультативной помощи такими специалистами, как невропатолог, окулист.

Черепно-мозговая иннервация новорожденного

I пара (обонятельный нерв) — в ответ на резкий запах ребенок морщит нос, чихает, зажмуривает глазки, у него появляется двигательное беспокойство, крик.

II пара (зрительный нерв) — на яркий свет ребенок зажмуривает глазки, смыкает веки. Если нет смыкания век, можно думать о повреждении зрительного нерва и немедленно проконсультировать ребенка у окулиста для исключения патологии зрительного анализатора.

III, IV, VI пары (глазодвигательный, блоковидный, отводящий) — проверяется величина и форма зрачков, зрачковые реакции, равномерность глазных щелей, наличие птоза. У здорового новорожденного довольно часто отсутствуют содружественные движения глазных яблок, может спонтанно возникнуть косоглазие, отдельные нистагмоидные толчки.

V пара (тройничный нерв). Для новорожденного имеет большое значение двигательная функция тройничного нерва, так как жевательная мускулатура осуществляет движение нижней челюсти при присасывании и сосании. Нижняя челюсть в норме должна быть плотно прижата к верхней челюсти. Отвисание нижней челюсти, выливание пищи изо рта, отсутствие чмокающих сосательных движений указывает на возможность поражения тройничного нерва.

VII пара (лицевой нерв) — дает представление о функции лицевой мускулатуры. Необходимо обращать внимание на симметрию лица в покое и при эмоциональном возбуждении (плач, рефлекторная улыбка), на закрытие глазных щелей (полное, неполное), на углы рта (свисание угла рта и выливание пищи изо рта).

VIII пара (вестибулослуховой нерв) — при резких звуках новорожденный зажмуривает глазки, вздрагивает, разводит ручки (первая фаза рефлекса Моро). Резкое вздрагивание (так называемый старт-рефлекс)

может свидетельствовать о повышенной судорожной готовности ребенка.

IX–X пары (блуждающий и языкоглоточный нервы) — осуществляют функцию глотания, которое происходит за счет мускулатуры глотки и мягкого неба.

XI пара (добавочный нерв) — иннервирует мускулатуру шеи и плечевого пояса, способствует поворотам головы и ее подъемам. В положении на животе этот нерв реализует защитный рефлекс.

XII пара (подъязычный нерв) — иннервирует мускулатуру языка. В норме язык активно движется в полости рта, если ребенок бодрствует.

Физиологические рефлексы новорожденных

К настоящему времени известно много безусловных рефлексов, которые можно исследовать при оценке неврологического статуса новорожденного. Исследовать все рефлексы очень трудно, так как это истощает ребенка. Кроме того, не все они имеют одинаковую диагностическую ценность. Поэтому врачу надо определить ту минимальную группу, которая необходима для оценки неврологического статуса новорожденного.

С практической точки зрения необходимо исследовать рефлексы не по анатомическому признаку — принципу замыкания дуг (спинальные, нижнестволовые, верхнестволовые), а по тем позициям ребенка, в которых эти рефлексы исследуются.

Рефлексы в позиции ребенка на спине:

- Оральная группа (V, VII, XII пары черепно-мозговых нервов):
 - поисковый рефлекс (Куссмауля - Генцлера);
 - сосательный рефлекс;
 - ладонно-ротоголовной рефлекс (Бабкина).
- Рефлекс «объятия» (Моро), имеющий две фазы: разведение рук, а затем их сведение с тенденцией к обхватыванию туловища руками.
- Хватательный рефлекс (Робинсона).
- Коленный рефлекс.
- Подошвенный рефлекс (аналог хватательного).
- Рефлекс Бабинского.
- Рефлекс Пуусеппа (отведение мизинца при вызывании рефлекса Бабинского).

Рефлексы в вертикальной позиции:

- Рефлекс опоры.
- Автоматическая походка.



Рефлексы в позиции на животе:

1. Защитный рефлекс.
2. Рефлекс ползания (Бауэра).
3. Рефлекс спинного хребта (Галанта).
4. Рефлекс Переза имеет восемь фаз: крик, лордоз и приподнимание таза, сгибание нижних конечностей, сгибание верхних конечностей, поднимание головы, генерализованная мышечная гипертония в течение нескольких секунд, мочеиспускание, выпячивание анального отверстия и дефекация.

Врожденные рефлексы являются клиническими критериями нормального физиологического созревания различных уровней ЦНС. Любое их нарушение (запаздывание в созревании, отсутствие, слабость выражения) указывает на фундаментальный факт — отклонение созревания данного индивидуума от видовой нормы. Наиболее зрелыми к моменту рождения рефлексами являются подошвенный, хватательный, затем Бабинского, Робинсона, Бабкина, коленный, Галанта, Переза, Бауэра. Эта последовательность сохраняется до 30-го дня жизни. Оценка рефлексов идет следующим образом: 0 — отсутствие; + — слабый ответ; ++ — хороший ответ; +++ — резко усиленный рефлекс.

Оценка психического развития ребенка в период новорожденности представляет собой определенные трудности и требует от врача знаний и опыта. Оценка проводится методом психометрии по следующим тестам:

1. Сенсорное развитие (А) — зрительные, звуковые анализаторы.
2. Эмоции (Э) — мимика положительная, отрицательная.
3. Общие движения (Д_о) — попытка удержать голову, лежа на животе.

Новорожденный в 10 дней удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение); при резком звуке вздрагивает и мигает; при наступлении чувства голода появляется недовольная гримаса и крик. Ребенок в 18–20 дней удерживает в поле зрения неподвижные предметы (лицо матери, отца и т. д.); пытается поднять голову, лежа на животе. В один месяц ребенок сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете, появляется плавное прослеживание движущегося предмета; прислушивается к звуку и голосу взрослого, появляется первая улыбка в ответ на разговор взрослого; лежа на животе, пытается поднять и удержать голову.

Здоровый новорожденный выписывается на участок на 5–7-й день жизни, поэтому после исследования нервно-психического статуса необходимо обратить внимание на наличие переходных или пограничных состоя-

ний, которые могут еще сохраняться у ребенка после его выписки из роддома. К этим состояниям относятся:

1. Токсическая эритема.
2. Физиологическая желтуха.
3. Транзиторный дисбактериоз (зеленоватый, чуть разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, который может сохраняться до 10–12-го дня жизни и является нормой для данного этапа развития).
4. Гормональный криз (нагрубание молочных желез, гидроцеле и т. д.).
5. Отсутствие восстановления массы тела (у 100% здоровых новорожденных масса тела должна восстановиться к 12–14-му дню жизни).
6. Изменения со стороны почек («инфарктная моча»).

После этого врач также должен оценить: телосложение, питание ребенка; состояние его кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки; плотность костей черепа, форму грудной клетки, состояние тазобедренных суставов. Стандартными методами перкуссии, пальпации, аускультации оценивают состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, эндокринной систем у ребенка. Определяют наличие стигм дисэмбриогенеза (за порог стигматизации принимается 5–7 стигм у одного ребенка).

Особенно тщательно необходимо выяснить, как сосет ребенок грудь матери, какие делают перерывы между кормлениями, нет ли рвоты, срыгиваний, беспокойства, выдерживает ли ночной перерыв.

В конце осмотра обычно проводится антропометрическое исследование: измеряют длину и массу тела, окружность головы и грудной клетки. Исследование параметров физического развития можно провести и в самом начале осмотра, но делать это надо быстро, мягкими движениями, не вызывая у ребенка отрицательных эмоций, не перевозбуждая его.

После полного объективного осмотра врач-педиатр должен сделать развернутое заключение, включающее:

1. Оценка уровня физического развития, сопоставив антропометрические данные новорожденного с показателями физического развития детей данного возраста (среднее, ниже среднего, выше среднего).
2. Определение уровня нервно-психического развития (соответствует возрасту, отстаёт, опережает).



3. Определение группы здоровья на период новорожденности.
4. Определение комплекса оздоровительных и воспитательных мероприятий.
5. Составление индивидуального плана ведения новорожденного (количество патронажей, консультации у специалистов, режим кормления, введение соков, начало профилактики рахита и т. д.).
6. Рекомендации по уходу.
7. Рекомендации по питанию.

При первичном патронаже врач рекомендует родителям санитарно-просветительную литературу по вопросам ухода за ребенком, вскармливания и воспитания. Родителей информируют о графике работы детской поликлиники. Проводится беседа о возможном развитии некоторых состояний у новорожденного, которые требуют немедленной помощи медицинских работников (беспокойство, нарушение аппетита, сна, дыхания, повышение температуры тела, появление кожных высыпаний, срыгивание, рвота и др.). Маме малыша необходимо объяснить, куда ей следует обратиться в случае заболевания ребенка.

Через день после первого посещения врач повторно проводит патронаж с целью оценки самочувствия, динамики состояния, адаптации новорожденного к новым условиям жизни. Врач обращает внимание на санитарно-гигиеническое состояние помещения, где находится ребенок. Особое внимание уделяет выполнению матерью всех ранее предписанных рекомендаций врача и медицинской сестры, оценивает организацию режима дня и наблюдает, как воспитывают ребенка. При повторном патронаже врач дает рекомендации и советы по организации прогулок, купанию, режиму. При проведении второго патронажа даются рекомендации по выкладыванию ребенка на живот с проведением легкого массажа спины (поглаживание), по проведению воздушных ванн (перед каждым кормлением по 2–3 минуты).

На 14-й день жизни проводится третий врачебный патронаж на дому, при этом врач контролирует выполнение всех ранее предписанных назначений и рекомендаций, вносит при необходимости коррекцию.

В возрасте одного месяца врач осматривает ребенка в поликлинике, дает оценку эффективности назначенных ранее профилактических и оздоровительных мероприятий. Анализируя течение всего периода новорожденности, врач дает комплексную оценку состояния здоровья ребенка, определяет группу здоровья и составляет план дальнейшего наблю-

дения. Кроме того, врач должен провести санитарно-просветительную работу с родителями о необходимости выполнения профилактических мероприятий с учетом социально-гигиенической характеристики семьи ребенка.

Кроме врача-педиатра ребенок в возрасте одного месяца должен быть осмотрен невропатологом, окулистом, ортопедом, ему должны быть проведены исследования крови и мочи (по показаниям).

Показателем эффективности диспансерного наблюдения за новорожденным в течение первого месяца жизни является отсутствие у него вирусно-бактериальных заболеваний, параметры его физического и нервно-психического развития должны соответствовать норме.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Первый год жизни занимает особое место в развитии ребенка. «Хотя ребенок и рождается с рядом безусловных реакций, все же всему он должен научиться, все в нем должно быть сформировано» (Н.М. Шелованов). Для ребенка первого года жизни характерен ряд особенностей, которые уже не встречаются в более старшем возрасте:

1. Быстрый темп физического и нервно-психического развития.
2. Потребность в сенсорных впечатлениях и двигательной активности. Обездвиженность ребенка, «сенсорный голод» приводят к задержке в развитии.
3. Зависимость и взаимозависимость физического и нервно-психического развития. Эмоциональная обедненность, отсутствие впечатлений, недостаточная двигательная активность ведут к задержке нервно-психического и физического развития.
4. Высокая чувствительность организма ребенка к воздействию факторов внешней среды и низкая сопротивляемость различным заболеваниям.
5. Зависимость развития ребенка от воздействия взрослого.



Развитие ребенка второго и третьего года жизни в большей степени зависит от его развития на первом году жизни. Вот почему детям первого года жизни уделяется особое внимание.

Характерной особенностью этого периода жизни ребенка является превращение его из беспомощного существа в маленького человека с определенными чертами личности. Нет такого периода в жизни ребенка, чтобы за 12 месяцев здоровый ребенок утроил свой вес и вырос на 25–30 см, т. е. именно на первом году жизни рост и развитие ребенка идут очень бурными темпами. Развивается и функциональная речевая система. Ребенок овладевает интонацией того языка, на котором с ним говорят; появляется гуление, лепет, первые слоги, слова. Он начинает понимать речь взрослых, общающихся с ним. Постепенно вырабатываются навыки и умения: пить из кружки, есть пищу с ложки, есть хлеб или сухарик; с помощью взрослых формируются первые элементы чистоплотности. Значительно расширяется эмоциональная сфера ребенка, и он адекватно реагирует на изменение обстоятельств плачем, смехом, улыбкой, хныканьем, заинтересованностью и т. д. В связи с этим необходимо правильно организовать контроль за ходом развития ребенка и за состоянием его здоровья, чтобы как можно раньше заметить отклонения в психическом и моторном развитии и планировать оздоровительные мероприятия, обеспечивающие профилактику различных заболеваний.

Дети первого года жизни наблюдаются по системе активного патронажа и выделены в группу с резко выраженной профилактической направленностью наблюдения. Для планомерного проведения профилактической работы с детьми первого года жизни в поликлиниках выделяется 1–2 дня в неделю. Чтобы консультативные приемы детей проходили качественно и эффективно, на профилактический прием не следует приглашать более 4–5 детей за один час.

Профилактические приемы здорового ребенка должны строиться соответственно тем задачам, которые педиатр решает на каждом приеме с учетом возрастных особенностей ребенка. Эти задачи можно определить следующим образом:

I. Организация санитарно-гигиенического ухода за ребенком (микроклимат помещения, количество и качество проветривания, освещенность, организация места сна и бодрствования, прогулки, одежда, соблюдение правил личной гигиены). Матери необходимо объяснить, что несоблюдение санитарно-гигиенического ухода за ребенком может отрицательно сказаться на со-

стоянии его здоровья, физическом и умственном развитии. В истории развития ребенка врач фиксирует имеющиеся в уходе за ребенком недостатки, дает соответствующие рекомендации по их исправлению.

II. Организация режима дня и питания соответственно возрасту. Часто жалобы матери на плохой аппетит у ребенка, на повышенную или пониженную возбудимость, на безучастность, плаксивость связаны не с какими-то органическими изменениями, а являются результатом неправильной организации режима сна и бодрствования, режима кормления. Необходимо знать, что до 9 месяцев должна быть следующая последовательность: сон, кормление, бодрствование, что соответствует анатомо-физиологическим потребностям ребенка. После 9 месяцев эта последовательность изменяется в связи с удлинением отрезков бодрствования, а именно: бодрствование, кормление, сон. На протяжении первого года жизни время активного бодрствования увеличивается от нескольких минут до трех часов, продолжительность сна за сутки уменьшается с 18 до 14 часов. Произвольное увеличение периода бодрствования может вызвать у ребенка отрицательные эмоции, капризность, повышенную возбудимость.

III. Организация рационального вскармливания и питания является одной из основных задач участкового врача-педиатра. На каждом приеме врач осуществляет строгий контроль за соответствием получаемого ребенком питания его физиологическим потребностям по основным пищевым ингредиентам. Особенно это касается детей, родившихся с весом более 3500 г. Они нуждаются в более частых расчетах питания, так как у них легко может возникнуть паратрофия из-за функциональной слабости системы обмена веществ (даже у детей, находящихся на грудном вскармливании). Поэтому при организации рационального вскармливания и питания необходимо соблюдать следующие основные правила:

1. Максимально длительно сохранять грудное вскармливание.
2. Своевременно переводить ребенка на смешанное или искусственное вскармливание при недостатке грудного молока и невозможности получать донорское молоко.
3. Своевременно с учетом возраста, вида вскармливания, индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион соки, фруктовые пюре, докорм, прикорм. Следует обратить внимание матери, что докорм следует давать после кормления грудью и не с ложечки, а из рожка с соской. Объясняется это тем, что у ребен-



ка первых 3–5 месяцев физиологичным является акт сосания, который поддерживает возбудимость пищевого центра. Кормление с ложечки вызывает снижение возбудимости этого центра, рассогласование ритма сосания и глотания, что влечет за собой быструю утомляемость ребенка, а возможно, и отказ от еды. Прикорм обычно дается с 4–5 месяцев в начале кормления при высокой возбудимости пищевого центра. Его целесообразно давать с ложки, чтобы научить ребенка снимать пищу губами и постепенно овладевать навыками жевания.

4. Периодически (до трех месяцев ежемесячно, а затем один раз в три месяца) проводить расчеты химического состава пищи, фактически получаемой ребенком, чтобы при необходимости внести соответствующую коррекцию.
5. Правильно организовать методику кормления. При введении докорма ребенка надо держать на руках, как и при кормлении грудью. При введении прикорма ребенка надо держать на руках в сидячем положении. Несоблюдение методики кормления часто приводит к анорексии у детей.

Если ребенок грудного возраста при ежемесячном осмотре по темпам нарастания массы тела и длины соответствует средним нормам и не болеет, то питание, получаемое ребенком, следует считать рациональным.

IV. Организация физического воспитания ребенка оказывает положительное воздействие на организм в целом: активизирует неспецифические факторы защиты (лизоцим, компоненты комплемента и др.), тем самым повышая сопротивляемость организма к вирусно-бактериальной инфекции; улучшает кровоснабжение и обмен веществ; регулирует процессы возбуждения и торможения; повышает активность надпочечников (усиливается выработка кортикостероидов); улучшает работу мозга и других внутренних органов.

Физическое воспитание детей первого года жизни включает в себя массаж, гимнастику, а также плавание (если это возможно в условиях поликлиники) по разработанным возрастным комплексам. Очень важно, чтобы занятия гимнастикой, массаж проводились систематически с постепенным усложнением упражнений и приемов массажа. Если контроль за проведением массажа и гимнастики недостаточен со стороны врача и медсестры, если на приемах не фиксируется внимание родителей на огромной важности физического воспитания, то, естественно, эффективность их значительно снижается.

Кроме того, мать необходимо обучить проведению закаливающих процедур с использованием воздушных ванн, организации сна на улице, балконе, обтиранию тела влажным полотенцем, а затем и обливанию с постепенным снижением температуры (с 36°C до комнатной).

V. Организация нервно-психического развития ребенка происходит в теснейшем контакте с физическим развитием. У ребенка, часто болеющего, физически ослабленного, трудно формируются условные рефлексы, различные умения, трудно вызывается радость. Поэтому участковому врачу необходимо учитывать взаимовлияние физического и нервно-психического развития и создавать благоприятные условия для их развития. Необходимо помнить, что развитие и последовательность в формировании различных движений, умений, а также речи у ребенка первого года жизни зависят не только от его индивидуальных особенностей, но и от воздействия на малыша взрослых людей, ухаживающих за ним, от окружающей обстановки.

На первом году жизни контролируются следующие линии нервно-психического развития:

до 6 месяцев — развитие зрительных ориентировочных реакций; развитие слуховых ориентировочных реакций; развитие положительных эмоций; развитие общих ориентировочных реакций; развитие движений рук; развитие подготовительных этапов активной речи; развитие навыков;

с 6 месяцев до одного года — сенсорное развитие; развитие общих движений; развитие действий с предметами; развитие подготовительных этапов активной речи; развитие подготовительных этапов понимания речи; развитие навыков.

Развитие всех умений и навыков на первом году жизни тесно связано с уровнем развития анализаторов. Наиболее значимыми являются зрительный, слуховой, тактильный и проприоцептивный анализаторы. Для ребенка до 3 месяцев очень важным является своевременное возникновение зрительного и звукового сосредоточения, а также развитие таких положительных эмоций, как улыбка и комплекс оживления. В возрасте от 3 до 6 месяцев важным является развитие зрительных и слуховых дифференцировок с умением отыскивать источник звука, формирование хватательных движений руки (брать игрушку из рук взрослого и из разных положений), гуление, лепет (начало речевого развития). В возрасте от 6 до 9 месяцев ведущим является развитие ползания, подражания в произношении звуков и слогов, образование простых связей между предметами и обозначающими их словами. В возрасте 9–12 месяцев



самыми значительными являются развитие понимания речи взрослого, образование первых простых слов, развитие первичных действий с предметами и самостоятельной ходьбы.

Не менее важным, чем сенсорное развитие, является развитие движений. Мать должна быть информирована, каким движениям и в каком возрасте учить ребенка. С первых дней и недель жизни в периоды бодрствования ручки и ножки ребенка должны быть свободными, перед каждым кормлением его необходимо выкладывать на живот, развивая умение поднимать и удерживать головку. Также свободные движения головой укрепляют мышцы шеи и спины, формируется правильный изгиб позвоночника, улучшается кровообращение мозга. В дальнейшем все эти движения надо продолжать развивать и обязательно освобождать кисти рук, чтобы ребенок мог захватывать висящие над ним игрушки. Время от времени (но не слишком часто) ребенка обязательно надо брать на руки, придавая ему вертикальное положение. Этим стимулируется удержание головы, фиксация взора на лицах матери, отца и других родных и знакомых. С 3 месяцев особое внимание уделяется развитию движений рук, с 4–4,5 месяца надо уже учить ребенка захватывать свободную игрушку, к 6 месяцам — переворачиваться с живота на спину. Во втором полугодии необходимо учить ползать, а потом садиться и сидеть, подниматься на ножки и переступать в кроватке или манеже. При такой последовательности развития движений ребенок к 11–12 месяцам овладевает умением самостоятельной ходьбы.

Кроме того, участковый врач должен знать, в каком возрасте и какой речевой навык должен появиться у ребенка. Известно, что с 1,5–2 месяцев появляется гуление, которое достигает полного развития к 4 месяцам, когда ребенок долго гулит самостоятельно и в ответ на речевой контакт со взрослыми. С 6 месяцев появляется лепет, с 10–11 — первые слова («кис», «дай», «мама»), с 11–12 месяцев ребенок понимает обращение к нему взрослого, имеет запас установленных связей между предметами и действиями. Участковый врач должен помнить и обязательно разъяснять матери, что на фоне отрицательных эмоций очень затруднительно (а часто и невозможно) выработать какие-либо навыки, умения или положительные формы поведения.

Заключение об уровне нервно-психического развития проводят по четырем группам развития: I груп-

па — нормального или ускоренного развития; II группа — первоначальные отклонения в развитии на первый эпикризный срок; III группа — более глубокая задержка (отклонения на два эпикризных срока); IV группа — глубокая задержка (отклонения на три эпикризных срока), что встречается в 1,25%.

Контроль за состоянием здоровья ребенка, его нервно-психическим и физическим развитием должен осуществляться ежемесячно участковым врачом и медсестрой. На каждом приеме необходимо проводить антропометрические измерения и сравнивать полученные данные со стандартами массы, роста, окружности головы по перцентильным таблицам или по таблицам сигмальных отклонений. Это позволяет рано заметить тенденцию к отставанию в развитии или негармоничности развития (паратрофия, гипотрофия, микроцефалия и т. д.) и осуществить соответствующую коррекцию. В декретированные периоды (3, 6, 12 месяцев) участковый врач подытоживает в эпикризах данные динамики развития ребенка, определяет уровень физического и нервно-психического развития, определяет группу здоровья, назначает по показаниям элементарное обследование (анализ крови, мочи) и при необходимости консультации специалистов. В возрасте одного года ребенок должен пройти полную диспансеризацию: осмотр педиатра, окулиста, невропатолога, ортопеда, хирурга; ему должны быть проведены анализы крови, мочи, кала на яйца глистов (для организованных детей). Анализы крови и мочи в обязательном порядке должны проводиться в 3, 6 и 12 месяцев, в остальное время по показаниям.

Проводя дифференцированное наблюдение за здоровыми детьми первого года жизни, необходимо обращать внимание на профилактику таких состояний, как гипотрофия, паратрофия, анемия, рахит.

Если участковый врач выявляет отставание в развитии ребенка по отдельным показателям, то необходимо поставить в известность мать и вместе с ней наметить пути ликвидации этих отклонений.

Таким образом, здорового ребенка первого года жизни педиатр осматривает с частотой 1 раз в месяц, ортопед — в возрасте 1, 9 и 12 месяцев, невропатолог — в возрасте 1 и 12 месяцев, окулист в 1–2 и в 12 месяцев, другие специалисты — по показаниям. Антропометрия и психометрия проводятся ежемесячно, анализы крови и мочи — в 3, 6 и 12 месяцев, анализ кала на яйца глистов — в 12 месяцев (для организованных детей).



ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО И КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Благодаря внедрению современных медицинских технологий в здравоохранение города Москвы последнее десятилетие отмечено неуклонным снижением перинатальной и младенческой смертности. В последние годы существенно уменьшилась смертность не только доношенных и недоношенных детей, но и повысился коэффициент выживаемости детей с экстремально низкой массой тела. В то же время неуклонное ухудшение здоровья беременных женщин и рожениц явилось причиной увеличения количества детей с перинатальными поражениями ЦНС, которые нередко сочетаются с другими патологическими состояниями перинатального периода. В настоящее время тяжелые перинатальные заболевания, наряду с врожденными пороками развития, являются одной из главных причин инвалидизации детей.

Раннее выявление детей с перинатальной патологией позволяет своевременно начать комплекс медико-реабилитационных мероприятий и тем самым минимизировать неблагоприятные отдаленные последствия и предотвратить часть случаев инвалидизации детей.

Основным методом медицинского обслуживания таких детей в детской поликлинике традиционно является метод диспансерного наблюдения. Основную роль в диспансерном наблюдении за детьми играет участковый педиатр, который устанавливает сроки и кратность наблюдений, объем необходимого лабораторно-инструментального, консультативного обследования и выбор специальных лечебно-оздоровительных мероприятий. Периодичность наблюдения за детьми первых двух лет осуществляется в зависимости от группы диспансеризации (объединение детей в однородные группы по реализации риска развития заболевания ЦНС; анемии; рахита и дистрофии; гнойно-септической инфекции; врожденных пороков развития; аллергиче-

ских заболеваний; повышенной заболеваемости ОРВИ; и дети из социально неблагополучных семей) в соответствии с действующими методическими рекомендациями. Такое распределение позволяет участковому врачу проводить дифференцированное наблюдение и оздоровление детей с различной патологией.

Вместе с тем анализ показывает, что общепринятые методы диспансерного наблюдения в районных детских поликлиниках, «схематичность» и стандартный подход в ведении детей разных групп риска, отсутствие у части участковых педиатров опыта наблюдения за детьми с сочетанной патологией, недостаточное оснащение многих поликлиник современным медицинским оборудованием не позволяют осуществлять в полном объеме все необходимые лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия детям с врожденными и перинатальными заболеваниями. С целью повышения качества жизни этой категории пациентов в настоящее время ведется поиск новых технологий в оказании лечебно-профилактической помощи таким детям.

Проведение комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий невозможно без объединения усилий врачей различных специальностей, хорошо ориентирующихся в проблемах врожденной и перинатальной патологии. Наиболее эффективная медицинская помощь таким детям может быть оказана на базе консультативно-диагностического центра или поликлинического отделения крупного многопрофильного детского стационара. В ряде случаев дети с тяжелой врожденной и перинатальной патологией требуют повторной госпитализации в профильные отделения стационара. В то же время включение в диагностический и реабилитационный процесс широкого круга врачей различных специальностей существенно



повышает роль и ответственность врача-педиатра, в задачу которого входит не только выполнение назначений узких специалистов, но и координация их усилий, а в конечном счете — оценка эффективности медико-реабилитационных мероприятий и их своевременная коррекция, основанная на анализе темпов роста и развития ребенка, социальной адаптированности семьи и других факторов.

Наиболее эффективной формой организации медицинской помощи детям с врожденной и перинатальной патологией являются отделения (кабинеты) катамнестического наблюдения за такими детьми, открытые в последние годы на базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, Измайловской ДГКБ № 3, ЦПСР, ГКБ № 7, 8, 13, 29.

Основная задача катамнестического наблюдения (в расширенном понимании этого термина) — предупреждение хронических заболеваний, связанных с врожденной или перинатальной патологией, ранняя их диагностика, устранение проблем, препятствующих нормальному росту и развитию ребенка.

Так как катамнез состоит из комплекса мероприятий, включающих в себя скрининг физического и нервно-психического развития ребенка, катамнестическое наблюдение целесообразно распространять не только на детей с явной врожденной и перинатальной патологией, но и на так называемых детей группы риска.

К такой группе риска могут быть отнесены дети:

- рожденные от родителей, возраст которых старше 40 лет, особенно при первой беременности;
- родившиеся у женщин с патологическим течением беременности (токсикозы беременности, хронические соматические и инфекционные заболевания матери, анемия беременных, поражения почек, печени и других органов, эндокринные заболевания);
- перенесшие внутриутробную или неонатальную инфекцию;
- родившиеся недоношенными или с низкой массой тела;
- родившиеся в тяжелом состоянии, обусловленном асфиксией или родовой травмой;
- перенесшие синдром дыхательных расстройств или имевшие другую патологию, потребовавшую проведения ИВЛ в неонатальном периоде;
- перенесшие хирургическое вмешательство в неонатальном периоде;
- с гемолитической болезнью новорожденных, а также дети, потребовавшие проведения обменного

переливания крови в неонатальном периоде по другой причине;

- с патологическим характером гипербилирубинемии (в том числе с затянувшейся желтухой);
- имеющие нейросонографические признаки перенесенной ишемии головного мозга или внутривенного кровоизлияния;
- со «сторожевым» фенотипом (более трех стигм дизэмбриогенеза);
- имеющие нарушения темпов роста и развития в первые месяцы жизни по неустановленной причине.

Для оптимизации диагностического процесса к катамнестическому наблюдению за детьми из группы риска должны привлекаться: невропатолог, окулист, хирург-ортопед, специалист по УЗИ-диагностике, медицинский генетик и др.

Круг других медицинских специалистов может расширяться с учетом выявляемых в процессе обследования и наблюдения проблем. Многим детям с перинатальной патологией требуется консультация кардиолога, гастроэнтеролога, нефролога, сурдолога и логопеда. Семьи, имеющие больного ребенка, нередко нуждаются в помощи психолога.

Независимо от характера врожденной и перинатальной патологии, катамнестическое наблюдение детей группы риска включает в себя ряд обязательных обследований и диагностических процедур.

Врач-педиатр должен помнить, что главная задача катамнестического наблюдения — профилактика заболеваний, которые могут развиваться у детей из группы риска, и инвалидизации. Если прогноз здоровья детей с врожденными аномалиями развития во многом определяется возможностью и своевременностью хирургической коррекции порока, то предупреждение неблагоприятных отдаленных последствий перинатальных заболеваний во многом зависит от врача-педиатра.

В зависимости от характера и тяжести перинатальной патологии решение этой задачи может идти по трем основным направлениям, которые тесно взаимосвязаны друг с другом. Первое — это предотвращение или уменьшение случаев болезни; второе — предупреждение тяжелого развития болезни, ее прогрессирования (в том числе за счет ранней диагностики); третье — предупреждение развития болезни путем назначения адекватной терапии.

Принцип катамнестического наблюдения имеет ряд выгодных не только медицинских, но и социальных моментов: формирование конструктивных взаимоотно-



шений между врачом и родителями позволяют семье, имеющей больного ребенка, справиться со стрессом, правильно обращаться с больным ребенком, рационально кормить, ухаживать, адекватно выполнять назначения врачей. Многократные встречи родителей ребенка с врачом-педиатром создают прочные связи и формируют уверенность родителей в успехе реабилитационных мероприятий, что очень важно для достижения положительного результата. Департаментом здравоохранения города Москвы накоплен положительный опыт по организации эффективной помощи детям с перинатальной патологией на базе отдельных детских поликлиник. Например, в ДГП №91 УЗ ЮАО.

Как уже было сказано, ведущую роль в проведении динамического наблюдения и реабилитации детей с врожденной и перинатальной патологией играет врач-педиатр. Консультативный прием ребенка врачом-

педиатром, имеющим углубленные знания в области перинатальной патологии, в первом полугодии жизни осуществляется ежемесячно, а во втором полугодии — 1 раз в 2 месяца. На втором году жизни плановый осмотр ребенка проводится не реже 1 раза в 3 месяца.

С учетом особенностей развития ребенка и динамики в состоянии здоровья педиатр определяет необходимость дополнительных визитов, объем и уровень консультативной помощи, решает вопросы о необходимости проведения консилиума специалистов и целесообразности госпитализации.

С целью ранней диагностики отклонений в состоянии здоровья и определения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий обязательным является привлечение к совместному осмотру врачей-специалистов, в первую очередь — невропатолога, хирурга, ортопеда и окулиста (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1.

Схема медицинского наблюдения за детьми с перинатальной патологией в первые два года жизни

| Специалисты | Первый визит | Возраст ребенка (месяцы жизни) | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 |
| Педиатр | + | + | + | + | + | | + | | + | | + | | + | | + |
| Невропатолог | + | + | | | + | | | + | | | + | | + | | + |
| Офтальмолог | + | + | | | | | | + | | | | | | | + |
| Хирург | + | | | | | | | | | | + | | | | + |
| Ортопед | + | | | | | | | + | | | + | | + | | + |
| ЛОР-врач | | | | | | | | | | | + | | | | + |
| Стоматолог | | | | | + | | | | | | + | | + | | + |

Исходя из того что нарушение функций центральной нервной системы отмечается у большинства детей с перинатальной патологией, все дети осматриваются **невропатологом** при первичном визите и не реже одного раза в каждые три месяца на первом году жизни, а на втором году — не реже одного раза в полугодие. При выявлении у ребенка на очередном визите к педиатру или невропатологу отклонений в темпах нервно-психического развития частота посещений может быть увеличена. При первичном осмотре невропатолог оценивает неврологический статус и нервно-психическое развитие ребенка. С учетом сведений о динамике неврологических синдромов, данных дополнительных инструментальных исследований (УЗИ головного мозга и др.) и лечения ребенка в неонатальном периоде невропатолог разрабатывает индивидуальный план наблюдения, необходимый объем дополнительного об-

следования и лечебно-реабилитационных мероприятий последствий перинатального поражения ЦНС, который согласует с педиатром.

Все дети с перинатальной патологией относятся к группе риска по развитию патологии зрительного анализатора. При динамическом наблюдении таких детей обязательным является осмотр ребенка офтальмологом при первичном визите, в 3, 6–12, 24 месяца жизни. В возрасте старше 6 месяцев жизни проводится определение рефракции. Дети с тяжелой патологией органа зрения, такой как ретинопатия недоношенных, врожденная катаракта и др., на протяжении первых двух лет наблюдаются как у офтальмолога поликлиники, так и обязательно в специализированном центре (Детская консультативная поликлиника при Морозовской ДГКБ №1). При наличии показаний проводится госпитализация такого ребенка в детское офтальмо-



гическое отделение и решение вопроса о дальнейшей консервативной терапии или хирургическом вмешательстве.

Ведение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата осуществляется ортопедом КДЦ, который при первичном осмотре младенца определяет необходимость дополнительного обследования (УЗИ тазобедренных суставов, рентгенографическое исследование и др.) и осуществляет ортопедическую коррекцию выявленных нарушений. В возрасте, когда ребенок учится стоять при помощи опоры и совершает первые шаги, наиболее часто проявляется патология голеностопного сустава, плоскостопие, плосковальгусная стопа и другие нарушения. С целью ранней диагностики и коррекции таких состояний необходим повторный осмотр ребенка ортопедом в возрасте 8–10 месяцев жизни, а затем в возрасте 24 месяцев жизни.

Хирургом осматриваются все дети при первичном осмотре, в возрасте 12 и 24 месяцев. Кроме того, внепланово направляются на консультацию хирурга младенцы с синдромом срыгивания, с пупочными и паховыми грыжами, узостью крайней плоти и другой хирургической патологией. Детей, перенесших в неонатальном периоде хирургическое вмешательство, на протяжении первых двух лет жизни совместно с хирургом, педиатром и невропатологом детской поликлиники должен наблюдать хирург ЛПУ, в котором было проведено оперативное вмешательство.

Учитывая предрасположенность детей, перенесших перинатальную патологию, к формированию хронической ЛОР-патологии, осмотр ЛОР-врача является обязательным в 12 и 24 месяца, а при необходимости — и в более ранние сроки.

В возрасте 6 месяцев детей, состоящих на учете по перинатальной патологии, педиатр направляет на консультацию к детскому стоматологу для определения ранних нарушений формирования прикуса, а также для обучения родителей правильному уходу за прорезавшимися зубами.

Существенным отличием наблюдения за детьми с врожденной и перинатальной патологией от традиционной диспансеризации является его многоплановость, использование в комплексе обследования детей сложных дополнительных клинико-лабораторных методов диагностики (УЗИ органов брюшной полости, головного мозга, сердца, биохимия крови и мочи, ис-

следование фекалий на дисбактериоз, фиброгастро-дуоденоскопия и др.), применение нейрофизиологических методов обследования (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс и др.). Такое наблюдение в детской поликлинике невозможно без методической и медико-технической поддержки ДОКДЦ и ДГКДЦ, что необходимо учитывать при составлении планов катamnестического наблюдения при различной патологии. В индивидуальном порядке должны быть решены вопросы о необходимости и кратности консультаций таких специалистов, как медицинский генетик, детский кардиолог, детский эндокринолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, нефролог, уролог, логопед, аллерголог-иммунолог и др.

Реализуемые врачом-педиатром и узкими специалистами скрининг-программы представлены в табл. 2.

В связи с трудностью ранней диагностики тугоухости особое внимание врачи-педиатры должны уделять аудиологическому скринингу. Перенесенная ребенком в перинатальном периоде тяжелая патология и длительная интенсивная терапия, включающая использование ототоксических препаратов, являются факторами риска по развитию тугоухости. К факторам риска по развитию у ребенка тугоухости относятся:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз);
- гестозы у матери во время беременности;
- гестационный возраст более 40 недель;
- асфиксия новорожденного;
- внутричерепная родовая травма;
- гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л);
- гемолитическая болезнь новорожденного;
- масса тела при рождении менее 1500 г;
- недоношенность;
- прием матерью во время беременности ототоксических препаратов (антибиотики аминогликозидного ряда, фуросемид, аспирин, хинин);
- прием ребенком ототоксических препаратов;
- наследственные заболевания у матери, сопровождающиеся поражением слухового анализатора.

С целью своевременного выявления нарушений слуха у детей соответствующего возраста проводится опрос родителей в соответствии с анкетой-вопросником, рекомендованной МЗ РФ.



ТАБЛИЦА 2.

Основные скрининг-программы, проводимые детям с последствиями перинатальной патологии

| Скрининг-контроль | Возраст ребенка (месяцы жизни) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| | Первый визит | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 |
| Анализ данных генеалогического анамнеза | + | | | | | | | | | | | | | | |
| Анализ данных биологического анамнеза | + | | | | | | | | | | | | | | |
| Анализ данных социального анамнеза | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Антропометрия | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Оценка нервно-психического развития | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Оценка физического развития | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Измерение артериального давления | | | | | + | | | | | | + | | + | | + |
| Определение рефракции зрения | | | | | + | | | | | | | | | | |
| Аудиологическое исследование | + | | + | | + | | | | | | | | | | + |
| АКК, ОАМ* | | + | | | + | | | + | | | + | | + | | + |
| Биохимический анализ крови | По показаниям | | | | + | | | | | | | | | | |
| УЗИ головного мозга | + | По показаниям | | | | | | | | | | | | | |
| УЗИ органов брюшной полости | По показаниям | | | | + | | | | | | + | | | | |
| ЭКГ, ЭХО-КГ** | По показаниям | | | | + | | | | | | + | | | | + |

* Анализ крови клинический; общий анализ мочи.

** На ЭХО-КГ дети направляются врачом-кардиологом ДОКДЦ.

Анкета-вопросник для родителей

1. Вздрагивает ли Ваш ребенок от громких звуков в первые 2–3 недели жизни?
2. Появляется ли замирание ребенка на голос в возрасте 2–3 недель?
3. Поворачивается ли ребенок в возрасте 1 месяца на звук голоса позади него?
4. Поворачивает ли ребенок голову в возрасте 4 месяцев в сторону звучащей игрушки или голоса?
5. Реагирует ли ребенок в возрасте 1–3 месяцев на голос матери?
6. Реагирует ли ребенок в возрасте 1,5–6 месяцев криком или широким открытием глаз на резкие звуки?
7. Есть ли гуление у ребенка в возрасте 2–4 месяцев?
8. Переходит ли гуление в лепет у ребенка в возрасте 4–5 месяцев?
9. Замечаете ли Вы у ребенка появление новых (эмоционального) «слов», например, на появление родителей?
10. Беспokoится ли спящий ребенок при громких звуках и голосах?
11. Замечаете ли Вы у ребенка в возрасте 8–10 месяцев появление новых звуков и каких?

Более надежным способом оценки слуха у новорожденных и детей первых месяцев жизни является аппаратная диагностика при помощи прибора ЗРТ-01

или других приборов для аудиологического скрининга (см. приложение 3 к приказу МЗ РФ № 108 от 29 марта 1996 г. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни»).

При подозрении на снижение слуха у ребенка (данные ответов родителей на анкету-вопросник и результаты исследования при помощи ЗРТ-01) его направляют на углубленное аудиологическое обследование в городской сурдологический центр. При подтверждении снижения слуха ребенок берется на диспансерный учет по этому состоянию, и ему начинают проводить адекватную реабилитацию.

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых детям первых двух лет жизни в зависимости от характера врожденной и перинатальной патологии

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка с учетом результатов многопланового обследования дает возможность педиатру разработать индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий. Основу лечебно-реабилитационного комплекса составляет патогенетическая терапия, назначаемая врачами-специалистами. Вместе с тем большое внимание должно уделяться лечебному питанию как наиболее физиологичному фактору, способствующему



восстановлению обменных процессов в организме. Кроме того, в ряде случаев могут быть использованы лекарственные средства неспецифической терапии, направленные на нормализацию эмоционального тонуса, восстановление и повышение неспецифической сопротивляемости, улучшение трофических процессов.

Необходимым условием оздоровления детей с перинатальной патологией являются использование мас-

сажа и лечебной физической культуры, проведение закаливающих процедур. Детям с сочетанной перинатальной патологией на протяжении 2 лет наблюдения требуется около 4–6 повторных курсов массажа и гимнастики.

Схема основных лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от характера патологии представлена в табл. 3.

ТАБЛИЦА 3. Схема основных лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от характера выявленной патологии

| Нозологическая форма | Объем обследования | Объем реабилитационных мероприятий | | | | | | | специфическая терапия (патогенетическая) |
|---|--|------------------------------------|----|----|---|---|----|----|--|
| | | ЛП | Ф | В | И | М | Б | ЛФ | |
| Болезни нервной системы (постгипоксическое поражение ЦНС) | 1. НСГ (контроль ч/з 2,5 мес) 2. КТ, R-гр. черепа, ЭЭГ, ЭМГ | - | - | + | + | + | - | ++ | Посиндромная терапия, ноотропы, метаболические препараты («Провит», «Когитум», «Магний В6» и др.), физиотерапия, гомеопатическая терапия и др. |
| Нарушения обмена веществ: рахит 1–3 ст., гипотрофия 1–2 ст. и эндокринные заболевания (ожирение, гипотиреоз, диабетическая фетопатия, тимомегалия) | 1. Биохимический анализ крови, биохимический анализ мочи, УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, проба Сулковича, гормональный профиль 2. Консультация невропатолога, окулиста, эндокринолога, генетика и др. 3. R-гр. трубчатых костей, грудной клетки, кариотипирование, исследование на внутриутробные инфекции 4. R-гр. кистей (определение костного возраста) и др. | ++ | + | ++ | + | + | + | + | Назначения эндокринолога Лечебное питание и контрольное взвешивание при грудном вскармливании Поливитамины («Поливит беби», «Мультитабс» и др.), L-карнитин, капли «Береш плюс» и др. УФО по замедленной схеме (при рахите II степени), витамин D |
| Болезни органов пищеварения: дисфункции ЖКТ (дисбактериоз кишечника, вторичный синдром мальабсорбции), дискинезии ЖКТ (желудочно-пищеводный рефлюкс, хронические запоры и др.), синдром мальабсорбции (лактазная недостаточность, муковисцидоз и др.) | 1. Копрология, БХКр, БХКа, исследование кала на дисбактериоз, липидограмма кала, УЗИ брюшной полости 2. Консультация гастроэнтеролога, хирурга, невропатолога 3. ФГДС, потовый тест, R-гр. грудной клетки и др. | ++ | ++ | + | + | - | ++ | + | Назначения гастроэнтеролога; лечебное питание; бактериофаги и биопрепараты; заместительная ферментотерапия (мезим-форте, креон, панкреатин, лактаза и др.); иммуномодуляторы (КИП, КИПАЦИД и др.); миотоники (мотилиум, церукал и др.); группа Sh-соединений (ацетилцистеин и др.) |



| Нозологическая форма | Объем обследования | Объем реабилитационных мероприятий | | | | | | | специфическая терапия (патогенетическая) |
|---|---|------------------------------------|---|---|----|----|---|----|--|
| | | ЛП | Ф | В | И | М | Б | ЛФ | |
| Болезни органов кровообращения (постгипоксическая кардиопатия, ВПС и др.) | 1. ЭКГ, Эхо-КГ, измерение АД, R-гр. грудной клетки, БХКр 2. Консультация кардиолога, невропатолога, генетика | - | - | + | + | + | - | - | Назначения кардиолога в индивидуальном порядке |
| Болезни органов дыхания (ЛОР-патология, бронхолегочная дисплазия, ЧБД) | 1. R-гр. грудной клетки и придаточных пазух носа; ЭКГ, Эхо-КГ, иммунологическое исследование 2. Консультация ЛОР-врача, пульмонолога, аллерголога-иммунолога, хирурга | - | - | | ++ | + | | ++ | Назначения специалиста; иммуномодуляторы (по показаниям); физиотерапия (УФО, электрофорез хлорида кальция, ингаляции 1-2% морской соли и др.) (по показаниям); фитотерапия; гомеопатические препараты; закаливание, плавание, точечный сегментарный массаж |
| Поливалентная аллергия (атопический дерматит, ринит и др.) | 1. Аллергологический анамнез, пищевой дневник; определение Ig E общего и специф., аллергологические пробы, БХКр, копрология, исследование кала на дисбактериоз, УЗИ брюшной полости 2. Консультация аллерголога, дерматолога, пульмонолога | ++ | + | + | + | - | + | + | Элиминационная диета, лечебное питание, индивидуальный подбор схемы вскармливания; обеспечение гипоаллергенного быта; антигистаминные препараты (фенкарол, фенистил и др.); местное лечение (мази «F99», «Фенистил», «Целестодерм-У» и др.); биопрепараты (примадофилюс, аципол, ацилакт и др.); ферменты; бактериофаги (с учетом степени нарушения биоценоза кишечника) |
| Болезни крови и органов кроветворения (анемия, агранулоцитопения и др.) | 1. Клинический анализ крови с определением ретикулоцитоза, формы и размеров эритроцитов, БХКр, осмотическая резистентность эритроцитов, железосвязывающая способность крови, трансферрин сыворотки крови 2. Консультация гематолога и др. | + | - | + | + | ++ | - | + | Назначения гематолога; лечебное питание, раннее введение фруктовых соков и пюре; препараты железа (гемофер, актиферрин); поливитамины, микроэлементы (капли «Береш плюс», «Видайлин М» и др.); иммуномодуляторы (по показаниям) |
| Врожденные anomalies развития | 1. Генеалогический анамнез, кариотипирование, гормональный профиль, исследование на ВУИ; БХКр 2. Консультации всех специалистов ГККН, генетика | - | - | + | + | - | - | + | Назначения врачей-специалистов (в индивидуальном порядке) |



| Нозологическая форма | Объем обследования | Объем реабилитационных мероприятий | | | | | | | специфическая терапия (патогенетическая) |
|---|--|------------------------------------|---|---|---|---|---|----|--|
| | | ЛП | Ф | В | И | М | Б | ЛФ | |
| Болезни мочеполовых органов (инфекция мочевыводящих путей, вторичная нефропатия (оксалурия, уратурия и др.) | 1. ОАМ, ОАК, БХКр, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, УЗИ брюшной полости 2. Консультация и лечение в нефрологическом центре ГКДЦ 3. Экскреторная урография; консультация ЛОР-врача | ++ | + | + | + | - | + | - | Назначения нефролога в индивидуальном порядке; лечебное питание (исключение продуктов, богатых по содержанию уратами и оксалатами, а также по назначению нефролога); фитотерапия; физиотерапия; лечение дисбактериоза кишечника, дискинезий желчевыводящих путей |

Сокращения, данные в таблице:

ЛП — лечебное питание; Ф — ферменты ЖКТ; В — витамины; И — иммуномодуляторы; КТ — компьютерная томография; М — препараты, содержащие железо и микроэлементы; Б — биопрепараты; ЛФ — лечебные физические упражнения; ОАК — общий анализ крови; ОАМ — общий анализ мочи; БХКр, БХМ, БХКа — соответственно биохимический анализ крови, мочи, кала; УЗИ бр. пол. и НСГ — ультразвуковое исследование паренхиматозных органов брюшной полости и головного мозга; ФГДС — фиброгастродуоденоскопия; АД — артериальное давление; исследование на ВУИ — на внутриутробные инфекции; ЭЭГ, ЭМГ — соответственно электроэнцефалография и электромиография.



ПРАВИЛА ГИГИЕНЫ И УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

АТМОСФЕРА В ДЕТСКОЙ КОМНАТЕ

Для детей первого полугодия жизни оптимальной температурой в помещении является $+22^{\circ}\text{C}$, для детей второго полугодия — $+19-20^{\circ}\text{C}$. При такой температуре ребенок находится в термоиндифферентной зоне, что положительно влияет на процессы обмена веществ (активная химическая терморегуляция) и тем самым — на рост и развитие малыша. Для создания такой температуры воздуха помещение необходимо регулярно проветривать. Это позволит не только изменять температуру, но и освежать воздух.

Рекомендуемый режим проветривания в холодное время года составляет 4–5 раз в день по 10–15 минут. Сквозное проветривание быстрее обновляет воздух в помещении и проводится только в отсутствие ребенка. Показателем эффективности проветривания является снижение температуры воздуха на 2–3 градуса по сравнению с исходной. В теплое время года, когда значительных перепадов температуры нет, окна можно держать открытыми, но создавать условия для сквозняков недопустимо.

Создавая оптимальные условия в помещении, где находится ребенок, необходимо помнить о влажности. Границы нормальной для новорожденного ребенка влажности лежат в пределах 50–70%, для детей 10–12 месяцев — 40–65%.

Учитывая особенности терморегуляции у грудных детей, становится понятно, что высокая влажность в помещении будет способствовать перегреванию ребенка. Низкая влажность приводит к сухости слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Ребенок становится более уязвимым для инфекции. При развившемся инфекционном заболевании недостаточная влажность в помещении усугубляет течение болезни.

Одежда для малыша

Выбирая одежду для ребенка, необходимо руководствоваться определенными правилами, а не только собственными ощущениями. У новорожденного идет становление системы терморегуляции. Термоиндифферентная зона, т. е. температура внешней среды, при которой нет дополнительных затрат энергии на согревание самого себя, у новорожденных детей составляет $+33^{\circ}\text{C}$. По данным литературы, при комнатной температуре $+20^{\circ}\text{C}$ комфортная температура будет достигнута, если одеть ребенка в два слоя хлопчатобумажной одежды.

Желание закутать малыша, такого хрупкого и уязвимого, понятно, но чревато нежелательными последствиями. Укутывание создает у родителей (чаще бабушек) ложное представление о защищенности. На самом деле при превышении температуры комфорта в пространстве под одеялом и без того высокая теплопродукция начинает превышать теплоотдачу. Ребенок перегревается, у него снижается аппетит, увеличивается потоотделение. Сильное потоотделение лишает организм малыша необходимой влаги, а систематическое перегревание может привести даже к обезвоживанию. Кроме того, при перегревании у него замедляются процессы становления иммунитета.

Необходимо запомнить правило: **на ребенка одеваем одежды на один слой больше, чем на себя.**

Для нормального двигательного развития одежда во время бодрствования не должна сковывать движений ребенка. Это важно учитывать при пеленании.

Кроватка

Первые месяцы жизни кроватка является местом, где малыш проводит большую часть времени. Следовательно, она должна быть удобной для него и для родителей. Лучше выбрать кроватку с опускающимся бортом или его частью и обязательно с несколькими уровнями положения дна.

продолжение на с. 34 ▶



A-DERMA
AVOINE REALBA®



ШАМПУНЬ-МУСС ДЛЯ МЛАДЕНЦЕВ ОТ МОЛОЧНЫХ КОРОЧЕК

Шампунь-мусс от молочных корочек А-Дерма устраняет чешуйки с кожи головы младенца, одновременно нежно очищая её. Входящий в состав шампуня экстракт овса Реальба® снимает зуд и раздражение.

Состав: экстракт овса Реальба® 3%, келюамид 4,2%, глицерол, кокоил глютамат натрия



ПРОДАЕТСЯ В АПТЕКАХ!



Дерматологические лаборатории Дюкрэ, Франция
Дистрибьютор в России: ООО «Сервифарм». Тел. (495) 644-46-13

Средства лечебной косметики для ухода за гиперреактивной кожей ребенка

С. А. МОНАХОВ, кафедра кожных и венерических болезней (зав. проф. О. Л. Иванов)
ММА им. И. М. Сеченова лечебного факультета

Как известно, атопический дерматит (АтД) — хроническое рецидивирующее заболевание, клинические проявления которого обусловлены, в частности, резким понижением барьерной функции кожи, в результате генетически обусловленного дефекта в синтезе цементирующей субстанции корнеоцитов и нарушения целостности водно-липидной мантии. Наряду с диетой, режимом, системной и местной медикаментозной терапией особое значение отводится лечебному уходу за гиперреактивной кожей ребенка с применением средств лечебной косметики (ЛК). С целью снижения тяжести последующих обострений, сокращения сроков медикаментозной терапии (в том числе и кортикостероидной) и продления ремиссии АтД особо важным представляется ежедневный комплексный уход за кожей средствами ЛК как в процессе активной терапии, так и по ее окончании. Средства ЛК, используемые при АтД, должны, в частности, обладать хорошими детергентными свойствами, способствовать нормализации гидратации кожи, восстанавливать защитную гидролипидную пленку, уменьшать явления воспаления и зуда, т. е. по возможности корригировать патологические процессы, лежащие в основе заболевания.

Применявшиеся ранее смягчающие средства для больных АтД обладали рядом недостатков:

созданные на основе ланолина или растительных масел, они создавали окклюзионную пленку, вызывали аллергическую реакцию, имели запах и пачкали белье и одежду.

Из большого арсенала средств ЛК для ухода за гиперреактивной кожей ребенка, появившихся в последнее время на отечественном фармацевтическом рынке, особенно хорошо зарекомендовали себя препараты, производимые французскими лабораториями «Биодерма» (эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Асэнтус»), «Авен» и «А-Дерма» (эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Сервифарм»).

Лабораторией «Биодерма» в рамках программы «Атодерм» для очищения кожи создано мыло «Атодерм» и мусс «Атодерм», которые не уменьшают количества липидов кожи, восстанавливают целостность водно-липидной мантии (глицерин-силиконовая основа), обладают антисептическими и противовоспалительными свойствами. Для очищения чувствительной кожи, с выраженной тенденцией к воспалительной реакции, в рамках программы «Сенсибио» для очищения кожи разработано средство «Сенсибио Н2О». Средство хорошо очищает кожу, не нарушает целостность водно-липидной мантии, успокаивает и увлажняет кожу, не требует смывания водой.

В качестве средства ухода за конституционально сухой кожей и в периоды ремиссии АтД рекомендуется использовать крем «Атодерм», который за счет входящего в его состав вазелиново-глицеринового комплекса восстанавливает гидролипидный барьер и увлажняет кожу.

В последнее время большое внимание уделяется изучению перекисного окисления липидов (ПОЛ) при АтД. ПОЛ – неспецифический процесс, являющийся ответом клетки на любой стресс при воздействии внешних факторов. Общими признаками мембранной патологии, вызванной активацией ПОЛ, являются увеличение гидрофильности мембран, и как следствие этого – усиление их проницаемости для ионов кальция других ионов, разобщение тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования, нарушение ферментных функций, ослабление связи фосфолипидов со структурными и рецепторными белками мембран, инактивация тиоловых энзимов SH-групп аминокислот и белков, повреждение ДНК, набухание и лизис мембран, в частности фосфолипидов, и гидролиз с последующим аутолизом клетки. Входящая в состав крема «Атодерм» ЭДТА нейтрализует повреждающее действие экзогенных аллергенов, а витамин Е оказывает антиоксидантное действие.

Среди новинок серии «Атодерм» следует отметить крем «Атодерм РР» для ежедневного

смягчающего ухода за кожей лица и тела при хронической рецидивирующей сухости, а также после применения топических кортикостероидов. Благодаря инновационной формуле **крем «Атодерм РР»** стимулирует процесс восстановления водно-липидной мантии кожи. Витамин РР помогает клеткам кожи синтезировать собственные липиды (церамиды, свободные жирные кислоты и холестерол), необходимые для формирования цементирующей субстанции корнеоцитов. Увлажняющие компоненты укрепляют барьерную функцию кожи, восстанавливая необходимый уровень увлажнения. Препарат великолепная переносится, легко наносится 1-2 раза в день на очищенную кожу, быстро впитывается.

Крем **«Атодерм РО Zink»** целесообразно использовать в качестве лечебного ухода, т.е. в периоды обострения процесса, в связи с тем что помимо свойств, присущих **крему «Атодерм»**, он обладает противовоспалительным, противозудным и успокаивающим действием за счет введения в его состав глюконата цинка и β -ситостерола.

Острая стадия кожного воспаления при АтД ассоциирована с преобладанием Th2-лимфоцитов, что увеличивает вероятность присоединения вирусной, бактериальной и грибковой инфекции. Экзотоксины золотистого стафилококка, выступающие в роли суперантигенов, инициируют и поддерживают аллергическое воспаление в коже. В этой связи наличие в составе средства лечебной косметики для атопичной кожи антибактериальных компонентов является весьма целесообразным. Пироктон оламин, входящий в состав крема **«Атодерм РО Zink»**, нормализует микрофлору и оказывает антибактериальное действие, тем самым прерывая патогенетический круг иммунного воспаления, индуцированного антигенами золотистого стафилококка.

Для ухода за гиперреактивной кожей ребенка, склонной к частым и длительным покраснениям, целесообразно использовать **крем «Сенсибио Форте»**, который быстро купирует раздражение. Входящие в его состав эноксолон и аллантоин оказывают противовоспалительное действие, канола устраняет эритему, а витамин Е обладает антиоксидантной активностью.

Как в процессе медикаментозной терапии в периоды обострений процесса, так и во время ремиссий желательно регулярно орошать кожу ребенка **дерматологической водой «Креалин»**. Благодаря сбалансированному составу минералов и олигоэлементов средство идеально подходит для ухода за гиперреактивной кожей, оказывая противовоспалительное, успокаивающее, восстанавливающее и антирадикальное действие.

Активным природным компонентом всех средств линии **«А-Дерма»** является овёс сорта Реальба, экстракт которого обладает противовоспалительным, антирадикальным и репаративным свойствами. Арсенал очищающих средств лаборатории **«А-Дерма»** для гиперреактивной кожи младенцев представлен **шампунем-муссом для младенцев «От молочных корочек»**, который устраняет корочки с кожи головы младенца, одновременно нежно очищая ее. Средство великолепно купирует зуд и устраняет эритему. Процедуру принятия ванны и душа целесообразно осуществлять со средством **очищающее масло для душа «Эгзомега»**, которое не содержит мыла и предназначено для ежедневного ухода за очень сухой, атопичной кожей младенцев и детей. Средство обогащено необходимыми смягчающими и успокаивающими компонентами, компенсирующими сухость и придающими коже комфорт (комплекс экстракта овса Реальба и основных жирных кислот Омега-6 — 1,01%,

глицерин — 10%, основные масла — 12,1% (водорастворимые — 10% и жирорастворимые — 2,1%), неионные амфотерные поверхностно-активные вещества.

Для ухода за нежной кожей ягодиц младенца разработан **крем «Эриаз»**, образующий на коже защитный барьер от агрессивной среды мочи и кала. **Крем «Эриаз»** необходимо наносить тонким слоем на предварительно очищенные и сухие ягодицы ребенка при каждой смене подгузников.

Основным лечебным препаратом является смягчающий **крем и эмульсия «Эгзомега»**, предназначенные для ухода за атопичной кожей. Они способствуют восстановлению кожного барьера, уменьшают сухость кожи и раздражение благодаря синергическому действию экстракта овса Реальба и комплексу жирных кислот Омега-6. Противовоспалительные и смягчающие свойства комплексного экстракта овса Реальба снимают раздражение. Основные жирные кислоты быстро проникают внутрь мембранных фосфолипидов и межклеточного цемента рогового слоя, восстанавливают его однородность и герметичность, блокируют воспаление за счет подавления синтеза простагландинов и лейкотриена В4.

Лаборатории **«Авен»** для гигиены кожи лица и тела при АтД рекомендуют использовать **«Сверхпитательное мыло с колд-кремом»** и **«Питательный очищающий гель с колд-кремом»**. Входящие в их состав комплекс гемисульфосукцинат и изотионат жирного спирта, колд-крем с термальной водой **«Авен»** и натуральное пальмовое масло нормализуют гидратацию рогового слоя и восстанавливают целостность гидролипидной мантии, а pH 5,5 усиливает противомикробную защиту кожи.

Базовая линия для лечебного ухода за атопичной кожей включает **смягчающую ванну «Триксера»**

и **смягчающий крем «Триксера»**. Первое средство целесообразно добавлять в воду (желательно прохладную) при приеме ванны. **Крем «Триксера»** наносится после ванны или душа на наиболее сухие участки кожи 2-3 раза в день. Входящие в состав средств **«Триксера»** растительные масла в высоких концентрациях, гликоколь, **термальная вода «Авен»** (50%) интенсивно увлажняют кожу, восстанавливают водно-липидную мантию, снимают раздражение и зуд, что позволяет использовать их не только в период ремиссии, но и в качестве лечебного средства при обострениях АТД.

Благодаря уникальным физико-химическим характеристикам **термальную воду «Авен»** целесообразно использовать как совместно со средствами ЛК, так и отдельно. **Вода «Авен»** оказывает лечебное действие на кожу, повышая текучесть клеточных мембран и, как следствие, активацию биохимических процессов в различных клеточных популяциях организма. Так, **вода «Авен»** усиливает активность лимфоцитов; ингибирует дегрануляцию базофилов и активацию мастоцитов, оказывает кератопластическое действие и усиливает адгезионные способности фибробластов; нивелирует активность свободных радикалов кислорода.

Среди пациентов термального центра **«Авен»** преобладают больные АТД (55–60%), вторым по частоте дерматозом является псориаз (31%), оставшуюся долю составляют большие экземой, акне, розацеа, красным плоским лишаем и дисгидрозом, пациенты с зудом, рубцами, ожогами. В возрастном плане преобладают пациенты в возрасте от 2 до 15 лет (52%), примерно 45% составляют люди в возрасте от 15 до 60 лет, детей до двухлетнего возраста примерно 11%.

Наиболее эффективными препаратами в терапии АТД на сегодня

наш день признаны топические кортикостероиды (КС), применение которых стало общепринятой практикой. Высокая эффективность КС при воспалительных заболеваниях кожи обусловлена их патогенетическим действием на три звена воспалительной реакции (экссудацию, пролиферацию и вторичную альтерацию). Основной противовоспалительный эффект достигается путем инактивации ферментов фосфолипазы А2 и ЦОГ-2, результатом которой является резкое уменьшение образования медиаторов воспаления (МВ) (простагландины, лейкотриены, интерлейкины, фактор некроза опухоли). Результатом этого ингибирования является снижение порозности капилляров, вазоконстрикция и, как следствие, исчезновение экссудации.

Стабилизация мембран гранул эозинофилов, базофилов, тучных клеток предотвращает развитие каскада аллергической реакции немедленного типа. Противозудное действие КС объясняется как реакцией нервных окончаний на отсутствие стимуляции МВ, так и повышением порога чувствительности к последним. Иммуносупрессивное действие КС основывается на индукции ими апоптоза лимфоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов.

Однако следует избегать наиболее характерных ошибок, допускаемых в процессе их использования:

- назначение местных КС в течение длительного времени без необходимых показаний;
- назначение топических КС в чистом виде при экземе, сопровождающейся инфекционным процессом (пиодермия, дерматофития, кандидоз, герпес), что приводит к прогрессированию заболевания;
- неправильный выбор лекарственной формы (например, назначение мази на участок кожи с явлениями экссудации);

- применение сильнодействующих (но не галагенизированных) КС у детей до 6 месяцев жизни;
- использование галогенизированных (особенно фторированных) КС на область лица, шеи, в складках, а также у детей до 1 года жизни;
- резкое прекращение лечения, особенно при продолжительном применении КС, что часто приводит к возникновению рецидива заболевания.

С целью повышения эффективности топических КС и снижения риска нежелательных реакций следует придерживаться следующих правил:

- применять метод нисходящей терапии – начинать лечение сильнодействующими КС с последующим постепенным переходом на препараты с меньшей терапевтической активностью по мере нарастания положительного эффекта либо постепенно уменьшать кратность его применения;
- при длительном курсе терапии использовать метод ступенчатого лечения, поочередно применяя КС на различные участки кожи;
- чередовать применение топических КС сильной активности с нестероидными препаратами и средствами лечебной косметики;
- наносить наружные КС на различные участки кожи в разное время.

Выполнение этих правил позволяет избежать развития синдрома привыкания к топическим КС, который часто возникает в течение нескольких недель активного применения высоко- и средне-активных КС, особенно в области лица, крупных складок и гениталий, а также других местных и системных нежелательных реакций КС-терапии.

ОСНОВЫ ГИГИЕНЫ КОЖИ ДЕТЕЙ

ОПАРИН Р.Б.,

доцент курса детской дерматовенерологии РМАПО

Кожные покровы, как и другие органы человека, представляют сложную систему, обеспечивающую возможность автономного существования в изменчивой среде обитания. Ни одно другое анатомическое образование нашего тела не способно к выполнению такого количества функций одновременно, как кожа. Необходимость осуществления множества процессов предопределило формирование уникальной структурной организации кожи. Основной задачей кожи, как покровной ткани, является сохранение гомеостаза внутреннего организма. Это достигается через обеспечение кожей барьерных, терморегуляторных, сигнальных, синтетических и выделительных механизмов. Подобный результат невозможен без координированной работы всех составных частей этого органа. Требования, предъявляемые к коже факторами окружающей среды, чрезвычайно велики. При воздействии, превышающем адаптивные возможности кожи, нередко развиваются различные патологические процессы приводящие в конечном счете к серьезным сбоям. Задачей гигиенического ухода за кожей является создание благоприятных условий для выполнения ею специализированных функций и повышения устойчивости к внешним воздействиям.

Необходимость ухода за кожей взрослого человека ни у кого не вызывает сомнения. Многочисленные препараты для профилактики и коррекции возрастных изменений кожи взяты на вооружение современной косметологией. В это же время проблема ухода за кожей детей остается в тени. Распространено мнение не

только среди людей, далеких от медицины, но и врачей, что кожа ребенка не нуждается в специальном уходе. Ведь в народе бытует сравнение идеального варианта кожи — «как у младенца». Если не понимать анатомо-физиологические особенности кожи детей, создается впечатление об избыточности внимания к этой проблеме. Однако со всей серьезностью хочется заметить, что в последние годы отмечается неуклонный рост количества заболеваний кожи у детей. Этому во многом способствует появление новых агрессивных факторов окружающей среды, в том числе химических и биологических. Бактериальная флора, с которой приходится контактировать коже, приобретает с каждым годом все более вирулентный характер. И со всем этим коже приходится бороться. А если возможности не так высоки, что наблюдается у ослабленных детей, рожденных от беременности, протекавшей с патологией. Что же делать в этом случае? Болезнь всегда проще предотвратить, нежели заниматься в последующем ее лечением. Гигиена кожи у детей как раз и призвана выступить профилактическим звеном по предотвращению развития патологических процессов. Безусловно, она не должна носить избыточный характер. Только научно обоснованный подход, учитывающий анатомо-физиологические возрастные аспекты кожи, должен быть заложен в основу определения объема гигиенического ухода.

В первый год жизни толщина кожи существенно меньше, чем у взрослых. Несмотря на присутствие всех слоев эпидермиса, клетки, их образующие, имеют меньшие размеры. Кроме этого, связь клеток

между собой слабее. Роговой слой настолько незначителен и разрыхлен, что не представляет существенной преграды для бактериальных и химических агентов. Даже на ладонях и стопах, где наиболее выражен роговой слой, у грудных детей он тоньше в 2,5-3 раза.

Защита от проникновения ультрафиолетовых лучей формируется медленно и практически отсутствует до 6 месячного возраста. Это обусловлено низкой активностью меланоцитов. Ведь меланоцит является клеткой мигрирующей в эмбриональный период из невального гребня. Становится понятным, что, имея общий источник происхождения с нервной тканью, меланогитарная система медленно созревает после рождения.

Кожа имеет собственные системы иммунологической защиты, представленные тканевыми макрофагами и клетками Лангерганса. У взрослого человека эти клетки выполняют важнейшую функцию по элиминации химических и бактериологических агентов, не давая им возможности реализовать свою патологическую роль. У детей первых лет жизни эти механизмы несовершенны и не создают серьезной защиты. Процессы элиминации чужеродных агентов осуществляются в этих условиях за счет активизации пролиферации клеток эпидермиса и усиления явлений десквамации. При возникновении препятствия для осуществления этой реакции, исходом является инфекционное или неинфекционное воспаление. К этому могут привести наружные средства и одежда с окклюзионными свойствами (на основе минеральных масел и синтетических волокон).

ГАММА ДЛЯ МАЛЫШЕЙ УРЬЯЖ

Подарите вашему малышу
качественный и безопасный уход

- Разработана специально для ухода за кожей новорожденных и маленьких детей



- Все средства прошли необходимые тесты на переносимость, гипоаллергенность и гарантируют максимальную безопасность



- Основа гаммы – Термальная вода УРЬЯЖ, являющаяся природной изотонической водой и известная своими уникальными лечебными свойствами. Она увлажняет, успокаивает, заживляет, защищает от агрессивного воздействия свободных радикалов



ПЕРВАЯ ВОДА
мягкое очищение



ПЕРВОЕ МОЛОЧКО
мягкое увлажнение
и питание

КОЛД-КРЕМ
смягчающий
уход



ПЕРВЫЙ УХОД
паста с термальной
водой
защита и уход
за ягодичными
зонами



**ОЧИЩАЮЩИЙ
ПЕНЯЩИЙСЯ
КРЕМ**
нежное очищение
без мыла,
1/3 состава –
питательное
молочко
лицо, тело, волосы

СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ

Дерматологические лаборатории УРЬЯЖ

Официальный дистрибьютор в России **ООО АКВА ФАРМ МЕДИКАЛ**. Москва, Ленинградский пр., 72. Тел.: (495) 721-36-65
www.afarm.ru

SO₄

Cl

Na

Ca

Cu

Zn

Mg

K

Mn

Si

У взрослых поверхность кожи имеет слабо кислую реакцию, в условиях которой бактериальные клетки не находят оптимума для своего развития. Кислотность кожи формируется за счет секрета потовых и сальных желез. Эккринных потовых желез у новорожденных в 12 раз больше, чем у взрослых, но они в периоде новорожденности функционально неполноценны. Лишь к возрасту 2-3 месяцев происходит существенное увеличение потоотделения. Отсутствие полноценного пото- и салоотделения в периоде но-

ворожденности, приводит к формированию на поверхности кожи pH, близкой к нейтральной среде, что не позволяет говорить о наличии в этом возрасте дополнительного фактора антибактериальной защиты.

Кожа детей первого года жизни богата водой. Вода составляет до 10-17 процентов от всей массы кожных покровов. У взрослых этот показатель значительно ниже. Это приходится учитывать при уходе за кожей. Средства, препятствующие нормальному обмену воды, закономерно будут

приводить к отечности тканей и явятся дополнительными факторами агрессии.

С первых минут внеутробной жизни кожа ребенка подвергается серьезным испытаниям. Осуществление бережного ухода за кожей ребенка позволяет нивелировать временное несовершенство кожных покровов у детей первого года жизни и предотвращает развитие осложнений.

Длительное время в практической педиатрии существовали подходы по уходу за кожей, раз-

ЖИВАЯ ВОДА ИЗ УРЬЯЖ

Термальная вода Урьяж добывается из источника, находящегося во Франции в местечке Урьяж-ле-Бен, у подножия Альп, недалеко от Гренобля. Первое упоминание об этом источнике термальной воды найдено в Веронской библиотеке: пекии римский лейтенант, участвовавший в галльских походах Цезаря, излечился от ран благодаря лечению водой Урьяж. Расцвет гидротерапии пришелся на период наполеоновских войн, около источника была построена водолечебница, а в 1838 году доктор Вульфранк-Жерди написал знаменитую работу «Болезни кожи, вылечиваемые Термальной водой Урьяж», в которой он обосновал терапевтические свойства этой воды. С тех пор Урьяж-ле-Бен стал не только центром водолечения, но и излюбленным местом отдыха и встреч знаменитых и состоятельных людей периода так называемой belle époque (прекрасной эпохи).

Сегодня Урьяж-ле-Бен — одна из трех ведущих термальных лечебниц Франции, которая специализируется в том числе и на лечении и профилактике дерматологических заболеваний, таких как экзема, псориаз, атопический дерматит, последствия ожогов и пр.

Около источника построен завод, выпускающий дерматологическую косметику Урьяж на основе термальной воды. Предприятие оборудовано по последнему слову техники: информатизация всех производственных процессов, строжайшие требо-

вания к чистоте воздуха, сырья и конечной продукции, постоянный микробиологический контроль и т.д. Сама же Термальная вода Урьяж разливается в спреи непосредственно



из источника в условиях полной стерильности, что позволяет сохранить ее природное богатство и чистоту.

Термальная вода Урьяж уникальна по своим фармацевтическим и косметическим свойствам. Прежде всего — это единственная природная изотоническая вода, применяемая в дерматологии. Только в изотоническом растворе существует баланс давления, называемый осмотическим.

В таком растворе не нарушается целостность клеток и не изменяется их размер. Его можно сравнить с физиологическим раствором. Другое достоинство, обуславливающее уникальность Термальной воды Урьяж — это ее состав. Она — самая богатая минеральными солями и олигоэлементами (сухой осадок на 1 литр равен 11 000 мг). В ее состав входят кальций, медь, марганец, цинк, кремний, калий и пр., которые сообщают ей все свои целебные свойства.

Все вышеперечисленные достоинства Термальной воды определяют ее лечебные свойства. Термальная вода Урьяж является великолепным средством для ухода за кожей. Она увлажняет кожу (верхние слои эпидермиса), успокаивает раздражения благодаря насыщенности минеральными солями, особенно кальцием. Входящие в ее состав медь, цинк и другие микроэлементы защищают кожу от воздействия свободных радикалов, оказывают противовоспалительное действие. Вода не содержит консервантов, ароматизаторов, она гипоаллергенна. Термальная вода Урьяж прошла испытания, подтвердившие ее изотоничность, увлажняющее, противовоспалительное и антирадикальное действие, улучшение клинических признаков псориаза, прекрасную переносимость.

Термальная вода начинает действовать сразу же после распыления. Ее не нужно подсушивать или промокать. После распыления кожа моментально возвращается в комфортное состояние.

работанные еще в начале XX века. К ним можно смело отнести детские кремы на основе вазелина и вазелинового масла, растительные масла и грубые крупнодисперсные присыпки. В настоящее время пересмотрены взгляды на многие традиционно используемые средства. Сейчас мало кому придет в голову кормить грудного ребенка цельным коровьим молоком. А ведь не так давно это было распространенным явлением. И стирка белья осуществляется преимущественно высокоэффективными многокомпонентными порошками и растворами, а не как ранее — хозяйственным мылом. Так почему же в одних случаях мы идем в ногу с прогрессом, а в других считаем его продукты излишними? Медленно, но все-таки пересматриваются подходы и в детской косметологии. Высокотехнологичные средства, всесторонне учитывающие свойства детской кожи, неуклонно вытесняют старые, плохо подходящие детскому организму. Каждый педиатр, безусловно, стремится к созданию своим маленьким друзьям оптимальных условий для сохранения здоровья. С точки зрения современной дерматологии кожа детей нуждается в бережном уходе начиная с периода новорожденности.

Спектр средств по уходу за кожей детей должен предполагать наличие косметологических препаратов с мягкими очищающими и защитными свойствами. Одновременно с этим нельзя забывать и о придании оптимальной эластичности коже, а также устранении последствий воздействия неблагоприятных факторов.

Традиционно рассмотрение гигиенических основ необходимо начать с определения способов оптимального очищения кожи. Кожа маленьких детей в силу перечисленных выше особенностей чрезвычайно чувствительна к различным химическим и бактериальным раздражителям. Особенно страдает кожа

перианальной области и промежности, а также кожа крупных складок. Причина этого всем очевидна. Даже кратковременный контакт с крайне агрессивными веществами, выделяемыми организмом, способен привести к выраженному воспалению. А в крупных складках отсутствуют условия для естественной санации кожи вследствие недостаточного доступа воздуха и осложнения процессов десквамации кожи. Все это быстро приводит к мацерации кожи и утрате ею многих необходимых для нормальной функции свойств. Безусловно, все эти явления нуждаются в эффективном и скорейшем устранении. Традиционные мыла, даже пережиренные, сами по себе могут явиться раздражающим агентом, особенно в случае наличия в их составе различных экстрактов трав. В случае многократного использования подобных мыл pH кожи неуклонно стремится к щелочной реакции, что создает дополнительную опасность для развития вторичной инфекции. Неоднократный контакт с водой, особенно в сочетании с мылом, приводит к выраженной сухости кожи и неминуемо сменяется ее раздражением с трансформацией в воспаление. Использование же салфеток, рекомендуемых производителями подгузников и пропитанных различными детергентами, как правило, не позволяет достичь требуемой чистоты и, кроме этого, оставляет на коже целую гамму химических соединений, к тому же втираемых в результате многократных движений по удалению нечистот. Безусловно, как и ранее, наиболее эффективным методом очищения кожи является промывание ее проточной водой. Однако это не позволяет избежать сухости. Современные средства позволяют в полной мере воспользоваться свойствами обычной воды без негативных последствий. Одним из таких средств является «Очищающий пенящийся крем» из серии

ухода за кожей детей, французских Дерматологических Лабораторий URIAGE. Крем сочетает в себе высокие очищающие свойства, реализуемые без мыла и парабенов, с одновременным мягким насыщением поверхности кожи необходимыми липидами и водой. Даже многократные процедуры очищения кожи не приводят при его применении к развитию мацерации кожи. Этот же пенящийся крем является великолепным аналогом детского шампуня, который может быть использован у детей, особенно в случае наличия на коже волосистой части головы молочнокорки. Он не пересушивает кожу головы и не приводит к формированию очагов себорейного дерматита. В тех случаях, когда нет необходимости в столь тщательном очищении кожи, как при устранении выраженного загрязнения фекалиями, для проведения ежедневного туалета кожи в складках, а также удаления с поверхности кожи последствий мочеиспускания может быть использована «Первая вода» из этой же серии продуктов URIAGE. Основой для этого средства является природная Термальная вода Урьяж в сочетании с веществами, превосходно устраняющими сухость кожи. Этим средством можно воспользоваться и в дороге, при отсутствии источника водопроводной воды. Она не содержит раздражающих кожу веществ и позволяет безопасно решить проблему чистоты кожи в случае незначительного ее загрязнения.

Высокая ранимость детской кожи и недостаточное развитие факторов защиты требуют применения средств эффективной изоляции наиболее подверженных воздействию агрессивных факторов участков покровов. Такими участками является кожа промежности, перианальной области и области ягодиц. В течение суток кожа этих областей многократно подвергается чрезвычайно выраженному раз-

дражению. Особенно значительные проблемы возникают у детей с ферментопатиями (лактазной недостаточностью) и при явлениях выраженной диспепсии на фоне инфекционных процессов в кишечнике. Изменение характера стула с явлениями выраженной диареи в течение очень короткого времени способны вызвать серьезное повреждение кожи. Для предотвращения этих явлений используются различные изолирующие кожные покровы пасты. Они должны обладать высокой степенью адгезии к поверхности кожи и в то же время исключать развитие «парникового эффекта». С этой задачей с успехом справляется «Первый уход» Дерматологических Лабораторий URIAGE. Удачная лекарственная форма в виде мягкой пасты позволяет легко, без дополнительных механических воздействий, нанести тонкий изолирующий слой из оксида цинка. Водная основа с незначительным содержанием липидоподобных веществ не создает условий для окклюзии кожи и, выполняя в полном объеме защитную и противовоспалительную роль за счет окиси цинка, не приводит к вторичному повреждению кожи в результате изменения проницаемости.

Современные условия жизни накладывают свой отпечаток и на многие гигиенические моменты. Если ранее вполне приемлемым считалось мытье тела один раз в неделю в бане, то сегодня этого человека, без всякого сомнения, признали бы грязнулей. Изменились условия существования, требуется пересмотреть и многие гигиенические подходы. Несколько десятков лет назад никому бы не пришло в голову, что кожу ребенка необходимо увлажнять. А ведь это именно так. Более доступные водные процедуры, сухость воздуха в помещениях с центральным отоплением, и, наконец, более высокие требования к качеству жизни, в том числе и у детей,

привели к осознанию необходимости включения в ежедневный уход за кожей увлажняющих средств. Задачей подобных продуктов является создание без риска для кожи дополнительного комфорта малышу. Большой арсенал коммерческих средств для нанесения на кожу после ванн не решает проблемы, так как в основной массе подобные косметологические препараты созданы на основе минеральных и растительных масел. Нанесение этих компонентов на кожу ребенка создает мнимый эффект устранения сухости и достигается за счет фактически склеивания кератиноцитов рогового слоя между собой. Совершенно другой механизм заложен в основу действия «Первого молочка» Дерматологических Лабораторий URIAGE. По своему составу оно соответствует эмульсии типа «масло в воде». Подобная структура позволяет не только достичь смягчения кожи за счет жировых компонентов, но и доставить воду в глубину кожи.

И наконец, всем известно, что дети нуждаются в ежедневных прогулках на свежем воздухе. Малыши отлично проводят время, как правило, засыпая в этот момент. Но что же делать, если на улице погода не радует? При перемещении ребенка из теплого помещения с отсутствием движения сильных потоков воздуха на улицу, его кожа испытывает настоящий шок. Сказывается перепад температур, влажности и воздействие ветра. Для устранения этих неблагоприятных факторов необходимо использование защитных средств. Можно поступить по ранее придуманному рецепту, а именно смазать кожу перед выходом животным жиром. Однако это не лучший выход. Так как одновременно с ним будет привнесено значительное количество бактериальных агентов, а длительный контакт с концентратом жировых субстанций вызовет дополнительную

мацерацию кожи. Кроме этого, по возвращении домой явится сложность удаления этого жира.

Решить эту проблему позволяют эмульсии типа «вода в масле», которая надежно укрывает кожу от метеорологических агентов, но в то же время остается легкой, легко смываемой при необходимости субстанцией. За счет присутствия воды в липидном окружении удается избежать парникового эффекта. Всеми этими качествами в полной мере обладает защитный «Кодд-крем». Он легко наносится в преддверии прогулки и остается на коже необходимое время, после чего легко устраняется обычной водой или «Первой водой». Незначительное присутствие воска в этом продукте оказывает дополнительный мощный протективный эффект, но, учитывая форму эмульсии, не становится тяжелым покрывалом для кожи.

В своей амбулаторной практике на курсе детской дерматовенерологии Российской медицинской академии последипломного образования мы имели возможность убедиться в эффективности и привлекательности всей гаммы средств для ухода за кожей детей раннего возраста. Все продукты позволяют достичь желаемого результата.

Конечно, можно не прибегать к средствам по уходу за кожей у детей. Несомненно, не у всех детей возникнут какие-либо проблемы. Но стоит всегда помнить, что болезнь проще предупредить. Ведь и не все дети «подхватывают» инфекциями, однако повсеместно используется вакцинопрофилактика. Так неужели стоит пускать вопрос на самотек и определять путем наблюдения, возникнут или нет какие-либо проблемы с кожей? Полагаем, что проще потратить несколько минут в день и использовать современные, абсолютно безопасные средства, нежели в последующем наблюдать за страданиями наших малышей.

Положение кровати должно быть наилучшим. Кровать должна быть хорошо освещена. Бьющий в глаза ребенку солнечный или электрический свет можно нейтрализовать с помощью балдахина, бортиков и т. д. Помещение должно быть хорошо проветриваемым, но не следует располагать кровать на сквозняке.

Ребенку интересно то, что происходит вокруг него, он будет смотреть и переворачиваться в сторону света и звуков. Необходимо менять положение головного конца кровати, если она стоит у стены или если интересные события происходят только с одной стороны. В противном случае возникает угроза односторонности. Особенно это важно для детей с врожденной кривошеей.

Если кровать ребенка украшена балдахином, бортиками и т. д., их следует регулярно стирать, чтобы красивые вещи не превратились в пылесборник, опасный для здоровья.

Матрац необходим достаточно жесткий. Жесткий матрац будет служить опорой позвоночнику. Мягкий матрац только кажется удобным, на самом деле он вреден и даже опасен из-за возможного развития синдрома внезапной смерти. Уткнувшись лицом в мягкий матрац, малыш не найдет достаточной опоры, чтобы помочь себе поменять положение, а будет утопать в пирине.

Из соображений профилактики деформаций позвоночника и синдрома внезапной смерти подушку лучше не использовать, за исключением специального указания врача о необходимости ортопедической подушки. Головной конец матраца лучше приподнять так, чтобы образовывался угол около 30°. Таким положением создаются оптимальные условия для работы многих органов и систем: улучшается дыхание, брюшные органы не давят на диафрагму, улучшается вентиляция и кровоток в легких. Кроме того, такое положение признано лечебным при синдроме срыгивания и рвоты.

Уход за кожей

Режим дня молодой мамы и новорожденного складывается в основном из питания и ухода за ребенком.

Ежедневные гигиенические процедуры занимают большую часть времени.

Основные гигиенические процедуры:

- смена подгузника 6–8 раз в день;
- купание 1 раз в день;
- уход за кожей и массаж 2–3 раза в день.

Особенности детской кожи

Кожа младенца — уникальный и важный орган, который защищает ребенка от вредного неблагоприятного воздействия внешнего мира и играет огромную роль в формировании здоровья. Она нежная, розовая и бархатистая на ощупь.

Кожа младенца имеет ряд отличий от кожи взрослого:

1. У малышка она в 5 раз тоньше кожи взрослого и легко повреждается не только при воздействии механических факторов, но и при неправильном уходе.
2. На коже каждого человека, большого и маленького, есть защитная пленочка — смесь пота и кожного сала — с уровнем pH 5,5, которую иногда называют «кислотная мантия». Ее роль чрезвычайно важна: она не дает размножаться вредным микроорганизмам и создает условия развития нормальной микрофлоры. У младенца «кислотная мантия» тоньше и чувствительнее к внешним воздействиям. Поэтому ухаживать за кожей детишек необходимо мягкими, предназначенными специально для детей средствами.
3. Кожа новорожденного более склонна к сухости.

Здоровая кожа начинается прежде всего с чистой кожи. От влажных пеленок может появиться раздражение кожи, да и сам малыш будет недоволен. Поэтому крайне важно регулярно менять подгузник!

Уход за кожей ребенка в области подгузника

Можно очистить кожу в области подгузника под струей теплой воды с использованием очищающего средства. Мыло в данном случае неприемлемо, так как оно сушит кожу и способствует повреждению «кислотной мантии». Также следует помнить о том, что многие детские кремы под подгузник и другие лечебно-профилактические мази нельзя наносить на кожу, обработанную мылом! Так как в этом случае эффективность данных средств значительно снижается!

Лучше рекомендовать использовать специальные детские жидкие очищающие средства.

В случае если нет возможности очистить кожу малыша под струей воды, например в поликлинике или на улице, при смене подгузника очень удобно пользоваться детскими влажными салфетками.

Салфетки должны соответствовать следующим требованиям:

- быть мягкими на ощупь, при этом не должны рваться и оставлять ворсинок на коже ребенка, уровень pH должен соответствовать уровню pH детской кожи;



- нежно очищать кожу и одновременно ухаживать за ней.

Девочек необходимо подмывать так, чтобы вода лилась спереди назад. Это нужно для того, чтобы в область вульвы (преддверия влагалища) не попали кишечные микробы.

После очистки кожи в области подгузника от раздражающих кожу факторов необходимо защитить ее. Для этого можно использовать крем под подгузник, который защитит кожу от воздействия влаги (оксид цинка), а также предотвратит появление воспаления (глицерин, ланолин), вы можете использовать крем под подгузник, который защищает, снимает раздражение и стимулирует быстрое заживление при появлении первых признаков воспаления.

Для обработки складок также можно использовать присыпку. Следует обращать внимание на то, что каждая частичка присыпки должна иметь идеально круглую форму для того, чтобы не вызвать травмирования нежной детской кожи. Присыпка уменьшает трение между частями тела ребенка, а также при соприкосновении с подгузником.

Внимание! Нужно использовать или присыпку, или крем под подгузник.

Подгузники

Существует несколько разновидностей подгузников: марлевые или из любой мягкой хлопчатобумажной ткани, одноразовые впитывающие, клеенчатые подгузники с одноразовыми застежками, бумажные, «дышащие». Разные фирмы выпускают разные модификации.

Что в них хорошего и что не очень хорошо? Впитывающие подгузники помогают экономить время и силы мамам, которых так не хватает в первые месяцы жизни ребенка. В подгузниках, не ощущая сырости, младенцы не чувствуют дискомфорта, а потому научиться их произвольному контролю за мочеиспусканием и дефекацией будет сложнее.

Часто обсуждается тема перегревания детей в подгузниках, что может особенно неблагоприятно сказаться на мальчиках. Однако убедительных данных о вредном влиянии впитывающих подгузников на репродуктивное здоровье мальчиков и девочек нет.

В заключение следует сказать: подгузники следует менять регулярно, при смене подгузников ребенка необходимо подмыть под проточной водой и устраивать малышу воздушную ванну.

Водные процедуры

Умывание

В первые месяцы жизни ребенка умывают теплой водой (температура +32–33°C). Лицо и руки обмывают под проточной водой. Кипятить воду необходимо только тогда, когда она не проходит специального очищения (например, колодезную). Ватным тампончиком, **смоченным в кипяченой воде**, промывают глаза, проводя от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза используют отдельный тампончик). Постепенно температуру воды для умывания снижают.

Со второго полугодия жизни умывают не только лицо и руки, но и шею, и верхнюю часть туловища. После умывания кожу вытирают насухо, грудь растирают до небольшого покраснения.

Купание

Купание — важная гигиеническая процедура и необходимый воспитательный момент, развивающий эмоциональную, физическую и интеллектуальную сферы ребенка. Это еще и отличный шанс для общения с малышом.

Купание должно приносить радость и пользу. Поэтому помните, что не рекомендуется использовать для купания малыша твердое мыло. При каждом купании щелочные компоненты мыла просто «стирают или растворяют» защитную «кислотную мантию». В результате возрастает риск проникновения инфекции через незащищенную детскую кожу. Организм малыша старается восстановить защитный слой и выводит влагу из внутренних слоев кожи на поверхность. Так запускаются процессы пересушивания нежной детской кожи. Даже самое мягкое «увлажняющее» мыло имеет уровень pH в диапазоне от 7 до 10, тогда как pH кожи ребенка — 6,5.

Для купания лучше использовать специальные детские жидкие очищающие средства, которые не нарушают целостность кислотной мантии и соответствуют уровню pH детской кожи.

В периоде новорожденности необходимо использовать средства для купания, содержащие специальную формулу, которая не раздражает слизистую оболочку глаз.

Раньше детей первого месяца жизни непременно полагалось купать в кипяченой воде и растворе марганцовки. Это рекомендуется делать только детям с гнойничковыми высыпаниями на коже. Если



такое купание необходимо для ребенка, помните главные правила:

- кристаллы не должны попасть в ванночку. Марганцовокислый калий продается в кристаллической форме. Для приготовления раствора кристаллы разводят в отдельной посуде (чашка, стакан). В детскую ванночку уже готовый раствор наливают небольшими порциями и помешивают до достижения слабого розового цвета;
- хранить марганцовокислый калий надо так, чтобы даже вам было сложно его достать, а ребенку сделать это было бы невозможно.

Купать ребенка желательно не менее 1 раза в день — лучше вечером, перед сном. Эта процедура поможет малышу расслабиться и легче заснуть.

Температура воды для купания должна быть комфортной (37°C). В помещении, где вы купаете ребенка, не должно быть холодно.

Мыть ребенка нужно последовательно: шею, грудь, живот, ручки и ножки, спинку и лишь затем голову. Тщательно промывать складки на шее, под мышками, в паху, локтевые и коленные сгибы. Следует раскрывать и промывать сжатые кулачки во время каждого купания.

После купания удаляют влагу с поверхности кожи новорожденного аккуратными промокающими движениями.

Чистая и подсушенная кожа ребенка нуждается в дополнительном увлажнении, особенно в области складок. Для того чтобы избежать участков трения внутри кожных складок, их следует обрабатывать с помощью детского крема, молочка или масла.

Пользуясь маслом, нужно помнить, что применять его следует только на чистую кожу, нанося сначала на свои руки, а затем уже на тело ребенка плавными поглаживающими движениями.

Никогда не нужно применять масло в области подгузника и тем более очищать с помощью него половые органы малыша.

Прогулки

На прогулку ребенка одевают соответственно погоде. Летом действует упомянутое выше правило о количестве слоев одежды. Необходимо взять с собой пеленку или легкое одеяло, чтобы можно было укрыть уснувшего малыша. Для защиты от насекомых пригодится специальная сетка, кусок марли или тюля.

Зимой одетый по сезону ребенок будет более неподвижен, чем летом. Самой удобной одеждой является теплый конверт, в котором малыш сможет двигаться, пока не спит. На время сна (а дети при низкой температуре воздуха быстро засыпают) малыша лучше укрыть дополнительно. Узнать о том, насколько ребенку комфортно, можно по его носу. Если кончик носа теплый, малышу достаточно тепло, если холодный — надо думать о завершении прогулки. Этот признак не является стопроцентным показателем, но все же очень помогает.

Длительность первой прогулки летом составляет около 30 минут, зимой короче — 10–15 минут при температуре воздуха –5°C. Время прогулки увеличивается на 10–15 минут в день. Продолжительность пребывания на улице зимой в среднем составляет 1,5–2 часа два раза в день, а летом 2–2,5 часа два-три раза в день. Обычно обе прогулки приходятся на время сна, и в больших городах зимой одна из прогулок чаще происходит на балконе, а вторая — на улице. Однако, если условия позволяют, в холодное время можно и два раза отправляться на прогулку. Свежий воздух и созерцание природы полезны и маме, и ребенку. «Гулять» только на балконе недопустимо! Прогулки проводятся при температуре воздуха не ниже –10°C в первые шесть месяцев жизни и не ниже –15°C после шести месяцев. Перед выходом на улицу личико ребенка смазывают защитным кремом.

Летом, если малыш находится на грудном вскармливании и погода хорошая, мама с ребенком может и не уходить с улицы. Естественно, что двигаться в течение 5–7 часов невозможно. Если у вас есть возможность отдохнуть, полежать на свежем воздухе, то лучше и быть не может.



ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУДНОГО МОЛОКА И ОБОСНОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ

Грудное молоко является оптимальной пищей для новорожденных и детей первого года жизни. Оно полностью обеспечивает потребности организма ребенка в пищевых компонентах первые 6 месяцев после его рождения. Только грудное молоко содержит некоторые незаменимые жирные кислоты, молочные белки и железо в легко усваиваемой форме, а также иммунологические факторы и биологически активные вещества, которые защищают ребенка от микробных и вирусных инфекций и способствуют адаптации кишечника новорожденного. Грудное молоко превосходит все заменители, в том числе

и детские адаптированные молочные смеси промышленного производства. Состав грудного молока не постоянен. Он может меняться во время кормлений в зависимости от времени суток, а также в процессе лактации. Общий объем выработки грудного молока чрезвычайно изменчив. Говоря о среднем потреблении молока грудными детьми, наиболее часто называют цифры 680–850 мл в сутки, однако эти величины могут колебаться от очень малых количеств до одного литра в день и более, что зависит от частоты и эффективности сосания. Потребление грудного молока ребенком в период исключительно грудного вскармливания увеличивается, достигая через 1–2 месяца постоянного уровня — 700–800 мл, и в дальнейшем возрастает лишь незначительно.

Состав грудного молока в сравнении с составом детской питательной смеси промышленного производства, коровьего молока и питательной смеси домашнего приготовления приведен в табл. 1.

ТАБЛИЦА 1. Состав зрелого грудного молока, коровьего молока и рекомендации по составу детской питательной смеси (на 100 мл) *

| Компонент | Средние величины зрелого грудного молока | Детская питательная смесь | Коровье молоко | Питательная смесь домашнего приготовления |
|-------------|--|---------------------------|----------------|---|
| Энергия кДж | 280 | 250–315 | 276 | 221 |
| ккал | 67 | 60–76 | 66 | 63 |
| Белок (г) | 1,3 | 1,2–1,95 | 3,2 | 2,1 |
| Жир (г) | 4,2 | 2,1–4,2 | 3,9 | 2,5 |
| Углеводы | 7 | 4,6–9,1 | 4,6 | 8,0 |
| Натрий | 15 | 13–39 | 55 | 36 |
| Хлор | 43 | 32,5–81 | 97 | 63 |
| Кальций | 35 | 59 | 120 | 75 |
| Фосфор | 15 | 16,3–58,3 | 92 | 60 |
| Железо | 76 | 325–975 | 60 | 39 |
| Витамин А | 60 | 39–117 | 35 | 23 |
| Витамин С | 3,8 | 5,2 | 1,8 | 1,2 |
| Витамин D | 0,01 | 0,65–1,63 | 0,08 | 0,05 |

* См.: Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях: Пособие для врачей. М., 2003.



Изжога, тошнота, горечь во рту, отрыжка — крайне неприятные ощущения, которые могут подстергать нас буквально на каждом шагу.

Причины расстройства пищеварения могут быть самыми разными — нарушение диеты, хронические заболевания пищеварительной системы, заболевания других органов. Настроение, нервные переживания, психоэмоциональные стрессы влияют на многие процессы нормального усвоения и переваривания пищи.

Чаще всего с подобными симптомами, на фоне, казалось бы, полного здоровья, сталкиваются женщины, готовые стать матерью. Это вполне объяснимо. Растущий плод начинает сдавливать внутренние органы, нарушается нормальная перистальтика (сокращение) желудка и кишечника, избыточное давление, создаваемое плодом, может приводить к забросу кислого содержимого желудка в пищевод и даже желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок. Как правило, после родов все эти неприятные ощущения проходят.

Период новорожденности и кормления грудью также связан с особенностями системы пищеварения. В женском организме начинают вырабатываться в большом количестве различные гормоны, отвечающие за продукцию молока, перестраивается иммунная система мамы. Все это в той или иной степени сказывается и на работе органов желудочно-кишечного тракта, влияет на выработку пищеварительных соков и их количество, перистальтику, что в свою очередь, может стать причиной возникновения желудочно-пищеводного заброса и, как следствие, отрыжки, изжоги и тошноты.

Как показали исследования, желудочно-кишечные расстройства могут проявляться не только у взрослых людей, но и у детей разного возраста, в том числе у новорожденных. У детей причинами возникновения этих симптомов становится, в первую очередь, нарушение диеты и режима питания, переедание. При несоблюдении режима питания, например, в голодном желудке происходит усиленная выработка пищеварительных соков в те периоды, которые приходятся на время обычного приема пищи. В случае, когда пропускается прием пищи, что наиболее часто происходит у школьников, кислота начинает раздражать слизистую оболочку желудка, усиливается сокращение мышц желудка и его кислое содержимое забрасывается в пищевод. У грудных детей и детей младшего возраста это чаще происходит при переедании. Желудок может растягиваться во время еды до определенных размеров. Если же ребенок получает избыточное количество пищи, пищеварительный тракт просто не справляется с таким объемом. При этом ребенок срыгивает не только съеденной пищей, но и каким-то количеством все той же соляной кислоты, ферментов и желчи, что вызывает неприятные ощущения. Кроме неприятных ощущений заброс агрес-

ПОМОЩЬ ПРИ ИЗЖОГЕ

Доктор медицинских наук, профессор Петр Леонидович Щербаков

Научный центр здоровья детей РАМН

сивной жидкости в пищевод может привести к раздражению и повреждению его нежной слизистой оболочки. Стрессовые ситуации, психоэмоциональные перегрузки могут также провоцировать заброс кислоты в пищевод.

Для преодоления этих симптомов у детей раннего возраста, наряду с коррекцией режима кормления и диеты, необходимо также оградить ребенка от отрицательных психоэмоциональных воздействий, свести к минимуму причины, вызывающие плач ребенка и, конечно же, исключить болезни других органов и систем, которые могут быть причиной возникновения таких же явлений.

Следует признать, что все эти методы являются больше профилактическими, предупреждающими появление изжоги и отрыжки. Если же они уже появились, то пациента мучают боли за грудиной, постоянное чувство распирания, которые необходимо в кратчайшее время остановить.

Большую группу препаратов, регулирующих уровень кислоты в желудке, составляют антациды.

Одним из достаточно известных и очень интересных по своему действию является Фосфалюгель — невсасывающийся препарат местного действия. Благодаря оптимальному сочетанию коллоидного фосфата алюминия с пектином и гелем агар-агара Фосфалюгель обладает не только выраженным антацидным (кислотонейтрализующим) действием, но также адсорбционным и обволакивающим эффектами, создает на поверхности слизистой оболочки защитный слой. Хорошо известно, что натуральные компоненты морских водорослей — пектины и агары широко используются в кос-

метологии для защиты кожи от повреждающего воздействия вредных факторов — солнца, ветра, различных агрессивных химических соединений, окружающих человека в его повседневной жизни. Кроме механической защиты, биологическое воздействие этих веществ способствует омоложению кожи и всего организма. Подобные процессы происходят и на поверхности слизистой оболочки пищевода и желудка.

Значительные адгезивные свойства Фосфалюгеля и его способность к образованию однородного слизистого слоя защищают слизистую оболочку от воздействия агрессивных факторов, связывают токсины, компоненты желчи, поглощают газы и выводят их из организма.

Благодаря входящему в состав препарата фосфору, прием Фосфалюгеля не приводит к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, что особенно важно для пожилых людей, беременных женщин и младенцев.

Взрослые и дети старше 6 лет могут принимать препарат внутрь по 1–2 пакетика 2–3 раза в сутки. Схема приема зависит от характера заболевания.

Дети младше 6 месяцев — 1/4 пакетика или 1 чайная ложка (4 г) после каждого из 6 кормлений, старше 6 месяцев — 1/2 пакетика или 2 чайные ложки после каждого из 4-х кормлений.

Препарат можно принимать в чистом виде или перед приемом развести в 0,5 стакана воды.

Следует, однако, помнить, единого рецепта лечения болезни нет и быть не может, поэтому при сохраняющемся расстройстве пищеварения следует проконсультироваться у гастроэнтеролога или педиатра.



НОВИНКА

Nestlé

babycup



Что сегодня на десерт?



Идеальной пищей для грудного ребенка является молоко матери. Необходимо консультироваться со специалистом.

На правах рекламы. Подлежит обязательной сертификации.



• с 5 месяцев • с 6 месяцев • с 6 месяцев • с 8 месяцев

140 ЛЕТ ОПЫТА
В ДЕТСКОМ ПИТАНИИ



• Благодаря специальной технологии приготовления сохранена питательная ценность и вкус фруктов.
• Йогурт не содержит генетически модифицированные ингредиенты, искусственные консерванты, красители и ароматизаторы.

109004 Москва, а/я 74.
Телефон бесплатной Горячей линии: 8-800-200-7-200.
E-mail: contact@ru.nestle.com; www.nestle.ru
Товар сертифицирован. На правах рекламы.

новинка

вас теперь двое?

не волнуйтесь –
сил хватит и маме и малышу!



Рекомендовано Институтом Питания РАМН
Товар сертифицирован

«Хайнц» – будущим и кормящим мамам

Новые низкокалорийные завтраки с витаминами и минералами

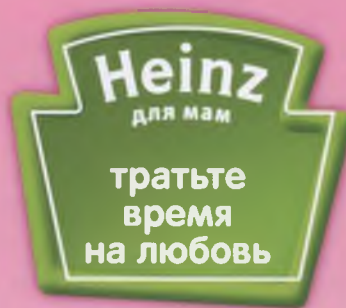
В период беременности и лактации, отдавая все самое ценное своему малышу, Вы нуждаетесь в особой поддержке. Поэтому врачи рекомендуют беременным и кормящим питаться продуктами, обогащенными специальными витаминно-минеральными смесями.

Вы будете удивлены, но специалисты предупреждают, что недостаточность витаминов и минералов носит массовый характер. Калорийное питание не всегда удовлетворяет потребности организма в витаминах и минералах. И вот почему:

- содержание витаминов и минералов в растительных продуктах резко сократилось из-за ухудшения экологии Земли и естественного истощения почв
- ежедневная пища стала вкуснее, но бесполезнее из-за большого количества рафинированных продуктов

Специально для беременных и кормящих – 12 витаминов, 5 минералов и таурин

- формируют и укрепляют иммунитет малыша и матери
- сокращают риск развития патологий
- придают силы и настроение
- помогают хорошо выглядеть и наслаждаться жизнью



www.heinz.ru

Кто, кроме вас, ЗАЩИТИТ малыша?



Гармоничное развитие, защита и укрепление иммунитета

Грудное молоко – самое полезное питание для малыша. Оно обеспечивает ребёнку максимальную защиту и содержит все необходимые питательные вещества. В случае искусственного вскармливания необходимо, чтобы молочная смесь не только обеспечивала оптимальный рост и развитие ребёнка, но и способствовала укреплению его иммунитета.

Поэтому специалистами Nestlé были разработаны детские смеси NAN 2 и NAN 3. Благодаря уникальной комбинации компонентов, они помогают усилить иммунную защиту организма и обеспечить малышу гармоничное развитие в период введения прикорма и в период активного познания мира.



БИФИДОБАКТЕРИИ B₁

- поддерживают здоровую микрофлору
- способствуют укреплению иммунитета



OPTI PRO² – оптимизированный белковый компонент

- обеспечивает нормальный рост и развитие ребёнка



DHA – натуральная жирная кислота, присутствующая в грудном молоке

- способствует формированию иммунитета
- обеспечивает развитие мозга и органов зрения

Клинически доказанный эффект укрепления иммунитета.

Важное примечание: идеальной пищей для грудного ребёнка является молоко матери. Перед тем как принять решение об искусственном вскармливании с использованием детской смеси, обратитесь за советом к вашему врачу. Смесь NAN 2 рекомендована с 6 месяцев, смесь NAN 3 – с 10 месяцев.

Humana

Более 50 лет немецкая компания **Humana** обеспечивает традиционно высокое качество питания для детей с первых дней жизни.

Humana – **Система Детского Питания из Германии**, позволяющая удовлетворить потребности ребенка на всех этапах его развития.

Компания **Humana** уверена, что грудное молоко является лучшим питанием для ребенка первого года жизни. В том случае, когда кормление грудным молоком невозможно или молока недостаточно, необходима его полноценная замена.

Основной принцип создания детских сбалансированных молочных смесей **Humana** – приближение к составу и свойствам женского молока и соответствие физиологическим потребностям детей первых лет жизни.

Система Детского Питания из Германии Humana включает:

- Базовое питание (сбалансированные молочные смеси для смешанного и искусственного вскармливания детей первого года жизни и старше)
- Специальное питание (питание, имеющее определенно заданный состав для диетического питания детей с особенностями развития):
 - питание для недоношенных и детей с низкой массой тела
 - гипоаллергенное питание, питание на основе сои
 - антирефлюксное питание, лечебное питание
 - молочный сахар
- Каши
- Чай для детей и кормящих женщин
- Детскую воду

Преимущества питания Humana:

- соответствует особенностям пищеварения и метаболизма детей с различными пищевыми потребностями
- имеет сбалансированный состав, обогащено необходимыми ребенку витаминами, минеральными веществами
- не содержит генетически модифицированных ингредиентов, искусственных красителей, ароматизаторов, консервантов
- при изготовлении используется сырье с гарантированным качеством и безопасностью



Humana GmbH, Herford, Германия

Горячая линия в России: 8-800-200-22-29
официальный дистрибьютор в России:
+7 (495) 933-15-55, www.oltri.ru


ОЛТРИ

Хумана 1
с рождения

Хумана 2
с 4 месяцев

Базовое питание

Адаптированные молочные смеси для смешанного и искусственного вскармливания. Имеют сбалансированный состав, обогащены необходимыми ребенку витаминами, минеральными веществами и микроэлементами. Соответствуют особенностям пищеварения, метаболизма и физиологическим потребностям детей указанного возраста. Сбалансированное питание для детей с 4 месяцев и старше обогащено железом, йодом, кальцием, витамином D – профилактика анемии, дефицита йода, рахита. Пробиотики способствуют восстановлению и поддержанию нормальной флоры кишечника.

Специальное питание

Гипоаллергенное питание

на основе частично гидролизованных белков молочной сыворотки. Для профилактического питания с целью предотвращения развития аллергии, а также лечебного при легких формах аллергии на белок коровьего молока. ГА-каша рекомендуется в качестве первого злакового прикорма детям со склонностью к аллергии.

Питание на основе сои

сбалансированное питание на основе натуральной сои для диетического питания детей с непереносимостью белка коровьего молока, лактозы (при лактазной недостаточности), галактозы (при галактоземии), глютена (при целиакии).

Лечебное питание

специально разработанное, сбалансированное питание для диетотерапии при кишечных расстройствах в острой стадии и в период восстановления. Хумана ЛП+СЦТ может длительно применяться как основной продукт или в составе диеты при нарушении всасывания жиров, заболеваниях гепато-билиарной системы, поджелудочной железы и др.

Антирефлюксное питание

сбалансированное питание на основе натурального загустителя (камеди) для коррекции срыгиваний и других функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (колик, запоров).

Каши

Разнообразие злаков: рис, кукуруза, гречка, овес, пшеница, добавки из натуральных фруктов: яблоко, груша, банан, персик, маракуйя, вишня, клубника, мандарин, – позволяют удовлетворить самые взыскательные вкусы! Безмолочные каши не содержат лактозы, глютена. Рекомендуются детям с пищевой аллергией, при лактазной недостаточности, при целиакии. Молочные каши являются полноценным источником полиненасыщенных жирных кислот, необходимых для правильного роста и развития детей. Все каши имеют сбалансированный состав, обогащены необходимыми ребенку витаминами, минеральными веществами, микроэлементами. Humana каши обладают великолепным вкусом и нежной консистенцией, рекомендуются как сытное дневное кормление или как дополнение к вечернему!

Чай

Чай из фенхеля с тмином:

- для устранения кишечных колик, метеоризма, улучшения пищеварения.

Чай из трав:

- сочетание экстрактов ромашки, липы, мяты и лактозы благотворно влияет на пищеварение, оказывает мягкое успокаивающее действие.

Чай «Спокойной ночи»:

- оказывает мягкое успокаивающее действие, благотворно влияет на сон.

Чай фруктовый:

- оказывает витаминизирующее и общеукрепляющее действие, повышает сопротивляемость организма инфекциям.

Чай для кормящих мам:

- способствует стимуляции и продлению периода лактации у кормящих женщин.

Молочный сахар (лактоза)

Естественный пробиотик для нормализации функции кишечника у детей с рождения и старше, а также для беременных женщин и взрослых. Способствует усвоению кальция. Рекомендуется в качестве естественного подсластителя для приготовления блюд и напитков.

Детская вода

Детская вода для питья, разведения смесей, приготовления каш, чайных напитков. Оптимально сбалансирована по минеральному составу. Не требует кипячения.



Фольгемилх 2
с пробиотиками
с 4 месяцев

Фольгемилх 3
с пробиотиками
с 6 месяцев



Хумана SL
с рождения

Хумана
SL-каша
с 4 месяцев

Хумана AR
с рождения



Чай из
фенхеля
с 7 месяцев



Чай
«Спокойной ночи»
с 4 месяцев

Чай
из трав
с 4 месяцев



Чай для
кормящих
мам

Чай фрук-
товый
с 6 месяцев



Детская
вода
с рождения



Хумана ГА-2
с 4 месяцев

Хумана ГА-1
с рождения



Хумана
ЛП+СЦТ
для детей грудного
возраста и старше,
а также взрослых

Хумана ЛП
с пробиотиками
для детей грудного
возраста и старше,
а также взрослых



Яблочная
с 5 месяцев

Банановая
с 6 месяцев



Бисквитная
с 6 месяцев



Молочный сахар
(лактоза)
с рождения

На правах рекламы. Подлежит обязательной сертификации. Подходящим питанием детям первого года жизни является грудное молоко. Проконсультируйтесь со специалистами при переходе на искусственное вскармливание.

Beech-Nut®

M A D E I N U S A

СТУПЕНЬ
1

с 4 до 6 месяцев

СТУПЕНЬ
2

с 6 до 9 месяцев

СТУПЕНЬ
3

с 9 месяцев



Новая этикетка! Новые вкусы! Прежнее качество!

Детское питание Beech-Nut производится на фабриках, расположенных в США, вот уже более 75 лет. Многолетний опыт в производстве детского питания — гарантия того, что Вы выбираете высококачественную, безопасную, полезную и вкусную еду для Вашего малыша. Продукты Beech-Nut не содержат соль, сахар, крахмал, красители, ароматизаторы, консерванты, генетически модифицированные ингредиенты. Beech-Nut основан на принципе введения на начальном этапе прикорма монопродукта и помогает малышам просто и безболезненно перейти к обычной взрослой пище.

Товар сертифицирован и одобрен Институтом Питания PAMH

Телефон горячей линии Beech-Nut: (495) 780-8090

СОВРЕМЕННЫЕ ДЕТСКИЕ КАШИ НЕСТЛЕ – ЭТО ОСНОВА СБАЛАНСИРОВАННОГО ПРИКОРМА



ДЕТСКИЕ МОЛОЧНЫЕ И БЕЗМОЛОЧНЫЕ КАШИ НЕСТЛЕ

Натуральность и качество

Чистое сырье, отсутствие пестицидов, тяжелых металлов.
Микробиологический контроль на всех этапах производства.
Соответствие сырья и готовой продукции строгим требованиям
Российского и Европейского законодательства.

Профилактика анемии и дефицита микронутриентов у детей

Дополнительно обогащены Fe, Zn, Ca, I и основными витаминами.

Энергия для роста ребенка

Источник комплексных углеводов. Пищевые волокна
для комфортного пищеварения.

Стимулирование развития

Формирование правильных вкусовых привычек.
Стимуляция сенсорного развития.

Нежная консистенция. Хорошо разводятся

Уникальные каши «Помогайка» с бифидобактериями и пребиотиками

Способствуют:

- укреплению иммунитета;
- поддержанию и росту полезной микрофлоры;
- улучшению пищеварения.



16 молочных и безмолочных каш производства г. Вологда
Каши для каждой ступени развития малыша: с 4, 5, 6 и 8 месяцев.



4 безмолочные каши производства Испании
Каши для каждой ступени развития малыша: с 5, 6 и 8 месяцев.

НЕСТЛЕ использует специально отобранное сырье для производства детского питания и не использует генетически модифицированные ингредиенты, искусственные консерванты, красители и ароматизаторы.

Идеальной пищей для грудного ребенка является молоко матери.
Необходима консультация специалиста.

ООО «Нестле Россия». Вопросы и пожелания направлять по адресу:
109004 Москва, а/я 74. Бесплатная Горячая линия: 8-800-200-7-200.
contact@ru.nestle.com, www.nestle.ru Товар сертифицирован. Реклама.

140 лет опыта
в детском питании



Злаковый прикорм для детей с пищевой аллергией

О.Н. КОМАРОВА, к.м.н., врач-педиатр

Распространенность пищевой аллергии высока среди детей раннего возраста. Основным направлением диетотерапии пищевой аллергии является элиминация причинно-значимых и облигатных аллергенов из рациона питания. Однако назначение элиминационных диет детям с пищевой аллергией приводит к недостаточному потреблению как основных пищевых веществ – белков, жиров, углеводов, так и микронутриентов – витаминов, микроэлементов и минеральных веществ. Правильный подбор врачом-педиатром продуктов прикорма, особенно первого прикорма детям, страдающим пищевой аллергией, позволит обеспечить их физиологические потребности, гармоничный рост и развитие, адекватное формирование иммунитета и центральной нервной системы. Учитывая вышесказанное, особого внимания заслуживает сбалансированное питание, созданное из натурального экологически

чистого сырья, с использованием в процессе производства высокотехнологичных методов – детские каши «Беби Ситтер».

Отличительная особенность детских каш «Беби Ситтер» – отсутствие молока, сахара и соли – является важным для детей с пищевой аллергией, особенно в период обострения. При применении каш «Беби Ситтер» существует возможность выбора продуктов для их разведения – грудное молоко или специализированная смесь, сок, овощной отвар, детская вода в зависимости от возраста и переносимости. Детские каши «Беби Ситтер» позволяют разнообразить рацион питания Вашего маленького пациента и приготовить не только каши, но и полезные супы, вкусные десерты. Детские каши «Беби Ситтер» позволяют обеспечить ребенка достаточным количеством белка и энергией в условиях элиминационных диет, приводящих к недостаточному их поступлению. Кроме

того, ребенку с пищевой аллергией важно введение в рацион монокомпонентных каш, состоящих из одного вида круп. Среди детских каш «Беби Ситтер» их широкий выбор – рисовая, гречневая, овсяная, манная, манная с повышенным содержанием кальция, кукурузная.

Важно учитывать различные свойства круп, представленных в ассортименте детских каш «Беби Ситтер», при составлении диет ребенку с пищевой аллергией и наличии сопутствующей патологии. Так, **КАША РИСОВАЯ** (с 4 мес.) отличается малым содержанием клетчатки и высоким содержанием крахмала, благодаря чему обладает обволакивающими свойствами и не возбуждает желудочную секрецию. Особенно показана детям со склонностью к срыгиваниям, неустойчивому стулу. **КАША ГРЕЧНЕВАЯ** (с 4 мес.) – традиционный российский продукт с наибольшей питательной ценностью. В **КАШЕ ОВСЯНОЙ** (с 5 мес.)



самое высокое содержание полезного растительного белка и жира - употребление данного продукта оказывает стимулирующее действие на работу кишечника. Кроме того, КАША ГРЕЧНЕВАЯ и КАША ОВСЯНАЯ обладают липотропными свойствами и рекомендуются при заболеваниях печени. КАША МАННАЯ (с 5 мес.) содержит много белка, мало клетчатки, хорошо усваивается и насыщает. КАША КАЛЬЦИГРИС (с 5 мес.) – манная, дополнительно обогащена легкоусвояемым кальцием в количестве 1200 мг/100 г. Показана при рахите, гипокальциемиях, ослабленным и маловесным детям. Благодаря особой консистенции, КУКУРУЗНЫЙ КОРНФЛОР (с 4 мес.) идеален при переходе от жидкой к густой пище, не содержит белка, широко применяется при срыгиваниях, диареях, целиакии, фенилкетонурии, болезнях почек.

Каши «Беби Ситтер» отличаются богатым витаминно-минеральным составом – содержат важнейшие витамины – А, D3, K1, E, C, B1, B2, B6, B12, ниацин, фолиевую кислоту, пантотеновую кислоту, биотин; макроэлементы – кальций, фосфор, магний и эссенциальные микроэлементы – йод, железо, медь, цинк, селен, обладающие антиоксидантными свойствами. Каши «Беби Ситтер» обеспечивают высокий процент от суточной потребности в этих полезных веществах благодаря использованию суперсовременного метода микрокапсулирования, который обеспечивает равномерное распределение компонентов в конечном продукте, защиту микронутриентов от влажности и колебания температур, сохранение их биологической активности вплоть до попадания в организм, высвобождение содержимого микрокапсулы в желудочно-кишечном тракте, ее полное усвоение и, что немаловажно, длительный срок хранения – 3 месяца после вскрытия упаковки. Таким образом, метод микрокапсулирования препятствует разрушению важных пищевых микронутриентов при хранении и тепловой обработке, что отмечается при использовании традиционного питания.

Наличие богатого ассортимента монокомпонентных детских каш «Беби Ситтер», отличающихся однородностью структуры и высокими органолептическими свойствами, отсутствием молока, соли и сахара, обогащенных необходимыми макро- и микронутриентами, обеспечивающими высокий процент от суточной потребности в этих веществах, отвечают всем требованиям, предъявляемым к продуктам питания для детей с пищевой аллергией.

Детские каши «Беби Ситтер» рекомендуется использовать в качестве первого прикорма у детей группы риска развития аллергических заболеваний, при аллергии на белок коровьего молока, лактазной недостаточности, непереносимости дисахаридов, при назначении элиминационных диет.



Безмолочные каши



ОПТИМАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

- ✓ безмолочные гипоаллергенные каши без сахара
- ✓ уникальная технология микрокапсулирования позволяет максимально сохранить полезные свойства продукта
- ✓ рисовая, гречневая и кукурузная монокомпонентные, безглютеновые каши для предотвращения аллергии
- ✓ манная каша «Кальцигрис» с повышенным содержанием легкоусвояемого кальция для нормального формирования костной ткани
- ✓ кукурузный кисель «Корнфлор» предназначен для детей со срыгиваниями различного происхождения
- ✓ каши обогащены железом и йодом для профилактики дефицитных состояний



Эксклюзивный дистрибьютор
 ООО "Первый Комбинат Детского Питания"
 тел. +7 (495) 648 7505, +7 (499) 140-1335 www.1kdp.ru

Наилучшим питанием детей первого года жизни является грудное молоко. Проконсультируйтесь со специалистом при переходе на искусственное вскармливание.

Нутрилак®

Детские молочные
и специализированные смеси

НУТРИТЕК индивидуально подходит к решению вопросов питания каждого ребенка. Разработан широкий ассортимент детских смесей НУТРИЛАК как для здоровых детей, так и для малышей с особыми пищевыми потребностями

Детские смеси Нутрилак

- оптимально сбалансированный состав
- полностью соответствуют потребностям ребенка первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии
- легко усваиваются
- обогащены комплексом витаминов и микроэлементов
- отвечают международным требованиям предъявляемым к продуктам детского питания

Питание без проблем!



ОДОБРЕНО



Союз педиатров
России

- Нутрилак КМ кисломолочная
- Нутрилак БИФИ
- Нутрилак АР антирефлюксная
- Нутрилак ГА гипоаллергенная
- Нутрилак СОЯ
- Нутрилак ПЕПТИДИ-СЦТ
- Нутрилак БЛ
- Нутрилак ПРЕ
- Нутрилак НА

для поддержания и восстановления нормальной микрофлоры кишечника для профилактики и в комплексном лечении дисбактериоза при срыгиваниях, кишечных коликах и запорах для профилактики аллергии при непереносимости белков коровьего молока при поливалентной (множественной) аллергии при непереносимости лактозы для недоношенных и маловесных детей при лактазной недостаточности



Разработано: ЗАО «Компания «Нутритек», ГУ НИИ питания РАМН, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН
ООО «ТК НУТРИТЕК «Детское и специальное питание» Т.: (495) 730-40-73, www.nutritek.ru

Грудное молоко является лучшим питанием для детей! Выбор необходимой питательной смеси должен осуществляться только врачом-педиатром!

каждый день новые открытия! пюре «Хайнц»



меню
на любой
вкус



КАЖДЫЙ ДЕНЬ НОВЫЙ ОБЕД, ПОЛДНИК И УЖИН

- Фруктовые, овощные, йогуртные, мясные пюре, овощи с мясом, птицей и рыбой, десерты
- Моно- и поликомпонентные
- Без улучшителей вкуса, соли, специй, бульона и сои
- Большой выбор фруктовых пюре без сахара и фруктозы

www.heinz.ru

Грудное молоко – самое полезное для вашего малыша

ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ПРИКОРМА
ПОСОВЕТУЙТЕСЬ С ЛЕЧАЩИМ ПЕДИАТРОМ.
ТОВАР СЕРТИФИЦИРОВАН

Пюре изготовлено с использованием натурального сырья, выращенного в экологически чистых зонах. В состав не входят консерванты, красители и ароматизаторы. Вкус: натуральный. Срок годности: 12 месяцев.



Нас выбирают ДЕТИ

детское питание

Не содержит
консервантов,
искусственных красителей,
генетически
модифицированных
продуктов.



НОВИНКА



мясное
детское
питание!

www.hame.ru

Уже в магазинах и аптеках Вашего города.

Получено: сбалансированное питание для детей. Не содержит консервантов, искусственных красителей, генетически модифицированных продуктов. Производство: Чехия. Для детей старше 1 года. Состав: яблочный сок, грушевый сок, сахар, лимонная кислота, витамин С. Фото: Анна Козлова. Дизайн: Анна Козлова. Фото: Анна Козлова.

без аллергии и диатеза! первый прикорм – нежное начало



Содержат глютен

ПЕДИАТРЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ ПРИКОРМ С НИЗКОАЛЛЕРГЕННЫХ КАШ И МОНОКОМПОНЕНТНЫХ ПЮРЕ
Низкоаллергенные кашки и монокомпонентные пюре

Не содержат:

- глютена
- молока
- сахара
- соли

Обогащены:

- витаминами и минералами

Пребиотики нормализуют микрофлору кишечника, способствуют усвоению кальция и магния.

www.heinz.ru

Грудное молоко – самое полезное для вашего малыша.
Одобрены Институтом Питания РАМН

Перед введением прикорма посоветуйтесь с лечащим педиатром.

Грудное молоко, в отличие от коровьего молока и смесей домашнего приготовления, содержит меньше белка. Белок грудного молока хорошо усваивается организмом ребенка.

Грудное молоко содержит витамины группы А и С в необходимом количестве, эссенциальные жирные кислоты, железо в легко усваиваемой форме, липазу, облегчающую переваривание жиров, и многие другие полезные пищевые компоненты, отсутствующие в коровьем молоке и детских смесях домашнего приготовления и промышленного производства.

Несмотря на развитие науки и индустрии детского питания, альтернативы грудному вскармливанию не существует. Вскармливание ребенка грудью имеет значительные преимущества перед искусственным питанием как для ребенка, его мамы и семьи, так и для общества в целом.

Находясь на грудном вскармливании, ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, респираторным инфекциям, отитам и пневмониям. У детей реже развиваются такие заболевания, как пищевая аллергия, бронхиальная астма, сахарный диабет и ожирение, в более старшем возрасте уменьшается вероятность развития онкологических заболеваний и сердечно-сосудистой патологии.

Дети, получавшие грудное молоко в возрасте до 1 года, по сравнению с детьми, находившимися на искусственном вскармливании, имеют более высокие показатели интеллектуального развития.

Со стороны матери, если она кормит ребенка грудью, уменьшается риск послеродовых кровотечений, снижается вероятность развития рака молочной железы и яичников. Исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев после рождения ребенка является одним из способов защиты от беременности (метод лактационной аменореи), однако риск новой беременности сохраняется и составляет около 2%.

Грудное вскармливание и связанная с ним забота и уход за младенцем способствуют формированию привязанности между матерью и ребенком, любящих и внимательных отношений в семье.

В первые годы после рождения ребенок особенно нуждается в прямом зрительном и тактильном контакте с матерью: ее ласках, прикосновении, поглаживании и укачивании, его ношении на руках, разговоре и др. Исследования показали, что кормление ребенка грудным молоком способствует эмоциональному и психическому здоровью малыша, улучшает его память и интеллект, предупреждает развитие стресса.

Кроме того, многие исследователи отмечают, что грудное вскармливание формирует между матерью и ребенком прочную духовную связь, сохраняющуюся всю жизнь. Маме, научившейся с первых месяцев хорошо понимать своего малыша, легче не потерять с ним контакт и в дальнейшем (в том числе в периоды возрастных кризисов). Выросший ребенок продолжает чувствовать себя любимым, и это придает ему уверенность в жизни. А мама, выкормившая одного или нескольких малышей, чувствует себя состоявшейся: чего бы ни достигла она в жизни, самую главную свою задачу она выполнила.

На сегодняшний день мы немного знаем о том, как распространение грудного вскармливания влияет на обстановку в обществе. Но можно предположить, что чем больше вокруг нас будет кормящих и кормивших женщин, людей, выросших на материнском молоке, тем человечнее станут отношения между людьми.

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ 6 МЕСЯЦЕВ

В первый год жизни темпы физического развития ребенка максимальные. Большинство здоровых детей в первые шесть месяцев жизни удваивают массу тела, а к концу первого года утраивают ее. Исключительно грудное вскармливание полностью удовлетворяет пищевые потребности большинства детей примерно в возрасте до 6 месяцев. Однако по мере того, как ребенок становится старше и активнее, его пищевые потребности уже не могут полностью удовлетворяться только одним грудным молоком.

Введение переходного питания не означает прекращения кормления ребенка грудью. Наоборот, в первый год жизни грудное молоко является одним из главных источников пищи, и желательно, чтобы к концу первого года оно обеспечивало от одной трети до половины среднего суммарного потребления энергии. Цель прикорма — это введение в питание ребенка первого года жизни дополнительной пищи растительного и животного происхождения, благодаря чему происходит обогащение рациона питательными веществами, осуществляется постепенный переход на питание «взрослого типа». Введение прикорма не должно вытеснять грудное молоко в течение первых 12 месяцев жизни ребенка. Для обеспечения сохранения объема вырабатываемого



грудного молока и стимулирования выработки молока матерям следует продолжать часто кормить своих детей грудью и в период введения прикорма.

Если выразить вклад прикорма в процентах от суммарных суточных потребностей и принять в качестве исходного некоторый диапазон величин потребления грудного молока в период введения прикорма, продукты для прикорма должны обеспечивать 5–30% потребностей в витамине А, 20–45% в белке, 50–80% в тиамине, 50–65% в рибофлавине, 60% в кальции, 85% в цинке и почти 100% в железе. В то же время важно помнить, что грудное молоко представляет собой чрезвычайно ценный продукт питания для ребенка в возрасте до одного года еще долгое время после того, как оно перестает быть единственным источником питательных веществ в рационе малыша.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Абсолютных противопоказаний к грудному вскармливанию мало.

Абсолютными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны ребенка являются некоторые наследственные болезни (нарушение обмена аминокислот, в том числе галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа» и др.).

Относительными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны ребенка являются:

- общее тяжелое состояние ребенка (эксикоз, тяжелая гипогликемия, шок, дыхательная недостаточность и др.);
- малый вес при рождении (менее 1000 г);
- выраженная недоношенность (менее 32 недель);
- врожденная патология (волчья пасть, врожденные пороки ЦНС и др.).

Абсолютными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются:

- инфицирование женщины ВИЧ;
- открытая форма туберкулеза;
- прием цитостатиков, радиофармпрепаратов, лекарственных препаратов, используемых для терапии тиреотоксикоза.

Относительными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются: общее тяжелое состояние женщины (эклампсия, шок,

сердечно-сосудистая недостаточность, послеродовый психоз и др.).

ВИЧ-инфекция

В настоящее время признается, что молоко ВИЧ-инфицированной женщины может служить источником заражения ребенка, получающего это молоко. Поэтому чрезвычайно важно выработать стратегические меры по снижению или устранению этого пути передачи инфекции.

В сентябре 1999 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ и Программа ООН по СПИДУ (UNAIDS) опубликовали совместное заявление в отношении ВИЧ и кормления грудных детей. В заявлении принимаются во внимание имеющиеся научные данные, подтверждающие передачу инфекции с грудным молоком, и поддерживается свобода ВИЧ-инфицированных матерей на основе полной информации самим выбирать методы кормления грудных детей.

Однако в 1998 г. этими международными организациями была выпущена серия методических рекомендаций, согласно которым в странах, где имеются в наличии и доступны по ценам детские питательные смеси промышленного производства и где санитарные условия таковы, что ребенок не подвергается чрезмерному риску заражения бактериальными инфекциями, ВИЧ-инфицированным матерям кормить грудью детей не рекомендуется.

Лекарственные препараты

Большинство лекарственных препаратов, которые принимает кормящая мать, выделяются в ее молоко. Кормящей женщине следует избегать приема лекарственных препаратов вообще, если в них нет необходимости. Существуют лекарственные препараты, при приеме которых **необходимо полностью прекратить или отложить грудное вскармливание**. Среди них: цитостатики и радиофармпрепараты. Следует отметить, что такой препарат, как эрготамин, может быть токсичен для грудного ребенка, эстрогены замедляют лактацию, снотворные, препараты с седативным эффектом, например фенobarбитал, вызовут торможение сосания у ребенка.

Загрязнение окружающей среды

У медицинских работников и населения возникает озабоченность по поводу угрозы, которую создает для детей в возрасте до 1 года грудное молоко, загрязненное экопатогенными веществами, находящимися в окру-



жающей среде. Врач-педиатр, наблюдающий ребенка, должен реально оценить и сопоставить риск постоянного воздействия какого-либо химического вещества, содержащегося в грудном молоке кормящей женщины, с риском развития инфекции или лишения возможности получать полноценное питание, который возникает при ограничении или прекращении грудного вскармливания. Кроме того, ни в одном крупном исследовании не было продемонстрировано, что пестициды (или какой-либо другой антропоген) в тех концентрациях, в которых они присутствуют в грудном молоке, привели к неблагоприятным исходам для здоровья детей, получающих это молоко.

Туберкулез

Больные туберкулезом женщины, решившие кормить ребенка грудью, должны пройти полный курс химиотерапии. Все противотуберкулезные препараты совместимы с грудным вскармливанием, и принимающая их женщина может без всякой опасности кормить своего ребенка грудью. Исключение составляют женщины с вновь выявленной активной формой туберкулеза, которым следует прекратить кормление грудью до тех пор, пока они не пройдут курс химиотерапии. Ребенок должен пройти профилактику изониазидом и получить прививку БЦЖ.

Гепатит В и С

Грудное молоко может содержать поверхностный антиген гепатита В (HbsAg), и высказывалось мнение о том, что кормление грудью представляет собой путь возможного проникновения вируса гепатита В в организм грудных детей. Однако нет никаких подтверждений того, что кормление грудью увеличивает риск передачи ребенку инфекции. Вакцинация против гепатита В существенно снижает перинатальную передачу и может полностью устранить риск передачи вируса при грудном вскармливании.

В отношении передачи с грудным молоком вируса гепатита С имеются данные о том, что даже в случаях обнаружения вируса гепатита С в грудном молоке дети, находящиеся на грудном вскармливании, не подвергались заражению. В связи с этим эксперты ВОЗ рекомендуют матерям с положительной пробой на РНК вируса гепатита С кормить своих детей грудью.

Курение

Никотин может снизить объем вырабатываемого грудного молока и тормозить его выделение у кормя-

щей женщины, а у ребенка вызвать раздражительность и плохую прибавку массы тела. В исследованиях показано, что у курящих женщин снижается уровень циркулирующего пролактина и сокращается период лактации. Кроме того, концентрации витамина С в молоке курящих матерей ниже, чем в молоке некурящих. Педиатрам следует поощрять кормящих грудью матерей к тому, чтобы они бросили курить или уменьшили курение, но грудное вскармливание все равно остается лучшим вариантом кормления детей, даже когда курение продолжается.

АЛЬТЕРНАТИВЫ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

При наличии противопоказаний со стороны матери или ребенка к кормлению грудью или в тех редких случаях, когда, несмотря на все усилия, мать не может поддерживать лактацию на уровне, удовлетворяющем пищевые потребности ребенка, возникает необходимость в искусственном вскармливании ребенка. Когда встает вопрос о прекращении грудного вскармливания или дополнительном питании, риск от кормления младенца чем-либо иным должен быть минимальным. Имеет значение не только то, что получает малыш вместо материнского молока, но и как он получает это питание.

Детские питательные смеси промышленного производства

Основой большинства детских питательных смесей промышленного производства является коровье молоко, а разработаны эти смеси таким образом, чтобы идеальным образом копировать состав пищевых веществ грудного молока. Однако промышленные детские питательные смеси не содержат биологически активных компонентов и иммунологических факторов защиты грудного молока, а качество содержащихся в них белков и липидов не может быть признано оптимальным для потребностей грудного ребенка. Тем не менее при отсутствии возможности грудного вскармливания у матери детские питательные смеси промышленного производства представляют собой единственный удовлетворительный источник питания для грудных детей в возрасте до 6 месяцев. Даже при введении прикорма питательная смесь продолжает



играть важную роль в удовлетворении потребностей ребенка в энергии и пищевых веществах, а в отсутствие грудного вскармливания она является главной составляющей рациона питания ребенка первых 9 месяцев жизни.

Коровье молоко и молоко других животных

Эксперты ВОЗ считают, что цельное коровье молоко не следует давать грудным детям в возрасте до 9 месяцев. Если дети находятся на искусственном вскармливании, то коровье молоко можно постепенно вводить в рацион их питания в возрасте 9–12 месяцев. Однако, если позволяет семейный бюджет, лучше продолжить кормить малышей адаптированной молочной смесью вплоть до 12 месяцев.

Коровье молоко отличается от грудного молока как по качеству, так и по количеству пищевых веществ и не содержит тех биологически активных веществ и иммунологических факторов, которые присутствуют в грудном молоке. Цельное коровье молоко содержит больше белков и минералов и меньше углеводов, незаменимых жирных кислот, железа, цинка, витаминов группы А и С. В коровьем молоке не только содержится больше общего белка, но и качество его отличается от белка грудного молока. Белки коровьего молока признаны потенциальными аллергенами для грудного ребенка.

Иногда для кормления грудных детей используют детские питательные смеси на основе коровьего молока или молока других животных, коз или овец. В таких смесях часто недостает многих пищевых веществ, но самое главное — железа, которое присутствует в небольших концентрациях и имеет низкую биологическую доступность. Детские смеси домашнего приготовления, если они приготовлены на основе цельного коровьего молока, могут вызывать микрокровоотечения со слизистой желудочно-кишечного тракта ребенка. Давать такие смеси следует только в том случае, если в наличии нет адаптированных детских питательных смесей промышленного производства. Чем младше ребенок, тем важнее для него получать адаптированную детскую питательную смесь, а не коровье молоко!

Непригодные заменители грудного молока

Не рекомендуется давать детям до года обезжиренное или частично обезжиренное молоко, так как ни то ни другое не обеспечит растущий организм ребенка достаточной энергией. В пищевом рационе грудно-

го ребенка также не должно содержаться сгущенного молока из-за высокого содержания в нем сахара и консервантов.

Бутылочки и чашки

При отсутствии грудного вскармливания или в случае введения дополнительного к грудному вскармливанию питания одним из наиболее распространенных среди населения методов кормления является использование бутылочек и сосок. Однако в последнее время все более популярным становится кормление ребенка из чашки.

Доводы в пользу кормления из чашки:

- при кормлении из чашки ребенок самостоятельно распределяет прием пищи по времени и количеству;
- во время кормления из чашки ребенок получает больше внимания со стороны матери или ухаживающих за ним лиц, что положительно влияет на его психоэмоциональное развитие.

Пустышки

Использование сосок и пустышек может приводить к уменьшению времени сосания груди и тем самым создавать помехи для кормления малыша по требованию. Снижение частоты и длительности кормлений ведет к угнетению выработки грудного молока. Применение сосок и пустышек может также изменить прикус и повлиять на речевое развитие ребенка. Кроме того, они могут быть источником заражения *Candida albicans*. Наконец, пустышки могут повлиять на качество ухода за ребенком, поскольку их часто дают взамен общения с малышом.

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Грудной ребенок является грудным не только по определению, в этот период своей жизни для полноценного развития он должен обязательно питаться молоком матери. Искусственное вскармливание допустимо лишь в крайних случаях. Материнское молоко имеет не только неповторимый индивидуальный состав. Многие младенцы по запаху отличают «свое» молоко от «чужого». Прикосновение к материнской груди, ощущение



рядом биения родного сердца, голос матери — вот что закладывает основы для успешного развития ребенка в будущем.

Как кормить своего ребенка грудью? Как предотвратить проблемы, связанные с лактацией? Что делать, когда эти проблемы возникают? Эти и многие другие вопросы освещены в этом разделе рекомендаций для родителей и требуют определенных знаний и навыков у врача.

Для чего кормить малышей грудью?

Ребенок у материнской груди. Взгляд мамы на малыша. Нет на свете ничего более светлого и святого. Здесь источник бытия в самом прямом и точном смысле слова: с каждой каплей материнского молока малыш вбирает в себя жизнь. Грудное вскармливание — важнейшее условие, тот уникальный фактор, от которого напрямую зависят талант и характер, здоровье и ум новорожденного.

Грудное молоко, самой природой предназначенное для вскармливания ребенка, — единственный вполне надежный источник пищи: его ингредиенты в максимальной степени отвечают потребностям младенца. Молоко матери — это идеально сбалансированный состав белков, жиров и углеводов; ферменты, которые способствуют наиболее полному и легкому усвоению питательных веществ; витамины и минеральные вещества. При грудном вскармливании обеспечивается оптимальное соотношение жировой и мышечной тканей в организме ребенка, оптимальное соотношение длины и массы тела.

Но материнское молоко еще и лекарство, причем лекарство, не имеющее аналогов. Грудное молоко имеет уникальное свойство: на каждом этапе развития малыша молоко содержит именно те биологически активные вещества (гормоны, факторы роста и т. д.), которых нет ни в каком другом детском питании и которые обеспечивают в данный момент гармоничное развитие ребенка.

Интересно отметить, что каждый болезнетворный микроорганизм, поражающий мать, стимулирует выработку иммуноглобулинов, присутствующих в молоке и получаемых ребенком. Иммуноглобулины покрывают слизистую оболочку кишечника подобно «белой краске», делая ее недоступной для болезнетворных микроорганизмов, и обеспечивают уникальную защиту от инфекций и аллергии. Кроме того, белки женского молока стимулируют развитие собственной иммунной системы ребенка. Также в женском молоке содержатся вещества, стимулирующие рост бифидо- и лактобактерий в кишечнике ребенка, которые противодействуют заселению его болезнетворными бактериями.

Исследования ВОЗ показали, что длительное естественное вскармливание (свыше 6–12 месяцев) в сочетании с правильным питанием кормящей матери значительно снижает частоту развития пищевой аллергии у детей.

Формирование прикуса, строение лица, развитие речи у детей определяются длительностью естественного вскармливания. Это связано с активным участием мышц мягкого неба в процессе получения молока из груди. Дети, длительно вскармливаемые грудью, лучше воспроизводят тональности и частоты звуков. Нарушения речи у них встречаются реже, и в основном это физиологические замены звуков «ш», «ж», «л», на более «простые» звуки, что легко поддается коррекции.

Важную роль играет эмоциональный аспект естественного вскармливания. Особая связь, психологическая привязанность, которая устанавливается между матерью и ребенком во время кормления, сохраняется на всю жизнь. Нервно-психическое развитие таких детей может быть опережающим, они лучше адаптируются во взрослой жизни. Именно процесс грудного вскармливания помогает в присущем только человеку формировании души и личности, осознании себя и познании окружающего мира.

Мама, длительно кормящая грудью, проявляет больше заботы о своих чадах, более позитивно к ним относится, поддерживают чувство любви, что особенно важно в критические возрастные периоды у детей после года. В каком бы напряжении ни находилась мама, когда она садится кормить своего малыша, к концу кормления оба расслабляются и у обоих заметно улучшается настроение. Кроме того, у женщин, кормящих грудью, значительно реже развиваются злокачественные новообразования молочных желез и рак яичников.

Как это происходит у животных

В животном мире первая встреча между матерью и ее потомством контролируется серией биологически запрограммированных инстинктов и рефлексов, специфичных для каждого биологического вида. Вскоре после рождения новорожденный жеребенок пытается встать на ноги, чтобы достать свою прямостоящую мать. Уже стоя на шатких ножках, он начинает мягко тыкать мордой в живот кобыле, пытаясь отыскать сосок. Поросята обычно вскоре после рождения находят путь к соскам свиноматки и начинают сосать. Поросенок так резко стремится к соску, что на пути обрывает свою пуповину. В первые часы жизни поросята сосут независимо друг от друга. Однако далее процесс питания координируется. Когда свинья по-



дает специальный хрюкающий сигнал, поросята начинают массировать каждый «свой» сосок, а свиноматка продолжает хрюкать с возрастающей частотой. До того как молоко начинает поступать, поросята сосут с небольшой скоростью. Когда молоко начинает выделяться, сосание происходит с большей скоростью. Отделение молока из сосков свиньи продолжается всего 20–30 секунд — этим изобретательным механизмом природа заставляет молодняк быть на месте в тот короткий промежуток времени, пока выделяется молоко, тем самым обеспечивая запас молока для всех поросят. Когда поросята уже закончили сосать, они вновь начинают массировать вымя свиноматки. Считается, что этим «постмассажем» они дают индивидуальный заказ на определенное количество молока на следующее кормление.

Что ведет новорожденного к груди матери, точно не известно, но можно предположить, что определенную роль играет тактильное чувство младенца. Вероятно, обоняние и зрение для этого также важны. Эксперименты на крысах позволяют полагать, что это действительно так. Если сосок крысы обмыть сразу же после родов, шансы новорожденного крысенка найти сосок и начать сосать снижаются. Если затем смазать сосок проточной водой, то у некоторых крысят способность найти сосок восстанавливается.

Часто для того, чтобы мать приняла детеныша, жизненно важно их совместное пребывание в первые часы после рождения. Так, уже через несколько часов после родов у овцы возникает импринтинг на запах ее ягненка. Другое исследование показало, что коза не принимает своих детенышей, если они были отделены от нее после родов.

Бывает ли так у людей

Если здорового новорожденного сразу после рождения приложить к груди матери с прямым контактом «кожа к коже» и не мешать ему, то он продемонстрирует предсказуемое поведение, заключающееся в том, что к концу первого часа жизни он самостоятельно найдет материнский сосок и начнет сосать. После крика в момент рождения ребенок обычно лежит спокойно, расслабленный и бледный, без каких-либо движений ртом и поисковых движений. Спустя некоторое время ребенок становится активным, пытается открыть глаза, а затем, чуть позже, сжимает кулачки и сгибает руки. В возрасте примерно 30 минут он засовывает руку в рот, что, видимо, стимулирует увеличение движений ртом. Поисковый рефлекс, который вначале не наблюдался, появляется, успешно возрастает и достигает максимума

одновременно с увеличением движений ртом, когда ребенок подползает к соску, чтобы наконец начать сосать.

Иногда ребенок пытается отклонять голову назад и искать лицо и глаза матери. Возможно, голос матери побуждает ребенка смотреть на нее. Ребенок узнает материнский голос еще с внутриутробного периода и, по-видимому, теперь ассоциирует лицо матери с уже знакомым голосом. Первая встреча с матерью построена на узнавании. Ситуация для ребенка, когда он слышит знакомый звук, равнозначна безопасности.

Кроме контакта «кожа к коже», прикосновение ребенка к соску сразу после рождения также усиливает эмоциональную связь матери с ребенком. Группа матерей, дети которых могли сосать грудь первые 30 минут после рождения, больше разговаривали с детьми и меньше оставляли их в одиночестве за время нахождения в послеродовом отделении по сравнению с группой матерей, чьи дети были приложены к груди в среднем через 8 и более часов после родов.

Таким образом, результаты последних исследований подтверждают мнение о том, что даже у людей существует ранний связующий период. Совсем как у животных, у людей имеется биологическая программа, ведущая к отысканию материнского соска ребенком и сосанию груди именно в тот момент, когда мать наиболее чувствительна к прикосновению ребенка к соску и сосанию, фактически настолько чувствительна, что она на ранней стадии обнаруживает более преданное по отношению к ребенку поведение.

Однако ранний связующий период в первые часы после рождения не является единственным, в течение которого мать привязывается к своему младенцу. Поскольку ранний сенситивный период существует, мы должны обеспечить возможность тесного контакта матери и ребенка в это время. Если же по медицинским показаниям им нельзя находиться вместе в первые часы после родов, есть много других способов для матери привязаться к своему ребенку.

Физиология грудного вскармливания

Лактация — способность организма женщины в послеродовом периоде к образованию молока, его накоплению в молочной железе и периодическом выведении из нее во время сосания или сцеживания.

В период от рождения до полной зрелости женщины в ее молочной железе в основном происходит рост протокового аппарата, образуются выросты первичных протоков. На их концах или боковых сторонах могут закладываться почки — зачатки будущих альвеол.



Каждый менструальный цикл сопровождается временной активацией молочных желез. В грудных железах женщин главным образом во второй половине менструального цикла возникают структурные изменения — разрастание протоков и эпителия, расширение просвета, разрыхление, а иногда отечность окружающей стромы. Таким образом, гормональная стимуляция, связанная с половым циклом, обуславливает своеобразную «гимнастику» молочной железы еще до наступления беременности.

Полного развития молочная железа достигает во время беременности. С момента зачатия в долях железы сильно развиваются молочные ходы, на концах которых формируются альвеолы. Позже формируются секреторные отделы, значительно уменьшается объем жировых долек и межальвеолярного жира, развиваются кровеносные сосуды и нервы.

Сразу после родов сдерживающее воздействие плаценты на выработку молока устраняется, снижается и уровень прогестерона в крови. Примерно в течение 30 часов после родов молочные железы начинают наполняться первоначальным молоком или молозивом. Это молоко наиболее богато энергетически. Именно молозиво благоприятствует созреванию слизистой кишечника, а также является фактором иммунологической защиты и роста. Появлению молозива в немалой степени способствует незамедлительное (в первые полчаса после родов) прикладывание новорожденного к груди. А свободный режим вскармливания, т. е. кормление младенца по требованию, позволяет дать новорожденному необходимое количество бесценного молозива. Затем молозиво постепенно заменяется зрелым молоком. Происходит это в результате систематического опорожнения железы. В случаях, когда молоко из железы не удаляется, количество его уменьшается, и оно вновь приобретает вид молозива.

Для лактогенеза не обязательно, чтобы беременность оканчивалась в нормальный срок. Если беременность прерывается досрочно (но не слишком рано), лактация может начаться и развиваться достаточно интенсивно. Примером того, как мудро все устроено природой, является значительное отличие состава грудного молока матери недоношенного ребенка по сравнению с составом молока женщины, чей ребенок родился в срок. В первом случае грудное молоко будет содержать большее количество антител, обеспечивающих противомикробный иммунитет, и железа, необходимого для лучшего насыщения крови кислородом.

В лактации задействовано два рефлекса: выработка молока у матери и его удаление. В обоих участвуют гормоны (пролактин и окситоцин), и оба зависят от главной движущей силы лактации — отсасывания молока. Стимуляция ребенком комплекса «сосок-ареола» посылает нервно-рефлекторные импульсы в гипоталамус материнского мозга, вызывая секрецию пролактина в передней доле гипофиза и окситоцина — в задней.

Пролактин — главенствующий, ключевой гормон в процессе лактации: именно он стимулирует выработку молока в альвеолах.

Окситоцин, работающий в «паре» с пролактином, вызывает сокращение соответствующих мышечных клеток альвеол, проталкивая молоко в выводные протоки, а также потенцирует сокращение матки, что содействует скорому и полному восстановлению женщины после родов.

Нужно заметить, что от работы двух этих гормонов — окситоцина и в особенности пролактина — зависит не только физическое, но и душевное состояние матери, ее способность владеть собою и принимать адекватные решения в непростых ситуациях. Если мать не сомневается, что в силах выкормить молоком собственное дитя, она даже в условиях стресса будет благополучно делать это. Любой кормящей женщине нужно отдавать себе отчет в том, что налаживанию лактации, как ничто другое, содействует частое (приблизительно каждые два часа) прикладывание ребенка к груди: благодаря этому происходит постоянное опорожнение молочной железы, а также выработка молока.

Необходимо подчеркнуть, что пролактин выделяется гипофизом именно тогда, когда ребенок сосет. Благодаря этому новое поступление молока подготавливается уже во время кормления, а через 2 часа после кормления около 70–75% высосанного ребенком молока восстанавливается для следующего кормления. Таким образом, чем чаще ребенок сосет, тем больше вырабатывается молока.

Поскольку лактация — это энергетически интенсивный процесс, эволюция предусмотрела наличие соответствующих механизмов — своеобразных «стражей», не допускающих перепроизводства столь бесценного продукта. Объем молока, вырабатываемого каждой железой, строго регулируется эффективностью его отсасывания и/или сцеживания.

Как следует начинать кормление грудью

Первые несколько дней после родов имеют большое значение. Вероятность того, что мать будет кормить



своего ребенка грудью, выше в том случае, если ребенок с самого рождения находится вместе с ней.

Как только ребенок появился на свет, рекомендуется прикоснуться к нему. Если это возможно, следует попросить акушерку положить ребенка на обнаженную грудь. Приложить ребенка к груди. Нет необходимости вынуждать ребенка сосать грудь сразу же, но большинство детей готовы сосать уже примерно через час. В это время дети, как правило, очень живые и проворные, у них очень сильный сосательный рефлекс. Сосание груди стимулирует выработку окситоцина, способствующего отделению плаценты и остановке кровотечения.

Такого рода контакт в первые часы появления ребенка на свет очень важен для установления связи между матерью и ребенком. Это способствует развитию любви матери к ребенку и заботы о нем, а также повышает вероятность того, что мать будет долго кормить ребенка грудью.

Если же мать и ребенок хотя бы несколько часов после родов находятся не вместе, матери следует как можно раньше начать сцеживание руками или молокоотсосом.

Совместное пребывание матери и ребенка после родов

Нет необходимости в том, чтобы мать и ребенок после нормальных родов отдыхали отдельно. Ребенок должен находиться рядом с мамой в маленькой кроватке. Матери предоставляется возможность с самого начала общаться с ребенком. Мать может кормить ребенка грудью, брать его на руки, когда ей захочется, разговаривать с ним, ухаживать за ним.

Пребывание матери и ребенка после родов в одной палате снимает многие проблемы с кормлением детей в отделении, а также ряд забот с медперсонала.

Неограниченное кормление грудью

Кормить ребенка грудью рекомендуется каждый раз, когда он этого хочет. Это положение называют **кормлением ребенка по требованию**.

Поначалу новорожденные могут питаться весьма нерегулярно: в первый и во второй день они могут потребовать есть всего несколько раз; затем на протяжении нескольких дней они могут сосать очень часто. Конечно, все дети разные, но большинство начинает привыкать к определенному режиму через одну-две недели. Кормление ребенка по часам, особенно в первые дни и недели жизни, препятствует нормальному грудному вскармливанию.

Частое, ничем не ограниченное кормление ребенка грудью сразу же после родов стимулирует выработку пролактина, способствующего скорейшему «прибытию» молока. Это помогает также предотвратить нагрубание молочных желез и связанные с этим проблемы лактостаза.

Дети остаются у груди разное по продолжительности время. Большинство насыщается уже через 5–10 минут, но некоторым требуется для этого 20–30 минут. Однако роли это не играет.

Последние исследования показали, что «ленивые сосуны» съедают такое же количество молока, что и «проворные». Если у «ленивого сосуна» преждевременно забрать грудь, он не насытится и может не получить позднего молока, необходимого ему для нормального роста.

Новорожденный ребенок не нуждается в дополнительном питье и докармливании

Здоровому ребенку, пока не прибыло молоко, не требуется дополнительно вода или вода с глюкозой. Назначение последних может только помешать грудному вскармливанию.

Малышу необходимо ночное кормление

Некоторые матери пытаются приучить ребенка спать всю ночь, чтобы не кормить его грудью. Однако лучше кормить ребенка ночью столько, сколько он хочет. Ночное кормление предоставляет ребенку дополнительное время для сосания груди. Ночью выделяется больше пролактина, чем днем, следовательно, завтра у лактирующей женщины будет больше молока.

Ребенку не следует давать никаких средств, имитирующих грудь (соски, пустышки)

Эти предметы снижают сосательный рефлекс. Кроме того, механизмы сосания соски и груди разные, и ребенок путается, а затем выбирает более простой путь — сосание соски. Если есть необходимость докормить ребенка, пользуйтесь чашкой или ложкой. Для приучения недоношенных детей к груди существуют специальные приспособления (системы вспомогательного кормления).

Догрудное кормление

Во многих роддомах принято, пока у матери не прибыло молоко, кормить детей детскими смесями или



водой с глюкозой. Медперсонал боится, что в первые дни, пока у матери не появится молоко в необходимых количествах, ребенок может проголодаться или у него может наступить обезвоживание.

В настоящее время нам известно, что такого рода догрудное кормление не обязательно. Ребенок может из-за него отказаться от груди. Все, что необходимо в это время ребенку, — молозиво.

Даже двух догрудных кормлений достаточно, чтобы «сорвать» кормление грудью.

Кормление грудью

Правильное расположение ребенка у груди. Поза ребенка не только облегчает сам процесс кормления, но еще и обеспечивает беспрепятственное поступление молока, а также предотвращает такие досадные явления, как трещины сосков, нагрубание молочных желез, их воспаление.

Итак, верное расположение обоих участвующих в процессе кормления таково: мать плотно прижимает к себе ребенка, который всем телом развернут к ней. При этом и головка, и туловище малыша находятся на одной прямой, личико обращено к материнской груди, носик напротив соска.

Рот ребенка, взявшего сосок, широко открыт, нижняя губа вывернута наружу, подбородок касается груди. Малыш захватывает не только сосок, но и большую часть околососкового кружка (ареолы), поскольку молоко скапливается именно там — в области млечных синусов, расположенных внутри ареолы. Матери следует поднять грудь рукой и дать ребенку всю грудь, а не только сосок. Не нужно защемлять пальцами сосок или ареолу и пытаться втолкнуть сосок ребенку в рот.

Мать может прикоснуться соском к губам ребенка для стимуляции рефлекса захватывания. Лучше прикоснуться к верхней губе ребенка.

Если малыш сосет медленно, ритмично, глубоко, не втягивая воздух и не раздувая щеки, — значит, все в порядке.

Во время кормления мама придерживает ребенка за спинку и в области ягодиц. Ребенок может свободно двигать головой, чтобы устроиться поудобнее.

Некоторые матери предпочитают придерживать пальцем грудь возле носика ребенка. Однако делать это не обязательно, так как можно вытащить грудь изо рта ребенка или ухудшить положение кормления. Ребенок в состоянии свободно дышать и без придерживания груди пальцем.

Окончание кормления. Если ребенок насытился, он прекращает сосать и сам отпускает грудь. Он либо сыт, либо готов сосать другую грудь. Бывает, что ребенок засыпает, как только отпускает грудь.

Нет нужды прерывать кормление через определенный промежуток времени или отнимать у ребенка грудь. Дело в том, что одни дети являются «ленивыми сосунами», другие — наоборот. Предоставьте ребенку возможность самому решать, когда прекращать кормление.

После завершения процесса кормления необходимо полностью сцедить оставшееся молоко, это стимулирует лактацию и служит профилактикой застоя молока — лактостаза. Весьма удобно делать это с помощью молокоотсоса.

Кормление обеими грудью. Крупным детям каждый раз может требоваться кормление двумя грудью. Небольшие дети, как правило, насыщаются, пососав лишь одну грудь или добавив незначительное количество молока из второй груди.

У многих матерей есть «любимая» сторона. Однако, если ребенок сосет с одной стороны больше, чем со второй, в груди, которой «пренебрегают», может возникнуть нагрубание или в ней вообще перестанет вырабатываться молоко. «Любимая» грудь может увеличиться в размерах. Чаще всего ребенок насыщается одной грудью, поэтому это не так страшно, однако, как правило, лучше использовать обе груди в равной степени.

Некоторые матери забирают у ребенка первую грудь раньше времени, чтобы убедиться, что ребенок возьмет вторую грудь. В этом случае ребенок может получить избыток раннего молока и недополучить позднего, что способно привести к некоторым проблемам.

Сосание груди для ощущения комфорта. Дети сосут грудь для ощущения близости с матерью, комфорта и удовольствия. Некоторые дети сосут много и часто все, что попадает им в рот: свои и чужие пальцы, пустышку, кусочек тряпочки или пластика и конечно же сосок и соску. Многие матери считают, что если ребенок много сосет, то это свидетельствует о том, что он голоден. Поэтому они прикармливают ребенка, в чем он совершенно не нуждается.

Что должна знать мать о сосании для ощущения комфорта:

- Ребенку нужно сосать для того, чтобы ощущать комфорт, так же как и для утоления голода.
- Ребенок не нуждается в бутылочном или другом прикармливании.



- Если ребенок плачет, его можно дольше держать у груди.
- Если ребенок действительно голоден или хочет пить, сосание груди увеличит поступление молока.
- Если ребенок беспокоен или чувствует какие-то неудобства, тепло, сосание груди и близость к матери успокоят его.

Уход за грудью. В период лактации ухаживать за грудью нужно тщательнее, чем обычно. Правильный уход за грудью предполагает:

- скрупулезное соблюдение правил личной гигиены;
- ношение хлопчатобумажного белья (синтетическое может раздражать соски и приводить к образованию трещин);
- обработку сосков специальными мазями, которые не нужно смывать перед кормлением (после кормления целесообразно смазывать соски каплей грудного молока, не вытирая его);
- применение специальных защитных накладок и впитывающих прокладок (при повышенной чувствительности сосков или же при первых признаках раздражения);
- массаж молочных желез и специальную гимнастику для них.

Массаж груди. Начинают массаж сверху. Грудь массируют легкими круговыми движениями в одном месте в течение нескольких секунд; потом перемещаются к следующему участку. Делается массаж по спирали, по направлению к околососковому кружку. Необходимо манипулировать соском, придерживая его между указательным и большим пальцами. Надо осторожно потрясти груди, при этом наклониться — так, чтобы сила тяжести помогла молоку спуститься. После массажа следует принять теплый душ, направляя рассеянную струю поочередно на каждую грудь.

Ручное сцеживание. В первые сутки после родов сцеживание даже небольшого количества молока строго обязательно, это стимулирует процесс прихода молока. При сцеживании вручную кормящая мама должна:

- тщательно вымыть руки;
- удобно сесть (или встать), держа при этом чашку возле груди;
- положить большой палец на ареолу над соском, а указательный под соском, напротив большого;
- равномерно нажимать большим и указательным пальцами в направлении грудной клетки.

Надо отметить, что ручное сцеживание далеко не всегда дает нужный результат: молочная железа опо-

рожняется не полностью, что ведет к лактостазу и чревато развитием мастита. Сцеживание же с помощью электромолокоотсоса позволяет избежать этих нежелательных явлений.

Использование молокоотсоса. Наиболее эффективный молокоотсос — электрический, моделирующий физиологическое, трехэтапное сосание. Методика его использования элементарно проста и никаких сложностей для кормящей женщины не представляет. Среди ручных молокоотсосов самым подходящим окажется тот, который наиболее точно моделирует процесс сосания малышом материнской груди.

Молокоотсос используется для решения сразу нескольких задач:

- стимулирование лактации;
- обеспечение адекватного сцеживания;
- профилактика и лечение нарушений грудного вскармливания.

Мама, которая пользуется молокоотсосом, должна знать, что докармливать малыша сцеженным молоком полагается не из бутылочки с соской, через которую молоко льется само, а из поильника или с помощью ложки, иначе малыш откажется трудиться над грудью.

Питание и режим кормящей женщины

Лактация — сложный физиологический процесс, предъявляющий к женскому организму особые требования. Это вопрос первостепенной важности: ведь от того, чем питается женщина, кормящая грудью, и сколько времени она отдыхает, напрямую зависит не только ее собственное благополучие, но и благополучие ребенка.

Рацион кормящей женщины оказывает значительное влияние как на ее здоровье, так и на количество и качество грудного молока. Во время лактации повышается потребность женщины во всех пищевых ингредиентах, особенно в витаминах и минеральных веществах. В первом полугодии ребенка, когда материнское молоко является единственной пищей, калорийность пищевого рациона женщины увеличивается на 500–600 ккал. Во втором полугодии она несколько снижается и соответствует потребностям организма во время беременности.

Рацион кормящей женщины. Садиться за стол кормящей маме целесообразно 5–6 раз в день, примерно за 30 минут до кормления ребенка (молоко для малыша придет как раз вовремя). В рационе обязательно присутствие следующих продуктов:

- молоко — не менее 1 литра, в любом виде;
- 150 г мяса или рыбы;



- 20–30 г сыра;
- 100–150 г творога;
- яйцо (потребность в белках на 60–70% удовлетворяется за счет белков животного происхождения);
- 20 г масла животного;
- 25 г масла растительного;
- 200–300 г фруктов;
- 500–600 г овощей (из них картофеля не более 1/3);
- объем жидкости — около 2 литров.

От острых приправ и пряностей, чеснока, хрена и прочих продуктов такого рода кормящей женщине следует отказаться: они меняют вкус молока, и ребенок может отказаться от груди.

Прием витаминов. Ежедневно с утра после завтрака кормящая мама должна принимать поливитаминный комплекс, рекомендованный ей врачом во время беременности. Витамины и минералы, входящие в состав комплексов, не только восполняют естественную потребность важнейших микроэлементов во время беременности и родов, но и способствуют увеличению выделяемого грудного молока. Через молоко матери все необходимые минералы и витамины поступают и в организм ребенка, что способствует его полноценному росту и развитию.

Очень важным для кормящей женщины является вопрос регулярной **работы кишечника**. Стул у кормящей женщины должен быть ежедневно (в идеале) либо не реже одного раза в 48 часов (нижняя граница нормы). Для профилактики запора необходимо включать в рацион достаточно овощей и фруктов, кисломолочные продукты (натуральный йогурт без добавок сахара и фруктов), овсяную и гречневую каши, а также не забывать о соках, компотах и ягодах. Если же все вышеперечисленные мероприятия не приводят к успеху, то кормящая женщина может прибегнуть к современным слабительным препаратам (разрешенным к применению у беременных и кормящих), которые ей назначит врач.

Разумеется, женщине, вскармливающей младенца, абсолютно необходимы **полноценный отдых и свежий воздух**, т. е. возможность высыпаться и прогулки 2–3 часа в день. Близким людям следует продумать этот вопрос и позаботиться о том, чтобы кормилица спала ночью не меньше 8 часов и могла прилечь днем.

Грудное вскармливание и лекарства

Известно, что практически все лекарственные вещества проникают в грудное молоко, а значит, в той или иной мере влияют на ребенка. Грудничкам свойствен-

на специфическая чувствительность к лекарственным препаратам, вот почему мамам, кормящим грудью, желательно обходиться без медикаментозной терапии. Если же состояние здоровья женщины не позволяет обойтись без лекарств, то следует принимать препараты с наименьшим воздействием на ребенка.

Прием лекарственных препаратов должен происходить во время или сразу после кормления, чтобы избежать в этот момент периода максимальной концентрации их в крови. Если существует необходимость в лекарстве, которое вредно для вскармливаемого грудью ребенка, кормление придется прервать (временно, разумеется), а лактацию поддерживать, сцеживая молоко с помощью молокоотсоса. Докармливать малыша следует с помощью чашки или ложки.

Заболевание матери и возможность грудного вскармливания

Состояние здоровья матери может отразиться на возможности лактации. Кормление грудью противопоказано только в случае тяжелого заболевания матери, например, сердечно-сосудистая недостаточность или серьезные болезни почек, печени или легких. В редких случаях психозов или послеродовой депрессии, когда жизнь ребенка подвергается опасности, необходимость изолирования ребенка от матери делает кормление грудью затруднительным. Хотя в таких ситуациях надо вспомнить о возможности кормления сцеженным молоком.

В настоящее время большое внимание уделяют инфекционным заболеваниям и возможности заражения ребенка через материнское молоко.

Такие вирусные заболевания, как краснуха, ветряная оспа, корь и эпидемический паротит редко встречаются у кормящих матерей. В этих случаях к моменту установления диагноза специфические противоиные свойства грудного молока уже защищают ребенка, и грудное кормление следует продолжать.

При острых респираторных заболеваниях кормление грудью надо продолжать. Во время контакта мамы с ребенком женщине следует пользоваться марлевой повязкой.

Приводим рекомендации по кормлению детей при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях матери:

- хламидиоз — грудное кормление без ограничений;
- цитомегаловирусная инфекция — без ограничений;



- гепатит А — без ограничений, ребенку необходимо ввести стандартный иммуноглобулин;
- гепатит В — без ограничений, ребенку необходимо ввести иммуноглобулин к гепатиту В, сразу же провести иммунизацию против гепатита В и затем провести ревакцинацию по схеме 1, 2 и 12 месяцев;
- герпесвирусная инфекция — без ограничений, строгое соблюдение со стороны матери санитарно-гигиенических норм;
- гонорея, сифилис — если проводится лечение, мать может кормить грудью;
- ВИЧ — если диагноз инфицированности матери подтвержден, кормление грудью противопоказано;
- открытая форма туберкулеза — ребенок должен быть изолирован, грудное кормление противопоказано.

ПЕРВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Первые несколько недель кормления грудью могут оказаться сложными, особенно для матери с первым ребенком. Можно предотвратить многие проблемы, если знать, как их избежать.

Плоские соски

Некоторые женщины считают свои соски слишком короткими для кормления грудью. Однако длина соска не имеет значения. Ребенок ведь сосет грудь, а не сосок. Воспринимать сосок следует лишь как «ориентир», показывающий ребенку, в каком месте нужно брать грудь.

Важна способность ареолы и ткани груди, расположенной выше, **вытягиваться** по форме соски.

Есть масса случаев, когда при плоских и коротких сосках ткань груди вытягивается хорошо, что не вызывает никаких проблем.

Иногда соски выглядят неприспособленными к вытягиванию, однако во время беременности они развиваются. После родов, когда в процессе сосания ребенок их растягивает, они становятся еще более приспособленными к кормлению.

Рекомендации по исследованию сосков

- Посмотрите на сосок и определите его форму.
- Нажмите на ареолу с двух сторон от соска. Как правило, это заставляет сосок вытянуться и выглядеть длиннее.

- Попробуйте осторожно вытянуть сосок и ареолу по форме соски.
- Если сосок вытягивается легко, он растяжим.
- Если сосок вытягивается плохо, он плохо растяжим.
- Если сосок не вытягивается, а входит глубже, он — вдавленный.

Помощь при плоских или втянутых сосках

Плоские или втянутые соски никоим образом не отменяют кормления грудью. Женщине с сосками нестандартной конфигурации начиная с седьмого месяца беременности нужно использовать формирующие соски, которые вкладываются в чашечку бюстгальтера.

Если после родов ребенок все же отказывается от груди или не может взять ее, женщина сцеживается с помощью электромолокоотсоса и кормит ребенка сцеженным молоком, продолжая при этом использовать формирующие соски. Обычно через 2–3 недели соски увеличиваются настолько, что становится возможным прикладывать ребенка непосредственно к груди.

Целесообразно использовать в этой ситуации и накладку для кормления. Для последующего отучения ребенка от накладки следует понемногу обрезать сосок накладки — до тех пор, пока ребенок не дойдет до соска матери.

Грудь переполнена молоком и болит

Когда молоко начинает прибывать впервые, грудь может стать горячей, тяжелой и твердой. Может возникнуть ощущение, что грудь окаменела. Это происходит частично из-за молока, наполняющего грудь, и частично из-за увеличения объема крови и жидкости в опорной ткани.

В большинстве случаев грудь просто полна молока. Молоко продолжает течь, и ребенок может нормально питаться. Чтобы грудь освободилась от молока, мать должна часто кормить ребенка. Если во время кормления полнота не уменьшается, следует сцеживать остатки молока. Через несколько дней грудь станет не такой полной, хотя в ней будет и дальше вырабатываться много молока.

Лактостаз

В первые дни после родов женщина, как правило, ощущает чувство распирания в груди — оно связано с повышением внутреннего давления и кровотоком в молочной железе.



В ряде случаев это может сопровождаться отеком. Если при этом железа опорожняется не полностью, возникает застой молока, или лактостаз. Он сопровождается болезненностью железы и повышением температуры до 38–38,5°C.

В этом случае врач должен дать следующие рекомендации:

- для предотвращения лактостаза освобождайте грудь от молока;
- кормите ребенка грудью без ограничений сразу же после родов;
- убедитесь, что ребенок с первого дня сосет грудь в правильном положении;
- не допускайте никакого «догрудного» кормления;
- начиная с первых суток после родов проводите сцеживание молока руками или молокоотсосом, чаще прикладывайте ребенка к груди;
- носите удобный, не слишком тесный бюстгальтер, который хорошо поддерживает грудь снизу;
- для лечения лактостаза освобождайте грудь от молока;
- ребенок должен по возможности продолжать сосать грудь;
- если у ребенка не получается хорошо высосать все молоко, то его необходимо сцедить. Это можно сделать руками. Если это доставляет женщине боль, необходимо прибегнуть к помощи молокоотсоса;
- после того как определенная часть молока сцежена, грудь должна стать мягче. Теперь ребенок сможет захватить грудь и сосать более эффективно;
- продолжайте сцеживание так часто, насколько это необходимо, до тех пор, пока нагрубание груди не исчезнет;
- местно рекомендовано использовать мазь «Белладонна», мазь и влажную повязку с раствором тинктуры «Арника», мазь «Траумель» фирмы Неел, «Календула-Сальбе-Хеель-Н»;
- дайте возможность отдохнуть себе, но не груди.

Мастит

В случае присоединения инфекции может развиваться мастит. Образуется болезненная горячая припухлость, при пальпации которой создается впечатление, как будто она наполнена жидкостью. При этом заболевании высоко поднимается температура, резко ухудшается самочувствие женщины.

Лечение мастита. Обычно требуется лечение антибиотиками, а иногда и хирургическое вмешательство. Тем не менее мать не должна отлучать ребенка от груди.

Единственное противопоказание к кормлению — наличие в молоке гноя. Для того чтобы сохранить лактацию, необходимо использовать клинический молокоотсос (и на ранних стадиях, и на этапе развернутой картины гнойного мастита, в до- и послеоперационный период). Это позволяет предупредить застой молока в зоне воспаления, активизировать кровоснабжение и лимфатический дренаж молочной железы. Лактация сохраняется, а значит, не прерывается и процесс естественного вскармливания. Следует констатировать, что при явлениях мастита применение бытовых молокоотсосов неэффективно.

Трещины сосков

Наиболее распространенная причина воспаления сосков — **кормление в неправильном положении**. Ребенок недостаточно захватывает грудь и поэтому сосет лишь сосок.

Кожа соска может в целом выглядеть нормально. Однако, если приглядеться к соску повнимательнее в тот момент, когда ребенок только что выпустил его изо рта, можно увидеть, что сосок плоский, а также заметить линию, проходящую по кончику соска.

Чтобы предотвратить воспаление и трещины сосков, необходимо:

- с первого дня кормления малышей держать их в правильном положении;
- мыть соски один-два раза в день во время гигиенического душа;
- в другое время обрабатывать соски и ареолу после кормления каплями позднего молока;
- если кожа сухая, то обрабатывать специальными кремами, совместимыми с кормлением грудью;
- аккуратно прекращать кормление: подождать, пока ребенок отпустит грудь сам, если ребенок не отпускает грудь, следует осторожно ввести палец в рот ребенка, чтобы сначала прервать сосание, а затем уже вынуть сосок изо рта малыша.

Лечение трещин сосков. Необходимо выявить и вылечить воспаление сосков, прежде чем будет повреждена кожа. Женщина должна знать основные правила, которые помогут предотвратить образование трещин:

- исправить положение при кормлении. В большинстве случаев боль немедленно стихает. В конце кормления ребенок, как правило, более удовлетворен, чем раньше;
- не пересушивать сосок частым мытьем с мылом;
- обрабатывать соски специальными средствами, способствующими заживлению трещин. К ним пре-



жде всего относятся мази на основе натуральных ингредиентов (мази «Арника», «Календула» или «Траумель»). Безопасность применения вышеупомянутых средств гарантирована даже при случайном попадании их в рот малыша;

- как можно чаще между кормлениями делайте для сосков воздушные и солнечные ванны.

Если кормление вызывает сильную боль, следует воспользоваться специальными накладками, через которые ребенок может сам высосать молоко, или молокоотсосом и кормить ребенка сцеженным молоком.

Недостаток молока

Досадно, что некоторые мамы опускают перед этой проблемой руки: нет — значит, не суждено. Однако истинная неспособность к лактации встречается крайне редко (лишь у 2% женщин). Почти все матери могут вырабатывать достаточное для ребенка количество молока, если они этого захотят и если они кормят ребенка часто и в правильном положении. Иногда женщина начинает докармливать ребенка только потому, что она не уверена в своих силах.

Давайте разберемся, почему мамы считают, что у них недостаточно молока?

- Ребенок плачет больше, чем нужно.
- Хочет, чтобы его кормили чаще, чем у матери есть на это время.
- Долго сосет во время кормления.
- Проявляет беспокойство у груди или отказывается от еды.
- Сосет пальцы.

Это все недостоверные признаки недоедания. Достоверными признаками недостатка молока являются:

Проверка «на мокрые пеленки». Если ребенок находится исключительно на грудном вскармливании и при этом мочится шесть раз в сутки, ему хватает грудного молока. Если же мать дает ему воду или другие напитки, этот тест вам не поможет. Моча будет вырабатываться из воды, и при этом ребенку может не хватать грудного молока.

Весовая кривая ребенка. Здоровый ребенок должен прибавлять в весе от половины до одного килограмма ежемесячно, или минимум 125 г каждую неделю. Если ребенок недостаточно прибавляет в весе, следует посоветоваться с вашим педиатром. Для нормального становления лактации в первую очередь необходимо организовать правильное корм-

ление ребенка (кормление по требованию, без ночного перерыва, с отсутствием сосок и пустышек, которые подавляют сосательный рефлекс малыша), правильный уход за грудью, применение молокоотсоса для стимуляции лактации, использование по показаниям других аксессуаров для грудного вскармливания.

Если этого недостаточно, то эту ситуацию можно поправить с помощью традиционных рецептов, которыми пользовались еще наши бабушки.

Это множество гомеопатических препаратов, богатейшая фитотерапия, точечный самомассаж.

Что касается фитотерапии, то набор рецептов из «бабушкиного сундука» практически неисчерпаем. Назовем наиболее проверенные:

- смесь хмеля (шишки) 20 г, укропа (семена) 25 г, тмина (семена) 25 г, крапивы сухой (листья) 25 г, бобов 50 г. На 1 л кипятка заваривают 30–40 г смеси, настаивают в течение 5–7 минут и принимают до или во время еды по 50 мл;
- тмин (одна чайная ложка) заваривается стаканом кипящего молока, настаивается в течение 10–15 минут, и настой выпивается небольшими глотками в течение дня;
- 3 чайные ложки сухой крапивы завариваются 2 стаканами кипятка и настаиваются в течение 10–15 минут (свежую траву настаивают всего 2 минуты), полученный настой должен быть использован в течение дня;
- весьма эффективным средством, стимулирующим приход молока, является настой грецких орехов, который готовится следующим образом: 0,5 стакана очищенных грецких орехов заваривают 0,5 л кипящего молока в термосе и настаивают в течение 3–4 часов. Настой принимают по ½ стакана за 20 минут до каждого кормления ребенка, но не ежедневно, а через день.

Может быть рекомендован следующий прием, проверенный временем, гомеопатических крупинок в течение дня: Уртика уренс 3х и Агнус кастус 3х, попеременно перед каждым кормлением ребенка — за 20 минут и на ночь — Пульсатилла 6.

Вышеуказанные средства принимать по 5 крупинок до получения эффекта: от 3 дней до 2–3 недель.

В настоящее время отечественной фирмой «Материя Медика» выпускается комплексный гомеопатический препарат «Млекоин», который включает в себя все три средства: Уртика уренс 200, Агнус кастус 200 и Пульсатилла 200.



Мы рекомендуем принимать «Млекоин» по следующей схеме:

- при выраженной индивидуальной реакции (седативный эффект, появление чувства нагрубания в молочных железах, кратковременный подъем регионарной температуры и общей температуры тела) достаточно принимать сублингвально по 5 крупинок 1–2 раза в неделю;
- в других случаях — ежедневно по 5 крупинок в течение 2–3 недель до достижения выраженного клинического эффекта.

Доказана эффективность другого отечественного гомеопатического препарата — «Агнус-плюс» фирмы «Доктор Н». Он имеет меньшую концентрацию активных веществ и применяется в дозе 8 гранул сублингвально 3 раза в день за 15 минут до еды.

Особенно важно то, что наряду с клиническим эффектом у женщины эти препараты не оказывают отрицательного воздействия на ребенка.

Кроме этого, нами предлагается алгоритм использования других комплексных гомеопатических препаратов, которые могут быть применены для профилактики гипогалактии.

Пульсатилла Композитум — внутримышечно в 11.00 утра, однократно.

Пульсатилла Инъель — внутримышечно на ночь.

Родильницам, имеющим большую кровопотерю и астенический синдром во время беременности и/или после родов, особенно «подобны» и, следовательно, показаны следующие гомеопатические препараты:

Галиум Неел — капли через рот, по 5–7 капель, 4 раза в день,

Хина Гомаккорд — капли через рот (в промежутке между кормлениями, по 7–9 капель до 5–6 раз в сутки).

Для решения ряда проблем с лактацией весьма эффективен **точечный самомассаж по В.С. Ибрагимовой**. Его используют как в виде самостоятельного средства, так и в качестве дополнения к другим видам терапии.

При проведении массажа используют следующие биологически активные точки (рис. 1):

Точка 1 (лэ-цюэ), симметричная, находится на предплечье на 1,5 цуня (цунь — это расстояние между концами складок среднего пальца кисти, образующимися при сгибании средней и концевой фаланг под прямым углом на правой руке) выше средней складки запястья, в углублении у шиловидного отростка лучевой кости. Массировать поочередно справа и слева в положении сидя, полусогнутая рука лежит на столе.

Точка 2 (шан-ян), симметричная, находится на 3 мм в сторону большого пальца от угла ногтевого ложа указательного пальца.

Точка 3 (р-цзянь), симметричная, находится на тыле кисти у основания первой фаланги указательного пальца.

Точка 4 (тань-чжун), несимметричная, находится на передней срединной линии на уровне 4-го межреберья. Массировать в положении сидя.

Точка 5 (ин-чюань), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 3-м межреберье. Массировать одновременно справа и слева в положении сидя.

Точка 6 (джу-гэнь), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 5-м межреберье. Массировать аналогично точке 5.

Точка 7 (шао-цзе), симметричная, находится на 3 мм кнаружи от угла ногтевого ложа мизинца. Массировать поочередно и слева и справа в положении сидя.

Точка 8 (гдэ-шу), симметричная, находится на 1,5 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками 7 и 8 грудных позвонков.

Точка 9 (гань-шу), симметричная, находится на 1,5 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками 9 и 10 грудных позвонков.

Точка 10 (хэ-гу), симметричная, находится на тыле кисти между первой и второй пястными костями, ближе ко 2-й пястной кости.

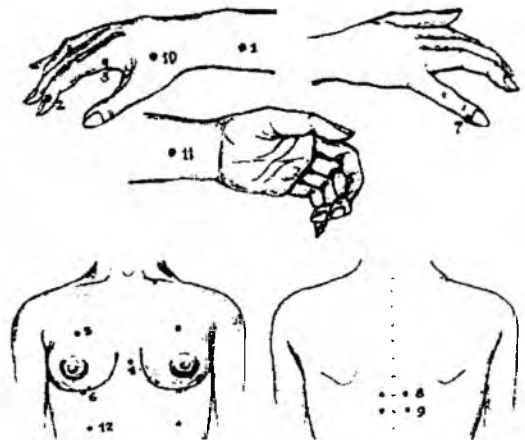


РИС. 1. Точки для массажа при недостатке молока у кормящей женщины



Точка 11 (ней-гуань), симметричная, находится на передней поверхности предплечья на 2 цуня выше средней складки запястья, между сухожилиями.

Точка 12 (ци-мэнь), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 4-м межреберье.

Обязательно нужно использовать специальные поливитаминные комплексы для беременных и кормящих женщин. Они улучшат качество молока и увеличат его количество.

Молока слишком много

Когда ребенок начинает сосать, молоко слишком быстро течет ему в рот, и он захлебывается. Это внушает ему страх перед грудным кормлением. Иногда молоко стремительно вытекает из другой груди, а между кормлениями прибывает слишком много молока. Это значит, что у матери чрезмерно активное поступление молока и сильный рефлекс его выделения.

- Матери следует сцеживать немного молока перед каждым кормлением. Грудь не будет переполнена, и молоко не будет течь так стремительно.
- Лучше давать ребенку в каждое кормление только одну грудь. Стимуляция понизится, и выделение молока снизится сообразно потребностям ребенка.
- Во время кормления можно лечь на спину. Молоко не сможет бежать так быстро снизу вверх.
- Обязательно следует сцеживать излишки молока после кормления, чтобы грудь была мягкой.

Маме нужно на работу

Далеко не каждая мама может полностью использовать весь отпуск по уходу за ребенком (неотложная работа, сдача экзаменов и другие обстоятельства). Но и в этой ситуации есть возможность сохранить грудное вскармливание.

Нужно сохранить те кормления грудью, когда женщина находится дома, а в другое время пользоваться молокоотсосом. Сцеживать молоко следует в том же режиме, в котором питается ребенок. Сцеженное молоко можно хранить в холодильнике до 24 часов. Перед кормлением молоко следует подогреть на водяной бане. Если есть необходимость сохранить молоко дольше, его можно заморозить при температуре -18°C в специальных пакетах. Таким образом молоко хранится до 6 месяцев. Размораживают медленно при комнатной температуре, затем пастеризуют и кормят им ребенка.

Малыш отказывается от груди

Иногда при кормлении грудью дети начинают отказываться от нее. Это может происходить:

- из-за нарушения техники кормления. Если младенцу неловко у груди или он неправильно ее захватывает, он быстро устает и в результате остается голодным;
- из-за неприятных ощущений, которые испытывает ребенок при изменении вкусовых качеств молока — это случается, когда женщина злоупотребляет пряностями, острыми, солеными и копчеными продуктами;
- молоко может менять вкус в связи с менструальным циклом;
- вследствие заболеваний полости носа и рта (например, стоматит или насморк);
- при каком-либо соматическом заболевании ребенка или неврологических нарушениях.

Мы перечислили только самые распространенные причины отказа малыша от материнской груди. **Все они устранимы**, но кормящая мама должна четко понимать, что **отказ ребенка от ее груди — не каприз**, он всегда мотивирован каким-то неблагоприятием, которое необходимо установить.

Искусственные смеси и проблемы, связанные с их использованием

Современные технологии производства заменителей грудного молока, т. е. искусственных смесей, постоянно совершенствуются. Цель производителей подобных смесей — максимальное их приближение к натуральному грудному молоку. Но, разумеется, этот идеал, как и любой другой, недостижим: женское молоко по своим свойствам уникально. Любая имитация — не более чем суррогат, пусть даже очень высокого качества.

Назовем некоторые проблемы, неизбежно возникающие у детей, находящихся на искусственном вскармливании:

- В основном в состав смесей входит трудно усваиваемый организмом ребенка белок коровьего молока. В ряде случаев это приводит к дисфункции желудочно-кишечного тракта ребенка (срыгивания, запоры, поносы), в других — к развитию аллергических заболеваний.
- В настоящее время во многие искусственные смеси вводятся органические волокна (клейковина) — для устранения запоров и срыгиваний. В ряде случаев это оказывается эффективным, однако случается,



что волокна травмируют нежную незрелую слизистую детского кишечника.

- В искусственных смесях содержится достаточное количество витаминов (А, С, D и др.) и микроэлементов (Fe, Ca, P, Mn, Se и т. д.), но всасываемость их, как правило, затруднена. Вот почему дети, получающие искусственные смеси, подвержены гиповитаминозам, рахиту, железодефицитной анемии.
- Сейчас в состав многих смесей вводятся средства, стимулирующие развитие нормальной бактериальной флоры кишечника малыша, — пребиотики и пробиотики, но дети, находящиеся на искусственном вскармливании, по-прежнему гораздо чаще страдают от кишечных колик и дисбактериоза по сравнению с теми, кого кормят грудью.
- Дети, которых подкармливают смесями из бутылочки, обычно плохо берут грудь, а в дальнейшем, как правило, и вовсе отказываются от нее.
- Малейшая небрежность при разведении молочных смесей может привести к попаданию в бутылочку инфекции (молочные смеси — прекрасная питательная среда для различных патогенных организмов), тогда как материнское молоко стерильно.
- Помимо всего прочего, детские смеси наносят ощутимый удар по семейному бюджету. Особенно опасно, когда в целях экономии родители приобретают дешевое питание низкого качества. Проблемы, которые могут возникнуть вследствие этого, по-настоящему серьезны.

Когда нельзя кормить грудью

Существует ряд обстоятельств, к счастью, достаточно редких, когда дети не могут или не должны вскармливаться грудью. К факторам, воспрепятствующим (или частично воспрепятствующим) ребенку получать грудное молоко, относятся врожденные, наследственно обусловленные нарушения обмена веществ — какой-либо ферментативный дефект, который мешает правильному расщеплению компонентов грудного молока. Среди таких патологий — галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа».

Когда и как вводить прикорм

С точки зрения потребности в питании, физиологического созревания и иммунологической безопасности введение в рацион младенца до 4 месяцев прикорма не оправдано.

Дело в том, у ребенка первых 4–6 месяцев жизни снижено количество панкреатической амилазы — фер-

мента, расщепляющего крахмал и другие чужеродные углеводы, но при этом достаточно высок уровень активности дисахаридазы, позволяющей без всякого труда переваривать лактозу — основу материнского молока.

Кроме того, анатомо-физиологические особенности ротовой полости малыша способствуют поглощению исключительно жидкой пищи. Если в рот младенца попадает твердая пища, она тут же выталкивается языком (за счет естественных рефлексов, присущих этому возрасту). И только к 4–6 месяцам, когда рефлекс выталкивания исчезает, ребенок способен принимать полугустую пищу, поскольку она может быть перемещена в глубину рта и проглочена.

Таким образом, ребенок в течение первых 4–6 месяцев находится на том этапе развития, когда он может принимать и усваивать только грудное молоко (в крайнем случае — адаптированную молочную смесь). Вопрос о введении прикорма решается, как правило, позднее, с учетом таких важных критериев, как календарный возраст ребенка и наличие признаков биологической готовности к приему полугустой и густой пищи. Важно определить, достаточно ли ребенку потребляемого им молока. Об этом можно судить по нарастанию массы тела и общему развитию малыша. Если малыш хорошо держит головку, легко подносит ручки к губам, и полугустая пища не выталкивается им изо рта, это говорит о том, что пора вводить прикорм.

Но при любом прикорме грудное молоко должно оставаться основной едой малыша до года, а лучше — до полутора лет. Очень важно понимать, что с введением прикорма женщина не вправе прекращать усилия по поддержанию лактации. Поскольку число кормлений грудью сокращается и рефлекторная выработка молока падает, мама начинает думать, что ребенок «вырос» и может питаться обычной пищей. Такая установка ошибочна: она ведет к преждевременному сокращению выработки молока, столь еще необходимого ребенку.

Оптимальным сроком отлучения ребенка от груди является второй год жизни. Длительная лактация — это самая надежная профилактика множества недугов, в частности, аллергических заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта, ожирения. Помимо прочего, она обеспечивает малышу состояние полного психологического комфорта. Вот почему процесс отлучения от груди должен происходить постепенно. По мере введения прикорма мама сокращает число кормлений грудью, оставляя одно — ночное или вечернее. По истечении времени можно отменить и его,



но только с согласия ребенка. Если он протестует против такого положения вещей, мама обязана идти на встречу своему малышу, ведь нежелание расстаться с маминной грудью свидетельствует о каком-то психологическом неблагополучии.

Контрацепция

Лучшее из противозачаточных средств — естественное предохранение. Когда женщина кормит малыша исключительно грудью (в том числе и ночью), она не беременеет, если при этом соблюдены следующие обязательные условия защиты:

- после родов прошло не больше 6 месяцев;
- общее число кормлений не меньше 8–10 раз в сутки, при этом ребенок берет грудь каждые 4 часа днем и один раз ночью;
- у женщины отсутствуют месячные;
- женщина кормит малыша только грудью, без докорма.

В случае несоблюдения какого-либо условия, например, после того как ребенку исполнится полгода и возникнет необходимость вводить прикорм, ситуация меняется: нужно думать о других способах контрацепции. К наиболее безопасным в данной ситуации

можно отнести механические средства и современные гормональные препараты.

Использование гормональных контрацептивов во время лактации — это отдельная проблема. Дело в том, что препараты, содержащие эстрогены, ведут к значительному снижению количества грудного молока, а прогестероновые производные уменьшают содержание в нем жира. Стероиды, несомненно, проникающие в грудное молоко, вряд ли оказывают благоприятное влияние на организм ребенка. Поэтому во время кормления грудью строго противопоказано использование препаратов, содержащих эстроген. Однако существуют таблетки, созданные для кормящих мам. Эти таблетки не содержат гормона-эстрогена и содержат небольшую дозу прогестерона. Конечно, вопрос о том, как повлияют таблетки на здоровье ребенка, волновал также ученых и врачей. Поэтому были проведены многочисленные исследования, показавшие, что прием таблеток, содержащих прогестерон, полностью безопасен для малыша, так как они никак не влияют на количество и состав грудного молока, а также на рост и развитие ребенка. Однако необходимо помнить: начинать прием противозачаточных таблеток можно только после консультации с врачом-гинекологом.



ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Рациональное питание (вскармливание) детей первого года жизни является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничный рост, адекватное морфологическое и функциональное созревание различных органов и тканей, оптимальные показатели психомоторного и интеллектуального развития и устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Организация рационального вскармливания детей начиная с первых дней их жизни является поэтому необходимым звеном в общем комплексе профилактических мероприятий, направленных на поддержание здоровья и снижение заболеваемости и смертности детей раннего возраста. При этом рацион младенца можно условно разделить на две части:

- 1) молочную, которую в идеале составляет материнское молоко, а при его отсутствии современные адаптированные молочные смеси промышленного выпуска;
- 2) немолочную, которую образуют разнообразные виды продуктов и блюд прикорма.

Правильное соотношение этих компонентов рациона и своевременное изменение рациона в соответствии с меняющимися физиологическими потребностями младенца являются основой рационального питания и в силу этого должны служить объектом самого пристального внимания педиатров.

Оптимальным способом питания младенцев является естественное вскармливание. Вскармливание женским молоком не только обеспечивает ребенка необходимыми ему энергией, пищевыми веществами, биологически активными соединениями и защитными факторами, но и создает психоэмоциональную обстановку, способствующую в дальнейшем адекватному поведению ребенка в обществе. Поэтому поддержка полноценного грудного вскармливания является одной из важнейших задач педиатров.

Однако значительная часть женщин в силу различных причин, преимущественно психоэмоционального, а также бытового характера, начав кормить ребенка грудью, в 2–3 месяца (а в ряде случаев и раньше) прекраща-

ет грудное вскармливание. В этих случаях чрезвычайно важно, чтобы врач-педиатр дал правильный совет матери по организации оптимального искусственного вскармливания, которое хотя и не может заменить материнское молоко, но при правильном подходе способно обеспечить адекватный рост и развитие младенца.

Не вызывает сомнений, что наиболее современным подходом к организации искусственного вскармливания детей, обеспечивающим их адекватный рост и развитие, является использование специализированных продуктов детского питания промышленного выпуска, современных заменителей женского молока — адаптированных молочных смесей (infant formula — детских «формул», по терминологии зарубежных авторов). Классификация существующих заменителей женского молока приведена на рис. 1. Как видно из рис. 1, заменители женского молока могут быть сухие и жидкие (готовые к употреблению), пресные и кисломолочные.

Рис. 1. Современная классификация заменителей женского молока



Жидкие (т. е. готовые к употреблению продукты) заменители женского молока обладают рядом преимуществ



перед сухими смесями: при их использовании исключена возможность нарушений в составе готового продукта в связи с неточностью при смешивании порошка с водой, а также возможность загрязнения смеси некачественной водой, используемой для восстановления смеси.

В то же время **сухие** смеси удобно хранить, они не требуют постоянного обновления, поскольку срок их хранения составляет не менее 12 месяцев. Выбор сухих смесей намного больше, чем жидких смесей: к числу жидких смесей, продающихся в настоящее время в РФ, относятся пресные и кисломолочные смеси «Агуша» («Завод детского питания», Москва), пресные и кисломолочные смеси «Тема» («Петмол», Санкт-Петербург), «Туттели» («Валио», Финляндия). В то же время ассортимент сухих смесей достигает нескольких десятков наименований, часть которых будет упомянута дальше.

Основной принцип создания заменителей — их максимальное приближение (адаптация) к составу и свойствам женского молока и соответствие особенностям пищеварения и метаболизма ребенка первого года жизни. При этом совершенно очевидно, что, условно обозначая указанные продукты заменителями женского молока, мы понимаем невозможность полной замены материнского молока, поскольку кормление женским молоком — это не только процесс обеспечения ребенка всеми необходимыми ему пищевыми веществами в высокоусвояемой форме, но и время тесного эмоционального контакта между матерью и ребенком, который оказывает исключительно благоприятное воздействие на все последующее поведение младенца.

На основании многочисленных клинико-физиологических и клинико-биохимических исследований были разработаны международные стандарты, регламентирующие состав заменителей женского молока. К числу наиболее известных стандартов относятся рекомендации комиссии Codex Alimentarius, рекомендации Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии и диетологии (ESPGAN) и директивы стран Европейского союза (ЕС) 1991 и 1996 годов. В нашей стране также разработан аналогичный документ, требования которого в значительной мере совпадают с требованиями международных стандартов (СанПиН 2.3.2.1078–01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов»).

Приближение (адаптация) состава молочных смесей к составу женского молока проводится по всем компонентам: белковому, жировому, углеводному, витаминному и минеральному.

Адаптация белкового компонента заключается прежде всего в снижении общего уровня белка (с 2,8 г/100 мл в коровьем молоке до 1,4–1,6 г/100 мл в готовой к употреблению молочной смеси), что в большей мере соответствует уровню белка в женском молоке (0,8–1,2 г/100 мл). Снижение содержания белка в заменителях женского молока позволяет устранить неблагоприятное влияние избытка белка на азотистый и минеральный обмен грудного ребенка, функцию его пищеварительного тракта и незрелых почек. Другим направлением адаптации является введение в заменители женского молока белков молочной сыворотки, которые, в отличие от казеина, преобладающего в коровьем молоке, образуют в желудке ребенка значительно более нежный и легче усвояемый сгусток, а также обеспечивают большее приближение аминокислотного состава смеси к аминокислотному составу женского молока.

Помимо различий в характере сгустка, возникающего при переваривании в желудке и более высоком уровне серосодержащих аминокислот в смесях альбуминового, чем казеинового типа, установлено, что смеси, обогащенные сывороточными белками, способствуют более оптимальному составу кишечной микрофлоры, чем казеин-доминирующие смеси; реже вызывают функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Исходя из этого большинство специалистов в области детского питания считают обоснованным применение в питании детей первого года жизни молочных смесей, обогащенных сывороточными белками.

Большинство адаптированных заменителей женского молока содержат также таурин — серосодержащую свободную (не входящую в состав белков) аминокислоту, необходимую для построения нейросетчатки и головного мозга младенцев, всасывания жиров (образования парных желчных кислот) и др. Эта аминокислота, необходимая для детей первых недель и месяцев жизни, особенно недоношенных, относится к числу незаменимых, а в более старшем возрасте образуется в организме из аминокислот — цистеина и серина.

Адаптация жирового компонента заменителей женского молока направлена в первую очередь на приближение их жирнокислотного состава к составу женского молока, поскольку коровье молоко содержит существенно меньше незаменимых ПНЖК семейств, чем женское. Важным при этом является обеспечение достаточного уровня линолевой кислоты (не менее 10–15% от общего содержания жирных кислот); оптимального соотношения между w-6 и w-3 ПНЖК, которое



составляет в женском молоке 10:1 — 7:1 и оптимального соотношения витамина Е и ПНЖК.

Нарушение этих требований неизбежно ведет к существенным нарушениям метаболизма, поскольку и ω -6 жирные кислоты (линолевая, арахидоновая), и ω -3 жирные кислоты (линоленовая, докозагексаеновая и эйкозопентаеновая), являясь эссенциальными для человека, особенно для детей раннего возраста, выполняют ряд ключевых функций в организме. При этом важен именно оптимальный уровень этих кислот в продукте, поскольку их избыток или снижение соотношения между витамином Е, основным антиоксидантом, и количеством ПНЖК в заменителях также может вести к неблагоприятным последствиям, и прежде всего к усилению перекисного окисления липидов, а нарушение соотношения между ω -6 и ω -3 жирными кислотами в смеси сопровождается изменением соотношения в организме ребенка различных классов эйкозаноидов, играющих важную роль в регуляции различных физиологических и метаболических реакций. Для обеспечения адекватного содержания в заменителях женского молока ω -3 жирных кислот ранее использовали введение в состав продуктов соевого масла, содержащего до 10% γ -линоленовой кислоты, являющейся метаболической предшественницей эйкозопентаеновой и докозагексаеновой жирных кислот. Однако позднее было установлено, что дети первых недель жизни, особенно недоношенные дети, не способны к образованию эйкозопентаеновой и докозагексаеновой кислот из линоленовой кислоты вследствие незрелости ферментативной системы, катализирующей эту реакцию. В связи с этим были разработаны заменители женского молока, содержащие эйкозопентаеновую и докозагексаеновую кислоты, источником которых служат препараты очищенного рыбьего жира.

С целью адаптации углеводного компонента молочной смеси в нее добавляют лактозу, уровень которой в коровьем молоке ниже, чем в женском. Лактоза является основным углеводным компонентом женского молока и обладает рядом важных физиологических эффектов: она оказывает положительное влияние на абсорбцию минеральных веществ (кальция, а также цинка, магния и др.) в кишечнике детей; способствует развитию в пищеварительном тракте ребенка бифидо- и лактобактерий, которые угнетают размножение ряда условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Вместе с тем ряд авторов относит к недостаткам заменителей женского молока, содержащих только лактозу, их высокую осмолярность. Это является одной из причин широкого распростране-

ния в качестве углеводного компонента заменителей женского молока сочетания лактозы с декстринмальтозой — низкомолекулярным полимером глюкозы. Частичная замена лактозы декстринмальтозой (до 25% от общего содержания углеводов) позволяет снизить осмолярность молочных смесей. Вместе с тем декстринмальтоза хорошо утилизируется в кишечнике, оказывает положительное влияние на микрофлору кишечника. Ее важной особенностью является также медленное всасывание в кишечнике и постепенное поступление в кровь, в связи с чем дети, получающие этот углевод, дольше не испытывают чувства голода и способны выдерживать более длительные интервалы между кормлениями, чем в случае смесей, содержащих только лактозу. Вместо чистой декстринмальтозы в молочные смеси нередко вводят различные виды патоки, глюкозный и кукурузный сиропы или солодовый экстракт, содержащие значительные количества декстринмальтозы.

Важнейшим звеном адаптации коровьего молока к женскому является оптимизация минерального состава смесей. Это связано с тем, что коровье молоко содержит значительно больше солей, особенно Са, Р, Na и К, чем женское. Поэтому потребление детьми первых месяцев жизни кефира, коровьего молока и других неадаптированных цельномолочных продуктов оказывает значительную нагрузку на канальцевый аппарат почек и пищеварительные железы, вызывает нарушения водно-электролитного баланса, усиливает выведение жиров в виде кальциевых солей и др. Именно поэтому неадаптированные молочные продукты не рекомендуются в нашей стране детям первых 8 месяцев жизни, а в США — на протяжении всего первого года жизни. Исходя из изложенного адаптация минерального состава молочных смесей направлена в первую очередь на снижение общего содержания минеральных солей — кальция, калия, фосфора и натрия. В то же время в смеси дополнительно вводят ряд микроэлементов, содержание которых ниже в коровьем, чем в женском молоке, к их числу относят железо, цинк, медь, селен и др.

Следует указать, что в женском молоке, в отличие от коровьего, присутствуют специальные транспортные белки, обеспечивающие высокую усвояемость указанных микроэлементов, присутствующих в относительно небольших количествах (например, переносчик железа — гликопротеид лактоферрин). Поэтому для того, чтобы обеспечить детей теми же количествами микро-нутриентов, которые поступают с женским молоком, их содержание в заменителях женского молока должно быть выше, чем в женском молоке.



Наряду с микроэлементами в смеси вносят необходимые количества водо- и жирорастворимых витаминов (включая витамин К), причем с учетом более низкой усвояемости витаминов из коровьего молока, чем из женского, их содержание, так же как и содержание минеральных веществ, должно быть несколько выше, чем физиологические потребности в этих нутриентах.

В последние годы к числу микронутриентов, обнаруженных в женском молоке и имеющих важное физиологическое значение, были отнесены также нуклеотиды, которые являются, по-видимому, важными регуляторами иммунного статуса детей. В связи с этим многие компании разработали молочные смеси, обогащенные этими соединениями. К числу их относятся такие адаптированные молочные смеси, как «Симилак Формула Плюс» («Абботт Лэбораториз», Испания/США); «Фрисолак с нуклеотидами», «Фрисомел с нуклеотидами», «Фрисовом с нуклеотидами», «Фрисопре с нуклеотидами» («Фризленд Н्यूтришн», Голландия); «МАМЕКС ПЛЮС» («Интернешнл Нутришн Ко», Дания); «Энфамил» («Мид Джонсон», США), «MD мил» (Laiterie de Craon, Франция), и др. Смеси прошли клиническую апробацию в нашем отделе и подтвердили свою эффективность в питании здоровых детей первого года жизни.

Исходя из приведенных данных к числу адаптированных заменителей женского молока могут быть отнесены жидкая смесь «Агуша-1», стерилизованная (пресная) и кисломолочная, и одна из сухих смесей: «Нутрилак 1» (Россия), «Нутрилон-1» (Голландия), «Сэмпер Бэби-1» (Швеция), «Пре-ХиПП» и «ХиПП-1» (Австрия), «Хумана 1» (Германия), «Энфамил-1» (США), «Нан» и «Нан-1» (Голландия), «Фрисолак» (Голландия), «Микамилк Экстра» (Россия/Франция), «Бэби» (Словения) и др. В последнее время в России на российско-голландском предприятии «Истра-Нутриция» начат выпуск сухой смеси «Малютка», которая, несмотря на старое название, является принципиально новой адаптированной молочной смесью нового поколения.

Несколько менее адаптированными являются так называемые казеиновые формулы, которые уже были рассмотрены в этом разделе. Как было уже указано, эти смеси изготавливают на основе сухого коровьего молока, основной белковый компонент которого представлен казеином, без добавления деминерализованной молочной сыворотки. Вследствие этого такие смеси менее близки к белковому составу женского молока. В то же время по всем остальным компонентам — углеводному, жировому, витаминному, минеральному — эти смеси, так же как и описанные выше адаптированные смеси, максимально

приближены к составу женского молока. К числу казеиновых формул относятся, например, такие смеси, как «Симилак» (США), «Нестожен» (Швейцария), и др.

Важно подчеркнуть, что наряду с заменителями женского молока за рубежом, а в последние годы и в нашей стране широко используются также так называемые последующие смеси, т. е. молочные продукты, предназначенные для вскармливания детей на «последующем» возрастном этапе — с 5–6 месяцев. Они отличаются от заменителей женского молока меньшей степенью адаптации и фактически представляют собой, по принятой в нашей стране классификации, разновидность частично адаптированных смесей. Последующие смеси производятся из сухого цельного молока (чаще без добавления молочной сыворотки), содержат крахмал и сахарозу. Содержание в них белка и энергетическая ценность выше, чем в «стартовых» заменителях женского молока (1,8–2,2 г/100 мл и 70–80 ккал/100 мл соответственно), что соответствует возросшим потребностям детей второго полугодия в энергии и пищевых веществах.

Последующие смеси, так же как и заменители женского молока, содержат все необходимые ребенку второго полугодия жизни витамины, минеральные соли и микроэлементы. Важной особенностью последующих смесей, отличающих их от «начальных формул», является более высокое содержание железа: в «начальных формулах» — заменителях женского молока, предназначенных для вскармливания детей первого полугодия, содержание железа должно быть не выше 5–7 мг/л, поскольку ребенок в первые месяцы после родов сохраняет достаточные запасы железа, полученные им от матери в период беременности. В то же время у детей старше 6 месяцев эти запасы начинают истощаться. Вследствие этого крайне важно обеспечить ребенка во втором полугодии жизни достаточным количеством железа, одним из источников которого являются молочные смеси. Поэтому последующие формулы должны содержать 10–14 мг железа/литр. По тем же соображениям в последующих смесях должно быть более высокое содержание цинка, меди и других микроэлементов.

К числу последующих смесей относятся такие смеси, как жидкие смеси «Агуша-2» — пресная и кисломолочная (Лианозовский завод детского питания) и сухие смеси «Нутрилак-2» (Россия), «Малютка с 6 до 12» («Истра-Нутриция», Россия) «Сэмпер Бэби-2» (Швеция), «Нутрилон-2» (Голландия), «Галлия-2» (Франция), «Хайнц» — молочная смесь для детей старше 6 месяцев (Германия), «Фрисомел» (Голландия), «Нан с 6 до 12 месяцев» (Голландия) и др.



Следует указать, что наряду со «стартовыми» (от рождения до 5–6 месяцев) и последующими формулами (с 5–6 месяцев до года и с года и старше) существует много заменителей женского молока, рекомендуемых для питания детей в течение всего года: с рождения до 12 месяцев и старше (например, смеси «Нутрилон», «Нан», «Бона», «Микамилк Экстра» и др.). Их состав представляет собой как бы среднее между составом продуктов для детей первого полугодия жизни и продуктов для детей второго полугодия.

При выборе смеси, наиболее адекватной для вскармливания конкретного ребенка, следует учитывать:

- возраст ребенка — в первые 2–3 недели жизни ребенку предпочтительнее назначать пресные смеси, а затем сочетать пресные и кисломолочные смеси; при этом наиболее целесообразным является равное их соотношение в рационе. Избыток кисломолочных смесей в рационе может вызывать (или усиливать) срыгивания, нарушать кислотно-щелочное равновесие в организме;
- степень адаптированности смеси — чем меньше возраст ребенка, тем больше он нуждается в максимально адаптированных смесях; ребенку до 5–6 месяцев ни в коем случае не следует назначать последующие смеси, кефир и другие неадаптированные кисломолочные смеси, цельное коровье молоко;
- индивидуальную переносимость смеси. Следует подчеркнуть, что ингредиентный и химический состав всех современных заменителей женского молока, соответствующих международным стандартам, достаточно близок между собой, что затрудняет для практикующего врача выбор наиболее оптимальной молочной смеси именно для данного ребенка.

В практике нередки случаи, когда ребенок дает выраженные аллергические реакции на одну из современных максимально адаптированных смесей, но хорошо переносит другую смесь того же поколения. Более того, ряд детей дает аллергическую реакцию на адаптированные смеси, обогащенные сывороточными белками, но хорошо переносит менее адаптированные смеси, изготовленные на основе цельного коровьего молока, не обогащенного сывороточными белками.

Это указывает на необходимость максимальной индивидуализации питания детей и отказе от каких-либо готовых шаблонов и стандартов при назначении ребенку молочных смесей. Критерием здесь могут служить только результаты внимательного наблюдения за ребенком в динамике и оценка переносимости им конкретного продукта, безусловно, при условии ясных

представлений врача об ингредиентном и химическом составе продуктов, назначаемых ребенку.

Особого внимания требуют дети из группы риска. В частности, в случае если у обоих родителей младенца или его брата и сестер в анамнезе отмечают выраженные аллергические реакции, то целесообразно продумать вопрос о назначении ребенку адаптированных гипоаллергенных смесей на основе гидролизированных белков, например «ХиПП ГА 1» и «ХиПП ГА 2» (ХиПП, Австрия), «Хумана ГА 1» и «Хумана ГА 2» (Германия), «НАН-ГА» (Голландия), «Нутрилон-ОМНЕО» (Голландия), смесь на основе козьего молока «НЭННИ» (Новая Зеландия) и др. Ребенку со сниженным уровнем Hb или родившемуся от матери с анемией, следует рекомендовать смеси с более высоким (до 1,2 мг в 100 мл готовой смеси) содержанием железа. Ребенку первого полугодия жизни необходимо использовать поэтому в питании такие адаптированные молочные смеси, как «Симилак с железом» (США), «Галлия 1» (Франция). Как уже было отмечено, детям второго полугодия жизни рекомендуются так называемые последующие смеси — молочные смеси с более высоким содержанием белка и железа. К ним относятся «Галлия-2» (Франция), «НАН 6–12» (Голландия), «Сэмпер Беби 2» (Швеция), «Энфамил 2» (США), «Фрисомел» (Голландия), «ХиПП 2» (Австрия), «Хумана 2» (Германия) и др.

Детям с частыми и упорными срыгиваниями целесообразно назначать специальные смеси, содержащие полисахариды — камедь из бобов рожкового дерева, «Фризовом» (Голландия), «Хумана-AR» (Германия), «Нутрилон-AR» (Голландия) и др., либо крахмал — «Семпер-Лемолак» (Швеция), «Энфамил-AR» (США), «Нутрилон-Омнео» (Голландия) и др.

С учетом значительной распространенности среди детей раннего возраста нарушений состава кишечной микрофлоры (дисбиозов) необходимо шире использовать современные адаптированные молочные смеси, содержащие пробиотики: «Нан с 6 до 12 с бифидобактериями», «Нан кисломолочный» (Голландия), «Агуша-1» кисломолочная (Россия), или пребиотики: «Нутрилон-1» (Голландия), «Семпер-бифидус» (Швеция), а также «Мамекс», «МД Мил» и др., способствующие нормализации состава кишечной микрофлоры и нормализации стула (профилактике запоров и диарей).

Важно подчеркнуть, что наиболее распространенной в РФ формой вскармливания детей первого года жизни является сочетание естественного и искусственного вскармливания — обозначенное как смешанное вскармливание. Основным принципом при этом является про-



должение прикладывания ребенка к груди матери даже при минимально сохраненной лактации. Подобный подход способствует поддержанию лактации, так как сосание является лучшим стимулятором лактации, поступлению в организм младенца с женским молоком биологически активных и защитных факторов, положительному психоэмоциональному состоянию матери и младенца. Очевидно, что в случае смешанного вскармливания докорм молочными смесями следует проводить только после того, как ребенок высосет из груди максимально возможное количество женского молока.

Несмотря на несомненные достоинства материнского молока, по мере роста ребенка возникает необходимость в расширении его рациона и введении в него дополнительных продуктов, обозначаемых за рубежом немецким термином *Beikost*. Под этим термином понимают все продукты, кроме женского молока и его заменителей, т. е. плодоовощные соки и всю гамму других продуктов, обозначаемых в нашей стране термином «продукты прикорма» (плодоовощные пюре, каши, мясные пюре, творог и др.). Хотелось бы подчеркнуть, что традиционное для нашей страны выделение плодоовощных соков, а также творога, яичного желтка в отдельную от остальных продуктов прикорма группу (так называемых пищевых добавок) является нецелесообразным, так как и соки, и творог, и пюре, и каши представляют из себя пищевые продукты, отличные от материнского молока и дополняющие рацион ребенка теми или иными пищевыми веществами.

ТАБЛИЦА 1. Продукты прикорма как источник пищевых веществ

| Пищевые вещества | Продукты прикорма — источник этих веществ |
|--|---|
| Белки | Мясо, рыба, творог, молоко, кефир, крупы |
| Жиры | Сливочное и растительное масло, молоко, кефир, творог, яичный желток, крупы, мясо, рыба |
| Полиненасыщенные жирные кислоты w-6 и w-3 семейств | Растительные масла, рыба, крупы |
| Углеводы | Соки, фрукты, овощи, крупы |
| Растительные волокна | Плоды, овощи, крупы |
| Витамины А, D, Е, С, В ₁ , В ₂ , РР, В ₁₂ и др. | Сливочное и растительное масло, яичный желток, крупы, плоды, овощи, мясо, рыба, творог, кефир, молоко |
| Железо | Мясо, рыба, печень, крупы, фрукты |
| Кальций | Кефир, молоко, творог, сыр |

Несмотря на то что необходимость введения прикорма в рацион детей, находящихся как на естественном, так и на искусственном вскармливании, признается всеми исследователями, работающими в области детской нутрициологии, вопросы о сроках введения прикорма, последовательности введения различных видов прикорма и их ассортименте оста-

ются предметом дискуссий. Следует подчеркнуть,

- продукты прикорма: соки, творог, яичный желток, сливочное и растительное масло;
- блюда прикорма: фруктовые и овощные пюре, каши, мясные, растительно-мясные, рыбные и растительно-рыбные пюре, т. е. те блюда, которые в итоге замещают целый прием пищи.

Необходимость расширения рациона питания ребенка и дополнения материнского молока (или его заменителей) продуктами и блюдами прикорма обусловлена следующими основными причинами:

- необходимостью дополнительного введения в организм растущего ребенка энергии и ряда пищевых веществ (белка, железа, цинка и др.), поступление которых с женским молоком (или с имитирующими его состав молочными смесями) на определенном этапе развития младенцев (с 4–6 месяцев) становится недостаточным;
- целесообразностью расширения спектра пищевых веществ рациона, в частности за счет содержащихся в продуктах прикорма растительного белка, различных видов углеводов, жирных кислот, микроэлементов, необходимых для дальнейшего роста и развития ребенка (табл. 1);
- необходимостью тренировки и развития пищеварительной системы и жевательного аппарата детей и стимуляции моторной активности их кишечника.

ются предметом дискуссий. Следует подчеркнуть, что нижний срок введения первых продуктов прикорма определяется рядом физиолого-биохимических особенностей развития младенцев, и прежде всего степенью зрелости различных пищеварительных ферментов и степенью проницаемости слизистой кишечника (табл. 2).



ТАБЛИЦА 2. Физиологические и метаболические детерминанты сроков введения прикорма

| Процесс | Возраст |
|--|---|
| Созревание ферментативных процессов переваривания пищи Усиление секреции соляной кислоты Повышение активности пепсина и других протеинов Повышение активности амилазы | 3 месяца 3–4 месяца С 2–3 месяцев до года |
| Созревание рефлекторных механизмов, необходимых для проглатывания полужидкой и твердой пищи (угасание «рефлекса выталкивания ложки») и поддержания туловища в вертикальном положении | 5–6 месяцев |
| Повышение уровня секреторного иммуноглобулина А в кишечнике | 3–4 месяца |
| Снижение повышенной проницаемости слизистой кишечника: созревание гликопротеидного компонента слизи; снижение текучести мембран энтероцитов | 3 месяца |

Как видно из приведенных данных, ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, вводить прикорм ранее 3–4 месяцев жизни нецелесообразно, так как до этого возраста он физиологически не подготовлен к ассимиляции иной пищи, кроме женского молока или его заменителей. Более того, если ребенок находится на исключительно грудном вскармливании, у матери достаточно молока и ребенок хорошо растет и развивается, прикорм может быть введен с 6 месяцев.

Следует учитывать, что раннее введение прикорма может снижать частоту и интенсивность сосания и, как следствие, выработку грудного молока. При таких условиях вводимый прикорм будет не столько дополнять грудное молоко, сколько частично замещать его, что является физиологически неоправданным.

В то же время при введении первого прикорма позднее 6–7 месяцев у ребенка могут возникнуть проблемы с адаптацией к пище более плотной консистенции, чем молоко. Таким образом, при достаточной лактации у матери основной прикорм целесообразно вводить ребенку

в возрасте 4–6 месяцев. Решение о введении прикорма мать должна принимать по совету врача-педиатра, причем это решение должно учитывать индивидуальные особенности ребенка: скорость его роста, величины массы и длины тела, аппетит и др.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на существенные национальные различия в сроках введения различных видов прикорма, в последние годы во всех странах отмечена тенденция к его введению в более поздние сроки, чем рекомендовали ранее. Примечательно, что рекомендации, действовавшие в России в 1960-е гг., также предусматривали достаточно позднее введение прикорма: соков с 2–3 месяцев, мясного пюре с 6–7 месяцев и т.д. Еще более поздние сроки введения ряда продуктов прикорма рекомендовал А.В. Мазурин и его соавторы (см.: Мазурин А.В., Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми): мясной фарш с 7–7,5 месяцев, желток — с 5 месяцев и др. Современные рекомендации, действующие в настоящее время в РФ (утверждены МЗ РФ в 1999 г.), также предусматривают достаточно позднее введение прикорма (табл. 3 и 4).

ТАБЛИЦА 3. Рекомендуемая примерная схема введения прикорма детям, находящимся на естественном вскармливании

| Наименование продуктов и блюд | Возраст (месяцы жизни) | | | | | | | | Примечание | |
|---|------------------------|------|--------|--------|------|------|------|---------|----------------|----------|
| | 0–3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9–12 | | |
| Фруктовые соки (мл) | | 5–30 | 40–50 | 50–60 | 60 | 70 | 80 | 90–100 | С 3 мес. | |
| Фруктовое пюре (мл) | | 5–30 | 40–50 | 50–60 | 60 | 70 | 80 | 90–100 | С 3,5 мес. | |
| Творог (г) | | | | 10–30 | 40 | 40 | 40 | 50 | С 5 мес. | |
| Желток (шт.) | | | | | 0,25 | 0,50 | 0,50 | 0,50 | С 6 мес. | |
| Овощное пюре (г) | | | 10–100 | 150 | 150 | 170 | 180 | 200 | С 4,5–5,5 мес. | |
| Молочная каша (г) | | | | 50–100 | 150 | 150 | 180 | 200 | С 5,5–6,5 мес. | |
| Мясное пюре (г) | | | | | | 5–30 | 50 | 60–70 | С 7 мес. | |
| Кефир и другие кисломолочные продукты или цельное молоко (мл) | | | | | | 100 | 200 | 400–600 | С 7,5–8 мес. | |
| Хлеб (пшеничный, в/с) (г) | | | | | | | 5 | 5 | 10 | с 7 мес. |



| Наименование продуктов и блюд | Возраст (месяцы жизни) | | | | | | | | Примечание |
|---|------------------------|---|-----|-----|-----|---|---|-------|--------------|
| | 0-3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9-12 | |
| Сухари, печенье | | | | | 3-5 | 5 | 5 | 10-15 | с 6 мес. |
| Растительное масло (подсолнечное, кукурузное) | | | 1-3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | с 4,5-5 мес. |
| Сливочное масло | | | | 1-4 | 4 | 4 | 5 | 6 | с 5 мес. |

ТАБЛИЦА 4. Рекомендуемая примерная схема введения прикорма детям, находящимся на искусственном вскармливании

| Наименование продуктов и блюд | Возраст (месяцы) | | | | | | | | | |
|--|------------------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|-----|--------|
| | 0-1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9-12 |
| Адаптированная молочная смесь (мл) | 700-800 | 800-900 | 800-900 | 800-900 | 700 | 400 | 300-400 | 300-350 | 200 | 200 |
| Фруктовый сок (мл)* | По показаниям | | | 5-30 | 40-50 | 50-60 | 60 | 70 | 80 | 90-100 |
| Фруктовое пюре (г)** | По показаниям | | | 5-30 | 40-50 | 50-60 | 60 | 70 | 80 | 90-100 |
| Творог (г)* | | | | | | 40 | 40 | 40 | 40 | 50 |
| Желток (шт.) | | | | | | | 0,25 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Овощное пюре (г)** | | | | | 10-150 | 150 | 150 | 170 | 180 | 200 |
| Каша (г) | | | | | | 50-150 | 150 | 170 | 180 | 200 |
| Мясное пюре (г) | | | | | | | 5-30 | 50 | 50 | 60-70 |
| Кефир и другие кисломолочные продукты или цельное молоко (мл)*** | | | | | | | 200 | 200 | 400 | 400 |
| Хлеб (г) | | | | | | | | 5 | 5 | 10 |
| Сухари, печенье (г) | | | | | | | 3-5 | 5 | 5 | 10-15 |
| Растительное масло (г) | | | | | | 3 | 3 | 3 | 5 | 6 |

* В зависимости от состояния здоровья ребенка и степени адаптации используемого в его питании заменителя женского молока.

** Через две недели после введения сока.

*** При необходимости возможно более раннее введение (с 6-7 месяцев).

В частности, нецелесообразно раннее введение творога (как дополнительного источника белка), поскольку дети, находящиеся на естественном вскармливании, получают необходимое количество белка с женским молоком, а на искусственном вскармливании — с молочными смесями. Творог поэтому следует вводить в рацион не ранее 5-6 месяцев. Что касается яичного желтка, то его раннее введение нередко приводит к возникновению аллергических реакций у детей в связи с высокой сенсибилизирующей активностью данного продукта. Поэтому желток целесообразно вводить в рацион не ранее 6 месяцев жизни.

Рассмотренные данные о сроках введения ряда продуктов прикорма нашли свое отражение в Методических рекомендациях по вскармливанию детей первого года жизни, утвержденных МЗ РФ в 1999 году.

Следует указать, что в настоящее время отечественная промышленность и многочисленные зарубежные

компании выпускают чрезвычайно широкий ассортимент продуктов и блюд прикорма.

Основными преимуществами продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в сравнении с прикормом домашнего приготовления являются:

- гарантированная химическая и микробиологическая безопасность;
- гарантированный химический состав, соответствующий возрастным особенностям метаболизма и пищеварения;
- оптимальная и гарантированная степень измельчения, соответствующая возрастным особенностям жевательного аппарата и пищеварительной системы детей;
- высокое качество и безопасность сырья, используемого для производства продуктов и блюд прикорма;
- чрезвычайно широкий спектр сырьевых компонентов, используемых при производстве прикорма про-



мышленного выпуска, в том числе малодоступных в домашних условиях (как, например, экзотические тропические плоды, спаржа, капуста брокколи, трудно разваривающиеся крупы — кукурузная, ржаная, просо, ячмень и смеси из нескольких круп, мясо кролика, индейки и др.).

Продукты промышленного производства для детского питания изготавливаются с применением особых технологий по специально разработанным рецептурам с учетом особенностей обмена веществ и пищеварения детей раннего возраста. В связи с этим необходимо строгое соблюдение возрастных рекомендаций к их применению и правил приготовления, указанных на этикетках.

Многие виды продуктов и блюд прикорма дополнительно обогащают биологически активными веществами (витаминами, микроэлементами, полиненасыщенными жирными кислотами и др.), что является важным подходом к профилактике дефицита этих эссенциальных факторов в питании малышей, в том числе таких распространенных форм дефицита, как недостаток железа, кальция, витамина С, йода, и др. Их герметично упаковывают в мелкочштучную тару, удобную для употребления, что обеспечивает возможность длительного хранения до вскрытия упаковки даже при комнатной температуре.

Продукты и блюда прикорма промышленного выпуска, как правило, не требуют варки, а нуждаются только в разогревании или разведении водой или молоком, что значительно облегчает труд матерей или работников детских учреждений.

Их использование позволяет строить оптимальный рацион питания ребенка вне зависимости от сезонных колебаний ассортимента плодов и овощей.

Вместе с тем не вызывает сомнений, что продукты и блюда, приготовленные в домашних условиях без использования жесткой технологической обработки, необходимой при изготовлении консервов и концентратов промышленного выпуска, по своим органолептическим свойствам, сохранности ряда минорных нутриентов, адекватности физиологическим возможностям пище-

варительной системы ребенка все же превосходят продукты промышленного выпуска.

В связи с этим по мере физиологического и метаболического созревания детей, формирования у них надежных систем обеспечения защиты от инфекционных агентов и химически вредных факторов продукты и блюда промышленного выпуска должны постепенно замещаться блюдами, изготовленными в домашних условиях или на пищеблоках детских учреждений с соблюдением всех необходимых санитарных требований.

Кисломолочные продукты (КМП) в течение многих лет широко используются в питании различных народов, населяющих Россию. Способность подавлять рост патогенной микрофлоры кишечника послужила основной причиной введения КМП в питание детей раннего возраста. В качестве таких продуктов в течение многих лет в России использовали частично адаптированные продукты: кефир, разведенный крупяными отварами («В-кефир»), и ацидофильную «Малютку».

Кисломолочные продукты бывают жидкими, пастообразными и сухими, требующими восстановления водой.

В настоящее время в детском питании используются следующие группы кисломолочных продуктов:

- жидкие и сухие специализированные адаптированные и частично адаптированные продукты питания для детей первых недель жизни, приближенные по составу к женскому молоку (ацидофильная «Малютка», «Агуша-1», «Молочко КМ», «НАН кисломолочный» и др.);
- различные виды кефира, в том числе и для детского питания (кефир детский, биокефир, кефир «Бифи»);
- различные виды простокваш, в том числе ряженка;
- йогурты;
- кисломолочные продукты с преимущественно лечебно-профилактическим действием.

Данные о заквасках, используемых для изготовления различных видов кисломолочных продуктов, приведены в табл. 5.

ТАБЛИЦА 5. Виды заквасок некоторых кисломолочных продуктов

| Продукт | Закваска |
|------------------------|--|
| Кефир | Кефирные грибки (естественный симбиоз мезофильных стрептококков <i>Str. lactis, cremoris, diaceticus</i> , уксуснокислых бактерий, молочных дрожжей и др.) |
| Биокефир, кефир «Бифи» | Кефирные грибки в сочетании с бифидобактериями |
| «Бифидок» | Кефирные грибки в сочетании с бифидобактериями <i>B.bif</i> штамм № 1 |



| Продукт | Закваска |
|-------------|---|
| Йогурт | Болгарская палочка и термофильный стрептококк |
| Ряженка | Термофильный стрептококк |
| Простокваша | Мезофильные стрептококки |

Пастообразные кисломолочные продукты представлены творогом, в том числе «детским» — для детей раннего возраста. В зависимости от степени адаптации к составу женского молока КМПр делятся на адаптированные («Агуша-1») и многочисленные неадаптированные (кефир, биокефир, кефир «Бифи», ряженка, йогурт,

«Биолакт», «Наринэ» и др.). КМПр характеризуются высокой пищевой ценностью, являясь важными источниками белка с высокой биологической ценностью, витамина В₂, кальция. Однако пищевая ценность адаптированных и неадаптированных КМПр существенно различается (табл. 6).

ТАБЛИЦА 6. Пищевая ценность некоторых кисломолочных продуктов, в 100 мл

| Виды продуктов | Белок, г | Жир, г | Угле- воды, г | В т. ч. лактоза | Энергетическая ценность, ккал | Витамины, мг | | | Кислотность, °Т |
|----------------------------------|----------|---------|---------------|-----------------|-------------------------------|--------------|------|-----|-----------------|
| | | | | | | В1 | В2 | С | |
| Адаптированные смеси | | | | | | | | | |
| «Агуша-1» | 1,6 | 3,7 | 7,2 | 4,5-4,7 | 69 | 0,04 | 0,06 | 4,0 | 50-60 |
| Неадаптированные продукты | | | | | | | | | |
| Кефир | 2,8 | 3,2 | 4,3 | 4,3 | 59 | 0,03 | 0,17 | 0,7 | 90 |
| «Наринэ» | 3,0-3,7 | 3,0-4,5 | 4,7-5,1 | 4,7-5,1 | 67 | - | - | - | 65-90 |
| Йогурты | 2,5-3,5 | 1,5-7,0 | 10-18 | - | 60-100 | 0,07 | 0,14 | - | 80-100 |

Адаптированные кисломолочные продукты характеризуются более низким уровнем белка, минеральных веществ (в том числе кальция, натрия, калия), но более высоким содержанием углеводов, чем неадаптированные, что сближает состав адаптированных КМПр с составом женского молока. Адаптированные КМПр, так же как и их пресные аналоги, приближены к составу женского молока по жирнокислотному, витаминному и

микроэлементному составу. Чрезвычайно важным отличием адаптированных КМПр от неадаптированных является также их невысокая кислотность (50-70°Т против 60-100°Т в случае неадаптированных смесей).

Важно подчеркнуть, что КМПр не только служат источником необходимых ребенку пищевых веществ, причем в легкоусвояемой форме, но проявляют и ряд других важных физиологических эффектов (табл. 7).

ТАБЛИЦА 7. Физиологические эффекты кисломолочных продуктов

| Эффекты | Вероятные механизмы |
|--|---|
| Антиинфекционное действие | Нормализация микробиотенноза кишечника; стимуляция иммунного ответа (активация продукции некоторых видов интерлейкинов, гамма-интерферона, местного иммунного ответа клеток слизистой кишечника, фагоцитоза, пролиферации лимфоцитов); синтез антибактериальных веществ-антибиотиков (низин, булгарикан и др.); бактерицидное действие молочной кислоты |
| Обеспечение усвоения лактозы при лактазной недостаточности | Снижение уровня лактозы за счет ее сбраживания |
| Снижение аллергенности | Частичное расщепление белков, в том числе антигенов; термическая инаktivация части антигенов |
| Антиканцерогенное действие | Снижение активности ферментов, участвующих в образовании желчных кислот — потенциальных проканцерогенов; снижение активности ферментов кишечных микроорганизмов, участвующих в трансформации проканцерогенов в канцерогены |



На первое место здесь следует поставить их пробиотическое действие, т. е. благоприятное влияние на кишечный микробиоценоз: КМПр подавляют (по конкурентному механизму) рост патогенных микроорганизмов в толстом кишечнике. Этот эффект КМПр в сочетании с их способностью стимулировать иммунный ответ младенцев, а также с бактерицидным действием молочной кислоты, поступающей в составе КМПр, лежит в основе хорошо известного и широко используемого в России защитного эффекта кисломолочных смесей в отношении кишечных инфекций. Предполагают, что определенный вклад в антиинфекционное действие КМПр вносит также их способность продуцировать особые антибиотики, в частности низин (ацидофильные смеси), булгарикан (йогурты) и др. Что касается стимулирующего влияния КМПр на иммунный ответ, то его механизм включает, очевидно, активацию продукции некоторых регуляторов иммунного ответа, в частности интерлейкинов и гамма-интерферона, в сочетании с усилением фагоцитоза, пролиферации лимфоцитов и местного иммунного ответа энтероцитов.

Наряду с пробиотическим и антиинфекционным действием КМПр благоприятно воздействуют на моторику кишечника, что можно использовать для нормализации его функции.

Несомненным преимуществом КМПр перед их прессными аналогами является также более высокая усвояемость молочного белка и несколько сниженный уровень лактозы, связанный с ее частичным расщеплением под влиянием соответствующих ферментов молочнокислых микроорганизмов в процессе брожения. Важно подчеркнуть, что существенно лучшая переносимость детьми с лактазной недостаточностью кисломолочных продуктов по сравнению с цельным молоком обусловлена, очевидно, не только сниженным уровнем лактозы в этих продуктах, но и сохранением в ряде этих продуктов, в частности йогурте, лактазной активности, принадлежащей кисломолочным бактериям.

КМПр оказываются также весьма полезны в питании детей с пищевой аллергией, которые нередко достаточно хорошо переносят их, несмотря на выраженные аллергические реакции на цельное коровье молоко. Эти не вполне понятные, но постоянно наблюдающиеся в клинике различия связаны, очевидно, с тем, что в ходе кисломолочного брожения происходит частичный протеолиз молочных белков, сопряженный с частичной деструкцией их антигенных детерминант.

Наконец, зарубежные исследователи уделяют в последние годы значительное внимание способности

КМПр снижать риск возникновения злокачественных новообразований, и в частности рака толстой кишки и рака молочной железы. Этот эффект КМПр связывают с несколькими механизмами, среди которых наиболее вероятными являются:

- стимулирующее влияние на иммунный ответ (в частности, на активность макрофагов и клеток-киллеров);
- снижение под влиянием низкого кишечного pH, обусловленного молочной кислотой КМПр, активности 7-альфа-гидроксилазы — фермента микроорганизмов, участвующих в метаболизме желчных кислот, обладающих проканцерогенным действием;
- снижение под влиянием КМПр активности ферментов микроорганизмов кишечника (глюкуронидазы, нитроредуктазы и азоредуктазы), участвующих в трансформации в кишечнике проканцерогенных соединений в канцерогенные.

Таким образом, КМПр характеризуются высокой пищевой ценностью и значительной физиологической, в том числе пробиотической, активностью. В связи с этим вполне обоснованным является их широкое применение в питании здоровых детей раннего возраста, а также в лечебном питании детей при заболеваниях кишечника, пищевой аллергии, лактазной недостаточности и других заболеваниях. Однако при этом необходим строго дифференцированный подход к назначению КМПр детям раннего возраста: детям первых месяцев жизни показано назначение в качестве заменителей женского молока только адаптированных кисломолочных смесей, таких как «Агуша-1», «НАН кисломолочный», «Молочко КМ». При этом они должны составлять не более 50% от рекомендуемого ребенку общего объема молочной части рациона. Большие количества КМПр могут вызвать у младенцев нарушения кислотно-щелочного баланса и функций желудочно-кишечного тракта, в том числе усиление срыгиваний. Эти нарушения особенно легко могут возникать у детей первых недель жизни, в связи с чем даже высокоадаптированные смеси следует вводить в их рацион с 3–4 недель жизни, а в более раннем возрасте — только по индивидуальным показаниям и в ограниченном количестве. Следует особо подчеркнуть, что введение в рацион детей первого полугодия жизни неадаптированных кисломолочных смесей может вызвать нарушения в азотистом метаболизме, кислотно-щелочном равновесии и является фактором риска возникновения заболеваний почек и желудочно-кишечного тракта. В связи с этим специализированные неадапти-



рованные смеси (основным представителем которых является детский кефир), предназначенные для детского питания, можно вводить в питание детей, находящихся на грудном вскармливании, не ранее 8 месяцев жизни. Более раннее (с 6–7 месяцев) введение детского кефира возможно лишь по индивидуальным показаниям (например, при необходимости коррекции двигательной функции кишечника или кишечного микробиоценоза). Полученные в последнее время данные о способности кефира вызывать кровотечения со слизистой тонкого кишечника у детей 6 месяцев придают этой рекомендации особую убедительность. В последние годы наряду с детским кефиром был разработан и выпускается отечественной промышленностью специализированный йогурт «Агуша» для детского питания, который по показателям безопасности и кислотности соответствует требованиям к неадаптированным кисломолочным продуктам детского питания. Он может вводиться в питание младенцев в качестве альтернативы детскому кефиру в возрасте старше 8 месяцев.

Следует особо подчеркнуть, что рассмотренные негативные эффекты кефира на здоровье детей первого года жизни определяют целесообразность его использования у детей второго полугодия жизни только в качестве продукта прикорма, а не заменителя женского молока. Как было уже отмечено, альтернативой заменителям женского молока у детей второго полугодия жизни могут служить последующие смеси, характеризующиеся более низким содержанием белка, кальция, натрия и других минеральных веществ, но более оптимальным углеводным, жирнокислотным, витаминным составом и уровнем железа, чем кефир.

Следует указать, что в России была впервые в мире разработана и создана кисломолочная последующая формула «Агуша-2», которая, сохраняя все преимущества кисломолочных смесей, является в то же время частично адаптированным продуктом, в большей мере соответствующим физиологическим особенностям младенцев, чем кефир. Эта смесь в течение нескольких лет успешно используется в питании детей.



ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — большая группа острозаразных вирусных заболеваний, характеризующихся общими симптомами инфекционного токсикоза и преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей.

В эту группу относят грипп, парагрипп, риновирусную, аденовирусную, респираторно-синцитиальную (РС), реовирусную инфекции, отдельные варианты энтеровирусных заболеваний, сопровождающихся поражением дыхательных путей, а также заболевания, вызываемые хламидиями и микоплазмами. Перечисленные заболевания не исчерпывают этиологической структуры ОРВИ у детей, поскольку в настоящее время даже с помощью самых современных методов лабораторной диагностики удается расшифровать лишь 70% всех регистрируемых в детском возрасте острых заболеваний респираторного тракта.

ОРВИ — самые распространенные на земном шаре заболевания. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд больных ОРВИ, в нашей стране — более 30 млн, причем около 70% заболеваний приходится на детский возраст.

Дети первых месяцев жизни болеют редко, поскольку находятся в относительной изоляции и многие из них сохраняют пассивный иммунитет, полученный от матери трансплacentарно. Однако и они могут болеть ОРВИ, особенно если врожденный иммунитет оказался напряженным или полностью отсутствует.

Наибольшая заболеваемость приходится на детей второго полугодия и первых трех лет жизни, что связано с их организацией в детский коллектив и резким увеличением числа контактов. Ребенок, посещающий детские ясли или сад, в течение первого года может болеть ОРВИ до 10 раз, на втором году — 5–7 раз, в последующие годы — 3–5 раз в год. Снижение заболеваемости объясняется приобретением специфического иммунитета в результате перенесенных ОРВИ.

Столь частая заболеваемость ОРВИ в детском возрасте выдвигает эту проблему в число наиболее актуальных в педиатрии. Повторные заболевания существенно влияют на развитие ребенка, приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию организма, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбидный фон, задерживают физическое и психомоторное развитие детей. Во многих случаях частые ОРВИ патогенетически связаны с бронхиальной астмой, хроническим пиелонефритом, хроническими заболеваниями носоглотки и другими заболеваниями.

ГРИПП

Грипп — чрезвычайно заразное, острое, инфекционное заболевание, характеризующееся симптомами специфической интоксикации и катаром верхних дыхательных путей с преимущественным поражением трахеи и крупных бронхов.

Различают три антигенно самостоятельных типа вирусов гриппа: А, В, С.

Известны 16 подтипов гемагглютинаина и 12 подтипов нейраминидазы. У человека установлено 4 подтипа гемагглютинаина — Н0, Н1, Н2, Н3 и 2 подтипа нейраминидазы — N1 и N2. Процесс изменчивости гемагглютинаина и нейраминидазы протекает независимо друг от друга; чаще изменяется гемагглютинин. При этом возможна как смена одного антигена (антигенный дрейф), так и двух антигенов (антигенный шифт). В соответствии с этим вирусы гриппа А, выделенные при разных эпидемиях, отличаются по гемагглютинину или нейраминидазе или гемагглютинину и нейраминидазе одновременно. Эти штаммы вируса принято обозначать краткой антигенной



формулой: H1N1, H2N1, H3N2 и т. д. Например, пандемия гриппа в 1918–1920 гг. была предположительно вызвана вирусом А с антигенной формулой H1N1, в 1957 г. — H2N2, в 1968 г. — H3N2, в 1977 г. — H1N1 и т. д. Смена одного антигена происходит практически через каждые 2–3 года, тогда как смена двух антигенов — явление весьма редкое.

В мировой литературе имеются сведения о 126 эпидемиях и пандемиях гриппа. Наиболее обширными и тяжелыми были пандемии в 1889–1890 гг. и в 1918–1920 гг.; во время последней погибло более 20 млн человек. Очень тяжелая пандемия гриппа возникла в 1957 г. (переболело от 1,5 до 2 млрд человек). Эта пандемия была вызвана новым серовариантом вируса гриппа с антигенной формулой H2N2 (вирус азиатского гриппа). В 1968 г. пандемию вызвал новый серовариант — гонконгский вирус гриппа H3N2.

В межэпидемическом периоде заболеваемость поддерживается за счет спорадических случаев и локальных вспышек. Число больных гриппом в этот период не превышает 5–15% от общего числа больных ОРВИ. В конечном итоге большинство населения приобретает иммунитет и становится невосприимчивым к циркулирующему варианту вируса гриппа. Однако в ходе эпидемического процесса из-за изменчивости возникает новый рекомбинантный вариант возбудителя, к которому население Земли оказывается восприимчивым, что приводит к стремительному нарастанию числа заболевших, чему способствуют особая легкость передачи инфекции, короткий инкубационный период и всеобщая восприимчивость людей к гриппу. Заболевание распространяется подобно пожару в степи. Причем вначале поражаются преимущественно взрослые, а затем дети.

По мере исчезновения «горючего материала» и выработки коллективного иммунитета заболеваемость быстро угасает.

Восприимчивость к гриппу всеобщая. Однако дети первых месяцев жизни болеют редко, что связано с наличием иммунитета, полученного от матери. При отсутствии у матери защитных антител даже новорожденные дети восприимчивы к гриппу. После перенесенного гриппа формируется стойкий тип- и штаммоспецифический иммунитет. Повторные заболевания обусловлены заражением новым серовариантом вируса гриппа.

В иммунитете против гриппа в начале заболевания ведущую роль играет интерферон, синтез которого резко возрастает, а также секреторные иммуноглобулины класса А. Начиная с 5–7 дня болезни в крови появля-

ются вируснейтрализующие, комплементсвязывающие и другие антитела к гемагглютинирующему и нейраминидазе, титр этих антител быстро нарастает, достигая максимума через 2–3 недели от начала заболевания; затем напряженность гуморального иммунитета постепенно снижается.

В развитии заболевания ведущее значение имеет **эпителиотропное и общетоксическое действие** вирусов гриппа. Попадая на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, вирус проникает в эпителиальные клетки, где репродуцируется и вызывает их поражение, вплоть до дистрофии и некроза. Образующиеся при этом аутоантигены, наряду с вирусными антигенами, «запускают» протекающие местно аутоиммунные цитотоксические реакции, опосредованные Т-лимфоцитами, направленные на организацию очагов поражения и элиминацию пораженных клеток и вирусных антигенов. Морфологически это проявляется местным воспалением, вплоть до развития геморрагического или геморрагически-гнояного трахеобронхита, а клинически — катаром верхних дыхательных путей, синдромом крупа и др.

Токсическое действие вируса направлено в основном на центральную нервную и сосудистую системы, при этом поражаются преимущественно капилляры и прекапилляры, вплоть до полного пареза, что приводит к замедлению кровотока; в результате повышенной проницаемости сосудов может возникнуть отек и набухание мозга. Из-за нарушения микроциркуляции возникают гемодинамические расстройства в различных органах и системах, что является ведущим звеном в патогенезе тяжелых форм гриппа у детей. Выраженные циркуляторные нарушения в ЦНС приводят к явлениям энцефалопатии; в легких — к сегментарному или распространенному геморрагическому отеку, в брыжейке — к абдоминальному синдрому и др.

Общетоксическое действие вируса гриппа вызывает подавление как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, что наряду с устранением защитной функции поверхностного эпителия и депрессии местных факторов иммунной защиты способствует активизации бактериальной инфекции, сапрофитирующей в дыхательных путях. В конечном итоге у больных гриппом в бронхолегочной системе часто формируется мощный микробный очаг, принимающий непосредственное участие в возникновении тяжелых поражений гортани, трахеи, бронхов и легких, а также многих других осложнений (ангина, отит, пиелонефрит, гайморит и т. д.).



Инкубационный период длится от нескольких часов до двух суток при гриппе А и до трех-четырёх суток при гриппе В. Заболевание начинается остро или даже внезапно, с подъема температуры тела до высоких цифр (39–40°C). К этому времени все симптомы гриппа уже максимально выражены. Дети становятся вялыми, у них пропадает аппетит, ухудшается сон, случается тошнота, рвота (обычно после приема лекарств, пищи, воды). Характерны слабые катаральные явления в виде покашливания, заложенности носа, скудных слизистых выделений из носа. В тяжелых случаях — постоянные носовые кровотечения, судороги, кратковременная потеря сознания, менингеальные симптомы, ригидность затылочных мышц, слабый положительный симптом Кернига.

При объективном осмотре состояние детей зачастую тяжелое. Обращает на себя внимание слабая гиперемия лица, инъекция сосудов склер, умеренный цианоз губ. Небные миндалины, дужки слабо или умеренно гиперемированы, слегка отечны. Обнаруживается инъекция сосудов, иногда точечные кровоизлияния или мелкая пятнисто-папулезная энантема на мягком небе, зернистость на задней стенке глотки.

На высоте интоксикации кожные покровы бледные, повышенная потливость, дермографизм красный, возможны единичные петехиальные высыпания, кратковременные расстройства стула, лабильность пульса, снижение АД. Печень и селезенка не увеличены.

Специфическим проявлением гриппа является так называемый **сегментарный отек легких**. Он возникает в результате циркуляторных расстройств в пределах одного сегмента или доли легкого. Клинически сегментарный отек легкого практически ничем не проявляется. Диагноз ставится при рентгенологическом исследовании по специфичной тени соответствующей доли или сегменту легкого. Характерно быстрое рассасывание очага поражения — в течение 3–5 дней. Однако при наслоении вторичной микробной флоры может возникнуть сегментарная пневмония.

При гипертоксической форме гриппа возможен геморрагический отек легких, обычно заканчивающийся геморрагической пневмонией в результате присоединения вторичной бактериальной флоры. Даже при летальном исходе в ранние сроки от начала болезни (1–2-й день) в этих случаях обнаруживаются изменения вирусно-бактериального характера.

Грипп у новорожденных

Грипп в этом возрасте имеет ряд особенностей. Часто заболевание начинается постепенно, с незначи-

тельного подъема температуры тела и протекает остро. Симптомы гриппозной интоксикации отсутствуют или выражены не столь ярко. Болезнь проявляется бледностью кожных покровов, отказом от груди, уменьшением веса, иногда — слабыми катаральными явлениями в виде кашля, заложенности носа, сопения, часто повторной рвоты. Синдром крупа у детей первого полугодия жизни встречается редко.

Несмотря на слабо выраженную клинику начальных проявлений гриппа, течение болезни у детей первого года жизни значительно более тяжелое в связи с частым присоединением бактериальной инфекции и возникновением гнойных осложнений (отит, пневмония и др.). Летальность в три раза выше, чем у детей старшего возраста.

Грипп у детей в возрасте от года до 3 лет

В этой возрастной группе грипп протекает особенно тяжело — с выраженной интоксикацией, поражением ЦНС, развитием менингоэнцефалитического синдрома. Катаральные явления выражены слабо. Часто бывает сегментарное поражение легких, синдром крупа и астматический синдром. Из осложнений — гнойный отит, синусит, очаговая пневмония.

Врожденный грипп

Поражение плода может произойти не только за счет непосредственного действия вируса гриппа, но также вследствие выраженного токсикоза, гипоксии, влияния токсических метаболитов нарушенного обмена веществ, водно-электролитных сдвигов, нарушения равновесия кислот и оснований.

Прямых доказательств тератогенного действия вируса гриппа нет. Однако установлено, что при инфицировании женщины в первом триместре беременности увеличивается в 2–5 раз частота самопроизвольных аборт, мертворождений и врожденных уродств. Поскольку связать поражение плода с непосредственным действием вируса гриппа не представляется возможным, предполагается, что они возникают за счет токсикоза и влияния других косвенных факторов.

При заболевании беременной женщины гриппом непосредственно перед родами ребенок может появиться с признаками врожденной инфекции. Вероятность врожденного заболевания в этих случаях достигает 50%. Однако этот вопрос остается малоизученным.

Клиника врожденного гриппа мало чем отличается от гриппа у новорожденных с постнатальным инфицированием. Заболевание протекает без признаков гриппозной



интоксикации, часто при нормальной или субфебрильной температуре тела. Отмечаются умеренно выраженные катаральные явления. Часто возникают врожденные пневмонии и геморрагический синдром. Течение болезни, как правило, отягощено наслоением бактериальной инфекции, что ухудшает прогноз. У некоторых новорожденных заболевание сопровождается отеком и параличом дыхательного центра. Непосредственной причиной смерти в большинстве случаев бывает вирусно-бактериальная пневмония. При вскрытии обнаруживается распространенная пневмония, множественные геморрагии, отек легких с характерной пролиферацией эпителия бронхов.

Грипп диагностируется на основании острого начала болезни, специфической интоксикации, слабо выраженных катаральных явлений. Важно учитывать эпидемическую ситуацию. В межэпидемический по гриппу период диагноз гриппа затруднителен.

Для обнаружения вирусного антигена используют ПЦР или метод иммунофлюоресценции. Для выявления специфических антител ставят ИФА. Для диагностики врожденного гриппа имеет значение установление заболевания у матери непосредственно перед родами, а также рождение ребенка с признаками внутриутробной инфекции (лихорадка, катаральные явления, врожденная пневмония и др.). Диагноз можно подтвердить обнаружением вируса гриппа в околоплодных водах, носоглоточных смывах ребенка и матери с помощью иммунофлюоресценции и ПЦР. Серологическая диагностика мало информативна ввиду отсутствия у новорожденных существенного нарастания титра специфических антител.

ПАРАГРИПП

Парагрипп — острое заболевание респираторного тракта, характеризующееся умеренной интоксикацией и преимущественным поражением слизистой оболочки ротоглотки.

В общей структуре вирусных заболеваний респираторного тракта у детей на долю парагриппа приходится от 10 до 30%. Удельный вес парагриппа зависит от времени года, уровня заболеваемости гриппом и другими ОРВИ, возраста детей и полноты диагностики. Наибольшая заболеваемость регистрируется среди детей первых двух лет жизни. Дети старше 7 лет парагриппом болеют относительно редко. Спорадическая заболеваемость регистрируется круглый год с подъемом в зимнее время года.

В детских коллективах часто наблюдаются вспышки, когда поражается до 40–80% детей. Практически все дети переболевают парагриппом несколько раз. Источник инфекции — только больной человек, который опасен в течение всего острого периода болезни: до 7–10 дней. Вирус передается от человека к человеку воздушно-аerosольным путем. Наибольшее значение в патологии человека имеют вирусы парагриппа 1-го, 2-го и 3-го типов.

Заболевание у большинства больных начинается остро: с подъема температуры тела, появления слабо выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений. Обычно температура достигает максимальной выраженности на 2–3-й день болезни, реже — в первый день. Общее состояние ребенка в разгар заболевания страдает умеренно — в виде снижения аппетита и нарушения сна. Редко отмечается однократная рвота. У отдельных больных температура тела может достигать 40 °С, однако резко выраженных симптомов интоксикации при этом не наблюдается.

Катар верхних дыхательных путей — постоянный признак парагриппозной инфекции, он обнаруживается с первого дня болезни. Отмечается упорный, грубый, сухой кашель, насморк, заложенность носа, изменение тембра голоса, охриплость. Выделения из носа вначале слизистые, позже могут быть слизисто-гнойными. При осмотре ротоглотки отмечается отечность, умеренная гиперемия слизистой оболочки, дужек, мягкого неба, задней стенки глотки, иногда обнаруживается гнойный выпот в лакунах и клиника ярко выраженного фаринго-тонзиллита. Нередко первым проявлением парагриппозной инфекции является синдром крупа. Он встречается преимущественно у детей в возрасте от 2 до 5 лет. В этих случаях вполне, казалось бы, здоровый ребенок, как правило, в ночное время неожиданно просыпается от грубого лающего кашля. Быстро присоединяются охриплость голоса, шумное дыхание и развивается стеноз гортани. Однако при парагриппе стеноз редко достигает 2-й и еще реже 3-й степени. Особенностью парагриппозного крупа является быстрое его исчезновение по мере ликвидации острых проявлений болезни. В тех случаях, когда присоединяется вторичная микробная флора, круп принимает более длительное течение.

Особенности у новорожденных

До 6-го месяца жизни парагрипп встречается относительно редко. Заболевание обычно протекает при нормальной или субфебрильной температуре тела,



симптомы интоксикации не выражены. Характерны катаральные явления: заложенность носа, насморк с обильными серозными, серозно-слизистыми выделениями, охриплость голоса, влажный кашель, срыгивания. Синдром крупа не встречается. При отсутствии бактериальных осложнений общая продолжительность болезни около 3–6 дней.

Парагриппозная инфекция может быть заподозрена в случае развития у ребенка острого лихорадочного заболевания с катаральными явлениями, фарингитом, тонзиллитом и синдромом крупа. Для диагноза имеют значение ранний возраст и правильная оценка эпидемиологических данных.

Лабораторная диагностика осуществляется путем выделения вируса при иммунофлюоресцентных исследованиях.

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Аденовирусная инфекция — острое респираторное заболевание, характеризующееся лихорадкой, умеренной интоксикацией, поражением слизистых оболочек дыхательных путей, нередко конъюнктивы глаз, а также лимфоидной ткани.

Заболевание занимает важное место в структуре патологии детей раннего возраста. В межэпидемический по гриппу период на долю аденовирусной инфекции в этом возрасте приходится до 15–30% всех вирусных заболеваний респираторного тракта. К 5-летнему возрасту практически все дети переболевают аденовирусной инфекцией, причем половина детей переносит инфекцию повторно.

Известны более 60 разновидностей (сероваров) аденовирусов, выделенных от человека. Значение разных сероваров в патологии неодинаково. Серовары 4 и 7 чаще выделяются от больных с катаром верхних дыхательных путей, серотип 3 — при фарингоконъюнктивной лихорадке, 1, 3 и 7а — при пневмонии, 5 — при фарингите, 8 — при кератоконъюнктивите и т. д. Вместе с тем один и тот же аденовирус может вызывать разные клинические формы, так же как и разные серовары могут вызывать одно и то же заболевание.

Инфекция передается как воздушно-аэрозольным, так и алиментарным путем — по типу кишечных инфекций. Поэтому, согласно эпидемиологической классификации заразных болезней, аденовирусная инфекция отнесена как в группу воздушно-капельных, так и кишечных инфекций.

Дети первых месяцев жизни мало восприимчивы к аденовирусной инфекции ввиду наличия пассивного трансплацентарного иммунитета. Начиная с 6-го месяца жизни практически каждый ребенок становится восприимчивым к этому заболеванию. В результате повторных заболеваний дети приобретают активный иммунитет, и начиная с 7-летнего возраста заболеваемость аденовирусной инфекцией резко снижается.

Заболевания встречаются повсеместно в виде **спорадических случаев и эпидемических вспышек** с локальным характером в детском организованном коллективе. В редких случаях вспышка выходит за пределы детского коллектива. Максимальное число заболевших в самые крупные вспышки не превышает 500 человек. Число заболевших во время вспышки нарастает постепенно и достигает максимума на 14–16-й день, затем вспышка медленно угасает. Наибольшая заболеваемость аденовирусной инфекцией регистрируется в холодное время года. В летнее время отмечается спорадическая заболеваемость, но не исключается возможность локальных вспышек. У детей заболевания чаще вызываются сероварами 1, 2, 3, 4, 5, 7а, 8, 14 и 21.

Инкубационный период — от 2 до 12 дней. Заболевание начинается остро, но различные симптомы болезни появляются последовательно. Первыми признаками болезни обычно являются повышение температуры тела и катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Температура тела повышается постепенно, достигая максимума (38–39°C, реже 40°C) ко 2–3-му дню. Симптомы интоксикации выражены умеренно. Отмечается незначительная вялость, ухудшается аппетит. У некоторых больных отмечаются тошнота, рвота, боли в животе.

С первого дня болезни появляются обильные серозные выделения из носа, которые вскоре приобретают слизисто-гнойный характер. Слизистая оболочка носа набухшая, гиперемирована. Носовое дыхание затруднено. Весьма характерны изменения ротоглотки. Отмечается умеренная гиперемия и отечность передних дужек и небных миндалин, но особенно характерно поражение слизистой оболочки задней стенки глотки, где отмечается так называемый гранулезный фарингит, при этом задняя стенка глотки отечна и гиперемирована с гиперплазированными яркими фолликулами, боковые валики глотки увеличены. При ярко выраженном экссудативном компоненте воспаления на гиперплазированных фолликулах бывают видны нежные белесоватые наложения и стекает густая слизь.



Частым симптомом аденовирусной инфекции является кашель, который с первых дней болезни приобретает влажный характер. У детей раннего возраста кашель нередко бывает сильным, упорным, в легких могут прослушиваться рассеянные влажные и сухие хрипы, возникающие в связи с экссудативным характером воспаления в нижних дыхательных путях.

Самым характерным симптомом аденовирусной инфекции является поражение слизистой оболочки глаз. Конъюнктивит может быть катаральным, фолликулярным, пленчатым. Поражение конъюнктивы глаз может возникать с первого дня болезни или позже — на 3–5-й день. Обычно вначале поражается один глаз, на второй день в процесс вовлекается конъюнктура второго глаза. Кожа век умеренно отечна, гиперемирована, глаза полуоткрыты. Конъюнктура глаз резко гиперемирована, зернистая, отечная. В отдельных случаях на конъюнктиве видна довольно плотная серовато-белая пленка. Чаше поражается нижнее веко, но иногда пленка располагается и на верхнем веке. В отличие от дифтерии глаза, пленка при аденовирусной инфекции никогда не распространяется за пределы конъюнктивы.

Конъюнктивит — «визитная карточка» аденовирусной инфекции. Появление пленчатого конъюнктивита на фоне выраженных катаральных явлений позволяет клинически диагностировать аденовирусную инфекцию.

Из-за ярко выраженного экссудативного характера воспаления лицо больного пастозное, веки отечны, небольшое гнойное отделяемое из глаз, обильное выделение из носа.

При аденовирусной инфекции часто обнаруживается умеренное увеличение шейных лимфатических узлов.

Несколько реже отмечается увеличение печени и селезенки. На высоте клинических проявлений у детей раннего возраста возможны кишечные расстройства в виде учащенного (до 4–5 раз в сутки) жидкого стула без патологических примесей. Относительно редкими формами болезни могут быть кератоконъюнктивит, мезентеральный лимфаденит (мезаденит), описаны серозные менингиты, коклюшеподобный синдром, геморрагический цистит, другие формы.

Особенности у новорожденных

Новорожденные редко болеют аденовирусной инфекцией в связи с наличием пассивного иммунитета, полученного от матери трансплацентарно. Но при отсутствии иммунитета у матери новорожденные восприимчивы к болезни с первых дней жизни. Аденови-

русная инфекция в этом возрасте имеет особенности. Температура тела обычно субфебрильная, симптомы интоксикации отсутствуют, катаральные симптомы проявляются заложенностью носа, слабым кашлем. Затрудненное носовое дыхание приводит к резкому беспокойству ребенка, расстройству сна, отказу от груди. У новорожденных инфекция часто сопровождается расстройством стула, но увеличение лимфатических узлов и конъюнктивит бывают редко. Часто возникает бронхит с обструктивным синдромом и интерстициальная пневмония. У недоношенных детей болезнь может протекать при нормальной или даже сниженной температуре тела. Несмотря на стертость клинической симптоматики в начале болезни, течение аденовирусной инфекции у детей первого года жизни тяжелое и практически все летальные исходы данного заболевания отмечаются в этом возрасте и, как правило, по причине присоединения вторичной бактериальной инфекции.

Врожденная аденовирусная инфекция

Внутриутробное поражение плода чаще вызывают вирусы типов 3 и 7. Врожденная аденовирусная инфекция может протекать по типу пневмонии и катара верхних дыхательных путей. Клинические проявления отмечаются с первого дня жизни. Температура тела обычно нормальная или субфебрильная. Характерны кашель и заложенность носа. Если заболевание протекает по типу пневмонии, с первого дня обнаруживаются одышка, цианоз, бледность кожных покровов. В легких прослушиваются мелкопузырчатые или крепитирующие хрипы в проекции очага (или очагов) поражения. Характерен коробочный оттенок перкуторного звука, возможно укорочение последнего. Врожденный катар верхних дыхательных путей аденовирусной этиологии характеризуется упорным торпидным течением. Заболевание начинается с катаральных явлений тотчас после рождения при нормальной или субфебрильной температуре тела. Катаральные явления длительно сохраняются, отмечается эмфизема легких и вздутие кишечника. Присоединение бактериальной инфекции сопровождается появлением осложнений: очаговой пневмонии, отита и др. Внутриутробная аденовирусная инфекция может протекать и как генерализованный процесс с воспалительными изменениями сразу в нескольких органах: легких, трахее, головном мозге и др.

Аденовирусную инфекцию диагностируют на основании лихорадки и симптомов катара дыхательных путей, гиперплазии лимфоидной ткани ротоглотки, увеличения шейных лимфатических узлов, характерно-



го поражения слизистых оболочек глаз. Для диагноза имеет значение последовательное развитие клинических симптомов, в результате чего лихорадочный период может удлиниться до 7–14 дней.

В качестве экспресс-диагностики используют метод иммунофлюоресценции, позволяющий обнаружить специфический аденовирусный антиген в эпителиальных клетках дыхательных путей больного ребенка. Для серологической диагностики ставят реакцию связывания комплемента и реакцию гемагглютинации.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ (РС-ИНФЕКЦИЯ)

РС-инфекция — острое вирусное заболевание, протекающее с преимущественным поражением нижних дыхательных путей с весьма частым развитием бронхитов, бронхолитов и интерстициальной пневмонии у детей в возрасте до одного года.

РС-вирусы считают основной причиной бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста. В межэпидемический по гриппу период в детском возрасте на долю РС-инфекции приходится до 15–20% всех острых респираторных заболеваний. Среди детей, госпитализированных в стационары с клиникой бронхолита, на долю РС-инфекции приходится до 75%, с клиникой пневмонии — до 15–25%, с клиникой крупа — до 68% (Р.Е. Берман, В.К. Воган, 1987).

Возбудитель болезни — респираторно-синцициальный вирус (РСВ) свое название получил из-за специфического цитопатогенного действия в культуре клеток, ведущего к образованию симпластов и синцитиев.

Известны несколько сероваров вируса, имеющих общий комплементсвязывающий антиген.

Заболевание имеет повсеместное распространение, регистрируется круглый год, однако вспышки возникают чаще зимой и весной. Источником инфекции являются больные и редко — вирусоносители. Инфекция передается исключительно воздушно-капельным путем при прямом контакте. Передача инфекции через третьих лиц и предметы обихода маловероятна. Восприимчивость различных возрастных групп к РС-инфекции неодинакова. Высоковосприимчивы дети первых месяцев жизни, в том числе

и новорожденные, поскольку материнские антитела, проникающие в организм ребенка через плаценту, не оказывают достаточно выраженного защитного действия. Наибольшая восприимчивость к РС-инфекции отмечается в возрасте от 3 месяцев до 2 лет. В этом возрасте все дети успевают переболеть РС-инфекцией (особенно организованные в детские коллективы). У переболевших появляются специфические антитела в сыворотке и отделяемом слизистой оболочки носа, представленные иммуноглобулинами А. Секреторные антитела являются важным фактором иммунитета при РС-инфекции. Но поскольку приобретенный иммунитет нестойкий, при повторных встречах с РС-вирусом дети могут повторно заболеть РС-инфекцией, однако клинически такие заболевания протекают стерто, поддерживая тем самым напряженность специфического иммунитета. Следовательно, при полном исчезновении специфических антител против РС-вируса возникает манифестная форма болезни, в то время как на фоне остаточного иммунитета стертая или инаппарантная инфекция.

После заражения размножение вируса происходит в эпителиальных клетках слизистой оболочки дыхательных путей, и патологический процесс у детей раннего возраста быстро распространяется на мелкие бронхи и бронхиолы. Вызывая в эпителиальных клетках дыхательных путей гиперплазию с образованием симпластов, псевдогигантских клеток и явления гиперсекреции, что приводит к сужению просвета мелких бронхов и бронхиол и полной закупорке их просвета густой тягучей слизью, слущенным эпителием, лейкоцитами и лимфоцитами. Нарушается дренажная функция бронхов, развиваются стазы, мелкие ателектазы, утолщаются межальвеолярные перегородки, что приводит к возникновению бронхообструктивного синдрома, протекающего с нарушением обмена кислорода и развитием кислородного голодания. Легкие эмфизематозно расширены, возникает одышка и тахикардия. Патогенез дальнейшего течения РС-инфекции определяется выраженностью дыхательной недостаточности и наложением бактериальной инфекции.

Клинические проявления зависят от возраста детей. У детей старшего возраста заболевание обычно протекает легко, по типу острого бронхита. Общее состояние ухудшается незначительно.

У детей первого года жизни заболевание протекает по типу бронхолита (бронхо-обструктивный синдром). С первого дня отмечается повышение температуры тела, заложенность носа, чихание и сухой кашель. Объ-



активно в начальном периоде можно отметить лишь некоторое ухудшение общего состояния, шумное затрудненное дыхание, бледность кожных покровов, скудные выделения из носа, незначительную гиперемию слизистых оболочек передних дужек, задней стенки глотки, явления склерита. В дальнейшем нарастают симптомы, свидетельствующие о все большем вовлечении в процесс нижних дыхательных путей: дыхание становится еще более шумным, усиливается гипоксия, грудная клетка выглядит раздутой, межреберные промежутки расширены, усиливается одышка, нарастает цианоз, возможны короткие периоды апноэ. Кашель становится приступообразным, продолжительным, в конце приступа кашля выделяется густая, вязкая, трудно отделяющаяся мокрота. Иногда приступы кашля сопровождаются рвотой, аппетит снижен, сон нарушен. Заболевание в этом периоде у отдельных больных может напоминать коклюш.

В тяжелых случаях бурно нарастают явления дыхательной недостаточности, появляется диффузный цианоз, тахипноэ, одышка имеет экспираторный характер с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно определяется коробочный звук, при аускультации прослушивается большое количество крепитирующих и мелкопузырчатых, влажных хрипов. Температура тела в этом периоде чаще повышается, но может быть и нормальной, симптомы интоксикации не выражены. Тяжесть состояния ребенка обусловлена дыхательной недостаточностью. Часто увеличены размеры печени, иногда пальпируется край селезенки. На рентгенограмме определяется эмфизема легких, вздутие грудной клетки, уплощение купола диафрагмы и горизонтальное положение ребер. Формируется картина интерстициальной пневмонии с характерным усилением легочного рисунка, ячеистыми структурами, тяжистостью корней и перибронхиальными уплотнениями. Возможно увеличение лимфатических узлов, поражение отдельных сегментов и развитие ателектазов.

В периферической крови количество лейкоцитов нормальное или слегка повышенное, нейтрофильный сдвиг влево, возможно увеличение количества моноцитов и атипичных лимфоцитов (до 5%), СОЭ несколько увеличена.

Особенности у новорожденных и недоношенных детей

Заболевание начинается постепенно при нормальной температуре тела, отмечается заложенность носа, упорный приступообразный кашель, приступы цианоза,

апноэ, быстро нарастают признаки кислородного голодания, часто бывают срыгивания и рвота. Из-за невозможности носового дыхания страдает общее состояние: беспокойство, расстройство сна, отказ от груди, часто развивается интерстициальная пневмония. Число дыханий достигает 80–100 в минуту, тахикардия. В легких обнаруживаются в большом количестве мелкопузырчатые, влажные и крепитирующие хрипы. На рентгенограмме воспалительная диффузная инфильтрация и ателектазы. В клиническом анализе крови, как правило, регистрируется нормоцитоз, СОЭ не увеличена. Течение заболевания длительное. Возникновение осложнений обусловлено наслоением бактериальной инфекции, что ухудшает прогноз.

РС-инфекцию диагностируют на основании характерной клинической картины бронхоиолита с obstructивным синдромом, выраженной кислородной недостаточностью при субфебрильной или нормальной температуре тела, при наличии соответствующей эпидемической ситуации: возникновение массового однотипного заболевания преимущественно среди детей раннего возраста.

Для лабораторного подтверждения диагноза используют выделения вируса из смывов носоглотки на культуре ткани и нарастание в парных сыворотках комплементсвязывающих и вирус-нейтрализующих антител. Для экспресс-диагностики используют метод иммунофлюоресценции.

РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Риновирусная инфекция (заразный насморк, *common cold*) — острое вирусное заболевание дыхательных путей, протекающее с преимущественным поражением слизистой оболочки полости носа.

Известно более 100 серотипов риновирусов, между отдельными серотипами выявлены перекрестные серологические реакции.

Заболевание распространено повсеместно, но наиболее часто встречается в странах с умеренным и холодным климатом. Регистрируется в виде эпидемических вспышек, особенно в крупных городах, обычно в холодное и сырое время года (осень, зима). Спорадическая заболеваемость регистрируется круглый год.

Восприимчивость в различных возрастных группах высокая. Наибольшая заболеваемость регистрируется среди детей, организованных в детские коллективы (детские сады, школы). При заносе вируса, ранее не циркули-



рующего в данной местности, заболевают практически все контактирующие с источником инфекции, в том числе и дети первых месяцев жизни. После перенесенного заболевания формируется типоспецифический непродолжительный иммунитет. Предполагается, что резистентность к инфекции определяется как сывороточными IgG, так и секреторными IgA, а также продукцией интерферона.

После заражения размножение вируса происходит в эпителиальных клетках полости носа, что сопровождается отеком слизистой оболочки, выраженной гиперсекрецией.

Заболевание начинается остро, с общего недомогания, субфебрильного подъема температуры тела, заложенности носа, чихания. Уже к концу первых суток нос полностью заложен, дыхание через нос невозможно. Появляются обильные водянисто-серозные выделения. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна. Лицо ребенка несколько пастозно, слезотечение обильно, склеры инъецированы. Возможна слабая гиперемия и набухание слизистой оболочки небных миндалин, передних дужек, задней стенки глотки. У части больных может усилиться кашель, появляется осиплость голоса, а также явления трахеита и трахеобронхита. На 2–3-й день болезни выделения из носа становятся более густыми, слизисто-гнойными, что свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции. Продолжительность болезни — 5–7 дней.

Особенности у новорожденных

У новорожденных заболевание возникает в случае, если у матери отсутствует иммунитет против циркулирующих в данной местности риновирусов. Обычно заболевание проявляется по типу катара верхних дыхательных путей. Появляется повышение температуры тела, заложенность носа, слизистые выделения из носа, беспокойство, расстройство сна, ухудшение аппетита (из-за затрудненного носового дыхания). Чаще, чем у детей старшего возраста, возникают явления трахеобронхита. Характерен кашель, нередко в легких прослушиваются сухие хрипы. Часто заболевание протекает как смешанная вирусно-бактериальная инфекция.

Диагноз риновирусной инфекции ставится на основании обильных слизистых выделений из полости носа, легкого недомогания и покашливания при нормальной или субфебрильной температуре тела. Большое значение имеют эпидемиологические данные — аналогичные заболевания у родственников в семье ребенка.

Для лабораторного подтверждения используют выделение вируса на культуре тканей, почек эмбриона

или обезьяны. Для быстрой диагностики используется метод иммунофлюоресценции, с помощью которого обнаруживают антиген в эпителиальных клетках, взятых с нижних носовых раковин.

РЕОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Реовирусная инфекция — острое заболевание, характеризующееся катаром верхних дыхательных путей и нередким поражением тонкого кишечника. В связи с этим вирусы и получили свое название — Respiratory enteric orphan viruses (респираторно-кишечные вирусы человека — РЕО-вирусы).

Заболевание широко распространено во всех регионах земного шара. Источником инфекции является больной человек и вирусоносители, но не исключается возможность инфицирования от животных, среди которых они широко распространены.

Инфекция передается воздушно-капельным и фекально-оральным путем. Заболевание встречается в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек, преимущественно в детских коллективах. Чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3–5 лет. Практически все дети переболевают реовирусной инфекцией, на что указывает обнаружение специфических антител у большинства детей.

После заражения вирус размножается в эпителии и лимфоидных образованиях носоглотки и кишечника. При оральном пути заражения вирус из лимфатических фолликулов тонкого кишечника попадает в брыжеечные лимфатические узлы, а затем по лимфатическим путям попадает в кровь. При воздушно-капельном пути заражения местом накопления вируса является эпителий дыхательных путей и, возможно, скопления лимфоидных образований ротоглотки. Проникновение вируса в кровь также, по-видимому, происходит лимфогенным путем. Вирусемия является важным компонентом реовирусных заболеваний. С током крови вирус может попадать в ЦНС, легкие, печень, другие органы с развитием серозного менингита, гепатита, интерстициальной пневмонии и др.

Инкубационный период — от 1 до 7 дней. Заболевание начинается у большинства детей остро, с подъема температуры тела. Отмечается головная боль, понижение аппетита, кашель, насморк, может быть тошнота, рвота. При осмотре обращают внимание гиперемия лица, инъекция сосудов склер, конъюнктивит, гиперемия слизистой оболочки миндалин, дужек, задней



стенки глотки, слизистые выделения из носа. Могут быть увеличены шейные лимфоузлы, печень и селезенка. У некоторых больных на высоте катаральных явлений появляется кишечный синдром. Дети жалуются на боли в животе; при пальпации отмечается урчание по ходу тонкого кишечника. Стул жидкий.

Заболевание в большинстве случаев протекает легко. Лихорадка длится 1–7 дней. Но возможны тяжелые формы с поражением внутренних органов. У детей раннего возраста может развиваться интерстициальная пневмония, герпангина, серозный менингит, миокардит. Описаны летальные случаи среди новорожденных и детей раннего возраста.

ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА И ОРЗ

Цель этиологической терапии гриппа и ОРВИ — подавить репликацию вирусов. Существует несколько групп противовирусных препаратов. В качестве этиотропной терапии, особенно для лечения гриппа типа А2, используют ремантадин — производное адамантана — способный ингибировать репродукцию вируса гриппа до начала транскрипции ДНК. Ремантадин назначают по 50 мг 2 раза в день детям 7–10 лет и 3 раза в день детям старше 10 лет. Арбидол — противовирусный препарат, по механизму действия сходный с предыдущим, помимо этого, является индуктором интерферона. Назначается детям 6–12 лет по 0,1, старше 12 лет — по 0,2 4 раза в сутки. Курс лечения — 3–5 дней. Ингибитор нейраминидазы — озельтамивир (Тамифлю) разрешен в России с возраста 12 лет. Применение в педиатрической практике противовирусных средств системного действия ограничено из-за возможного влияния на организм ребенка. В последние годы стали говорить о новых возможностях топической противовирусной терапии ОРВИ.

В последние годы все большее внимание специалистов привлекает возможность применения гомеопатических препаратов для неспецифической терапии и профилактики гриппа и ОРВИ. Одним из таких средств является препарат «Оциллококцидум». При первых признаках заболевания назначается 1 доза Оциллококцидума однократно, и при необходимости прием повторяют 2–3 раза с интервалом в 6 часов. В период разгара используется 1 доза 2 раза в сутки в течение трех дней. С профилактической целью в период подъема заболеваемости достаточно 1 дозы 1 раз в неделю.

Из гомеопатических препаратов, используемых для симптоматической терапии ОРВИ, гриппа, представля-

ют интерес комплексные препараты: Коризалия — препарат для терапии ринитов, Стодаль — сироп для лечения различных видов кашля и Гомеовокс — препарат для лечения нарушений голоса на фоне ларингитов.

Немецкими учеными было обнаружено противовирусное действие у широко распространенного деконгестанта — називина, применяемого ранее как местное симптоматическое средство. Продемонстрировано, что називин действует на вирусы гриппа, вызывающие самые тяжелые ОРВИ, и на риновирусы, которые наиболее часто вызывают ОРВИ. Показано, что називин тормозит проникновение риновирусов в клетки, ингибируя экспрессию молекулы, через которую риновирусы проникают в клетку (молекула ICAM-1). В двойных слепых плацебо контролируемых исследованиях было доказано, что применение називина в первые дни заболевания позволяет сократить длительность острого ринита на 33%. Этот эффект может быть объяснен противовирусным действием препарата. Називин назначают с 1-го дня жизни по 1 капле 0,01% раствора 2–3 раза в день, с 5-й недели жизни и до года — по 1–2 капле 0,01% раствора 2–3 раза в день, от года до 6 лет — по 1–2 капле 0,025% раствора 2–3 раза в день, детям старше 6 лет и взрослым — по 1–2 капле 0,05% раствора 2–3 раза в день.

Качественно улучшает результаты лечения ирригационно-элиминационная терапия с помощью изотонических растворов морской, а в последнее время — океанической воды. Применение таких средств значительно снижает концентрацию инфекта на слизистой, сокращает период репликации вируса, а следовательно — длительность болезни, быстро восстанавливает реологию назальной слизи и функцию мерцательного эпителия.

Особо следует отметить препарат «Маример» на основе океанической воды — лекарственное средство нового поколения, вобравшее в себя ряд уникальных технологий. Так, благодаря применению микродиффузии капли аэрозоля «Маример» в 20 раз меньше, чем у других средств. Поэтому при его применении достигается максимально полная ирригация поверхности слизистой носа и носоглотки без какого-либо ее раздражения. Микрокапли глубже проникают в слизь и обеспечивают наилучший контакт со слизистой богатейшего комплекса природных минералов и микроэлементов, обладающих иммуномодулирующим, противовоспалительным, противовирусным и антибактериальным действием. Антирефлюксный клапан предотвращает т.н. «обратную контаминацию» аэрозоля, сохраняя его стерильным при использовании до 3 лет — без консер-



вантов, а стерилизуемая насадка позволяет использовать одно и то же средство у всех членов семьи.

«Маример» выпускается в виде аэрозоля 100 мл и капель — в герметичных флаконах-капельницах по 5 мл. Мягкий прозрачный пластик флаконов-капельниц позволяет тактильно и визуальнo контролировать количество и силу промывания.

Капли «Маример» разрешены к применению с рождения, а аэрозоль — у детей старше года.

Из симптоматической терапии применяют: при высокой температуре и головной боли — сироп «Бруфен», детский «Мотрин», детский «Тайленол», при сильном возбуждении и бессоннице — димедрол, фенobarбитал, бромид натрия, седуксен, при сильном кашле — «Либексин», «Тусупрекс». Все медикаменты назначают в возрастной дозировке.

Необходимо следить за деятельностью желудочно-кишечного тракта. Диета: молочно-растительная, обогащенная витаминами, фруктовые соки, морс, кисель, обильное питье в виде горячего чая и молока, а также щелочных минеральных вод.

Из отвлекающих средств показаны горчичные обертывания, ножные ванны.

Обязательной госпитализации подлежат только дети с тяжелой и гипертоксическими формами болезни. Больных ОРВИ необходимо госпитализировать в боксированные и полубоксированные отделения. Помещение, где находятся больные, необходимо проветривать.

При тяжелом и особенно гипертоксическом гриппе необходимо как можно раньше ввести внутримышечно одну дозу специфического противогриппозного иммуноглобулина. При отсутствии эффекта через 12 часов можно повторить введение иммуноглобулина в той же дозе. Обычно после введения иммуноглобулина наступает довольно быстрое улучшение: снижается температура тела, уменьшается интоксикация.

При гипертермии вводят внутримышечно 50% раствор анальгина в сочетании с 1% раствором димедрола и 0,5% раствором новокаина по 0,1 мл на год жизни ребенка. Для снятия судорог назначают 20% раствор оксидбутирата натрия в дозе 50–70 мг/кг или седуксен в дозе 0,5 мг/кг в сутки внутривенно в 10% растворе глюкозы или изотоническом растворе натрия хлорида медленно в течение 5–10 минут. При признаках сердечно-сосудистой недостаточности внутривенно вводят 20% раствор глюкозы с коргликоном или строфантином, по показаниям — 0,2% раствор норадреналина и 1% раствор мезатона в возрастной дозировке. При гипертоксической форме гриппа показано назначение

кортикостероидных гормонов. Обычно назначают гидрокортизон внутривенно или внутримышечно в дозе 5 мг/кг массы в сутки. После улучшения состояния гормональные препараты сразу отменяют. Для дегидратации при отеке мозга кроме гидрокортизона внутривенно вводят маннитол в дозе 1,5 г/кг, внутримышечно лазикс — 20–40 мг.

В целях дезинтоксикации используется внутривенное введение поляризующей смеси, состоящей из 10% раствора глюкозы, инсулина (1 ед. на 5 г сахара), 7,5% раствора хлорида калия не более 4–6 мл в 100 мл жидкости, кокарбоксилазы, реополиглюкина по 10 мг на 1 кг массы, альбумина. Инфузионная терапия проводится под обязательным контролем диуреза, кислотно-основного состояния, уровня электролитов, ЭКГ. При развитии олигурии или анурии введение жидкости не показано до восстановления диуреза. Улучшению почечного кровотока способствуют растворы эуфиллина, препараты кальция, глюкозо-инсулиновая смесь и др. При отеке легкого или угрозе его развития экстренно внутривенно вводят раствор строфантина, эуфиллина, диуретиков быстрого действия, дают больному вдыхать пары 40% спирта, отсасывают слизь из дыхательных путей, вводят гормоны, глюконат кальция, аскорбиновую кислоту и др.

Назначение антибиотиков при гриппе и ОРВИ оправдано только при наличии осложнений (круп, пневмония, отит, синусит и др.), а также в тяжелых случаях у детей раннего возраста, когда трудно исключить бактериальное осложнение. Обычно используют амоксицилин, аугментин, рулид, эритромицин перорально или внутримышечно. При тяжелых бактериальных осложнениях назначают цефалоспорины 3-го или 4-го поколения.

При наличии отита, пневмонии показаны физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофорез кальция и др.). В периоде выздоровления можно применять массаж, гигиенические ванны.

Лечение больных с крупом желательнo проводить в специализированном боксированном отделении, в котором имеется ингаляторий, оборудованный паракислородными палатками (см. «Синдром крупа при острых респираторных вирусных инфекциях»).

Профилактика

Большое значение имеет ранняя диагностика и изоляция больного сроком до 7 дней. В домашних условиях изоляция осуществляется в отдельной комнате. Помещение регулярно проветривается, предметы обихода, а так-



же полы протираются дезинфицирующими средствами. Общение с больным по возможности ограничивается. Обслуживание ребенка проводится только в марлевой маске в 4–6 слоев. Во время эпидемического подъема заболеваемости гриппом новые дети в детский дошкольный коллектив не принимаются. Исключается перевод детей из группы в группу. В дошкольных коллективах особенно большое значение имеют ежедневные утренние осмотры детей. При малейших признаках заболевания (насморк, кашель, недомогание) в организованный коллектив дети не принимаются. Для обеззараживания воздуха проводят облучение помещений бактерицидными ультрафиолетовыми лампами.

Для профилактики можно использовать альфа-интерферон. Препарат закапывают по 2–5 капель или распыляют в каждый носовой ход не менее 4 раз в сутки в течение всего периода вспышки гриппа (2–3 недели).

Профилактический эффект интерферона основан на блокировании рецепторов эпителиальных клеток, чем предупреждается их инфицирование респираторными вирусами. Кроме того, интерферон усиливает неспецифические факторы защиты, регулирует интенсивность гуморального и клеточного иммунитета, стимулирует фагоцитоз и др. У ослабленных детей и больных различными соматическими заболеваниями для профилактики можно использовать противогриппозный иммуноглобулин в дозе 0,1–0,2 мл/кг внутримышечно.

Специфическая профилактика разработана только при гриппе у детей первых лет жизни, используются субъединичные вакцины гриппол, инфлювак и др.

Противопоказанием является непереносимость белка куриного яйца. Вакцинация должна проводиться прежде всего среди детей, относящихся к группе риска ввиду высокой вероятности заболеть гриппом: дети, часто болеющие ОРВИ; дети с хроническими заболеваниями легких, в том числе больные хроническими бронхитами, астмой; дети с болезнями сердца и со значительными гемодинамическими изменениями; дети, получающие иммунодепрессивную терапию; дети с анемией, гемоглобинопатиями.

Кроме того, иммунизация против гриппа может быть полезна для больных хроническими почечными и метаболическими заболеваниями.

В тех случаях, когда вакцинация детей из группы риска невозможна, рекомендуется иммунизация лиц, ухаживающих за ними, включая членов семьи, работников здравоохранения и других находящихся в тесном контакте.

Вакцинация детей, не относящихся к группам риска (здоровые дети), должна проводиться по усмотрению врача и родителей. Вопрос о вакцинации беременной женщины с целью предупреждения инфекции у плода должен решаться строго индивидуально.

СИНДРОМ КРУПА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Круп — своеобразный симптомокомплекс, возникающий у больных с воспалительными изменениями в гортани, клинически проявляющийся триадой симптомов: грубым, так называемым лающим кашлем, шумным стенотическим дыханием, сиплым голосом.

В отечественной литературе это заболевание часто описывается как «стенозирующий ларингит и ларинготрахеобронхит» или «ларингит со стенозом гортани». Однако в практической работе наибольшее распространение получил термин «круп», клиническое определение которого достаточно полно отражает сущность процессов, происходящих при этом заболевании, что дает основание рекомендовать этот термин в качестве единой терминологии. Тем более что термины «ларингит», «ларинготрахеобронхит» и др. больше отражают топический диагноз и не всегда предполагают возникновение своеобразного симптомокомплекса, присущего этому заболеванию.

Синдром крупа при ОРВИ наблюдается главным образом у детей раннего возраста, чаще — у детей второго года жизни. Среди 840 больных крупом, находившихся в нашей клинике на лечении, дети первых 6 месяцев жизни составили всего 0,2%, второго полугодия — 15,5%, второго года — 34%, третьего — 21,2%, четвертого — 18%, старше 5 лет — 11,3%. Мальчики составили 70%.

Синдром крупа может возникнуть при всех ОРВИ: гриппе, парагриппе, аденовирусной инфекции, РС-инфекции, риновирусной инфекции и др. Однако наиболее часто круп возникает при парагриппе и гриппе.

По данным нашей клиники, доля вирусов гриппа составляет 23%, парагриппа — 51%, аденовирусов — 21%, РС-вирусов — 4%.

Синдром крупа при ОРВИ возникает вследствие воспалительных изменений в дыхательных путях, преимущественно в подсвязочном пространстве и в об-



ласти голосовых связок. Клинически это проявляется грубым лающим кашлем и осиплостью голоса. В зависимости от выраженности и распространенности воспалительных изменений различают катаральный, фибринозно-гнойный и некротически-язвенный ларингит, ларинготрахеит или ларинготрахеобронхит. Воспалительные изменения и связанный с ними отек слизистой оболочки приводят к сужению просвета гортани, в котором ток воздуха существенно ускоряется, что приводит к быстрому высыханию слизистой оболочки и образованию корок и, следовательно, еще большему уменьшению просвета гортани. Уменьшенный приток воздуха к легким вызывает компенсаторное усиление внешнего дыхания: в процесс дыхания включаются вспомогательные мышцы грудной клетки, и таким образом происходит втягивание воздуха через суженный просвет гортани, вдох при этом удлиняется и выпадает пауза между вдохом и выдохом, дыхание приобретает «пилящий», «шумный» характер, что клинически проявляется так называемым стенотическим дыханием — ведущим симптомом крупа. Эти механизмы частично компенсируют недостаток кислорода, поддерживая газообмен в легких на должном уровне. Однако при усилении степени стеноза гортани минутный объем воздуха в легких уменьшается, вследствие чего часть крови в легочном мешке не оксигенируется и сбрасывается слева направо, то есть в артериальную систему большого круга кровообращения, что приводит к возникновению артериальной гипоксии, а затем и гипоксемии. Следовательно, появление гипоксемии следует расценивать как важнейший показатель начинающейся декомпенсации функции легких. Чем больше степень сужения дыхательных путей, тем больше венозной крови шунтируется и тем больше гипоксемия.

Состояние гипоксемии приводит к возникновению тканевой гипоксии, выраженным нарушениям клеточного метаболизма с глубокими изменениями в сердечно-сосудистой, нейроэндокринной, центральной нервной и других системах организма. Клинически они могут проявиться метаболическим миокардитом, ДВС-синдромом, гипоксической энцефалопатией, отеком — набуханием головного мозга.

Помимо механического фактора в патогенезе синдрома крупа, при ОРВИ важное значение имеет рефлекторный спазм мышц гортани, что зачастую находит клиническое подтверждение в усилении стенотического дыхания вплоть до асфиксии, при медицинских манипуляциях, беспокойстве ребенка, испуге и т. д.

Придавая важное значение в патогенезе крупа рефлекторному спазму, приходится все же признать, что ведущей причиной стенотического дыхания и асфиксии при этом заболевании является воспалительный процесс в гортани, сужающий ее просвет. Не последнюю роль играет скопление в области голосовой щели мокроты, густой липкой слизи, корок, фибриновых или некротических наложений, а также бактериальная флора. К факторам, предрасполагающим к развитию синдрома крупа, следует относить паратрофию, лекарственную аллергию, детскую экзему, родовую травму, роды путем кесарева сечения, тимико-лимфатическую аномалию конституции, сенсбилизацию предшествующими заболеваниями, особенно частые ОРВИ, а также поствакцинальный период.

Заболевание начинается остро или даже внезапно, обычно ночью. Ребенок просыпается от грубого лающего кашля, шумного дыхания, становится беспокойным, испуганным. Иногда круп возникает на 2–3-й день от начала острого респираторного заболевания или даже в более поздние сроки. В этих случаях начало ОРВИ может быть постепенным, но синдром крупа возникает внезапно и тоже часто в ночное время. Независимо от сроков появления крупа его возникновение при ОРВИ обычно бывает неожиданным для родителей, которые пугаются внезапно развившейся дыхательной недостаточности, шумного дыхания с втяжением уступчивых мест грудной клетки, цианоза губ, изменившегося тембра голоса и часто, не дожидаясь приезда «скорой помощи», доставляют ребенка в больницу. При осмотре ребенка в первые часы болезни кроме синдрома крупа обычно обнаруживается повышенная температура тела (до 38–39°C), отмечаются слизистые выделения из носа, возможны явления катарального конъюнктивита, склерита. В ротоглотке — гиперемия слизистых оболочек миндалин, небных дужек, задней стенки глотки.

В практической работе важно отличать степень стеноза гортани от стадии крупа. Степень стеноза отражает выраженность дыхательной недостаточности, тогда как стадии крупа характеризуют динамику развития заболевания. Стадийное развитие крупа хорошо прослеживается при дифтерийном крупе (катаральная, стенотическая, асфиксическая), но оно не свойственно крупу при ОРВИ. Заболевание в этих случаях сразу начинается со стеноза гортани и сопровождается дыхательной недостаточностью в зависимости от выраженности которой принято выделять четыре степени стеноза.

Стеноз гортани I степени (состояние компенсации). Клинически заболевание проявляется всеми симпто-



мами, свойственными крупу, т.е. у больного отмечаются грубый, лающий кашель, затрудненное дыхание, усиливающееся при физическом напряжении, и осиплость голоса. Но при первой степени стеноза гортани признаков дыхательной недостаточности нет даже при беспокойстве ребенка (губы розовые, нет периорбитального цианоза), парциальное давление кислорода и углекислоты в крови остается в пределах нормы, но возможны явления метаболического ацидоза.

Стеноз гортани II степени (состояние субкомпенсации). Клиническими критериями являются отчетливые признаки дыхательной недостаточности: стойкая бледность кожных покровов, периоральный цианоз, тахикардия; дети беспокойны, часто возбуждены, дыхание шумное с втяжением не только яремной ямки, но и всей вспомогательной дыхательной мускулатуры, кашель остается грубым, лающим, а голос — сиплым. В капиллярной крови парциальное давление кислорода или снижено, или остается на нижней границе нормы, $p\text{CO}_2$ чаще остается еще в пределах нормы. Резко возрастает работа внешнего дыхания, увеличивается минутный объем дыхания, что обеспечивает уровень газообмена в рамках субкомпенсации.

Стеноз гортани III степени (состояние декомпенсации). Характеризуется выраженной дыхательной недостаточностью, что проявляется стойким цианозом губ, акроцианозом, общей бледностью кожных покровов, потливостью. Дыхание шумное, с резким втяжением уступчивых мест грудной клетки, при этом в момент вдоха нижний край грудины западает. Дети резко беспокойны, мечутся, испытывают чувство страха. Пульс частый, слабого наполнения, имеется выпадение пульсовой волны на вдохе. Тоны сердца приглушены или глухие, тахикардия, возможна дилатация мышцы сердца с явлениями застоя в малом круге кровообращения. В капиллярной крови стойко и значительно снижено парциальное давление кислорода и повышено $p\text{CO}_2$ (48–50 мм рт. ст.). Развивается смешанный респираторно-метаболический ацидоз.

Стеноз гортани IV степени (асфиксия). Состояние ребенка крайне тяжелое, кожные покровы бледно-серые, цианотичные, конечности холодные. Дыхание частое, поверхностное, прерывистое, с периодическими, глубокими вдохами, апноэ. Дыхание в легких едва прослушивается. Прогрессирует брадикардия. Температура тела снижается до нормы или ниже. Сознание отсутствует, нередко бывают судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. В крови резко возрастает парциальное давление углекислого газа (до 100 мм рт. ст.

и выше) и резко снижено $p\text{O}_2$ (до 40 мм рт. ст. и ниже). Смерть наступает от асфиксии.

Больные с крупом подлежат обязательной госпитализации в специализированные боксированные отделения многопрофильной детской больницы или инфекционные стационары при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии. Лечение детей проводит педиатр при консультативной помощи отоларинголога. Больные с декомпенсированным стенозом гортани подлежат переводу в отделение реанимации и их лечение осуществляет реаниматолог при непосредственном участии педиатра.

Отделение для больных крупом должно быть оснащено ингаляторами типа «Туман», ИП-2 и др. и оборудовано паракислородными палатками. В ингалятории необходим круглосуточный пост специально подготовленной медицинской сестры. В паракислородной палатке постоянно сохраняется микроклимат теплого (30°C) и влажного (100%) воздуха с 40–50% содержанием кислорода. Дети с крупом хорошо переносят пар и аэрозольный кислородный туман, ведут себя в большинстве случаев в такой камере спокойно и часто засыпают. Пар способствует уменьшению отека и спазма, разжижению и отхождению мокроты, препятствует образованию корок. Высокое содержание кислорода позволяет быстро устранить кислородное голодание, уменьшить метаболический ацидоз, улучшить газовый состав крови ребенка. Через эжекционный увлажнитель в камеру распыляют различные лекарственные средства в зависимости от причины обструкции: бронходилататоры (эуфиллин, солутан), адреномиметики (эфедрин), десенсибилизирующие препараты (супрастин, тавегил, димедрол), кортикостероидные гормоны (гидрокортизон, преднизолон), муколитики (трипсин, химотрипсин) и др. Для расчета дозы лекарственного вещества на одно распыление необходимо возрастную разовую дозу его умножить на возрастание коэффициента потерь. Для детей до 5 месяцев он равен 5; от 6 месяцев до 2 лет — 4; от 3 до 5 лет — 3. Придавая важное значение лечению крупа в паракислородной палатке, мы хотели бы подчеркнуть, что данный метод терапии противопоказан детям с обструктивным синдромом, детям с подозрением на пневмонию, детям с большим количеством мокроты, а также при гнойно-некротическом ларинготрахеобронхите.

Лечение крупа в каждом конкретном случае проводится с учетом степени выраженности стеноза гортани и общетоксических проявлений.



При стенозе гортани I степени можно ограничиться применением щелочно-масляных ингаляций или провести лечение в паракислородной палатке дробно, по 2 часа 2–3 раза в сутки с использованием 2% раствора гидрокарбоната натрия. Назначение лекарственных средств в аэрозолях необязательно; кортикостероидные гормоны не применяются. Показано теплое питье, горячее молоко с содой или боржоми, мукопронт, бисольвон. Дают 5% раствор натрия бромиды, настой валерианы с пустырником. Применяют десенсибилизирующие средства: димедрол, супрастин, тавегил в сочетании с эуфилином в возрастной дозировке; в качестве отвлекающих средств применяют озокеритовые «сапожки». При накоплении мокроты в дыхательных путях прибегают к стимуляции кашля шпателем, катетером с последующим отсасыванием слизи электроотсосом. При наличии общетоксических проявлений, обусловленных вирусной инфекцией, проводят весь комплекс терапевтических мероприятий, принятых при этих заболеваниях (противогриппозный иммуноглобулин, лейкоцитарный интерферон, инфузия низкомолекулярных коллоидных растворов, глюкозо-инсулино-калиевой смеси и др.). Антибиотики назначаются только при наличии бактериальных осложнений (пневмония, ангина, гнойный отит и др.).

При стенозе гортани II степени ингаляционная терапия в паракислородной палатке проводится постоянно. В случае беспокойства ребенка назначаются оксипутират натрия, дроперидол, седуксен, дипразин в возрастной дозировке. Важно добиться успокоения ребенка, так как только в этих условиях возможна полноценная терапия в условиях паракислородной палатки. Медикаментозная терапия проводится в виде аэрозольных ингаляций. Назначают эуфиллин, димедрол, гидрокортизон, интерферон, реаферон и др. При наличии вязкой мокроты ингаляции проводят с муколитиками (трипсин, химотрипсин и др.), а в случае обильной мокроты показан постуральный дренаж. При выраженных общетоксических симптомах лечебные мероприятия проводятся в таком же объеме, как и при стенозе I степени. При уменьшении выраженности бронхиальной обструкции лечебные мероприятия продолжают, как при стенозе I степени. В случае длительного течения стеноза гортани показана диагностическая прямая ларингоскопия.

При стенозе III степени лечение рекомендуется проводить в отделении реанимации, при этом все необходимые манипуляции осуществляются непосредственно в паракислородной палатке, а число медикаментозных ингаляций увеличивается до 4–6 в сутки. При резком

возбуждении ребенка целесообразно начинать лечение сразу с введения оксипутирата натрия, а затем рекомендуется ввести дроперидол. Эти препараты при необходимости можно вводить повторно, чередуя через каждые 3–4 часа. В состав аэрозолей вводят те же препараты, что и при стенозе II степени. Для разжижения мокроты широко применяются протеолитические ферменты, муколитики, бронхолитики, отсасывание мокроты с помощью электроотсоса и др. Обязательно назначаются антибиотики (дурацеф, кефзол и др.). Гормональную терапию проводят выборочно. Она показана только при вирусной природе крупа и назначается из расчета 1,5–2 мг на 1 кг массы тела (по преднизолону) внутрь, а также в инъекциях и ингаляциях. При стенозе гортани III степени, обусловленном гнойно-некротическим ларинготрахеобронхитом, гормональная терапия не показана. В случае необходимости проводят этиотропную и дезинтоксикационную терапию по общим правилам, но под строгим контролем диуреза. Общий объем внутривенно вводимой жидкости рассчитывают по 30–50 мл на 1 кг массы в сутки. При стенозе гортани III степени внутривенно или внутримышечно назначают сердечные препараты, гепарин, контрикал и др.

При стенозе гортани IV степени требуется незамедлительно восстановить проходимость дыхательных путей с помощью назотрахеальной интубации пластиковыми трубками или трахеостомы. Показанием для проведения интубации трахеи являются выраженные признаки дыхательной недостаточности (прогрессирующий цианоз, акроцианоз, парадоксальный пульс, нарушение ритма дыханий, липкий холодный пот, показатель pO_2 ниже 50 мм рт. ст., а pCO_2 более 70 мм рт. ст.), которые не проходят, несмотря на проводимое интенсивное лечение в условиях паракислородной палатки. Комплекс лечебных мероприятий примерно такой же, как и при стенозе III степени. Важно учитывать, что при продленной интубации может периодически наступать обтурация интубационной трубки слизью и корками с немедленным развитием асфиксии. При длительном стоянии трубки возможно также образование пролежней в гортани. Частым осложнением интубации и трахеостомии является нисходящая госпитальная гнойная инфекция с развитием тяжелой пневмонии. Для профилактики осложнений решающее значение имеет качество медицинского инструментария, его соответствие возрасту ребенка, индивидуализация предметов обихода, качество обработки и стерилизации медицинского оборудования, индивидуальный подход, строгая изоляция. Важно избегать повторных ларингоскопий.

продолжение на с. 116 >



Капли Фенистил® в терапии аллергических заболеваний

Л.В. ДМИТРИЕВА, педиатр, кафедра детских болезней,
ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава



За последние десятилетия отмечается значительный рост аллергических заболеваний, которые существенно снижают качество жизни пациентов, особенно детей. Поэтому проблема своевременной и адекватной терапии данной патологии в настоящее время приобрела особую медицинскую и социальную значимость.

Аллергия (от греч. *allos* – другой и *ergon* – действие) – повышенная или извращенная чувствительность организма к какому-либо аллергену. Чаще у детей раннего возраста аллергию вызывают пищевые аллергены (белки коровьего молока, желток куриного яйца, рыба и пр.). Результатом такого воздействия могут стать кожные проявления (мокнущие или сухие шелушащиеся пятна, сопровождающиеся зудом, гиперемией, отеком, себорейные корки на голове) и нарушения функции желудочно-кишечного тракта (срыгивания, неустойчивый стул или запор, примесь слизи в кале, явления метеоризма). В дальнейшем это

может привести к возникновению аллергодерматозов, подразделяющихся на четыре группы: аллергические острые дерматозы, аллергические дерматозы уртикарного характера (например, крапивница), аллерготоксидермии (эритематозные, экссудативно-папулезные, везикулезные) и атопический дерматит.

У детей 3–7 лет в развитии аллергических заболеваний увеличивается значимость бытовых, эпидермальных и пылевых аллергенов, попадающих в организм ребенка через респираторный тракт и являющихся причиной возникновения аллергического ринита (сезонного, круглогодичного) и бронхиальной астмы.

Не стоит забывать, что аллергические реакции у детей могут быть вызваны укусами различных насекомых.

В группу риска по развитию аллергии входят дети, у которых кто-либо из родителей страдает аллергией. Если аллергия отмечалась у одного из родителей, то риск ее развития у ребенка достигает 20–40 %, если у обоих – возрастает до 60–80 %.

В реакциях аллергического ответа обязательное участие принимает гистамин. Он накапливается и сохраняется в гранулах тучных клеток, базофильных лейкоцитов, тромбоцитах. Высвобождение гистамина является главной причиной симптомов атопии, сопровождающихся отеком, гиперемией,

зудом. Гистамин повышает проницаемость стенок сосудов и оказывает сосудорасширяющее действие, что сопровождается возникновением возвышенного дермографизма и волдырей. Раздражение окончаний чувствительных нервов при активации H1-рецепторов вызывает выраженный зуд.

Терапия

Лечение аллергии должно быть комплексным, индивидуальным и зависит от возраста ребенка, формы и стадии заболевания. Общие принципы лечения должны включать: диетотерапию, коррекцию нарушений в работе желудочно-кишечного тракта, использование местной терапии, т. е. уход за кожей. Важная роль гистамина в патогенезе большинства аллергических заболеваний обуславливает широкое использование антагонистов H1-рецепторов гистамина в качестве противоаллергических средств. Одним из препаратов выбора в лечении зудящих аллергодерматозов, особенно у детей грудного возраста, являются капли Фенистил® (компания «Новартис Консьюмер Хелс», Швейцария), действующее вещество которых – диметиндена малеат. Фенистил® наиболее близок к антигистаминным препаратам первого поколения, однако отличается от них значительно меньшей выраженностью мускаринового эффекта, более высокой противоаллергической активно-



стью и длительностью действия. Капли Фенистил® не обладают кардиотоксическим действием. Наряду с антигистаминной активностью препарат способен блокировать эффекты других медиаторов аллергии, в частности кининов, значительно уменьшает повышенную проницаемость капилляров и зуд. Предупреждает развитие аллергических реакций немедленного типа и их усиление, обусловленное высвобождением новых порций гистамина. Может вызывать умеренный седативный эффект, что в данной ситуации сказывается благоприятно, так как устраняются дискомфорт и повышенная возбудимость маленького пациента.

Капли Фенистил® назначают при наличии кожного зуда раз-

Преимущества капель Фенистил®

- Возможность применения у детей старше 1 месяца.
- Подавление зуда любой этиологии (атопический дерматит, дерматозы аллергического и неаллергического генеза).
- Быстрое начало действия – 15-45 минут после приема.
- Приятный сладковатый вкус.
- Точная форма дозирования (пипетка).

личного происхождения, для симптоматического лечения крапивницы, сезонного и круглогодичного аллергических ринитов, пищевой и лекарственной аллергии. Капли Фенистил® применяют при инфекционных заболеваниях, протекающих с кожными высыпаниями, сопровождающимися зудом (ветряная оспа, корь, краснуха), а также при укусах насекомых. Детям с аллергической предрасположенностью перед

проведением профилактических прививок или тем, у кого отмечались местные реакции на предыдущие введения, в период подготовки вакцинации показано использование капель Фенистил®.

Капли Фенистил® предназначены специально для перорального применения, они обладают приятным сладковатым вкусом, их удобно дозировать с помощью мерной крышки-пипетки, они не содержат дополнительных красителей и отдушек. Для детей с одного месяца до года суточная доза препарата, разделенная на 3 приема, составляет 10–30 капель; с года до 3 лет – 30–45 капель в сутки, с 3 до 12 лет – 45–60. Для взрослых и детей старше 12 лет суточная доза препарата Фенистил®, разделенная на 3 приема, составляет 60–120 капель.

Капли Фенистил® не назначают детям (особенно недоношенным) в возрасте до месяца.

Капли Фенистил® не следует подвергать воздействию высокой

температуры; их необходимо добавлять в бутылочку с теплым детским питанием непосредственно перед кормлением. Если ребенка уже кормят с ложки, капли можно давать неразведенными, чайной ложкой. Капли Фенистил® могут применяться у детей при аллергодерматозах, в период вакцинации, для уменьшения кожного зуда при ветряной оспе, кори, краснухе. Неоспоримым преимуществом капель Фенистил® является возможность их применения под контролем врача у детей после одного месяца жизни.

Дмитриева Л.В. Капли Фенистил® в педиатрии аллергических заболеваний// Практика педиатра. 2008. Январь. С. 32-34.



Фебрильные судороги и рациональное применение жаропонижающих лекарственных средств у детей

Н.А. КОРОВИНА, А.Л. ЗАПЛАТНИКОВ, И.Н. ЗАХАРОВА, Е.М. ОВСЯННИКОВА, Л.Л. НАУМЕНКО

Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Москва

Повышение температуры тела у детей является одной из основных причин обращения за медицинской помощью. При этом в настоящее время для купирования лихорадки у детей используются эффективные и безопасные жаропонижающие средства. Однако неконтролируемое применение антипиретиков, неадекватный их выбор и режим дозирования могут приводить к развитию серьезных побочных и нежелательных реакций. Рациональное применение жаропонижающих средств у детей особенно важно при наличии фебрильных судорог.

Лихорадка — защитно-приспособительная реакция организма, при которой перестройка процессов терморегуляции приводит к повышению температуры тела. При этом в результате гипертермии активируются процессы врожденного и адаптивного иммунитета. Поскольку лихорадка является неспецифической защитной реакцией организма, то причины, ее вызывающие, весьма разнообразны. Для практических целей предлагается выделять лихорадку, возникающую в результате воспаления (при инфекционных и неинфекционных воспалительных заболеваниях), и так называемые «невоспалительные гипертермии» (центрального, психогенного, эндокринного генеза, метаболические, медикаментозные и др.).

Патогенез лихорадки. Установлено, что воспаление сопровождается активацией процессов фагоцитоза. При этом в фагоцитах возрастает синтез и продукция эндогенного пирогена (синоним — лейкоцитарный пироген) — биологически активной субстанции, приво-

дящей к повышению температуры тела. Эндогенный пироген неоднороден и представляет собой группу белков, среди которых были выделены 2 активных полипептида с относительной молекулярной массой 13 000–20 000. Последние, по предложению Дж.Оппенгейма, К.Мельгцера и О.Мицела, с 1979 г. принято обозначать как интерлейкин-1 (ИЛ-1), который считается основным инициирующим медиатором в механизме развития лихорадки и других процессов острой фазы воспаления. ИЛ-1 стимулирует секрецию простагландинов, амилоидов А и В, С-реактивного белка, гаптоглобина, α_1 -антитрипсина и церулоплазмينا. Под действием ИЛ-1 повышается эффективность фагоцитоза, возрастает цитотоксическая активность натуральных киллеров, усиливается пролиферация Т-лимфоцитов-хелперов и инициируется продукция Т-лимфоцитами интерлейкина-2 (ИЛ-2) и других цитокинов (γ -интерферона и др.). Одновременно повышается экспрессия рецепторов адгезии и рецепторов к ИЛ-2. Кроме этого происходит усиление пролиферации и дифференцировки В-лимфоцитов, стимуляция образования антител и экспрессия мембранного Ig-рецептора. В нормальных условиях ИЛ-1 не проникает через гематоэнцефалический барьер. Однако при воспалении ИЛ-1 достигает преоптической области передней части гипоталамуса и взаимодействует с рецепторами нейронов центра терморегуляции. При этом активизируется циклооксигеназа (ЦОГ), что приводит к повышению внутриклеточного уровня циклического аденозин-3',5'-монофосфата (цАМФ). Увеличение концентрации цАМФ

способствует внутриклеточному накоплению ионов Ca^{2+} , изменению Na/Ca-соотношений и перестройке активности центров теплопродукции и теплоотдачи. Это приводит к повышенному образованию тепловой энергии и снижению теплоотдачи. Повышение теплопродукции достигается за счет усиления метаболических процессов, а также сократительного термогенеза. Одновременно происходит сужение сосудов кожи и подкожной клетчатки, уменьшается скорость периферического сосудистого кровотока, что также приводит к снижению теплоотдачи. Устанавливается новый уровень температурного гомеостаза — на более высокой точке, что сопровождается повышением температуры тела.

Лихорадка, как и всякая неспецифическая защитно-приспособительная реакция, при истощении компенсаторных механизмов или при гиперэргическом варианте может быть причиной развития патологических состояний (например, гипертермический синдром). Особо следует отметить, что на развитие неблагоприятных последствий лихорадки могут оказать существенное влияние индивидуальные факторы и отягощенный преморбидный фон. Установлено, что у детей с серьезными заболеваниями органов дыхания и кровообращения лихорадка может привести к развитию декомпенсации этих систем. У детей с патологией центральной нервной системы лихорадка может спровоцировать развитие приступа судорог. Не менее важное значение для развития патологических состояний при лихорадке играет возраст ребенка. Так,

установлено, что чем младше ребенок, тем опаснее для него быстрый и существенный подъем температуры в связи с высоким риском развития нарушений витальных функций, среди которых особого внимания заслуживает **судорожный синдром**. При этом судороги, развившиеся в первые 24 часа от начала лихорадки при отсутствии нейроинфекции и метаболических нарушений, рассматриваются как фебрильные.

Фебрильные судороги являются возраст-зависимым состоянием и чаще регистрируются у детей первых 2 лет жизни. Раннему дебюту фебрильных судорог способствуют анатомо-физиологические особенности ЦНС, которые характеризуются повышенной гидрофильностью нервной ткани, преобладанием процессов ирритации над процессами торможения, интенсивностью обменных процессов и несовершенством их регуляции. Распространенность фебрильных судорог в большинстве стран мира составляет от 2,2% до 4%. В качестве возможных причин их возникновения рассматриваются: непосредственно гипертермия, вирусная инфекция и генетическая предрасположенность. Отмечено, что фебрильные судороги чаще регистрируются зимой и весной и совпадают по времени появления с пиком заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями. Однако роль вирусов в их возникновении не доказана. Установлено, что у детей с наследственной предрасположенностью фебрильные судороги наблюдаются в 5,2 раза чаще, чем у лиц с неотягощенным семейным анамнезом. Показано также, что фебрильные судороги в дальнейшем могут трансформироваться в эпилептические синдромы и влиять на нервно-психическое развитие ребенка. Неосложненные фебрильные судороги — это кратковременные (менее 15 минут) генерализованные тонико-клонические, тонические, атонические или клонические судороги, возникающие у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Судороги обычно появляются в фазе подъема температуры или на ее пике. При неосложненных фебрильных

судорогах противосудорожные препараты назначаются только в тех случаях, когда припадки представляют угрозу жизни (эпилептический статус) или возникают часто, в то время как антипиретическая терапия должна проводиться незамедлительно. Следует также отметить, что повышение температуры тела у детей с фебрильными судорогами в анамнезе является показанием для превентивного назначения жаропонижающих средств.

Проведенные нами анализ причин и изучение характера течения фебрильных судорог у 25 детей в возрасте 6 мес. — 5 лет показал, что у больных судороги появлялись только на фоне повышения температуры ($t = 39,2 \pm 0,5^\circ\text{C}$) и были кратковременными (до 5 минут). При этом дебют судорог наиболее часто отмечался у детей в возрасте от 6 мес. до 2,8 лет. Установлено, что приступы фебрильных судорог значительно чаще (в 2,1 раза) развивались у мальчиков. Очаговая неврологическая симптоматика до и после припадка, эпилепсия в семейном анамнезе, а также изменения биохимических показателей крови (глюкоза, калий, кальций, фосфор) отсутствовали. У большинства детей определялись различные соматические заболевания: атопический дерматит — у 6 детей ($q = 0,24$); признаки рахита — у 11 ($q = 0,44$); паратрофия — у 2 ($q = 0,12$). Наряду с этим выявлялись и особенности неврологического статуса: у 13 детей ($q = 0,52$) отмечали изменения мышечного тонуса; у 11 детей ($q = 0,44$) определяли нарушения речевого развития и несформированность игровых навыков; у 16 детей ($q = 0,64$) имела место задержка моторного развития в анамнезе. Обращает на себя внимание, что только у 2 детей ($q = 0,12$) определялся отягощенный семейный анамнез по фебрильным судорогам. У подавляющего большинства детей (23 ребенка ($q = 0,92$)) лихорадка была вызвана острой респираторной вирусной инфекцией и только у 2 детей гипертермия была обусловлена развитием пиелонефрита.

Отдельно проведенный анализ объективного статуса детей в начальном периоде заболевания позволил выявить причины позднего обращения за медицинской помощью. Так, установлено, что продолжительность лихорадки до развития судорог составляла от 5 до 10 часов. Однако измерение температуры тела и прием антипиретиков до эпизода судорог проводились только у 3 детей. При этом использованные жаропонижающие средства оказались неэффективными — лихорадка сохранялась, а в дальнейшем на ее фоне развились судороги. У подавляющего числа детей (22 ребенка [$q = 0,88$]) термометрия в дебюте заболевания не проводилась, так как со слов родителей, изменение поведения детей в начальный период болезни их не настораживало. В то же время родители указывали, что ребенок был вялым, капризным, отказывался от еды, не хотел оставаться один в комнате, при этом «ручки и ножки были холодными» и «потому не было необходимости в измерении температуры тела». Термометрию, как правило, проводили уже после приступа судорог, который обычно заканчивался раньше, чем родители успевали измерить температуру или доставить ребенка в клинику.

Полученные данные дают основание полагать, что неверная оценка родителями состояния здоровья ребенка в начале заболевания, длительность лихорадки на измененном преморбидном фоне играют первостепенную роль в возникновении фебрильных судорог. В этих случаях своевременно назначенные эффективные жаропонижающие средства в адекватных дозах, вероятно, могли бы предупредить их возникновение.

Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным обсудить вопросы рационального применения жаропонижающих средств у детей. Выбор тактики наблюдения и лечения ребенка при повышении температуры тела определяется целым комплексом клинических и анамнестических факторов. При этом необходимо оценить самочувствие ре-

бенка, проанализировать, как он переносит лихорадку, изменяется ли при этом его поведение, активность, аппетит и т.д. Так, если у «исходно здорового» ребенка, не имеющего семейной предрасположенности к фебрильным судорогам, высокая температура тела (до 39°C) не сопровождается нарушением самочувствия, плохим аппетитом, отказом от питья, а кожа его влажная, розовая, ладони и стопы теплые, то от назначения жаропонижающих препаратов следует воздержаться. При этом можно ограничиться физическими методами охлаждения. Таким образом у детей с неотягощенным преморбидным фоном повышение температуры тела в пределах 38–39°C при отсутствии токсикоза не требует медикаментозной терапии. Однако, если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от уровня температуры тела (даже до 38,0°C), отмечается ухудшение состояния, имеются озноб, боли в мышцах, плохое самочувствие, бледные и сухие кожные покровы, холодные дистальные отделы конечностей и другие проявления токсикоза («бледный вариант лихорадки»), жаропонижающая терапия должна быть назначена незамедлительно.

Особого внимания при лихорадке заслуживают дети из группы риска, у которых развитие различных осложнений возможно даже при менее значительном повышении температуры. В группу риска по развитию осложнений при лихорадке должны быть включены дети с фебрильными судорогами в анамнезе, а также с заболеваниями ЦНС, хронической патологией органов кровообращения, дыхания и наследственными метаболическими нарушениями. Высокий риск развития осложнений у данных пациентов определяет необходимость назначения жаропонижающих средств при более низком уровне гипертермии. Особо следует подчеркнуть, что повышение температуры тела у детей, имевших ранее эпизод фебрильных судорог, является абсолютным показанием для назначения антипиретиков.

В тех случаях, когда имеются показания для назначения жаропонижающих лекарственных средств, необходимо в индивидуальном порядке решить вопрос о выборе конкретного антипиретика и способе его введения. В настоящее время в педиатрической практике в качестве жаропонижающих средств наиболее часто применяются парацетамол и ибупрофен, реже — производные метамизола (анальгин) и другие препараты. Следует отметить особо, что в России, так же как и во многих странах, в детском возрасте не рекомендуется использовать ацетилсалициловую кислоту в связи с высоким риском развития синдрома Рея. Механизм действия жаропонижающих средств основан на ингибировании циклооксигеназы. При этом в результате необратимого торможения циклооксигеназного пути обмена арахидоновой кислоты уменьшается образование простагландинов. Снижение концентрации простагландинов в цереброспинальной жидкости приводит к адекватной синхронизации центров терморегуляции, что сопровождается нормализацией температуры тела. Установлено, что у некоторых антипиретиков (например, у ибупрофена) жаропонижающее действие сопровождается также анальгезирующим и противовоспалительным эффектами. Это связано с тем, что применение ибупрофена приводит к снижению концентрации простагландинов не только в ЦНС, но и в месте воспаления. В результате этого уменьшается образование брадикинина, эндогенных пирогенов, других биологически активных веществ, радикалов кислорода и NO в *locus morbid*, что приводит к снижению активности воспалительного процесса и сопровождается уменьшением болевой рецепции.

В тех случаях, когда клинические и анамнестические данные свидетельствуют о необходимости проведения жаропонижающей терапии и нет показаний для парентерального введения антипиретиков, в качестве препаратов выбора у детей используют парацетамол или ибупрофен. Считается, что

ибупрофен может быть применен в качестве стартовой терапии в тех случаях, когда назначение парацетамола противопоказано или малоэффективно (FDA, 1992). Рекомендованные разовые дозы ибупрофена — 5–10 мг/кг. Повторное использование жаропонижающих препаратов возможно не ранее чем через 4–6 часов после первого приема. При этом недопустимо применение данных антипиретиков чаще, чем 3 раза в сутки. Нецелесообразно также курсовое назначение антипиретиков, так как при этом возрастает опасность диагностических ошибок («пропуск» симптомов серьезных инфекционно-воспалительных заболеваний, таких как пневмония, синусит, менингит, пиелонефрит и др.). В тех случаях, когда ребенок получает антибиотик, регулярный прием жаропонижающих средств также недопустим, так как может «скрывать» неэффективность антибактериального препарата и затягивать решение вопроса о необходимости коррекции антимикробной терапии.

Если пероральное или ректальное введение жаропонижающих препаратов первого ряда (парацетамол, ибупрофен) невозможно (рвота, понос) или их применение неэффективно, показано парентеральное назначение метамизола (анальгина). При этом разовые дозы метамизола (анальгина) не должны превышать 5 мг/кг (0,02 мл 25% р-ра аналгина на 1 кг массы тела) у младенцев и 50–75 мг/год (0,1–0,15 мл 50% р-ра аналгина на год жизни) у детей старше 12 месяцев. Следует отметить, что появление доказательств неблагоприятного воздействия метамизола на костный мозг (развитие агранулоцитоза) способствовали резкому ограничению его использования в ряде стран.

При выявлении «бледной лихорадки» целесообразно комбинировать жаропонижающие лекарственные средства с миотропными спазмолитиками (папаверин, папазол и др.) для увеличения теплоотдачи за счет их сосудорасширяющего эффекта. При стойкой лихорадке, сопровождающейся признаками токсикоза, а также при

гипертермическом синдроме целесообразно парентеральное введение комбинации антипиретиков, спазмолитиков и антигистаминных средств (или нейролептиков) в возрастных дозировках. Дети с гипертермическим синдромом, а также с некупирующейся «бледной лихорадкой» после оказания неотложной помощи должны быть экстренно госпитализированы.

Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев своевременное пероральное назначение адекватных доз антипиретиков (ибупрофен, парацетамол) оказывается эффективным. Купирование гипертермии пероральными жаропонижающими средствами позволяет избежать парентерального введения антипиретиков, что благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии детей. Последнее особенно важно для пациентов с различными неврологическими нарушениями, а также для детей с фебрильными судорогами в анамнезе.

Учитывая появление на отечественном фармацевтическом рынке детской формы ибупрофена (ибуфен, «Терполь», Польша), нами было проведено изучение его терапевтической эффективности. Для этого в открытом сравнительном рандомизированном исследовании оценивали жаропонижающий эффект и переносимости ибуфена и парацетамола. В исследовании были включены 60 детей в возрасте 13–36 месяцев, у которых лихорадка развивалась на фоне острых респираторных инфекций. Методом случайного распределения все дети были рандомизированы на 2 группы — основную (30 детей) и сравнительную (30 детей). В основной группе детям с лихорадкой на фоне ОРВИ в качестве жаропонижающего препарата однократно назначалась суспензия ибуфена из расчета 10 мг/кг массы тела. Дети из группы сравнения получали суспензию парацетамола в разовой дозе 10 мг/кг массы тела.

Для оценки эффективности жаропонижающих средств, в зависимости от степени выраженности лихорадки,

в каждой группе были выделены по 2 подгруппы — пациенты с исходной температурой тела менее 38,5°C и пациенты с исходной температурой тела выше 38,5°C. Проведенные наблюдения показали, что у детей с исходной температурой тела менее 38,5°C жаропонижающий эффект исследуемых препаратов развивался уже через 30 минут после их приема. При этом отмечено, что темпы снижения лихорадки были более выражены при использовании ибуфена. Через 60 минут после приема ибуфена температура тела у детей снижалась в среднем на 3,6% от исходной величины, тогда как после использования парацетамола — на 2,4%. Однократный прием ибуфена сопровождался также и более быстрой, по сравнению с парацетамолом, нормализацией температуры тела. Отмечено, что использование ибуфена приводило к снижению температуры тела до 37°C уже к концу 1 часа наблюдения, тогда как у детей из группы сравнения температурная кривая достигала указанных значений только к концу 2-го часа наблюдения. После нормализации температуры тела антипиретический эффект от однократного приема ибуфена сохранялся на протяжении последующих 3,5 часов, тогда как при использовании парацетамола — 2,5 часа ($p < 0,05$).

Отдельный анализ эффективности анализируемых препаратов был проведен у детей с лихорадкой выше 38,5°C, так как именно этой категории больных часто приходится вводить жаропонижающие препараты парентерально из-за отсутствия эффекта от первоначального перорального приема антипиретиков. Установлено, что через 60 минут после приема возрастной дозы ибуфена температура тела снижалась на 2,6% от исходной величины, а после приема парацетамола — на 1,7%. Нормализация температурной кривой у детей основной группы отмечалась через 2 часа после приема ибуфена, в то время, как в группе сравнения в этот период имел место субфебрилитет. Жаропонижающий эффект ибуфена после снижения температуры сохра-

нялся на протяжении всего периода наблюдения. Отмечено, что у детей, получивших парацетамол, температура тела через 3 часа вновь нарастала, что требовало повторного приема антипиретиков. Особо следует подчеркнуть, что у детей, своевременно получивших антипиретики в указанных дозах, ни в одном случае не было отмечено развития фебрильных судорог.

Установленный нами более выраженный и длительный жаропонижающий эффект ибупрофена, по сравнению с сопоставимыми дозами парацетамола, согласуется с результатами исследований разных авторов. Более продолжительное сохранение жаропонижающего эффекта у ибупрофена связывают с его противовоспалительным действием.

При анализе переносимости исследуемых лекарственных средств отмечено, что ибуфен переносился хорошо, побочных и нежелательных эффектов зарегистрировано не было. Полученные результаты полностью совпадают с данными литературы, свидетельствующими о хорошей переносимости и безопасности.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что своевременное купирование лихорадки предупреждает возникновение фебрильных судорог. При этом ибуфен является эффективным жаропонижающим средством и хорошо переносится детьми. Быстрое действие препарата и хорошая его переносимость позволяют рекомендовать ибуфен как средство выбора для профилактики фебрильных судорог.

Адекватная тактика наблюдения и лечения лихорадящего ребенка могут быть выработаны только при уточнении в каждом конкретном случае причин гипертермии, анализа анамнестических данных, а также оценке особенностей клинического состояния пациента. При этом рациональное использование жаропонижающих лекарственных средств позволит свести до минимума риск развития их побочных и нежелательных эффектов.

Профилактика рахита: современный подход и новый взгляд на проблему

Н. А. КОРОВИНА, д.м.н., профессор; И. Н. ЗАХАРОВА, д.м.н., профессор, РМАПО, Москва

Почему младенческий рахит считается медико-социальной проблемой?

Почему профилактика рахита является такой важной?

Витамин D и солнечный свет.

Как правильно подобрать препарат, профилактическую и лечебную дозу витамина D для ребенка?

Рахит широко распространен у детей первых двух лет жизни. Это заболевание известно очень давно, первые упоминания о рахите встречаются в трудах Сорана Эфесского (98-138 год н. э.) и Галена (131- 211 год н. э.).

Еще в 1891 году Н. Ф. Филатов подчеркивал, что рахит является общим заболеванием организма, проявляющимся главным образом своеобразным изменением костей. В последние десятилетия рахит рассматривается как заболевание, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в кальции и фосфоре и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка. И хотя рахит можно отнести к метаболическим заболеваниям с преимущественным нарушением фосфорно-кальциевого обмена, для него характерны нарушения обмена белка, активизация процессов перекисного окисления липидов, обмена микроэлементов (магния, меди, железа и др.), поливитаминовая недостаточность.

Рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеет серьезные последствия, обуславливающие высокую заболеваемость детей. Выявляемые при рахите дисфункции иммунитета в виде снижения синтеза интерлейкинов I, II, фагоцитоза, продукции интерферона, а также мышечная гипотония predisполагают к частым респираторным заболеваниям. Остеопороз, остеомалация, остеопения, наблюдаемые при рахите, способствуют формированию нарушений

осанки, множественного кариеса зубов. За счет снижения абсорбции кальция, фосфора, магния последствиями рахита нередко являются вегетативные дисфункции, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта в виде простого запора, дискинезий билиарного тракта и двенадцатиперстной кишки. Перенесенный в раннем возрасте рахит может оказать неблагоприятное воздействие на дальнейший рост и развитие детей, а его последствия могут сохраняться на протяжении всей жизни ребенка.

Наиболее существенными факторами, определяющими развитие рахита, являются:

- недостаточное образование холекальциферола в коже;
- нарушение фосфорно-кальциевого обмена в печени, почках, кишечнике;
- недостаточное поступление витамина D с пищей.

Основным звеном в патогенезе D-дефицитного рахита следует считать эндогенный или экзогенный дефицит витамина D и его метаболитов с последующим уменьшением поступления кальция из кишечника. Однако метаболиты витамина D оказывают влияние на функции не только энтероцитов, но и клеток других органов, что расширяет наши представления о биологическом значении витамина D и последствиях нарушений его метаболизма. Однако система регуляции витамина D более подвержена дисфункциям в результате воздействия внешнесредовых факторов (атмосферных, алиментарных, социальных). Все эти особенности, включая генетический полиморфизм структуры и функции рецепторов для метаболитов витамина D, а также разные условия взаимодействия с другими системами регуляции минерального обмена создают предпосылки для подбора индивидуальных доз препаратов витамина D при лечении рахита.

Следует отметить, что при равных условиях питания, ухода и профилактики можно констатировать разные по степени тяжести варианты течения рахита — от минимальных до тяжелых. Установить предрасположенность детей к нарушениям фосфорно-кальциевого обмена можно только на основании анализа многочисленных индивидуальных предрасполагающих факторов.

Профилактика рахита подразделяется на антенатальную и постнатальную, неспецифическую и специфическую.

Антенатальная профилактика рахита

Необходимо соблюдение режима дня беременной женщины, в том числе достаточно продолжительный сон днем и ночью. Рекомендуются прогулки на свежем воздухе не менее 2-4 часов ежедневно, в любую погоду.

Беременным женщинам из группы риска (нефропатии, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ревматизм и др.) начиная с 28-32-й недели беременности необходимо дополнительно назначать витамин D в дозе 500-1000 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года.

Постнатальная профилактика рахита

Необходимо соблюдать условия правильного вскармливания ребенка. Наилучшим питанием для младенца первого года жизни является грудное молоко. Суточный рацион женщины в период лактации должен быть разнообразным и включать необходимое количество белка, в том числе и животного происхождения; жира, обогащенного полиненасыщенными жирными кислотами, углеводов, обеспечивающих организм энергией, а также витаминов и микроэлементов. Материнское молоко (у

правильно питающейся матери) обеспечивает дневную потребность младенца (доношенного, с оптимальной массой тела) во всех витаминах за исключением витамина D. В среднем в одном литре материнского молока содержится от 25 до 40 МЕ витамина D. Поэтому возникает необходимость дополнительной супплекции витамина D в рекомендуемой дозе, т.е. не менее 400 МЕ.

При искусственном вскармливании ребенку необходимо подобрать молочную смесь, максимально приближенную к женскому молоку. Однако необходимо учитывать, что содержание витамина D в таких смесях производится из расчета на 1 литр готового продукта. При кормлении ребенок не всегда получает то количество смеси, которое адекватно компенсирует профилактическую дозу витамина D, особенно для детей 3-6 месяцев. В этих случаях также возникает необходимость дополнительного назначения витамина D в рекомендуемых профилактических дозах. При вскармливании неадаптированными молочными смесями назначение витамина D является обязательным.

Лечебная физкультура, массаж должны проводиться систематически, регулярно, длительно, с постепенным и равномерным увеличением нагрузки.

Постнатальная специфическая профилактика рахита проводится витамином D, минимальная профилактическая доза которого составляет для здоровых доношенных детей раннего возраста 400-500 ЕД в сутки. Эта доза назначается начиная с 4-5-й недели жизни. Специфическая профилактика рахита у доношенных детей проводится на первом и втором году жизни. Дети из группы риска по рахиту первые два года жизни должны ежедневно получать витамин D в дозе 1000 МЕ.

Недоношенным детям при I степени недоношенности витамин D назначается с 10-14-го дня жизни, по 400-1000 МЕ ежедневно в течение 3 лет, исключая лето. Согласно методическим рекомендациям МЗ СССР 1990 года, при недоношенности II степени вита-

мин D назначается в дозе 1000-2000 МЕ ежедневно в течение года, исключая летний период, на втором году жизни доза витамина D снижается до 400-1000 МЕ. Однако эта доза витамина D может быть чрезмерной. Поэтому необходимо ориентироваться на состояние здоровья ребенка после восстановления массы тела.

Витамин D₃ и солнечный свет

Ультрафиолетовое излучение необходимо в процессе образования витамина D₃. Это один из немногочисленных витаминов, которые человек в состоянии самостоятельно синтезировать (эндогенный витамин), и нет необходимости вводить его с пищей. Кожный синтез обеспечивает до 70 % всего количества витамина D, содержащегося в организме. Имеются, однако, факторы, ограничивающие кожный синтез, которые вызывают необходимость компенсации дефицита витамина D.

Факторы, уменьшающие эндогенный синтез:

- применение кремов с ультрафиолетовым фильтром;
- загрязнение окружающей среды;
- одежда, слабо пропускающая излучение.

Кремы с фильтром значительно ограничивают синтез витамина D₃:

- фактор защиты № 8 — сокращает синтез на 97,5%;
- фактор защиты № 5 — сокращает синтез на 99%.

Младенцев до 6 месяцев нельзя подвергать прямому воздействию солнечного излучения. У младенцев старше 6 месяцев следует использовать кремы с сильными ультрафиолетовыми фильтрами. Это также элемент широко применяемой противоопухолевой профилактики. Принимая во внимание, что 70 % витамина D образуется в результате эндогенного синтеза, его ограничение вызывает необходимость дополнительного применения витамина D, в частности, у данной возрастной группе даже в летний период.

Эквиваленты:

1 МЕ = 0,025 мкг холекальциферола;

1 мкг холекальциферола = 40 МЕ витамина D₃.

Противопоказания к назначению профилактической дозы витамина D:

- идиопатическая кальциурия (болезнь Вильямса-Бурне);
- гипофосфатазия;
- органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноза.

Дети с малыми размерами родничка имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина D. Специфическая профилактика рахита у них проводится начиная с 3-4 месяцев под контролем размеров большого родничка и окружности головы.

В последние годы для профилактики и лечения рахита широко используется водная форма витамина D₃ - Аквадетрим® (Terpol, Польша).

Преимуществами водного раствора витамина D₃ являются:

- быстрое всасывание из желудочно-кишечного тракта;
- продолжительность действия водного раствора витамина D₃ составляет 3 месяца, в то время как действие масляного раствора только 1—1,5 месяца;
- оптимальный подбор дозы — одна капля содержит около 500 МЕ;
- быстрое наступление клинического эффекта;
- действенность при рахите и рахитоподобных заболеваниях, а также при патологии желудочно-кишечного тракта.

Сотрудниками НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России показано терапевтическое действие водорастворимой формы витамина D₃ у всех больных с острым и подострым течением рахита в суточной дозе около 5000 МЕ. Препарат также оказался действенным при лечении детей с витамин-D-резистентным рахитом в суточной дозе 30 000 МЕ. Аквадетрим® в рекомендуемых дозах хорошо переносится, побочных эффектов и нежелательных явлений при его применении не выявлено.

ПУЛЬМЕКС® БЭБИ

в лечении острых респираторных заболеваний, сопровождающихся кашлем

Г.А. АЛЯМОВСКАЯ, ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий»,
Центр коррекции развития детей раннего возраста

ОРЗ составляют 30–40% от всех заболеваний у малышей на первом году жизни. Независимо от вида вируса, простудные заболевания у детей раннего возраста имеют общие черты. Наиболее частым признаком ОРЗ, наряду с гипертермией, ринитом, болью в горле, является кашель.

С одной стороны, кашель – защитный механизм, возникающий в результате раздражения слизистой оболочки дыхательных путей, он препятствует проникновению инородных частиц в легкие, участвует в очищении дыхательных путей от избыточного секрета, образующегося при воспалении в бронхах. С другой стороны, кашель может быть основным симптомом жизнеугрожающих состояний поражения легочной ткани, развития дыхательной недостаточности, гипоксии и гипоксемии. Кашель может также носить рефлекторный характер при заболеваниях внелегочного происхождения (при заболеваниях среднего уха, бронхопищеводных свищах, гастроэзофагеальном рефлюксе, сердечно-сосудистой патологии и т.д.). В связи с этим оценка кашля и его своевременное лечение имеют принципиальное значение.

Инфекционно-воспалительный процесс может затрагивать верхние дыхательные пути (респираторная вирусная инфекция, ангины, тонзиллиты, фарингиты, ларингиты) и нижние дыхательные пути (трахеиты, бронхиты, пневмонии). В этих случаях механизм развития кашля связан с воспалительными изменениями слизистой оболочки дыхательных путей. Воспалительный процесс изменяет физиологию образования слизи, ее физико-химические свойства, адгезию, что приводит к ухудшению отделения слизи и накоплению ее в дыхательных путях. Кроме этого, в результате воспаления развиваются функциональные и структурные нарушения мерцательного эпителия, что приводит к снижению мукоцилиарной активности. Все это обуславливает неадекватный мукоцилиарный клиренс и также способствует накоплению мокроты. Кашель в этом случае является единственным эффективным механизмом санации трахеобронхиального дерева.

При кашле, как симптоме заболевания, необходимо учитывать следующие опасные ситуации:

1. Одышка: более 60 дыхательных движений в минуту у ребенка в возрасте до двух месяцев, более 50 –

у детей от 2 до 12 месяцев и более 40 – у детей старше года.

2. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (втяжение нижнего края грудной клетки по линии прикрепления диафрагмы), «шумное» дыхание.

3. Полный отказ от еды.

4. Ухудшение общего состояния, сильно выраженная вялость.

Наличие вышеуказанных симптомов требует госпитализации ребенка. Но их отсутствие (даже при наличии гипертермии выше 38,5 °С) определяет целесообразность лечения ребенка на дому, что уменьшает стресс и связанную с этим иммуносупрессию, а также реинфекцию в связи с контактом с другими больными детьми.

ТЕРАПИЯ

Оценка частоты, периодичности, тембра, продуктивности кашля необходима для назначения адекватной терапии в каждом конкретном случае. В качестве симптоматического лечения применяются препараты различных фармакологических групп, оказывающие противовоспалительное, противокашлевое, отхаркивающее, муколитическое действие, бронхолитики. Выбор

конкретных лекарственных средств индивидуален и зависит от клинических особенностей заболевания, индивидуальных особенностей ребенка, в частности, большое значение имеет возраст ребенка. Так, у детей раннего возраста с большой осторожностью следует назначать противокашлевые препараты центрального и периферического действия, угнетающие кашлевой рефлекс; их нельзя использовать у ребенка с продуктивным кашлем, а также в сочетании с препаратами других групп, например муколитиками. Применение противокашлевых препаратов может быть оправдано при сухом надсадном кашле, а также коклюше.

Муколитические препараты, способствующие разжижению бронхиального секрета и улучшению мукоцилиарного клиренса, применяются при кашле с вязкой, трудноотделяемой мокротой (при трахеобронхитах, бронхитах, трахеитах).

Отхаркивающие препараты, усиливающие моторику бронхов, применяются при острых респираторных инфекциях, сопровождающихся малопродуктивным кашлем в отсутствие образования вязкой мокроты. В большинстве случаев отхаркивающие средства представлены препаратами растительного происхождения. Препараты этой группы входят в состав комбинированных лекарственных средств. Для удобства применения у детей эти препараты выпускаются в виде жидких лекарственных форм (микстуры, сиропы). В связи с риском аспирации отхаркивающие средства назначаются с осторожностью у детей раннего возраста. Кроме того, риск аллергических реакций значительно возрастает на фоне вирусной инфекции у ребенка первых лет жизни.

Часто в подобной ситуации используются комбинированные препараты на основе растительных

компонентов в форме сиропа, мазей или бальзамов для наружного применения. Издавна известно благоприятное и эффективное действие отвлекающих средств, оказывающих прогревающее, местнораздражающее действие, усиливающих перистальтику бронхиол, и таким образом повышающих активность мерцательного эпителия, кратковременно усиливая кашель и облегчая отхождение мокроты. К подобным средствам относится ряд широко применяемых домашних средств – компрессы, медовые обертывания, растирание нутряным салом, барсучьим жиром и т.д.

В настоящее время фармакологической промышленностью налажено производство мазей с растительными компонентами, оказывающих разнообразное действие (местнораздражающее, противовоспалительное, отхаркивающее), которые можно применять у детей при ОРЗ, сопровождающихся кашлем. В состав таких препаратов в разных комбинациях могут входить ментол, камфора, тимол, скипидарное, эвкалиптовое, мускатное и терпентиновое масла. Однако из-за большого количества компонентов имеется высокий риск развития аллергических реакций, а также может возникнуть раздражение кожи в месте нанесения препарата. Кроме того, большинство растительных мазей не применяется у детей младше двух лет и противопоказаны пациентам, склонным к бронхоспазму.

Вспомогательным средством при кашле в этой группе средств можно считать Пульмекс® Бэби (компания «Новартис Консьюмер Хелс», Швейцария) в форме мази для наружного применения. В связи с меньшей вероятностью развития побочных эффектов он разрешен к применению у детей с 6 месяцев жизни.

Пульмекс® Бэби применяется при фарингитах, ларингитах, бронхитах, сопровождающихся кашлем.

В состав мази входят: эфирные масла (розмариновое и эвкалиптовое) и не содержащий смол перуанский бальзам. Благодаря сочетанию компонентов при использовании Пульмекс® Бэби реализуются четыре действия препарата:

1. Противовоспалительное (за счет эвкалиптового и розмаринового масел).
2. Антисептическое (за счет эвкалиптового масла и перуанского бальзама).
3. Отхаркивающее (за счет перуанского бальзама).
4. Муколитическое действие (за счет перуанского бальзама).

Пульмекс® Бэби прост в применении – достаточно двукратно в течение суток нанести мазь на верхнюю часть груди и спины вдоль средней линии. Препарат состоит из натуральных растительных компонентов, имеет приятный запах, не раздражает здоровую кожу и не оставляет жирных пятен на одежде и белье. Для Пульмекс® Бэби не описано отрицательного взаимодействия с препаратами других групп, в связи с чем он может применяться в комплексном лечении острых респираторных заболеваний, сопровождающихся кашлем.

Алямовская Г.А. Пульмекс® Бэби в лечении острых респираторных заболеваний, сопровождающихся кашлем // Практика Педиатра. 2007. Январь. С. 44-46.



ОТРИВИН®

в лечении ринитов у детей



С.В. ЯБЛОНСКИЙ, д-р мед. наук, профессор, ФГУ «Научно-клинический центр отоларингологии» Росздрава

Инфекционная причина возникновения ринита у детей, как и у взрослых, доминирует среди других причин этой патологии. Наиболее часто насморк вызывают вирусы, провоцирующие острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), в том числе и грипп.

Попадая с вдыхаемым воздухом на слизистую оболочку носа, вирусы проникают в поверхностные клетки, имеющие реснички, и там развиваются в течение 1–3 дней. В норме реснички совершают колебательные движения, благодаря чему и происходит механическое очищение носа от чужеродных агентов, которое предохраняет организм от возможного заражения микробами. Вирусы нарушают целостность слизистой оболочки дыхательных путей, она становится более проницаемой, и таким образом создаются условия для присоединения еще и бактериальной инфекции.

При возникновении заболевания поражаются сразу оба носовых хода. Появляются ощущение сухости и жжения в носу, чихание, першение в горле. Могут возникнуть головная боль, слабость, вялость. Через 1–2 дня начинаются обильные выделения из носа, сначала жидкие и прозрачные,

затем более густые, желто-зеленого цвета. Повышается температура тела до субфебрильных цифр (37,2–37,5 °С). Слизистая оболочка носа набухает, затрудняя дыхание, исчезает обоняние, ухудшается восприятие вкуса. В некоторых случаях присоединяются слезотечение, заложенность и шум в ушах.

Особенности ринита у грудных детей

Из-за узости носовых ходов незначительный отек слизистой оболочки ведет к нарушению дыхания через нос, что усложняет кормление, так как при сосании ребенок вынужден периодически дышать через рот. Это приводит к беспокойству, ухудшению сна, недоеданию, из-за чего малыш может похудеть. Кроме того, во время сна у таких детей появляются приступы удушья и одышки, а дыхание через рот способствует распространению заболевания на нижележащие отделы дыхательных путей.

Осложнения ринита

Острый средний отит. На фоне ОРВИ появляется нарастающая боль в ухе, затем она становится

нестерпимой, что лишает ребенка покоя. Грудной ребенок вертит головой, плачет. Возможно двигательное возбуждение. При появлении данных признаков (не дожидаясь появления гнойного отделяемого из уха, что указывает на наличие разрыва барабанной перепонки) требуется консультация отоларинголога для решения вопроса о необходимости госпитализации или возможности лечения малыша в домашних условиях.

Хронический ринит. Чаше развивается у детей 3–5 лет на фоне повторяющихся ринитов (до 12 раз в году). Основные жалобы: затрудненное носовое дыхание, попеременное закладывание одной из половин носа, выделения из полости носа. Обычно лечение проводится в амбулаторных условиях.

Синуситы. Нередко у детей раннего возраста протекают бессимптомно, что обусловлено неполным развитием околоносовых пазух в этом возрасте (чаще поражается решетчатая пазуха как наиболее развитая). Лечение синусита возможно в домашних условиях. При синусите температура тела достигает 38,0° С и выше, наблюдается беспокойство ребенка, имеются выделения из полости носа с примесью крови, требуется немедленная госпитализация.

Поскольку при насморке нарушается работа ресничек, направленная на удаление инородных микрочастиц, затрудняется и уда-

Действие 1



Эффективно снимает заложенность носа

Действие 2



Не вызывает сухость и жжение слизистой



Увлажняющая формула

ление потенциальных аллергенов: пыльцы растений, частичек шерсти животных, химических веществ, применяемых в быту. В связи с этим при частых ринитах возрастает вероятность развития у ребенка аллергических заболеваний.

Любое длительное нарушение дыхания через нос в детском возрасте изменяет процесс формирования лицевого скелета и грудной клетки, а также ведет к нарушению кислородного обмена, нарушению работы дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Страдает общее физическое развитие ребенка, он быстрее утомляется, нарушается его сон. Может снижаться память, возникать рассеянность, появиться неспособность сосредоточить внимание на чем-либо.

Кроме того, развитие воспалительного процесса в полости носа способно вызвать обострение хронических заболеваний, например заболеваний почек, бронхиальной астмы и др.

Терапия

Традиционная и до сегодняшнего дня одна из наиболее распространенных лекарственных форм для лечения ринитов — сосудосуживающие капли (деконгестанты). В большинстве случаев они представляют собой раствор действующего вещества в водной среде и относятся к фармакологической группе селективных $\alpha 1$ -адреномиметиков, избирательно влияющих на $\alpha 1$ -адренорецепторы, в результате чего:

- при местном применении оказывают сосудосуживающее действие;
- способствуют уменьшению отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа, уменьшают количество отделяемого секрета;
- облегчают носовое дыхание.

Однако следует помнить, что после применения деконгестантов возникает ощущение сухости

и жжения в носу, к тому же сосудосуживающий эффект этих веществ через некоторое время сменяется усилением притока крови к слизистой носа (реактивная гиперемия), и выделение секрета возобновляется. При длительном применении сосудосуживающих средств возможно нарушение нормального функционального состояния реснитчатого слоя и атрофия слизистой оболочки полости носа.

Компания «Новартис Консьюмер Хелс» (Швейцария) производит сосудосуживающие капли для лечения ринитов в детском возрасте — Отривин® (ксилометазолин), которые в отличие от других деконгестантов при использовании в терапевтических концентрациях не вызывают ощущения сухости, жжения в носу и гиперемии слизистой оболочки носовых ходов. Капли Отривин® оказывают двойное действие: эффективно снимают заложенность носа и смягчают слизистую оболочку его полости за счет наличия увлажняющей формулы. Действие препарата наступает через несколько минут после применения и продолжается в течение нескольких часов. При местном применении лекарство практически не абсорбируется, а его концентрация в плазме настолько мала, что ее невозможно определить современными аналитическими методами.

Отривин® подходит для применения у детей грудного возраста. Капли назальные для детей (0,05% раствор) назначают грудным детям и детям в возрасте до 6 лет по 1–2 капли в каждую половину носа 1–2 раза/сут (не следует применять более 3 раз/сут); детям старше 6 лет назначают по 2–3 капли в каждую половину носа 3–4 раза/сут. Капли назальные (0,1% раствор) назначают детям старше 6 лет по 2–3 капли в каждую половину носа 3–4 раза/сут. Отривин® показан для бережного лечения насморка у детей при ОРЗ с явлениями ринита, остром аллергическом рините, поллинозе,

синусите, евстахиите, среднем отите (для уменьшения отека слизистой носоглотки).

Для профилактики ринита у детей необходимо своевременно обращаться к специалистам при наличии патологии полости носа, рта и глотки (синусит, тонзиллит, фарингит, затрудненное носовое дыхание и т.п.). Важной мерой является систематическое закаливание, повышающее функциональные резервы организма и иммунитет.

Памятка для врачей

Правила применения сосудосуживающих капель.

Перед применением лекарственных средств для лечения ринита следует провести тщательный туалет носовой полости. Наиболее надежным и безопасным средством для обработки носовых ходов у маленьких детей является физиологический раствор (0,9% раствор поваренной соли).

Препарат закапывают в каждый носовой ход при запрокинутом положении головы (это положение сохраняют в течение нескольких минут).

При применении сосудосуживающих средств у детей обязательно следует обращать внимание на их концентрацию – не следует применять у детей препараты, предназначенные для взрослых.

При раздражении кожи у входа в нос ее следует смазывать вазелиновым маслом.

Сосудосуживающие капли не следует применять чаще чем 3–4 раза в день во избежание передозировки. Избыточное употребление препарата может привести к повреждению тканей носа. В связи с этим сосудосуживающие капли применяют не более 5–7 дней.

Яблонский С.В. Отривин® в лечении ринитов у детей//Практика педиатра. 2007. Декабрь. С. 34-36.

Прибегать к ним только в случае острой необходимости (для уточнения характера морфологических изменений в дыхательных путях, экстренного удаления корок и слизи, если этого не удастся добиться с помощью электроотсоса). Практика показывает, что при прямой ларингоскопии трудно бывает избежать дополнительного травмирования слизистой оболочки гортани, и, кроме того, сама манипуляция является тяжелым стрессом для ребенка, что нередко приводит к усилению асфиксии и ухудшению общего состояния.

При выборе метода восстановления проходимости дыхательных путей необходимо отдавать предпочтение назотрахеальной интубации как более щадящему и простому в исполнении методу, и только при отсутствии эффекта, а также при невозможности технического его исполнения прибегать сразу к трахеостомии. В особо тяжелых случаях нисходящего крупа (гнойно-некротический ларинготрахеобронхит) следует сразу прибегать к трахеотомии.

Важно также учитывать, что больные с гнойным ларинготрахеобронхитом плохо переносят пар, и поэтому их лечение проводится кислородно-медикаментозными аэрозолями, но без пара.

Частой ошибкой при лечении стеноза гортани III–IV степени следует считать и чрезмерное увлечение инфузионной терапией. В каждом конкретном случае расчет вводимой жидкости должен проводиться строго индивидуально. При этом необходимо учитывать наличие общетоксических проявлений и степень их выраженности, ведущий синдром и др.

При токсических формах гриппа, как известно, возникает нейротоксикоз с возможным развитием

отека — набухания головного мозга. К внутривенному введению жидкости в этих случаях надо вообще относиться крайне осторожно. Лечение обычно начинают с внутривенного введения осмодиуретиков (15% раствор маннитола в разовой дозе 1 г сухого вещества на 1 кг массы, лазикс в возрастной дозировке), после чего можно перелить низкомолекулярный коллоидный раствор (реополиглюкин), и только после этого при необходимости с максимальной осторожностью приступают к переливанию глюкозо-инсулино-калиевой смеси. Общий объем внутривенно вводимой жидкости у больных крупом не должен превышать 30–50 мл на 1 кг массы в сутки. Солевые растворы при этом заболевании вообще противопоказаны в связи с повышенной проницаемостью клеточных мембран ЦНС и опасностью усиления отека головного мозга.

При стенозе гортани, осложненном пневмонией, к проведению инфузионной терапии также следует относиться осторожно. В этих случаях особое значение приобретает постуральный дренаж с перкуссионным массажем грудной клетки, ингаляция средств, разжижающих мокроту, отсасывание слизи с помощью электроотсоса, интенсивное лечение антибиотиками и др.

Для предупреждения крупа решающее значение имеет профилактика гриппа и других ОРВИ. Особенно важно оберегать детей первых трех лет жизни во время эпидемий гриппа. Определенное значение может иметь закаливание детей, интраназальное распыление интерферона, дыхательная гимнастика, использование специфических средств профилактики гриппа, ОРВИ.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) — это инфекционные заболевания с фекально-оральным (энтеральным) механизмом заражения, вызываемые патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами, простейшими и клинически проявляющимися симптомами интоксикации, токсикоза и диарейным синдромом.

Этиологическая структура ОКИ у детей в различных возрастных группах неодинакова. У детей раннего, в том числе грудного возраста среди кишечных инфекций бактериальной этиологии доминируют: сальмонеллез, энтеропатогенный и энтеротоксигенный эшерихиоз, кишечные инфекции стафилококковой этиологии и ОКИ,

вызванные представителями условно-патогенной микрофлоры (клебсиелла, протей, энтеробактер и др.), а среди вирусной этиологии — ротавирусная инфекция.

Кишечные инфекции независимо от их этиологии у детей грудного возраста, как и в старших возрастных группах, сопровождаются общетоксическим синдромом (иначе называемым кишечным токсикозом) и местными проявлениями, связанными с вовлечением в патологический процесс различных отделов пищеварительного тракта (энтерит, колит, гастроэнтерит и др.). Ответная реакция организма на инфекционный агент носит как неспецифический (токсикоз, интоксикация), так



и специфический характер, определяемый патогенными свойствами конкретного возбудителя (инвазивность, способность к токсинообразованию и др.).

У детей грудного возраста кишечный токсикоз как неспецифическая ответная реакция организма на инфекционный агент и/или его токсические субстанции чаще всего клинически проявляется как токсикоз с эксикозом (синдром дегидратации), реже — как первичный нейротоксикоз, токсико-септическое или токсико-дистрофическое состояние.

При токсикозе с эксикозом ведущими являются обменные нарушения, связанные с обезвоживанием организма и потерей электролитов. Клинические проявления токсикоза с эксикозом характеризуются последовательной сменой ряда патологических симптомов. Первоначально превалируют нарушения функции желудочно-кишечного тракта (рвота, диарейный синдром), затем по мере увеличения дефицита воды и электролитов на первый план выступают симптомы обезвоживания и нарушения функции центральной нервной системы. Если токсикоз с эксикозом нарастают, появляются признаки недостаточности кровообращения, развиваются тканевая гипоксия и метаболический ацидоз, то усугубляются неврологические расстройства, что может привести к развитию комы, судорог и др. В тяжелых случаях развиваются надпочечниковая и почечная недостаточность, нарушения гомеостаза и реологических свойств крови (ДВС-синдром и др.), явления гиповолемического или инфекционно-токсического шока (ИТШ).

Изотонический тип обезвоживания (вне- и внутриклеточное обезвоживание с равномерной потерей воды и электролитов) встречается наиболее часто в начальном периоде ОКИ, не имеет четко очерченных, специфических клинических проявлений и соответствует (за исключением холеры) 1-й, реже 2-й степени обезвоживания. Первоначально, при наличии жидкого стула и рвоты, вода и соли теряются в физиологических пропорциях, и это состояние компенсируется, если дефицит жидкости не превышает 8–10% от массы тела ребенка.

Гипертонический тип (вододефицитный) токсикоза с эксикозом при ОКИ у детей грудного возраста встречается редко. Как правило, начинается остро, протекает бурно и сразу обращает на себя внимание окружающих. Наиболее характерными симптомами являются: гипертермический синдром, выраженная жажда, беспокойство ребенка, нередко возбуждение, нарушение сна. Сухожильные рефлексы повышены, иногда отмечается гиперестезия кожи. Тахикардия, тоны сердца ясные, громкие, пульс частый, но удовлетво-

рительного наполнения и напряжения. АД в пределах нормы или повышено. Кожа обычной окраски, конечности теплые или горячие на ощупь, слизистая оболочка полости рта розовая. Внешние признаки обезвоживания (сухость кожного покрова, слизистых оболочек и др.) выражены и соответствуют степени эксикоза. При этом виде токсикоза с эксикозом большой родничок у детей грудного возраста не бывает запавшим, чаще сглажен за счет увеличения массы ликвора. При увеличении осмотической концентрации ликвора появляются судороги, которые носят клонико-тонический характер и сопровождаются высокой температурой тела. Ребенок при этом лежит с запрокинутой головой, определяется ригидность затылочных мышц, но симптомы Кернига и Брудзинского отсутствуют. При люмбальной пункции ликвор вытекает под повышенным давлением, прозрачен, белок и цитоз в норме.

Гипотонический тип (соледефицитная дегидратация) развивается чаще всего постепенно. В клинической симптоматике ОКИ у детей грудного возраста доминируют рвота или срыгивания, которые носят упорный характер, имеет место выраженный диарейный синдром. При нарастании степени эксикоза и потери солей (главным образом калия) рвота становится неукротимой, не связанной с приемом пищи или питья, содержит примесь желчи, иногда крови (типа кофейной гущи). Потери солей сопровождаются снижением осмолярности плазмы крови и переходом воды и натрия из сосудистого русла в клетки — развивается внутриклеточная гипергидратация, гипернатриемия и внутриклеточная гипокалиемия. При этом типе эксикоза, в отличие от вододефицитной дегидратации, быстро развиваются декомпенсация кровообращения и снижение ОЦК, а внешние признаки эксикоза могут отсутствовать (кожный покров умеренной, обычной влажности или имеется пастозность тканей, кожная складка напоминает воск, остаются пальцевые вдавления). Уменьшение ОЦК сопровождается повышением показателей гематокрита, что удлиняет время кровообращения и приводит к артериальной гипотонии (падению АД), увеличению периферического сопротивления, ухудшению реологических свойств крови, развитию тканевой гипоксии, микроциркуляторных расстройств, гипокалиемии, метаболическому ацидозу и др.

При соледефицитном характере токсикоза с эксикозом дети, как правило, вялые, заторможенные, адинамичные. В тяжелых случаях развивается сопорозное, а затем и коматозное состояние. Жажда отсутствует. Температура тела обычно в пределах субфебрильной,



при нарастании степени дегидратации снижается вплоть до гипотермии. Сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют. Тахикардия сопровождается приглушением или глухостью сердечных тонов, АД в пределах нормы или снижено, пульс частый, но слабого наполнения и напряжения. Нарушение микроциркуляции проявляется бледностью кожного покрова, цианозом, сероватым или землистым цветом кожи, нередко «мраморным рисунком», конечности холодные на ощупь. Слизистая полости рта бледная. При гипокалиемии ниже 3 ммоль/л появляются расстройства нервно-мышечной возбудимости, сердечной недостаточности энергетически дефицитного характера, склонность к артериальной и мышечной гипотонии и развитию пареза кишечника. При нарастании эксикоза и гипокалиемии с внутриклеточной гипернатриемией и микроциркуляторных нарушений развивается отек мозга и судорожный синдром. Судороги носят тонический характер и не сопровождаются менингеальными симптомами. В отличие от гипертонической дегидратации, при относительной влажности кожного покрова и слизистых оболочек западение большого родничка отмечается довольно часто.

Степень обезвоживания ребенка при ОКИ определяется на основании двух параметров: взвешивания больного с определением дефицита массы тела по отношению к должествующей (или до заболевания) и на основании клинических проявлений эксикоза.

При 1-й степени токсикоза с эксикозом отмечается умеренная жажда, сухость слизистой оболочки полости рта, губ, беспокойство ребенка, умеренная тахикардия, не соответствующая температуре тела, незначительное снижение диуреза (сокращение частоты мочеиспусканий), стул жидкий, но не частый (до 5–7 раз в сутки), энтеритного характера. Общее состояние — средней тяжести, тургор тканей сохранен, АД — в пределах нормы, сердечная деятельность удовлетворительная. Дефицит массы тела за счет эксикоза до 5%.

При 2-й степени токсикоза с эксикозом имеет место сухость не только слизистой оболочки полости рта, но и кожного покрова (или пастозность тканей при соледефицитной дегидратации), эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожа легко собирается в складку, которая быстро расправляется. Отмечается западение глазных яблок (запавшие глаза), выбухание (или западение) большого родничка, заостряются черты лица. Имеют место гемодинамические (микроциркуляторные) нарушения — бледность кожного покрова, «мраморный» рисунок, симптом «белого пятна» (при надавливании

на коже длительно сохраняется белое пятно), холодные на ощупь конечности. Выражена тахикардия, глухость сердечных тонов, олигурия. Общее состояние больного средней тяжести или ближе к тяжелому. Клинически ОКИ проявляется частой или повторной рвотой, жидким обильным водянистым стулом (энтеритного или энтероколитного характера) с частотой до 10–15 раз в сутки. Потеря массы тела за счет обезвоживания составляет 6–9%.

При 3-й степени токсикоза с эксикозом, помимо сухости кожного покрова, слизистой оболочки полости рта, отмечается сухость склер, слизистой оболочки дыхательных путей, в первую очередь слизистой гортани (осипший голос вплоть до афонии). При дефиците массы тела за счет обезвоживания более 11–12% нарушается акт глотания (сухость слизистой пищевода), при 14–15% развивается алгидное состояние — прекращение рвоты и диареи, резкий цианоз и акроцианоз, падение АД, гипотермия, холодные конечности, и наступает летальный исход. При очень быстрой и массивной потере жидкости (например, при холере) алгидное состояние у детей грудного возраста может развиваться и при 10–12% дефицита массы тела. Состояние ребенка тяжелое, сознание нарушено, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, аритмия, выраженная одышка, нередко с нарушением ритма дыхания. Стул при этом очень частый (более 15–20 раз в сутки), обильный, водянистый, без каловых масс, отмечается многократная рвота, парез кишечника и нередко летальный исход.

Тяжелые формы токсикоза с эксикозом при кишечных инфекциях у детей нередко сопровождаются развитием шоковых состояний, таких как гиповолемический шок и наиболее тяжелая форма — инфекционно-токсический шок (ИТШ).

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМОВ ТОКСИКОЗА

Токсикоз — это неспецифическая ответная реакция организма на инфекционный агент и/или его токсические субстанции (эндо- и экзотоксины и др.). В основе этой реакции лежит триада симптомокомплексов: изменения со стороны терминального отдела сосудистого русла (капилляров), обменные нарушения, приводящие



к развитию интоксикации, эксикоза и наличие обязательных расстройств со стороны ЦНС.

Клиническим вариантом инфекционного токсикоза может быть **синдром нейротоксикоза** (токсическая энцефалопатия) — первичная неспецифическая ответная реакция организма на массивное внедрение в сосудистое русло микробных и/или вирусных токсических субстанций, оказывающих мобилизующую огромного количества БАВ (серотонина, интерлейкинов, гистамина и др.) и их повреждающее действие на эндотелий сосудов с развитием токсического отека мозга, гипертермии, судорог, нарушения функции сердца и легких — нейтрогенной тахикардии (синдрома Кишша) и гипервентиляционного синдрома. У детей грудного возраста нейротоксикоз развивается редко и только при пищевом пути инфицирования и массивной инвазии шигелл, реже — сальмонелл, эндотоксины которых обладают нейротропностью.

Критерии диагностики

- Острое, внезапное начало заболевания с гипертермического синдрома — стойкое повышение температуры больше 39°C, торпидной к действию жаропонижающих.
- Наличие общемозговых (головная боль, рвота и др.) и менингеальных (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского и др.) симптомов.
- Возбуждение, судорожная готовность (дрожание кончиков пальцев, подбородка) или клонико-тонические судороги.
- Бледность, мраморный рисунок кожи, цианоз, тахикардия, гипертония (или низкое АД).
- Возможно развитие метеоризма, пареза кишечника, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома, потери сознания.

Гипервентиляционный синдром при нейротоксикозе развивается у детей в результате чрезмерной стимуляции дыхания.

Клинические критерии диагностики: одышка, превышающая 80 в минуту, типа «загнанного зверя», нарастающий цианоз кожного покрова, беспокойство ребенка, поверхностное дыхание, развитие интерстициального отека легких токсико-гипоксического генеза.

Синдром нейтрогенной тахикардии (синдром Кишша) обусловлен повышенной чувствительностью сердца к симпатической стимуляции, что приводит к уменьшению объема сердечного выброса, снижению АД и коронарного кровообращения («ишемии миокарда»).

Критерии диагностики

- Появление приступов сердцебиений свыше 180 в минуту, сопровождающихся выраженным беспокойством ребенка.
- Бледность и цианоз кожного покрова.
- Набухание и пульсация яремных вен.
- Кряхтящее дыхание и раздувание крыльев носа.
- При отсутствии лечебных мероприятий возможны остановка сердца и отек легких.

Гиповолемический шок — клинический синдром, развивающийся при изотоническом или гипотоническом типе дегидратации (эксикозе 2–3 степени) в результате быстрой потери воды и электролитов при кишечных инфекциях, протекающих в тяжелой форме по типу энтерита или гастроэнтерита.

Критерии диагностики

- Выраженный цианоз кожного покрова.
- Сухость кожи и слизистых.
- Гипотермия, похолодание конечностей.
- Падение АД (ниже 60 мм рт. ст.).
- Тахикардия.
- Большой родничок западает.
- Возможны остановка дыхания, судороги.
- Потеря сознания.

Инфекционно-токсический шок (ИТШ) — генерализованная ответная реакция организма на массивное внедрение токсических начал: распадающихся в сосудистом русле бактерий и/или их токсинов, поступающих из очага воспаления (ЖКТ) и повреждающих эндотелий сосудов с развитием декомпенсированной полиорганной недостаточности, быстро прогрессирующей декомпенсации системного кровообращения, тканевой гипоксии и интоксикации. Ведущая роль в развитии ИТШ отводится образованию иммунных комплексов на поверхности клеток крови, эндотелия сосудов, что приводит к их распаду.

Клиническую картину шока определяют выраженные нарушения гемодинамики, обусловленные эндотоксемией, изменением проницаемости клеточных мембран, перемещением воды, альбумина, солей натрия в межклеточную жидкость и клетки, спазм артериол и парез капилляров, депонирование крови в сосудах брюшной полости, а также нередко развивающиеся острая почечная, надпочечниковая, сердечно-сосудистая недостаточность вплоть до кардиогенного шока, ДВС-синдрома и поражения ЦНС.



Критерии диагностики

- Быстрое нарастание признаков сосудистой недостаточности и микроциркуляторных нарушений у больного тяжелой формой ОКИ бактериальной этиологии.
- Бледность кожи, мраморный рисунок, сероватый цвет, появление пятен гипостаза, симптома «белого пятна», цианоза.
- Тахикардия, глухость тонов, падение АД.
- Нарушение сознания, вплоть до сопора и комы.
- Развитие полиорганной недостаточности (надпочечниковой, почечной, сердечно-сосудистой и др.).
- Появление признаков геморрагического синдрома (кожные проявления в виде петехиальной сыпи, спонтанные кровотечения и др.).
- Температура тела может быть как высокой, так и сниженной до гипотермии.
- В анализе крови: лейкоцитоз или лейкопения, анемия ($Hb < 100$ г/л), тромбоцитопения (менее 100×10^9 /л), палочкоядерный сдвиг до 30% и более.
- Признаки дегидратации могут быть как выраженными, так и отсутствовать.
- Клиническая картина напоминает сепсис.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ТОПИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Клинические проявления так называемого местного синдрома при ОКИ во многом зависят от патогенных свойств возбудителя (тропность к определенным отделам ЖКТ, способность к токсинообразованию, инвазивность и др.), топике поражения желудочно-кишечного тракта и могут проявляться симптомами гастрита, энтерита, гастроэнтерита, колита и т. д.

Гастрит — поражение желудка, сопровождающееся болями в эпигастральной области, тошнотой и повторной рвотой (или срыгиваниями) на фоне умеренной лихорадки и интоксикации. Возможно кратковременное разжижение стула. Гастрит как топический диагноз кишечной инфекции у детей грудного возраста встречается редко.

Энтерит — поражение тонкого отдела кишечника, проявляется нелокализованными (или часто вокруг пупка), постоянными или периодически повторяющимися, самостоятельными или при пальпации болями в животе; нередко явлениями метеоризма; жидким обильным,

водянистым, нередко пенистым стулом с неперева-ренными комочками пищи, желтого или желто-зеленого цвета с резким кислым запахом и небольшим количеством прозрачной слизи.

Гастроэнтерит — сочетание гастрита с энтеритом, наиболее часто встречающееся у детей грудного возраста при ротавирусной инфекции, энтеропатогенном эшерихиозе, сальмонеллезе, стафилококковой кишечной инфекции и др.

Колит — воспалительное поражение толстого отдела кишечника, сопровождающееся симптомами интоксикации, самостоятельными (или при пальпации), постоянными (или периодически повторяющимися) болями по ходу толстого кишечника и жидким необильным каловым стулом с неприятным запахом и патологическими примесями в виде мутной слизи, зелени, нередко крови в виде прожилок или примеси крови в фекалиях.

Энтероколит — одновременное поражение тонкой и толстой кишки в виде обильного жидкого калового стула с неприятным запахом. Помимо болевого синдрома, клинических проявлений токсико-за (или интоксикации) в испражнениях обязательно наличие мутной слизи в больших количествах. Нередко при энтероколитах в стуле присутствует не только слизь в больших количествах, но и зелень (стул типа «болотная тина» при сальмонеллезной этиологии) или кровь, что характерно для ОКИ, вызванных некротоксинпродуцирующими штаммами клостридий, кампилобактера, протей, синегнойной палочки и др.

Гастроэнтероколит — поражение всех отделов пищеварительного тракта, сопровождается повторной рвотой, болями в животе и симптомами энтероколита на фоне интоксикации, чаще встречается при сальмонеллезе, стафилококковой инфекции.

Дистальный колит — вовлечение в патологический процесс сигмовидной и прямой кишки. Клинический синдром, характерный главным образом для шигеллезов, проявляется самостоятельными (или при пальпации) болями в левой подвздошной области. Боли могут носить постоянный характер, но усиливаются или возникают только перед актом дефекации (тенезмы). Сигмовидная кишка при пальпации болезненная и спазмирована, имеют место явления сфинктерита, податливость или зияние ануса. Стул жидкий, частый, скудный с большим количеством мутной слизи, нередко зелени и крови (гемоколит). При тяжелых формах стул, как правило, теряет каловый характер, запах и может представлять собой «ректальный плевок» в виде мут-



ной слизи с примесью зелени и крови. Болезненные, нередко ложные позывы на дефекацию (тенезмы) — характерный признак дистального колита, независимо от его этиологии.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Шигеллезы (дизентерия)

Острые инфекционные заболевания человека с энтеральным (фекально-оральным) механизмом заражения, вызываемые бактериями рода шигелл, клинически проявляющиеся симптомами интоксикации, токсикоза и дистального колита (гемоколита).

Работами последних лет показано, что антитела к шигеллам представлены иммуноглобулинами класса G, которые передаются через плаценту. Однако низкий титр специфических антител в условиях высокого уровня заболеваемости шигеллезами не обеспечивает защиту от развития заболевания у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Кроме того, пассивный специфический иммунитет нестойк, малонапряжен и обычно полностью утрачивается к концу первого года жизни. Специфическая шигеллезная токсемия, клинически проявляющаяся как нейротоксикоз у детей старшего возраста, у детей первого года жизни встречается редко, и тяжесть токсического синдрома обусловлена главным образом обменными нарушениями, возникающими под воздействием эндотосина шигелл и воспалительного процесса в кишечнике, а также нарушением функции элиминационных органов и систем (печени, почек, РЭС и др.) и частым развитием токсикоза с эксикозом. Кроме того, при шигеллезах у детей раннего возраста, леченных антибиотиками, очень быстро развивается дисбактериоз кишечника, который нарушает многие функции организма, утяжеляет проявления основного заболевания и нередко служит причиной затяжного течения и даже развития токсико-дистрофического состояния.

Инкубационный период при шигеллезе зависит главным образом от пути инфицирования и дозы возбудителя. Обычно он колеблется от 6–8 часов до 7 дней, в среднем — 2–3 дня.

У детей первого года жизни и новорожденных клинические проявления шигеллезов в основном сохраняют типичные для данного заболевания черты.

Однако в связи с анатомо-физиологическими особенностями и своеобразием иммунологического реагирования шигеллез у них имеет некоторые особенности. Заболевание обычно начинается остро, но весь симптомокомплекс клинических проявлений развивается постепенно, в течение 3–4 дней может иметь место нарастание симптоматики, а колитический синдром имеет слабую выраженность. Стул чаще всего носит энтероколитный характер, примесь крови в испражнениях бывает редко, не в каждой порции, появляется не в первые дни, а спустя 2–3 дня. Испражнения не теряют калового характера и калового запаха и редко бывают скудными, однако в них всегда обнаруживаются патологические примеси (мутная слизь, зелень). Живот чаще всего вздут газами, урчит при пальпации, иногда увеличиваются размеры печени и селезенки. Вместо выраженных тенезмов наблюдаются их эквиваленты (беспокойство, плач и покраснение лица во время дефекации), почти всегда отмечается податливость или зияние ануса, явления сфинктерита.

В зависимости от тяжести заболевания интоксикация выражена в той или иной степени (вялость, снижение аппетита, срыгивания или рвота, нарушенный сон, лихорадка и др.). Тяжелые токсические формы шигеллеза у детей раннего возраста почти не встречаются, но удельный вес среднетяжелых и тяжелых форм с выраженным диарейным синдромом несколько выше, чем у детей старшего возраста. Частые срыгивания (или рвота), энтероколитный характер стула нередко приводят к развитию токсикоза с эксикозом (особенно при наложении ОРВИ или ротавирусной инфекции). В этих случаях состояние ребенка утяжеляется, появляются гемодинамические (микроциркуляторные) нарушения, возможны судороги, нарушение сознания. В ряде случаев при тяжелых формах шигеллезной инфекции, начиная со второго полугодия жизни, клинические проявления «местного» синдрома практически не отличаются от типичных форм у детей старшего возраста. У детей первого полугодия жизни шигеллезная инфекция может протекать и по типу диспепсии. В этих случаях шигеллез проявляется нарушением аппетита, нечастыми срыгиваниями, иногда рвотой и изменением частоты и характера испражнений: кашицеобразные или жидкие, непереваренные с патологическими примесями не в каждой порции, кровь в стуле отсутствует. Общее состояние страдает незначительно, повышение температуры тела только до субфебрильных значений или в пределах нормы.

Течение шигеллезов в большинстве случаев бывает острым, однако манифестный период болезни у детей



грудного возраста более продолжителен, а репарация кишечника наступает медленнее. Затяжному течению в большинстве случаев способствуют: присоединение ОРВИ с осложнениями (отит, пневмония и др.), нерациональная антибиотикотерапия, развитие кишечного дисбактериоза, супер- или реинфекция в стационаре или смешанная коинфекция, чаще всего бактериально-бактериальная (шигеллез плюс протеоз и др.), а у детей второго полугодия жизни — вирусно-бактериальная. Поэтому лечение детей с шигеллезами первого года жизни необходимо проводить в боксированных отделениях, а при легких и среднетяжелых формах — лучше на дому. Это оградит ребенка от суперинфекции и обеспечит быстрое выздоровление. В последние годы затяжное течение шигеллезов у детей чаще протекает в виде упорного бактериовыделения с непостоянными явлениями дисфункции кишечника и обусловлено главным образом недостаточным ответом в первую очередь местного, кишечного иммунитета и невозможностью быстрой элиминации возбудителя из организма.

Из эпидемиологических особенностей следует указать на то, что шигеллезы у детей раннего возраста встречаются значительно реже, чем у детей старших возрастных групп, составляя в среднем 3–5% от общего числа больных шигеллезом. Основным путем передачи инфекции при естественном вскармливании является контактно-бытовой. Сезонные колебания заболеваемости сглажены, и шигеллез у детей раннего возраста встречается круглый год. Летальность от шигеллезов в настоящее время обусловлена главным образом ранним детским возрастом и не превышает 0,05–0,1%.

Осложнения. Различают специфические осложнения, связанные с шигеллезной инфекцией, и неспецифические, обусловленные наложением вирусной или вирусно-бактериальной инфекции. К специфическим для шигеллеза осложнениям относят выпадение слизистой оболочки прямой кишки вследствие пареза сфинктера заднего прохода, динамическую кишечную непроходимость, инвагинацию, реактивный панкреатит. Другие специфические осложнения, как то: прободение кишечника и развитие перитонита, а также кишечное кровотечение, — у детей практически не встречаются.

Диагностика. Диагноз шигеллезов устанавливается на основании клинико-эпидемиологических данных и при обязательном лабораторном бактериологическом или серологическом подтверждении (РНГА, ИФА, РЛА и др.). Специфические антитела в крови больного шигеллезом появляются на 3–5-й день болезни и нарастают до максимума в течение 2–3 недель, а затем постепенно

снижаются. Однако у детей грудного возраста, особенно с неблагоприятным преморбидным фоном и при наложении ОРВИ, специфические антитела в крови не определяются или имеют низкие титры (1:50–1:100).

Дифференциальный диагноз. У детей раннего возраста шигеллез необходимо дифференцировать от простой диспепсии, сальмонеллеза, стафилококкового энтероколита, энтеропатогенного эшерихиоза, хирургической патологии органов брюшной полости и др.

При диспепсии расстройство стула возникает вслед за грубой погрешностью в питании, при этом общее состояние нарушается незначительно, температура тела не повышается, стул непереваренный, имеет кислый запах и содержит незначительную примесь прозрачной слизи и белые комочки (соли жирных кислот и мыла). Акт дефекации свободный, безболезненный, тенезмы отсутствуют. В копрограмме обнаруживается умеренное количество слизи, нейтральный жир, жирные кислоты (при перекармливании жирной пищей) или детрит, вне- и внутриклеточный крахмал (при перекармливании мучной пищей), данные о воспалительном процессе в кишечнике (лейкоциты, эритроциты и др.) отсутствуют. Разгрузка в питании в сочетании с пероральной регидратацией и устранение причины, вызвавшей диспепсию, приводят к быстрому купированию симптомов.

Сальмонеллезный энтероколит отличает от шигеллеза жидкий, обильный, нередко пенистого характера стул, напоминающий по цвету «болотную тину», отсутствие или позднее (на 3–5-й день) появление тенезмов (или их эквивалентов), наличие умеренного вздутия живота («полный живот»), густо обложенный язык, нередко — утолщенный и со следами зубов, увеличение размеров печени и селезенки. Повышение температуры тела, немотивированная рвота и токсикоз с экзикозом при сальмонеллезной инфекции более продолжительные (до 7–10-го дня болезни и более). Часто обращает внимание несоответствие между высокой температурой тела и относительно редким стулом.

В редких случаях у детей раннего возраста возникает необходимость дифференцировать шигеллез от **инвагинации**. Общими симптомами являются: беспокойство ребенка, боли в животе, учащенный слизисто-кровянистый стул. Инвагинацию отличает внезапное начало с приступообразными болями в животе, среди полного здоровья и при нормальной температуре тела, многократная рвота, уменьшение, а затем и полное исчезновение каловых масс и превращение испражнений в слизь с примесью алой крови, небольшое вздутие



живота, усиление перистальтики выше инвагината, обнаружение мягкоэластичной, подвижной опухоли в животе. Важно учитывать, что инвагинация может развиваться и на фоне шигеллеза, особенно у детей при выраженном колитическом синдроме.

Острый аппендицит при ретроцекальном расположении червеобразного отростка также может сопровождаться жидким стулом с примесью слизи и зелени. Но в этих случаях боли в животе имеют постоянный характер, нарастают в динамике, локализируются преимущественно в правой половине живота, где можно определить локальное мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины. Для острого аппендицита характерны также вынужденное положение (на правом боку), густо обложенный, сухой, шершавый язык, учащение пульса (пульс отстает от температуры тела), нарастающий лейкоцитоз и рвота.

В практической работе большие трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике шигеллезов у детей с балантидиазом, амёбной дизентерией, гельминтозами и др. Балантидиаз отличает от шигеллеза характерный стул (жидкий, обильный, иногда сероватого или желтовато-зеленого цвета с прожилками крови), болезненность и урчание при пальпации слепой кишки и волнообразное течение заболевания. При ректороманоскопии обнаруживаются белые рыхлые наложения на слизистой оболочке кишечника, очаговые изменения в виде инфильтратов и своеобразных язв округлой формы с подрытыми краями на фоне неизменной слизистой оболочки дистальных отделов толстого кишечника.

Лечение шигеллезов у детей грудного возраста проводится по общим принципам для кишечных инфекций бактериальной этиологии (диета, пероральная регидратация, ферменты, симптоматические средства и др.). Антибиотики назначаются при тяжелых формах, а также по показаниям и при среднетяжелых (неблагоприятный преморбидный фон, сопутствующая патология и др.). При легких и среднетяжелых формах шигеллезов можно в качестве средств этиотропной терапии использовать кишечные антисептики (энтерофурил суспензия, фуразолидон, гентамицин *per os* и др.), пробиотики (пробифор, бифидумбактерин форте, биоспорин и др.) или энтеросорбенты (смекта, энтеросгель).

Эшерихиозы

Острые инфекционные заболевания, преимущественно детей раннего возраста, вызываемые различными сероварами кишечной палочки и харак-

теризующиеся локализацией патологического процесса в желудочно-кишечном тракте с развитием инфекционно-токсического и диарейного синдромов, реже — поражением других органов или генерализацией процесса вплоть до сепсиса.

В зависимости от наличия тех или иных факторов патогенности (адгезивность, колициногенность, инвазивность, способность к экзотоксинообразованию и др.), антигенного строения, по существующей классификации (ВОЗ, 1981) все эшерихии, вызывающие заболевания у человека, условно делят на три группы: энтеропатогенные (ЭПЭ), энтероинвазивные (ЭИЭ), энтеротоксигенные (ЭТЭ) и энтерогеморрагические (ЭГЭ). Заболевания, вызываемые каждой группой эшерихий, характеризуются существенными клинико-эпидемиологическими особенностями и должны рассматриваться отдельно как энтеропатогенный, энтероинвазивный, энтеротоксигенный и энтерогеморрагический эшерихиозы.

Энтеропатогенный эшерихиоз имеет широкое распространение, особенно у детей в возрасте 3–12 месяцев с неблагоприятным преморбидным фоном, ослабленных различными интеркуррентными заболеваниями, находящихся на искусственном вскармливании. Болеют и новорожденные, особенно недоношенные или из группы риска. Заболевания встречаются как в виде sporadic случаев, так и эпидемических вспышек, обычно возникающих в соматических стационарах, родильных домах, отделениях для новорожденных.

Источником инфекции являются главным образом дети в остром периоде заболевания, когда они выделяют в окружающую среду огромное количество ЭПЭ, которые могут длительно (до 2–5 месяцев) сохраняться на предметах обихода, игрушках, белье, посуде. В распространении инфекции решающая роль принадлежит взрослым при несоблюдении ими личной гигиены (мытьё рук) и противоэпидемического режима в детских учреждениях.

Заражение происходит почти исключительно экзогенным, преимущественно контактно-бытовым путем. Реже имеет место пищевой путь инфицирования через продукты детского питания (молочные смеси, соки и др.) — в этих случаях возникают эпидемические вспышки и тяжелые формы болезни. Доказана возможность воздушно-пылевого пути передачи, не исключаются заражения через воду, а также при проведении различных медицинских манипуляций (через катетеры, трубки и др.). При наличии у матери инфекции мочевыводящих путей или бессимптомном носительстве



ЭПЭ возможно заражение ребенка и в момент родов. Энтеропатогенный эшерихиоз встречается в течение всего года и не имеет четко выраженной сезонности, характерной для других ОКИ. Заболевание характеризуется высокой контагиозностью и быстрым распространением при несоблюдении мер профилактики, при этом часто возникают тяжелые формы болезни, особенно вызванные сероваром 0111:H2.

Высокая восприимчивость к ЭПЭ у детей первого года жизни объясняется рядом причин: отсутствием пассивного иммунитета к ЭПЭ (антитела к ЭПЭ относятся к иммуноглобулинам класса М, которые не проходят через плаценту), анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта (пониженная активность и бактерицидность ферментов желудка, поджелудочной железы, кишечника, повышенная проницаемость и ранимость кишечной стенки), состоянием нормофлоры кишечника. Факторами, предрасполагающими к инфицированию, являются неблагоприятный преморбидный фон (гипотрофия, рахит, анемия), искусственное или раннее смешанное вскармливание, незрелость органов иммунологической реактивности.

Мощным средством защиты от ЭПЭ является естественное вскармливание. Женское молоко содержит секреторные IgA, которые устойчивы к действию ферментов пищеварительного тракта и препятствуют адгезии ЭПЭ к поверхности энтероцитов тонкого кишечника. Кроме того, в женском молоке имеются факторы неспецифической защиты — лактоферрин (препятствующий росту ЭПЭ), лизоцим (обладающий бактерицидными свойствами), бифидогенные факторы, способствующие колонизации кишечника ребенка бифидобактериями, активными антагонистами ЭПЭ, а также В-лимфоциты, макрофаги и др.

Входными воротами инфекции является желудочно-кишечный тракт. ЭПЭ попадают в организм через рот, затем почти без потерь преодолевают желудок и оказываются в тонком кишечнике. Обладая цитотоксичностью и ограниченной инвазивностью, ЭПЭ колонизируют слизистую оболочку тонкого кишечника, вызывая повреждение и отторжение участков апикальной цитоплазмы, слущивание отдельных эпителиоцитов и их групп с развитием эрозий и умеренного воспаления. Обычно колонизация и размножение ЭПЭ осуществляется на поверхности энтероцитов, а проникшие в клетку микробы разрушаются. Наиболее цитотоксичные (эпидемические) штаммы могут транспортироваться фагосомоподобными вакуолями через эпителиальную клетку в подлежащую ткань (подобно сальмонеллам), приводя

к транзиторной бактериемии. Бактериemia при энтеропатогенном эшерихиозе наблюдается главным образом у новорожденных и детей первых месяцев жизни при тяжелых токсико-септических формах. Несовершенство иммунной системы и анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта способствуют проникновению ЭПЭ в кровь, ликвор, мозговые оболочки, легкие, почки и другие органы с возможным развитием гнойно-септических процессов, вплоть до коли-сепсиса и летального исхода.

Размножающиеся на поверхности эпителия тонкого кишечника ЭПЭ, их эндотоксины и токсические соединения (типа индола, скатола), а также гистамин, ингибиторы холинэстеразы, ферменты (муциназа, лидаза, протеаза и др.) вызывают развитие воспалительного процесса с нарушением как внутрисполостного, так и мембранного пищеварения, всасывания пищевых ингредиентов, в том числе воды и электролитов, что в конечном итоге приводит к развитию диарейного синдрома. Образующиеся в результате гибели ЭПЭ эндотоксины и другие токсические субстанции, всасываясь в кровь, вызывают тяжелые сосудистые расстройства, нарушают функцию различных органов и систем (печени, почек, сердца и др.), вплоть до развития эндотоксического шока. В тяжелых случаях ввиду эндотоксинемии происходит значительное повреждение всех клеточных мембран, что приводит к резкому повышению их проницаемости, развитию внутриклеточной гипокалиемии с одновременным накоплением воды в клетках. Клинически это может проявляться появлением пастозности тканей, признаков гипокалиемии и даже набухания и отека мозга. Потеря воды и электролитов при выраженном диарейном синдроме и рвоте приводят к обезвоживанию организма — токсикозу с эксикозом, чаще всего соледефицитного характера (гипотонический тип). При этом падает объем циркулирующей крови (ОЦК), в крови и тканях накапливаются недоокисленные продукты обмена, нарастают явления метаболического ацидоза, гипоксии, возникают или усиливаются явления сердечно-сосудистой недостаточности и микроциркуляторные расстройства. Нарушение гемодинамики с падением АД приводит к уменьшению фильтрационной и реабсорбционной функции почек — возникает олигурия (или анурия), уменьшается выделение с мочой токсических метаболитов и бактериальных эндотоксинов. Создается порочный круг.

Наибольшие морфологические изменения обнаруживаются в тонком кишечнике. По характеру патологических изменений возникает катарально-



десквамативный, реже — геморрагический и некротический энтерит с тромбозом сосудов брыжейки и кишки. Характерным является и развитие пневматоза в подслизистом слое, реже — под серозным покровом тонкой кишки. Образование пузырей газа (пневматоз) в слизистой оболочке кишки объясняется способностью эшерихий к газообразованию при размножении в подслизистом слое. Некоторые исследователи объясняют наличие пневматоза кишечника механическим проникновением газа из просвета кишечника в подслизистый слой за счет выраженного метеоризма, усиления перистальтики и проникновения газа через дефекты слизистой оболочки.

Клинические проявления. Инкубационный период длится около 5–8 дней. У новорожденных и ослабленных детей, а также при массивном инфицировании он может укорачиваться до 1–2 дней. Заболевание может начинаться как остро (при массивной инвазии и пищевом пути инфицирования), так и постепенно, с явлений энтерита (чаще всего при контактно-бытовом пути инфицирования). При этом испражнения обычно водянистые, желтого или оранжевого цвета, с примесью небольшого количества прозрачной слизи, обильные, перемешанные с калом и водой («жидкая кашица»), иногда брызжущие, смачивают всю пеленку. На пеленке после впитывания воды стул часто кажется нормальным, слизь исчезает. Испражнения могут быть кашицеобразными, пенистыми, с примесью небольшого количества зелени.

Наиболее постоянным симптомом является рвота 1–2 раза в сутки или срыгивания, которые появляются уже с первого дня болезни и носят упорный характер. Все клинические симптомы обычно нарастают постепенно и максимально выражены на 5–7-й день болезни — ухудшается состояние, усиливается адинамия, снижается аппетит, вплоть до анорексии, увеличивается частота срыгиваний (или рвоты). Температура тела держится на субфебрильных (или фебрильных) цифрах до 1–2 недель и более, стул учащается до 10–15 и более раз в сутки, нарастают симптомы обезвоживания. Токсикоз с эксикозом развивается у большинства детей, нередко достигая 2–3-й степени (с дефицитом массы тела более 10%) и чаще всего носит соледефицитный характер. У этих детей отмечается субнормальная температура тела, холодные конечности, акроцианоз, токсическое дыхание, тахикардия и глухость сердечных тонов, нередко — затемнение или потеря сознания, судороги. Слизистые оболочки сухие, яркие, кожная складка не расправляется, большой родничок западает.

Возможно развитие острой почечной, надпочечниковой недостаточности, ДВС-синдрома и инфекционно-токсического шока.

При внешнем осмотре обращает внимание вздутие живота (метеоризм), урчание по ходу тонкого кишечника, бледность кожного покрова. Размеры печени и селезенки увеличиваются только при тяжелых, токсико-септических формах болезни или при развитии сепсиса. Анус сомкнут, кожа вокруг ануса и на ягодицах раздражена, вплоть до мацерации. Степень выраженности симптомов интоксикации, эксикоза и диарейного синдрома существенно варьирует от легчайших до очень тяжелых, нередко приводящих к летальному исходу.

При легкой форме энтеропатогенного эшерихиоза общее состояние нарушается незначительно или вообще не страдает. Температура тела остается в пределах нормы или субфебрильных значений. Имеют место несущественное снижение аппетита, срыгивания, периодическое беспокойство ребенка и нарушенный сон. Стул — до 3–5 раз в сутки, кашицеобразный или разжижен, непереваренный с белыми комочками. Дисфункция кишечника продолжается не более одной недели.

Среднетяжелая форма болезни характеризуется высокой температурой тела (38–39°C), умеренно выраженными симптомами интоксикации: вялость, адинамия, нарушение сна, снижение аппетита, бледность кожного покрова, обложенность языка. Имеют место нечастые (1–2 раза в сутки) срыгивания или рвота, стул учащается до 10–12 раз в сутки, водянистый с небольшим количеством белесоватых комочков и прозрачной слизи, обильный. Живот вздут газами. Развивается токсикоз с эксикозом 1–2-й степени с характерными клиническими проявлениями. Проведение адекватной регидратационной терапии приводит к быстрому улучшению состояния, так как тяжесть состояния ребенка определяет в основном токсикоз с эксикозом.

Тяжелая форма чаще обусловлена сероварами ЭПЭ 0111, 026 и 055. Отличается острым началом заболевания, выраженными симптомами интоксикации и развитием токсикоза с эксикозом 2–3 степени. Температура тела в начале заболевания повышается до 39–40 °C, а с развитием тяжелого обезвоживания падает до нормальных и субнормальных значений (гипотермия). Отмечается упорная рвота до 4–5 раз в сутки, анорексия, резкая бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, нередко мраморность и акроцианоз. Стул частый (до 15–20 и более раз в сутки), испражнения обильные, водянистые, непереваренные, нередко пенистые, с большими примесями каловых масс и прозрачной слизи.



Живот резко вздут газами, при пальпации отмечается урчание во всех отделах. Характерны тахикардия, глухость сердечных тонов, снижение АД, одышка, сухость слизистых оболочек полости рта, склер, гортани (осипший голос). Кожные покровы чаще всего обычной влажности или пастозны. Возможно развитие коматозного состояния, судорог. Тяжесть заболевания определяется развитием тяжелого обезвоживания, тогда как явления интоксикации отступают на второй план.

Течение и исходы. Для энтеропатогенного эшерихиоза характерно острое течение. Продолжительность клинической симптоматики колеблется от нескольких дней до 2–3 недель и более. В тяжелых случаях процесс выздоровления затягивается. Повторные волны и обострения обычно связаны с наложением интеркуррентных заболеваний (ОРВИ, пневмония, отит и др.) или другой бактериальной или вирусной кишечной инфекции. Затяжное течение без суперинфекции отмечается редко и встречается у детей ослабленных, часто болеющих, страдающих гипотрофией и иммунологической недостаточностью. О затяжном течении энтеропатогенного эшерихиоза можно говорить лишь в тех случаях, когда процесс затягивается более одного месяца и при этом полностью исключаются супер- или реинфицирование другими патогенными штаммами эшерихий или наложение других возбудителей кишечных инфекций. Затяжному течению способствует и развивающийся дисбактериоз кишечника как результат нерационального использования антибиотиков в лечении эшерихиоза.

При тяжелых формах заболевания, особенно у детей первых месяцев жизни и новорожденных, может иметь место генерализация процесса из кишечника (первичного очага), вплоть до развития сепсиса с очагами воспаления в различных органах (менингит, энцефалит, пневмония, инфекция мочевыводящих путей и др.). Причиной летального исхода может быть тяжелый токсикоз с эксикозом, нарушение межклеточного обмена и весьма часто наложение другой кишечной или вирусной инфекции (шигеллез, сальмонеллез, грипп и др.).

У новорожденных и недоношенных детей энтеропатогенный эшерихиоз чаще всего возникает как внутрибольничная инфекция в роддомах и в отделениях для выхаживания недоношенных. В этих случаях заболевание чаще всего вызывается антибиотикорезистентными («госпитальными») штаммами эшерихий и имеет склонность к генерализации с частым развитием гнойного менингита и сепсиса, тогда как диарейный синдром возникает редко. Эшерихиозные менингиты

протекают тяжело, характеризуются высокой летальностью и наличием большого количества остаточных явлений, вплоть до развития гидроцефалии.

Септические и токсико-септические формы эшерихиоза проявляются частой рвотой или срыгиваниями, высокой лихорадкой с большими размахами температуры тела в течение суток, обильными, частыми испражнениями с небольшой примесью слизи. При обследовании больного выявляются гнойные очаги инфекции (гнойный менингит, абсцессы, пневмония, отит, пиелонефрит, нефрит и др.), в посевах гноя из воспалительных очагов, ликвора и крови обнаруживается ЭПЭ и нередко другая микробная флора (стафилококк, синегнойная палочка, клебсиелла, энтерококки).

Диагностика. Бактериологический метод диагностики является ведущим. Положительные результаты бактериологического исследования не превышают 50–60%. Серологические методы исследования у новорожденных и детей первых месяцев жизни, как правило, дают отрицательный результат. РПГА у детей со второго полугодия жизни имеет практическое значение лишь при нарастании титра специфических антител в динамике заболевания.

Дифференциальный диагноз. Энтеропатогенный эшерихиоз прежде всего дифференцируют у детей грудного возраста от функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (диспепсия, различные ферментопатии и др.), а также от сальмонеллеза, кишечной инфекции стафилококковой этиологии, вирусных диарей и др.

Кишечная инфекция стафилококковой этиологии обычно встречается у детей раннего возраста и, как правило, связана с заболеваниями у матери (мастит, ангина, гнойничковые поражения кожи и др.). Нередко поражение кишечника (энтерит, гастроэнтерит) у ребенка возникает вторично, вслед за стафилококковой инфекцией другой, не кишечной локализации (омфалит, стафилодермия и др.). Заболевание начинается постепенно, с медленного прогрессирования дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта. Состояние больного относительно долго остается удовлетворительным. Однако в последующем стул все больше учащается, становится жидким, с примесью слизи, зелени, нередко с прожилками крови. Часто отмечается субфебрильная температура тела, уплощается весовая кривая, а затем, при отсутствии адекватного лечения, может появиться рвота, вздутие живота, резкое падение массы тела как за счет эксикоза, так и гипотрофии. В отличие от энтеропатогенного эшерихиоза заболевание имеет волнообраз-



ное течение с длительным (в течение нескольких недель) субфебрилитетом, неустойчивым характером стула, в ряде случаев — развитием вторичных гнойных очагов инфекции (отит, пневмония), вплоть до сепсиса.

Вирусные диареи, если они возникают у больных аденовирусной или энтеровирусной инфекцией, можно заподозрить при наличии у ребенка катаральных явлений и других свойственных этим заболеваниям клинических симптомов (конъюнктивит, герпетическая ангина, миалгия и др.). Сложнее дифференцировать энтеропатогенный эшерихиоз от ротавирусного гастроэнтерита. В этих случаях необходимо учитывать эпиданамнез, возраст ребенка, время года, а также то, что ротавирусная инфекция начинается всегда остро с рвоты, водянистой диареи, имеет менее продолжительное течение (5–7 дней) и выраженную осенне-зимнюю сезонность.

Лечение ЭПЭ проводится по общим принципам для кишечных инфекций бактериальной этиологии (диета, ферменты, регидратация и др.). Из средств этиотропной терапии при тяжелых формах заболевания, особенно при наличии осложнений бактериальной природы (отит, пневмония и др.), назначают антибиотики или химиопрепараты. Антибиотикотерапия показана также и при среднетяжелых формах у новорожденных и детей первых месяцев жизни из-за опасности генерализации процесса. Назначают аминогликозиды (гентамицин, амикацин), карбенициллин, цефалоспорины (цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон и др.), а также химиопрепараты — эрцефурил, лидаприм. При легких формах заболевания назначение антибиотиков нецелесообразно. Из средств специфической этиотропной терапии энтеропатогенного эшерихиоза хороший результат получен нами при применении противополипротенового лактоглобулина (сухого, энтерально-го, полученного из молозива коров). Специфическим фактором лактоглобулина являются иммуноглобулины молозива, содержащие антитела к ЭПЭ (серогрупп 026, 055, 0111, 0119 и др.) и протее в разведении не ниже 1:800. Лечение лактоглобулином проводят на фоне общепринятой терапии (антибактериальной, симптоматической и др.). Детям в возрасте до 6 месяцев препарат назначают с первых дней болезни по 1–2 дозы два раза в день за 20–30 минут до кормления ребенка, детям старше 6 месяцев — по 2 дозы два раза в день. Курс лечения — 7–14 дней. При тяжелых формах заболевания кратность введения увеличивается до трех раз в день и увеличивается курс лечения. Эффективным оказалось также включение в комплексную терапию

ЭПЭ препарата КИП (содержит высокие титры специфических антител класса IgA и IgM к эшерихиям) по одной дозе 2–3 раза в день 5–7 дней.

При бактериологическом подтверждении энтеропатогенного эшерихиоза (или при бактериовыделении) назначают колипротейный бактериофаг. Детям до 6 месяцев — по 10 мл 2 раза в день за 20–30 минут до еды, от 6 месяцев до 1 года — по 15–20 мл 2 раза в день. Курс лечения — 3–5 дней, затем перерыв на 3 дня и повторный курс. Всего — 2–3 курса лечения.

Энтероинвазивный эшерихиоз у детей грудного возраста встречается редко и имеет, в отличие от детей старшего возраста, у которых этот эшерихиоз протекает как дизентериеподобная форма, некоторые клинические особенности. Начало заболевания чаще всего постепенное, имеют место выраженные симптомы интоксикации (лихорадка, рвота и др.). Стул чаще носит энтеритный характер (или энтероколитный), нередко развивается и обезвоживание организма (токсикоз с эксикозом). По тяжести, в отличие от детей старшего возраста, заболевание протекает в основном как среднетяжелая или тяжелая форма болезни. Лихорадочный период составляет 3–7 дней, иногда затягивается до двух недель. Симптомы интоксикации и обезвоживания нарастают в динамике заболевания и могут сохраняться до 5–7 и более дней. Рвота или срыгивания в первые 1–2 дня болезни наблюдаются у большинства больных. Жидкий, водянистый стул с примесью слизи, иногда зелени, появляется уже с первых дней болезни (до 3–5 раз в сутки), затем учащается и принимает энтероколитный характер. Нормализация частоты и характера стула затягивается до 1–2 недель. По характеру течения и клинической симптоматике энтероинвазивный эшерихиоз у детей грудного возраста практически неотличим от энтеропатогенного эшерихиоза и желудочно-кишечных форм сальмонеллеза. Окончательный диагноз устанавливается только на основании данных лабораторных методов исследования.

Энтеротоксигенный эшерихиоз имеет широкое распространение во всем мире, особенно в странах Азии, Африки и Латинской Америки. В последние годы этот эшерихиоз стал регистрироваться и в нашей стране, и главным образом у детей грудного возраста.

Основной путь инфицирования — пищевой. Возможна также передача инфекции через воду и контактным путем. Важно, что в пищевых продуктах происходит накопление возбудителя и его экзотоксигенов. Иногда заболевание может вызываться только экзотоксином без присутствия возбудителя. Обычно



это возникает в тех случаях, когда в инфицированном продукте накопилось большое количество экзотоксина и при этом продукт не подвергся тщательной термической обработке.

Заболевание чаще регистрируется в летне-осенний период. Входными воротами инфекции является желудочно-кишечный тракт. ЭТЭ живут и размножаются только в тонком отделе кишечника, и поэтому заболевание протекает по типу энтерита или гастроэнтерита, а по клиническим проявлениям напоминает холеру. ЭТЭ не обладают инвазивностью, а размножаются на поверхности микроворсинок без развития воспалительного процесса. В ходе колонизации поверхности микроворсинок тонкого кишечника ЭТЭ начинается и прогрессирует гиперсекреция эпителия, нарушается всасывание воды и электролитов из просвета кишечника, что обусловлено цитотоническим (стимулирующим) действием экзотоксина, выделяемых микробами. Термостабильная фракция энтеротоксина, подобно холерогену, активирует аденилатциклазу клеточных мембран энтероцитов, что приводит к усиленному образованию циклического 3-5-аденозинмонофосфата (цАМФ) из аденозин-3-фосфата. Увеличение концентрации цАМФ в энтероцитах влечет за собой резкое усиление секреции воды и электролитов в просвет кишечника, что и является основной причиной развития «водянистой» диареи. Термостабильная фракция экзотоксина воздействует через циклический 3-5-гуанидинмонофосфат (цГМФ). Активируя гуанилат-циклазу (фермент, катализирующий синтез цАМФ в энтероцитах), термостабильный экзотоксин вызывает неуправляемое истечение воды и электролитов в просвет кишечника и нарушение их всасывания в кровь. При заражении культурами ЭТЭ, вырабатывающих оба или только термостабильный экзотоксин, развивается холероподобная диарея: без температурной реакции и выраженной интоксикации, но со значительными нарушениями водноэлектролитного обмена и быстрым развитием токсикоза с эксикозом, который и определяет тяжесть заболевания.

Инкубационный период короткий — от нескольких часов до 1–2 суток. **Клинические проявления** энтеротоксигенного эшерихиоза варьируют от легких форм с умеренной диареей до тяжелого холероподобного заболевания с возможностью летального исхода уже на первые-вторые сутки от начала заболевания. Начало болезни, как правило, острое, с «водянистой» диареей. Диарейный синдром появляется одновременно с рвотой или несколько часов спустя. Температура тела чаще всего остается в пределах субфебрильных значений

или нормальная, что сближает данное заболевание с холерой. При пальпации живота можно отметить урчание по ходу тонкого кишечника (по всему животу). Испражнения лишены специфического калового запаха. В тяжелых случаях частота стула достигает 15–20 и более раз в сутки. Патологические примеси в испражнениях отсутствуют. Частая рвота и обильный водянистый стул быстро приводят к развитию обезвоживания и утяжелению состояния больного. Общая продолжительность заболевания обычно не превышает 5–10 дней и в большинстве случаев даже без лечения наступает выздоровление. Однако у детей первых двух лет жизни с эксикозом 2–3-й степени возможен и летальный исход.

Диагноз энтеротоксигенного эшерихиоза устанавливается только на основании лабораторных методов исследования: выделение ЭТЭ при условии массивности их роста 10⁶/КОЕ/г и выше и способности к продукции экзотоксина. Обычное серотипирование эшерихий, проводимое в рядовых бактериологических лабораториях, может быть с успехом использовано для диагностики и энтеротоксигенного эшерихиоза.

Дифференциальная диагностика ЭТЭ в первую очередь проводится с кишечными инфекциями, для которых характерна «водянистая» диарея (ротавирусная инфекция, холера и др.). Важно учитывать эпиданамез, возраст ребенка, сезон года и др. При **холере** заболевание начинается с диарейного синдрома, а затем при прогрессировании обезвоживания присоединяется рвота и очень быстро (в течение нескольких часов) токсикоз с эксикозом достигает 2–3-й степени и сопровождается гипотермией и выраженными гемодинамическими нарушениями, вплоть до алгидного состояния.

Лечение проводится в соответствии с тяжестью состояния больного и включает диетотерапию, оральную регидратацию, а при тяжелых формах — парентеральную регидратацию. Назначение антибактериальных препаратов считается нецелесообразным.

Энтерогеморрагический эшерихиоз встречается как в виде спорадических заболеваний, так и эпидемических вспышек. Основной путь инфицирования — пищевой. Дети грудного возраста болеют редко. Основной отличительной особенностью энтерогеморрагических эшерихий (ЭГЭ) является их способность продуцировать экзотоксин — вероцитотоксин (шига-токсин), оказывающий патологическое воздействие не только на кишечную стенку, но и другие органы и ткани (почки, систему кроветворения и др.). Способность к выработке в процессе размножения экзотоксина установлена у эше-



рихий сероваров 0157:H, 026:H11, а также у некоторых штаммов эшерихий 0111, 0113, 0121, 0126 и 0145.

Клиническая картина заболевания полиморфна — от бессимптомной инфекции и легкой диареи, до тяжелого патологического процесса, протекающего с явлениями геморрагического колита (гемоколита), гемолитико-уремического синдрома (синдрома Гассера) и тромбоцитопенической пурпуры, рассматривавшихся ранее как самостоятельные, не связанные между собой заболевания. Манифестные варианты ЭГЭ, как правило, начинаются с дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта — по типу энтерита или энтероколита. В начале заболевания стул не частый (3–5 раз в сутки), кашицеобразный или водянистый, без патологических примесей, симптомы интоксикации слабо или умеренно выражены (вялость, снижение аппетита, субфебрилитет и др.). Рвота чаще всего отсутствует. На 3–5-й день болезни состояние ребенка может ухудшиться за счет нарастания вялости, слабости, присоединения рвоты. При осмотре обращает внимание бледность кожного покрова, появление в испражнениях крови в больших количествах и снижение диуреза. Если заболевание прогрессирует, то появляются клинические и лабораторные признаки гемолитико-уремического синдрома (микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения и острая почечная недостаточность). Частота развития синдрома Гассера при эпидемических вспышках ЭГЭ колеблется от 0% до 100%.

В ряде случаев начало заболевания (первые 3–5 дней) характеризуется клиническими симптомами кишечной инфекции, протекающей с явлениями колита, в том числе и «дистального». В этих случаях клиническая симптоматика напоминает легкую или среднетяжелую форму дизентерии — имеют место умеренной выраженности симптомы интоксикации и колитический синдром. При прогрессировании патологического процесса, чаще всего на 3–5-й день болезни, увеличивается количество крови в испражнениях (алая кровь или сгустки), появляется бледность кожного покрова, олигурия и развивается клиническая картина гемолитико-уремического синдрома. Если не провести адекватную терапию (гемодиализ), заболевание может закончиться летально.

Сальмонеллез

Острое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое многочисленными сероварами сальмонелл и протекающее у детей грудного возраста чаще всего в виде гастроинтестинальных, реже — септи-

ческих форм. Тифоподобные формы сальмонеллеза у детей грудного возраста практически не встречаются.

Основная заболеваемость по Российской Федерации, как и в прежние годы, падает на детей дошкольного возраста (65%), ведущим возбудителем является сальмонелла энтеритидис, а в общей сумме — сальмонеллы группы D. Основным источником инфекции являются домашние животные (коровы, овцы, свиньи, собаки, кошки, птицы и др.). Человек как источник инфекции имеет наибольшее значение в распространении сальмонеллеза главным образом среди детей раннего возраста и новорожденных. Среди новорожденных источником инфекции нередко бывает мать. Инфицирование нередко происходит в стационарах через предметы ухода, руки персонала, полотенца, пыль, пеленальные столики, горшки. Возможно инфицирование ребенка во время родов, допускается и трансплацентарная передача инфекции.

Вспышки внутрибольничного сальмонеллеза чаще всего вызываются особой биологической разновидностью сальмонелл, обладающей множественной лекарственной устойчивостью к антибиотикам и отсутствием чувствительности к типовым бактериофагам. Установлено, что все особенности «госпитальных» штаммов сальмонелл обусловлены внехромосомным наследственным материалом — R-плазмидами. Внутрибольничный сальмонеллез встречается в основном у детей раннего возраста, особенно у новорожденных, и характеризуется высокой контагиозностью, быстрым распространением, тяжестью клинического течения и высокой летальностью. Источником инфекции в этих случаях чаще являются дети и обслуживающий персонал, а передача заболевания осуществляется контактным путем, по типу «эстафетной палочки». Наиболее восприимчивы к сальмонеллезу дети первых двух лет жизни. В этом возрасте заболеваемость в 5–10 раз выше, чем в других возрастных группах детей.

В патогенезе заболевания принимают участие как токсический, так и инфекционный факторы. Почти при всех формах сальмонеллеза имеет место бактериемия, наиболее выраженная и продолжительная у детей грудного возраста и новорожденных, при тяжелых тифоподобных и септических формах, а также при наслоении сальмонеллеза на другую кишечную инфекцию. При этом с током крови сальмонеллы попадают в различные органы и ткани, где также может происходить их размножение (вторичная локализация) с развитием лимфогистиоцитарных и эпителиоидных гранулем в клетках с формированием септических оча-



гов (менингит, эндокардит, остеомиелит, перитонит и др.). Внутриклеточное паразитирование сальмонелл в эпителиоцитах кишечника (в том числе и макрофагах) определяет возможность их длительного персистирувания в организме, возникновения обострений и рецидивов, а также формирование длительного бактериовыделения и низкую эффективность saniрующего эффекта от антибиотикотерапии.

Инкубационный период при сальмонеллезе колеблется от нескольких часов (при массивном, пищевом пути инфицирования) до 5–6 дней при контактном пути инфицирования или малой дозе возбудителя.

Гастрит и гастроэнтерит как клинический синдром сальмонеллеза у детей грудного возраста встречается реже и может иметь место при пищевом пути инфицирования и массивной инвазии. Инкубационный период короткий — до суток. Заболевание начинается остро, с болей в эпигастральной области, повторной рвоты, повышения температуры тела до 38–40 °С, общей слабости. Язык густо обложен, суховат, живот умеренно вздут газами. Заболевание может закончиться в течение 2–3 дней, без появления жидкого стула — **гастритическая форма** сальмонеллеза.

В ряде случаев эта форма сальмонеллеза начинается также остро, с болей в животе, повторной рвоты, но имеет место резкая слабость, гипотермический синдром, похолодание конечностей и падение АД — по типу коллапса. Чаще всего вслед за симптомами гастрита у детей раннего возраста появляется диарейный синдром — гастроэнтеритический вариант течения. Стул при этом обычно не частый (до 3–5 раз в сутки), кашицеобразный или жидкий, обильный, непереваренный, иногда водянистый или пенистый с примесью небольшого количества прозрачной слизи и зелени. В различной степени выражены симптомы интоксикации или токсикоза с эксикозом (вялость, адинамия, бледность кожного покрова, густо обложенный язык, головная боль, жажда, сухость слизистых оболочек и др.). При своевременно проводимой и адекватной терапии состояние больного быстро улучшается — на 2–4-е сутки снижается температура тела, прекращается рвота, уменьшается частота дефекаций.

В тяжелых случаях и при неадекватной терапии заболевание может принять холероподобное течение: появляется неукротимая рвота, профузная диарея и, как следствие, развивается резкое обезвоживание организма с падением сердечной деятельности, нарушением микроциркуляции (резкая слабость, адинамия, бледность кожного покрова с мраморностью, сухость слизистых

оболочек и др.), неврологическими расстройствами (потеря сознания, судороги и др.). По мнению ряда исследователей, такие проявления следует трактовать как эндотоксический шок, в патогенезе которого ведущее значение имеет депонирование крови в сосудах брюшной полости, спазм периферических сосудов, нарушение проницаемости клеточных мембран, гипоксия и снижение глюкортикоидной функции надпочечников.

Энтеритная форма сальмонеллеза развивается при контактном пути инфицирования, и главным образом у детей грудного возраста, имеющих сопутствующие заболевания (рахит, анемия, гипотрофия и др.). Заболевание начинается с лихорадки, болей в животе и жидкого стула. Затем стул учащается до 5–10 и более раз в сутки, бывает кашицеобразным или жидким, водянистым, обильным, непереваренным с белыми комочками, небольшой примесью прозрачной слизи, зелени и резким кислым запахом. Живот умеренно вздут газами, при пальпации отмечается урчание по всему животу. Температура тела повышается до субфебрильных значений. Возможно развитие токсикоза с эксикозом. Течение болезни более длительное, диарейный синдром может сохраняться до 2–3 недель, сопровождаясь иногда длительным бактериовыделением и неустойчивым характером стула.

Колитная форма сальмонеллеза, как изолированное поражение только толстого отдела кишечника, у детей грудного возраста встречается редко и по клиническим проявлениям напоминает шигеллез. Как и при шигеллезе, имеет место острое начало заболевания с повышения температуры, появления симптомов интоксикации и колитического синдрома: боли (самостоятельные или при пальпации) по ходу толстого кишечника, жидкий, необильный, каловый стул с большим количеством мутной слизи, нередко — зелени и прожилок крови. В отличие от шигеллеза имеют место более продолжительные проявления токсического синдрома, симптомы дистального колита (тенезмы, спазм сигмовидной кишки, податливость ануса и др.) отсутствуют или появляются не с первых дней болезни — обычно на 3–5-й день, стул, как правило, не теряет калового характера.

Гастроэнтероколит и энтероколит — наиболее частые формы проявления местного синдрома при сальмонеллезной инфекции у детей во всех возрастных группах, в том числе и у детей грудного возраста. Заболевание начинается остро, но характеризуется постепенным нарастанием выраженности основных симптомов в течение 3–5 дней. С первых дней болезни появляется учащенный, обильный, жидкий стул, содер-



жащий каловые массы, перемешанные с водой, нередко стул зловонный с большим количеством мутной слизи и зелени. Цвет и консистенция испражнений нередко напоминают «болотную тину» или «лягушачью икру» (темно-зеленая масса, пенистая, состоящая из сгустков слизи и большого количества зелени). В редких случаях отмечаются и симптомы дистального колита в виде спазмированной сигмовидной кишки, податливости ануса, тенезмов или их эквивалентов (у детей раннего возраста — натуживание и покраснение лица, приступы беспокойства перед актом дефекации).

Рвота при гастроэнтероколитической форме сальмонеллеза не частая, но упорная, появляется периодически, не каждый день, не связана с приемом пищи, воды и лекарств (немотивированная, по определению М.Г. Данилевича). Рвота сохраняется на протяжении всего острого периода заболевания. При осмотре детей обращает на себя внимание густо обложенный, иногда утолщенный, со следами зубов язык, умеренно вздутый живот («полный живот»), у детей раннего возраста — гепатоспленомегалия. Дети при сальмонеллезной инфекции, как правило, вялые, сонливые, заторможенные, адинамичные, аппетит значительно снижен.

Температура тела повышается с первого дня болезни, достигает максимума к 3–4-му дню и держится в среднем 5–7 дней. Иногда лихорадочный период затягивается до 2–3 недель и более. Несмотря на проводимую, казалось бы, адекватную терапию, явления интоксикации сохраняются, нормализация частоты и характера стула наступает медленно (к 7–10 дню и позднее), часто отмечается длительное повторное бактериовыделение.

Септическая форма сальмонеллеза встречается у новорожденных, недоношенных и грудных детей, находящихся на искусственном вскармливании, ослабленных предшествующими заболеваниями. Эта форма сальмонеллезной инфекции может развиваться вследствие генерализации процесса при желудочно-кишечных формах или же без предшествующего поражения желудочно-кишечного тракта, как первичный сальмонеллезный сепсис. Нередко она протекает как микстинфекция. Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела, которая держится на высоких цифрах до 3–4 недель с большими размахами в течение суток. Появляются гнойные очаги в различных органах с формированием клиники гнойного менингита, пневмонии, отита, пиелонефрита и др. Иногда возникают артриты, остеомиелиты. Описаны случаи сальмонеллезного перитонита, эндокардита, абсцесса легкого. Специфических симптомов, свойственных саль-

монеллезному сепсису, нет, но все же заболевание чаще протекает на фоне учащенного стула с патологическими примесями. Специфический характер множественных очагов воспаления подтверждается обнаружением сальмонелл бактериологическим методом в ликворе (при гнойном менингите), в мокроте (при пневмонии), моче (при инфекции мочевыводящих путей), синовиальной жидкости (при артритах) и т. д.

Сальмонеллез у новорожденных обычно начинается остро, но дальнейшее его течение зависит от преморбидного состояния ребенка (недоношенность, гипотрофия и др.). При благоприятном исходном фоне клинические проявления могут быть ограничены только желудочно-кишечным трактом — синдромом энтероколита или гастроэнтероколита. Почти у всех детей выражены симптомы интоксикации (лихорадка, вялость, адинамия, снижение аппетита) и очень быстро развивается обезвоживание организма с потерей электролитов, что резко ухудшает состояние больного. У новорожденных местный воспалительный процесс в кишечнике более выражен, в испражнениях очень часто обнаруживается кровь. При этом примесь крови может быть столь значительной, что приходится дифференцировать с кишечным кровотечением или инвагинацией. В ряде случаев сальмонеллез у новорожденных начинается постепенно. В начале заболевания отмечается только вялость, нечастые срыгивания, снижение аппетита, а затем происходит резкое нарушение общего состояния с бурным развитием токсикоза с эксикозом 2–3-й степени. Рвота или срыгивания усиливаются, появляется анорексия, падение массы тела, серовато-цианотическая окраска кожного покрова, метеоризм, парез кишечника. Испражнения становятся частыми, жидкими, оранжевого или ярко-зеленого цвета. Наслоение ОРВИ или другой бактериальной инфекции ведет к генерализации процесса и развитию септической формы сальмонеллеза. При сочетании сальмонеллезной кишечной инфекции с шигеллезом и стафилококковой инфекцией усиливаются местные проявления с развитием выраженного колита и гемоколита. При сочетании с энтеропатогенным эшерихиозом — чаще развивается или утяжеляется токсикоз с эксикозом.

Течение. Длительность сальмонеллезной инфекции зависит от клинической формы болезни, возраста ребенка, наличия сопутствующей патологии, вида сальмонелл, проводимой терапии и главным образом от состояния иммунной системы организма. По продолжительности течение может быть острым (до месяца), затяжным (до трех месяцев) и хроническим, а по характеру — гладким, с осложнениями, с рецидивами.



При наличии рецидивов и осложнений необходимо прежде всего исключить супер- или реинфицирование, то есть провести тщательное бактериологическое и серологическое обследование на присутствие другой бактериальной инфекции (в первую очередь шигеллеза или условно-патогенной флоры).

Острое течение сальмонеллезной инфекции у детей наблюдается в 90–95%. В этих случаях симптомы интоксикации исчезают уже через 5–7 дней, а полное клиническое выздоровление и освобождение организма от возбудителя наступает не позднее 2–3 недель. При тяжелых септических формах клиническое выздоровление обычно задерживается — симптомы инфекционного токсикоза сохраняются до 2–3 недель, а нормализация стула наступает лишь на 4–5-й неделе. У детей раннего возраста нормализация частоты и характера стула может задерживаться до 1,5–2 месяцев, но это чаще связано не с сальмонеллезной инфекцией, а с развитием дисбактериоза кишечника 2–3-й степени или вторичной ферментопатией.

Затяжное и хроническое течение сальмонеллеза возникает у детей с нарушенной функцией завершеного фагоцитоза и характеризуется длительным бактериовыделением, периодически наступающими обострениями и рецидивами. При этом долгое время не нормализуется стул, в испражнениях постоянно обнаруживаются сальмонеллы того же вида, имеют место выраженные изменения микробиocenоза кишечника (дисбактериоз), развивается вторичная ферментопатия, гипотрофия, анемия, то есть токсико-дистрофическое состояние.

Осложнения. У детей раннего возраста, леченных в условиях стационара, нередко на сальмонеллезную инфекцию наслаивается ОРВИ с частым развитием гнойно-воспалительных осложнений (пневмония, отит, инфекция мочевыводящих путей и др.). В тяжелых случаях сальмонеллеза возможно развитие эндотоксического, инфекционно-токсического шока, миокардита, гепатита, дисбактериоза кишечника и др. Некоторые из этих осложнений (миокардит, гепатит) могут трактоваться как проявления септической формы сальмонеллеза, но иногда они возникают в результате наложения вирусной или другой бактериальной инфекции.

Диагноз. Сальмонеллез диагностируется на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Для типичных форм сальмонеллеза характерны: острое начало заболевания с нарастанием тяжести общего состояния, относительно длительная лихорадка, не частая, но продолжительная, немотивированная рвота, болезненность и урчание в правой подвздошной

области, густо обложенный язык, явления метеоризма («полный живот»), энтеритный или энтероколитный типа «болотной тины» стул с неприятным, зловонным запахом. При среднетяжелых и тяжелых формах отмечается гепатоспленомегалия, особенно у детей раннего возраста, изменения со стороны ЦНС в виде вялости, оглушенности, сонливости, в периферической крови — выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево (палочкоядерный сдвиг), ускорение СОЭ. Решающими в постановке диагноза являются результаты бактериологического (высев возбудителя) и серологического исследований.

Серологические методы исследования направлены как на обнаружение специфических антител в крови больного, так и антигена в биоматериале. Наличие специфических антител в крови больного и их титр определяют с помощью РА или РНГА с эритроцитарными диагностикумами. Диагностическое значение имеет наличие антител в разведении 1:100 или нарастание их титра в динамике заболевания в 2–4 раза и более. В настоящее время в практической работе наибольшее распространение получила РНГА как более чувствительная и специфическая реакция, чем РА. Отрицательные результаты серологического исследования чаще всего наблюдаются при легких, стертых формах болезни, а также у детей раннего возраста и новорожденных при тяжелых формах заболевания.

Для обнаружения антигенов сальмонелл в копро-фильтратах, моче используется реакция коаггуляции (РКА) и метод иммуноферментного анализа (ИФА), последний используется и для определения титра специфических антител в крови. Он является более эффективным и перспективным, так как с его помощью можно раздельно определить специфические антитела разных классов (А, М, G). Наличие иммуноглобулинов — специфических антител класса М — всегда свидетельствует об активно протекающем инфекционном процессе.

Дифференциальный диагноз. Сальмонеллез у детей следует дифференцировать с шигеллезом, эшерихиозом, кишечной инфекцией стафилококковой этиологии, вирусными гастроэнтеритами, брюшным тифом и паратифами, сепсисом, а в редких случаях — инвагинацией, аппендицитом, гриппом. На основании клинико-эпидемиологических данных дифференцировать сальмонеллез от этих заболеваний можно лишь ориентировочно и только в типичных случаях при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания с учетом динамики развития клинических симптомов. Оконча-



тельный клинический диагноз устанавливается только по результатам лабораторных исследований (высев сальмонелл из испражнений или наличие диагностического титра специфических антител в крови).

Особенно затруднена дифференциальная диагностика сальмонеллеза с шигеллезом, и в первую очередь шигеллезом Флекснера. У детей раннего возраста шигеллез Флекснера и сальмонеллез часто протекают однотипно, с поражением как толстого, так и тонкого отдела кишечника. Однако, в отличие от шигеллеза, сальмонеллез в этом возрасте часто протекает тяжело, с длительной лихорадкой, гемодинамическими нарушениями. Испражнения, хотя и содержат примеси слизи, зелени и крови, чаще имеют вид «водянистой» диареи. Для сальмонеллеза характерен метеоризм, частое увеличение размеров печени и селезенки. Острый период заболевания более продолжителен, течение заболевания нередко волнообразное. Характерно также развитие генерализованных форм и сепсиса, что совершенно не свойственно для шигеллезной инфекции.

Эшерихиозы клинически трудно дифференцировать от сальмонеллеза, если кишечная инфекция вызывается энтеропатогенными штаммами эшерихий. Важно учитывать, что энтеропатогенный эшерихиоз встречается исключительно у детей раннего возраста и в настоящее время значительно реже, тогда как сальмонеллезная инфекция в этой возрастной группе занимает ведущее место среди кишечных инфекций установленной этиологии.

Для стафилококкового энтероколита, в отличие от сальмонеллезного, характерно наличие других очагов стафилококковой инфекции у ребенка (стафилодермия, омфалит и т. д.) или у кормящей матери (мастит, панариций, эндометрит и др.). В тяжелых случаях, особенно септических, дифференциальный диагноз у детей раннего возраста практически невозможен, так как характер общетоксического и местного синдромов не имеют каких-либо специфических отличительных признаков. Следует лишь помнить, что тяжелые формы кишечной стафилококковой инфекции встречаются исключительно у детей грудного возраста, и в первую очередь первого полугодия жизни и новорожденных.

При аденовирусной и энтеровирусной инфекции, протекающей с диарейным синдромом, в отличие от сальмонеллеза, диарея обычно возникает на фоне катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей (кашель, насморк и др.), не сопровождается развитием тяжелого обезвоживания. Испражнения при этом сохраняют каловый характер и не содержат патологических примесей в виде мутной слизи и крови. Диагностика

облегчается, если заболевание сопровождается свойственными этим вирусным инфекциям симптомами — пленчатым конъюнктивитом, поражением лимфоидной ткани ротоглотки, выраженным экссудативным компонентом при аденовирусной инфекции и герпетической ангиной при энтеровирусной инфекции.

Лечение. Лечение больших сальмонеллезом, как и других ОКИ бактериальной природы, должно быть комплексным, с обеспечением рационального питания, этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. При этом должны учитываться: клиническая форма заболевания, топика поражения желудочно-кишечного тракта, тяжесть и период болезни, преморбидный фон, наличие сопутствующей патологии.

Отношение к проведению антибиотикотерапии при сальмонеллезе, как и при других инвазивных диареях, пересмотрено во всем мире в сторону резкого ограничения их применения в качестве этиотропной терапии, что связано с их низкой клинической эффективностью, лекарственной устойчивостью сальмонелл и наличием побочных реакций. Но все же назначение антибиотиков показано при тяжелых и генерализованных формах сальмонеллеза, а также всем детям первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном при микстинфекции. В этих случаях антибиотики назначаются парентерально. Препаратами выбора при сальмонеллезе считаются амикацин, рифампицин, роцефин, амоксилав, амоксициллин, цефобид, гентамицин. Антибиотикотерапия не рекомендуется детям с легкими, стертыми формами сальмонеллеза, а также больным, поступающим в стационар в период реконвалесценции (только с патологическим стулом или повторным бактериовыделением). При наличии показаний антибиотики назначаются сроком на 5–7 дней. Повторные курсы, даже с учетом чувствительности выделенного штамма сальмонелл к антибиотикам, нецелесообразны. При среднетяжелых формах сальмонеллеза в качестве этиотропных средств целесообразно назначать химиопрепараты (эрцефурил, фуразолидон, лидаприм и др.) или антибиотики энтерально.

Средствами специфической этиотропной терапии сальмонеллеза являются сальмонеллезный бактериофаг и иммунозаместительной — КИП (содержащий повышенные титры антител класса IgA и IgM к сальмонеллам). Бактериофаг представляет собой смесь фаголизатов сальмонелл паратифа А, В, тифимуриум, гейдельберг, холерасуис, ораниенберг, ньюпорт, дублин, анатум и ньюландс. Его используют для лечения легких и стертых форм сальмонеллеза, подтвержденных



бактериологически, санации реконвалесцентов и бактериовыделителей, а также с профилактической целью в очагах инфекции. Сальмонеллезный бактериофаг обладает более выраженным saniрующим эффектом, чем антибиотики и химиопрепараты, кроме того, он не оказывает отрицательного влияния на нормофлору кишечника. Назначается детям в возрасте до 6 месяцев по 10 мл, от 6 месяцев до одного года — по 20 мл через рот. Курс лечения — 5–7 дней. Фаготерапию можно назначать в сочетании с другой антибактериальной терапией. КИП можно назначать с первых дней болезни всем детям при подозрении на сальмонеллез, даже при тяжелых формах заболевания, как единственное средство этиотропной терапии по 2–3 дозы в день 5–7-дневным курсом. Препарат оказывает выраженный клинический и saniрующий эффект при сальмонеллезной инфекции у детей, в том числе и у детей грудного возраста.

Ротавирусная инфекция

Острое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое ротавирусами, относится к группе кишечных инфекций, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта по типу гастроэнтерита. При этом у детей первых шести месяцев жизни ротавирусная инфекция встречается относительно редко. Наибольшее число заболеваний регистрируется у детей в возрасте от 9 до 12 месяцев.

Ротавирусная инфекция имеет выраженную сезонность. Заболеваемость повышается в осенние месяцы (октябрь–ноябрь), сохраняясь на высоком уровне и в зимне-весенний период года. Основным источником инфекции является больной гастроэнтеритом. Вирус обнаруживается в фекалиях больных с первых дней развития клинических симптомов, сохраняясь до 10–16-го дня от начала заболевания, несмотря на клиническое выздоровление. Источниками инфекции могут быть также взрослые лица — носители ротавирусов или имеющие стертую форму болезни. У обслуживающего персонала, занятого в клинических отделениях с больными ротавирусным гастроэнтеритом, ротавирус обнаруживается в пробах кала в 15–18% случаев. Высокие показатели носительства ротавируса в фекалиях определены среди новорожденных. Основным путем передачи инфекции считается пищевой, однако заражение возможно и при употреблении инфицированной водопроводной воды или контактно-бытовым путем.

Патогенез. В первые сутки болезни ротавирус уже находят в эпителиоцитах двенадцатиперстной кишки и в верхнем отделе тонкой кишки. Проникновение ро-

тавирусов в энтероциты ворсинок и репликация в цилиндрическом эпителии обуславливают повреждение эпителиоцитов и их отторжение от ворсинок. Утрата эпителиоцитов и появление функционально неполноценных клеток обуславливает ферментативную недостаточность, вследствие чего страдает расщепление дисахаридов в тонкой кишке. Возникновение дисахаридазной недостаточности, главным образом лактазной, ведет к накоплению нерасщепленных дисахаридов, имеющих высокую осмотическую активность. В просвет кишки поступает избыточное количество жидкости и электролитов, как вследствие нарушенного всасывания, так и по причине гиперосмолярности. Водянистая диарея вызывает обезвоживание организма, при больших потерях приводя к эксикозу 2–3-й степени.

Защита организма от ротавирусной инфекции осуществляется взаимодействием активного и пассивного, общего и местного иммунитета в сочетании с влиянием факторов неспецифической резистентности. В период внутриутробного развития ребенок получает через плаценту матери противоротавирусные сывороточные антитела класса IgG. Однако активным защитным действием эти антитела не обладают. В резистентности по отношению к ротавирусной инфекции участвуют преимущественно пассивные материнские секреторные антитела, получаемые ребенком при вскармливании вначале с молозивом, а затем с грудным молоком. Показано, что дети, вскармливаемые грудью, реже и легче болеют ротавирусной инфекцией. При этом главную роль в активной защите против ротавирусной инфекции играет сочетанное влияние секреторного IgA и неспецифического фактора — ингибитора трипсина, также передаваемого матерью при естественном вскармливании. Таким образом, пассивный иммунитет и грудное вскармливание несут главную защиту от ротавирусной инфекции как новорожденных, так и детей первого полугодия жизни.

Клинические проявления. Инкубационный период составляет 1–4 дня. Обычно заболевание имеет острое начало с триады симптомов: подъем температуры тела, рвота и жидкий водянистый стул. Рвота является не только одним из первых, но нередко и ведущим признаком ротавирусной инфекции. Обычно она предшествует или появляется одновременно с диареей. Характерна повторная рвота, реже — многократная, но у всех она непродолжительная, в пределах 1–2, реже 3 дней. Повышение температуры тела умеренное и, как правило, не превышает 39°C, а нормализация наступает в пределах 2–4 дней. Лихорадочный период сопровождается сим-



птомами интоксикации: вялость, снижение аппетита и анорексии при тяжелой форме.

Кишечная дисфункция протекает как гастроэнтерит или энтерит, характеризуясь жидким кашицеобразным, чаще водянистым, стулом желтого цвета без патологических примесей. Реже регистрируется обесцвеченный или белесовато-мутный стул. В части случаев имеется кратковременное желто-зеленоватое или салатное окрашивание и примесь слизи, обычно прозрачной, перемешанной с фекалиями. Кратность дефекаций определяется тяжестью кишечного процесса, составляя 2–5 раз в сутки при легкой форме и 20 и более раз — при тяжелой. Продолжительность диареи исчисляется 3–6 днями.

Кишечные нарушения в начальном периоде могут сопровождаться выраженными болями в животе, которые, как правило, связаны с повышенным газообразованием в результате «бродильной» диспепсии и дисахаридазной недостаточности. В трети случаев уже в начальном периоде заболевания при пальпации наблюдается вздутие живота и урчание. Отмечается относительно частое возникновение респираторного синдрома у больных ротавирусным гастроэнтеритом. Однако большинство исследователей его появление трактуют как результат смешанной вирусно-вирусной инфекции.

К факторам, способствующим развитию тяжелой формы ротавирусной инфекции, следует отнести ранний возраст детей, искусственное вскармливание, отягощенное преморбидное состояние, особенно гипотрофию, сочетанное течение с бактериальной кишечной или респираторной вирусной инфекцией. В пользу возможного развития тяжелой формы болезни свидетельствует раннее появление вялости, снижение аппетита, бледность кожного покрова, обложенность языка. Тяжесть состояния нарастает к 3–4 дню и проявляется бескаловым и бессчетным стулом, имеющим водянистый характер.

Особенности у новорожденных. В период выявления ротавирусной инфекции у детей родильных отделений обычно обнаруживают вирусоносителей среди медицинского персонала и матерей, включающихся в передачу инфекции. Однако наличие у новорожденных бессимптомных форм может обуславливать в отдельных случаях распространение инфекции только через детей, без включения в эту цепь персонала и матерей. Наряду с этим известно о тяжелых формах ротавирусной инфекции у новорожденных и недоношенных детей. В период групповых вспышек описаны два клинических варианта течения ротавирусной инфекции. В одном

случае — острое начало болезни, в одночасье, с отказом от груди, появлением рвоты и жидкого стула у ребенка, что приводит к быстрой потере массы тела (от 300 г до 1 кг). В другом случае — тяжесть состояния нарастает постепенно, также приводя к резкому обезвоживанию и неблагоприятному исходу. Вместе с тем в описании спорадических заболеваний у большинства новорожденных отмечается довольно быстрая нормализация испражнений при кратковременной слабовыраженной кишечной дисфункции.

Диагностика. Даже при наличии своеобразного клинического симптомокомплекса, свойственного ротавирусной инфекции, диагноз основывается на результатах обнаружения вирусного антигена в копрофильтрах (РЛА, ИФА) и/или положительных серологических реакций на наличие и нарастание титра специфических антител в сыворотке крови (ИФА, РСК, РТГА и др.).

Основной задачей терапии больных ротавирусной инфекцией является компенсация потери жидкости и восстановление электролитного баланса (регидратация), дисахаридазной недостаточности и метеоризма (низколактозная или безлактозная диета, ферменты). Специфическая этиотропная терапия не разработана. Однако в качестве средств этиотропной терапии можно использовать КИП (содержит высокие титры антител к ротавирусу), сорбенты (смекта, энтеросгель и др.), способные сорбировать и элиминировать ротавирусы из кишечника, пробиотики (бифидумбакгерин, пробифор, аципол и др.). Хороший терапевтический эффект, в том числе и при ротавирусно-бактериальной этиологии кишечной инфекции, получен при использовании альфа-2-интерферона (ректально) с витамином Е. Микроклизмы проводятся 2 раза в день. Разовая доза — 100 тыс. МЕ/кг детям до 6 месяцев, 50 тыс. МЕ/кг — от 6 месяцев до одного года. При этом отмечен хороший saniрующий эффект и укорочение острого периода заболевания.

Кишечная инфекция протейной этиологии. В отделениях для новорожденных детей протеи могут вызвать экзогенную нозокомиальную инфекцию. В целом же среди возбудителей госпитальных инфекций на долю протеев приходится около 10%. Передается инфекция контактным и пищевым путем. Посредниками передачи являются инфицированные пищевые продукты (творог, фруктово-овощные смеси и др.), а также предметы ухода, медицинская аппаратура, инструменты.

При поражении желудочно-кишечного тракта отмечается сходство в характере взаимодействия с энтерочитами у *Pr. mirabilis* и сальмонелл: адгезивность, разрушение микроворсинок, индукция эпителиита



с последующим вовлечением в воспалительный процесс глубоких слоев кишечной стенки, возникновение микроизъязвлений, генерализация инфекции. При наличии условий возникают вторичные очаги, которые при снижении резистентности организма могут проявиться как локальные инфекционные процессы или как вторичная бактериемия. Таким образом, при экзогенном заражении протей могут при определенных условиях вызывать не только кишечную инфекцию, но и сделать кишечник резервуаром потенциальной эндогенной инфекции различной локализации.

Кишечная инфекция. Инкубационный период колеблется от нескольких часов до двух суток. Заболевание развивается остро с общеинфекционных симптомов и проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта. В первый день болезни температура тела повышается в пределах 37,5–38,5°C и сохраняется 5–7 дней и более. Аппетит ухудшается, у части больных — вплоть до анорексии. Основными вариантами поражения являются гастроэнтерит и энтерит, реже наблюдается гастроэнтероколит и энтероколит. Рвота повторная, 3–5 раз в сутки и длится первые 2–3 дня. Стул имеет водянистый характер, желто-зеленого цвета, зловонный, с неперевавшими комочками пищи, с непостоянной примесью слизи. Частота стула колеблется от 5 до 10 раз в сутки. У каждого третьего больного выражен метеоризм и отмечаются боли в животе уже в начальном периоде заболевания, иногда довольно выраженные.

Протейная инфекция в отделениях для новорожденных детей нередко протекает в виде вспышек. Инфицирование происходит во влажных инкубаторах или через аппаратуру. Возможны самые разнообразные локализации протейной инфекции. Протейная диарея у новорожденных детей развивается бурно, с подъема температуры тела до 37,5–38°C, появления рвоты и жидкого стула с зеленью и слизью. Отмечается вздутие живота, болезненность, урчание по ходу кишечника. В течение первых 2–3 суток на фоне общеинфекционного токсикоза развивается дегидратация. Дети отказываются сосать, становятся вялыми, у них появляется токсическая одышка. Продолжительность кишечной инфекции — от 10 до 14 дней; наиболее долго из всех симптомов сохраняется дисфункция кишечника с вторичными нарушениями процессов пищеварения (дисахаридная недостаточность и др.). При затяжном энтероколите нередко возникают множественные язвы диаметром 0,2–0,5 см с приподнятыми краями, глубокие, в отдельных случаях располагающиеся в области единичных лимфатических фолликулов.

Диагностика. Бактериологическому исследованию подвергается материал от больных: испражнения, рвотные массы, моча, кровь. При повторном обнаружении у больного с кишечной дисфункцией протей в количестве микробных частиц 105 КОЕ/г и более можно диагностировать протейную инфекцию. Большое диагностическое значение придается данным серологических исследований. Антитела к аутоштамму протей начинают выявляться в реакции агглютинации с 5–6-го дня болезни в титрах 1:200 и 1:400 с максимумом к 9–15-му дню от начала заболевания — 1:400–1:1600.

Лечение. Принципы терапии при кишечной инфекции протейной этиологии те же, что и при других бактериальных кишечных инфекциях. При легких формах назначают колипротейный бактериофаг. При среднетяжелых и тяжелых формах назначают антибактериальные препараты (гентамицин, энтерофурил суспензия, амоксилав, цефаклор и др.).

Клебсиеллезная инфекция или клебсиеллез

Группа широко распространенных инфекционных заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами — клебсиеллами. Возбудитель передается фекально-оральным, контактным и воздушно-капельным путем. Значительна роль клебсиелл в формировании внутрибольничных инфекций. Доля клебсиелл в этиологической структуре кишечных инфекций у детей колеблется от 6% до 56,5%. Среди всех видов клебсиелл ведущим возбудителем заболевания у детей является *K.pneumoniae*. Регистрируется групповая и спорадическая заболеваемость клебсиеллезами. Сезонности не отмечается.

Патогенез. Отдельные штаммы *K.pneumoniae* продуцируют довольно сильный энтеротоксин, вызывающий тяжелые морфологические изменения в различных органах и системах. Энтеротоксин обладает ангиоэндотелиотропным действием и способствует развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Одновременно в зоне первичных очагов интенсивно образуются иммунные комплексы, оказывающие патогенное действие на ткани. Под влиянием энтеротоксина происходят выраженные гемодинамические нарушения в очагах поражения (в стенке кишечника, в бронхиальной ткани). По месту локализации патологического процесса различают клебсиеллезную пневмонию, клебсиеллезную кишечную инфекцию, клебсиеллезный сепсис и др.



Клебсиеллезная кишечная инфекция может протекать по типу гастроэнтероколита, энтероколита, гастроэнтерита и энтерита. Заболевание начинается с повышения температуры тела в пределах 37–39°C, рвоты или повторных срыгиваний и жидкого стула. Стул обычно обильный, водянистый, желто-зеленого цвета с непереваренными частицами пищи. Примесь крови в испражнениях обнаруживается у 10–12% больных. У детей раннего возраста отмечаются приступы беспокойства, особенно при пальпации живота. Повышенная температура тела удерживается в течение 2–12 дней, в среднем — 3–5 дней. Рвота обычно наблюдается в первые 2–3 дня с частотой от 2 до 8 раз в сутки, в последующие дни она становится редкой или совсем прекращается. Диарея длится от 3 до 10 дней.

У новорожденных заболевание обычно возникает у недоношенных детей с явлениями пренатальной дистрофии и энцефалопатии. В патологический процесс могут вовлекаться различные органы и системы, но все же чаще возникают кишечная инфекция и пневмония. Кишечная инфекция начинается остро и характеризуется бурным развитием кишечного синдрома, гемодинамических и метаболических нарушений. Дети отказываются от приема пищи, становятся вялыми, срыгивают. Отмечается учащение стула до 8–20 раз в сутки. Испражнения жидкие, водянистые, желто-зеленого цвета с примесью мутной слизи. У части больных кишечные расстройства выражаются кратковременным учащением и разжижением стула. В большинстве же случаев состояние детей тяжелое. В течение нескольких дней от начала заболевания происходит существенная потеря массы тела (от 100 до 500 г) вследствие развития токсикоза с дегидратацией. Характерно появление серовато-бледной окраски кожного покрова, выраженного периорального и периорбитального цианоза. Развивается адинамия, гипорефлексия, заторможенность. У новорожденных первичным очагом клебсиеллезной инфекции может быть кожа головы в месте прикрепления электродов для мониторингового наблюдения, в области гематомы и участках повреждения акушерскими щипцами. Возникает инфильтративно-некротический процесс, вплоть до развития флегмоны и абсцессов.

Энтероколит может иметь некротизирующий характер, что приводит к появлению крови в стуле и осложнениям в виде перфорации кишечника. Присоединение пневмонии манифестируется возникновением дыхательной недостаточности. При сочетании кишечной инфекции и пневмонии ведущим становится токсикоз. У детей отмечаются гипертермия, судороги, ацидоз,

гемодинамические расстройства, но симптомы энтерита или энтероколита выражены умеренно. В качестве осложнений могут наблюдаться энцефалические реакции, токсический гепатит, гнойный менингит, токсикоинфекционный миокардит, геморрагический синдром. В периферической крови лейкоцитоз и гиперлейкоцитоз с появлением миелоцитов до 3–7%, умеренная анемия. При возникновении клебсиеллезного сепсиса в процесс часто вовлекается костная и суставная ткань. Клинически это проявляется припухлостью в области воспаления ткани или сустава, резким беспокойством ребенка при пеленании, ограничением двигательной активности пораженной конечности; выраженная температурная реакция не свойственна. Обычно патологический процесс локализуется в области бедренной, плечевой и большеберцовой костей.

Диагностическое значение имеет выделение клебсиелл от больного в количестве 10⁶ КОЕ/г и более микробных частиц и снижение количества бактерий по мере выздоровления ребенка. Вспомогательную роль имеет выявление в процессе болезни нарастания титров антител к аутоштамму клебсиеллы. Титры противоклебсиеллезных агглютининов колеблются от 1:20 до 1:80 или от 1:8 до 1:64.

Лечение. При среднетяжелых и тяжелых формах назначаются антибактериальные средства. Применяются нитрофурановые препараты, гентамицин, цефалоспорины (цефаклор, цефоперазон и др.). Отмечается резистентность клебсиелл к пенициллину, оксациллину и ампициллину.

Кампилобактерная инфекция

Заболевания, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами — кампилобактерами, составляют группу патологических процессов с преимущественным поражением пищеварительного тракта и обозначаются как кампилобактерная инфекция или кампилобактериоз. Особенно восприимчивы к кампилобактерной инфекции беременные женщины и дети грудного возраста.

Некоторые штаммы *S.jejuni* продуцируют энтеротоксин и цитолитические токсины. Однако токсинообразующие штаммы *Campylobacter* имеют ограниченное значение в этиологии диарейных заболеваний — считается, что большую роль играют энтероинвазивные культуры кампилобактеров.

Инфекция реализуется посредством фекально-орального механизма. Пути передачи: пищевой, водный путь и контактно-бытовой. Наиболее подверже-



ны кампилобактериозу дети первых двух лет жизни. Новорожденные дети могут заражаться от матерей при прохождении родовых путей. При эпидемических вспышках факторами передачи кампилобактеров чаще всего бывают сырое молоко и необработанная питьевая вода. Внутрибольничные вспышки обусловлены инфицированием от больных с различными формами кампилобактериоза.

Патогенез. После проникновения в пищеварительный тракт кампилобактеры прикрепляются к эпителиальным клеткам кишечника и колонизируют всю толщу слизистого слоя. Большое значение имеет способность этих бактерий преодолевать слизистый слой кишечника и двигаться вдоль эпителиальных клеток. Инвазивная активность позволяет кампилобактерам проникать через нарушенную мембрану энтероцитов и межклеточные промежутки эпителия с развитием воспалительного процесса. Патогенетическое значение придается эндотоксину, высвобождающемуся из бактериальных клеток после их гибели; он вызывает геморрагические и некротические изменения, а продуцируемый кампилобактерами энтеротоксин, подобно холерогену, обуславливает развитие секреторной (воднистой) диареи.

Клинические проявления. Инкубационный период колеблется от 2 до 11 дней, составляя в среднем трое суток. Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до фебрильных значений, слабости, боли в мышцах. Для детей раннего возраста в 50% случаев характерно появление весьма интенсивных болей в животе, локализующихся вокруг пупка в правой подвздошной области. Рвота обычно наблюдается в первые дни и бывает повторной. Ведущий симптом болезни — диарея, которая возникает у большинства больных в первые дни заболевания. Топика поражения желудочно-кишечного тракта — преимущественным вариантом является энтероколит и гастроэнтерит. Значительно реже встречается гастроэнтероколит, энтерит. Частота стула колеблется от 4 до 20 раз в сутки. Испражнения обильные, водянистые, окрашены желчью, с небольшим количеством слизи, имеют неприятный запах; весьма часто появляются в кале прожилки и в отдельных случаях свежая кровь. Для детей грудного возраста очень характерно наличие гемоколита. У отдельных больных с кишечной кампилобактерной инфекцией возникают скарлатиноподобные, кореподобные и уртикарные экзантемы. При микроскопическом исследовании в фекалиях выявляется воспалительный экссудат и лейкоциты.

Продолжительность температурной реакции — не более трех дней. Симптомы общей интоксикации, как правило, слабо выражены и весьма кратковременны — до 2–5 дней. Продолжительность диареи варьирует от 3 до 14 дней, у 10–15% больных нормализация стула наступает только на 3–4-й неделе от начала заболевания.

У беременных женщин заражение кампилобактером сопровождается длительной лихорадкой, бактериемией, некротическим очаговым плацентитом. В 40% случаев беременность заканчивается выкидышем или мертворождением. В остальных случаях рождаются недоношенные дети. Кампилобактериоз манифестируется у новорожденных детей через 12–20 часов после рождения лихорадкой, синдромом дыхательных расстройств, рвотой и диареей. Характерно поражение ЦНС в виде менингита или менингоэнцефалита. Морфологические изменения заключаются в кистозной дегенерации и геморрагических некрозах головного мозга. Выздоровление наступает очень редко, при этом формируется грубая резидуальная патология. У новорожденных детей может развиваться также изолированная кампилобактерная кишечная инфекция. Она не сопровождается повышением температуры тела, отсутствует и рвота. Наиболее характерна умеренно выраженная диарея, заключающаяся в учащении и разжижении стула и появлении в испражнениях небольшого количества слизи и прожилок крови. Заболевание протекает гладко, без выраженных признаков дегидратации, метеоризма и болевого абдоминального синдрома. Длительность заболевания — не более 5–7 дней.

Крайне редко развивается генерализованная форма кампилобактериоза. Для нее свойственно наличие упорной лихорадки, ознобов, потери массы тела и появление гнойных очагов с различной локализацией. Это может быть эндокардит, перикардит, менингит, артрит и поражение легких в виде пневмонии или абсцесса. Характерны боли в животе, диарея и экзантемы. Гематогенно-диссеминированные формы кампилобактериоза отличаются крайней тяжестью и высокой летальностью.

Диагностика. Диагноз кампилобактериоза основывается на выделении кампилобактеров из фекалий; при генерализованных формах возбудитель может быть обнаружен в крови и в гнойно-воспалительных очагах. Для выделения кампилобактеров используют питательные среды, применяемые для выращивания бруцелл с созданием микроаэрофильных условий. Для быстрой идентификации кампилобактеров в фекалиях применяют фазовоконтрастную микроскопию. Серологическая диагностика осуществляется путем обнаружения анти-



кампилобактерных антител в реакции агглютинации с референс-культурой или аутоштаммом, а также в РСК. На 4–7-й день от начала заболевания титры антител начинают нарастать и составляют в РА 1:160–1:640 и выше. С помощью реакции непрямой иммуофлюоресценции отдельно определяются антитела классов IgM и IgG. Для первичной инфекции типично наличие антител, принадлежащих IgM и IgG в высоких титрах, при повторном инфицировании характерны высокие титры антител только класса IgG.

Лечение. В большинстве своем кампилобактериоз протекает благоприятно, и, следовательно, не всегда требуется антибактериальная терапия. У больных с отягощенным преморбидным фоном со среднетяжелыми и тяжелыми формами, особенно при генерализованных вариантах, необходимо применять этиотропные препараты. Кампилобактеры высокочувствительны к нитрофурановым производным (фуразолидон, энтерофурил, солафур), аминогликозидам (амикацин, гентамицин), макролидам (эритромицин, вильпрафен) и к хлорамфениколу (левомецетин). Назначение препаратов указанных групп антибиотиков способствует стиханию клинических проявлений и предотвращает возникновение рецидивов и осложнений.

Синегнойная инфекция (пиоцианозы)

Группа инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенными микробами из рода *Pseudomonas*, протекающих по типу пневмонии, менингита, поражения желудочно-кишечного тракта, различных нагноительных процессов и сепсиса. Источником инфекции являются больные различными формами синегнойной инфекции и носители. Большую опасность представляют загрязненные микробами медикаменты, антисептические растворы, медицинская аппаратура, санитарно-техническое оборудование, предметы ухода за больными. В силу чрезвычайной устойчивости во внешней среде, а также полирезистентности к антибактериальным препаратам и дезинфектантам сформировались многочисленные штаммы госпитальной инфекции. Пути передачи: контактно-бытовой, пищевой, воздушно-капельный. В стационарах контактный путь передачи обеспечивается посредством инфицированного перевязочного материала, постельного белья, лекарственных растворов, мазей, рук персонала, медицинской аппаратуры.

Высоко восприимчивы к синегнойной инфекции дети грудного возраста и новорожденные. Характерна спорадическая заболеваемость, но в стационарах

и в отделениях для новорожденных детей наблюдаются вспышки пиоцианозов, в которые вовлекаются большие группы детей.

Клинические проявления синегнойной инфекции разнообразны и зависят от локализации процесса. С большой частотой у детей поражаются дыхательные пути с развитием пневмонии и желудочно-кишечный тракт с возникновением энтероколита. Наблюдаются также менингиты, отиты, остеомиелиты, пиелонефриты, поражение глаз, а также сепсис.

Поражение желудочно-кишечного тракта. Наиболее характерно развитие энтероколита. Заболевание начинается с болей в животе, жидкого стула, урчания по ходу кишечника. Частота стула колеблется от 5 до 15 раз. Испражнения жидкой консистенции зеленоватого цвета с примесью слизи и гноя, нередко наблюдаются прожилки крови. Не всегда с первых дней болезни отмечается повышение температуры тела и интоксикация. Температурная реакция может нарастать в течение 2–3 дней, а токсикоз развивается постепенно. У части больных синегнойным энтероколитом возникает токсикоз с эксикозом.

Сепсис. Входными воротами инфекции при этом служит кишечник, реже — дыхательные пути, пупочная ранка (в результате инфицирования вен при их катетеризации). Может также развиваться отогенный сепсис. Основные клинические проявления: пневмония (плевропневмония) с симптомами нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и кишечный синдром в виде энтероколита. Характерен тяжелый токсикоз с поражением ЦНС. Это выражается в повторных приступах судорог, нарушении сознания вплоть до комы.

Особенности у новорожденных детей. В отделениях для новорожденных синегнойная инфекция возникает в виде вспышек. Особой восприимчивостью к ней отличаются недоношенные дети. Путь заражения — преимущественно контактный (через медперсонал, инфицированный выделениями от больных детей). Наиболее часто поражается желудочно-кишечный тракт с развитием клиники тяжелого энтероколита с геморрагическим компонентом. Нередки изъязвления и перфорации слизистой кишечника. Наблюдается быстрое обезвоживание и значительная потеря массы тела. Диарея сопровождается выраженным болевым абдоминальным синдромом; а при лапаротомии нередко обнаруживается тяжелое поражение кишечника вплоть до гангренозного.

Кроме пищеварительного тракта могут вовлекаться в патологический процесс кожа, глаза, уши, пупочная ранка. У новорожденных с низкой массой тела легко возникают средние отиты. Вместе с тем в отделениях для



новорожденных при вспышках синегнойной инфекции наряду с тяжелыми формами с летальным исходом наблюдается и бессимптомное носительство.

Для постановки диагноза синегнойной инфекции имеет значение массивный и умеренный рост *P.aeruginosa* и выделение микробов в чистой культуре, а также уменьшение количественного содержания бактерий по мере выздоровления. Вспомогательное значение придается нарастанию титра специфических антител в РА с аутоштаммом *P.aeruginosa*.

Лечение. Антибиотики занимают важное место в комплексной терапии пиоцианозов. С учетом природной резистентности штаммов синегнойной палочки к большому числу антибактериальных препаратов целесообразно применять антибиотики широкого спектра действия (роцефин, уназин, лендацин, цефобид, амикацин). При тяжелых и затяжных вариантах синегнойной инфекции используют противосинегнойный гамма-глобулин и гипериммунную антитоксическую донорскую плазму.

Заболевания, вызываемые *Bacillus cereus*

Наиболее частым вариантом инфекции считается острый гастроэнтерит. Подвержены инфицированию *B.cereus* новорожденные дети и лица с иммунодефицитными состояниями. У этих больных инфекция, вызванная *B.cereus*, протекает с упорной бактериемией и нередко в виде сепсиса. Пути передачи инфекции — алиментарный и контактный. При алиментарном пути заражения *B.cereus* вызывает острый гастроэнтерит. Поражение желудочно-кишечного тракта при этом обусловлено энтеротоксином, который продуцируют *B.cereus*. Энтеротоксин стимулирует систему циклических нуклеотидов в эпителиальных клетках тонкого кишечника, вызывает повреждение слизистой желудка и тонкой кишки и нарушение в них сосудистой проницаемости. Эти процессы приводят к возникновению рвоты и диарейного синдрома. Тяжесть поражения желудочно-кишечного тракта и других органов и систем при инфекции, вызванной *B.cereus*, зависит от выработки микробом так называемого пиогенного токсина, способного вызвать деструкцию слизистой кишечника, изъязвление эпителия респираторного тракта и абсцедирование, в том числе и ткани головного мозга. Кроме того, большое значение имеет реализация *B.cereus* факторов патогенности в виде гемолитической и эластазной активности, выработки гиалуронидазы, фосфолипаз, декарбоксилаз. У новорожденных детей, ослабленных стрессами или иммунодефицитами, инфекция, вызванная

B.cereus, приобретает септический характер, отмечается упорная бактериемия. В этих случаях морфологические изменения в органах (кишечник, легкие, мозг) выражаются в наличии воспалительных очагов с зонами некроза, фибриноидным некрозом артерий, в которых выявляются большие скопления *B.cereus*.

Диагностика. Точный диагноз инфекции, обусловленной *B.cereus*, может быть поставлен только на основании ее выделения из биологического материала, полученного от больного, и предоставления доказательства патогенности этих бактерий. Диагностическое значение имеет большое количественное содержание бактерий при остром гастроэнтерите, достигающее 107 КОЕ и более в 1 г фекалий. При других поражениях важно получение посева микроба в повторных порциях крови. В дальнейшем проводится определение принадлежности бактерий к морфологической группе, выявление факторов патогенности, в том числе в опытах на животных. Серологические тесты для клинической практики не разработаны.

Лечение. При остром гастроэнтерите достаточно назначения диеты и оральной регидратации. При тяжелых процессах (бронхопневмония, менингит, остеомиелит, септицемия) необходимо применение антибиотиков. Отмечается высокая чувствительность этих бактерий к роцефину, цефобиду, уназину, лендацину, рифампицину.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПО ТИПУ ДИАРЕИ

Несмотря на значительные достижения в изучении особенностей патогенеза и клинических проявлений, этиология ОКИ при использовании только традиционных лабораторных исследований (бактериологического и серологического) в 50–80% случаев остается нераспознанной. Это связано как с несовершенством бактериологической лабораторной службы, так и ростом удельного веса в структуре ОКИ у детей в последние годы вирусных и паразитарных кишечных инфекций, выявление которых многим практическим лабораториям недоступно, а дифференциальная диагностика на основании только клинико-эпидемиологических данных из-за однотипности клинических проявлений представляет определенные трудности.



Общепринятая классификация ОКИ по этиологическому принципу и рекомендуемая терапевтическая тактика, направленная на лечение конкретной нозологической формы (которая устанавливается, как правило, по результатам лабораторных исследований ретроспективно), в настоящее время не отвечает потребностям практикующих

врачей-педиатров. Для построения рациональной, этиопатогенетически обоснованной терапии ОКИ в начальном периоде заболевания рекомендуется использовать классификацию диарейных заболеваний ВОЗ, нами усовершенствованную, дополненную и адаптированную для практикующего врача-педиатра (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. Классификация острых кишечных инфекций у детей по топике поражения ЖКТ и типу диареи

| Тип диареи и топический диагноз | Этиология | Клинические синдромы токсико́за |
|--|---|---|
| 1. Инвазивный (экссудативная диарея): энтерит гастроэнтерит колит энтероколит гастроэнтероколит | Шигеллы Сальмонеллы Эшерихии (ЭПЭ, ЭИЭ) Иерсиния энтероколитика Кампилобактер Клостридии Клебсиеллы Синегнойная палочка Стафилококк Энтеробактер и др. УПМ | Синдром нейротоксико́за (токсическая энцефалопатия) Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом) Инфекционно-токсический шок Токсико-септический или токсико-дистрофический синдром |
| 2. Дистальный колит, гемоколит | Шигеллы Сальмонеллы Эшерихии (ЭИЭ, ЭГЭ) Некротоксин, продуцирующие штаммы: протей, клостридий, кампилобактера, синегнойной палочки и др. Энтерогеморрагические эшерихии, шига-токсин, продуцирующие штаммы шигелл, сальмонелл, иерсиний и др. | Гемолитико-уремический синдром (Гассера) |
| 3. Осмотический («водянистая» диарея с явлениями метеоризма): энтерит гастроэнтерит | Ротавирусы, астро-, калици-, торовирусы, вирусы группы Норфолка и др. Респираторно-кишечные вирусы (корона-, адено- и реовирусы) | Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом) |
| 4. Секреторный («водянистая» диарея без явлений метеоризма): энтерит гастроэнтерит | Холерные (Эль-Тор, Бенгал), галофильные, НАГ-вибрионы. Энтеротоксигенные штаммы: эшерихий (ЭТЭ, ЭПЭ) клебсиелл пневмония клостридий сальмонелл кампилобактера иерсиний стафилококка протеев синегнойной палочки | Синдром дегидратации (токсикоз с эксикозом) |
| 5. Смешанный тип (инвазивно-секреторный, инвазивно-осмотический) | Бактериально-бактериальная или вирусно-бактериальная ко- или микстинфекция | Возможно развитие любого клинического синдрома |



В классификации представлен перечень возможных возбудителей, топика поражения ЖКТ и клинические синдромы инфекционного токсикоза, которые могут иметь место при том или ином типе диареи (ОКИ). Тип диареи и топика поражения ЖКТ (энтерит, колит и др.) определяются главным образом наличием одинаковых факторов патогенности для группы возбудителей (способность к инвазии, тропизм, продукция токсинов и др.) и однотипного для всей группы инфекций ведущего «пускового» механизма развития инфекционного процесса, что и является основой новой рабочей классификации и построения патогенетически обоснованной терапии, не дожидаясь результатов лабораторных исследований:

- в основе этиопатогенеза диареи и развития инфекционного процесса при кишечных инфекциях бактериальной этиологии инвазивного типа лежит воспалительный процесс в любом отделе ЖКТ (колит, энтероколит и др.) и эндотоксикоз (токсемия);
- бактериальной этиологии секреторного типа — гиперсекреция воды и электролитов в просвет кишечника, нарушение всасывания и дегидратация (токсикоз с эксикозом) без развития воспалительного процесса в ЖКТ;
- осмотического — дисахаридазная (г.о. лактазная) недостаточность, бродильный процесс (метеоризм) и дегидратация (эксикоз) за счет нарушения всасывания воды из кишечника в результате гиперосмолярности химуса;

- смешанный тип диареи имеет место, как правило, при ко- или микстинфекции (бактериально- или вирусно-бактериальной) или развивается в динамике заболевания при инвазивном типе в результате ферментативной недостаточности.

Определение типа диареи может опосредованно указывать не только на возможный этиологический фактор, но и позволяет дифференцированно подходить к построению терапевтической, патогенетически обоснованной тактики даже при одной и той же нозологической форме кишечной инфекции. Многочисленными исследованиями установлено, что один и тот же возбудитель ОКИ, например, сальмонеллы, кампилобактер, стафилококк, клостридии и др., может вызывать в одних случаях инвазивный тип диареи с развитием воспалительного процесса в кишечнике; при инфицировании штаммами этих же бактерий, способными продуцировать энтеротоксины (типа холерогена), — секреторный, а при сохранении ими способности к инвазии — смешанный тип диареи.

При определении типа диареи следует также учитывать, что осмотический компонент (гиперосмолярность химуса и бродильный процесс) может развиваться в динамике заболевания и при инвазивном типе диареи за счет ферментативной недостаточности в результате прогрессирования воспалительного процесса в кишечнике и нарушения как пристеночного пищеварения, так и внешнесекреторной функции поджелудочной железы (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. Патогенез и критерии диагностики типа диареи

| Пусковые механизмы диареи | Критерии диагностики |
|---|--|
| 1. Инвазивный тип диареи | |
| <p>Адгезия, колонизация и инвазия бактериальных агентов в эпителий кишечника с развитием воспалительного процесса.</p> <p>Нарушение всасывания воды и электролитов из просвета кишечника в результате:</p> <p>Усиления перистальтики и быстрой эвакуации химуса; гиперосмолярности за счет продуктов воспаления и нарушенного пищеварения (белка и углеводов).</p> <p>Повышение экссудации воды и электролитов через поврежденную воспалительным процессом слизистую кишечника.</p> <p>Наличие эрозивного или язвенно-некротического процесса в толстом отделе кишечника с повышением чувствительности рецепторов и паретическим состоянием сфинктеров прямой кишки при колитах.</p> | <p>Наличие клинико-эпидемиологических данных, характерных для нозологических форм ОКИ, возбудители которых обладают инвазивностью (сальмонеллеза, иерсиниоза, шигеллезов и др.).</p> <p>Вовлечение в патологический процесс любого отдела кишечника (энтерит, колит, энтероколит и т. д.).</p> <p>Гематологические (лейкоцитоз, нейтрофилия, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ) и копрологические (лейкоциты, эритроциты, слизь) признаки воспалительного процесса.</p> <p>При среднетяжелых и тяжелых формах — наличие любого клинического варианта инфекционного токсикоза (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом, ИТШ и др.)</p> |



| Пусковые механизмы диареи | Критерии диагностики |
|--|---|
| 2. Осмотический тип диареи | |
| Гиперосмолярность химуса и нарушение реабсорбции воды и электролитов из просвета кишечника в результате: нарушения мембранного (поражение патогенами энтероцитов) и полостного (дефицит панкреатических ферментов) пищеварения с развитием дисахаридазной (главным образом лактазной) недостаточности; бактериального брожения углеводов (метеоризм, усиление перистальтики кишечника и болевой синдром). | Наличие клинико-эпидемиологических данных, характерных для ОКИ вирусной этиологии (ротавирусной и др.). Вовлечение в патологический процесс только тонкого отдела кишечника (энтерит или гастроэнтерит) с явлениями метеоризма с первых дней болезни. Отсутствие гематологических и копрологических признаков воспаления. Клинические проявления токсикоза с эксикозом 1-й, 2-й, 3-й степени |
| 3. «Секреторный» тип диареи | |
| Гиперсекреция и нарушение всасывания воды и электролитов (хлора, калия, натрия) энтероцитами в результате: активации системы аденилатциклазы (цАМФ) под воздействием секреторных агентов (бактериальных экзотоксинов, простагландинов, серотонина, кальцитонина и других БАВ) | Вовлечение в патологический процесс только тонкого отдела кишечника (энтерит или гастроэнтерит) — без явлений метеоризма и болевого синдрома. Умеренная лихорадка или гипотермия. Быстро прогрессирующий токсикоз с эксикозом вплоть до развития «алгидного» состояния при холере. Отсутствие гематологических, копрологических признаков воспаления и патологических примесей в стуле |

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ (ПРОТОКОЛ) ЛЕЧЕНИЯ ОКИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТИПА ДИАРЕИ

1. Базисная терапия

1.1. Диета

Лечебное питание является постоянным и ведущим компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни. **Принципиально важным моментом в организации питания больных детей является отказ от проведения водно-чайной паузы**, так как доказано, что даже при

тяжелых формах диареи пищеварительная функция большей части кишечника сохраняется, а «голодные» диеты способствуют замедлению процессов репарации, содействуют нарушению питания и значительно ослабляют защитные силы организма.

Объем и состав питания зависит от возраста детей, тяжести и выраженности диарейного синдрома, характера предшествующих заболеваний (гипотрофия и др.). Рациональное кормление важно для быстрого восстановления функции кишечника и предотвращения потери массы тела. Грудных детей необходимо кормить чаще, но маленькими порциями. В первый день лечения рекомендуется уменьшение объема пищи (при легких формах на 15–20%, при среднетяжелых — на 20–30%, при тяжелых или при наличии многократной рвоты — на 30–50% от физиологической потребности) и увеличение кратности кормлений (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3. Рациональное кормление при лечении ОКИ

| Объем разового кормления (мл) | Интервал (часы) | Количество кормлений | Суточный объем (мл) |
|-------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| 10–50 | 2,0 | 10 | 100–500 |
| 60–80 | 2,5 | 8 | 480–640 |
| 90–100 | 3,0 | 7 | 630–700 |
| 120–160 | 3,5 | 6 | 720–960 |
| 170–200 | 4,0 | 5 | 850–1000 |



Объем разового кормления определяется не только возрастом ребенка, но и тяжестью состояния, наличием и частотой рвоты. **Ночной перерыв в кормлении детей обязателен.** Начиная со вторых суток, объем разового питания может быть увеличен на 20–30 мл, и соответственно удлиняется интервал между кормлениями.

При развитии первичного осмотического типа диареи (при вирусных диареях) или вторичного (при инвазивных диареях) в результате ферментативной

(главным образом дисахаридазной) недостаточности, которая проявляется беспокойством ребенка, вздутием живота, срыгиваниями, брызжущим пенистым стулом после каждого кормления, необходимо ограничить (либо в тяжелых случаях исключить) сладкие молочные смеси, молоко, соки. В питание назначают низколактозные или безлактозные продукты питания и детские смеси («Симилак», «Изомил», «Хумана-СЛ», «Нутрисоя» и др.). Рекомендуемые продукты питания представлены в табл. 4.

ТАБЛИЦА 4. Рекомендуемые продукты питания в остром периоде ОКИ у детей

| Продукты питания | Перечень продуктов и детских смесей |
|---|---|
| Обычное питание | Материнское или донорское молоко Молочно-кислые продукты (кефир, творог) Овощи и фрукты (яблоки, морковь, бананы и др.) Каши (рисовая, гречневая, манная) Мясо нежирных сортов, рыба, курица Консервы для детского питания |
| Адаптированные детские смеси (заменители женского молока) | «Импресс», «Нутрилон», «Пилти», «Тутели», «Ням-Ням», «Фрисолак», НАН и др. |
| Частично адаптированные | «Виталакт», «Детолакт», «Малыш», «Милумил», «Милазан», «Хумана» и др. |
| Обогащенные бифидобактериями | Бифидок, Бифи-кефир (+кефирные грибки), Бифилин, Биокефир, смесь «Лактофидус», НАН-6–12, НАН кисломолочный и др. |
| Обогащенные лактобактериями | «Адалакт» (+ термофильный стрептококк), Ацидолакт, Биолакт с лизоцимом, «Наринэ», мацони, ацидофильные смеси «Малютка», «Крошечка». «Росток-1» и др. |
| Обогащенные бифидо- и лактобактериями | «Агуша-1» (адаптированная смесь), «Агуша-2» (частично адаптированная), Бифилакт молочный и др. |
| Низколактозные | Нутрилон низколактозный, Хумана ЛП, Нутрилак низколактозный, сухая низколактозная смесь «Малютка», масло сливочное, безмолочные каши (рисовая, гречневая, яблоко, банан и др.) |
| Безлактозные | Нутрилон безлактозный, Нутрилак-соя, «Алсой», «Изомил», «Фрисосой», «Прособи», «Хумана СЛ», соевое молоко («Доктор Соьер»), «Нутрагиген», «Прегестемил», каша «Хумана» специальная безлактозная, «Хайнц» (соевая смесь), Нутрилон соя и др. |
| Специализированные: на основе риса | Биорисовый отвар, морковно-рисовый отвар (ORS-200) — растворы для пероральной регидратации и питания |

1.2. Регидратационная терапия

Ведущей причиной тяжести ОКИ у детей, приводящей к летальным исходам, является развитие обезвоживания. В связи с этим основой рационального лечения больных ОКИ является широкое использование оральной регидратации с применением глюкозо-солевых растворов в сочетании с правильным питанием. Применение глюкозо-солевых растворов для оральной регидратации физиологически обосновано, так как установлено, что глюкоза обладает свойством усиливать перенос калия и натрия через слизистую тонкой

кишки — это способствует быстрому восстановлению нарушений водно-солевого баланса и нормализации обмена веществ.

Оральная регидратация наиболее эффективна при ее применении с первых часов от начала болезни. По данным ВОЗ, проведение оральной регидратации в ранние сроки заболевания ОКИ приводило к снижению летальности в 2–14 раз и к уменьшению потребности госпитализации больных в два раза.

Метод пероральной регидратации имеет следующие преимущества:



- при эксикозе 1–2-й степени с помощью оральной регидратации восстановление концентрации калия, натрия и КОС происходит быстрее, чем при внутривенном введении регидратационных растворов, хотя нормализация стула может запаздывать на 1–2 дня;
- введение метода оральной регидратации в больницах позволяет снизить число внутривенных инфузий, что, с одной стороны, снижает стоимость лечения больного и уменьшает сроки его пребывания на койке, а с другой — имеет противоэпидемическое значение в плане профилактики вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи инфекции;
- простота и доступность метода позволяет применять его на догоспитальном этапе лечения больных ОКИ — в поликлинике и даже на дому, а при раннем его использовании в начальном периоде болезни может сделать ненужной и госпитализацию;
- при высокой эффективности (у 80–95% больных) метод, при правильном его применении, практически не дает осложнений, в то время как при инфузионной терапии побочные реакции возникают у 16% и более больных.

Показания для проведения оральной регидратации: начальные проявления диареи, умеренное (1–2-й степени) обезвоживание, нетяжелое состояние ребенка.

Показания для проведения парентеральной регидратации:

- тяжелые формы обезвоживания (2–3-я степень) с признаками гиповолемического шока;
- инфекционно-токсический шок;
- сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией;
- олигурия или анурия, не исчезающая в ходе первого этапа регидратации;
- неукротимая рвота;
- нарастание объема стула во время проведения оральной регидратации в течение двух дней лечения. Эти явления могут быть обусловлены врожденным или приобретенным в период заболевания нарушением всасывания глюкозы (встречается редко);
- неэффективность оральной регидратации в течение суток.

Для борьбы с обезвоживанием рекомендуется использование препарата регидрон, содержащего в одном порошке 3,5 г натрия хлорида, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г калия хлорида и 10,0 г глюкозы (или отечественный глюколан, содержащий в одном порошке 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г натрия бикарбоната, 1,5 г калия

хлорида и 20 г глюкозы). Перед употреблением порошок разводится в 1 л кипяченой воды и в разведенном виде может храниться не более суток. Недостатком этих и других солевых растворов, рекомендованных ВОЗ главным образом для лечения холеры, является их гиперосмолярность (330 ммоль/л) за счет высокого содержания натрия.

Для проведения оральной регидратации могут быть использованы и другие растворы — биорисовый или морковно-рисовый отвар, «Детский лекарь» и др. Однако при кишечных инфекциях, особенно осмотического типа, предпочтение для проведения оральной регидратации следует отдать гипоосмолярному глюкозо-солевому раствору с экстрактом ромашки — гастролиту. Электролитный состав этого препарата разработан в соответствии с последними рекомендациями Европейского общества детской гастроэнтерологии и питания (ESPGAN). Содержание сухого вещества в пересчете на 1 л: натрия хлорида — 1,75 г, калия хлорида — 1,5 г, натрия гидрокарбоната — 2,5 г, глюкозы — 14,5 г, экстракта ромашки лекарственной — 0,5 г, осмолярность раствора — 240 ммоль/л. Препарат восполняет не только водно-электролитные потери, но и купирует метаболический ацидоз. Экстракт ромашки дополнительно оказывает противовоспалительное, антисептическое и спазмолитическое действие на кишечник, обладает умеренно выраженными антидиарейными свойствами. Выпускается в порошках по 4,15 г для приготовления раствора на 200 мл воды. Для получения настоя ромашки порошок обязательно разводится в горячей воде.

При сравнительном изучении клинической эффективности растворов гастролит и регидрон при ОКИ у детей с эксикозом 1–2-й степени нами было установлено, что при использовании глюкозо-солевого раствора гастролит, особенно при «водянистых» диареях, достоверно быстрее купируются симптомы токсикоза с эксикозом, рвота и боли в животе (за счет экстракта ромашки), а обильный водянистый стул уже к концу первых суток регидратации в 87% случаев сменился на кашицеобразный, в то время как в группе больных, получавших регидрон, лишь у 13% и только на 3–4-й день регидратационной терапии уменьшился объем испражнений и купировались симптомы дегидратации.

Методика расчета жидкости для пероральной регидратации при эксикозе 1–2-й степени:

1-й этап — в первые 6 часов проводится ликвидация существующего дефицита массы тела ребенка за счет эксикоза. Объем жидкости, необходимый для этого



этапа, равен дефициту массы тела и рассчитывается по формуле:

$$\text{мл/час} = (M (\text{кг}) \times P \times 10) : 6,$$

где мл/час — объем жидкости, вводимый больному за 1 час;

M — фактическая масса тела ребенка в кг;

P — процент острой потери массы тела за счет эксикоза;

10 — коэффициент пропорциональности.

2-й этап — поддерживающая терапия, которая проводится в зависимости от продолжающихся потерь жидкости и солей с рвотой и испражнениями. Ори-

ентировочный объем раствора для поддерживающей терапии в последующие 18 часов первых суток оральной регидратации равен 80–100 мл/кг массы тела в сутки. Общий объем жидкости в последующие дни (до прекращения жидкого стула) равен объему физиологической потребности ребенка данного возраста + объем патологических потерь с рвотой и стулом, который ориентировочно для детей грудного возраста составляет 10 мл/кг массы тела на каждое испражнение.

При отсутствии точных данных о потере массы тела ребенка за время болезни процент дефицита массы и степень обезвоживания можно определить по клиническим данным, представленным в таблице 5.

ТАБЛИЦА 5. Оценка тяжести (степени) эксикоза у детей, больных ОКИ

| Симптомы | Степень эксикоза (% потери массы тела) | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| | 1-я (до 5%) | 2-я (7–8%) | 3-я (более 10%) |
| Общее состояние | Средней тяжести | Средней тяжести (до тяжелого) | Тяжелое (очень тяжелое) |
| Сознание | Не нарушено | Нарушено незначительно | Резко нарушено (вплоть до комы) |
| Реакция на боль | Выражена | Ослаблена | Отсутствует |
| Температура тела | Субфебрильная | Часто повышена | Часто понижена |
| Жажда | Умеренная | Резко выражена | Может отсутствовать |
| Цианоз | Нет | Умеренный | Резкий |
| Голос | Норма | Ослаблен | Часто афония |
| Дыхание | Норма | Умеренная одышка | Токсическое |
| Тургор тканей | Сохранен | Снижен | Резко снижен, складка кожи не расправляется |
| Слизистые | Влажные | Суховаты | Сухие, яркие |
| Большой родничок | Норма | Слегка запавший | Втянут или выбухает |
| Глазные яблоки | Норма | Мягкие | Западают |
| Тоны сердца | Громкие | Приглушены | Глухие |
| Тахикардия | Нет | Умеренная | Выражена |
| АД | Норма | Диастолическое | Снижено |
| Рвота | 1–2 раза | Повторная | Множественная |
| Стул | Нечастый (до 3–5 раз в сутки) | Энтеритный (до 10–12 раз в сутки) | Энтеритный (до 15 и более раз в сутки) |
| Диурез | Сохранен | Снижен | Значительно снижен |
| Потери жидкости со стулом, рвотой и диурезом | 145 мл/сут | 160 мл/сут | 185 мл/сут |

Техника проведения пероральной регидратации

Регидратация может проводиться в стационаре, начиная с приемного отделения, в поликлинике, а при соответствующих обстоятельствах и даже на дому. Выпаивание может проводить медсестра или мать (после соответствующего инструктажа). Рассчитанное врачом

количество жидкости на 1 час наливают в специальную градуированную посуду и выпаивают ребенка по 1–2 чайной ложки или из пипетки каждые 5–10 минут, а при невозможности глотания — капельно через назогастральный зонд. В случае рвоты после небольшой паузы (5–10 минут) оральное введение жидкости необходимо



продолжать, так как с рвотой обычно теряется меньше воды и солей, чем вводится. Рвота при секреторных диареях обычно прекращается после ликвидации эксикоза и гипокалиемии.

Регидрон (или глюколан) необходимо сочетать с введением бессолевых растворов — сладкий чай, кипяченая вода, компот без сахара и др., а также с питанием ребенка. При использовании гастролита необходимый объем жидкости можно восполнять одним раствором гастролита. Во время проведения оральной регидратации проводится учет потери жидкости со стулом, мочой и рвотными массами путем взвешивания сначала сухих, а затем использованных пеленок, памперсов. Все данные заносятся в лист пероральной регидратации, который ведется медсестрой или матерью ребенка, а затем клеивается в историю болезни. Врач подсчитывает объем суточных потерь и количество полученной путем регидратации и питания жидкости за сутки. Эффективность пероральной регидратации оценивается по исчезновению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи, прибавке массы тела.

Осложнения оральной регидратации не возникают, если соблюдены все правила ее проведения (показания, количество). **При неправильном проведении могут возникать:**

- рвота — при слишком быстром отпаивании большим количеством раствора (особенно через соску). В этом случае пероральную регидратацию на время прекращают;
- отеки — при избыточном введении раствора, неправильном соотношении солевых растворов и воды в зависимости от вида эксикоза (соледефицитный и др.). В этих случаях пероральную регидратацию с введением растворов, содержащих натрий, прекращают и вводят диуретики в возрастных дозах.

1.3. Ферментотерапия

Заместительную ферментотерапию при ОКИ у детей следует проводить при наличии клинических и копрологических признаков нарушенного пищеварения с целью коррекции переваривающей и всасывательной функции ЖКТ.

Клиническими показаниями являются среднетяжелые и тяжелые формы ОКИ, протекающие по типу инвазивной или осмотической диареи с вовлечением в патологический процесс тонкого отдела кишечника (энтерит, гастроэнтерит, энтероколит, гастроэн-

тероколит). В этих случаях ферментные препараты назначаются:

- после ликвидации клинических симптомов, угрожающих жизни больного (нейротоксикоз, токсикоз с эксикозом 2–3-й степени, ИТШ и др.);
- в период расширения диеты после разгрузки в питании;
- при наличии сопутствующей гастроэнтерологической патологии (ферментопатия и др.).

Показаниями для ферментотерапии может служить также густо обложенный налетом язык, явления бродильной или гнилостной диспепсии (метеоризм), наличие в стуле большого количества зелени и непереваренных комочков пищи, неприятный (зловонный или гнилостный) запах испражнений.

Выбор ферментного препарата в зависимости от типа диареи

При инвазивных диареях необходимость в проведении ферментотерапии возникает на 3–4-й день болезни в период расширения диеты. Ферментным препаратом «стартовой» терапии (до получения результатов копрограммы) является панкреатин или его аналоги с низкой активностью панкреатических ферментов (мезим форте, фестал Н, пангрол 400 и др.).

При осмотическом типе диареи (при вирусных диареях) — следует назначать ферменты с высокой амилотической активностью (лактаза, ти-лактаза, ораза, сомиллаза, панцитрат, пангрол 400, юниэнзим и др.) с первого дня заболевания или переводить ребенка на низколактозную или безлактозную диету.

При наличии явлений метеоризма (независимо от типа диареи) следует использовать ферментные препараты на основе панкреатина с ди- или симетиконом (панкреофлат, зимоплекс) или юниэнзим, так как «пенегасители», входящие в состав этих препаратов, препятствуют газообразованию.

При смешанных инвазивно-осмотических диареях (ротавирусно-бактериальная ко-инфекция и др.) следует назначать ферментные препараты на основе панкреатина с повышенной активностью амилазы.

При решении вопроса о необходимости назначения ферментных препаратов при ОКИ у детей следует также учитывать, что пробиотики (энтерол, бифидо- и лакто-содержащие), используемые в комплексной терапии, обладают ферментативной (главным образом амилотической) активностью, и в этих случаях при легких формах заболевания дополнительного назначения ферментов, как правило, не требуется (табл. 6).



ТАБЛИЦА 6. Выбор ферментного препарата по результатам копрограммы

| Копрологические признаки нарушенного пищеварения | Рекомендуемые ферментные препараты |
|---|---|
| Большое количество неизмененных мышечных волокон, соединительной ткани, перевариваемой клетчатки и внутриклеточного крахмала | Протеолитические ферменты (абомин, пепсин, пепсидил, ацидинпепсин) или с повышенной протеолитической активностью в остром периоде ОКИ у детей грудного возраста не используются |
| Большое количество солей жирных кислот (мыла), реже — жирных кислот и нейтрального жира — синдром нарушенного кишечного всасывания | Ферменты поджелудочной железы (панкреатин, мезим форте, креон, пангрол 400, ликреаза и др.), солизим, нигедаза и др. |
| Большое количество вне- и внутриклеточного крахмала, перевариваемой клетчатки и йодофильной микрофлоры — синдром брожения | Панкреатические ферменты с повышенной амилитической активностью (мезим форте, креон, ликреаза, панцитрат), а также лактаза, юниэнзим, зимоплекс, панкреофлат |
| Большое количество нейтрального жира, измененных мышечных волокон, внеклеточного крахмала и перевариваемой клетчатки, йодофильной флоры | Панкреатические ферменты (мезим форте, панкреатин, фестал Н, ликреаза, креон, панкреон и др.) |
| Большое количество жирных кислот, нейтральный жир, измененные мышечные волокна и внутриклеточный крахмал | Полиферментные препараты с гемицеллюлозой и компонентами бычьей желчи (фестал, дигестал, панолез, энзистал и др.) в остром периоде не назначаются |

При анализе результатов копрограммы следует учитывать:

- крахмал, нейтральный жир, жирные кислоты, соединительная ткань и йодофильная микрофлора в норме отсутствуют;
- неприятный, гнилостный запах испражнений и кристаллы трипельфосфатов, йодофильная микрофлора (за счет кокковой флоры, а не клостридий) всегда связаны с низкой протеолитической активностью ферментов тонкого кишечника — нарушением переваривания белков, которые в толстом кишечнике разлагаются с выделением большого количества аммиака, раздражающего слизистую кишечника (в испражнениях появляется небольшое количество прозрачной слизи);
- на снижение липолитической активности ферментов поджелудочной железы указывает нейтральный жир, желчи — жирные кислоты, тонкого кишечника — соли жирных кислот (мыла), на снижение амилитической активности — крахмал и йодофильная микрофлора;
- о недостаточности всасывания в тонком кишечнике (быстрая эвакуация, воспалительный процесс, нарушение пристеночного пищеварения) свидетельствует увеличение количества жирных кислот; о недостаточности переваривания — нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, крахмал и перевариваемая клетчатка;

- если причиной нарушенного пищеварения является только быстрая эвакуация химуса из тонкого кишечника — в испражнениях появляется зелень, большое количество жирных кислот, если в патологический процесс вовлекаются и верхние отделы толстого кишечника — соли жирных кислот (мыла);
- при наличии бродильного процесса («осмотический» тип диареи) — много перевариваемой клетчатки и йодофильной микрофлоры (клостридий), пенистый или ноздреватый кал (за счет повышенного газообразования), в стуле большое количество прозрачной слизи.

Противопоказания

В остром периоде заболевания ферментные препараты на основе панкреатина с компонентами бычьей желчи (фестал, дигестал, панолез, энзистал и др.), независимо от типа диареи, назначать не следует, так как они могут усилить диарейный синдром. Компоненты бычьей желчи (желчные кислоты и др.) стимулируют моторику кишечника и желчного пузыря, усиливают осмотическое давление химуса, оказывают повреждающее действие на слизистую, а при микробной деконъюгации — способствуют активации цАМФ энтероцитов с последующим развитием или усилением осмотического или секреторного компонента диареи.

При ОКИ осмотического типа, а также в начальном периоде при энтеритах и гастроэнтеритах «инвазивно-



го» типа диареи (при наличии усиленной перистальтики кишечника, примеси зелени и прозрачной слизи в испражнениях, раздражения кожи вокруг ануса) назначать протеолитические ферменты (абомин и др.) и ферменты с высокой протеолитической активностью не следует, они могут усилить диарейный синдром, а при ротавирусной инфекции не следует назначать ферменты, содержащие трипсин, химотропсин — панзинорм форте и др., они могут стимулировать

репродукцию ротавируса в энтероцитах и утяжелить состояние больного.

Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия при ОКИ у детей грудного возраста включает назначение, по показаниям, жаропонижающих, противорвотных и других мероприятий, направленных на купирование отдельных симптомов или синдромов в зависимости от типа диареи (табл. 7).

ТАБЛИЦА 7. Симптоматическая терапия ОКИ у детей

| Вид терапии (мероприятия) | Тип диареи | | |
|---|--|--------------|---------------------------|
| | инвазивный | осмотический | секреторный |
| Жаропонижающие | Проводятся по общим правилам | | Не требуются |
| Антидиарейные | Разгрузка в питании, рациональная диета, ферментные препараты | | Ферменты не назначаются |
| | Энтеросорбенты (смекта, энтеросгель, полисорб, энтеродез и др.) | | |
| | Регуляторы моторики — дебридат детям до 6 мес. ½ ч. ложки 2–3 раза, старше — 1 ч. ложку 2 раза/сутки | | Не требуется |
| | Купирование явлений метеоризма (см. ниже) | | |
| Противорвотные | Разгрузка в питании, дробное дозированное кормление | | Как правило, не требуются |
| | Противорвотные препараты: реглан (метоклопрамид) по 2,5–5 мг (или 2,5–5 мл 0,1% раствора) <i>per os</i> или 0,5–1 мл раствора для инъекций в/м или в/в, риабал (прифиния бромид), в том числе и при наличии абдоминальных болей (см. ниже) | | |
| Купирование болевого синдрома | Миотропные спазмолитики — спазмол (дротаверин) по 0,01–0,02 г 1–2 раза в сутки или спазмомен 40, который обладает избирательным действием на мускулатуру кишечника | | Как правило, не требуется |
| | Блокаторы М-холинорецепторов — риабал (прифиния бромид) — суточная доза 1 мг/кг на 3 приема <i>per os</i> обладает и противорвотным действием | | |
| | Энтеросорбенты (смекта, энтеросгель и др.) | | |
| | При метеоризме: эспумизан (симетикон) эмульсия по 1 ч. ложке 3–5 раз в сутки во время или после еды, дисфлатил (симетикон) — по 10–15 капель 2–3 раза в сутки, а также — симетон или метеоспазмил — содержит «пеногаситель» симетикон и миотропный спазмолитик альверин, избирательно действующий на мускулатуру кишечника | | |
| | Альгинатол (свечи)* | | |
| Купирование метеоризма (бродильной диспепсии) | Низколактозная или безлактозная диета | | Не требуется |
| | «Пеногасители» на основе ди- или симетикона (дисфлатил, эспумизан, симетон и др.), дебридат | | |
| | Ферментные препараты на основе панкреатина и «пеногасителей» (зимоплекс, панкреофлат) или юниэнзим и др. | | |
| | Энтеросорбенты (смекта, энтеросгель и др.) | | |

* Альгинатол суппозитории — обладает выраженным противовоспалительным, гемостатическим, антидиарейным и репаративным действием на эпителий кишечника. Высокоэффективен при ОКИ инвазивного и инвазивно-осмотического типа с вовлечением в патологический процесс толстого отдела кишечника (колит, энтероколит и др.). Включение в комплексную терапию среднетяжелых и тяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии альгинатола 5–7-дневным курсом способствует более быстрому исчезновению симптомов интоксикации, абдоминального болевого и диарейного синдромов, явлений гемоколита.



2. Этиотропная терапия

Выбор средств этиотропной терапии осуществляется в зависимости от установленного типа диареи (инвазивный, секреторный и др.) и тяжести заболевания, а также с учетом возрастных ограничений и сопутствующей патологии. «Стартовую» этиотропную терапию легких и среднетяжелых форм, независимо от типа диареи, следует начинать с препаратов, обладающих прямым или опосредованным санирующим действием на возбудителей ОКИ, как бактериальной, так

и вирусной этиологии (табл. 8). Эффективными средствами своеобразной «микробиоценоз-сохраняющей альтернативной этиотропной терапии» легких и среднетяжелых форм ОКИ у детей, как установлено многочисленными клиническими исследованиями, являются иммуноглобулины орального применения (КИП, кипацид, кипферон, лактоглобулины и др.), пробиотики (пробифор, бифидумбактерин, аципол, энтерол и др.) и энтеросорбенты (энтеросгель, смекта, полисорб и др.).

ТАБЛИЦА 8. Стартовая этиотропная терапия легких и среднетяжелых форм ОКИ у детей грудного возраста, независимо от предполагаемой этиологии и типа диареи

| Препараты | Режим дозирования |
|-----------------------|--|
| Пробиотики | |
| Пробифор | Детям с 6 мес. по пакетику 2–3 раза в сутки во время кормления, смешав с молоком (кипяченой водой) или продуктом детского питания (30–50 мл). Для интенсификации дезинтоксикационного и антидиарейного эффекта при среднетяжелых формах суточную дозу препарата можно разводить непосредственно в 30–50 мл 4–5% раствора энтеродеза (или сочетать с назначением других энтеросорбентов). Курс лечения 3–5 дней |
| Бифидумбактерин | Детям до 6 мес. по пакетику 2–3 раза, от 6 мес. до 1 года — по пакетику 3–4 раза в сутки. При среднетяжелых формах можно разводить непосредственно в энтеродезе или сочетать с назначением других энтеросорбентов (смекта и др.). Курс лечения 5–7 дней |
| Бифидумбактерин форте | По пакетику 2–3 раза в сутки. При среднетяжелых формах можно также комбинировать с назначением энтеросорбентов. Курс лечения 5–7 дней |
| Аципол | При легких формах в общепринятых дозировках 5–7-дневным курсом, при среднетяжелых формах целесообразно сочетать с назначением энтеросорбентов (смекта, энтеросгель и др.) |
| Ацилакт | |
| Энтерол | По 0,5–1 пакетику 1–2 раза в сутки в течение 5–7 дней. Содержимое пакетика разводят в 30–50 мл теплой воды или детской смеси. При среднетяжелых формах целесообразно сочетать с назначением энтеросорбентов (смекта, энтеродез, полисорб и др.) |
| Энтеросорбенты | |
| Энтеросгель | По 1–2 ч. ложки (5–10 г) на 3–4 приема в сутки (в промежутках между приемом пищи и медикаментов за 1,5–2 часа до и через 2 часа после приема). Энтеросгель можно сочетать с одновременным приемом пробиотиков. При наличии выраженной положительной динамики симптомов суточная доза уменьшается в 2 раза. Курс лечения — 3–5 (до 7) дней |
| Смекта | По 1 пакетику в сутки на 3–4 приема. Содержимое пакетика разводят в 30–50 мл кипяченой воды или смешивают с полужидкой пищей. Курс лечения 3–5 дней |
| Полисорб МП | Назначается per os в виде водной суспензии за 1 час до еды или приема лекарственных препаратов из расчета 0,1–0,5 г/кг в сутки (на 3–4 приема). Курс лечения 3–5 дней |

Этиотропное действие этих препаратов обусловлено как непосредственно «прямым» воздействием на возбудителей ОКИ (антагонистическая активность), так и «опосредованным» через иммуномодулирующее действие на местное звено иммунитета и нормализацию количественного и качественного состава микрофлоры кишечника и др.

Энтеросорбенты, в отличие от антибактериальных препаратов, оказывают выраженный и быстрый дезинтоксикационный и антидиарейный клинический эффект

за счет сорбции и элиминации из кишечника не только токсических веществ (в том числе токсинов бактерий), но и возбудителей ОКИ (патогенных и УП бактерий, вирусов), т. е. обладают этиопатогенетическим воздействием. При легких и среднетяжелых формах ОКИ у детей грудного возраста, при условии назначения в ранние сроки от начала заболевания (1–2-й день болезни), они могут быть единственными средствами «этиотропной» терапии, и в первую очередь при кишечных инфекциях «осмотического» типа вирусной этиологии.



ТАБЛИЦА 9. Этиотропная иммунотерапия

| Препараты | Режим дозирования |
|--|---|
| КИП | По 0,5–1 дозе 2 раза в день 5–7-дневным курсом <i>per os</i> . При этиотропной монотерапии тяжелых форм ОКИ «инвазивного» типа суточная доза может быть увеличена до 3–4 доз в сутки или же дополнительно назначаются энтеросорбенты, а при отсутствии клинического эффекта — антибиотики резерва |
| Рекомбинантные альфа-2-интерфероны (виферон, реаферон и др.) | Ректально назначаются детям до 6 мес. — по 100 000, 6–12 мес. — по 50 000 МЕ/кг массы тела 2 раза в день. Высокоэффективны, как средства этиопатогенетической терапии осмотических — вирусной и инвазивно-осмотических диарей вирусно-бактериальной этиологии. Курс лечения 5–7 дней |
| Специфические лакто-глобулины для перорального применения (противоколипротейный, шигеллезный сухой, сальмонеллезный и др.) | Назначаются только при обнаружении антигена в копрофильtrate методами экспресс-диагностики (РЛА, ИФА). Курс лечения 5–7 (до 14) дней. |

Антибиотики, по мнению большинства педиатров-инфекционистов, следует использовать лишь при тяжелых и генерализованных формах кишечных инфекций. Причем при выборе средства этиотропной терапии следует также учитывать, что у детей грудного возраста, особенно в осенне-зимне-весенний период года, до 33–57,5% случаев в структуре кишечных инфекций занимают вирусные диареи, обусловленные

рота-, астро-, калици-, группы Норфолка и другими вирусами. Использование в этих случаях антибактериальных препаратов (фуразолидон, гентамицин и др.) способствует формированию или прогрессированию дисбактериоза кишечника и функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и, соответственно, затягиванию острого периода заболевания (табл. 10).

ТАБЛИЦА 10. Классификация антибактериальных препаратов этиотропной терапии ОКИ бактериальной этиологии «инвазивного» типа

| Препараты | Общая характеристика |
|--|---|
| Оральные препараты «стартовой» терапии (кишечные антисептики) | |
| Производные нитрофурана: фуразолидон, нифуроксазид (энтерофурил суспензия, эрцефурил) | Обладают широким спектром действия в отношении патогенов в просвете кишечника и адгезированных на эпителиоцитах. Не всасываются (или плохо всасываются), создавая высокие концентрации в кишечнике. |
| Производные 8-оксихинолина: интестопан, энтеросептол | Как этиотропная монотерапия неэффективны при тяжелых формах и, более чем в половине случаев, при среднетяжелых формах ОКИ. |
| Аминогликозиды: гентамицин <i>per os</i> | Клиническая и санирующая эффективность при среднетяжелых формах существенно повышается при использовании в комбинации с энтеросорбентами (или КИП). |
| Полимиксин М | |
| Антибиотики «стартовой» терапии | |
| Пенициллины: ампициллин, амоксициллин, амоксиклав | Обладают широким спектром действия, секретируются в просвет кишечника и оказывают воздействие на большинство возбудителей ОКИ, находящихся как в кишечнике, так и в крови при бактериемии. |
| Аминогликозиды: гентамицин, сизомицин, тобрамицин | Недостатки: эффективность этих препаратов в последние годы снижается из-за широкой циркуляции резистентных штаммов; частые побочные реакции и развитие дисбактериоза. |
| Цефалоспорины 1–2 поколения: цефазолин, цефалотин, цефуроксим, цефамандол, цефалексин <i>per os</i> | Клиническая и санирующая эффективность существенно повышается при дополнительном назначении энтеросорбентов (или КИП). |



| Препараты | Общая характеристика |
|---|---|
| Препараты резерва («системного» действия) | |
| Аминогликозиды: амикацин, нетромицин | Обладают широким спектром действия и высокоэффективны в отношении практически всех возбудителей ОКИ, в том числе внутриклеточно расположенным и устойчивым к препаратам «стартовой» терапии. При парентеральном введении секретируются, а при энтеральном — хорошо всасываются, создавая высокие концентрации как в крови, так и в слизистой кишечника. Недостаток — частые побочные реакции. |
| Цефалоспорины 2–3 поколения: Цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, цефокситин, цефотетан — парентеральные цефаклор, цефиксим — оральные | |
| Карбапенемы: имипинем | |

ТАБЛИЦА 11. Показания к применению и схемы лечения антибактериальными препаратами ОКИ инвазивного типа

| Препараты | Тяжесть заболевания и показания | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| | легкая форма | среднетяжелая | тяжелая форма |
| Кишечные антисептики | Назначаются при отсутствии возможности лечения пробиотиками, сорбентами или иммуноглобулинами (КИП и др.) | Схема 1. Назначаются как монотерапия или в комбинации с энтеросорбентами (или КИП) | Не назначаются |
| Антибиотики «стартовой» терапии | По показаниям назначаются новорожденным и детям с неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия, рахит и др.) и сопутствующей бактериальной инфекцией | Схема 2. Назначаются как монотерапия или в комбинации с энтеросорбентами или иммуноглобулинами (КИП) | Схема 1. Обязательно назначаются в комбинации с энтеросорбентами (энтеросгель, смекта, энтеродез) или КИП |
| Препараты «резерва» | Не назначаются | Схема 3. Назначаются при отсутствии положительной динамики симптомов в первые 2–3 дня лечения по схеме 1 или схеме 2 | Схема 2. Назначаются при отсутствии эффекта в первые 2–3 дня лечения по схеме 1, а также при генерализованных и септических формах |

Примечание: при «инвазивно-осмотическом» типе диареи в первую очередь следует думать о вирусно-бактериальной ко-инфекции (например, сальмонеллез плюс ротавирусная инфекция и др.). В этих случаях вместо антибиотиков или химиопрепаратов для стартовой терапии, в том числе и при тяжелых формах, целесообразнее назначать иммуноглобулины (КИП и др.) или пробиотики (пробифор, бифидумбактерин и др.) в комбинации с энтеросорбентами (энтеросгель, смекта и др.). При отсутствии положительной динамики к концу первых-вторых суток — решается вопрос о назначении антибиотиков по одной из представленных выше схем.

3. Посиндромная терапия

Токсикоз с эксикозом

Первый этап — неотложная терапия гиповолемического шока:

- преднизолон (5–10 мг/кг/сутки): ½ суточной дозы вводится внутривенно струйно;
- реополиглюкин (по 10–20 мл/кг) или 10% альбумин (по 5–8 мл/кг) в/в со скоростью до 60–80 капель в минуту (что соответствует 180–200 мл/час);
- коррекция метаболического ацидоза — в/в (16–20 капель в минуту) вводится ½ необходимого количества мл 4–5% бикарбоната натрия (рассчитанного по по-

казателю BE); затем для предупреждения развития почечной недостаточности — в/в вводится 10% глюкоза с инсулином в объеме 5% от фактической массы тела ребенка (16–20 капель в минуту).

Критерии эффективности неотложной терапии шока: повышение АД до 80–90 мм рт. ст.; восстановление диуреза.

Второй этап — поддерживающая терапия (следующие 2–8 часов):

- глюкозо-солевые растворы (5–10% глюкоза, солевые растворы: лактасоль, дисоль, трисоль, квартасоль и др.) в соотношении 2:1 в объеме ½ возрастной



суточной потребности в жидкости. Скорость введения глюкозо-солевых растворов 16–20 капель в минуту, что соответствует 50–70 мл/час.

- коррекция дефицита калия: в первую капельницу назначается $\frac{1}{2}$ часть его дефицита в организме, рассчитанного по формуле, а при отсутствии результатов лабораторных данных — возрастная суточная потребность (2–3 ммоль/кг/сутки).

Третий этап — поддерживающая терапия (следующие 9–24 часа):

- глюкозо-солевые растворы в объеме патологических потерь $+\frac{1}{2}$ физиологической потребности в воде. Скорость введения 16–20 капель в минуту;
- при улучшении состояния больного и прекращении рвоты переходят на оральную регидратацию в объеме патологических потерь жидкости со стулом и рвотой (80–100 мл/кг массы тела).

Коррекция дефицита калия

Дефицит калия в организме ребенка рассчитывается по формуле:

$$\text{ммоль} = (4,5 - \text{калий больного}) \times M \times 0,4$$

или по степени содефицитного эксикоза — при отсутствии лабораторных данных: при 2-й степени — 4 ммоль/кг/сутки, при 3-й степени — 6 ммоль/кг/сутки.

Для в/в капельного введения готовится глюкозо-калиевая смесь (необходимое количество мл 7,5% или 5% хлорида калия разводится в 10% растворе глюкозы до концентрации 0,5–1% раствора калия хлорида); при этом учитывается, что 1 ммоль калия содержится в 1 мл 7,5% раствора или в 1,5 мл 5% раствора хлорида калия. Оптимальная скорость введения глюкозо-калиевого раствора — 6–8 капель в минуту в течение часа; можно вводить внутривенно не более 10–15 ммоль калия.

Коррекция КОС

При наличии метаболического ацидоза объем 4% раствора бикарбоната натрия, необходимого для полной его коррекции, определяется по формуле:

$$BE \times M \times 0,5 = \text{мл},$$

где *BE* — дефицит оснований; *M* — масса тела в кг.

При невозможности лабораторного контроля за состоянием КОС 4% раствор бикарбоната натрия вводится только при тяжелых формах ОКИ и при наличии признаков метаболического ацидоза: мраморность и цианоз кожного покрова, шумное токсическое дыхание, спутанное сознание и др. В этих случаях 4%

раствор бикарбоната натрия вводится из расчета 5–7 мл/кг массы тела ребенка.

4. Инфекционно-токсический шок — неотложные мероприятия

Гормональная терапия: преднизолон (2–5 мг/кг) или гидрокортизон (10–20 мг/кг) в/в струйно — при положительной динамике повторно через 4–6 часов вводится $\frac{1}{2}$ часть первоначальной дозы.

Инфузионная терапия: «стартовый» раствор — реополиглюкин по 15–20 мл/кг массы тела вводится в/в в течение 40–60 минут или альбумин 5–8 мл/кг массы тела. Одновременно капельно в/в вводится допамин по 10–15 мкг/кг в 1 минуту на 10% растворе глюкозы (или растворе Рингера), при восстановлении диуреза и гемодинамики дозу уменьшают до 3–5 мкг/кг. Затем вводится лазикс и начинается коррекция водно-электролитного обмена. Объем инфузионной терапии — 50–100 мл/кг, отношение коллоидов к кристаллоидам составляет 1:2.

Назначаются также: ингибиторы протеолиза (контрикал, трасилол), дезагреганты (курантил), ангиопротекторы (трентал) 0,05% по 0,1 мл детям до 1 года, старше — по 0,05–0,1 мл/год, вводятся в три приема с интервалом 6–8 часов в/в медленно в 10–20 мл 0,85% хлорида натрия; строфантин 0,05% по 0,1–0,15 мл/год или коргликон 0,06% по 0,2–0,5 мл или дигоксин.

Сосудорасширяющие средства: папаверин 2% по 0,1 мл/год жизни или дибазол по 0,2 мл/год жизни

5. Терапия ДВС-синдрома

Антикоагулянты и активаторы фибринолиза: гепарин в фазе гиперкоагуляции по 200–300, в переходный период — 100–200 ед/кг/сутки, в фазе гипокоагуляции и кровотечения противопоказан.

Дезагреганты и ангиопротекторы: курантил 0,5% по 0,2 мг/кг до 3–4 раз/сутки или трентал 2% по 1 мл/год жизни в/в на физ. растворе или эуфиллин 2,4% на 10% глюкозе внутривенно или дроперидол 0,25% по 0,05–0,1 мл/кг/массы тела каждые 6–8 часов.

Ингибиторы протеиназ: контрикал (или трасилол) по 1–2 тыс. ед/кг в/в на физ. растворе в три приема или гордокс — в дозе, в 3–4 раза превышающей дозу контрикала, в/в или в/м.

Заместительная терапия: свежемороженая плазма по 10–20 мл/кг или тромбоцитарная масса по 20 мл/кг — при тромбоцитопении, гемотрансфузии (свежецитратная кровь, прямое переливание) или фибриноген — при геморрагическом синдроме.



Препараты, улучшающие функцию тромбоцитов: дицинон по 0,1 мл/кг 12,5% раствора и по 2 мл — детям старшего возраста.

6. Лечение острой почечной недостаточности при токсикозах

Нарушение выделительной функции почек наблюдается при тяжелых формах ОКИ, сопровождающихся эксикозом 2–3-й степени, гиповолемическим или инфекционно-токсическим шоком, гемолитико-уремическим синдромом (ГУС).

Функциональная форма ОПН развивается на фоне токсикоза с эксикозом 2–3-й степени и характеризуется:

- нормальной или повышенной плотностью мочи (1018 г/см³);
- умеренной олигурией (8 мл/час и более);
- повышением осмолярности мочи и плазмы (более 1,0).

Терапия:

- адекватная терапия эксикоза с коррекцией водно-солевого обмена глюкозо-солевыми растворами;
- улучшение реологических свойств крови препаратами — реополиглюкин, пентамин по 0,05–0,1 мг/кг, трентал по 5 мг/кг/сутки, курантил, глюкозо-новокаиновая смесь.

Органическая форма ОПН развивается на фоне шока, эксикоз отсутствует или не превышает 1-й степени или является результатом неадекватной терапии функциональной ОПН или гемолитико-уремического синдрома и характеризуется:

- снижением плотности мочи (ниже 1010 г/см³);
- снижением диуреза (4 мл/час и менее);
- азотемией более 18 ммоль/час;
- низким индексом осмолярности мочи и плазмы крови;
- гемоглобин, гематокрит и тромбоциты остаются в пределах нормы или снижены.

Терапия:

- ограничение потребления жидкости до объема потерь с дыханием, т.е. ребенок грудного возраста должен получать около 300 мл жидкости в сутки;
- одновременно в/в струйно вводится трентал по 5 мг/кг каждые 4 часа;
- при повышении АД к терапии добавляется апрессин или пентамин;
- если терапия оказывается не эффективной в течение 12 часов — показан гемодиализ;

- назначение лазикса противопоказано, так как он усилит дефицит жидкости и электролитов, нарушение микроциркуляции и метаболический ацидоз;
- в полиурической стадии производится возмещение потери воды и солей, как при токсикозе с эксикозом.

7. Наблюдение и контроль

Ограничения в диете накладываются до стойкой нормализации частоты и характера стула, затем набор запрещенных продуктов расширяется; симптоматическая терапия проводится до купирования синдрома, синдромальная — до ликвидации жизнеугрожающего состояния; продолжительность курса этиотропной терапии определяется динамикой заболевания, при наличии клинического эффекта рекомендуются курсы лечения до 5–7 дней. При повторном высеве возбудителя ОКИ по окончании антибактериальной терапии назначаются специфические бактериофаги (шигеллезный и др.); при поступлении в стационар и по окончании этиотропной терапии через 1–2 дня проводится бактериологическое обследование кала на кишечную группу; после выписки из стационара ребенок подлежит диспансерному наблюдению и должен соблюдать диету в течение одного месяца.

При построении терапевтической тактики необходимо помнить, что уже в начальном периоде заболевания практически у всех детей грудного возраста имеют место выраженные дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника (дисбактериоз), которые характеризуются: снижением log (КОЕ/г) бифидо-, в меньшей степени лактобактерий и энтерококков, повышением концентрации эшерихий, в том числе лактозонегативных и гемолитических форм. С высокой частотой высеваются представители УПМ (клебсиелла пневмония, протей, энтеробактер, стафилококк, грибы Candida и др.) в концентрациях, превышающих норму. На фоне антибиотикотерапии дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника прогрессируют, вплоть до дисбактериоза 2–3-й степени, и нередко (особенно при повторных курсах антибиотикотерапии) развивается эндогенная инфекция за счет представителей УПМ вплоть до генерализации процесса и сепсиса. Поэтому по окончании лечения необходимо обязательно проводить исследование на дисбактериоз кишечника и коррекцию выявленных нарушений.



ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Вакцинопрофилактика (активная иммунизация, специфическая иммунопрофилактика) — это искусственное воспроизводство иммунного ответа путем введения вакцины с целью создания невосприимчивости к инфекции.

Вакцинопрофилактика проводится вакцинными препаратами, содержащими специфический антиген.

В ответ на введение антигена в организме закономерно возникает активация иммунной системы в виде ряда последовательных этапов:

- захват антигена макрофагами;
- расщепление (процессинг) и представление (презентация) пептидных фрагментов антигена Т-клеткам;
- пролиферация и дифференцировка Т-клеток с появлением регуляторных хелперов и супрессоров, цитотоксических Т-клеток, клеток памяти;
- активация В-клеток с превращением их в плазматические антителопродуцирующие клетки;
- формирование иммунологической памяти;
- продукция специфических антител;
- снижение уровня антител.

В процессе антителообразования условно можно выделить три фазы.

Первая охватывает время с момента введения антигена до формирования антителопродуцирующих клеток. Продолжительность этой фазы составляет 12–24 часа, ее отличительная особенность состоит в том, что в этот период еще можно воздействовать на иммуногенез, усиливая или замедляя его. Вторая фаза — это собственно продукция антител вплоть до максимального уровня в соответствии с силой антигенного раздражителя. Продолжительность этой фазы бывает различной — от нескольких дней до 3–5 недель и повлиять на нее уже нельзя. После достижения наивысшего уровня иммунного ответа начинается третья фаза, когда концентрация антител медленно снижается в течение месяцев (шигеллез,

сальмонеллез и др.) и многих лет (корь, эпидемический паротит и др.).

Иммунный ответ на введение антигена всегда строго специфичен, и кроме того, один и тот же антиген вызывает иммунный ответ разной интенсивности — от слабого или даже нулевого до очень высокого, в соответствии с генотипом, и наоборот, один и тот же организм бывает в различной степени реактивным по отношению к различным антигенам (Р.В. Петров, 1987).

Специфический иммунный ответ регулируется генами иммунной реакции, сцепленными с главной генетической системой гистосовместимости, имеющей большое значение для иммунологического распознавания и взаимодействия в иммунном ответе. Комплекс гистосовместимости — это центральный генетический аппарат для функционирования иммунной системы. У человека он локализуется в шестой хромосоме и обозначается как HLA (англ. Human leucocyte antigens). Лица, несущие некоторые антигены этого комплекса, характеризуются иммунологической дефектностью в отношении того или иного инфекционного антигена (например, вируса). Некоторые из антигенов HLA сцеплены с генами, контролирующими силу иммунного ответа к данному возбудителю. При этом последний может задерживаться в организме, вызывая возникновение латентной инфекции с различного рода нежелательными последствиями.

Имеются существенные различия в иммунной реакции на введение живых и инактивированных вакцин, на первичное и повторное введение вакцинных антигенов. При **первичном введении (вакцинация)** живых вирусных вакцин (корь, краснуха, паротит) в неиммунном организме вакцинный штамм возбудителя несомненно попадает в тропный орган, где происходит его репродукция с последующим выходом в свободную циркуляцию и включением цепи иммунологических реакций, идентичных таковым при естественной инфекции. Именно поэтому реакция на введение живых вакцин особенно часто возникает по истечении как бы инкубационного периода и проявляется ослабленным симптомокомплексом естественной инфекции (увеличение затылочных



лимфоузлов на введение краснушной вакцины, околушных слюнных желез — на паротитную вакцину и т. д.). Иммунный ответ в этом случае характеризуется появлением в крови антител класса IgM с последующим переключением на синтез антител класса IgG. Очевидно также, что в ходе такого взаимодействия формируются и клетки иммунологической памяти.

При повторном введении антигена (**ревакцинация**) характер иммунного реагирования также будет зависеть от вида вакцины (живая или инактивированная). При введении инактивированной вакцины возникает бустерный эффект за счет включения клеток памяти. При этом практически сразу начинается продукция специфических антител, и их уровень бывает более значительным, чем при первичном введении.

Третья доза инактивированной вакцины обычно еще больше усиливает процесс антителообразования, но эта закономерность не бесконечна, поскольку сила иммунного ответа генетически детерминирована. Последующие дополнительные дозы антигена, скорее всего, не приведут к усилению антителопродукции, и даже наоборот — могут вызывать состояние иммунодепрессии.

Живые вирусные вакцины, действие которых рассчитано на размножение вируса в организме привитого, создают стойкий иммунитет уже после первого введения. Повторная вакцинация позволяет привить от инфекций тех лиц, у которых первая доза вакцины по той или иной причине не привела к выработке иммунитета.

При введении живой вакцины в качестве ревакцинирующей дозы ребенку с утерянным иммунитетом, но с клетками памяти сформируется быстрый и высокоэффективный иммунный ответ (IgG-антитела).

В случае если у ребенка сохранился защитный уровень специфических антител после первой вакцинации, ревакцинирующая доза вируса будет инактивирована циркулирующими в крови антителами и, вероятнее всего, не произойдет усиления специфического антителообразования или иммунный ответ будет слабым за счет возможной его стимуляции иммунными комплексами.

Таким образом, ревакцинирующая доза в худшем случае может быть бесполезной, но, как правило, она приводит к усилению иммунного ответа, который принято называть **бустерным эффектом**.

Формирование иммунологической памяти связано с образованием популяций Т- и В-клеток памяти, характерной особенностью которых является быстрая пролиферация под влиянием специфического антигена

с образованием большой популяции клеток-эффекторов и синтезом соответственно большого количества антител и цитокинов. Иммунологическая память может сохраняться годами, а иногда и всю жизнь (оспа, корь и др.).

Адсорбированные вакцины вводятся трехкратно с интервалом в 1–2 месяца с ревакцинацией через год после последней вакцинации, при этом формируется **грунд-иммунитет**. Впоследствии ревакцинация проводится анатоксинами с уменьшенной антигенной нагрузкой (АДС-М), что приводит к развитию бустерного эффекта за счет включения клеток памяти.

Приобретенный антиинфекционный иммунитет является типоспецифическим, т. е. возникает на конкретные виды микроорганизмов. Он может быть антитоксический, антибактериальный, противовирусный, к грибам, паразитам и гельминтам.

Антитоксический иммунитет развивается при дифтерии, столбняке, ботулизме и др. Следует отметить, что антитоксический иммунитет не предотвращает бактерионосительство.

Различают естественный (врожденный) и искусственный, активный и пассивный иммунитет.

Естественный активно приобретенный иммунитет возникает после перенесенных заболеваний, **искусственный активный** — после вакцинации.

Антитела класса IgG, передаваемые от матери к плоду, обеспечивают **пассивно приобретенный естественный** иммунитет у детей первого года жизни. Через материнское молоко ребенок получает также секреторный IgA и IgM.

Пассивно приобретенный искусственный иммунитет возникает в результате введения готовых антител в виде специфических иммуноглобулинов (противокоревой, противогриппозный, антистафилококковый и др.) или после введения сыворотки, плазмы и крови переболевших.

Пассивный иммунитет развивается быстрее, чем активный, что приобретает особое значение при постэкспозиционной профилактике ряда заболеваний, например клещевого энцефалита, а также для экстренной профилактики ряда инфекций (гепатита В, ветряной оспы и др.), в том числе у лиц, получающих иммуносупрессивную терапию.

Интервал между вакцинациями как живыми, так и убитыми препаратами не должен быть меньше 28 дней, иначе антитела, образующиеся на первое введение вакцины, инактивируют вновь вводимый антиген, в результате чего напряженность иммунного ответа снизится.



ХАРАКТЕРИСТИКА ВАКЦИННЫХ ПРЕПАРАТОВ

К вакцинам относятся препараты, получаемые из бактерий, вирусов, грибов, простейших, а также продуктов их жизнедеятельности, предназначенных для активной иммунизации с целью профилактики и терапии инфекционных, грибковых и паразитарных болезней.

В настоящее время принята единая классификация препаратов, создающих активный иммунитет: живые, убитые, химические вакцины и анатоксины. Химические вакцины и анатоксины являются разновидностью инактивированных препаратов. Кроме того, выделяют рекомбинантные вакцины, форсифицированные вакцины, ассоциированные или комбинированные вакцины (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. Вакцины, выпускаемые в Российской Федерации

| Виды вакцин | Инъекции, для профилактики которых применяются вакцины |
|---|---|
| Живые вакцины | Бруцеллез, грипп, корь, лихорадка Ку, желтая лихорадка, эпидемический паротит, полиомиелит, сибирская язва, туберкулез, сыпной тиф, туляремия, чума |
| Убитые (инактивированные) и субъединичные вакцины | Бешенство, брюшной тиф, грипп, клещевой энцефалит, коклюш, холера, лептоспироз, гепатит А, сыпной тиф, герпес |
| Химические вакцины | Менингококковая инфекция, холера, брюшной тиф |
| Анатоксины | Дифтерия, столбняк, гангрена, ботулизм, холера, стафилококковые и синегнойные инфекции |
| Рекомбинантные вакцины | Гепатит В |
| Вакцины с искусственным адьювантом | Гриппозная вакцина с полиоксидонием |

Живые вакцины производятся на основе аттенуированных штаммов со стойко закрепленной авирулентностью. Будучи лишены способности вызывать инфекционную болезнь, они тем не менее сохраняют способность к размножению в организме вакцинированного. Развивающаяся вследствие этого вакцинальная инфекция, хотя и протекает у большинства привитых без выраженных клинических симптомов, приводит к формированию, как правило, стойкого иммунитета.

Иммунитет, развивающийся после прививок большинством живых вакцин, продолжается значительно дольше, нежели чем после прививок инактивированными вакцинами. Так, после однократного введения коревой, краснушной и паротитной вакцин продолжительность иммунитета достигает 20 лет, вакцины желтой лихорадки — 10 лет, туляреминой вакцины — 5 лет. Этим определяются и значительные интервалы между первым и последующим введением данных препаратов. Вместе с тем для достижения полноценного иммунитета против полиомиелита трехвалентная живая вакцина на первом году жизни вводится трехкратно, а ревакцинации проводят двукратно на втором году жизни и однократно в 14 лет. Повторные введения вакцины обусловлены возможной интерференцией между тремя типами вирусов, входящих в состав вакцины, в результате чего может развиваться недостаточный иммунный ответ на один из них.

Живые вакцины, за исключением полиомиелитной, выпускаются в лиофилизированном виде, что обеспечивает их стабильность в течение относительно длительного срока.

Инактивированные, или убитые, вакцины подразделяются на следующие подгруппы:

1. Корпускулярные (цельновирионные) вакцины, которые представляют собой бактерии и вирусы, инактивированные путем химического (формалин, спирт, фенол) или физического (тепло, ультрафиолетовое облучение) воздействия или комбинацией обоих факторов. Для приготовления корпускулярных вакцин используют, как правило, вирулентные штаммы микроорганизмов, поскольку они обладают наиболее полным набором антигенов. Для изготовления отдельных вакцин (например, антирабической культуральной) используют аттенуированные штаммы. Примерами корпускулярных вакцин являются коклюшная (компонент АКДС), антирабическая, лептоспирозная, гриппозные цельновирионные инактивированные вакцины, вакцины клещевого и японского энцефалита и ряд других препаратов. В практике помимо цельновирионных используют также **расщепленные** или **дезинтегрированные** препараты (**сплит-вакцины**), в которых структурные компоненты вириона разъединены с помощью детергентов. К этой же категории могут быть отнесены инактивированные **субъединичные** вирусные



вакцины, содержащие отдельные структурные компоненты вируса, например субъединичная гриппозная вакцина, состоящая из гемагглютинина и нейраминидазы. Субъединичные и расщепленные вакцины, лишенные липидов, обладают хорошей переносимостью и высокой иммуногенностью.

2. Химические вакцины представляют собой антигенные компоненты, извлеченные из микробной клетки, которые определяют иммуногенные потенции последней. Для их приготовления используют различные физико-химические методики. К такого рода вакцинам относятся: вакцины менингококковые групп А и С полисахаридные; вакцина гемофилюс инфлюэнцы типа В полисахаридная; вакцина пневмококковая полисахаридная; вакцина брюшнотифозная — Vi-антиген брюшнотифозных бактерий. Так как бактериальные полисахариды являются тимуснезависимыми антигенами, то для формирования Т-клеточной иммунологической памяти используют их конъюгаты с белковым носителем (дифтерийным или столбнячным анатоксином в количестве, не стимулирующем выработку соответствующих антител, или с белком самого микроба, например, наружной оболочки пневмококка).

Важной отличительной особенностью химических вакцин является их низкая реактогенность. Химические вакцины являются разновидностью убитых вакцин.

3. Рекомбинантные вакцины. Их примером является вакцина гепатита В, для производства которой применяют рекомбинантную технологию. Участок гена субъединицы S вируса гепатита В, кодирующий синтез HBsAg, встраивают в ДНК дрожжевых клеток, которые, размножаясь, осуществляют синтез данного антигена. Белок HBsAg выделяют из дрожжевых клеток путем их разрушения и подвергают очистке с помощью физических и химических методов. Полученный препарат HBsAg полностью освобождается от дрожжевой ДНК и содержит лишь следовое количество белка дрожжей. Такие вакцины можно отнести к инактивированным.

Инактивированные бактериальные и вирусные вакцины выпускаются как в сухом (лиофилизированном), так и в жидком виде. Жидкие вакцины, как правило, содержат консервант. Для создания полноценного иммунитета обычно необходимо двукратное или трехкратное введение инактивированных вакцин. Продолжительность развивающегося после этого иммунитета относительно кратковременна, и для поддержания его на высоком уровне требуется проведение ревакцинаций.

4. Анатоксины представляют собой бактериальные экзотоксины, обезвреженные длительным воз-

действием формалина при повышенной температуре. Подобная технология получения анатоксинов, сохраняя антигенные и иммуногенные свойства токсинов, делает невозможным реверсию их токсичности. В процессе производства анатоксины подвергаются очистке от балластных веществ (питательной среды, других продуктов метаболизма и распада микробной клетки) и концентрации. Эти процедуры снижают их реактогенность и позволяют использовать для иммунизации небольшие объемы препаратов. Для активной профилактики токсинемических инфекций (дифтерии, столбняка, ботулизма, газовой гангрены, стафилококковой инфекции) применяют препараты анатоксинов, сорбированных на различных минеральных адсорбентах. Адсорбция анатоксинов значительно повышает их антигенную активность и иммуногенность. Это обусловлено, с одной стороны, созданием «депо» препарата в месте его введения с постепенным поступлением антигена в систему циркуляции, а с другой стороны, адъювантным действием сорбента, вызывающего благодаря развитию местного воспаления усиление плазматической реакции в регионарных лимфатических узлах.

Анатоксины выпускают в виде монопрепаратов (дифтерийный, столбнячный, стафилококковый и др.) и ассоциированных препаратов (дифтерийно-столбнячный, ботулинический трианатоксин). В последние годы разработан препарат коклюшного анатоксина, который в ряде зарубежных стран вошел в число компонентов бесклеточной коклюшной вакцины. В России используется иммуноглобулин человека нормальный с повышенным содержанием коклюшного анатоксина, предназначенного для лечения тяжелых форм коклюша. Для достижения напряженного антитоксического иммунитета препараты анатоксинов требуют, как правило, двукратного введения и последующей ревакцинации. При этом их профилактическая эффективность достигает 95–100% и сохраняется в течение нескольких лет. Важной особенностью анатоксинов является также и то, что они обеспечивают сохранение в организме привитого стойкой иммунологической памяти. Поэтому при повторном их введении людям, полноценно привитым 10 и более лет назад, происходит быстрое образование антител в высоких титрах. Именно это свойство препаратов обуславливает оправданность их применения при постэкспозиционной профилактике дифтерии в очаге, а также столбняка в случае экстренной профилактики. Другой не менее важной чертой анатоксинов является их относительно низкая реактогенность, что позволяет свести к минимуму перечень противопоказаний к применению.



5. Форсифицированные вакцины — вакцины нового поколения, полученные путем химического ковалентного связывания (конъюгация) иммуномодуляторов с иммунизирующими антигенами, входящими в состав вакцин. Одним из представителей этого поколения вакцин является гриппозная вакцина гриппол.

Из **комплексных вакцин** в России производятся АКДС-вакцина, АДС, АДС-М, ОПВ, вакцины против гриппа, менингококковые вакцины, вакцины из условно-патогенной флоры. В мире создано около 20 комбинированных вакцин, из которых наиболее сложные комбинации представляют сочетание АКДС-вакцины с инактивированной полиомиелитной, гемофильной вакцинами и рекомбинантной вакциной против гепатита В. В России на основе АКДС+гепатит В выпускается комбинированная вакцина Бубо-Кок и на основе АДС-М+гепатит В — вакцина Бубо-М. При этом в роли гепатитного компонента выступает вакцина Комбиотех.

В **состав вакцин** помимо аттенуированных микроорганизмов или антигенов, обеспечивающих развитие специфической невосприимчивости, входят и другие компоненты. Их можно разделить на две группы.

К первой группе относятся вещества, вносимые в препарат с целью обеспечения стабильности его антигенных свойств (стабилизаторы), поддержания стерильности (консерванты), повышения иммуногенности (адъюванты).

В качестве **стабилизаторов** используются исключительно вещества, на которые имеются фармакопейные статьи: сахароза, лактоза, альбумин человека, натрия глютамат. Наличие их в препарате не оказывает какого-либо влияния на его реактогенность.

Назначение **консервантов**, химических веществ, обладающих бактерицидным действием, состоит в обеспечении стерильности инактивированных вакцин, выпущенных стерильными. Наиболее распространенным консервантом как в России, так и во всех развитых странах мира является **мертиолят** (тиомерсал), представляющий собой органическую соль ртути, не содержащую, естественно, свободной ртути. Содержание мертиолята в препаратах АКДС-вакцины, анатоксинов, вакцине гепатита В и других сорбированных препаратах (не более 50 мкг в дозе), требования к его качеству и методам контроля в нашей стране не отличаются от таковых в США, Великобритании, Франции, Германии, Канаде и других странах.

Вторая группа включает вещества, присутствие которых в вакцинах обусловлено технологией их производства (гетерологичные белки субстрата культивирования,

антибиотики, вносимые в культуру клеток при производстве вирусных вакцин, компоненты питательной среды, вещества, используемые для инактивации).

Наличие в анамнезе прививаемого указаний о развитии аллергических реакций немедленного типа на вещества, входящие в состав конкретного препарата (сведения о них содержатся во вводной части инструкции по применению), является противопоказанием к его применению.

АНАТОМИЧЕСКИЕ МЕСТА И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИН ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ ИММУНИЗАЦИИ

Теоретически наиболее желательным местом введения вакцины является желудочно-кишечный тракт. Однако оральная иммунизация используется довольно редко, преимущественно для профилактики тех заболеваний, при которых желудочно-кишечный тракт является тропным органом для вируса при естественной инфекции. Оральным путем вводятся полиомиелитная вакцина Сэйбина, холерная, брюшнотифозная, ротавирусная и некоторые другие. Значительно чаще используется парентеральная иммунизация, внутримышечная и подкожная, а также как исключение внутрикожная и накожная.

Выбор метода иммунизации определяется реактогенностью и иммуногенностью вакцины. Очевидно, что высокоректогенные вакцины могут вводиться только внутрикожно или даже накожно (бруцеллезная живая, туляремиальная живая, чумная живая и др.), тогда как слабореактогенные и низкоиммуногенные (против гепатита В, полисахаридная менингококковая В, АДС, АДС-М и др.) рекомендуется вводить внутримышечно, поскольку в этом случае быстрое всасывание иммунизирующего антигена обеспечивает более высокий иммунный ответ, и, кроме того, при внутримышечном введении местная реакция бывает менее выраженной, чем при подкожном введении.

Живые вакцины (коровая, паротитная, краснушная, желтой лихорадки) предпочтительно вводить подкожно хотя бы потому, что это менее болезненно и более безопасно, а также в связи с тем, что иммунный ответ на живую вакцину есть результат привитой инфекции, он существенно не зависит от пути введения вакцинного вируса.



При внутримышечном введении вакцины важное значение приобретает выбор места для инъекции с тем, чтобы уменьшить степень риска повреждения расположенных в окружности нервов и кровеносных сосудов. Инструкциями по применению отечественных вакцин основным местом вакцинации при внутримышечном введении определяется верхний наружный квадрант ягодичной мышцы, что в настоящее время считается необоснованным и даже нежелательным. В настоящее время существует обширный фактический материал, показывающий, что введение любых иммунологических препаратов в ягодичную мышцу чревато опасностью повреждения седалищного нерва с возникновением длительно сохраняющейся мышечной слабости, контрактуры, провисания стопы и замедления роста ноги на стороне повреждения.

Описаны повреждения и других нервов, иннервирующих ягодичную область или проходящих через нее (верхний ягодичный нерв, задний бедренный кожный, половой и нижний ягодичный нервы), в результате неверного выбора места введения инъекции или в случае аномального их расположения.

В зарубежной практике предпочтительным анатомическим местом для внутримышечного введения вакцин считается переднебоковая область верхней части бедра для детей грудного и раннего возраста (до 18 месяцев) и область дельтовидной мышцы для детей старше 18 месяцев.

Отказ от введения вакцины в ягодичную мышцу мотивируется еще и тем, что у новорожденных и детей раннего возраста ягодичная область состоит преимущественно из жировой ткани, тогда как четырехглавая мышца бедра является самой крупной мышцей человеческого тела, она хорошо развита у детей с первых месяцев жизни и, кроме того, в переднебоковой области бедра не располагаются жизненно важные нервы и кровеносные сосуды. Одновременно важно с этим подчеркнуть, что использование в качестве места инъекции среднебоковой области бедра нежелательно, поскольку может привести к введению вакцины близко к нервно-сосудистому пучку.

У детей старше 18 месяцев предпочтительным местом введения вакцины принято считать дельтовидную мышцу (посредине между латеральным концом ости

лопатки и дельтовидной бугристостью), при этом необходимо избегать инъекций в трехглавую мышцу из-за возможности травмировать лучевую, плечевую и локтевую нервы, а также глубокую артерию плеча.

Внутримышечный метод особенно желателен в том случае, когда ставится цель получить менее выраженную местную реакцию (как, например, при введении АКДС) или преследуется задача усиления иммунного ответа (рекомбинантная вакцина против гепатита В).

Для подкожных введений вакцины обычно используется подлопаточная область и наружная поверхность плеча на границе верхней и средней трети, а также переднелатеральная часть бедра.

Внутрикожные инъекции обычно производятся в область наружной поверхности плеча (вакцина БЦЖ) или область внутренней поверхности предплечья. Наружная вакцинация обычно применяется для введения живых вакцин против особо опасных инфекций (туляремия, чума, Ку-лихорадка).

КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Календарь профилактических прививок или график иммунизации — это инструктивно закрепленная возрастная последовательность введения вакцин, являющихся обязательными для данной страны. В России обязательными являются прививки против 9 инфекций: туберкулеза, дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, столбняка, коклюша и гепатита В (табл. 2). В других странах перечень обязательных прививок может отличаться друг от друга. Так, например, в США кроме указанных вакцин обязательными являются прививки против пневмококковой инфекции, инфекции гемофилюс инфлюэнца типа В, ветряной оспы — опоясывающего герпеса, но не обязательны прививки против туберкулеза; в Англии обязательны прививки против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори, эпидемического паротита, краснухи.

ТАБЛИЦА 2. Национальный календарь профилактических прививок России

| Возраст | Наименование прививки |
|--|--|
| Новорожденные (в первые 24 часа жизни) | Первая вакцинация против гепатита В ^{1,3,4} |
| Новорожденные (3–7 дней) | Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ-М или БЦЖ) ² |



| Возраст | Наименование прививки |
|---|--|
| Дети: 1 месяц | Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ³ (дети из групп риска) |
| 2 месяц | Третья вакцинация против вирусного гепатита В ³ (дети из групп риска) |
| 3 месяца | Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ , первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита ⁵ |
| 4, 5 месяцев | Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита |
| 6 месяцев | Третья вакцинация против вирусного гепатита В ⁴ , дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита |
| 12 месяцев | Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В ³ (дети из групп риска), вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита |
| 18 месяцев | Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита |
| 20 месяцев | Вторая ревакцинация против полиомиелита |
| 6 лет | Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита |
| 6-7 лет | Вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка |
| 7 лет | Ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ) |
| 14 лет | Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка, ревакцинация против туберкулеза (БЦЖ), третья вакцинация против полиомиелита |
| Взрослые от 18 лет | Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации |
| Дети от 1 года до 17 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее | Вакцинация против вирусного гепатита В ¹ |
| Дети от 1 года до 17 лет, не болевшие, не привитые, привитые однократно против краснухи; девушки от 18 до 25 лет, не болевшие, не привитые ранее | Иммунизация против краснухи |
| Дети, посещающие дошкольные учреждения; учащиеся 1-11 классов; студенты высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослые работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослые старше 60 лет | Вакцинация против гриппа |
| Подростки и взрослые в возрасте до 35 лет, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори; контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори - без ограничения по возрасту | Иммунизация против кори |

¹ Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 часа жизни ребенка, включая детей рожденных здоровыми матерями и детей из групп риска, которые включают новорожденных, родившихся от матерей - носителей HbsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, а также отнесенных к группам риска: наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HbsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее - группы риска).

² Вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ-М; вакцинация новорожденных против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом.



Ревакцинация против туберкулеза проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям в 7 и 14 лет.

В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет.

³ Вакцинация против вирусного гепатита В проводится по схеме 0-1-2-12 (первая доза - в первые 24 часа жизни, вторая доза - в возрасте 1 месяца, третья доза - в возрасте 2 месяцев, четвертая доза - в возрасте 12 месяцев) новорожденным и детям из групп риска.

⁴ Вакцинации против вирусного гепатита В проводится по схеме 0-3-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через 3 месяца после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала иммунизации) новорожденным и всем детям, не относящимся к группам риска.

⁵ Вакцинация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной против полиомиелита (ИПВ) трехкратно всем детям первого года жизни.

Календарь профилактических прививок, принятый в конкретной стране, отражает прежде всего эпидемиологическую ситуацию, которая диктует необходимость создания вакцин собственного производства. Так, например, в нашей стране остро встает вопрос о необходимости вакцинации против гепатитов В и А, против краснухи, инфекции гемофилюс инфлюэнца типа b и др.

При построении графика профилактических прививок в расчет берется способность организма к полноценному иммунному ответу и достижение защиты ребенка по отношению к конкретному инфекционному заболеванию. Необходимость защитить детей от ряда инфекций в самом раннем возрасте требует декретировать сроки введения прививок с учетом возможности даже относительно низкого иммунного ответа. Так, например, известно, что вакцина АКДС и полиомиелитная вакцина в раннем младенческом возрасте дают меньший иммунный ответ, чем в более поздние сроки. Тем не менее почти во всех странах мира вакцинация против этих инфекций начинается с двухмесячного возраста, а в некоторых развивающихся странах вакцинацию против полиомиелита начинают сразу после рождения.

В отличие от живых вакцин, инактивированные (убитые) вакцины дают менее напряженный иммунный ответ, поэтому для достижения эффективной защиты они вводятся несколько раз для завершения вакцинации, а ревакцинация проводится на протяжении всей жизни (АКДС).

Согласно отечественному календарю профилактических прививок, живые вакцины (корь, паротит, краснуха) рекомендуется вводить начиная с 12-месячного возраста. В то же время в календаре прививок США вакцинацию против этих инфекций начинают в 15 месяцев, Великобритании — в 12–18 месяцев, Канады — в 12 месяцев.

Более раннее введение данных вакцин нежелательно, поскольку существует опасность нейтрализации вакцинного вируса антителами, полученными от матери.

Теоретически можно допустить, что если мать не имеет иммунитета против этих инфекций, то ее ребенок может быть вакцинирован и в более ранние сроки, однако практически реализовать программу поголового определения специфических антител перед введением вакцины невозможно. Кроме того, в этом нет острой необходимости, так как дети первого года жизни редко инфицируются, и, следовательно, вероятность заболевания этими инфекциями невысока.

После введения живых вакцин, как известно, формируется иммунитет за счет того, что ребенок как бы переносит инвазивную инфекцию, поэтому вводить повторные дозы при вакцинации нет необходимости.

Контрольные исследования показали, что у ряда детей в силу тех или иных причин в ходе такой иммунизации вообще не формируется поствакцинальный иммунитет. В этой связи в календарях практически всех стран рекомендуется повторная прививка, но уже не столько с целью повышения уровня иммунитета, сколько исключительно в расчете на серонегативных.

Особенно показательна в этом смысле схема вакцинации против полиомиелита. Многочисленными исследованиями было показано, что после одной дозы живой полиовакцины многие дети вырабатывают антитела только против одного или двух типов полиовируса, поэтому для достижения надежной и полной защиты рекомендуются повторные введения ОПВ.

С другой стороны, справедливо поставить вопрос о целесообразности слишком частого введения вакцины против полиомиелита. По последнему календарю России ОПВ вводится 6 раз, а именно с трехмесячного возраста трехкратно с интервалом в 45 дней, а также в 18, 20 месяцев и в 14 лет — однократно, тогда как во всех зарубежных странах полиомиелитная вакцина вводится значительно реже. Так, например, в США вакцинацию против полиомиелита проводят 4 раза (в 2 месяца — двукратно с интервалом 2 месяца, в 15–18 месяцев — однократно, в 4–6 лет — однократно), во Франции — 5 раз, в Великобритании и Канаде — 4 раза.



Все вакцины, положенные ребенку по возрасту, могут вводиться одновременно в разные части тела. При этом продукция антител в ответ на все эти антигены происходит так же, как при раздельном их введении. Более того, некоторые вакцины при их одновременном введении способны оказывать адьювантное действие, т. е. усиливать

иммунный ответ на другие антигены. Хорошо известны иммуномодулирующие свойства токсина *Bordetella pertussis* (Н.А. Краскина и др., 1989; Caspi R. et al, 1996).

В таблице 3 приведены допустимые сочетания вакцин, разрешенные к одновременному (в один день) применению в Российской Федерации.

ТАБЛИЦА 3. Допустимые сочетания вакцин при их одновременном введении

| Наименование препарата | Допустимое сочетание |
|---|---|
| Вакцина туберкулезная (БЦЖ и БЦЖ-М) | Вакцина гепатита В (в разные дни) |
| Вакцина полиомиелитная живая | АКДС-вакцина, АДС, АДС-М, АД-М-анатоксины, вакцина гепатита В |
| АКДС-вакцина | Полиомиелитная вакцина, вакцина гепатита В |
| АДС, АДС-М, АД-М-анатоксины | Полиомиелитная вакцина, брюшнотифозная химическая сорбированная вакцина, вакцина гепатита В, вакцина желтой лихорадки |
| Коревая вакцина | Вакцина гепатита В |
| Паротитная вакцина | Вакцина гепатита В |
| Вакцина гепатита В | БЦЖ, БЦЖ-М, АКДС, полиомиелитная, коревая, паротитная вакцины, АДС, АДС-М, АД-М-анатоксины |
| Антирабическая вакцина | Столбнячный анатоксин |
| Бруцеллезная живая вакцина | Вакцина Ку-лихорадки, чумная и туляремийная живые вакцины |
| Брюшнотифозная химическая сорбированная вакцина | АДС-М, АД-М-анатоксины |
| Вакцина гемофилюс инфлюэнцы b | АКДС-вакцина, АДС-анатоксин |
| Вакцина желтой лихорадки | Холерная вакцина (старше 15 лет), АДС, АДС-М анатоксины |
| Вакцина Ку-лихорадки | Бруцеллезная живая вакцина |
| Вакцина туляремийная | Чумная вакцина (все возрасты), бруцеллезная вакцина (взрослые) |
| Холерная вакцина | Вакцина желтой лихорадки (старше 15 лет) |
| Чумная вакцина | Бруцеллезная и туляремийная вакцины |

При проведении одновременных прививок должны быть учтены противопоказания к каждому из препаратов.

ПАТОЛОГИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Патологию, возникающую в поствакцинальном периоде, следует делить на три группы:

1. Присоединение интеркуррентной инфекции в поствакцинальном периоде и осложнения, связанные с сочетанным течением инфекционного и вакцинального процессов. Присоединение какой-либо интеркуррентной инфекции может изменить и утяжелить реакцию организма на

прививку, а в ряде случаев — и способствовать развитию поствакцинальных осложнений.

2. Обострение хронических и первичные проявления латентных заболеваний. При этом прививки являются не причиной, а скорее условием, способствующим развитию указанных процессов.
3. Вакцинальные (прививочные) реакции и поствакцинальные осложнения, вызванные самой вакциной («истинные»).

К *вакцинальным реакциям* относят комплекс клинических и параклинических проявлений, стереотипно развивающихся после введения конкретного препарата. Их выраженность и частота определяют степень реактогенности вакцины.

К *поствакцинальным осложнениям* относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья, развивающиеся вследствие профилактических прививок.



Вакцинальные реакции. Любая вакцина может вызывать ответную реакцию организма, которая обычно не ведет к серьезным расстройствам жизнедеятельности организма. Вакцинальные реакции для инактивированных вакцин, как правило, однотипны, а для живых вакцин типоспецифичны. В тех случаях, когда вакцинальные реакции проявляются как чрезмерно сильные (токсические), они переходят в категорию поствакцинальных осложнений.

Вакцинальные реакции принято подразделять на местные и общие.

К **местным реакциям** относят все проявления, возникшие в месте введения препарата. Неспецифические местные реакции появляются в течение первых суток после прививки в виде гиперемии, не превышающей 8 см в диаметре, отека, иногда болезненности в месте инъекции. При введении адсорбированных препаратов, особенно подкожном, в месте введения может образоваться инфильтрат.

Местные реакции развиваются в день введения вакцины как живой, так и инактивированной, держатся не более 2–3 суток и, как правило, не требуют назначения лечения.

Сильная местная реакция (гиперемия 8 см и более, отек 5 см и более в диаметре) является противопоказанием к последующему применению данного препарата.

При повторном введении анатоксинов могут развиваться чрезмерно сильные местные реакции, распространяющиеся на всю ягодицу, а иногда захватывающие поясницу и бедро. Судя по всему, эти реакции имеют аллергическую природу. При этом общее состояние ребенка не нарушается.

При введении живых бактериальных вакцин развиваются специфические местные реакции, которые обусловлены инфекционным вакцинальным процессом в месте аппликации препарата. Они появляются по истечении определенного срока после прививки, и их наличие является непременным условием для развития иммунитета. Так, при внутрикожной иммунизации новорожденных вакциной БЦЖ в месте введения через 6–8 недель развивается специфическая реакция в виде инфильтрата диаметром 5–10 мм с небольшим узелком в центре и образованием корочки, в ряде случаев отмечается пустуляция. Данная реакция обусловлена внутриклеточным размножением живых аттенуированных микобактерий с остаточной вирулентностью. Обратное развитие изменений происходит в течение 2–4 месяцев, а иногда и в более длительные сроки. На месте реакции остается поверхностный рубчик размером 3–10 мм.

В случае если местная реакция имеет иной характер, ребенка следует проконсультировать у фтизиатра.

К **общим реакциям** относят изменение состояния и поведения ребенка, как правило, сопровождающееся повышением температуры. На введение инактивированных вакцин общие реакции развиваются спустя несколько часов после прививки, их продолжительность обычно не превышает 48 часов. При этом при повышении температуры до 38°C и выше они могут сопровождаться беспокойством, нарушением сна, анорексией, миалгией.

Общие вакцинальные реакции разделяют:

- на слабые — субфебрильная температура до 37,5°C, при отсутствии симптомов интоксикации;
- средней силы — температура от 37,6 до 38,5°C, умеренно выраженная интоксикация;
- сильные — лихорадка выше 38,6°C, выраженные проявления интоксикации.

Общие реакции после иммунизации живыми вакцинами развиваются на высоте вакцинального инфекционного процесса, как правило, на 8–12-й день после прививки с колебаниями с 5 по 15 день. При этом помимо вышеперечисленной симптоматики они могут сопровождаться появлением катаральных симптомов (корева, паротитная, краснушная вакцины), кореподобной сыпи (корева вакцина), одно- или двусторонним воспалением слюнных желез (паротитная вакцина), лимфаденитом заднешейных и затылочных узлов (краснушная вакцина).

При гипертермических реакциях у отдельных детей возможно развитие фебрильных судорог, которые, как правило, бывают кратковременными. Частота развития судорожных (энцефалических) реакций, по данным многолетних наблюдений Санкт-Петербурга, составляет для АКДС-вакцины 4:100 000, что является значительно меньшим показателем, нежели чем при применении зарубежных препаратов, содержащих коклюшные микробные клетки. Введение АКДС-вакцины может также явиться причиной появления пронзительного крика, продолжающегося в течение нескольких часов и, по-видимому, связанного с развитием внутричерепной гипертензии.

При возникновении сильных общих реакций назначается симптоматическая терапия.

Поствакцинальные осложнения. Такие поствакцинальные осложнения, как вакциноассоциированный полиомиелит, генерализованная БЦЖ-инфекция, энцефалит после коревой прививки, менингит после живой паротитной вакцины, встречаются в одном и менее



случае на миллион вакцинированных. Естественно, что при таком частотном распределении возможность случайного совпадения развившейся патологии с вакцинацией достаточно велика. Поэтому, руководствуясь постулатом «после этого не означает вследствие этого», рабочая группа ВОЗ по неблагоприятным реакциям после вакцинации (Оттава, 1991) предложила использовать следующие дефиниции:

- местные неблагоприятные события (абсцесс в месте введения, гнойный лимфаденит, тяжелая местная реакция);
- неблагоприятные события со стороны центральной нервной системы (острый паралич, энцефалопатия, энцефалит, менингит, судороги);
- прочие неблагоприятные события (аллергические реакции, анафилактический шок, артралгии, генерализованная БЦЖ-инфекция, остит/остеомиелит, гипотензивно-гипореспонсивное (коллаптоидное) состояние, пронзительный крик, сепсис, синдром токсического шока).

Предложенная классификация, с нашей точки зрения, не является оптимальной, так как в одну и ту же группу попадают и осложнения, обусловленные действием препарата как такового, и осложнения, связанные, например, с введением препарата, контаминированного при хранении во вскрытой ампуле. Помимо этого в ее основу заложен не патогенетический, а синдромный принцип.

Само же понятие «неблагоприятное событие» (adverse events) включает все патологические состояния, развившиеся в поствакцинальном периоде. По степени причинной связи с вакцинацией их также подразделяют на следующие подгруппы:

- возможные;
- вероятные;
- маловероятные;
- неклассифицированные (отсутствие попыток классификации);

- неклассифицируемые (из-за недостатка данных).

Существует альтернативная классификация, подразделяющая неблагоприятные события по их связи с прививкой следующим образом:

- свидетельства, указывающие на наличие причинной связи;
- свидетельства, не противоречащие наличию причинной связи;
- недостаточно свидетельств причинной связи;
- нет свидетельств причинной связи.

Для того чтобы связать неблагоприятное событие с вакцинацией, необходимо провести работу по сбору материала о различных клинических формах неблагоприятного события, развившегося после применения конкретных препаратов, с последующим его анализом. Именно результаты последнего позволили Верховному суду Великобритании прийти к заключению о том, что «коклюшная вакцина не является причиной развития тяжелых и длительных мозговых нарушений», что в последующем было поддержано большинством стран. Тщательный статистический анализ случаев синдрома внезапной смерти (SIDS), проведенный специалистами США, отверг ранее бытовавшее мнение о большей частоте SIDS у детей в ранние сроки после прививки АКДС-вакциной. Наконец, на специально созванном ВОЗ совещании (Женева, сентябрь 1998 г.) было сформулировано заключение о том, что введение рекомбинантной вакцины гепатита В не приводит к увеличению случаев заболевания рассеянным склерозом, а также утяжелению заболевания, имевшему место до прививки, о чем ранее периодически сообщалось в публикациях.

В таблице 4 приведены основные клинические формы осложнений после применения вакцин национального календаря прививок, имеющих с ними причинную связь, и время их развития после проведенной иммунизации.

ТАБЛИЦА 4. Осложнения, имеющие причинную связь с вакцинацией

| Клинические формы осложнений | Вакцины | Сроки развития после прививки |
|---|----------------------|-------------------------------|
| Анафилактический шок | Все, кроме БЦЖ и ОПВ | До 12 часов |
| Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек — отек Квинке, синдром Стивенса–Джонсона, синдром Лайелла и др.) | Все, кроме БЦЖ и ОПВ | До 5 дней |
| Синдром сывороточной болезни | Все, кроме БЦЖ и ОПВ | До 15 дней |
| Энцефалит | АКДС, АДС | До 3 дней |
| | Коревая вакцина | 5–15 дней |



| Клинические формы осложнений | Вакцины | Сроки развития после прививки |
|--|--|-------------------------------|
| Другие поражения ЦНС с генерализованными или фокальными проявлениями: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит | АКДС, АДС | До 3 дней |
| | Коревая вакцина | 5–15 дней |
| | Паротитная вакцина Инактивированные вакцины | 10–40 дней до 30 дней |
| Резидуальные судорожные состояния, афебрильные судороги (появившиеся после прививки при температуре ниже 38,5°C и отсутствовавшие до прививки), повторившиеся в течение первых 12 месяцев после прививки | АКДС, АДС | До 3 дней |
| | Коревая, паротитная, краснушная вакцины | 5–10 дней |
| Вакциноассоциированный полиомиелит | | |
| у привитого здорового | ОПВ | 5–30 дней |
| у привитого с иммунодефицитом | | 5 дн. — 6 мес. |
| Тромбоцитопеническая пурпура | Коревая вакцина | 10–25 дней |
| Артралгия, артрит | Краснушная вакцина | 5–40 дней |
| Генерализованная инфекция, вызванная вакциной (генерализованный БЦЖ-ит) | БЦЖ, БЦЖ-М | После 6 недель |
| Остеит (остит, остеомиелит), вызванный вакциной | БЦЖ, БЦЖ-М | После 6 недель |
| Лимфаденит, келоидный рубец | БЦЖ, БЦЖ-М | После 6 недель |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Четкие патогномичные симптомы, позволяющие разграничить побочные реакции, развившиеся в результате введения вакцин, от интеркуррентного заболевания, возникшего в поствакцинальном периоде, в подавляющем большинстве случаев отсутствуют.

Особые трудности в диагностике поствакцинальных осложнений возникают у детей, вакцинируемых на первом году жизни, когда прививка, в определенной степени нарушающая гомеостаз, может выявить врожденную патологию.

В первую очередь это относится к **судорожному синдрому**, особенно если он не возникал до вакцинации. Афебрильные судороги, возникшие в поствакцинальном периоде, надо дифференцировать с такими заболеваниями ЦНС, как эпилепсия, опухоль мозга, прогрессирующая энцефалопатия, лейкодистрофия и др. Их следует также отличать от спазмофилических судорог, развивающихся на фоне активного рахита, протекающего с гипокальциемией.

При постановке диагноза спазмофилии следует учитывать избыточный вес ребенка, клинические признаки рахита, преобладание в рационе каш, снижение уровня кальция в крови.

Фебрильные судороги в поствакцинальном периоде могут быть связаны с интеркуррентным заболеванием (грипп, ОРВИ и др.).

При возникновении на фоне фебрильной температуры общемозговых симптомов, судорог и менингеальных знаков необходимо в первую очередь исключать **менингококковую инфекцию**. Своевременное раннее распознавание менингококковой инфекции имеет решающее значение для судьбы ребенка. Менингококковая инфекция чаще диагностируется у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, преимущественно в зимне-весеннее время. Если начало клинических проявлений генерализованной инфекции пришлось на вакцинальный период, то можно ошибочно предположить, что внезапное острое начало в виде резкого подъема температуры до 38–40°C, часто с ознобом и рвотой является реакцией на прививку. При появлении менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптомы Брудзинского, Кернига, выбухание родничка и др.), потери сознания, а также геморрагической сыпи следует немедленно госпитализировать больного и провести люмбальную пункцию. Но даже при отсутствии этих симптомов необычная реакция на прививку в виде резкого угнетения или возбуждения ребенка, бледности, адинамии должна насторожить врача. При менингококковом менингите на первый план выступают гиперестезия, упорная церебральная рвота, не связанная с приемом пищи и не приносящая облегчения, клонико-тонические судороги и пронзи-



тельный монотонный плач у детей грудного возраста, а также менингеальные знаки.

Наряду с менингококковым менингитом в поствакцинальном периоде могут развиваться гнойные менингиты другой этиологии, а также серозные менингиты, вызванные энтеровирусами, вирусом эпидемического паротита и др.

В литературе описаны случаи развития вакциноассоциированных менингитов после прививки паротитной вакцины. После замены штамма Ураба на штамм Джерил-Линн количество их значительно снизилось. Заболевание возникает обычно в сроки с 10 по 40-й день после вакцинации и мало чем отличается от заболевания серозным менингитом, вызванным вирусом эпидемического паротита. При этом помимо общемозгового синдрома (головная боль, рвота) могут определяться слабо выраженные менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского). В анализах спинномозговой пункции содержится нормальное или слегка повышенное количество белка, лимфоцитарный плеоцитоз. Для проведения дифференциального диагноза с менингитами другой этиологии проводят вирусологическое и серологическое исследования. Лечение заключается в назначении противовирусных, дезинтоксикационных и дегидратационных средств.

С общемозговой симптоматикой могут протекать токсические формы гриппа, пневмония, кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез и др.), развитие которых также возможно в поствакцинальном периоде.

Наиболее тяжелым из поствакцинальных осложнений, протекающих с поражением нервной системы, следует считать вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП). В 80% всех случаев ВАПП развился после введения первой дозы ОПВ с появлением типичных клинических симптомов на 6–23-й день после иммунизации (В.Н. Садовникова, 2003). Риск развития ВАПП у иммунодефицитных больных во много раз выше, чем у здоровых.

Из заболеваний **неинфекционной природы** при инъекции в область ягодицы может наблюдаться травматическое повреждение седалищного нерва, клинические признаки которого в виде беспокойства и щажения ноги, на стороне которой был сделан укол, наблюдаются с первого дня. Эти же признаки после введения ОПВ могут быть проявлением вакциноассоциированного полиомиелита.

Тромбоцитопения входит в число возможных осложнений на введение краснушной вакцины. В.К. Таточенко (2003) описывает случаи тромбоцитопенической пурпуры, развившиеся на 3–4-й день после введения АКДС, с длительным течением и благоприятным исходом, подчеркивая наличие лишь временной ассоциации подобных заболеваний с прививкой. Е.А. Лакоткина и соавторы (2004) характеризуют данное осложнение как крайне редкое, проявляющееся резким снижением количества тромбоцитов в крови и острым геморрагическим синдромом. Доказана причинно-следственная связь тромбоцитопении с введением вакцинных препаратов, содержащих вирус кори.

Для проведения дифференциальной диагностики поствакцинальных осложнений с **интеркуррентными заболеваниями** необходимо учитывать не только характер клинических проявлений, но и время их развития. Так, после прививок АКДС, АДС и АДС-М и других инактивированных вакцин повышение температуры, ухудшение общего состояния, судорожный синдром возникают в течение первых 2–3 дней, а чаще в первые сутки после вакцинации.

Побочные реакции, наступающие после введения живых вирусных вакцин (корь, паротит, краснуха, желтая лихорадка), связанные с репликацией вакцинного вируса, развиваются с 5 по 15-й день после прививки. В эти сроки могут наблюдаться лихорадка, недомогание, а также сыпь (при введении коревой вакцины), припухлость околоушных желез (у детей, привитых против паротита), артралгия и лимфаденопатия (при иммунизации краснушной вакциной). Как правило, эти реакции проходят в течение нескольких дней после назначения симптоматической терапии. Что касается относительно редкой формы вакцинальной патологии после применения паротитной вакцины — серозного менингита, то его развитие наступает в более поздние сроки: от 10 до 40 дней после прививки.

Для того чтобы выяснить, явилось ли ухудшение состояния ребенка следствием присоединения интеркуррентного заболевания или осложнением на прививку, необходимо тщательно собрать сведения об инфекционных заболеваниях в семье, в детском коллективе, по возможности установить очаг со схожими клиническими симптомами.

У детей раннего возраста этими интеркуррентными заболеваниями чаще всего являются ОРЗ (моно- и микстинфекции): грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальная, аденовирусная, микоплазменная, пневмококковая, стафилококковая и др. инфекции.



Если вакцинация проведена в инкубационном периоде этих заболеваний, последние могут осложниться ангиной, синуситом, отитом, синдромом крупа, обструктивным бронхитом, бронхиолитом, пневмонией и др.

Следует помнить о необходимости исключения интеркуррентной энтеровирусной инфекции (ЕСНО, Коксаки), которая характеризуется острым началом с подъемом температуры до 39–40 °С, сопровождается головной болью, болью в глазных яблоках, рвотой, головокружением, расстройством сна, герпетической ангиной, экзантемой и симптомами поражения менингеальных оболочек и желудочно-кишечного тракта. Заболевание имеет выраженную весенне-летнюю сезонность («летний грипп») и может распространяться не только воздушно-капельным, но и фекально-оральным путем.

В поствакцинальном периоде возможно возникновение **кишечных инфекций**, для которых характерно сочетание общей интоксикации с рвотой, диареей и другими проявлениями поражения желудочно-кишечного тракта. Сильное беспокойство, боли в животе, рвота, отсутствие стула требуют дифференциального диагноза с инвагинацией.

После прививки может быть впервые выявлена **инфекция мочевыводящих путей**, характеризующаяся острым началом, высокой температурой и изменениями в анализах мочи.

Таким образом, учитывая возможность возникновения осложнений на введение различных вакцин, следует иметь в виду, что развитие патологического процесса в поствакцинальном периоде далеко не всегда связано с вакцинацией. Поэтому диагноз поствакцинального осложнения правомерно выставлять только после того, как отвергнуты все остальные возможные причины, приведшие к развитию той или иной патологии. Данное положение убедительно демонстрируется материалами анализа неблагоприятных событий с летальным исходом, сведения о которых поступили в ГИСК им. Л.А. Тарасевича в 1922–1996 гг. Так, из 54 случаев с клиническим диагнозом «поствакцинальный энцефалит» в 51 случае неврологическая симптоматика была обусловлена интеркуррентным заболеванием (ОРВИ, пневмония, кишечная инфекция, менингиты, скарлатина, дифтерия, цитомегаловирусная и др. инфекции, опухоль мозга и др.). Фатальный исход большинства из них при своевременной постановке правильного диагноза мог бы быть предотвращен назначением этиотропной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Комплексная терапия поствакцинальных осложнений предусматривает проведение как специфического (этиотропного), так и неспецифического (патогенетического) лечения. Важное место в терапии этих больных занимают правильный режим, рациональная диета и тщательный уход. В условиях присоединения интеркуррентного заболевания или обострения хронической болезни проводится интенсивная терапия этих заболеваний.

Поствакцинальные реакции в большинстве случаев не требуют специального лечения и проходят самостоятельно в течение нескольких часов или дней.

При повышении температуры до высоких цифр назначается обильное дробное питье, физические методы охлаждения и жаропонижающие препараты (панadol, тайленол, парацетамол, бруфен-сироп и др.).

При возникновении после прививки аллергической сыпи можно использовать один из антимадиаторных препаратов (фенкарол, тавегил, перитол, диазолин) три раза в день в возрастной дозировке в течение двух-трех дней.

К поствакцинальным осложнениям, требующим назначения этиотропной терапии, относят некоторые формы осложнений после введения вакцины БЦЖ.

К наиболее тяжелым осложнениям при иммунизации БЦЖ относится генерализованная инфекция микобактериями вакцинного штамма, развившаяся на фоне гранулематозной болезни или иных нарушений клеточного иммунитета. Лечение обычно проводится в условиях специализированного стационара, при этом назначаются два-три противотуберкулезных препарата (изониазид и пиперазинид или тизамид) из расчета 20–25 мг/кг в сутки сроком не менее двух-трех месяцев.

Наиболее распространенным осложнением при иммунизации вакциной БЦЖ является гнойный лимфаденит, который, по отечественным данным, наблюдается у 0,01% вакцинированных детей в возрасте до двух лет. В этом случае проводят пункцию пораженного узла с последующим введением в его полость 5% раствора салюзиды в возрастной дозировке. Та же терапия показана при холодных абсцессах, развившихся вследствие нарушения техники внутрикожного введения вакцины БЦЖ.

Противотуберкулезную терапию назначают в зависимости от распространенности поражения групп лимфоузлов и фазы воспалительного процесса. При поражении одной группы лимфоузлов (например, под-



мышечных) в фазе инфильтрации назначают изониазид внутрь из расчета 10–15 мг/кг в сутки, в качестве местного лечения применяются аппликации водного раствора рифампицина с димексидом.

Лечение поствакцинальных осложнений, развившихся после применения других профилактических препаратов, проводится по синдромному принципу.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

Экстренные состояния требуют оказания немедленной медицинской помощи в поликлинике или на дому, госпитализации больного и продолжения терапии в условиях стационара.

Возникновение поствакцинального энцефалита требует восстановительной терапии в зависимости от характера остаточных явлений.

Возникновение **коллаптоидной реакции**, при которой имеет место спазм периферических сосудов, требует назначения вазодилататоров и спазмолитиков: папаверина, эуфиллина, никотиновой кислоты, но-шпы (0,2 мл/год жизни в/м), проведения растирания кожи 50% спиртом или уксусом (столовая ложка на стакан воды).

При двигательном беспокойстве, возбуждении, **непрерывном пронзительном крике** рекомендуется седуксен перорально 1,25–5 мг (1/4 табл. 2–3 раза в день) — детям от 6 месяцев до 2 лет, 2,5–7,5 мг (1/2 табл. 2–3 раза в день) — детям от 2 до 6 лет, 5–15 мг (1 табл. 2 раза в день) — детям от 7 до 14 лет.

Наиболее эффективным средством терапии **судорожного синдрома** является 0,5% раствор седуксена, который применяют в/м или в/в в разовой дозе 0,05 мг/кг с 10% раствором глюкозы капельно или медленно струйно. При достижении эффекта дозу седуксена снижают, затем переходят на пероральный прием. Хороший противосудорожный эффект оказывает 25% раствор магния сульфата из расчета 0,2 мл/кг в/м.

Противосудорожное, снотворное и спазмолитическое действие оказывает фенобарбитал, назначаемый детям до 6 месяцев в разовой дозе 0,005 г 1–2 раза в сутки, от 6 месяцев до года — 0,01 г 1–2 раза в сутки.

Комплексная терапия энцефалического синдрома наряду с противосудорожной терапией включает также дегидратацию, кортикостероиды, сердечно-сосудистые средства и борьбу с дыхательной недостаточностью. В случае возникновения поствакцинального коревого

энцефалита можно рекомендовать назначение иммуноглобулина человека нормального, хотя достоверные сведения об эффективности подобного лечения отсутствуют.

В основе лечения выраженных **аллергических реакций** лежит десенсибилизирующая терапия, включающая парентеральное введение антигистаминных препаратов (1% раствор димедрола 0,5 мг/кг в сутки в/м, тавегил 0,025 мг/кг в сутки в/м, 2% раствор супрастина 2–4 мг/кг в сутки в/м).

Отсутствие эффекта от антигистаминных средств служит показанием к назначению кортикостероидной терапии, что может снизить тяжесть или предотвратить развитие тяжелых системных реакций (круп, бронхоспазм, отек Квинке, спазм кишечника и др.) в последующие часы. Для этого в/в или в/м вводится 100–200 мг гидрокортизона или 10–40 мг метилпреднизолона каждые 4–6 часов. В дальнейшем в качестве поддерживающей терапии назначается перорально преднизолон из расчета 1–2 мг/кг в сутки, дексаметазон 0,15–0,3 мг/кг в сутки с дальнейшим постепенным уменьшением дозы вплоть до отмены препарата.

Особого внимания заслуживает лечение **анафилактического шока**. От быстроты и правильности предпринятой медицинской помощи при анафилактическом шоке может зависеть жизнь больного. Поэтому в кабинетах, где проводится вакцинация, необходимо иметь шкаф с медикаментами и инструментами для оказания помощи в случае этого грозного осложнения.

При развитии шока отмечают резкую бледность кожи, холодный липкий пот, нитевидный пульс. Развивается острая сердечная недостаточность с резким падением артериального давления, возникает удушье, клонические судороги.

Симптомы шока иногда появляются в момент введения аллергена. Однако у некоторых детей признаки шока нарастают медленнее: сначала появляются чувство жара, покраснение кожи, шум в ушах, затем зуд глаз, носа, чихание, сухой мучительный кашель, шумное дыхание, схваткообразные боли в животе. При развитии анафилактического шока любого происхождения без своевременной помощи ребенок может умереть в течение 5–30 минут. Неотложную помощь необходимо оказать немедленно в прививочном кабинете.

Во-первых, нужно придать больному горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами, согреть его (укрыть одеялом, положить грелку). Голову ребенка нужно повернуть набок для предупреждения аспирации рвотных масс. Очистить полость рта от



слизи, рвотных масс, а также обеспечить поступление к больному свежего воздуха (кислородная маска).

Во-вторых, с целью уменьшения всасывания вакцины необходимо обколоть место инъекции раствором адреналина (0,15–0,75 мл 0,1% раствора адреналина). Выше места инъекции следует наложить жгут (с целью замедления всасывания вакцинного антигена).

В-третьих, каждые 2–3 минуты следует измерять артериальное давление, не снимая манжеты. Записывать время измерения давления, проводимое лечение и его эффективность. Для увеличения частоты сердечных сокращений и поднятия артериального давления в качестве антагониста необходимо срочно вводить раствор адреналина — повторно подкожно или внутримышечно по 0,1–0,2 мл каждые 10–15 минут до получения клинического эффекта.

В-четвертых, для лечения и профилактики последующих аллергических реакций необходимы инъекции кортикостероидов: преднизолона из расчета 2–6 мг/кг или гидрокортизона из расчета 5–10 мг/кг в сутки; ребенку в очень тяжелом состоянии нужно ввести 2–3 разовые дозы кортикостероидов.

В-пятых, в качестве десенсибилизирующей терапии вводятся антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил) от 0,25 до 1 мл в зависимости от возраста, но только при четкой тенденции к нормализации артериального давления, которое они нередко снижают. Эти препараты не оказывают немедленного действия и не спасают жизнь ребенку. Супрастин противопоказан детям с аллергией к эуфиллину.

При резком бронхоспазме и затруднении дыхания дополнительно к адреналину вводится 12–24% раствор эуфиллина в/м из расчета 6–10 мг чистого вещества на 1 кг массы на 5–10 мл изотонического раствора. Фармакологический эффект будет получен быстрее при медленном внутривенном введении 2,4% раствора эуфиллина в эквивалентном количестве. В случае развития сердечной недостаточности показаны сердечные

гликозиды: 0,05% раствор строфантина или 0,06% раствор коргликона в разовых дозах от 0,15 до 0,5 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно или медленно струйно.

После оказания неотложной помощи больного нужно обязательно госпитализировать в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Таким образом, дифференциальный диагноз и лечение патологии поствакцинального периода представляют собой сложную проблему. В связи с этим в практической работе следует обращать особое внимание на профилактические мероприятия, предупреждающие развитие поствакцинальной патологии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Во избежание развития поствакцинальной патологии в существующих наставлениях даются четкие рекомендации относительно доз, схем и противопоказаний к введению препарата.

В связи с малой реактогенностью современных вакцин абсолютные противопоказания к их введению в последние годы пересмотрены и сведены до минимума.

1. Вакцинация не проводится в период острого инфекционного заболевания.

2. Противопоказанием к введению живых вакцин является первичный иммунодефицит.

3. Патологическая реакция, непосредственно обусловленная прививкой, является противопоказанием к использованию в дальнейшем данной вакцины.

Медицинские противопоказания в значительной степени связаны с видом вводимой вакцины. В таблице 5 приведены современные сведения о противопоказаниях к отдельным прививкам.

ТАБЛИЦА 5. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок*

| Вакцины | Противопоказания |
|--|---|
| Противопоказания к группам прививок | |
| Все вакцины | Сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу** |
| Все живые вакцины | Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность |
| Дополнительные противопоказания к отдельным прививкам | |
| БЦЖ-вакцина | Вес ребенка менее 2000 г, келоидный рубец после предыдущей дозы |
| АКДС | Прогрессирующее заболевание нервной системы Афебрильные судороги в анамнезе (вводят АДС вместо АКДС) |



| Вакцины | Противопоказания |
|--|--|
| АДС, АДС-М | Абсолютных противопоказаний нет |
| ЖКВ (коревая) | Тяжелая реакция на аминогликозиды |
| ЖПВ (паротитная) Краснушная MMR (тривакцина) | Анафилактические реакции на яичный белок |

*Плановая вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания и обострений хронических заболеваний. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу же после нормализации температуры.

**Сильной реакцией является наличие температуры выше 40 °С, в месте введения вакцины — отек, гиперемия больше 8 см в диаметре.

Более всего противопоказаний имеется к АКДС-вакцине: помимо реакций на предыдущие дозы вакцины к ним относятся также аллергия, неврологические расстройства и фебрильные судороги в анамнезе.

Атопический дерматит рассматривается как противопоказание только в острой фазе: вакцинацию проводят через 1 месяц после ликвидации кожных и других его проявлений.

Для введения коревой и паротитной вакцин единственным противопоказанием является иммунодефицитное состояние. В зависимости от метода производства вакцин отвод от прививок могут получить лица с анафилактическими реакциями на куриное яйцо и чувствительные к неомизину. Противопоказаниями для введения туберкулезной вакцины являются недоношенность и первичный иммунодефицит.

Согласно современным представлениям профилактика поствакцинальной патологии проводится по следующим направлениям: создание минимально реактогенных вакцин, рационализация прививочного календаря, правильный отбор детей на прививку, разработка наименее травматичного способа введения вакцинных препаратов.

Общие профилактические мероприятия играют существенную роль в предупреждении поствакцинальных осложнений, к ним относится прежде всего правильный отбор детей для вакцинации. Детей, подлежащих иммунизации, должны отбирать достаточно квалифицированные медицинские работники, способные правильно оценить состояние ребенка и стремящиеся привить максимальное число детей, не причиняя вреда их здоровью.

Важно учитывать, что современные вакцины имеют минимум противопоказаний и должны применяться без специального обследования, но обязательно после беседы с матерью и объективного осмотра.

Одновременно с изучением анамнеза необходимо обратить внимание на эпидемиологическую ситуацию, наличие инфекционных заболеваний в окружении ребенка. Это имеет большое значение, поскольку присое-

динение интеркуррентных инфекций в поствакцинальном периоде отягощает его течение и может вызвать различные осложнения, а также снижает выработку специфического иммунитета.

Квалифицированный отбор детей для вакцинации, включающий при необходимости лабораторное обследование и консультацию специалистов, позволяет выявить противопоказания к прививкам (чаще всего временные). Выявленные противопоказания позволяют назначить соответствующее лечение, использовать для вакцинации менее реактогенные вакцины и прививать ребенка по индивидуальному календарю.

Для профилактики вакцинальной патологии определенное значение имеют правильная техника проведения прививок и соблюдение надлежащих санитарных условий при этом. В практике иммунизации иногда приходится встречаться с осложнениями, развившимися в результате неправильно выполненной процедуры вакцинации или ошибочного введения того или иного препарата, а также заноса бактериальной инфекции при инъекции вакцины.

Важным следует считать постоянное медицинское наблюдение за привитыми в поствакцинальном периоде. Не следует вводить новый прикорм в период вакцинации.

Определенное значение может иметь выбор времени года для проведения прививок. Показано, что в теплое время года вакцинальный процесс дети переносят легче, поскольку их организм более насыщен витаминами, столь необходимыми в процессе иммунизации. Осень и зима — пора высокой заболеваемости ОРВИ, присоединение которых в поствакцинальном периоде крайне нежелательно.

Детей, часто болеющих острыми респираторными инфекциями, лучше прививать в теплое время года, тогда как детей-аллергиков лучше прививать зимой, а вакцинировать их весной и летом нежелательно, поскольку возможна пыльцевая аллергия.

Имеются данные (Е.А. Лакоткина с соавт., 1996), что при проведении вакцинации с целью профилактики



поствакцинальной патологии следует учитывать суточные биологические ритмы. Рекомендуется проведение прививок в утренние часы (до 12 часов).

К мерам профилактики поствакцинальных осложнений относится постоянный пересмотр календаря прививок, который осуществляется на государственном уровне, с использованием последних достижений науки в области иммунопрофилактики. Рационализацией сроков и последовательности проведения иммунизации необходимо заниматься каждому педиатру при составлении индивидуального календаря прививок. Иммунопрофилактика по индивидуальному календарю проводится, как правило, детям с отягощенным анамнезом.

МОНИТОРИНГ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хотя современные вакцины безопасны, не существует ни одной из них, которая бы полностью исключала риск тех или иных поствакцинальных осложнений.

В руководстве ВОЗ «Надзор за побочными реакциями после иммунизации» (Женева, 1993) говорится о том, что «какой бы ни была причина в случае побочной реакции после иммунизации, она воздействует на людей в такой степени, что они отказываются от дальнейшей иммунизации своих детей, и в такой ситуации наиболее вероятно, что эти дети могут заболеть, станут инвалидами или даже умрут от заболевания, которое можно было бы предотвратить иммунизацией». Именно поэтому ВОЗ считает, что для повышения восприятия иммунизации населением и для улучшения качества служб иммунизации надзор за тяжелыми формами вакцинальной патологии должен стать неотъемлемой частью программы иммунизации. Выявление поствакцинальных осложнений с последующим расследованием и принятыми мерами повышает восприятие иммунизации обществом, что приводит к большему охвату населения прививками, снижая тем самым заболеваемость и смертность.

Данное положение получило развитие в Федеральном законе от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», статья 17 которого предусматривает осуществление государственного статистического учета поствакцинальных осложнений. Таким образом, система мониторинга поствакцинальных осложнений в нашей стране закреплена

на законом, и несоблюдение требований их регистрации и расследования является нарушением закона.

Цель мониторинга заключается в осуществлении надзора за безопасностью вакцин при использовании их в медицинской практике и совершенствовании системы мероприятий по предупреждению поствакцинальных осложнений.

Задачами мониторинга являются: выявление осложнений; определение частоты и характера осложнений для каждого препарата; выявление отдельных территорий и групп населения с повышенной частотой развития осложнений; определение факторов риска, способствующих развитию осложнений.

Предусмотрено последующее представление акта расследования каждого случая необычной реакции (осложнения, шока, смерти) на вакцинацию и выписки из истории болезни в национальный орган контроля медицинских иммунобиологических препаратов — ГИСК им. Л.А. Тарасевича. О необходимости информирования последнего о случаях повышенной реактогенности препарата и развития поствакцинальных осложнений указано также во всех инструкциях по применению вакцин.

Подобная информация распространяется как на осложнения, указанные в табл. 5, так и на другие формы заболеваний, развившиеся в поствакцинальном периоде, которые можно связать с проведенной прививкой.

Каждый случай заболевания, потребовавший госпитализации, а также летального исхода, расследуют комиссионно с составлением акта расследования. Образцы серии препарата, вызвавшей осложнение, направляют на контроль в ГИСК им. Л.А. Тарасевича (121002, Москва, Сивцев Вражек, 41) в количестве: АКДС, другие инактивированные вакцины, анатоксины — 50 ампул; коревая, паротитная, краснушная вакцины — 120 ампул; БЦЖ — 6 ампул; гетерологичные сыворотки — 30 мл.

Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» впервые законодательно закреплена право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений, реализуемое в виде государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности. Так, при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 100 МРОТ, а в случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, члены его семьи имеют право на получение государственного единовременного пособия в размере 300 МРОТ (ст. 19). Гражданин, признанный инвалидом вследствие



поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 10 минимальных размеров оплаты труда (ст. 20). Гражданин, у которого временная утрата трудоспособности связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100% среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы. Это же положение распространяется и на получение пособия по временной нетрудоспособности за все время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением (ст. 21).

В заключение следует подчеркнуть, что мониторинг с целью предупреждения поствакцинальной патологии должен включать следующие мероприятия:

- соблюдение показаний и противопоказаний к вакцинации;
- соблюдение техники хранения и введения вакцин;
- подготовка детей по «группам риска» к вакцинации;
- составление индивидуального календаря прививок;
- использование вакцин с уменьшенным содержанием антигенов;

- выбор времени года для введения вакцин;
- соблюдение сроков наблюдения, диеты и охранительного режима в поствакцинальном периоде.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ

В настоящее время произошел решительный пересмотр взглядов на показания и противопоказания к вакцинации детей с нарушенным здоровьем. То, что еще недавно рассматривалось в качестве противопоказаний к прививкам, сейчас трактуется как решающий аргумент в пользу проведения вакцинации. Тем не менее некоторые состояния или указания в анамнезе на перенесенные заболевания представляют для педиатра определенные трудности в плане назначения сроков вакцинации, проведения вакцинации в полном объеме и т. д.

Наиболее часто встречающиеся, так называемые ложные, противопоказания представлены в таблице 6.

ТАБЛИЦА 6. Ложные противопоказания к проведению профилактических прививок

| Состояния | Указания в анамнезе на |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Перинатальная энцефалопатия | Недоношенность |
| Стабильная неврология | Сепсис |
| Анемия | Болезнь гиалиновых мембран |
| Увеличение тени тимуса | Гемолитическая болезнь новорожденных |
| Аллергия, экзема | Осложнения после вакцинации в семье |
| Врожденные пороки | Аллергия у родственников |
| Дисбактериоз | Эпилепсия |
| Поддерживающая терапия | Внезапная смерть в семье |
| Стероиды местного применения | |

В этот список включены заболевания, которые, не являясь в сущности противопоказанием, все еще вызывают у педиатров трудности в плане определения сроков вакцинации, проведения щадящей вакцинации или вакцинации «под прикрытием» и т. д. Поражения нервной системы перинатального периода включают в себя гипоксические, травматические, дис- и токсикометаболические повреждения новорожденного и повреждения, развившиеся при инфекционных заболеваниях. Эта классификация, отраженная в методических рекомендациях Минздрава РФ 2000 г., позволяет выделить нозологическую форму, степень и тяжесть основных неврологических синдромов. В то же время в педиатрической практике часто встречается термин «перинатальная

энцефалопатия», под которой подразумевают патологию ЦНС травматического или гипоксического генеза, возникшую в перинатальном периоде, на первом месяце жизни ребенка. Диагноз «перинатальная энцефалопатия» (ПЭП) нередко имеют до 90% всех детей первого года жизни в связи с тем, что его выставляют неоправданно широко: при мышечной дистонии, на основании запаздывания становления психических и моторных функций, беспокойства, тремора подбородка и т. д. Такая гипердиагностика ведет помимо назначения избыточной медикаментозной терапии к необоснованному медицинскому отводу от профилактических прививок. В то же время ребенок с диагнозом ПЭП должен быть лишь проконсультирован у невропатолога с целью под-



тверждения наличия или отсутствия прогрессирования заболевания, что особенно важно перед началом проведения курса вакцинации АКДС.

Противопоказанием к проведению прививок являются: гидроцефалия, судороги, прогрессирующее заболевание ЦНС.

Многолетние наблюдения за детьми со **стабильными неврологическими состояниями**, привитыми против дифтерии, кори, эпидемического паротита, полиомиелита, показали, что вакцинация этих детей эффективна, безвредна и может осуществляться под наблюдением педиатра поликлиники или детского учреждения, которое посещает ребенок.

Несмотря на выявленные особенности в динамике различных иммунологических показателей, функциональная активность клеток у детей с поражением нервной системы по типу перинатальной энцефалопатии и с непрогрессирующими заболеваниями ЦНС сохранена, что отражается в адекватном антителообразовании после полного курса иммунизации анатоксинами (М.П. Костинов, 2000; С.М. Харит и соавт., 2002), вакцинации против кори (Е.А. Лакоткина и соавт., 2000), гепатита В и гриппа (О.В. Шамшева, 2002).

Таким образом, детей со стабильной (не прогрессирующей) неврологической патологией (болезнь Дауна, олигофрения, ДЦП, ЗГПМР и др.), а также последствиями перинатальной энцефалопатии вакцинируют по календарю. Большинство из них прививается после проведения дополнительных исследований (ЭЭГ, ЭхоЭГ, рентгенография черепа, осмотр глазного дна и др.), нередко на фоне седативной и противосудорожной терапии (препараты валерианы, пустырника, фенобарбитала и др.). При наличии в анамнезе фебрильных судорог после проведения прививки при повышении температуры тела следует назначать жаропонижающие средства (до снижения температуры). В ряде стран для снижения судорожного порога таким детям рекомендуется назначение парацетамола из расчета 15 мг на 1 кг веса в сутки перед прививкой и далее каждые 4 часа в течение 24 часов.

Более жестким противопоказанием к вакцинации следует считать неврологические заболевания с прогрессирующим течением (нервномышечная дистрофия, декомпенсированная гидроцефалия, дегенеративные заболевания мозга, тяжелые поражения ЦНС, возникающие за счет врожденных дефектов метаболизма, внутриутробных инфекций и др.), особенно в тех случаях, когда они протекают с судорожным синдромом. Эти заболевания являются абсолютным противопоказанием к применению коклюшного компонента АКДС-вакцины.

Если у ребенка в допрививочный период имел место эпизод судорог, прививку АКДС-вакциной следует отложить до исключения прогрессирующего неврологического заболевания или выяснения причины судорожного синдрома.

Новорожденные и дети раннего возраста, имеющие в своем анамнезе эпизоды судорог, не связанные с развитием прогрессирующего неврологического заболевания, могут быть вакцинированы АКДС и вакциной против кори.

Алиментарная **анемия** не является противопоказанием к проведению вакцинации инактивированными и живыми препаратами.

Некоторые затруднения могут возникать при обнаружении на рентгенограмме **увеличения вилочковой железы**. По современным представлениям тимомегалия, являющаяся результатом постстрессовой гиперплазии, не должна считаться поводом для отказа от профилактических прививок. Показано, что такие дети хорошо переносят АКДС и коревую вакцины, при этом вырабатывается полноценный иммунитет и не бывает выраженных реакций на их введение.

Большинство отечественных авторов рекомендуют придерживаться следующей тактики вакцинации у детей с **аллергически отягощенным анамнезом**: уточнение аллергического анамнеза ребенка; выбор оптимального времени, т. е. периода наименьшей аллергической активности заболевания (например, осень и зима для страдающих поллинозом, лето — для часто болеющих респираторными заболеваниями); удлинение интервалов между введением вакцин; назначение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, тавегил, диазолин, фенкарол и др.) за 3–4 дня до вакцинации и в течение 5–6 дней после нее, в отдельных случаях парентеральное их введение в день прививки; обязательно соблюдение гипо- и безаллергенной диеты. В этот период им не рекомендуется вводить новые виды пищи. С учетом этих рекомендаций удается своевременно и в полном объеме привить практически всех детей, страдающих аллергией.

Вместе с тем введение АКДС противопоказано детям с тяжелыми анафилактическими реакциями, протекающими по типу шока, отека Квинке или крапивницы, однако, учитывая, что такие реакции возникают на коклюшный компонент вакцины, дальнейшая вакцинация этих детей должна проводиться АДС-анатоксином, и, кроме того, живые вакцины против кори, эпидемического паротита, полиомиелита и др. таким детям не противопоказаны.



С другой стороны, детям, в анамнезе у которых отмечались тяжелые аллергические реакции на антибиотики, могут быть противопоказаны живые вакцины, содержащие последние в качестве стабилизатора. По эпидпоказаниям вакцинация этих детей должна проводиться в периоде стойкой ремиссии и в стационаре под контролем десенсибилизирующей терапии.

Другие кожные состояния (атопический дерматит, себорейный дерматит, контактный дерматит и др.), а также проявления респираторной аллергии не являются противопоказанием к проведению специфической иммунопрофилактики. Вакцинация таких детей обычно проводится в периоде стихания аллергических проявлений, под контролем антигистаминных препаратов, желательно в условиях кабинета иммунопрофилактики. При незначительных аллергических проявлениях вакцинация проводится по общим правилам. Важно также учитывать, что даже при выраженной аллергии вакцинация как инактивированными, так и живыми вакцинами не приводит к развитию поствакцинальных осложнений, и в крови у таких детей не происходит стойкого повышения уровня продукции специфических IgE-антител (М.П. Костинов и соавт., 2002; В.К. Таточенко, 2003).

Дети, часто болеющие острыми респираторными инфекциями и другими заболеваниями, вакцинируются по общим правилам, сразу после перенесенной ОРВИ легкой и средней степени тяжести или через 1–2 недели после выздоровления от тяжелой острой респираторной или другой инфекции. Очевидно также, что вакцинацию часто болеющих детей лучше проводить в теплое время года в период наименьшей заболеваемости ОРВИ и рекомендовать таким детям строгую изоляцию сроком на 3–5 дней до и после прививки.

Вакцинация детей с **врожденными пороками развития** проводится в полном объеме согласно календарю прививок. Нами не было зарегистрировано ни одного осложнения на вакцинацию против дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, паротита и краснухи у 37 детей с врожденными пороками сердца в стадии компенсации.

Нарушение нормального количественного и качественного состава микрофлоры кишечника, возникающее под влиянием различных причин и трактуемое как **дисбактериоз** кишечника, не является поводом для отказа от проведения прививок. При диагнозе острой кишечной инфекции, непереносимости молочного сахара, синдроме раздраженной кишки рекомендуется отложить вакцинацию до полного выздоровления.

Дети, проходящие короткий курс лечения (менее двух недель) низкими или средними **поддерживающими**

дозами системных кортикостероидов (преднизолон 2 мг/кг в сутки и более или 20 мг в сутки и более для детей весом больше 10 кг), а также дети, получающие низкие и средние дозы кортикостероидов через день по поводу заболевания, не связанного с нарушением иммунной системы, не имеют противопоказаний к применению живых вирусных вакцин. Однако от их применения следует воздержаться в случае развития у пациента системной иммуносупрессии в результате длительного применения кортикостероидов. Использование **стероидов местного применения** в виде мазей, глазных капель, спреев не является противопоказанием к вакцинации.

При решении вопроса о дальнейшей иммунизации детей с **необычными реакциями на предыдущие прививки и поствакцинальными осложнениями в анамнезе** следует учитывать характер реакции и осложнения. Очень важно при этом не переносить отвод от введения какой-либо одной вакцины на все остальные виды иммунизации.

При необычных и тяжелых реакциях на АКДС дальнейшая иммунизация этой вакциной не рекомендуется. Однако следует продолжить прививки против дифтерии и столбняка АДС-анатоксином в условиях стационара под прикрытием антигистаминных препаратов. Этим детям не противопоказаны прививки против полиомиелита, краснухи, кори, паротита и гепатита В.

Наблюдение за привитыми детьми с отягощенным анамнезом следует продолжить на протяжении месяца, после чего в истории развития ребенка записывают краткое заключение о том, как он перенес прививку, а также отмечают необычные реакции на данную прививку и осложнения после нее. При этом следует иметь в виду, что ребенок первых 1,5–2 лет жизни склонен к частым заболеваниям (особенно ОРВИ), поэтому возникновение осложнений может быть связано не только с данной прививкой, но и возникшим после нее заболеванием ОРВИ.

ВАКЦИНАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

В настоящее время считается, что указание в анамнезе на **недоношенность** (вес при рождении менее 2500 г) не является противопоказанием к проведению плановой иммунизации ребенка. Такое положение декларируется тем, что недоношенные дети и дети с низким весом при рождении относятся к группе риска по тяжелым исходам от инфекционных заболеваний, и поэтому они должны быть привиты в первую очередь



в соответствии с рекомендуемым графиком независимо от степени доношенности. Исключением может явиться БЦЖ-вакцина. По отечественному календарю глубокою недоношенность принято считать противопоказанием к введению БЦЖ в роддоме. Вакцинация у таких детей должна быть отсрочена на 2–3 месяца.

В настоящее время не существует убедительных доказательств того, что недоношенные, при отсутствии других неблагоприятных факторов, подвергаются повышенному риску развития судорог в ответ на вакцинацию АКДС.

Серию прививок ОПВ лучше начинать только при выписке из стационара и продолжать ее в соответствии с графиком прививок в домашних условиях, так как известно, что вакцинный штамм полиовируса у детей, привитых ОПВ, выделяется со стулом в течение нескольких недель и даже более длительное время, что создает теоретический риск передачи вируса через пеленки и руки персонала. Возможна замена ОПВ на инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ).

Первичная вакцинация недоношенных, родившихся от матерей–носительниц HbsAg, должна начинаться немедленно (не позднее 12 часов жизни) и проводиться четырехкратно по схеме 0, 1, 2, 12 месяцев. При этом необходимо учесть, что эффективность вакцинации находится в прямой зависимости от срока введения первой дозы вакцины: чем раньше будет проведена первичная вакцинация, тем выше ее эффективность (в течение первых 12 часов жизни — 95%). Теоретически вакцинацию недоношенных от матерей–носительниц HBsAg лучше сочетать с назначением специфического иммуноглобулина против гепатита В (иммуноглобулин человека, содержащий в высоких титрах анти-HBs). При этом иммуноглобулин в дозе 0,5 мл (100 МЕ) вводят внутримышечно немедленно после рождения с тем, чтобы нейтрализовать вирус гепатита В, попавший в организм ребенка в момент рождения. Эффективность иммуноглобулина, введенного спустя 12–24 часа после рождения, сомнительна.

Вопрос о целесообразности начала вакцинации сразу после рождения недоношенных, чьи матери не являются носительницами HBsAg, остается открытым. Имеется мнение, что вакцинацию этих детей, так же как и доношенных, следует начинать с трехмесячного возраста и проводить по схеме 0, 1, 6 месяцев.

Вакцинация детей, имевших в анамнезе указание на недоношенность, против гриппа возможна начиная с шестимесячного возраста. В этом случае необходимо вводить инактивированные гриппозные вакцины по

схеме 0–1 месяц в половинной дозе (0,25 мл). Для защиты детей в течение первых 6 месяцев жизни рекомендуется привить персонал больницы и членов семьи. Для недоношенных детей дозы вакцин такие же, как и для рожденных в срок.

Иммунодефицитные состояния и заболевания

Первичное иммунодефицитное состояние фигурирует в списке постоянных противопоказаний к введению живых вакцин.

Л.А. Гомес (1996) выявила 12 случаев очаговых БЦЖ-итов у детей с хронической гранулематозной болезнью, а также вялые парезы нижних конечностей у двух детей с X-сцепленной агаммаглобулинемией, которые расценили как осложнение на живую полиовакцину.

Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП) наблюдается во всех странах, где используется живая полиомиелитная вакцина. Однако редкость возникновения этих заболеваний — один случай на 2,5 млн доз вакцины — послужила причиной того, что ВОЗ оценила эту вакцину как одну из самых безопасных.

В.Н. Садовникова и Е.В. Лещинская (2003) выявили ряд общих признаков, характерных для этой группы больных. По данным авторов, все ассоциированные заболевания, как правило, развивались после введения первой дозы ОПВ (до 80%), клинические симптомы у больных появлялись на 6–23-й день после иммунизации. В большинстве случаев заболевали дети в возрасте от 3 до 5 месяцев жизни, которые подлежали плановой иммунизации против полиомиелита в соответствии с календарем прививок. При этом этиологическая структура возбудителей ВАПП характеризовалась преобладанием III типа полиовируса вакцинной природы.

У всех больных была абсолютно типичная картина, которая выражалась развитием острых вялых парезов и параличей со стойкими остаточными явлениями.

Между тем вопросы ранней диагностики иммунодефицитных состояний (ИДС) относятся к числу наиболее сложных и недостаточно разработанных. По данным Л.А. Гомес (1998), клиническая манифестация большинства ИДС происходит на 1–2-м годах жизни, пик диагностики большинства форм приходится на старший дошкольный возраст. При этом наиболее типичными клиническими осложнениями всех форм ИДС являются повторные и хронические инфекционно-воспалительные заболевания, в том числе поражения



бронхов и легких, придаточных пазух носа, кожи и под-кожной клетчатки, среднего уха.

К числу ранних, информативных клинических признаков ряда важнейших иммунодефицитных состояний, помогающих врачам в долабораторном распознавании ИДС, относятся: тяжелое рецидивирующее гнойное заболевание, упорный кандидоз полости рта, других слизистых и кожи (хронический кожно-слизистый кандидоз), пневмоцистная пневмония. Сочетание тромбоцитопении с экземой может свидетельствовать в пользу синдрома Вискотта–Олдрича. Обращает на себя внимание частота парапроктитов у детей с ВАПП, что также может быть связано с недостаточностью иммунитета. Очень важен сбор семейного анамнеза и выявление в семье иммунодефицитного больного.

В случае подозрения у ребенка врожденного иммунодефицита рекомендуется вакцинировать его ближайших родственников, например, тривакциной (корь, паротит, краснуха). Данные рекомендации не относятся к пероральной вакцине против полиомиелита.

Инактивированные вакцины не представляют опасности для пациентов с иммунодефицитами.

Имеются данные о том, что дети с частичными первичными иммунодефицитами способны к эффективной выработке антител к дифтерии и столбняку как при вакцинации, так и при ревакцинации. Однако таким пациентам рекомендуется определять титр антител в крови для составления индивидуального графика вакцинопрофилактики.

Помимо первичных иммунодефицитов, которые довольно редко встречаются в популяции, выделяют вторичные иммунодефицитные состояния, ассоциированные с болезнями (**лейкозы, солидные опухоли**). Вакцинация таких детей проводится в периоде ремиссии как инактивированными, так и живыми препаратами. Однако не существует однозначных рекомендаций в отношении сроков безопасного и эффективного введения живых вакцин детям, находящимся в стадии ремиссии по поводу злокачественного заболевания. Это связано с индивидуальными особенностями восстановительного периода иммунитета и зависит от протокола лечения, радиотерапии и ряда других факторов. Существует мнение, что живые вакцины можно вводить не ранее чем через три месяца после прекращения курса иммуносупрессивной терапии. Исключение составляет необходимость вакцинации против Herpes zoster детей, находящихся на поддерживающей химиотерапии, но при отсутствии агранулоцитоза и числе лимфоцитов в периферической крови не менее 700 в 1 мкл и тромбо-

цитов не менее 100 000 в 1 мкл. Прививка предотвращает заболевание в 85% случаев, а также снижает частоту обострений опоясывающего герпеса.

Данное положение касается также инактивированных вакцин и иммуноглобулинов, которые надо применять у детей, находящихся на полихимиотерапии, по мере необходимости. Это связано с их недостаточной эффективностью у больных детей по сравнению со здоровыми. Сегодня остро стоит вопрос о целесообразности проведения вакцинации против гепатита В детям, страдающим онкогематологическими заболеваниями. Наши данные показали, что вакцинопрофилактика гепатита В у детей со злокачественными опухолями, находящимися на полихимиотерапии, клинически безопасна и вызывает формирование специфического иммунитета после четырехкратного введения рекомбинантных вакцин в возрастной дозе («Комбиотех» и «Энджерикс В») по схеме 0, 1, 2, 6 месяцев в 60% случаев. При этом удвоение дозы вводимых вакцин не оказывает существенного влияния на уровень антител и показатель сероконверсии. Мы рекомендуем начинать вакцинопрофилактику гепатита В в возрастной дозе по схеме 0, 1, 2, 6 месяцев сразу после постановки диагноза онкогематологического заболевания.

Дети со злокачественными опухолями также могут быть привиты анатоксинами, гемофильной и пневмококковой вакцинами, инактивированной вакциной против гриппа не ранее чем через четыре недели после завершения курса химиотерапии и при условии повышения уровня лимфоцитов в периферической крови свыше 1000 в 1 мкл. По таким же правилам рекомендуется прививать детей с **аспенией**, у которых имеется повышенный риск бактериальной инфекции капсульными микроорганизмами.

Пациентам с нарушениями свертываемости крови, такими как **гемофилия**, вакцина против гепатита В обычно вводится подкожно в связи с высокой вероятностью образования гематом.

Если больной получает препараты, повышающие свертываемость крови, внутримышечную инъекцию вакцины следует делать сразу же после введения таких препаратов. Необходимо применять только тонкие иглы (размер менее 23 мм), а место инъекции должно находиться под давлением в течение двух минут после введения вакцины.

Вакцинация детей с **иммунной нейтропенией** начинается с введения анатоксинов и инактивированной вакцины против полиомиелита при абсолютном числе нейтрофильных гранулоцитов $1,2-1,5 \times 10^9/\text{л}$. Живые вак-



цины вводятся после завершения курса анатоксинами при отсутствии нейтропении в клиническом анализе крови.

В мировой литературе случаи поствакцинальных осложнений у **ВИЧ-инфицированных** больных были описаны только после прививки БЦЖ. В то же время известно, как тяжело, вплоть до летального исхода, может протекать туберкулез у таких пациентов.

Вакцинация БЦЖ детей от ВИЧ-инфицированных матерей безопасна и рекомендована ВОЗ при рождении всех детей в развивающихся странах. Однако МЗ РФ рекомендует воздержаться от введения БЦЖ-вакцины детям, чьи матери инфицированы ВИЧ.

В принятых в настоящее время в педиатрии стандартах иммунизации рекомендуется прививать детей данной группы тривакциной (корь, паротит, краснуха) независимо от клинических проявлений (за исключением лиц с тяжелой иммуносупрессией) в соответствии с утвержденным календарем прививок.

Дети с ВИЧ-инфекцией должны получать АКДС-вакцину, вакцину против гриппа, гепатита В и инфекции гемофилюс инфлюэнца типа b, а дети старше двух лет — пневмококковую вакцину.

Вакцинация детей с хроническими болезнями

В настоящее время многими показана эффективность и безопасность вакцинации детей с **сахарным диабетом**. Интерес исследователей базируется на большой восприимчивости этих больных к инфекциям, что объясняется определенными иммунологическими особенностями. В отечественных рекомендациях указывается, что помимо АКДС, ОПВ, кори и паротита дети, больные сахарным диабетом, подлежат профилактической вакцинации против гепатитов А и В. В этих случаях вакцинация проводится на фоне основного лечения: диеты и инсулинотерапии. Особо оговариваются условия проведения вакцинации, такие как общее удовлетворительное состояние, отсутствие жажды, полиурии, гликемия натощак не выше 10 ммоль/л, суточная глюкозурия в пределах 10–20 г, отсутствие ацетонурии, контроль за состоянием ребенка и симптомами декомпенсации сахарного диабета в поствакцинальном периоде. Пациентам с **заболеваниями почек** (пиелонефритом и гломерулонефритом) прививки лучше проводить в периоде клиничко-лабораторной ремиссии, подтвержденной в ходе предварительного обследования. Отечественными исследователями было доказано, что при длительности ремиссии пиелонефрита от четырех месяцев и гломерулонефрита от шести месяцев введение

анатоксинов не вызывает обострения основного заболевания, а спустя 12 месяцев от момента введения у всех детей определяются высокие защитные титры специфических антител. Не было выявлено и зависимости напряженности поствакцинального иммунитета от вида медикаментозного лечения (изолированное применение глюкокортикоидов и в комплексе с цитостатиками). Живые вирусные вакцины могут представлять опасность для пациентов с гломерулонефритом, за исключением вакцины против ветряной оспы. Это связано с тем, что у иммунокомпрометированных пациентов часто наблюдается генерализованная форма ветряной оспы, а заболевание характеризуется тяжелым течением вплоть до летального исхода. Вакцины против кори, краснухи и паротита рекомендуется вводить при длительности ремиссии гломерулонефрита не менее 3–4 лет. В то же время этим детям показано расширение календаря прививок за счет включения вакцинаций против гепатита В, гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций. В связи с тем что при вакцинации против гепатита В у пациентов с заболеваниями почек, особенно в стадии ХПН, нередко отмечается низкий иммунный ответ, рекомендуют вводить двойную дозу вакцинного препарата (40 мкг НВs-антигена).

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВАКЦИНАЦИЙ

Федеральным законом от 30 июня 2006 года № 91-ФЗ «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» в Национальный календарь прививок введена обязательная ежегодная вакцинация против гриппа. Сроки проведения профилактических прививок против гриппа и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, устанавливаются ежегодно с учетом прогнозируемой заболеваемости.

Для профилактики гриппа у детей первого года жизни используются инактивированные вакцины (Гриппол, Ваксигрипп, Флюарикс, Инфлювак и др.).

Прививки против гриппа должны ежегодно получать все группы детского населения, начиная с 6-месячного возраста, однако первоочередным показанием к вакцинации являются дети групп риска:

- дети с хроническими легочными заболеваниями, включая больных среднетяжелой и тяжелой астмой и хроническим бронхитом;



- дети с болезнями сердца, в том числе со значительными гемодинамическими изменениями;
- дети, получающие иммунодепрессивную терапию;
- дети с серповидноклеточной анемией и другими гемоглобинопатиями;
- больные сахарным диабетом;
- больные хроническими почечными и метаболическими заболеваниями;
- дети с иммунопатологией, включая ВИЧ-инфекцию;
- дети, длительно получающие аспирин (риск синдрома Рейе).

Для предупреждения возникновения заболевания гриппом у новорожденных и детей в возрасте до 6 мес. особенно важно иммунизировать взрослых, находящихся в тесном контакте с этими детьми.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)

В настоящее время известно более 120 типов вируса папилломы человека (ВПЧ), из которых более 30 типов инфицируют генитальный тракт. Среди них наиболее распространенными являются 6 и 11 типы ВПЧ низкого онкогенного риска и 16 и 18 типы ВПЧ высокого онкогенного риска.

Инфицирование женщин ВПЧ является одной из причин рака шейки матки. Так, по данным литературы, ВПЧ был выявлен в 99,7 % биоптатов опухолей. Также было установлено, что ВПЧ является причиной генитальных кондилом. У детей ВПЧ вызывает такое тяжелое заболевание, как рецидивирующий респираторный папилломатоз, который в 100% случаев приводит к инвалидизации ребенка.

Рак шейки матки занимает 2-е место в структуре причин смертности женщин репродуктивного возраста (от 15 до 44 лет). Ежегодно в мире это заболевание выявляется у полумиллиона женщин, из которых более 240 тысяч умирает. По данным 2002 года, в Российской Федерации рак шейки матки был зарегистрирован у 12215 женщин репродуктивного возраста, из которых умерло 7784, то есть ежедневно от этого заболевания умирает 20 женщин. Всего в мире ежегодно регистрируется не менее 32 миллионов новых случаев генитальных кондилом.

Доказательство того, что рак шейки матки — следствие инфекции вирусом папилломы человека, поставило его и ряд других заболеваний в разряд вакцинопредотвратимых.

24 ноября 2006 года в Российской Федерации зарегистрирована и разрешена к применению первая в мире и единственная квадριвалентная вакцина Гардасил® против вируса папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов (производства компании Merck Sharp & Dohme).

Вакцина предназначена для профилактики ряда тяжелых заболеваний, непосредственной и доказанной причиной которых является вирус папилломы человека (ВПЧ) самых распространенных 6, 11, 16 и 18 типов. Среди заболеваний, которые может вызывать ВПЧ 6 и 11 типов, следует выделить рецидивирующий респираторный папилломатоз и генитальные кондиломы. ВПЧ 16 и 18 типов ответственны за основную часть всех случаев рака шейки матки, вульвы, влагалища и ряда других раков аногенитальной локализации.

Международные клинические исследования, в которых приняли участие более 25000 пациенток 16–26 лет, показали, что квадριвалентная вакцина ГАРДАСИЛ практически в 100% случаев эффективна в предупреждении заболеваний, индуцированных вирусом папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов. Было также установлено, что вакцина является безопасной, надежной и хорошо переносится пациентками. В настоящее время имеются предварительные данные о том, что вакцина также обеспечивает перекрестную защиту от еще нескольких типов ВПЧ, не входящих в ее состав.

С июня 2006 года вакцина была зарегистрирована более чем в 70 странах мира, включая США, Канаду, Австралию, 25 стран Евросоюза, страны Латинской Америки, а через год после регистрации она была включена в Национальные календари вакцинации таких стран, как США, Австралия, Франция, Италия, Германия, Австрия, Норвегия, Нидерланды.

Вакцинация в нашей стране рекомендована у детей и подростков, как мальчиков, так и девочек в возрасте от 9 до 17 лет и молодых женщин 18–26 лет.

Профилактическая вакцинация у женщин репродуктивного возраста предупреждает инфицирование новорожденных и детей 1 года жизни.

До включения в Национальный календарь профилактических прививок вакцинация должна проводиться на добровольной основе в центрах иммунопрофилактики и лицензированных медицинских центрах.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ

Проблема детской тугоухости и глухоты была и остается актуальной как в медицинском, так и в социальном отношении.

Судьба ребенка с нарушенным слухом определяет такими факторами, как возраст, в котором произошло нарушение слуховой функции, срок обнаружения дефекта, степень понижения слуха и правильность оценки потенциальных остатков слуховой функции, а при прочих равных условиях - своевременностью начала мероприятий, направленных на мобилизацию остаточных возможностей пострадавшего органа слуха ребенка.

Лишение акустической информации ребенка в раннем возрасте, т.е. в доречевом периоде (первые три года жизни), в результате развившейся тугоухости или глухоты приводит к тому, что ребенок не имеет возможности овладеть речью без специальных приемов обучения, а если речь уже начала формироваться, то даже слабые потери слуха у детей, флюктуирующая тугоухость могут привести к распаду недостаточно сформированной речи, что сопровождается задержкой психического и интеллектуального развития ребенка, что в свою очередь приводит к инвалидности. При наличии раннего и адекватного воздействия (своевременное лечение или слухопротезирование, проведение кохлеарной имплантации, занятия с сурдопедагогом и логопедом) эти тяжелые последствия могут быть уменьшены или даже преодолены. Своевременная (в течение 6 мес. с момента потери слуха) коррекция слуха ребенка делает возможным его «нормальное» развитие, возможность обучения ребенка с нарушенным слухом в массовых детских садах и школах, т.е. реабилитационные мероприятия, начатые вовремя, могут предотвратить инвалидизацию больного.

В связи с вышесказанным решению вопроса организации ранней диагностики нарушений слуха у детей, лечению и ранней реабилитации Департамент здравоохранения города Москвы уделяет большое внимание.

В целях проведения ранней диагностики нарушений слуха у детей во исполнение пункта 6 «Диагностика и оценка функционального состояния организма» приказа Министерства здравоохранения и социального раз-

вития Российской Федерации от 28.04.2007 года № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» детские лечебно-профилактические и родовспомогательные учреждения города Москвы проводят массовый скрининг нарушений слуха у детей раннего возраста в соответствии с поручением Департамента здравоохранения г. Москвы от 01.08.2007 года № 41-18-2766 «О проведении массового скрининга нарушений слуха детей первого года жизни». Положение регулирует вопросы проведения массового скрининга нарушений слуха у новорожденных и детей раннего возраста и вопросы дальнейшего полного аудиологического обследования детей из группы риска по заболеваниям органа слуха, реабилитации детей, а также в целях профилактики инвалидизации детей.

Система ранней диагностики нарушений слуха у детей включает в себя два этапа:

Этап первый - аудиологический скрининг у 100% детей (родильные дома, отделение патологии новорожденных детских больниц, инфекционные больницы, детские городские центры и поликлиники). Он позволяет определить группы риска по тугоухости и выявление детей более старшего возраста с подозрением на наличие тугоухости (в детских поликлиниках) путем проведения проверки слуха у ребенка методом отоакустической эмиссии. В настоящее время оборудованием, позволяющим проводить аудиологический скрининг, оснащены все детские ЛПУ г. Москвы – это аппарат системы регистрации отоакустической эмиссии.

Обследование отоакустической эмиссией и импедансометрия позволяют определить изменения в периферическом отделе (внутреннее ухо) органа слуха, наличие воспаления в полости среднего уха и его характер. Это позволяет значительно снизить количество детей с приобретенной кондуктивной и смешанной формой тугоухости, так как наиболее частой причиной приобретенной тугоухости в детском возрасте является экссудативный отит и адгезивный отит, который без проведения тимпанометрии очень часто не диагностируется. Следовательно, этот метод позволит своевременно поставить правильный диа-



гноз и выбрать своевременную правильную тактику лечения слуха у ребенка.

Второй этап системы ранней диагностики нарушений слуха у детей - постановка окончательного диагноза – в сурдологических центрах, оснащенных современным диагностическим оборудованием (консультация сурдолога, отоакустическая эмиссия, импедансометрия, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы мозга, дополнительная консультация невропатолога). Аудиологическим оборудованием оснащены Детский сурдологический консультативно-диагностический центр города Москвы, 10 окружных сурдологических центров в городе Москве, все специализированные стационарные отделения детских городских клинических больниц.

Внедрение двухэтапной системы ранней диагностики нарушений слуха у детей и аудиологического скрининга в детскую практику позволяет к концу первого года жизни обследовать и установить окончательный диагноз. Обеспечить выявление слуховых расстройств у детей начиная с первых дней жизни, включая недоношенных. Своевременное проведение реабилитационных мероприятий способствует в дальнейшем интеграции этих детей в речевую среду, что предотвращает их изоляцию из социальной, домашней и профессиональной жизни в дальнейшем.

Правильная и своевременная диагностика, лечение и адекватная своевременная коррекция нарушений слуха сконцентрирована по трем направлениям:

- лечение воспалительных заболеваний органа слуха в ДГП и лор-стационарах детских городских больниц;
- электроакустическая коррекция тугоухости детей современными цифровыми слуховыми аппаратами, которые выдаются бесплатно в Детском сурдологическом консультативно-диагностическом центре города Москвы. Слухопротезирование проводится сразу после определения показаний, в том числе на первом году жизни;
- кохлеарная имплантация – метод, позволяющий корректировать даже самые глубокие нарушения звуковосприятия у ребенка, т.е. полную глухоту. Операция проводится в лор-стационарах детских городских больниц, а дальнейшая слухоречевая реабилитация, т. е. восстановление коммуникационных функций, речевых и языковых навыков (занятия с сурдопедагогом, психологом) в Детском сурдологическом консультативно-диагностическом центре города Москвы. Высокотехнологичный и дорогостоящий метод коррекции глубоких нарушений слуха у детей полностью финансируется для детей города Москвы из городского бюджета.



НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Стеноз гортани

Наиболее часто стеноз гортани вызывается RS-вирусами, вирусами гриппа А, парагриппа I и II типов и аденовирусами. Иногда выявляется бактериальный возбудитель, преимущественно *Neisseria meningitidis*. Возможно наличие сочетанной вирусно-бактериальной флоры.

Острый стенозирующий ларинготрахеит может иметь отечную, инфильтративную и фиброзно-некротическую клинические формы. Отечная форма наблюдается у детей в начале заболевания ОРВИ и проявляется крупом, в развитии которого имеет значение инфекционно-аллергический компонент, относительно быстро поддающийся купированию. Инфильтративная и фиброзно-некротическая формы характеризуются более длительным течением в связи с присоединением бактериального тканевого повреждения и образованием корок гнойной мокроты и некротических масс.

Для острого стенозирующего ларинготрахеита характерны такие симптомы, как лающий кашель, дисфония, инспираторный стрidor, повышение температуры тела до 38 °C и более, катаральные явления. Развитие крупа при остром стенозирующем ларинготрахеите происходит относительно постепенно в течение нескольких часов, но с быстрой и даже молниеносной декомпенсацией состояния, в основном в ночное и предутреннее время.

При синдроме крупа у детей неотложные мероприятия начинают с отвлекающей терапии: горячие ножные ванны, дают пить горячее молоко с пищевой содой, проводят щелочные ингаляции. При отековой форме можно применить антигистаминные препараты — супрастин, димедрол в/м, и спазмолитики. При крупе II и III степени тяжести проводятся ингаляции с 0,1% раствором адреналина, в/в или в/м вводят преднизолон от 2 мг/кг до 5 мг/кг. Для седации применяют седуксен

0,3 мг/кг в/м или в/в. При крупе III степени тяжести проводится экстренная интубация трахеи, дополнительно необходимо в/в капельное введение растворов глюкозы, натрия хлорида (50–60 мл/кг в сутки в соотношении 3:1). Целесообразны ингаляции лазолвана для разжижения и облегчения отхождения мокроты через небулайзер (1 мг/кг в сутки). Подключаются противовирусные препараты (виферон) и антибиотики в зависимости от показаний.

Острый эпиглоттит

Острый эпиглоттит — это опасное заболевание гортани, ведущее к острой дыхательной недостаточности. Наиболее частым возбудителем является гемофильная палочка типа b, реже — β-гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк, пневмококк. Заболевают обычно дети 3–6 месяцев. Для эпиглоттита характерно быстрое нарастание симптомов стеноза и дисфагии. Одышка носит инспираторный характер. Температура тела субфебрильная. При осмотре у детей старшего возраста выявляется темно-вишневая окраска корня языка. На догоспитальном этапе терапия острого эпиглоттита ограничивается введением жаропонижающих препаратов и антибиотиков: амоксицилин 30 мг/кг, ампициллин 50 мг/кг или цефуроксим 10 мг/кг. Необходимо обеспечить экстренную госпитализацию. Положение при транспортировке строго сидя, с готовностью к проведению экстренной интубации трахеи.

Инородное тело верхних дыхательных путей

Острое развитие выраженной одышки, цианоза и навязчивого, сухого кашля у ребенка среди полного здоровья предполагает наиболее вероятный диагноз аспирации инородного тела с локализацией в основном в верхних дыхательных путях. Специфическим признаком является участие вспомогательной мускулатуры при дыхании. Такие признаки, как тахипноэ, тахикардия, гипертензия, беспокойство, нарушение сознания, обусловленные гиповентиляцией, неспецифичны. Цианоз является поздним признаком обструкции.



Иородное тело верхних дыхательных путей вызывающее признаки их обструкции должно быть по возможности удалено на месте. У детей до одного года для удаления инородного тела верхних дыхательных путей наносится 5–6 ударов ладонью по спине между лопатками в позиции «всадник», когда ребенок лежит лицом вниз на предплечье или коленях врача. У детей старше года проводят прием Геймлиха: ребенок лежит на правом боку или сидит спиной к врачу, который охватывает его тело обеими руками и делает несколько коротких сильных толчков ладонью правой руки в области эпигастрия по направлению в грудную полость. При наступлении асфиксии предпочтительнее эндотрахеальная интубация, в случае выявления видимой экскурсии грудной клетки при ИВЛ респираторным методом, а не коникотомии или трахеостомии.

Ребенок с инородным телом верхних дыхательных путей во время транспортировки должен находиться в положении строго сидя. При этом снижается вероятность изменения положения инородного тела, что чревато развитием ларингоспазма, нарастанием отека тканей и наступления асфиксии.

ОБСТРУКЦИЯ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Синдром острой бронхиальной обструкции

Синдром острой бронхиальной обструкции (СОБО) представляет собой нарушение бронхиальной проходимости распространенного и обратимого характера, изменяющее легочную вентиляцию и затрудняющее отток бронхиального секрета. Патогенетически СОБО является результатом отека слизистой, обтурации бронхов скопившимся секретом, слизью, инородным телом, гнойными корками и спазмом бронхиальной мускулатуры. Клинически синдром острой бронхиальной обструкции проявляется вздутием грудной клетки, физикальными признаками эмфиземы легких, ослаблением дыхания. У детей первых месяцев жизни аускультативная картина представлена обильными мелкопузырчатыми хрипами, в то время как у более старших детей в начальных стадиях поражения слизистой дыхательных путей выслушиваются сухие свистящие хрипы, что обусловлено преобладанием бронхоспастического компонента. Дети беспокойны. Одышка при СОБО имеет преимущественно

экспираторный характер. Однако у детей первых месяцев жизни СОБО чаще проявляется смешанной одышкой.

Острый бронхит, который встречается чаще у детей грудного возраста, обусловлен развитием воспалительного отека терминальных бронхов и бронхоит, вызванного вирусной инфекцией (RS, парагрипп, аденовирусы). Обструктивным бронхитом, который может также вызываться микоплазмой пневмонии и хламидиями, чаще болеют дети второго-третьего года жизни.

При СОБО у детей раннего возраста с симптоматическим бронхиолоспазмом необходимо использовать сальбутамол 100 мкг, 2,4% раствор эуфиллина 4–6 мг/кг, оксигенотерапию 50% O₂. При СОБО у детей раннего возраста, обусловленном вирусно-бактериальным эндобронхитом применяют муколитики и отхаркивающие средства, такие как лазолван 1 мг/кг в сутки. Назначаются антибиотики — амоксиклав 30 мг/кг каждые 8 часов у детей грудного возраста. Возможно использование макролидов. Из цефалоспоринов применяют цефуроксим 20 мг/кг в сутки.

При обструктивном бронхите и бронхолите также показаны аэрозольные ингаляции с изотоническим раствором NaCl, 2% раствором бикарбоната натрия, дача увлажненного кислорода каждые 2–4 часа. При развитии дыхательной недостаточности II–III степени тяжести в/в струйно вводят преднизолон 2 мг/кг. Назначают эуфиллин, отхаркивающие средства и секретолитики. При обильной мокроте антигистаминные препараты рекомендуется не применять. Необходима осторожность при применении седуксена, так как угнетение дыхания при СОБО способствует развитию гиперкапнии. При неблагоприятном анамнезе и недостаточной эффективности аэрозоля сальбутамола возможно использование ипратропиума бромидом 20 мкг или его комбинации с фенотеролом в дозе 50 мкг (беродуал).

Иородное тело бронхов и аспирационный синдром

Иородные тела бронхов, как правило, не сопровождаются клиникой тяжелой дыхательной недостаточности. Симптомы бронхообструктивного синдрома возникают внезапно. На фоне полного здоровья развивается экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, незначительный периоральный цианоз, беспокойство ребенка. Иногда при аускультации можно услышать хлопающий или прерывистый шум, обусловленный баллотированием инородного тела.

Для аспирации жидкой пищи или рвотных масс характерны признаки острой асфиксии, цианоз кожных



покровов, а в случае частичной обструкции — одышка и кашель. Наблюдается стридорозное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождающееся втяжением надключичных ямок при вдохе. При аспирации крови появляется кашель с пенистой мокротой, иногда рвота «кофейной гущей».

Неотложная помощь при аспирации жидкой пищи и рвотных масс у детей имеет некоторые особенности. При аспирации жидкой пищи или рвотных масс ребенку придается дренажное положение, производят интубацию трахеи, аспирируют содержимое трахеи и бронхов через катетер не более 10–15 секунд, затем вводят в трубку 50–60 мл 0,9% раствора NaCl и проводят вибрационный массаж с последующей аспирацией. При необходимости — ИВЛ и кислородотерапия 50% O₂, вводят гидрокортизон 10 мг/кг или преднизолон 2 мг/кг в/в или в/м.

ОТЕК ЛЕГКИХ

Наиболее частой причиной отека легких у детей является левожелудочковая недостаточность, аритмии, митральный порок.

У детей в развитии отека легких кардиогенные причины имеют небольшой удельный вес. Экстракардиальными причинами альвеолярного отека легких могут стать вдыхание горячего воздуха, угарного газа и токсических веществ, асфиксия, пневмонии, бронхолит, отравления.

Ведущими клиническими проявлениями отека легких у детей являются одышка, выделение пенистой розовой мокроты, влажные рассеянные мелко- и среднепузырчатые хрипы при выслушивании легких, цианоз, чувство давления в грудной клетке. У детей раннего возраста с ОДН отек легких может проявиться легочным кровотечением, что обуславливается низкой активностью сурфактанта в альвеолах.

Неотложную терапию отека легких начинают с оксигенации через маску, вначале повышенными концентрациями O₂, пропущенным через 33% раствор этилового спирта или 10% раствор антифомсилана для пеногашения. Для подавления пенообразования показано проведение метода спонтанного дыхания под положительным давлением 4–6 см водн. столба через лицевую маску. Одновременно в/в вводят 2,4% раствор эуфиллина 4 мг/кг, лазикс 1 мг/кг и преднизолон 2 мг/кг.

Если отек легких не купируется, то больному проводят интубацию трахеи с последующим дыханием по системе Грегори с постоянным давлением 4–6 см водн.

столба. Не следует стремиться отсасывать из эндотрахеальной трубки пенистую мокроту более 10–15 секунд, что усугубляет гипоксию. В трахею инстиллируют по несколько капель 4–10% раствора антифомсилана или 20–33% раствора этилового спирта. Возможно осторожное использование вазодилататоров.

При возникновении отека легких на фоне обструкции дыхательных путей лечение начинают с эндотрахеальной интубации. Транспортировку больного проводят после уменьшения дыхательной недостаточности, продолжая оксигенотерапию. Ребенок должен находиться в положении с приподнятым головным концом.

Для седации можно использовать седуксен или фенобарбитал, а при значительном двигательном возбуждении оксидбутират натрия. Поскольку важным фактором в развитии некардиогенного отека легких является гипопротейнемия, то при выявлении гипоальбуминемии и общей гипопротейнемии применяют альбумин.

РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Апноэ во сне у грудных детей определяется как группа состояний, при которых имеются множественные центральные или обструктивные апноэ во время сна у новорожденных и грудных детей. На первом месяце жизни это проявляется повторяющимися эпизодами задержек дыхания с цианозом, внезапной бледностью или гипотонией. В дальнейшем может отмечаться задержка роста, вялость, снижение мышечного тонуса в нижних конечностях. Около 1% детей с апноэ подвержены выраженным сердечным аритмиям, включая периоды асистолии. Показано, что апноэ грудных детей является значительным фактором риска развития синдрома внезапной смерти.

Синдром обструктивных апноэ во сне (СОАС) определяется как состояние, при котором имеют место повторяющиеся эпизоды обструкции верхних дыхательных путей во время сна. Клинически это проявляется возникновением эпизодов прекращения шума дыхания и храпа во время сна, которые часто сопровождаются повышенной двигательной активностью. Наиболее частой причиной СОАС у детей является сужение верхних дыхательных путей вследствие аденонозиллярной гипертрофии, аномалий лицевого скелета и ожирения.

Синдром центральных апноэ (ЦА) во сне определяется как состояние, при котором возникают множе-



ственные эпизоды прекращения или снижения вентиляторного усилия во время сна (прерывание дыхательных движений диафрагмы). Причинами синдрома центральной альвеолярной гиповентиляции является поражение центральных хеморецепторных зон у пациентов с нормальными механическими свойствами легких.

Синдром врожденной центральной гиповентиляции отмечается с первых месяцев жизни и, как предполагают, связан с дефектом закладки стволовых респираторных центров и часто ассоциирован с другими нейроэктодермальными мальформациями и болезнью Гиршпрунга.

Для адекватной диагностики и дифференциальной диагностики расстройств дыхания во сне необходимо проведение полисомнографии. Для контроля за состоянием детей используются различные датчики дыхания. Границей нормы считается одно апноэ за час сна, но также признается возможность принимать за «предел нормальности» пять эпизодов за час сна.

Грудным детям с апноэ во сне назначаются дыхательные analeптики (эуфиллин, кофеин) в возрастных дозировках на весь период наличия высокого риска развития синдрома внезапной смерти (3–6-й месяц жизни). Лечение СОАС и первичного храпа проводится отоларингологом. В тяжелых случаях утраты контроля за функцией дыхания при ЦА рекомендуют применение дыхательных пейсмекеров для осуществления электрической стимуляции дыхательной мускулатуры, прежде всего диафрагмальной мышцы.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Судорожный синдром — это внезапный приступ клонических, тонических или тонико-клонических непроизвольных кратковременных мышечных сокращений с потерей или без потери сознания. Различают генерализованные и частичные (парциальные) судороги.

К возможным причинам развития судорог относятся острая гипоксия любого генеза, гипо-, и гипергликемия, гипокальциемия, нарушение метаболизма пиридоксина и тиамина, эндо- и экзотоксикозы, гипертермия и фебрильные судороги при энцефалопатии, гипотермия, нарушение водно-электролитного обмена, эпилепсия, нейроинфекции и структурные повреждения головного мозга.

Судороги у детей с повышением температуры тела являются фебрильными, если в семье нет больных с судорожными приступами, у больного нет судорожных приступов в анамнезе при нормальной температуре тела, отмечается кратковременность судорожного приступа,

температура тела во время приступа судорог более 38 °С, отсутствуют клинические симптомы инфекционного поражения головного мозга и его оболочек, на ЭЭГ вне приступов судорог нет очаговой и судорожной активности, а также при перинатальной энцефалопатии у ребенка. Фебрильные судороги преимущественно отмечаются у детей первого года жизни. Их купирование происходит при введении жаропонижающих препаратов — парацетамол 5–10 мг/кг в/м, нурофен 10 мг/кг в сиропе и применении методов физического охлаждения. Иногда необходимо использование седуксена.

При судорожном синдроме необходимо запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть у лежащего на спине ребенка, ввести роторасширитель или зафиксировать язык, затем ввести седуксен 0,3–0,5 мг/кг в/м или в/в, или мидазолам 0,1–0,15 мг/кг. Можно применить 25% раствор сульфата магния из расчета 0,2 мл/кг в/в. При повторном приступе судорог — 20% раствор натрия оксибутирата 0,25–0,4 мл/кг в/в. Учитывая возможную остановку дыхания, необходимо иметь в наличии интубационные трубки, ларингоскоп, мешок АМБУ, отсос. При отсутствии эффекта в течение 25 минут ввести 0,25% раствор дроперидола (дегидробензперидол) 0,1–0,3 мг/кг в/м. При остановке дыхания — ИВЛ.

Препаратом выбора при купировании и лечении судорог у новорожденных и инфантильных спазмов у детей раннего возраста является вальпроевая кислота (депакин, апилепсин, дипромал). Депакин применяется из расчета 15–25 мг/кг у новорожденных и 20–50 мг/кг за 2–3 введения у детей раннего возраста.

МЕНИНГОКОККЦЕМИЯ

Менингококкцемия у детей характеризуется наличием продромального лихорадочного состояния, прогрессирующего нарушения общего состояния вплоть до потери сознания, кожным геморрагическим синдромом вплоть до некротических изменений в виде петехий, экхимозов, появлением специфических крупных звездчатых, с коричневым оттенком элементов на передней поверхности грудной клетки, спине, бедрах, артериальной гипотензией, судорожным синдромом, симптомами раздражения менингеальных оболочек при развитии менингококкового менингита, гипертермией.

При менингококкцемии предлагается ограничить использование кортикостероидов. Однако симптомы, указывающие на опасность развития инфекционно-токсического шока, видимо, требуют их применения



с заместительной целью при оказании неотложной помощи. Используют гидрокортизон 10 мг/кг, с введением преднизолона 2 мг/кг через 15–20 минут. Проводятся оксигенотерапия через маску или ИВЛ и купирование основных патологических синдромов (гипертермии, судорог, гемодинамических нарушений).

Применение антибиотиков при менингококковой инфекции начинают как можно раньше и в максимальных возможных дозах. Однако следует иметь в виду, что введение, например, пенициллина на догоспитальном этапе, оказывающего бактерицидный эффект, может спровоцировать рост эндотоксемии за счет распада менингококков в крови и развитие инфекционно-токсического шока. В связи с этим предлагается применение бактериостатических по отношению к менингококку антибиотиков, например хлорамфеникола в дозе 20 мг/кг (80–100 мг/кг/с). При развернутой клинике инфекционно-токсического шока и невозможности проведения противошоковых мероприятий антибиотики на догоспитальном этапе рекомендуется не применять.

В условиях стационара назначают гепарин в дозе 150 ЕД/кг массы тела в сутки и выше. Обязательным является применение свежзамороженной плазмы в дозе 5–10 мл/кг и инфузионной дезинтоксикационной терапии не менее 50 мл/кг в сутки. При анурии — гемодиализ и перитонеальный диализ.

Поскольку идет развитие ДВС-синдрома кровотечения у детей с менингококксемией купируют с помощью инфузии тромбоконцентрата 1 доза/10 кг массы тела и проведения заместительной терапии свежзамороженной плазмой. Установлено, что скорость падения и уровень тромбоцитопении при менингококксемии коррелирует с показателями летальности и успешности терапии.

ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая надпочечниковая недостаточность (ОНН) наиболее часто связана с анатомо-физиологической незрелостью этого органа у детей первого года жизни, врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН), декомпенсацией различных форм надпочечниковой недостаточности и двусторонним кровоизлиянием в надпочечники (в том числе при синдроме Уотерхауса–Фридериксена при менингококксемии).

У детей первого года жизни острая надпочечниковая недостаточность может развиваться при воздействии

даже незначительных экзогенных факторов. В периоде новорожденности чаще всего ОНН является следствием родовой травмы надпочечников, как правило, при родах в тазовом предлежании. Кровоизлияние в надпочечники может произойти и при геморрагической болезни новорожденных, присоединении инфекционного заболевания.

Начальные симптомы ОНН — адинамия, мышечная гипотония, угнетение рефлексов, бледность, анорексия, снижение артериального давления, тахикардия, гипогликемический синдром, нелокализованные боли в животе разной интенсивности вплоть до клинической картины острого живота, олигурия. Без лечения быстро прогрессируют гемодинамические нарушения. Появляется рвота, частый жидкий стул, анурия, кома. Клиническая картина разворачивается достаточно внезапно, иногда без каких-либо продромальных явлений.

Минимальное диагностическое обследование при ОНН включает определение электролитов сыворотки (гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия), гормонального профиля, ЭКГ и УЗИ надпочечников.

При выраженных клинических признаках экзикоза в первую очередь необходимо проведение инфузионной терапии. Используют 0,9% раствор хлорида натрия и 5–10% раствор глюкозы в отношении 1:1, белковые препараты (плазма, 10% альбумин) 7–10 мл/кг. В случае тяжелого ацидоза ($pH < 7,2$) — гидрокарбонат натрия. Противопоказано назначение при ОНН любых инфузионных сред, содержащих калий. При использовании преднизолона (2,5–7 мг/кг в сутки) назначают энтеральный минералокортикоид 9-фторкортизон в возрастных дозах сразу после прекращения рвоты. Если вводится гидрокортизон (10–15 мг/кг), то 9-фторкортизон назначают, как правило, после достижения поддерживающей дозы гидрокортизона.

МЕНИНГИТЫ И ЭНЦЕФАЛИТЫ

Наиболее частым возбудителем вирусного менингита у детей являются энтеровирусы (до 75% случаев). Следует помнить, что диагноз энцефалита ставится не только при инфекционном, но и при инфекционно-аллергическом и аллергическом поражении головного мозга. При бактериальном поражении мозга идет развитие гнойного менингита, менингоэнцефалита, субдуральной эмпиемы, септического тромбоза мозговых вен и синусов твердой мозговой оболочки, эпидурального абсцесса и абсцесса мозга.



Ведущими симптомами при энцефалите и менингите у детей являются угнетение сознания вплоть до его потери, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость и судорожные припадки, лихорадка, менингеальные симптомы. Тяжелый энцефалит может сопровождаться обширными инфильтратами, диффузным отеком головного мозга с венозным застоем, что обуславливает повышение внутричерепного давления и может приводить к вклинению мозга. Менингеальные симптомы должны проверяться у всех детей с повышением температуры тела. Однако в грудном возрасте классические менингеальные симптомы практически не выявляются, а клиническая картина ограничивается гиперчувствительностью кожных покровов или выбуханием большого родничка. Окончательная оценка менингеального синдрома в затруднительных случаях возможна только после люмбальной пункции и исследовании ликвора.

Гнойный менингит может быть осложнением таких состояний у детей, как фурункул в области лица, гнойный отит, тромбоз кавернозного и верхнего продольного синусов, сепсис, гнойный синусит (эмпиема околоносовых пазух, фронтит), пневмония, остеомиелит, ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты. Наиболее часто вторичные бактериальные менингиты у детей вызываются пневмококками.

При острых воспалительных бактериальных поражениях мозга и менингеальных оболочек у детей развитие комы, появление признаков гиповентиляции требуют после оксигенации 100% O₂ экстренной интубации трахеи. При клинических данных о повышении внутричерепного давления проводится ИВЛ 50% O₂ в режиме гипервентиляции. Необходимо купирование основных патологических синдромов (судорог, гипертермии, гемодинамических нарушений). Во время проведения инфузионной терапии целесообразно введение ингибиторов протеолитических ферментов — контрикала, гордокса, трасилола. Для дегидратации применяют лазикс 0,5–1 мг/кг. При явлениях отека мозга вводят дексаметазон из расчета 0,15–0,25–0,5 мг/кг каждые 6–8 часов в/в.

До определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам при гнойных менингитах целесообразно применение бензилпенициллинов. При гнойных менингитах и абсцессе головного мозга считается целесообразным введение цефалоспоринов I поколения (цефалотин, цефазолин), в связи с плохим проникновением через гематоэнцефалический барьер. Показано применение II–III поколения цефалоспоринов, а при

анаэробной инфекции — метронидазола 15 мг/кг и далее по 7,5 мг/кг каждые 6 часов.

Дегидратационная терапия при вирусных энцефалитах, в отличие от гнойного менингита или менингоэнцефалита, менее актуальна, поскольку развитие комы не коррелирует с повышением внутричерепного давления. Однако при герпетическом энцефалите и серозных менингитах ее проведение должно быть активным. Считается, что **применение кортикостероидов должно быть ограниченным**, поскольку их эффективность не подтверждена, а в случае герпетического энцефалита они могут способствовать диссеминации вируса простого герпеса. Возможно назначение такого препарата, как виферон (рекомбинантный α-, 2β-интерферон), применяемого в суппозиториях.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ТОКСИКОЗ

Инфекционный токсикоз — неспецифическая, генерализованная реакция детского организма на инфекционное воздействие, характеризуется повреждением ЦНС и вегетативной нервной системы, микроциркуляторного русла, глубокими нарушениями метаболизма и водно-электролитного баланса. Наиболее часто инфекционный токсикоз развивается на фоне кишечных инфекций, при респираторных вирусных заболеваниях и тяжелых бактериальных процессах, таких как сепсис, пневмония, пиелонефрит.

Принято выделять периоды развития инфекционного токсикоза: начальный (продромальный), генерализованный, локализованный. Клинические проявления в начальный или продромальный период инфекционного токсикоза зависят от входных ворот инфекции (ОРВИ, кишечная инфекция) и сопровождаются изменением поведения ребенка (беспокойство, нарушение сна, рвота, вялость). Этот период продолжается от нескольких часов до нескольких суток. Затем, в типичных случаях, состояние ребенка резко ухудшается, что отражает развитие генерализованного периода.

Лечение генерализованного инфекционного токсикоза включает трансфузионную терапию — глюкозо-солевые растворы, реополиглюкин, введение спазмолитиков — папаверина, но-шпы, ганглиоблокаторов или допамина; жаропонижающих — парацетамола, анальгина и антигистаминных препаратов. При развитии недостаточности надпочечников назначают гидрокортизон 10 мг/кг или преднизолон 1–2 мг/кг. Обязатель-



но купирование судорожного синдрома. Проводится оксигенотерапия 50% O_2 . При развитии комы — интубация трахеи и перевод пациента на ИВЛ. При нейротоксикозе — регидратационно-дегидратационная, дезинтоксикационная инфузионная терапия с введением лазикса. Для профилактики развития ДВС в/в применяют гепарин 50–100 ЕД/кг.

Кишечный токсикоз с эксикозом возникает чаще на фоне рвоты и диареи при острой кишечной инфекции. При ОРВИ и пневмонии развитие токсикоза с эксикозом происходит реже и обусловлено повышенной перспирацией вследствие одышки и лихорадки. В зависимости от преобладания потери воды или солей выделяют воддефицитный, соледефицитный и изотонический виды эксикоза.

Потеря массы тела на 5–7% с дефицитом как воды, так и солей, что характеризуется умеренным вне- и внутриклеточным обезвоживанием, клинически проявляется изотоническим его вариантом. При этом гемодинамические нарушения компенсированы за счет притока жидкости в кровяное русло из тканей. При внутриклеточном обезвоживании, которое в клинике соответствует воддефицитному варианту у детей с преимущественной потерей воды при патологии ЖКТ, снижение массы тела обычно более выражено (на 10–15%). Снижению массы тела на 15% и более (у детей первых трех месяцев жизни — на 25%) в большей степени соответствует внеклеточное обезвоживание, за счет преимущественной первичной потери солей из внеклеточного пространства. Присоединение дефицита солей существенно ухудшает клиническое состояние детей. Клинически такое состояние определяется как соледефицитный вариант, характеризующийся как нарушениями периферической микроциркуляции, так и гемодинамической недостаточностью.

При эксикозе I–II степени показано проведение пероральной регидратации глюкозо-солевыми растворами (глюкосолан, регидрон, оралит).

К мероприятиям неотложной помощи при инфекционном токсикозе с эксикозом относятся промывание желудка через назо- или орогастральный зонд, энтеросорбция с помощью смекты (1–2 пакетика), фильтрума (по 1–2 таблетке 3 раза в день у детей старших возрастов), полифепана, «Энтеросгеля» по 20–80 г, энтеродеза или активированного угля 0,1 г/кг, очистительная клизма. Детям назначается водно-чайная диета на 6–12 часов, далее низколактозная диета («Нутрилон», «Малютка»), детские соевые смеси. Обязательно купирование сопутствующих патологических синдромов.

При инвазивных и секреторных диареях необходимо подключение антибактериальной терапии — пенициллинов (амоксиклав), аминогликозидов (гентамицин), цефалоспоринов I–II поколения (цефазолин, цефуроксим); пробиотиков (бифидумбактерин по 6–10 доз 2–3 раза в день, пробифор по 1–2 дозы 2–6 раз в день, энтерол, линекс) и оральных иммуноглобулинов (КИП).

Мероприятия неотложной помощи при инфекционном токсикозе с эксикозом II степени тяжести у детей дополняют парентеральным введением жидкости при наличии неукротимой рвоты, пареза кишечника и выраженной диареи. Состав вводимых растворов связан с вариантом обезвоживания. Возможно применение реополиглюкина. Необходимо в/в введение гидрокортизона 10 мг/кг с заместительной целью. При инфекционном токсикозе с эксикозом III степени тяжести у детей проводится инфузионная терапия. Общий объем вводимой жидкости при потере массы тела на 15% может составлять 180–220 мл/кг в сутки.

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гипертермия развивается у детей с инфекциями, при перегревании, при эндокринных расстройствах, с аллергическими реакциями, после проведения в/в инфузий солевых растворов и препаратов крови (посттрансфузионные состояния). Кроме того, к гипертермии приводят тяжелые метаболические и неврогенные расстройства. На практике в зависимости от характера реакции детского организма на повышение температуры тела используются такие определения, как «розовая» и «бледная» (белая) лихорадка.

«Розовая» лихорадка характеризуется яркой гиперемией кожи, горячими на ощупь конечностями, тахикардией, тахипноэ при относительно стабильном общем состоянии ребенка. Отмечается хороший ответ на прием жаропонижающих препаратов.

Для «бледной» лихорадки характерны бледность и мраморность кожи, цианоз слизистых, положительный симптом «белого пятна», неадекватные температуре реакции со стороны дыхания и пульса. Имеется разница между ректальной и аксиллярной температурой более чем на 1°C. Изменение состояния ЦНС — возбуждение или вялость, бред, галлюцинации, судороги. Эффект от жаропонижающих средств недостаточен. «Бледная» лихорадка указывает на развитие генерализованного инфекционного токсикоза.



При «розовой» лихорадке ребенка надо раздеть. Обеспечивается обильное питье на 1 л больше возрастной нормы в сутки. Применяется парацетамол внутрь 10–15 мг/кг или нурофен (ибупрофен) внутрь 10 мг/кг. Используют физические методы охлаждения: обдувание вентилятором, холод на область печени, магистральных сосудов или голову, обтирание тела губкой, смоченной прохладной 20 °С соленой водой со столовым уксусом (7–9%) и спиртом (в соотношении 1:1:1), клизмы с кипяченой водой 28 °С.

При «бледной» лихорадке у детей прикладывают грелки к конечностям в связи с нарушениями периферической циркуляции, вводится но-шпа 0,1–0,2 мл/год жизни. Для снижения температуры тела применяется метамизол натрия (анальгин) 50% раствор 10 мг/кг с 1% раствором димедрола 0,1 мл/год в/м или в/в струйно, гидрокортизон 10 мг/кг.

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Под сердечной недостаточностью (СН) понимается патологическое состояние, при котором сердце не способно обеспечить органы и ткани организма необходимым количеством артериальной крови, несмотря на нормальный или увеличенный венозный возврат. Основными причинами, приводящими к недостаточности сердца, являются либо его повреждение, либо перегрузка. По клиническим проявлениям сердечная недостаточность может быть левожелудочковой, правожелудочковой и тотальной. В большинстве случаев тотальная сердечная недостаточность (ТСН) наблюдается у детей раннего возраста.

У детей грудного возраста проявляется затруднением при кормлении, раздражительностью, беспокойством, плохим сном. Иногда первыми ее симптомами бывают рвота, боли в животе, вздутие живота. Чаше отмечаются одутловатость лица, отечность век, периорбитальные отеки, набухание большого родничка, могут быть небольшие отеки в области мошонки и крестца. Расширение границ сердца определяется не всегда.

Для купирования острой левожелудочковой недостаточности больному придают возвышенное положение, обеспечивают проходимость дыхательных путей и проводят ингаляцию кислорода, пропущенного через 30–70% этиловый спирт или 10% раствор антифомси-

лана в течение 15–20 минут с чередованием ингаляции водно-кислородной смеси по 10–15 минут. Вводят преднизолон 2 мг/кг, 1–2% раствор промедола у детей старше 6 месяцев из расчета 0,1 мл/год жизни или 0,1–0,2 мг/кг. Назначается лазикс 1–2 мг/кг в/в струйно.

Одышечно-цианотический приступ

Одышечно-цианотический приступ — это приступ гипоксии у ребенка с пороком сердца «синего» типа, чаще при тетраде Фалло, связанный со спазмом инfundибулярного отдела правого желудочка сердца. Провоцирующими факторами являются ин-теркуррентные заболевания, перинатальная энцефалопатия, анемия, психоэмоциональное напряжение, повышенная физическая активность, хирургические манипуляции.

Неотложная помощь при одышечно-цианотических приступах при «синих» пороках сердца у детей заключается в применении кофеина в дозе 0,02 мл/кг п/к или в/м, 4% раствора гидрокарбоната натрия 2 мл/кг. Для уменьшения спазма выходного отдела правого желудочка и право-левого шунта крови также применяют β_2 -адреноблокаторы — 0,1% раствор обзидана в дозе 0,1 мг/кг в 10,0 мл 20% раствора глюкозы в/в медленно со скоростью не более 1 мл/мин или 0,005 мг/минуту, а у детей старше 6 месяцев — 1% раствор промедола 0,1 мл/год в/м. Необходима оксигенотерапия 50% O_2 . Применение сердечных гликозидов и мочегонных у таких детей усугубляет состояние в связи со сгущением крови и усилением ее сброса справа-налево.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

Предсердная тахикардия

Для суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии (СПТ) характерно неожиданное начало и внезапное окончание приступа, продолжающегося от нескольких минут до нескольких часов, с частотой сердцебиений свыше 200 ударов в минуту.

На ЭКГ при суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии желудочковый комплекс не изменен или незначительно деформирован, зубец P предшествует каждому желудочковому комплексу. Диагноз не всегда однозначен, поскольку сочетание суправентрикулярной тахикардии с органическими или функциональными блокадами ножек пучка Гиса может имитировать желудочковую тахикардию.



ШОКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

При суправентрикулярной форме пароксизмальной тахикардии неотложные мероприятия для купирования приступа включают рефлекторные воздействия, основанные на механическом раздражении блуждающего нерва. В частности, это давление на глазные яблоки у пациента, попеременный массаж области каротидного синуса справа и слева, проба Вальсавы.

Вопрос об обязательности купирования тахиаритмий антиаритмическими препаратами на догоспитальном этапе окончательно не решен. Основным является оценка не столько величины ЧСС, сколько наличия гемодинамических нарушений. Существенным для принятия решения может быть наличие артериальной гипотензии, загрудинных болей, левожелудочковой недостаточности и/или недостаточности мозгового кровообращения.

При суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии у детей в случае принятия решения о применении антиаритмических препаратов в/в вводят аденозин из расчета 0,05 мг/кг или верапамил (изоптин) 0,1 мг/кг. При возбуждении пациента возможно применение 0,5% раствора диазепама (седуксена) из расчета 0,3 мг/кг. Госпитализация при первом приступе или отсутствии эффекта от лечебных мероприятий.

Желудочковая тахикардия

Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТК) гораздо менее благоприятна в прогностическом плане, чем предсердные тахикардии, поскольку возникает у больных с органической патологией сердца (пороки, миокардиты, кардиомиопатии, интоксикации).

Для ПЖТК, в сравнении с суправентрикулярной тахикардией, характерно более медленное развитие приступа. При желудочковой форме пароксизмальной тахикардии определяется неправильный ритм, отсутствие зубца Р, измененный и уширенный желудочковый комплекс, атриовентрикулярная диссоциация (отсутствие закономерной связи зубца Р и комплекса QRS на пищеводной ЭКГ).

У детей при купировании желудочковой тахикардии рекомендуется применять лидокаин в виде 1% раствора из расчета 1–1,5 мг/кг в/в струйно медленно в 20 мл 5% раствора глюкозы. При необходимости его введение повторяется в половинной дозе, не превышая суммарную дозу в 3 мг/кг. Далее обеспечивается микроструйное введение из расчета 30–50 мкг/кг в час. Проводится оксигенотерапия 50% O₂, при нарушениях дыхания — вспомогательная ИВЛ.

Шок — это фазово развивающийся патологический процесс, возникающий вследствие расстройств нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы, обусловленных экстремальными воздействиями (боль, токсины, обезвоживание), и характеризующийся резким уменьшением кровоснабжения тканей, гипоксией и угнетением функций органов.

Шок является клиническим диагнозом.

Этиопатогенетическая классификация шока рассматривает следующие варианты:

- травматический (включая шок при ожоговой травме, электротравме и др.);
- гиповолемический, включая ангимический и геморрагический;
- инфекционно-токсический (септический, токсический);
- анафилактический.

В клинической картине шока, если не учитывать особенности тех заболеваний, при которых он развился, симптомы однотипны. Это угнетение нервной деятельности, циркуляторные расстройства, снижение диуреза, шоковое повреждение легких, почек, печени. Закономерно появление признаков ДВС-синдрома, которые усугубляются наличием повреждения печени и соответствующего снижения синтеза факторов свертывания крови.

В диагностике шока любой этиологии на первый план выступают приемы, позволяющие оценить состояние сердечно-сосудистой системы. Полезно пользоваться индексом Алговера (ЧСС/АД). В норме у детей старшего возраста и взрослых он равен 0,5–0,6, при шоке превышает 1,0. У детей грудного и раннего возраста его параметры несколько иные. Норма составляет 0,8–1,2, при шоке его значения обычно 1,8–2,5 и выше.

В лечении острой стадии шока имеется ряд обязательных общих мероприятий, без которых рассчитывать на успешный исход болезни не приходится. Всем больным с шоком необходимо проводить нейровегетативную блокаду для уменьшения влияния патологической афферентной импульсации, включая воздействие боли; восстановление и поддержание ОЦК (прежде всего объема циркулирующей плазмы — ОЦП), нормализацию водно-электролитного и кислотно-основного баланса; улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции; поддержание жизненно важных функций (работы сердца и легких), профилактику и лечение полиорганной недостаточности, дезинтоксикацию; мониторинг основных клинических и лабораторных показателей.



Вместе с тем в лечении шока имеется ряд последовательных задач, которые существенно различаются по времени их решения. Наиболее быстро нужно обеспечить адекватную вентиляцию, кислородотерапию, венозный доступ, ввести катетер в мочевой пузырь для измерения диуреза, а нередко и в желудок для его разгрузки: **правило трех катетеров (в нос, вену и мочевой пузырь)**. В течение 2–3 часов нужно добиться повышения систолического АД до уровня, превышающего пороговое значение для почечной фильтрации (70 мм рт. ст.).

Инфузионная терапия шоковых состояний основывается на достаточной скорости введения плазмозамещающих растворов. При компенсированном шоке противошоковые растворы вводят с скоростью 10 мл/кг в час, в стадии субкомпенсации — 15–20 мл/кг в час, а при декомпенсации 20–40 мл/кг струйно до стабилизации состояния. Показано введение глюкокортикоидов уже в стадии субкомпенсации. При инфекционно-токсическом шоке глюкокортикоиды назначаются в дозах от 10 до 50 мг/кг по преднизолону.

При нестабильной гемодинамике у детей с шоковыми состояниями показано применение кардиостимулирующих препаратов типа допамина (дофамина) из расчета 6–15 мкг/кг в минуту до стабилизации АД, постепенно уменьшая дозу при получении эффекта до 2–3 мкг/кг в минуту. Эту поддерживающую дозу препарата можно вводить в течение суток и больше для обеспечения диуреза. В случае стойкого снижения АД дополнительно подключается норадреналин из расчета 0,1–1,0 мкг/кг в минуту.

Через 1–2 часа эффективной терапии шока и при стабилизации АД необходимы мочегонные средства, обычно лазикс в дозе 1–2 мг/кг для предупреждения отека мозга, коррекция объемов инфузионной терапии с переходом на кристаллоидные препараты.

При лечении анафилактического шока в первую очередь необходимо раннее назначение адреналина. При коллаптоидном варианте шока со снижением систолического артериального давления ниже 60 мм рт. ст. адреналин вводится внутривенно болюсно в дозе 10 мкг/кг. Кортикостероидные препараты рекомендуется применять в любых затянувшихся случаях анафилактического шока. В остром периоде 1–2 мг/кг преднизолона или гидрокортизона вводят внутривенно, повторяя каждые 4 часа до купирования острой реакции. В дальнейшем для предупреждения аллергических осложнений рекомендуется применять кортикостероидные препараты внутрь на протяжении 4–6 суток.

При хорошем ответе на терапию: антигистаминные препараты внутрь в течение двух суток для снижения риска рецидивов. Поскольку существует вероятность рецидива системной анафилаксии, больной должен быть госпитализирован и находиться под наблюдением в течение по меньшей мере одних суток. Поздние аллергические реакции (у 2–5% больных, перенесших анафилактический шок), а также аллергические осложнения с поражением жизненно важных органов и систем организма могут представлять в дальнейшем значительную опасность для жизни. Считать исход благополучным можно только спустя 5–7 суток после острой реакции.

Перегревание

Перегревание возникает при внешнем нагревании, приводящем к задержке тепла в организме на фоне максимального напряжения физиологических механизмов теплоотдачи.

Первым признаком перегревания ребенка может быть появление мышечных спазмов, в основном нижних конечностей, что отражает развитие относительного дефицита NaCl, когда при повышенной потливости ребенка поят несоленой водой. При возникновении дефицита жидкости (ирритативно-септорозная стадия перегревания, или тепловое истощение) ведущими расстройствами становятся повышенная нервная возбудимость, тремор конечностей и судороги. На начало развития теплового удара у ребенка с признаками перегревания указывает частое мочеиспускание, полиурия, усиленное потоотделение с последующим прекращением потоотделения, что может быть обусловлено термическим поражением потовых желез. Характерным признаком является горячая, сухая кожа и прекращение потоотделения. Клиническая картина теплового удара характеризуется появлением общего недомогания, головной боли, головокружения, шума в ушах, тошноты и рвоты. Нередко развивается коллапс, оглушенность или потеря сознания. На этом фоне возникают симптомы одной из трех форм теплового удара: асфиксической, паралитической или психопатической.

Солнечный удар является особой формой перегревания и обусловлен прямым влиянием инсоляции на голову ребенка.

Профилактика и неотложная терапия

Для профилактики мышечных спазмов, характерных для перегревания у детей, рекомендуется обильное питье минеральной или подсоленной воды, в связи



с развитием дефицита NaCl. Этим детям необходимо давать минеральную воду с высоким содержанием солей или повысить потребление поваренной соли до 0,5 г/кг в сутки. В ирритативно-септорозную стадию перегревания и на начальных этапах солнечного удара обеспечивают обильное питье глюкозо-солевых смесей (регидрон, оралит и т. д.) или проведение инфузионной регидратационной терапии солевыми растворами. К голове прикладывают лед в целлофановых пакетах.

При тепловом и солнечном ударе у детей тело охлаждают холодной водой, проводят растирание и обдувание кожных покровов с помощью вентилятора в целях снижения температуры тела до 38,5°C. Необходимо оксигенотерапия 50% увлажненным O₂. Для обеспечения нейроплегии, предотвращения судорог и психотических явлений возможно применение 0,25% раствора дроперидола 0,05–0,1 мг/кг в/м. Предпочтение при тепловом ударе отдается инфузии кристаллоидов. Прогрессирование расстройств дыхания и кровообращения является показанием для проведения экстренной интубации трахеи и ИВЛ.

ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ

Термические ожоги

Под термическим ожогом подразумеваются последствия воздействия высокой температуры (открытого пламени, горячего жидкого или твердого вещества) на кожу и подлежащие ткани. Следует иметь в виду, что у детей метод «9» для определения площади поражения не применяется, так как в зависимости от возраста соотношение между различными частями тела меняется. В связи с этим, при ее определении ориентируются на площадь ладони пациента, которая приблизительно соответствует 1% поверхности тела. При ожоге дыхательных путей к общей площади поражения добавляется 10–15%. Помимо определения площади и глубины ожога существенное значение в оценке тяжести состояния имеет поражение функционально важных областей кистей, стоп, лица и промежности.

До приезда врачей «скорой помощи» проводят охлаждение места ожога и окружающей поверхности кожи нейтральной жидкостью (водой) до момента исчезновения боли, но не менее 10 минут. У детей грудного возраста из-за опасности гипотермии использование данного метода обезболивания ограничено. Необходимо освобождение поврежденных участков кожи от

одежды до того как она остынет, не снимая ее, а срезая не прилипшую одежду и не вскрывая пузырей, чтобы не создавать условий их инфицирования.

Для обезболивания в/м вводят 50% раствор анальгина не менее 10 мг/кг и 2,5% раствор пипольфена или 1% раствор димедрола 0,1 мл/год, если ожоги кожи I–IIА степени тяжести имеют площадь поражения менее 9%. При большей площади поражения у детей в возрасте более 6 месяцев для обезболивания вводят наркотические анальгетики.

Наиболее целесообразным до поступления в стационар принято считать наложение на ожоговую поверхность пропитанных 0,5–1% раствором новокаина или фурацилина салфеток и асептических повязок. При ожогах половых органов и промежности целесообразно уже на догоспитальном этапе ввести катетер в мочевого пузырь. Активная инфузионная терапия ожогов на догоспитальном этапе, особенно в раннем возрасте, не практикуется. Она необходима при ожоговом шоке III–IV степени. В случае ингаляционного ожога дыхательных путей и при тяжелом ожоге лица целесообразна ранняя интубация трахеи.

Отморожение

Отморожение — это повреждение тканей, зависящее от воздействия низкой температуры, главным образом атмосферного воздуха. Причем местное повреждение может возникнуть при температуре как выше, так и ниже точки замерзания воды. Отморожения могут быть поверхностные и глубокие.

При незначительной тяжести отморожения («ципок мороза») согревают поврежденное место дыханием, на теле (в подмышечных впадинах). Какие-либо растирания отмороженных участков тела у детей недопустимы. Необходимо укутать пострадавшего ребенка в теплое одеяло. На пораженную конечность накладывается асептическая и термоизолирующая, многослойная повязка. В теплом помещении можно начать постепенное поэтапное согревание в теплой воде, начиная с температуры 32–34°C до 40°C у детей в течение 30–45 минут. Если боль, возникающая при согревании, быстро проходит, пальцы принимают обычный вид или отечны незначительно, чувствительность восстанавливается, то конечность вытирают насухо и протирают 33% раствором спирта. При II степени отморожения, если пузыри напряжены не резко, то их не вскрывают, а также обрабатывают кожу 96% раствором этилового спирта. После согревания на ноги одевают сухие, проглаженные носки, а сверху —



шерстяные, на руки — перчатки. Далее проводится амбулаторный осмотр хирурга.

Если при согревании пальцы остаются бледными, боли усиливаются, то пострадавшего необходимо экстренно госпитализировать. Вводят анальгетики. Отмороженной конечности придают возвышенное положение для уменьшения отека.

При тяжелых степенях отморожения целесообразно применить преднизолон 3–5 мг/кг. При III–IV степени отморожения после обезболивания удаляют пузыри, производят линейные насечки на кожу при нарастании отека, накладывают асептическую марлевую повязку, в/в вводят реополиглюкин 10 мл/кг/час, гепарин 100 ЕД/кг, трентал, в/м — пенициллин 100 000 ЕД/кг в сутки.

Химические ожоги

Внешние проявления повреждения тканей при воздействии химических реагентов не всегда отражают их глубину и тяжесть. Для химического ожога кожи концентрированными растворами кислот характерно образование плотного, сухого струпа, а при воздействии растворов щелочей он мягкий и влажный.

Ведущее значение в лечении химических ожогов имеет промывание пораженного участка тела водой, если к этому нет противопоказаний, например контакт с металлическим натрием или негашеной известью. Химическое вещество в виде сухого порошка перед промыванием водой необходимо удалить путем механического очищения. При попадании химического вещества на слизистые оболочки, в конъюнктивальную полость их смывают водно-солевыми растворами.

При химических ожогах кожи концентрированными растворами кислот ее целесообразно обработать 2–4% раствором гидрокарбоната натрия. Это обеспечит нейтрализацию не вступившей в реакцию с тканями кислоты. При попадании на кожу негашеной извести после механического очищения для предотвращения дальнейших химических ожогов ее можно обработать 20% раствором сахара. Обмывание водой запрещено, так как она усиливает дальнейший химический ожог кожи с расширением площади поражения.

При химическом ожоге глотки, гортани и пищевода, а также глазного яблока вводятся наркотические анальгетики. У детей старше 6 месяцев применяют 1–2% раствор промедола или омнопона 0,1–0,2 мг/кг, 5% раствор трамала 1–1,5 мг/кг в/м. Для снижения спазма гладких мышц стенки пищевода и гортани вводят 0,1% раствор атропина 10–15 мкг/кг или 2% раствор папаверина 0,1 мл/год в/м. Проводится промывание ротовой полости,

пищевода и желудка водой 18°C, прием через рот растительного масла по 2–3 столовые ложки, кусочков льда.

РАНЕНИЯ И УШИБЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Показаниями для госпитализации ребенка являются ушибы, сопровождающиеся размозжением тканей, быстро нарастающая гематома, расстройства кровообращения в участках, расположенных дистальнее места травмы, раны, проникающие в подкожно-жировую клетчатку и мышцы.

Минимальный объем неотложной помощи при ранах у детей на догоспитальном этапе состоит из остановки кровотечения, обезболивания с помощью метамизола натрия 50% раствор 0,1 мл/год в/м или 1–2% раствора промедола (омнопона) 0,1 мл/год в/м у детей старше 6 месяцев, наложения асептической повязки, после обработки краев раны спиртовым раствором бриллиантовой зелени или йода, транспортной иммобилизации с приданием определенного положения тела, обусловленного характером повреждения. Инородные тела в колотых ранах, затрудняющие транспортировку пациента, следует по возможности укоротить, но не удалять.

На догоспитальном этапе укушенные раны необходимо промыть 3% раствором перекиси водорода, направляя струю раствора перпендикулярно или тангенциально поверхности раны, обработать йодом, наложить асептическую повязку и обеспечить консультацию хирурга. Обширные раны от укусов животных с кровотечением на догоспитальном этапе тампонируют стерильными салфетками с наложением повязки. При ранах глазного яблока у детей на догоспитальном этапе необходимо удаление травмирующих конъюнктиву визуально определяемых нефиксированных инородных тел, закапывание 3–5 капель 10–30% раствора сульфацил натрия в латеральный угол поврежденного глаза. Рыхлая асептическая повязка накладывается на оба глаза.

ВЫВИХИ И ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Клиническими симптомами вывиха являются боль в области сустава, деформация сустава, фиксированное, пружинящее положение конечности, нарушение



физиологической оси конечности, обнаружение при пальпации пустой суставной впадины, невозможность движения в суставе. Клиническими проявлениями растяжения и разрыва суставных сумок, наблюдаемыми при вывихах, являются резко ограниченная функция травмированной конечности, местный отек мягких тканей, а при разрыве — непрекращающаяся боль.

Абсолютными признаками перелома кости являются деформация конечности и «ненормальная» подвижность в месте предполагаемого перелома, а также крепитация. Минимальный объем неотложной помощи при переломах и вывихах у детей на догоспитальном этапе состоит из обезболивания, транспортной иммобилизации и экстренной госпитализации. Для седации и обезболивания при переломах костей таза используют препараты с быстрым периодом полувыведения, такие как мидазолам 0,1–0,2 мг/кг и кеталар 1–2 мг/кг в/в или 2–6 мг/кг в/м. Сразу после госпитализации рекомендуют проведение местной новокаиновой блокады. Транспортировку осуществляют в горизонтальном положении на щите в позе «лягушки» с валиком в подколенных ямках.

УКУСЫ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ И НАСЕКОМЫХ

Укусы ядовитых змей

Наиболее ядовитыми для человека являются представители 4 семейств: аспиды (кобра), гадюковые (гадюки, эфа, гюрза и гремухия), ямкоголовые (щитомордник) и морские змеи (пелагида). Патогенез отравления змеиным ядом связан с действием трех основных групп токсинов: нейротоксического (аспиды, морские змеи и некоторые гремухники), с преобладанием токсических протеаз геморрагического, некротического и гемокоагулирующего действия (гадюки и гремухия змеи) смешанного состава (в том числе включающих ферменты, блокирующие тканевое дыхание и антикоагулянты). Соответственно, клиническая картина при укусе того или иного вида змей может протекать с депрессией и остановкой дыхательного центра, нарушениями внутрисердечной проводимости и сократимости миокарда, с развитием кардиогенного шока и различными геморрагическими явлениями. Наиболее тяжело протекают отравления при укусе в голову и шею или при попадании яда непосредственно в сосуд.

При укусе змеи у ребенка необходимо наложить на 3–4 часа на конечность «венозный» жгут, т. е. с со-

хранением пульса на периферической артерии. При оказании первой медицинской помощи населением это мероприятие проводить не рекомендуется.

При тяжелом состоянии детей по жизненным показаниям антитоксическая сыворотка применяется в/в от 10–20 мл (500–1000 ЕД) до 70–80 мл после введения димедрола или супрастина 1 мг/кг и преднизолона (дексаметазона) 5 мг/кг. При повторных введениях в/м антитоксические сыворотки при укусе змеей у детей вводят по методу Безредка, также после применения антигистаминных препаратов и преднизолона. При нетяжелом течении отравления антитоксическую змеиную сыворотку вводить нежелательно, из-за высоковероятных тяжелых аллергических реакций, вплоть до анафилактического шока.

При укусе гадюки у детей необходимо вытереть выступающий яд, провести отсасывание яда из ранки в первые 7–10 минут после укуса лицом, у которого нет свежих ранений слизистой ротовой полости, наложить асептическую повязку, провести иммобилизацию конечности и приложить холод к месту укуса. По состоянию можно ввести анальгин с димедролом, трамал. Показана новокаиновая блокада места укуса.

Укусы перепончатокрылых насекомых

При укусе пчелы и других перепончатокрылых насекомых (шмеля, осы, шершня и муравьев) местная реакция может быть очень выраженной и проявляться поражением соседних суставов, а в случае укуса возле глаза — сопровождаться развитием атрофии радужной оболочки, абсцесса хрусталика, передней капсулярной катаракты, перфорации глазного яблока, глаукомы, нарушения рефракции. Укус в полости рта и гортани может привести к обструкции верхних дыхательных путей. Кроме того, следует ожидать проявлений системной анафилаксии. Описываются необычные реакции на укус перепончатокрылых насекомых, проявляющиеся поражением того или иного органа, энцефалопатией, васкулитом, невритами.

В случае множественных укусов (от 10 и более) симптомы токсического поражения подобны системной анафилактической реакции, однако без явлений бронхоспазма и появления уртикарных элементов на коже. К ведущим проявлениям токсической реакции на укус перепончатокрылых насекомых относятся желудочно-кишечные расстройства.

При укусе перепончатокрылых насекомых (осы, пчелы, шершни) необходимо как можно раньше удалить жало и обработать ранку нашатырным спиртом или



водой с мылом. Местно — холодные компрессы, лед. При локализации укуса в область конечности и развитии значительного отека ей придается возвышенное положение и проводится иммобилизация. Показано применение антигистаминных препаратов. Купирование явлений системной анафилаксии проводят по общим принципам (адреналин, преднизолон, антигистаминные препараты, инфузионная терапия при явлениях шока). При необходимости ребенку можно дать обезболивающие препараты. При множественных укусах перепончатокрылых показано применение антибиотиков в возрастной дозе в течение 5–7 дней. В случае появления поздних симптомов рекомендуется применение преднизолона в дозе 5 мг у детей вечером в течение 3 дней и антигистаминных препаратов внутрь.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

Острое отравление — это заболевание, возникающее в результате поступления химического вещества в организм ребенка в концентрации, которая вызывает патофизиологические изменения функционального или органического характера, определяющие потребность в детоксикационной и корригирующей терапии. При отравлении выделяют латентный (скрытый) период, токсигенный или резорбтивный, соматогенный, или период поздних осложнений, и восстановительный.

Неотложная помощь при остром отравлении у детей заключается в удалении невсосавшегося яда путем промывания желудка при его приеме внутрь, смывания с кожной поверхности и слизистых, введении энтеросорбентов, иногда солевых слабительных, применении антидотов и функциональных антагонистов, использовании аппаратных методов удаления всосавшегося яда и метода форсированного диуреза. Необходимо купирование сопутствующих патологических синдромов (судорог, гипо-, гипертермии, боли и т.п.).

Рвота не должна вызываться при отравлении прижигающими ядами и при приеме внутрь веществ, вызывающих ингаляционные поражения, — бензина, керосина, скипидара. При приеме пенообразующих средств — стирального порошка, — ребенку предва-

рительно необходимо дать подавляющий пенообразование препарат, такой как эспумизан.

Вызывание рефлекторной рвоты разрешается на догоспитальном этапе только при отравлении таблетками, грибами, ягодами. При отравлении кислотами и щелочами промывание желудка показано непосредственно после принятия яда, поскольку имеется опасность пробождения его стенок при экспозиции более двух часов.

Перед промыванием желудка для профилактики нежелательных вагусных эффектов у детей с выраженными нарушениями состояния применяют атропин в дозе 0,01 мг/кг. При отравлении антихолинергическими средствами, такими как беллоид, антигистаминные препараты, антипаркинсонические средства и агонистами α_2 -адренорецепторов, алкалоидами спорыньи, кокаином, амфетаминами он не используется.

При промывании желудка зонд вводится на длину, соответствующую расстоянию от кончика носа до основания мечевидного отростка. У детей раннего возраста промывание желудка лучше проводить теплым изотоническим раствором натрия хлорида. Для догоспитального этапа рекомендовано проведение 1 цикла промывания желудка из расчета 15–20 мл/кг трехкратно. Очистительные клизмы при острых отравлениях имеют вспомогательное значение.

Следует иметь в виду, что энтеросорбция с помощью полифелана, смекты, активированного угля неэффективна при отравлении спиртами, гликолями, препаратами железа, лития, кислотами и щелочами. При отравлении прижигающими ядами, диарее, динамической кишечной непроходимости, артериальной гипертензии и острой сердечной недостаточности солевые слабительные не применяют. В качестве слабительного можно использовать сорбитол 1 г/кг и вазелиновое масло.

Состояние детей может существенно улучшиться при введении антидотов и функциональных антагонистов. По механизму действия выделяют четыре группы противоядий: 1) химические токсикотропные, к которым относят сорбенты, хелатообразователи (трилон Б, десферал, пеницилламин); 2) биохимические токсикокинетические — этиловый спирт, метиленовый синий, цитохром, токоферол; 3) симптоматические — налоксон, β -адреноблокаторы, атропин, физостигмин; 4) антитоксические иммунопрепараты — противокураровая и противозмеиные сыворотки.



ПРИНЦИПЫ БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ И ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

Работа любого врача направлена на благополучие пациента, работа педиатра, помимо этого, и на достижение необходимого контакта с родителями ребенка. Все советы и рекомендации педиатра по вскармливанию, уходу, воспитанию, закаливанию, лечению, профилактике, изменению образа жизни ребенка и т.д. реализуются только через родителей или других ответственных за ребенка лиц. С определенного возраста, с некоторой коррекцией на физическое, психическое и эмоциональное состояние, сам ребенок постепенно начинает принимать на себя ответственность за свои поступки. Но и эта трансформация происходит не без участия родителей. Поэтому если врачу удастся установить контакт с родителями, то его рекомендации будут реализовываться 24 часа в сутки и 7 дней в неделю, а не ограничатся временем посещения поликлиники или нахождением ребенка в стационаре. Родители – союзники педиатра, но не стоит забывать, что врач воспринимает пациентов рационально, а родители своего ребенка эмоционально. Такая разница во взглядах может стать причиной недопониманий между врачом и родителями, и подобный конфликт превратит родителей в противников доктора.

Для избежания возможных указанных проблем между врачом и родителями необходимо получить информированное согласие родителей. Дети старшего возраста должны быть сами предварительно проинформированы. Перед операцией или перед наркозным вмешательством, а также перед любым длительным лечением при хронических заболеваниях, в случаях назначения гормональных, цитостатических и подобного рода препаратов необходимо аргументированно разъяснить родителям необходимость любого врачебного вмешательства и получить на него письменное согласие родителей. Согласие должно быть подписано и отцом, и матерью ребенка. Исключения составляют неотложные случаи, когда можно ограничиться одной подписью. Согласие не должно быть краткой распиской. Оно должно отражать беседу, в которой необходимо затрагивать все

возможные осложнения и степень риска. Следует повторить ключевые фразы и слова в завершении беседы и внести их в протокол информированного согласия. Если таких записей не существует, то в случае жалоб родителей врач остается беззащитным.

Все вопросы родителей или ребенка должны восприниматься очень серьезно, с должным вниманием и ответственностью. Если в данный момент врач не знает ответа на вопрос или у него нет времени или врач считает вопрос не заслуживающим внимания, необходимо предложить ответить на них позже, но ни в коем случае нельзя давать скороспелые, небрежные ответы. Нельзя демонстрировать некомпетентность, непрофессионализм или необразованность собеседника. Из вопросов родителей и ребенка становится понятно, как они воспринимают болезнь.

Врачебная деятельность предполагает ответственность за конкретные лечебно-диагностические вмешательства (при обобщенном диагнозе), вероятность исходов которых, по самой оптимистической статистике, никогда не является однозначно положительной, нередко непредсказуема и непредвиденна, а иногда и непоправима. Поэтому для врача важна заинтересованная информированность пациента. Родители ребенка должны знать о его состоянии: никто другой не заинтересован в сохранении здоровья ребенка или его выздоровлении больше, чем родители ребенка или сам больной. Они имеют полное право получить всю информацию о плане наблюдения, диспансерных обследованиях, риске лечебных и диагностических вмешательств. Желательна демонстрация рентгенограмм, результатов анализов с их интерпретацией лечащим врачом, безусловно, адекватной психосоматическому статусу, культурному и образовательному цензу родителей и самого пациента. В итоге это вытекает из основных прав личности, закрепленных в международных документах, признанных и Россией.

Информирование родителей ребенка в конечном счете выгодно врачу более, чем самому пациенту: роди-

тели (или пациент) в любом случае получают информацию и ее интерпретацию. Но окольным путем полученная «информация» может расходиться с реальной, что существенно затруднит Ваше общение с подопечными, повредит доверительности и откровенности.

По желанию пациента при обследованиях, собеседованиях с врачом могут присутствовать родственники. При обследовании ребенка прежде всего установите контакт с его родителями. Только тогда ребенок, видя положительное отношение своих родителей к Вам, будет доверять Вам.

Врач должен помнить, что биологическое понятие болезни происходит от слова «боль» и является выражением нарушенного состояния, наличием слабости и неспособности к деятельности. Объективные признаки болезни могут не совпадать с субъективным состоянием больного. Врачу приходится лечить не болезнь, а конкретного больного. В этом состоит одна из сложных специфик, определяющих профессию врача. Поставив диагноз, т.е. определив сущность болезни на основании всестороннего исследования больного, врач не должен забывать об индивидуальности пациента.

При обследовании пациента в процессе постановки диагноза всегда встает вопрос о лечении. Больной стремится лечиться, но врач должен помнить, что наряду с опасностью позднего лечения существует не меньшая опасность раннего не оправданного и даже не показанного лечения. Удовлетворенность пациента прописанными препаратами иногда обратно пропорциональна их реальной пользе. Поэтому нельзя идти на поводу у больного, не стоит стремиться назначать лечение при первом же визите, естественно, если вопрос не стоит о неотложной терапии. Назначать длительное лечение следует тогда, когда врач не сомневается в поставленном диагнозе и выбранном лечении. В силу человеческой психологии больной не поймет Ваши сомнения и трудности, поэтому врачу необходимо ссылаться на необходимость уточнения диагноза, диагностических вмешательств. Безотказно действует фраза Е.М. Тареева о том, что риск обследования должен быть несравненно ниже риска неустановленной болезни, а по аналогии – риск лечения должен быть всегда ниже риска его отсутствия.

В беседе с родителями ребенка Вы просто обязаны найти оптимистические ноты, внушить покой и уверенность, но нельзя сбиваться на эйфорический оптимизм. В крайнем случае, сославшись на необходимость уточнения диагноза, лабораторного контроля, отложите

разговор о прогнозе до Вашей к тому готовности (но не затягивайте паузу).

Врач может столкнуться с ситуациями, когда он вынужден изменить диагноз, установленный ранее другим специалистом. Какое поле для самоутверждения! Как хочется потешить себя возгласом: «Какой дурак Вам это назначил? Какая глупость, на самом деле у Вас совсем другое состояние!» Будьте осторожны. Может быть, коллега действительно был недостаточно подготовлен, а может, изменилась картина болезни или больной иначе излагает сведения, полученные им ранее от иного врача. В любом случае каждый из нас почувствует фальшь и саморекламу за такими возгласами, а это не прибавляет авторитета врачу.

Нельзя обсуждать профессиональные проблемы в присутствии пациента, в общественном месте, особенно употребляя вульгарные выражения типа «астматики», «язвенники». Жаргон пугает окружающих, отвращает их от Вас, выставляет Вас как циника, делает Вас хуже, жаргон свидетельствует о неупорядоченности мышления.

Проводя беседу с больным, не надейтесь, что больной поймет Вас с первого же раза. 12% больных, выйдя из кабинета врача, тут же совершенно иначе излагают то, что было им сказано. Еще не менее 20% полностью меняют интерпретацию советов через две недели.

В этой же части беседы можно уточнить характер работы, семейные конфликтные ситуации. Не следует надеяться, что родители изложат эти конфликты хотя бы только потому, что не все их осознают. Люди, как правило, не склонны излагать психологические конфликтные проблемы, считая, что все может быть решено лечением соматических расстройств. Но с профессиональной точки зрения очень опасно ставить печать «психогенного» заболевания: органические причины всегда могут выйти на первый план. Да и органические заболевания могут манифестировать с психических, неврологических и эмоциональных расстройств. Здесь необходимы знания хотя бы основ психологии. Для того чтобы лечение было успешным, врач должен ответить на вопросы: «Какую роль болезнь играет в структуре личности пациента? Какие потребности она обслуживает?» Это особенно важно в связи с тем, что болезнь зачастую играет функцию защиты от чрезмерных требований окружающих, от непомерных проблем на работе или в семье. Ребенок, например, предпочитает болеть (и его нельзя назвать симулянт) при конфликтах в детском саду, школе, неприятии сверстниками на улице и т.п. В таком



случае пациент будет испытывать бессознательное сопротивление, не захочет «отдать» болезнь из страха остаться незащищенным до тех пор, пока либо не будут выработаны другие способы защиты, либо не исчезнет источник опасности. На помощь педиатру может прийти психолог или семейный психотерапевт. А решить вопрос о необходимости такого рода помощи практикующий врач может, наблюдая за пациентом, структурой его взаимоотношений с окружающими. Источником информации о пациенте могут быть следующие важные проявления в поведении:

- то, как пациент входит в Ваш кабинет, а именно: какое сообщение он посылает Вам своим видом: «Посмотри, какой я несчастный...», «Я боюсь тебя...», «Вот теперь и ты обратишь на меня внимание...» и т.д.;
- как ребенок осваивает пространство – направляется ли прямо к стулу, осматривает или трогает предметы вокруг себя, сколько времени он себе на это отводит;
- как Ваш посетитель владеет своим телом, скован или раскрепощен, насколько свободно движутся его руки, разнообразные или однообразные движения они выполняют. Нет ли тенденции сжаться, «уменьшиться в размерах», какая походка, осанка;
- насколько естественно раздевается, как реагирует на прикосновения: «раскрывается» навстречу Вам или сжимается;
- как отвечает на вопросы о своих ощущениях в теле: задумываясь, прислушиваясь к себе или заученными «машинными» фразами, односложно или с удовольствием;
- смотрит ли Вам в глаза открыто, спокойно и долго или просто в Вашу сторону, блуждает взглядом по комнате;
- естественно ли звучит голос, что при этом происходит с его дыханием, кожными покровами, мышцами лица;
- соответствует ли эмоциональная окраска содержанию высказываний. Например, «все хорошо, у меня здесь ничего не болит» пациент может говорить плаксивым голосом, а «больно» – радостно хихикая. Это свидетельствует о конфликте между внутренним миром и тем, что Ваш посетитель пытается продемонстрировать, чтобы соответствовать ожиданиям окружающих. Это также сигнал неоднозначных отношений со своими болезнями, требующий дополнительного изучения и анализа;

- приходят ли на прием родственники и что они хотят услышать от врача: с целью получить помощь ребенку или с бессознательной просьбой помощи себе, подтвердить свою правоту, оказать через Вас давление? Таскание больного по врачам, настаивание на выполнении диагностических процедур может быть эквивалентом жестокого обращения, подсознательным стремлением продемонстрировать заботу о нежеланном ребенке, вытеснив тем самым представление о своей греховности. Мотивов может быть много, надо только разобраться в них.

Умение обращать внимание на такие нюансы позволяет врачу подойти к ответу на основной вопрос о том, насколько благополучно внутреннее «Я» пациента, а следовательно, насколько его личность может «нуждаться» в болезни для самосохранения и решения важнейших для нее проблем отношений с социумом.

При дальнейшей беседе не приемлемы вопросы о предшествующих диагнозах, надо спрашивать о симптомах. Если же Вы услышали ссылку на тот или иной диагноз, установленный до Вашей встречи, то следует тут же уточнить, на основании каких сведений он был установлен, чтобы самому осмыслить прежнюю информацию в новых условиях.

Нельзя отвлекаться, решать какие-то другие задачи во время беседы, это мешает создать цельное мнение и отрицательно сказывается на доверительности изложения. В этот момент нежелательно вести записи в истории болезни или в амбулаторной карте. Единственно, что допускается в присутствии пациента, – это набросать клиническую схему динамики симптомов. Отсутствие записей, сделанных в момент сбора анамнеза, обоснованно создает у пациента впечатление, что его доверие к врачу не будет использовано другими.

Внешний вид врача, четкость и правильность речи, отсутствие панибратства, сертификаты и дипломы, представленные в Вашем кабинете, – все это располагает визитера к подробному и откровенному изложению сведений о себе и своих близких. Ведь никто из нас не будет беседовать о себе, если он не убедится, что перед ним сочетание высокого профессионализма и заинтересованности.

Анамнез болезни должен быть собран тщательно и немедленно. Особое внимание следует уделять острым состояниям. Именно на этом сосредоточиваются и родители. При сборе анамнеза нередко забывают спросить о лечении перед поступлением ребенка в стационар или в консультативный кабинет поли-



клиники. Но родители часто не считают ингаляции, спреи, свечи, местную терапию, жаропонижающее, обезболивающее, слабительное, травы лекарствами. Врач должен расспросить о всех вмешательствах. Подробный семейный и социальный анамнез, если он не нужен для лечения неотложного состояния, можно собрать и позже, когда будут приняты меры по лечению острого заболевания. Родители при острых состояниях у детей нетерпеливы, конфликтны, не расположены говорить о болезнях дедушек и бабушек, но после начала лечения они успокаиваются и способны дать все необходимые сведения. По итогам сбора дополнительного анамнеза получают информацию не только о семейных заболеваниях, но и о социальном окружении пациента. Не все семейные заболевания – наследственные. Например, ожирение и алкоголизм чаще обусловлены внешними факторами.

После выписки из стационара или при диспансерном наблюдении родители нередко обращаются к врачу по телефону. В случае болезни ребенка беседу надо кратко запротоколировать (имя ребенка, возраст, основные жалобы, симптомы представлять со слов родителей, не пользуясь профессиональной терминологией). Дать совет по исправлению ошибок в уходе за ребенком и рекомендовать немедленно обратиться к местному врачу или доставить ребенка в стационар. Никогда не формулировать диагноз на основании телефонного разговора.

Отказ от госпитализации

Вначале следует задать себе вопрос: действительно ли необходима госпитализация? Смогут ли родители обеспечить дома уход и наблюдение за состоянием ребенка? Затем следует объяснить, какие осложнения и исходы могут быть в случае отказа от госпитализации. Беседу следует вести спокойно, не поддаваться на провокации, не оскорблять и не ругать родителей, даже если они позволяют себе оскорбительные высказывания. Если родители отказываются и далее, необходимо составить протокол беседы, в котором конспективно указать все нежелательные последствия отказа от госпитализации. Этот протокол родители должны подписать. Нельзя ограничиваться простой распиской родителей, что они забирают ребенка против рекомендаций врача и предупреждены о последствиях, так как в случае действительного наступления нежелательных исходов такие родители, как правило, обращаются с жалобами и заявляют, что им подробно не разъяснили все опасности болезни их ребенка.

Безосновательные требования госпитализации

Основные причины таких требований: истеричные родители, уверенные в «тяжелой болезни» их ребенка, асоциальные родители или родители, желающие урегулировать свои проблемы без детей (в нашей практике это были желания праздновать без детей, выехать на отдых, заняться челночным бизнесом и т.п.). Всегда следует действовать в интересах ребенка: следует понять, какие могут быть последствия при отказе от госпитализации (насилие над ребенком, его участие в пьянках, безнадзорность)? Особенно внимательным надо быть к новорожденным при просьбах о «ненужной госпитализации». При поликлиническом приеме или ночью в приемном отделении клиники социальные проблемы решить не удастся, а в клинике ребенок будет в безопасности.

Пьяные или иные ситуации с асоциальными родителями

Если на амбулаторном приеме или в приемном отделении больницы, особенно ночью, в выходные и праздничные дни, врач отмечает неадекватность родителей или сопровождающих ребенка лиц, возможна госпитализация «по социальным показаниям». Это особенно касается детей в возрасте до года. Врач должен придумать повод для госпитализации, так чтобы родители не смогли отказаться от нее. После госпитализации ребенка с помощью специальных служб можно решать и социальные проблемы.

Дети без родителей и беспризорники

Чаще всего врач имеет дело со школьниками, доставленными на прием по экстренным показаниям. Необходимо сделать все, чтобы найти родителей и поставить их в известность. Об этих поисках необходимо сообщить ребенку. Прибывшего родственника врач должен проводить к ребенку, присутствовать при их встрече и информировать родителей о состоянии ребенка, выполненных процедурах и дальнейших планах. Если отправить родителей к ребенку одних, ребенок может дать неверные сведения, что чревато конфликтом.

Новорожденные подкидыши или дети, найденные в общественных местах, изъятые у попрошайек или из асоциальных семей, доставляются обычно милицией или нашедшими их людьми в стационары. Как правило, требуется только тщательное физикальное обследование (в том числе и для исключения насилия над ребенком)



и минимальный набор лабораторных исследований. Прежде всего, таким детям необходим нежный уход и гигиенические мероприятия.

Хронически больной ребенок

Собственно медицинские проблемы ведения хронически больного пациента существенно варьируют в зависимости от характера заболевания. Но существуют основополагающие принципы взаимоотношений с таким ребенком или подростком и его родственниками. Хроническая болезнь, особенно с частыми и длительными госпитализациями, - это всегда угроза госпитализма и социальной дезадаптации. Нельзя делать из ребенка более больного, чем он есть на самом деле.

Родители и даже ребенок обычно неплохо осведомлены о лечении заболевания, принципах поведения и критически воспринимают новые советы и рекомендации, настороженно относятся к появлению нового лечащего врача. Родителей и с определенного возраста ребенка можно вовлечь в логически построенную беседу о целях и задачах изменения терапии. Но ни в коем случае нельзя демонстрировать собственную неуверенность, сомнения или ссылаться на дискуссионные научные положения. Должен быть абсолютно исключен «научный язык». Для преодоления настороженности и недоверия к новому куратору в первой беседе и встрече должны участвовать заведующий отделением, консультант, старший коллега, которых хорошо знают родители и ребенок.

Родители должны быть осведомлены, что проблемы возникают не только у них и у больного ребенка, но и у братьев и сестер больного. Нередко у сибсов возникает ревность к больному, они считают, что родители, уделяя ему больше внимания, больше его любят.

Очень внимательно следует воспринимать сообщения пациента о необычных ощущениях, реакциях на медикаменты, течение заболевания и т.д. Например, в ответ на жалобу на боли ни в коем случае нельзя употреблять выражения типа: «У Вас здесь не должно болеть». Если врач считает, что не должно болеть, а пациент говорит, что болит, значит, есть проблема.

Все вышеуказанные проблемы обостряются у хронически больных подростков и юношей. Здесь требование правды особенно императивно. В этом возрасте требования справедливости обострены. В то же время подростки особенно остро реагируют на изменение своей внешности и наличие телесных дефектов. С пациентами этой возрастной категории врачу бывает особенно сложно найти правильную дорогу между

невозможностью радикальных улучшений ситуации и честностью изложения проблемы.

Именно при работе с хронически больным пациентом наиболее остро встает проблема **комплаенса**. Комплаенс – это не подчинение ребенка и его родителей своей воле. Комплаенс (в переводе – одобрение, согласие, соответствие) - взаимосооперация врача, ребенка, родителей. Нельзя объяснять низкий комплаенс собственно личностью ребенка, значительно большее влияние имеют социальные аспекты и особенности терапии.

Низкий комплаенс обусловлен следующими дефектами со стороны участников кооперации:

- Врач: спешка при беседах, недостаточное доверие к врачу, непонимание медицинских манипуляций, неприятие терапии. Врач должен хорошо представлять состояние пациента, чтобы предъявлять соответствующие этому состоянию требования. Искать компромиссы: ни один лечебный план никогда не выполняется на все 100%. Непроизвольные ошибки в выполнении назначений не являются нарушением комплаенса. Эти ошибки не должны сопровождаться санкциями. Наилучший путь воспитания союзника – поддержка и похвала.
- Ребенок: дефицит знаний, стремление к самостоятельности, ложные представления о норме, несоответствие ожиданий и реальности, разговор через «голову ребенка». Страх перед возвратом симптоматики после прекращения лечения.
- Группа больных сверстников: чрезвычайно тяжелый фактор. Наблюдение за тем, кто и как болеет, перенос исходов болезни на себя ведет к резкому снижению комплаенса. Важнейшее условие – максимально частое и длительное пребывание ребенка в здоровом коллективе, воспитание в нем уверенности в себе.
- Родители: гиперопека больного ребенка ведет к конфликту с ним с соответствующим дефицитом комплаенса.
- Ни родители, ни ребенок не способны воспринять все необходимую медицинскую информацию с одного раза. Для оптимального комплаенса необходимы повторные беседы.

Когда говорят о создании доверительных отношений, о работе по достижению комплаенса, много надежд возлагают на психологов. Но психологи не все могут сделать. Чем могут быть вызваны неудачи междисциплинарных связей педиатра и психолога?



- **Неоправданные запросы.** От психолога ждут, что он снимет страх и сомнения пациента и его семьи. Но задача психолога – вникнуть в нужды ребенка и семьи, выслушать жалобы, не определяя в качестве близкой цели улучшение состояния. Нередко психолог выступает только как нейтральная персона, беседа с которой способна уменьшить моральный груз семьи. Стремление психолога быстро повысить настроение ребенка и его семьи может иметь обратный эффект, так как персоны, отягощенные проблемами, воспринимают такие советы как легкомысленное отношение к их проблемам.
- **«Тайна исповеди у психолога».** Конфликт в междисциплинарных отношениях способен вызвать убеждение, что психолог должен передавать педиатру содержание доверительных бесед. Но доверительные беседы с психологом возможны при убежденности ребенка и его родителей в полной конфиденциальности встреч. Поэтому психолог может дать педиатру какие-то общие рекомендации по поведению с данным пациентом и его семьей, но ни в коем случае не подробности.
- **Своевременность консультации.** К сожалению, к психологу обращаются обычно на поздних этапах наблюдения, в то время как обращение должно быть ранним, при первых фиксациях конфликта.
- **Императивность требований посещения психолога.** Психолог не может работать с ребенком (тем более с подростком) и с его семьей по требованию врача. Необходимо желание пациента и семьи. Психолог должен рассматривать свои знания и возможности как предложение для сотрудничества, которое может быть принято или может быть отклонено.
- Нередко консультация психолога назначается при наличии неясной симптоматики и отсутствии объективных признаков болезни. Врач таким образом пытается найти психогенез болезни, переложив проблему на специалиста другой отрасли. Но иногда даже после тщательного психологического обследования психологическую проблему найти не удается. Такое заключение психолога не должно восприниматься как некомпетентность.

Взрослый пациент на приеме у педиатра

С продлением до 18 лет возраста пребывания под наблюдением педиатра грань между взрослым и ребенком, служившая гранью между педиатрией и собственно терапией, оказалась размытой. Более того,

увеличивается число взрослых пациентов в детских клиниках. Обычно это бывшие маленькие пациенты, едва ли не десятилетиями наблюдавшиеся педиатрами. Успехи современной медицины привели к резкому увеличению продолжительности жизни больных с некоторыми ранее не излечимыми заболеваниями, которые традиционно наблюдались детскими врачами. Многие из указанных заболеваний семейные, и в ведении соответствующего специалиста оказываются и родители, и дети разного возраста. Это касается пациентов с генетическими обменными нарушениями, диффузными болезнями соединительной ткани, болезнями крови, онкологическими заболеваниями и т.д. Необходимо отказаться от психологического восприятия выросшего ребенка как прежнего ребенка. Нельзя называть его на «ты», следует относиться к нему как к носителю всех тех проблем, которые могут быть у взрослых людей.

Работа врача стационара в поликлинике или работа педиатра на новом участке

Переход на работу из стационара в поликлинику воспринимается значительно тяжелее, чем из поликлиники в стационар. Работа в поликлинических условиях радикально отличается от работы в условиях специализированного стационара. Поликлиническая работа – во многом работа со здоровыми детьми (иммунизация, диспансеризация, домашние визиты, реализация врачебных планов через родственников ребенка, а не через медицинский персонал). Спектр медицинских проблем шире, чем в стационаре. Больного ребенка Вы оставляете с неподготовленными родителями, а не под надзором дежурного врача и т.д. Проблемы могут возникнуть и при работе на незнакомом педиатрическом участке (отпуск коллеги, его болезнь и т.д.). Дети Вам не известны, родители не знакомы. Помочь могут прежний врач и медицинская сестра («Эта мама говорлива, ее жалобы надо регулировать», «Эта мама мнительна и обращается по каждой мелочи», «Здесь есть педагогический конфликт между бабушкой и родителями ребенка»). Первые приемы в новых условиях всегда идут медленнее, чем у ранее работавшего здесь врача. Очередь за дверью Вашего кабинета – не повод для паники и спешки (спешка – условие врачебной ошибки). Особо нетерпеливым родителям Вы можете сказать: «Вы же не хотите, чтобы я Вашего ребенка принимал в суете, поймите и других». Эта фраза практически всегда действует безотказно. Но детей плачущих, капризничающих, особенно раннего и младшего возраста, сами берите в кабинет без очереди, так как, наблюдая плачущего малыша, мама

продолжение на с. 209 ►



Специфическая гигиена и дерматологический уход за сухой кожей у детей с атопическим дерматитом

Н.Г. КОРОТКИЙ, А.А. ТИХОМИРОВ, Б.Н. ГАМАЮНОВ

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета ГУ ВПО РГМУ Росздрава, отделение дерматоаллергологии ГУ РДКБ Росздрава, г. Москва

На сегодняшний день атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных в мире кожных заболеваний у младенцев и детей. Кожа детей, страдающих АД, отличается повышенной неспецифической гиперреактивностью на действие триггерных раздражителей, нарушением барьерной функции, увеличением трансэпидермальной потери воды с развитием выраженной сухости, а также повышенным уровнем обсемененности различной микрофлорой.

Ведущую роль в комплексном лечении атопического дерматита играет наружная терапия. Основными целями наружной терапии являются: уменьшение и устранение субъективных ощущений у больного, купирование кожных проявлений аллергии как в острой, так и в хронической фазах болезни, лечение и профилактика вторичной инфекции, элиминация триггерных раздражителей и деструктивных субстанций, защита кожного покрова от неблагоприятных влияний внешней среды. При этом одной из важных проблем местного лечения больных с атопическим дерматитом является устранение сухости кожных покровов.

Как известно, в норме водно-липидная мантия на поверхности кожи помогает защищать ее от избыточного солнечного излучения, переувлажнения и высушивания, подавляет размножение нежелательных микроорганизмов, ней-

трализует щелочи, попадающие на поверхность кожи, поддерживая постоянный слабокислый рН, принимает участие в терморегуляции. Однако у пациентов с атопическим дерматитом часто встречается себостатический тип кожи, когда вследствие себостаза из-за пониженного образования кожного сала кожа и волосы становятся сухими, при этом одновременно, как правило, понижена и секреция потовых желез. Для атопически сухой кожи, помимо снижения образования кожного сала, характерно снижение образования эпидермальных липидов рогового слоя, в результате чего усиливается трансэпидермальная потеря воды, эпидермис обезвоживается, а кожа становится сухой, шелушащейся и воспаленной [1].

При обычных гигиенических мероприятиях с использованием анионных детергентов, растворителей и других агрессивных субстанций, действии различных метеофакторов, избыточного УФ-излучения происходит повреждение липидных структур рогового слоя, особенно у больных с атопическим дерматитом, что способствует проникновению в эпидермис аллергенов и микроорганизмов, запускающих воспалительную реакцию.

Исследованием пороговой чувствительности к переменному электрическому току у пациентов с атопическим дерматитом было показано, что даже незначительные трещины в роговом слое атопически

сухой кожи снижают порог восприятия зуда, и если не предотвратить расчесывание кожи, даже невыраженный ксероз может привести к обострению атопического дерматита. Таким образом, замыкается патологический круг болезни: при ксерозе кожа трескается, вследствие чего возникает зуд, пациент расчесывает кожу, возникают воспаления и проявления дерматита, а воспаленная кожа плохо удерживает воду и сухость кожи нарастает и т.д. Поэтому для предотвращения расчесывания, эффективного лечения атопического дерматита и других заболеваний и состояний, сопровождающихся хроническим нарушением барьерной функции кожи необходимо использование очищающих, увлажняющих и липидовосполняющих средств лечебно-косметического ухода [1].

На протяжении многих лет Дерматологические Лаборатории Урьяж в тесном сотрудничестве с дерматологами и фармацевтами создают средства гигиены и ухода за сухой, склонной к атопии кожи и выпускают полную гамму гипоаллергенных средств на основе Термальной воды Урьяж. Это природная изотоническая вода, подобная физиологическому раствору, которая обладает целебным воздействием на кожу благодаря своему уникальному составу, богатству минеральными солями и основными микроэлементами. Термальная вода Урьяж, обладая антиоксидантными свойствами,

защищает эпидермис от повреждения свободными радикалами, оказывает увлажняющее и успокаивающее действие. В производстве косметики Урьяж используются современные технологии. Каждое средство подчинено строжайшим нормам, идентичным требованиям к медикаментам [2].

Гамма Cu-Zn Урьяж предназначена для гигиены и асептического ухода за атопической кожей с риском вторичного инфицирования. Это полный комплекс для ухода за кожей при атопическом дерматите как в период обострения, так и в период ремиссии. Средства гаммы Cu-Zn оказывают активное асептическое действие, ограничивая пролиферацию бактериальной микрофлоры и поддерживая физиологический баланс на поверхности кожи благодаря синергии меди и цинка. Основными активными компонентами гаммы Cu-Zn Урьяж являются Термальная вода Урьяж, пирролидон карбоксилат меди и пирролидон карбоксилат цинка. Пирролидон карбоксилат меди является антибактериальным компонентом благодаря бактериостатическому действию на рост таких микроорганизмов, как *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и др. Пирролидон карбоксилат цинка является противовоспалительным компонентом и действует на кератиноциты – свойство цинка, используемое при нарушениях заживления тканей. Кроме того, оказывает антибактериальное и противогрибковое действие. Медь и цинк играют важнейшую роль в организме, являясь кофакторами многочисленных ферментативных реакций. В коже они активизируют Cu-Zn-зависимую супероксиддисмутазу, оказывая, таким образом, противоокислительное действие.

Средства для очищения сухой, атопически сухой кожи должны обладать минимальной обезжири-

вающей активностью, иметь мягкую мощную основу, нейтральное кислотно-щелочное соотношение (рН), а также содержать увлажняющие, липидные и антисептические компоненты. В полной мере этим требованиям отвечают очищающие антисептические средства Cu-Zn гель и Cu-Zn мыло, которые содержат в своем составе мягкую мощную основу, пирролидон карбоксилат меди 0.5%, пирролидон карбоксилат цинка 0.25%, увлажняющие и релипидирующие агенты 10%, Термальную воду Урьяж. Cu-Zn гель и Cu-Zn мыло показаны в качестве специфической гигиены раздраженной и атопической кожи лица и тела для новорожденных, детей и взрослых и могут применяться так же часто, как и обычные средства гигиены.

Следующим после очищения этапом применения гаммы Cu-Zn Урьяж является использование средств асептического ухода – Cu-Zn крем и Cu-Zn спрей со смектитом, а также увлажняющих, липидовосполняющих и реструктурирующих средств – Эмольтант и Эмольтант Экстрем.

Cu-Zn крем обладает выраженным антисептическим, успокаивающим эффектами и может применяться параллельно с топической кортикостероидной терапией или в перерывах между курсами лечения. Кроме Термальной воды Урьяж в состав крема Cu-Zn входят пирролидон карбоксилат меди 0.5%, пирролидон карбоксилат цинка 0.25%, оксид цинка 1.5%. Крем Cu-Zn показан при обострении атопического дерматита в сопровождении топической кортикостероидной терапии, при контактном дерматите, хейлите, экземе с риском присоединения вторичной бактериально-грибковой инфекции у детей и взрослых. Крем Cu-Zn не содержит ланолина, консервантов и ароматизаторов. В состав спрея Cu-Zn входит порошок минерального происхождения

смектит 2%, глюконат меди 0.5%, глюконат цинка 0.02%, пидолат аргенина и Термальная вода Урьяж 10%. Благодаря такому составу спрей со смектитом Cu-Zn обладает антисептическим, успокаивающим, подсушивающим эффектами и показан к применению у младенцев и детей на воспаленной коже лица, туловища и конечностей, в очагах везикуляции и мокнутия, а также на участках мацерации и опрелости [3].

Сверхнасыщенная реструктурирующая эмульсия Эмольтант на основе Термальной воды Урьяж содержит масло зерен малины, богатое жирными кислотами, глицерин. Эмульсия активно увлажняет сухую с тенденцией к атопии кожу, быстро восстанавливает ее барьерную функцию, возвращая естественную способность противостоять агрессивным факторам внешней среды. Липидовосполняющее и защитное средство Эмольтант Экстрем для лица и тела быстро улучшает состояние атопической кожи, восстанавливает уровень гидратации даже самой сухой кожи [4].

Среди средств дерматологического ухода лаборатории Урьяж для сухой кожи, особенно эффективных при наличии кожного зуда, можно отметить крем и гель Прурисед. В состав крема Прурисед включены богатые жирными кислотами масло зерен малины 0.5%, каламин 8%, Термальная вода Урьяж 30%. Прурисед крем быстро и эффективно успокаивает ощущение зуда, возвращая кожу в комфортное состояние, уменьшает частоту приступов зуда. При зуде на обширных поверхностях кожи, а также на любых волосистых участках кожи и в области естественных складок показано применение геля Прурисед. Благодаря своему составу – каламин 8%, гликоколь 1%, карбонат кальция 1%, Термальная вода Урьяж 30% — гель Прурисед быстро и эффективно успокаивает и об-

легчает состояние кожи в моменты зуда и дискомфорта. Легкий и нежирный гель Прурисед идеально адаптирован к нанесению на кожу волосистых участков и на участки, склонные к мацерации.

Все вышеизложенное дало нам основание применить гамму

течения 1-й, 2-й, 3-й и 4-й недели от начала исследования.

В соответствии с полученными значениями коэффициента SCORAD мы разделили всех детей с АД на две группы по степени тяжести течения кожного процесса (табл. 1).

выраженные эритема и отек, эксфолиации, рассеянные пустулезные элементы в очагах лихенификации и папулезной инфильтрации. Практически у всех больных отмечалась умеренно и сильно выраженная сухость кожи как в очагах, так и вне очагов поражения.

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ГРУППЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗНАЧЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА SCORAD (κS)

| Группы больных | Степень тяжести заболевания (κS) | Среднее значение (κS) | Количество больных |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------|
| I | Легкая/ 0 - 20 | 17 | 150 |
| II | Средняя/ 20-40 | 31,5 | 90 |
| Итого | | | 240 |

Урьяж в комплексном лечении пациентов с атопическим дерматитом. В общей сложности под нашим наблюдением находилось 240 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с атопическим дерматитом легкой и средней степени тяжести. Все больные получали терапию на клинической базе кафедры дерматовенерологии педиатрического факультета РГМУ в отделении дерматоаллергологии РДКБ. Для объективной оценки степени тяжести течения заболевания и эффективности терапии мы использовали коэффициент SCORAD (κS). Этот коэффициент объединяет площадь поражения кожи, степень выраженности объективных (эритема, образование папул / везикул, мокнутие, эксфолиации, лихенификация, сухость кожи) и субъективных (зуд кожи и/или нарушение сна) симптомов. Эффективность проводимой терапии оценивали по следующим параметрам: клиническая ремиссия, значительное улучшение, улучшение, без эффекта, ухудшение и отражали в виде графика изменения значения SCORAD во времени по ис-

Клиническая картина АД у больных I группы характеризовалась ограниченной площадью поражения кожных покровов. Патологический процесс локализовался в локтевых сгибах, подколенных ямках, периоральной области и был представлен слабо выраженной эритемой, единичными мелко папулезными элементами, эксфолиациями, мелкопластинчатым шелушением в очагах и вне очагов поражения. Кроме этого, отмечался умеренно выраженный зуд кожи и лихенификация в очагах поражения.

Среди преобладающих симптомов у пациентов II группы мы отмечали более интенсивный зуд кожи по сравнению с предыдущей группой больных, в ряде случаев сопровождающийся нарушением сна. Кожный процесс носил более распространенный характер и локализовался на коже лица в периоральной области, передней поверхности шеи, локтевых сгибах, сгибательной и разгибательной поверхностях лучезапястных суставов, подколенных ямках. Отмечалась более выраженная острота воспалительной реакции, умеренно

Всем пациентам назначалась специфическая гигиена кожи с применением геля или мыла Cu-Zn. Крем Cu-Zn применяли 190 пациентов на очаги поражения дважды в день утром и вечером. На участки легкой и умеренной сухости кожи вне очагов поражения наносили эмульсию Эмолянт, а на участки сильно выраженной сухости кожи Эмолянт Экстрем ежедневно утром и вечером после гигиенических процедур. У 50 больных с умеренно и сильно выраженным зудом кожи, кроме специфической гигиены Урьяж, мы применили крем или гель Прурисед 2 раза в день как в очагах поражения, так и на участках сухости, шелушения кожи. В отдельных случаях при резко выраженной воспалительной реакции кожи допускалось кратковременное применение топических кортикостероидов коротким курсом, с параллельным использованием средств гаммы Урьяж. Внутрь некоторым больным назначались антигистаминные препараты или седативные средства.

Применение гаммы Урьяж в сроки от одной до четырех недель оказалось высокоэффективным у всех наблюдаемых нами пациентов (рис. 1).

на второй или третьей неделе от начала терапии. При легком течении АД к концу первой или второй недели терапии регистрировали нормальную влажность

кожи или полностью разрешались к концу четвертой недели. Отдельного внимания заслуживало быстрое купирование начальных проявлений вторичного инфици-

Рис. 1. Динамика кS у детей, страдающих АД, в процессе применения гаммы Урьяж



В процессе лечения зуд значительно уменьшался к концу первой недели исследования и полностью исчезал у большинства больных на второй или третьей неделе лечения. Сухость кожных покровов и шелушение исчезали при среднетяжелом течении АД

кожных покровов практически у всех больных. Эритема и папулезная инфильтрация у пациентов с легким течением АД полностью исчезали на третьей или четвертой неделе лечения, а у больных со среднетяжелым течением заболевания значительно уменьша-

лись или полностью разрешались к концу четвертой недели. Отдельного внимания заслуживало быстрое купирование начальных проявлений вторичного инфици-

рования кожи у больных в обеих группах лечения. Результаты оценки клинической эффективности четырехнедельного использования гаммы Урьяж у детей с атопическим дерматитом представлены в таблице 2.

Таблица 2

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГАММЫ УРЬЯЖ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

| Результаты лечения | Степень тяжести заболевания | | Всего детей |
|------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|
| | Легкая (кS<20) | Средняя (кS>20) | |
| Клиническая ремиссия | 150 | 39 | 189 |
| Значительное улучшение | - | 41 | 41 |
| Улучшение | - | 10 | 10 |
| Без эффекта | - | - | - |
| Ухудшение | - | - | - |
| Всего детей | 150 | 90 | 240 |

Таким образом, в ходе четырехнедельного исследования, была продемонстрирована высокая клиническая действенность гаммы Урьяж в лечении atopического дерматита легкой и средней степени у детей. При этом у всех больных отмечена хорошая переносимость препаратов. Средства специфического ухода гаммы Урьяж быстро устраняют кожный зуд, сухость и шелушение, прекрасно увлажняют кожу как в очагах АД, так и вне очагов поражения, умень-

шают воспалительные явления и препятствуют развитию вторичной инфекции.

Список литературы:

1. Липидный барьер кожи и косметические средства/ Е.И. Эрнандес, А.А. Марголина, А.О. Петрухина. 3-е изд., доп. М.: ООО «Фирма КЛАВЕЛЬ», 2005.

2. Исследование противокислительных свойств термальной

воды, богатой марганцем. Определен индекс защиты от окислительного стресса// Pr. Favier. Laboratoires de Biochimie, CHU de Grenoble, 1993.

3. Исследование свойств геля и крема Cu-Zn Лабораторий Урьяж. Исследовательские лаборатории ANALYS, EVIC-CEBA в сотрудничестве с Institut Pasteur.

4. Крем Эмольтант Лабораторий Урьяж в лечении atopического дерматита. Мультицентровое исследование, 1993.

ЖИВАЯ ВОДА ИЗ УРЬЯЖ

Термальная вода Урьяж добывается из источника, находящегося во Франции в местечке Урьяж-ле-Бен, у подножия Альп, недалеко от Гренобля. Первое упоминание об этом источнике термальной воды найдено в Веронской библиотеке: некий римский лейтенант, участвовавший в галльских походах Цезаря, исцелился от ран благодаря лечению водой Урьяж. Расцвет гидротерапии пришелся на период наполеоновских войн, около источника была построена водолечебница, а в 1838 году доктор Вульфранк-Жерди написал знаменитую работу «Болезни кожи, вылечиваемые Термальной водой Урьяж», в которой он обосновал терапевтические свойства этой воды. С тех пор Урьяж-ле-Бен стал не только центром водолечения, но и излюбленным местом отдыха и встреч знаменитых и состоятельных людей периода так называемой *bell époque* (прекрасной эпохи).

Сегодня Урьяж-ле-Бен — одна из трех ведущих термальных лечебниц Франции, которая специализируется в том числе и на лечении и профилактике дерматологических заболеваний, таких как экзема, псориаз, atopический дерматит, последствия ожогов и пр.

Около источника построен завод, выпускающий дерматологическую косметику Урьяж на основе термальной воды. Предприятие оборудовано по последнему слову техники: информатизация всех производственных процессов, строжайшие требования к чистоте воздуха, сырья и конечной

продукции, постоянный микробиологический контроль и т.д. Сама же Термальная вода Урьяж разливается в спреи непосредственно из источника в условиях полной стерильности, что позволяет сохранить ее природное богатство и чистоту.



Термальная вода Урьяж уникальна по своим фармацевтическим и косметическим свойствам. Прежде всего — это единственная природная изотоническая вода, применяемая в дерматологии. Только в изотоническом растворе существует баланс давления, называемый

осмотическим. В таком растворе не нарушается целостность клеток и не изменяется их размер. Его можно сравнить с физиологическим раствором. Другое достоинство, обуславливающее уникальность Термальной воды Урьяж — это ее состав. Она — самая богатая минеральными солями и oligoэлементами (сухой осадок на 1 литр равен 11 000 мг). В ее состав входят кальций, медь, марганец, цинк, кремний, калий и пр., которые сообщают ей все свои целебные свойства.

Все вышеперечисленные достоинства Термальной воды определяют ее лечебные свойства. Термальная вода Урьяж является великолепным средством для ухода за кожей. Она увлажняет кожу (верхние слои эпидермиса), успокаивает раздражения благодаря насыщенности минеральными солями, особенно кальцием. Входящие в её состав медь, цинк и другие микроэлементы защищают кожу от воздействия свободных радикалов, оказывают противовоспалительное действие. Вода не содержит консервантов, ароматизаторов, она гипоаллергенна. Термальная вода Урьяж прошла испытания, подтвердившие её изотоничность, увлажняющее, противовоспалительное и антирадикальное действие, улучшение клинических признаков псориаза, прекрасную переносимость.

Термальная вода начинает действовать сразу же после распыления. Её не нужно подсушивать или промокать. После распыления кожа моментально возвращается в комфортное состояние.

ребенка, как правило, становится неадекватной. При самом большом наплыве посетителей не оставляйте запись в карте «на потом». После приема десяти визитеров Вы уже не вспомните статус первого. Многие родители, увидев нового врача, горят желанием «услышать другое мнение». Не спешите выражать его, это может оказаться поводом для конфликтов.

Насилие над ребенком

По данным официальной статистики, около 2 млн. детей подвергаются жестокому обращению (физическому, психологическому, сексуальному насилию). Каждый 10-й ребенок гибнет, 2 тыс. кончают жизнь самоубийством, около 50 тыс. уходят из дома. Никто другой, как домашний (участковый) врач, не контактирует так тесно с семьей и не имеет возможности провести осмотр ребенка, оценить его психологическое состояние. Спонтанные высказывания ребенка надо воспринимать совершенно серьезно, даже если впоследствии ребенок от них отказывается. Ранения следует документировать, фотографировать. Подозрение на насилие нельзя скоропалительно высказывать на амбулаторном приеме. Подозрения врача должны быть подтверждены коллегиально. При подозрении на насилие над ребенком его надо госпитализировать под благовидным предлогом, без ажиотажа, не оскорбляя родителей. Ребенка следует осмотреть в отсутствие родителей, деспотичной персоны. Ранения следует документировать, фотографировать. Подозрения врача должны быть подтверждены коллегиально, только после этого можно ставить в известность соответствующие органы. Родители-истязатели при осмотре ребенка не только не реагируют на его плач, но и брезгливо воспринимают ребенка. Если в семье доминирует один из родителей (отец, отчим), то мать производит впечатление забитой, испуганной женщины. При всяком приближении врача к матери ребенок начинает испуганно плакать. Если в семье несколько детей, то истязаниям подвергается обычно только один из них. Обычно эти дети («козлы отпущения») плохо одеты при хорошо одетых родителях или сиблингах. Для детей, подвергающихся насилию, типично сочетание настороженного внимания к окружающему и покой. Дети обычно подвижны, они легко осваивают пространство, а дети, подвергающиеся насилию, совершают минимум движений, буквально не покидая «площади их ступней». В присутствии истязателя дети покорны, распоряжения врача выполняют с его разрешения, тон заискивающий, испуганный, так как дети

боятся «выдать тайну» и подвергнуться дальнейшим истязаниям. Все исследования, даже неприятные, они воспринимают молча, без комментариев, при этом контакт с исследователем очень призрачный или вообще отсутствует. При госпитализации контакты также устанавливаются с трудом. Другой особенностью является полное отсутствие дистанции, обычно устанавливаемой ребенком со взрослым.

О насилии над ребенком следует подумать при наличии синяков и гематом на необычных местах (синяки на лбу и голених у детей младшего возраста – нормальное состояние). Характерными признаками физического насилия являются синяки и гематомы разной степени давности на лице, верхней части спины, на ягодицах, ногах. Их больше на левой половине тела, так как большинство истязателей – правши. Нередко расположение синяков соответствует ладони взрослого (оттиски отдельных пальцев). Обнаруживаются болезненные припухлости, периостальные утолщения, старые и новые переломы. Особенно подозрительны травмы, нехарактерные для данного возраста. Например, перелом бедра у ребенка 3 месяцев, припухлость в области которого родители объясняли постинъекционным инфильтратом. Реже встречаются вибрационная травма (субдуральная гематома у детей грудного возраста при грубой тряске), гигромы при множественных ударах по черепу, следы ожогов, травмы внутренних органов.

Сексуальное насилие – принуждение к сексуальным отношениям более старшим человеком. Игры «в доктора» у детей в возрасте 3 – 6 лет встречаются достаточно часто и не рассматриваются как сексуальное насилие. Сексуальное насилие может реализовываться как раздевание ребенка, принуждение к рассматриванию порнографических изображений, манипуляция с гениталиями вплоть до пентрации. Так называемое согласие младшего не является оправданием, так как ребенок не отдает себе отчет в происходящем и/или не может оказать сопротивления. Точной статистики не существует, многие преступления скрываются. Девочки подвергаются насилию чаще, чем мальчики. В 60 – 85% случаев насильник известен ребенку и является его родственником (отец, отчим, дядя) или знакомым. Насилие чаще хроническое и известно другим членам семьи (мать). Для сохранения насилия над ребенком используются поощрения, угрозы, ссылки на необходимость сохранить тайну («иначе твоему близкому будет плохо»).

Для детей, подвергающихся сексуальному насилию, типичны не соответствующий возрасту интерес к сексу,



гениталиям, необычные высказывания, регрессия интеллекта и эмоций, депрессия, снижение успеваемости в школе, потеря контактов со сверстниками, изменение аппетита и пищевых пристрастий, энурез, энкопрез, бессонница, суицидальные мысли и поступки, выделения из влагалища или ануса, рецидивирующие инфекции мочевых путей и вагиниты, микозы полового тракта, беременность, инфекции, передающиеся половым путем. Так, обнаружение лобковых вшей на бровях и ресницах ребенка является важным признаком сексуального

насилия. При осмотре врачом гениталий такие дети проявляют несколько типов реакций: 1) чрезвычайный страх, ребенок кажется застывшим, только глазами следит за манипуляциями; 2) не свойственная возрасту оживленность, хихиканье, угодливость.

При внешнем осмотре ненарушенная девственная плева не исключает насилия над ребенком. Следует обратить внимание на ранения и гематомы в области гениталий и ануса, синяки на молочных железах, нижней части туловища, ягодицах, бедрах.



ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ. ИММУНОДЕФИЦИТЫ И ИХ ДИАГНОСТИКА В УСЛОВИЯХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УЧАСТКА

В практике педиатра большую группу наблюдения составляют так называемые часто болеющие дети. Всегда возникает проблема, что называть частыми эпизодами болезни, что скрывается под этим термином и как строить врачебную тактику в отношении этой категории больных.

Наиболее вероятными состояниями, приводящими детей в группу часто болеющих, являются респираторные инфекции. В литературе под частыми случаями заболевания понимают более четырех эпизодов респираторных инфекций в год. Хотя в определенный период своего развития и контактов с окружающим миром, вхождения в новый коллектив повторные заболевания являются для ребёнка своеобразной нормой. Инфекции уха, горла, носа, бронхолегочная патология составляют основную часть заболеваний в детском возрасте. Острые респираторные заболевания вызываются более чем 350 различными микроорганизмами. Напротив, данные зарубежных исследователей и экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют о том, что частота респираторных инфекций может составлять 8-10 раз в год и рассматривается как нормальное состояние у ребёнка дошкольного и младшего школьного возраста, посещающего детское учреждение. Причинами более частых по сравнению со взрослыми заболеваний детей раннего возраста могут являться анатомо-физиологические особенности респираторного тракта (мукоцилиарной и сурфактантной системы, особенности строения бронхов), транзиторные

возрастные особенности иммунной системы. Большую роль играют контакты детей между собой и со взрослыми, циркуляция инфекции в организованном коллективе, сопутствующие глистные инвазии, расстройства тех или иных систем организма. Например, вакцинация дошкольников от гемофильной палочки на 20% снижает число пропусков детского сада. Повторные случаи подвязочного ларингита характерны для детей с гастроэзофагеальным рефлюксом или с глистной инвазией. Таким образом, заключение о частых повторных заболеваниях и отнесение ребёнка в группу часто болеющих детей не является диагнозом. Состояние требует выяснения причин. Без этого врачебная тактика превращается в игру «орел-решка». Или ребёнок начинает подвергаться необоснованной диагностической полипрагмазии, получает массу так называемых иммуномодуляторов, эффективность которых не доказана, или не получает лечения по поводу действительно серьёзных состояний. Только после расшифровки причин и условий частых повторных заболеваний возможно построение грамотной врачебной тактики. Нередкой ошибкой врача является заключение о наличии у часто болеющего ребёнка «вторичного иммунодефицита». К сожалению, многими специалистами заключение о так называемом вторичном иммунодефиците воспринимается как самодовлеющее. Вторичные состояния, как правило, не лечат или лечение их малоэффективно. Лечат первичные состояния. Вторичные состояния, по нашему мнению, важны для врача в следующих

продолжение на с. 222 ▶



ВИБРОЦИЛ® в детской практике



В.А. РЕВЯКИНА, руководитель аллергологического отделения № 2
ФГУ «Научный центр здоровья детей РАМН», профессор, д-р мед. наук

Известно, что аллергический ринит (АР) является одним из самых распространенных заболеваний у детей (20—30%). Он часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями и рассматривается как один из факторов, способствующих развитию бронхиальной астмы.

Аллергический ринит сопровождается такими симптомами, как заложенность носа, ринорея, зуд в полости носа, приступы чихания. Дополнительная симптоматика может включать головную боль, нарушение обоняния и проявления конъюнктивита.

В зависимости от особенностей клинического течения и характера обострений, связанных со временем года, у детей выделяют круглогодичную и сезонную формы заболевания (табл. 1). Проявления сезонного АР возникают в период цветения растений, к которым пациент чувствителен. У таких больных аллергенами, как правило, бывают пыльца растений (деревья, сорные и злаковые травы) и споры плесневых грибов *Alternaria* и *Cladosporium*. Данная форма АР характеризуется строгой сезонностью и возникает в одно и то же время года. Для круглогодичного АР типична постоянная клиническая симптоматика в течение всего года. Возникновение и развитие этой формы заболевания взаимосвязано с воздействием клещей домашней пыли, аллергенов домашних животных, пера и пуха подушек, тараканов, мышей, крыс, некоторых видов плесневых грибов (*Aspergillus*, *Candida*). У ряда детей встречается смешанная форма АР при которой у одного и того же пациента наблюдается пыльцевая, бытовая и грибковая аллергия.

Хотя аллергический ринит не относится к угрожающим жизни патологическим состояниям, его тяжелое течение нередко приводит к нарушению сна и развитию усталости, ослаблению концентрации внимания, головным

болям, неспособности детей принимать участие в играх и спортивных мероприятиях. Аллергический ринит существенно ухудшает качество жизни самих пациентов и членов их семей, поэтому эпидемиология, своевременная диагностика и адекватная терапия составляют одну из важнейших проблем детской аллергологии.

Принципы лечения

Современная терапевтическая программа аллергических заболеваний включает: устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами, проведение фармакотерапии и специфической иммунотерапии, обучение маленьких пациентов и их родителей.

Среди фармакологических средств ведущее место в терапии аллергических ринитов занимают антигистаминные препараты системного и местного действия (табл. 2).

В основе их назначения лежит ступенчатый подход, при котором более тяжелому течению заболевания должны соответствовать комбинация антигистаминных препаратов с эндоназальными кортикостероидами. При легком же течении аллергического ринита предпочтение отдается местным антигистаминным препаратам.

Очевидным преимуществом местных антигистаминных средств является отсутствие побочных эффектов, возникающих обычно при применении антигистаминных препаратов системного

действия, а также быстрое начало терапевтического эффекта (через 15 минут после приема). Концентрация антигистаминных средств в крови при местном их применении в несколько раз ниже по сравнению с системными препаратами. Кроме того, для местных антигистаминных средств не отмечено взаимодействий с другими лекарствами.

Комбинированные лекарственные средства

Для получения максимального лечебного эффекта в терапии аллергического ринита перспективным является использование комбинированных препаратов. Одним из таких местных комбинированных лекарственных средств является Виброцил® – препарат компании «Новартис Консьюмер Хелс» (Швейцария).

Виброцил® содержит 250 мкг диметинден малеата, блокирующего H1-гистаминовые рецепторы, и 2,5 мг фенилэфрина, селективно стимулирующего α 1-адренергические рецепторы кавернозной венозной ткани слизистой оболочки носа. При этом диметинден малеат обладает противоаллергическим действием, а фенилэфрин оказывает выраженное сосудосуживающее и противоотечное действия (быстро и надолго устраняет отек слизистой оболочки носа и его придаточных пазух). Виброцил® не оказывает седативного действия.

Препарат удобен для применения в педиатрической практике, поскольку

Таблица 1
Распределение детей с аллергическим ринитом по возрасту

| Диагноз «аллергический ринит» | 2–3 года | 3–7 лет | 7–13 лет | Всего |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|------------|
| Сезонный | – | 9 (40,9%) | 13 (59,1%) | 22 (56,4%) |
| Круглогодичный | 4 (23,5%) | 7 (41,3%) | 6 (27,3%) | 17 (43,6%) |
| Итого | 4 (10,3%) | 16 (41,9%) | 19 (48,7%) | 39 (100%) |

выпускается в нескольких лекарственных формах: в виде назального спрея, капель и геля. Это дает возможность более широкого его использования у детей различного возраста и с учетом особенностей клинического течения аллергических ринитов. Так, Виброцил® капли можно использовать у детей любого возраста, в том числе и у грудных. Перед применением рекомендуется тщательно очистить носовые ходы; лекарство закапывают в нос, запрокинув голову. Это положение головы сохраняют в течение нескольких минут. Грудным детям закапывают в нос перед кормлением. Детям до года — по 1 капле в каждый носовой ход 3—4 раза в день. Детям с 1 года до 6 лет — по 1—2 капли в каждый носовой ход 3—4 раза в сутки. Детям старше 6 лет — по 3—4 капли в каждый носовой ход 3—4 раза в сутки.

Виброцил® спрей назначается детям старше 6 лет по 1—2 впрыскивания в каждый носовой ход 3—4 раза в сутки. Большим преимуществом в применении спрея является возможность равномерного орошения слизистой носа. Во время впрыскивания рекомендуется слегка вдохнуть через нос. Виброцил® гель используется у детей старше 6 лет в качестве профилактического средства при заложенности носа, в особенности возникающей по ночам, а также при наличии в носу у ребенка с этой патологией корочек. Взрослым гель наносят в каждый носовой ход как можно глубже 3—4 раза в сутки (последнюю аппликацию проводят незадолго до сна). Применение препарата непосредственно перед сном обеспечивает эффект в течение всей ночи. Доказана действенность Виброцил® геля при лечении синуситов, евстахеитов, при катаральном отите, а также после операций в полости носа.

Широкий спектр лекарственных форм Виброцил® позволяет использовать его при различной аллергической патологии ЛОР-органов. Кроме того, достоинством этого препарата является то, что Виброцил® не оказывает негативного воздействия на мерцательную активность эпителия слизистой оболочки полости носа.

Клинический опыт

Как показывает клинический опыт применения Виброцил® в нашем отделении у детей, страдающих сезонным АР (острый период) или имеющих клини-

ческие проявления круглогодичного АР, препарат (независимо от лекарственной формы) устраняет ринорею, приступы чихания, зуд в носу, а также заложенность носа. Группу наблюдения составили 39 детей с аллергическим ринитом в возрасте от 2 до 13 лет, из них у 22 детей (56,4%) был диагностирован сезонный, а у 17 (43,6%) — круглогодичный аллергический ринит. В первую группу вошли 17 детей в возрасте от 2 до 6 лет, получавших Виброцил® (капли в нос) в период цветения растений. Доза препарата составляла 1—2 капли 3 раза в день. Вторую группу составили 12 детей с сезонным аллергическим ринитом в возрасте от 6 до 10 лет, получивших Виброцил® эндоназально в виде спрея по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 3 раза в сутки. Третья группа включала 10 детей с круглогодичным аллергическим ринитом в возрасте от 11 до 13 лет. В этой группе Виброцил® гель применялся у детей с заложенностью носа, возникающей в основном по утрам.

Переносимость препарата при использовании в возрастных дозировках была хорошая. Так, в первой и второй группах больных с сезонным аллергическим ринитом в процессе лечения Виброцил® отмечалось исчезновение или выраженное уменьшение ринореи, приступов чихания, зуда в носу, а также заложенности носа. При этом хороший клинический эффект в виде полного исчезновения ринореи, зуда в носу, приступов чихания и уменьшения заложенности носа отмечался у 17 детей (77,3%). Обладая умеренным сосудосуживающим действием, Виброцил® достаточно быстро устранял отек слизистой оболочки носовых ходов и восстанавливал носовое дыхание.

«Удовлетворительное» действие (явления АР сохранялись, но были слабо выражены) наблюдался у 3 детей (13,6%) в виде уменьшения вышеперечисленных симптомов. Отсутствие

действия при использовании Виброцил® отмечено у 2 детей (9,1%).

У большинства детей (80%) с круглогодичным АР при использовании Виброцил® (гель) на ночь наблюдалось исчезновение заложенности носа, зуда в носу и приступов чихания (по утрам). Купирование затрудненного носового дыхания по ночам благоприятно сказывалось на общем самочувствии ребенка, способствовало нормализации сна и повышенной работоспособности школьников.

Продолжительность курсового лечения Виброцил® не превышала 7 дней.

Анализ клинических симптомов аллергического ринита показал, что на фоне применения Виброцила отмечалось обратное развитие клинических симптомов (табл. 2).

Таким образом, Виброцил® является современным препаратом, применяемым в терапии острого периода сезонного и круглогодичного аллергического ринита у детей любого возраста. Виброцил® хорошо переносится пациентами и не оказывает побочного действия на слизистую оболочку носа, причем, в отличие от обычных деконгестантов, его можно применять до 14 дней (у подростков).

Быстрое и стойкое купирование симптомов аллергического ринита, удобство применения, возможность использования препарата для профилактического лечения ночной и утренней заложенности носа делает Виброцил® средством для местной терапии аллергических ринитов у детей и лечения насморка при простуде.

Ревякина В.А. Виброцил® в детской практике // Практика Педиатра. 2007. Январь. С. 57—60.

Таблица 2
Динамика клинических симптомов в процессе лечения Виброцил® у детей с аллергическим ринитом (n39)

| Симптомы ринита | До лечения | После лечения |
|-------------------|-------------|---------------|
| Ринорея | 1,97 + 0,05 | 0,58 + 0,01 |
| Зуд/чихание | 1,75 + 0,07 | 0,38 + 0,05 |
| Заложенность носа | 1,92 + 0,08 | 0,87 + 0,07 |

$P < 0,05$ – достоверность различий до и после лечения.

Синекод® — мощное средство от сухого кашля для детей

Л.В. ДМИТРИЕВА, педиатр, кафедра детских болезней ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава

Педиатрам в своей практике часто приходится назначать лекарственные средства, используемые для лечения кашля. Их выбор зависит от клинического и патогенетического течения заболевания, характера кашля (частота, интенсивность, тембр, периодичность, болезненность, продуктивность, характер мокроты и др.), индивидуальных особенностей ребенка,

а также от фармакологических свойств препаратов.

Общепринято подразделять кашель на продуктивный (с мокротой) и непродуктивный (сухой) (табл. 1).

Сухой кашель, как правило, возникает в начале острого респираторного заболевания. У детей раннего и дошкольного возраста непродуктивный кашель часто обусловлен повы-

шенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением «скольжения» слизи по бронхам и при этом недостаточной активностью мерцательного эпителия, а также несостоятельностью сократительного аппарата бронхиол. Немалую роль играет и недостаточность синтеза сурфактанта, особенно выраженная у недоношенных и детей первых месяцев жизни.

Таблица 1

Заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся сухим кашлем [Ревякина В.А., 2006]

| Характер кашля | Заболевание |
|---|--|
| Малопродуктивный, приступообразный | Фарингит, назофарингит, трахеит, дебют бронхиальной астмы |
| Малопродуктивный, грубый, лающий, с афонией или осиплостью голоса | Ларингит, круп, стенозирующий ларинготрахеит |
| Приступообразный | Бронхиальная астма |
| Приступообразный с репризами | Коклюш |
| Сухой | Недостаточность α -антитрипсина, идиопатический фиброз легких |

Особенностью сухого кашля является его упорный, мучительный, навязчивый характер. Кроме того, непродуктивный кашель нередко приводит к возникновению рвоты, боли в груди и одышке; особенно тяжело кашель переносится детьми в ночное время, нарушая их сон. В большинстве случаев сухой кашель через некоторое время (3—4 дня) от начала забо-

левания переходит в продуктивный. Это связано с тем, что в результате воздействия любого повреждающего фактора (как инфекционного, так и неинфекционного) на слизистые оболочки дыхательных путей развивается острое воспаление, при котором число бокаловидных клеток, выделяющих слизистый секрет, увеличивается как минимум в 2 раза.

В случаях когда непродуктивный кашель значительно выражен и ухудшает качество жизни пациента, целесообразно применение противокашлевых (антитуссивных) препаратов.

Противокашлевые средства делятся на препараты центрального и периферического действия, также они могут быть комбинированными (табл. 2).

Противокашлевые препараты с центральным и периферическим механизмом действия

| Препараты центрального действия | | Препараты периферического действия | Препараты комбинированные |
|---|---|---|--|
| Опиоидные | Неопиоидные | | |
| Кодеин, Морфин и др. | Синекод®, Глауwent и др. | Местные анестетики (Лидокаин) Смешанного действия (Либексин) | Солутан, Аскорил, Стоптуссин, Туссин плюс, Бронхолитин и др. |
| Снижают возбудимость кашлевого центра; угнетают дыхание и рефлекс; вызывают атонию кишечника; вызывают привыкание; обладают снотворным эффектом | Обладают противокашлевым и спазмолитическим действиями; не угнетают дыхание, не тормозят моторику желудочно-кишечного тракта, не вызывают привыкания, не влияют на качество сна | Подавляют чувствительность кашлевых рецепторов | |

Опиоидные противокашлевые препараты в педиатрической практике используются крайне редко — из-за возможного угнетения дыхательного центра и риска развития наркотической зависимости. Следует все же отметить, что в ряде случаев данные лекарственные средства могут применяться очень коротким курсом у детей, однако для этого должны быть веские основания: упорный непродуктивный кашель, некупирующийся при использовании других противокашлевых средств (например, кодеин в составе комбинированного препарата Коделак), или для подавления кашлевого рефлекса при проведении бронхографии, бронхоскопии и других хирургических вмешательствах на дыхательных путях.

Для лечения сухого кашля у детей могут быть назначены неопиоидные препараты как центрального действия, подавляющие активность кашлевого центра в продолговатом мозге и обладающие обезболивающим, успокаи-

вающим и слабым спазмолитическим эффектом, так и периферического, оказывающие влияние на афферентный (рецепторы слизистой оболочки дыхательных путей) или эфферентный компоненты кашлевого рефлекса (уменьшают вязкость секрета, активируют кашлевой механизм) либо имеют сочетанное действие.

Если у ребенка на 3–4-й день болезни кашель не стал продуктивным, отхаркивание секрета затруднено, необходимо начать лечение современными синтетическими муколитическими препаратами (амбраксол, ацетилцистеин), действующими на эфферентные компоненты кашлевого рефлекса. Они хорошо разжижают бронхиальный секрет за счет нарушения дисульфидных связей мукополисахаридов мокроты, тем самым разжижая, но не увеличивая ее объем. Кроме того, данные препараты снижают адгезию бактерий на эпителиальных клетках слизистой оболочки бронхов.

В тех же случаях, когда кашель малопродуктивный, не интенсивный и редкий, могут быть использованы различные отхаркивающие препараты (Мукалтин, солодка, эвкалипт). При этом у детей раннего возраста отхаркивающие препараты применять нужно с большой осторожностью, так как избыточная стимуляция рвотного и кашлевого центров может привести к аспирации.

Терапия сухого кашля

Поиск новых базисных субстанций ненаркотических препаратов центрального действия, обладающих наименьшим количеством побочных эффектов, и при этом хорошо устраняющих сухой кашель, привел к созданию синтетического соединения бутамирата цитрата — препарата Синекод® (компания «Новартис Консьюмер Хелс», Швейцария). Синекод® прямо влияет на кашлевой центр, уменьшает

Таблица 3

Режим дозирования препарата Синекод®

| Возраст | Капли (5 мг в 1 мл) | Сироп (15 мг в 10 мл) |
|------------------------|-------------------------|--|
| От 2 месяцев до 1 года | 10 капель 4 раза в день | |
| От 1 года до 3 лет | 15 капель 4 раза в день | |
| От 3 до 6 лет | 25 капель 4 раза в день | |
| От 6 до 12 лет | | 1 чайная ложка (5 мл) 3 раза в день |
| Дети старше 12 лет | | 2 чайные ложки (10 мл) 3 раза в день 1 столовая ложка (15 мл) 3 раза в день |

сопротивление дыхательных путей, улучшает спирометрические показатели и показатели газов крови. Оказывает отхаркивающие, умеренное бронходилатирующее и противовоспалительное действие. Синекод® ни химически, ни фармакологически не относится к алкалоидам опиоя, но его действие сходно с последними: начало — через 30 минут, подавление кашля — в течение 90 минут, продолжительность действия — 6 часов.

Синекод® действует при любом сухом кашле, включая кашель при коклюше, сухом плеврите, а также при подавлении кашля в пред- и послеоперационном периоде, при проведении бронхоскопии и бронхографии, переломе ребер, травме грудной клетки и в случаях, когда имеется угроза аспирации.

Исследование действенности бутамирата цитрата убедительно показало, что он подавляет кашель более эффективно, чем кодеинсодержащие препараты [Germouty J., 1982]. При этом Синекод®, в отличие от опиоидов, не угнетает дыхание, не вызывает привыкания, не влияет на качество сна, не вызывает бронхоспазмов, сухости в бронхах и тошноты, не тормозит моторику ЖКТ.

Препарат хорошо переносится детьми. Побочные явления наблюдаются крайне редко — менее чем в 1% случаев (дерматит, тошнота, диарея) и исчезают при снижении дозы или прекращении приема препарата. Синекод® разрешен к применению у детей с 2-месячного возраста, назначается 3—4 раза в сутки перед едой. Длительность применения не более 3—4 дней. Существуют специальные детские лекарственные формы препарата, удобные для приема и дозирования: капли (используются с 2 месяцев) и сироп (используется с 3 лет). Капли для приема внутрь (20 мл) выпускаются во флаконах из темного стекла и снабжены капельницей-дозатором. Сироп (100 и 200 мл) — во флаконах из темного стекла с полиэтиленовой крышечкой, снабженной системой контроля первого вскрытия, прилагается градуированная мензурка. Капли и сироп содержат в качестве подсластителей сахарин и сорбитол, поэтому могут назначаться больным сахарным диабетом (табл. 3).

Таким образом, в настоящее время в арсенале врачей-педиатров имеются действенные противокашлевые лекарственные средства, рациональное использование которых позволяет существенно повысить эффективность лечения. При этом задачи, стоящие перед практикующим врачом при лечении ребенка с острыми респираторными заболеваниями, при кажущейся простоте и легкости на самом деле требуют не только глубоких знаний патогенеза заболевания, механизмов действия используемых лекарственных средств, но и обязывают в каждом конкретном случае индивидуально подбирать адекватный способ терапии.

Дмитриева Л.В. Синекод® — мощное средство от сухого кашля для детей// Практика педиатра. 2007. Январь. С. 34—36.

МОЩНОЕ СРЕДСТВО ОТ КАШЛЯ

С 2 месяцев*

Синекод®

- Подавляет любой сухой кашель
- Действует быстро и мягко
- Обладает хорошей переносимостью



Новartis Консьюмер Хелс,
Швейцария

NOVARTIS

*Только капли

Оценка эффективности антигистаминного препарата Кларотадин® (лоратадин) у детей с сезонным аллергическим ринитом

В.А. РЕВЯКИНА, Е.Д. КУВШИНОВА, Т.Б. СЕНЦОВА,
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Особое место в терапии аллергического ринита у детей занимают антигистаминные препараты старого и нового поколения. Список антигистаминных средств постоянно расширяется как за счет новых оригинальных препаратов, так и за счет препаратов «генериков». Это явление можно продемонстрировать на примере такого антигистаминного препарата, как лоратадин, который выпускается в настоящее время под 24 различными торговыми названиями.

Возникает правомерный вопрос: как разобраться в таком многообразии антигистаминов-генериков? Для этого необходимы научные исследования. В связи с этим актуальными являются исследования, позволяющие изучить действие антигистаминных средств, особенно антигистаминов-генериков.

Целью данного исследования явилась оценка переносимости антигистаминного препарата лоратадин (Кларотадин, ОАО «АКРИХИН» (Россия) у детей с сезонным аллергическим ринитом. Препарат

относится к химической группе лоратадина, отличающейся высокой избирательной способностью блокировать периферические H1-гистаминовые рецепторы. Он хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, его абсорбция не зависит от приёма пищи. Метаболизируется в печени с образованием активного метаболита дезкарбозетоксилоратадина. Максимальная концентрация лоратадина и его активного метаболита достигается в плазме через 1,3 - 2,5 ч.

Действие препарата начинается через 30 мин после приёма внутрь и продолжается в течение 24 ч. Лоратадин не влияет на психомоторные функции, внимание, работоспособность и умственные способности.

В исследовании, проведённом в период цветения растений, приняли участие 42 ребёнка с сезонным аллергическим ринитом. Диагноз заболевания у наблюдаемых детей был установлен на основании анамнеза, клинических проявлений и результатов аллергологического обследования.

Антигистаминный препарат лоратадин (Кларотадин) был использован у 30 детей (14 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 4 до 17 лет (основная группа). Детям старше 12 лет с массой тела более 30 кг препарат назначался по 10 мг (1 табл.) 1 раз в сут. Детям младше 12 лет — по 5 мг (1/2 табл.) 1 раз в сут.

В группу сравнения вошли 12 детей той же возрастной группы, получающие эндоназально кромоны. Период наблюдения составил 28 дней.

Для комплексной клинической оценки исследуемых групп учитывались следующие признаки.

- Наличие аллергических заболеваний, сопутствующих аллергическому риниту (бронхиальная астма, атопический дерматит, дермато-респираторный синдром).
- Давность заболевания.
- Отягощенность семейного аллергологического анамнеза.
- Триггеры обострения.
- Лечение, предшествующее назначению препарата.

- Данные риноскопического и фарингоскопического исследования до и после применения препарата, объективная оценка функции обоняния.
- Оценка спектра и степени выраженности сенсibilизации по результатам кожного тестирования.

Всем детям проводился клинический осмотр с проведением риноскопии. Регистрировались следующие назальные симптомы аллергического ринита: заложенность носа, ринорея, чихание, зуд в полости носа. Тяжесть симптомов оценивалась по балльной системе до начала и в конце периода лечения (на 28 день) по следующей шкале: 0 баллов — симптомы отсутствуют; 1 балл — симптомы чётко определяются, причиняют минимальное беспокойство и легко переносятся; 2 балла — симптомы чётко определяются, причиняют беспокойство, но переносятся; 3 балла — симптомы трудно переносятся, вызывают нарушения повседневной активности и/или сна. Вычислялся общий индекс выраженности симптомов ринита, представляющий собой сумму баллов (без учёта балла оценки заложенности носа).

Оценка клинической эффективности проводилась по следующим критериям: отличная — исчезновение симптомов аллергического ринита; хорошая — сохранялись некоторые симптомы; удовлетворительная — отмечалось некоторое улучшение, но большинство симптомов сохранялось; а также без эффекта. Окончательная оценка клинической эффективности препарата проводилась врачами родителями пациентов на 7-й и 28-й день лечения (см. табл. 1).

Кроме того, у больных основной группы на основании динамики изменения концентрации эотаксина в сыворотке крови определялась иммунологическая эффективность лечения лоратадином. Согласно современным представлениям, эотаксин представляет собой хемокин, способствующий продвижению эозинофильных лейкоцитов в очаг воспаления, и является специфическим маркером аллергического воспаления.

Переносимость препарата оценивалась как самим пациентом, так и лечащим врачом, наблюдавшим пациента на протяжении всего исследования. Регистрировались все возможные нежелательные

явления, возникающие в ходе исследования.

В основной группе у 23 (76,7%) из 30 больных был отягощенный семейный аллергологический анамнез. Средняя давность заболевания сезонным аллергическим ринитом у наблюдаемых детей составила $3,8 \pm 0,7$ года. У 12 детей основной группы наблюдался изолированный сезонный аллергический ринит. У 18 — сезонному аллергическому риниту сопутствовала бронхиальная астма. По результатам кожного тестирования у 17 (56,7%) детей выявлялась сенсibilизация к пыльце деревьев (берёза, дуб, лещина), у 9 (30,0%) детей — к пыльце луговых и сорных трав (овсяница, тимфеевка, полынь, лебеда и др.). Поливалентная пыльцевая сенсibilизация отмечалась у 4 (13,3%) детей.

Анализ результатов динамического наблюдения за детьми показал эффективность воздействия лоратадина на основные симптомы аллергического ринита (уменьшение выраженности ринореи, зуда в полости носа и чихания). До начала терапии лоратадином, средний балл индекса выраженности симптомов аллергического ринита

Таблица 1. Влияние лоратадина на выраженность каждого симптома сезонного аллергического ринита у детей

| Симптом | Эффект терапии | 7 сут лечения | 28 сут лечения |
|-------------------|--------------------|---------------|--|
| Ринорея | Отличный | 40% | 46,7% |
| | Хороший | 53,3% | 53,3% |
| | Удовлетворительный | 6,7% | 0% |
| | Без эффекта | 0% | 0% |
| Чихание | Отличный | 36,7% | 36,7% |
| | Хороший | 53,3% | 63,3% |
| | Удовлетворительный | 10,0% | 0% |
| | Без эффекта | 0% | 0% |
| Зуд в носу | Отличный | 16,7% | 26,7% |
| | Хороший | 83,3% | 73,3% |
| | Удовлетворительный | 0% | 0% |
| | Без эффекта | 0% | 0% |
| Заложенность носа | Отличный | 0% | Назначены эндоназальные глюкокортикостероиды |
| | Хороший | 3,3% | |
| | Удовлетворительный | 73,3% | |
| | Без эффекта | 23,4% | |

у детей составил $1,84 \pm 0,3$ балла. У 11 (36,7%) детей симптомы аллергического ринита были расценены как лёгкие (средний балл симптомов составил 0,95), у 12 (40,0%) детей — среднетяжёлые (средний балл — 1,8), а у 7 (23,3%) больных — тяжёлые (средний балл — 2,87). На фоне лечения лоратадином чётко прослеживалось уменьшение выраженности каждого симптома сезонного аллергического ринита. Влияние лоратадина на выраженность каждого симптома сезонного аллергического ринита у детей представлена в табл. 1. После лечения лоратадином средний балл индекса выраженности симптомов аллергического ринита у детей значительно уменьшился и составил $0,15 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Однако детям с тяжёлым течением сезонного аллергического ринита дополнительно назначались эндоназальные топические кортикостероидные препараты.

В группе сравнения у детей, имеющих среднетяжелое и тяжёлое течение аллергического ринита, практически отсутствовал положительный эффект от лечения эндоназальными кромонами.

У детей с сезонным аллергическим ринитом было выявлено повышение уровня эотаксина в сыворотке крови до $82,6 \pm 1,1$ пг/мл при норме $28,4 \pm 1,1$ пг/мл, что указывало на интенсивность аллергического процесса с вовлечением эозинофилов. После лечения лоратадином у всех детей основной группы отмечалась тенденция к снижению концентрации эотаксина в сыворотке крови до $76,8 \pm 2,3$ пг/мл ($p < 0,05$).

Проведённое исследование доказало, что применение антигистаминного препарата Кларотадин у детей с сезонным аллергическим ринитом приводит к значительному уменьшению таких симптомов, как ринорея,

чихание, назальный зуд. Наиболее быстро препарат устраняет зуд в полости носа и чихание. **Хорошие и отличные результаты лечения продемонстрированы в 73,3% случаев.** У детей с тяжёлым течением заболевания, при котором превалировала заложенность носа, эффект от применения лоратадина был не столь выраженным, что потребовало добавления к терапии эндоназальных топических кортикостероидов.

Побочных эффектов в виде сонливости, головокружения и других реакций на приём препарата не наблюдалось. В процессе лечения не выявлено каких-либо значимых изменений биохимических показателей крови, характеризующих функциональное состояние печени и почек.

Таким образом, применение препарата Кларотадин целесообразно при сезонном аллергическом рините у детей.



КЛАРОТАДИН®
Аллергию победим!

КЛАРОТАДИН® таблетки 0,01 г
ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО —
H₁-ГИСТАМИНОВАЯ РЕЦЕПТОРОВА БЛОКАТОР Лоратадин
30 ТАБЛЕТОК АКРИХИН

ВЕРХНЯЯ ПРАВОВАЯ РЕКЛАМА

Поддержка Юридической фирмы «Юристы»

аспектах: убежденность, что они действительно вторичные; генез; дифференциальная диагностика (ДД); перспективы трансформации в определяющие и угрожающие.

Респираторные заболевания если не обязательно сопутствуют иммунодефицитам (ИД) и системным иммунным заболеваниям, нередко дебютируют с патологией легких. А при таком аллергическом заболевании, как бронхиальная астма, респираторная симптоматика вообще определяет клиническую картину. Поэтому каждому педиатру нередко приходится исключать иммунные и аллергические заболевания у своих пациентов с респираторной симптоматикой. Успех дифференциально-диагностического поиска во многом определяется умением сформировать оптимальный набор клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования.

Диагностика при подозрении на наличие иммунодефицита

В нашей стране из-за отсутствия соответствующей настороженности врачей правильный диагноз иммунодефицита ставится только у 1–2 больных из 1000. Общая частота клинически значимых форм первичных ИД составляет 1:10 000–12 000 населения. 80% из них проявляются в возрасте до 20 лет. Большинство ИД передаются X-сцепленно, поэтому до

70% больных – мальчики. Но диагноз ИД – диагноз исключения. Прежде чем говорить об иммунодефиците, врач должен вспомнить, что есть масса состояний, которые протекают с внешними проявлениями ИД. Необходимо обратить внимание на возраст и пол пациента, его имущественный и культурный статус, характер питания, условия жизни и работы, алкоголизм, наркоманию, хронические инфекции, социальные инфекции: туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем.

Подавляющее большинство детей с повторной респираторной симптоматикой, доставленных по поводу вероятного иммунодефицитного состояния, имеют так называемую физиологическую склонность к инфекции. Дети первых трех лет жизни могут переносить за год до 8–10 эпизодов лихорадочных респираторных вирусных инфекций. Инфекция завершается за 1–2 недели, не оставляя последствий. Перенесенная инфекция оставляет иммунитет и защищает от реинфекции этим же вирусом. В период между болезнями дети вполне здоровы, растут и развиваются нормально. Вилочковая железа, миндалины, аденоиды, лимфатические узлы в период инфекции увеличиваются в размерах (табл. 1). Причинами частых вирусных инфекций являются начало посещения детских яслей, сада, школы, большое число детей в семье, курение матери.

ТАБЛИЦА 1. Признаки физиологической и патологической склонности к инфекции (по R. Seger, 1999)

| Анамнез, общее состояние, результаты обследования | Физиологическая реакция | Патологические проявления |
|---|------------------------------|---------------------------|
| Общее состояние | Здоров | Хронически больной |
| Задержка роста и развития | Нет | Есть |
| Частота инфекций в семейном анамнезе | Обычная для данной популяции | Повышена |
| Родственный брак | Нет | Да |
| Полиорганная инфекция | Нет | Да |
| Возбудитель нетипичный | Нет | Да |
| Возбудитель персистирует | Нет | Да |
| Осложненное течение инфекции | Нет | Да |
| Выздоровление с дефектом | Нет | Да |
| Предшествующая инфекция защищает от реинфекции | Да | Нет |
| Поствакцинальная инфекция после живых вакцин | Нет | Да |
| Гипоплазия лимфатической ткани (вилочковая железа, миндалины, лимфатические узлы) | Нет | Да |
| Реакция «трансплантат против хозяина» после введения продуктов крови | Нет | Да |



Среди детей дошкольного возраста, наблюдаемых как часто болеющие респираторными вирусными инфекциями, не менее 30–40% составляют дети с бронхиальной астмой легкого течения. Подтверждением этого является то, что большая группа так называемых часто болеющих детей в поликлиническом звене имеет в индивидуальных картах такие записи, как «респираторный аллергоз», «обструктивный бронхит» и т.п. Поэтому при исключении случаев физиологической реакции на инфекцию следует помнить о возможном наличии у ребенка бронхиальной астмы.

Среди детей, имеющих в анамнезе сочетание частых вирусных (8 и более) и бактериальных (два и более в год) инфекций, в большинстве случаев были обнаружены нарушения иммунного статуса. В частности, выявлены дефициты субклассов IgG (IgG1 и IgG3). Однако и в этой группе детей у 23 % обследованных была выявлена не диагностированная ранее бронхиальная астма.

Значительно более серьезную группу составили дети с рецидивирующими (два и более в год) тяжёлыми, затяжными бактериальными инфекциями. Именно в этой группе были обнаружены существенные дефекты иммунитета вплоть до агаммаглобулинемии.

Повторные вирусные инфекции способны у генетически предрасположенных людей вызывать гиперреактивность бронхов. Признаками респираторной аллергии могут являться хронический ринит и кашель как эквивалент астмы. Респираторную аллергию следует исключать при наличии у детей следующих признаков:

- 1) наличие респираторных симптомов НЕ сопровождающих лихорадкой (отделяемое из носа водянистого характера);
- 2) наличие признаков атопии;
- 3) в анамнезе есть указания на ранее перенесенный ребенком атопический дерматит или непереносимость отдельных продуктов питания;
- 4) в семейном анамнезе есть случаи атопического дерматита, экземы, аллергического ринита или астмы;
- 5) ухудшение состояния развивается сезонно или после экспозиции с определенным веществом, растением или животным;
- 6) антибиотики малоэффективны;
- 7) облегчение приносят антигистаминные препараты и бронходилататоры.

Для ИД характерно необычное течение инфекций (высокая частота, затяжное и осложненное течение, наличие оппортунистической инфекции и т.д.). Но возможно необычное течение инфекций без признаков ИД. Необычное течение инфекций без ИД типично для следующих синдромов:

- 1) нарушение кровообращения, в том числе на уровне микроциркуляции; врожденные и приобретенные пороки сердца и магистральных сосудов; тяжелые хронические анемии; сахарный диабет;
- 2) обструкции полых органов: стенозы мочеточника или уретры; бронхиальная астма; бронхоэктазы; мукковисцидоз; синдром нарушенного мерцания ресничек; нарушение проходимости евстахиевой трубы (анатомические вариации, аденоидные вегетации);
- 3) дефекты питания и состояния с потерей белка; стрессы; мальнутриция любого генеза; нефротический синдром; белковотеряющая энтеропатия; экзема; ожоги; переломы больших костей;
- 4) инородные тела: шунты вентрикулярные при гидроцефалии; внутрисосудистые стенты; искусственные клапаны сердца; водители ритма; катетеры в мочевом пузыре; аспирированные или забытые при операциях инородные тела;
- 5) необычная манифестация собственно микробного фактора: рост необычной флоры после ятрогенной элиминации привычных возбудителей; хроническая инфекция устойчивыми микроорганизмами; постоянная реинфекция (употребление зараженных продуктов или воды, пребывание в зараженной атмосфере птичников, зооферм, лабораторий и т.п.; постоянный контакт с человеком или животным, носителями инфекции; контаминированные кондиционеры, ингаляторы и медицинский инвентарий).

Как результат возрастного становления функций иммунной системы, перенесенных заболеваний, медикаментозных вмешательств или по другим причинам могут развиваться приобретенные нарушения иммунитета. Вторичные ИД свойственны недоношенным, маловесным при рождении, здоровым новорожденным. Вторичные ИД могут сопровождать опухоли, многие инфекционные заболевания, травмы, хромосомные аномалии, наследственные и обменные заболевания, действие иммуносупрессивных агентов, проявляться как побочный эффект лекарственных препаратов (табл. 2).



ТАБЛИЦА 2. Характер приобретенных изменений иммунитета при различных состояниях

| Первичное состояние | Клеточный иммунитет | Гуморальный иммунитет | Гранулоциты |
|--|---------------------|---|----------------------------|
| СПИД | Снижен | Снижен (вторично к клеточному) | Гранулоцитопения |
| Корь | Снижен | норма | Норма |
| Эмбриопатия вследствие перенесенной краснухи | Норма | Снижен IgA | Норма |
| Инфекционный мононуклеоз | Снижен | Снижен | Норма |
| Состояние после спленэктомии | Норма | Норма | Снижены |
| Аутоиммунные заболевания | Снижен | Гипериммуноглобулинемия | Гранулоцитопения |
| Лейкемии | Снижен | Снижен | Снижены за счет вытеснения |
| Уремия | Снижен | Не изменен | Снижены |
| Сахарный диабет | Не изменен | Не изменен | Изменен |
| Нефротический синдром | Норма | Снижен за счет потери белка | Норма |
| Ожоги массивные | Снижен | Снижен за счет потери белка | Снижен |
| Энтеропатии | Не изменен | Снижен за счет потери белка | Не изменен |
| Дефицит цинка | Снижен | Норма | Снижен |
| Дефицит селена и жирорастворимых витаминов (А+Е) | Норма | Снижен за счет нарушения образования иммуноглобулинов | Не изменен |
| Кахексия | Снижен | Снижен | Норма или снижен |
| Облучение | Снижен | Снижен | Снижен |
| Стероиды | Снижен | Не изменён | Норма или снижен |
| Фентоин | Норма | блокада синтеза IgA | Норма |
| Метотрексат | Снижен | Не изменён | Снижен |
| Циклофосфамид | Снижен | Снижен | Снижен |
| Противотуберкулезные препараты | Норма | Снижен за счет нарушения образования иммуноглобулинов | Норма |
| Наркоз | Норма | Норма | Снижен |

Наиболее важными отправными пунктами для диагностики и дифференциальной диагностики первичных ИД являются рецидивирующие инфекции, их высокая частота, краткие или вообще отсутствующие бессимптомные промежутки, резистентность инфекции к терапии, необычное течение болезни или необычная инфекция, трудно объяснимые или тяжелые осложнения.

Группа экспертов из Европейского общества по изучению врожденных ИД разработала 10 настора-

живающих признаков первичных иммунодефицитных состояний:

1. Наличие у родственников больного первичных ИД, ранних смертей от тяжелых инфекций.
2. Отставание грудного ребенка в весе и росте.
3. Персистирующая молочница или грибковое поражение кожи в возрасте старше 1 года.
4. Заболевания отитом не менее 6–8 раз за год.
5. Несколько подтвержденных серьезных синуситов (не менее 4–6 раз в течение года).



6. Более двух подтвержденных пневмоний.
7. Повторные глубокие абсцессы кожи и внутренних органов.
8. Потребность в длительной терапии антибиотиками для купирования инфекции (до 2 месяцев или дольше).
9. Потребность во внутривенной антибактериальной терапии для купирования инфекции.
10. Не менее двух таких инфекций, как менингит, остеомиелит, сепсис.

Если у пациента обнаружено два и более только что перечисленных признаков, то диагноз ИД вероятен.

Для правильной диагностики имеют значения данные о возрасте дебюта патологии, общего статуса пациента, преимущественной топической локализации инфекции, ее виде и ответной реакции макроорганизма.

При первичных ИД, кроме В-иммунодефицита, нередко отмечается задержка умственного развития.

Тип инфекции достаточно характерен для определенного вида ИД. Пневмококки и стрептококки излюбленно поражают людей с В-клеточным (антительным) дефицитом. Тяжелые вирусные, грибковые и другие оппортунистические инфекции указывают на Т-клеточный дефицит. Возвратные инфекции грамотрицательной флорой и стафилококками нередко сопровождают детей с нарушенным фагоцитозом, а *Neisseria* – с дефицитом компонентов комплемента (табл. 3, 4). Типирование возбудителя должно строиться непосредственно на его выявлении, так как иммунологические методы в условиях невозможности антительного ответа или клеточной реакции могут дать ложноотрицательные результаты.

ТАБЛИЦА 3. Наиболее вероятный возраст начала заболевания, тип возбудителя и характер ответной реакции в зависимости от типа иммунодефицита (ИД)

| | ИД гуморального звена | Дефекты фагоцитоза | | ИД клеточного звена |
|--------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| | | снижение числа и подвижности нейтрофилов | нарушение киллинга | |
| Возраст начала инфекций | 3–6 мес. | С рождения | С рождения | С рождения |
| Наиболее вероятные возбудители | Капсульные бактерии | Вне- и внутриклеточные возбудители | | Внутриклеточные возбудители и вирусы |
| Реакция макроорганизма | Гнойное воспаление | Язвы, некроз | Абсцесс, гранулема | Без воспаления |
| Локализация | Респираторная система и диссеминированно | Кожа и слизистые, диссеминация | Кожа и слизистые, ретикулоэпителиальная система | Диссеминация |

ТАБЛИЦА 4. Принципиальные клинические проявления синдромов иммунодефицита

| Клинические проявления, пораженные системы и органы | Наиболее вероятные синдромы | |
|--|--|--|
| Кожа | | |
| Позднее (более 3 недель) отпадение пупочного остатка | LAD | |
| Альбинизм | Чедиак–Хигаши синдром, Грисчелли синдром | |
| Телеангиоэктазии | AT | |
| Медленное заживление ран | CGD, G, LAD | |
| Экзема | SCID (OMENN), GvH, WAS, гипер-IgE-синдром, CGD | |
| Гангренозная эктима | G, LAD | |
| Волчаночноподобный дерматит | Дефекты комплемента, CGD | |
| Генерализованное течение ветряной оспы | СПИД, SCID, CID | |



| Клинические проявления, пораженные системы и органы | Наиболее вероятные синдромы | |
|---|---|------|
| Тяжелые повторные абсцессы без манифестной клиники воспаления | Гипер-IgE-синдром | |
| Кожно-слизистый кандидоз | СПИД, CID, SCID | |
| Лимфатические органы | | |
| Гипоплазия вилочковой железы | Ди-Джорджа синдром | |
| Дисплазия вилочковой железы | SCID | SCID |
| Гипоплазия аденоидов, миндалин, лимфатических узлов | SCID, B | |
| Генерализованная лимфаденопатия | СПИД | |
| Абсцессы лимфатических узлов, свищи | SCID | |
| Лимфопролиферация | CID, Fas-дефекты, СПИД | |
| Гепатоспленомегалия | Не специфична | |
| Склерозирующий холангит | CID, гипер-IgM | |
| BCG-ит | СПИД, SCID, CID, дефект рецептора IFN- γ | |
| Лимфопролиферация | CID, Fas-дефекты, СПИД | |
| Гепатоспленомегалия | Не специфична | |
| Склерозирующий холангит | CID, гипер-IgM | |
| BCG-ит | СПИД, SCID, CID, дефект рецептора IFN- γ | |
| Легкие | | |
| Бронхоэктазы | CID, B, AT | |
| Пневматоцеле | Гипер-IgE | |
| Абсцессы, гранулемы | CGD | |
| Желудочно-кишечный тракт | | |
| Стеноз антрального отдела | CGD | |
| Симптоматика хронического колита | CGD | |
| Хроническая диарея | SCID, CID, СПИД | |
| Нарушения развития | Все, кроме B | |
| Костная система | | |
| Характерное лицо | Ди-Джорджа синдром, гипер-IgE | |
| Раннее выпадение зубов | G, LAD | |
| Метафизарная хондродистрофия | Синдромы Швахмана, гипоплазии волос-хряща | |
| Хронический рецидивирующий артрит | B | |
| Центральная нервная система | | |
| Хронический рецидивирующий бактериальный менингит | B | |
| Хронический ЕСНО-вирусный энцефалит | B, SCID, CID | |



| Клинические проявления, пораженные системы и органы | Наиболее вероятные синдромы | |
|---|-----------------------------|--|
| Энцефалопатия | СПИД | |
| Атаксия | АТ | |

Примечания. АТ – атаксия телеангиоэктазия; В – клеточный дефицит, С – дефект комплемента, CGD – септический гранулематоз, CID – комбинированный иммунодефицит, G – гранулоцитопения, GvH – болезнь «трансплантат против хозяина», LAD – дефект адгезии лейкоцитов, SCID – тяжелый комбинированный иммунодефицит, WAS – Вискота–Олдрича синдром.

Клиническое подозрение на наличие синдрома иммунодефицита должно быть подтверждено лабораторно. Диагностику целесообразно проводить поэтапно: скри-

нинговые программы в условиях общего амбулаторно-поликлинического звена или стационара, специальные — в условиях специализированных учреждений (табл. 5).

ТАБЛИЦА 5. Этапная лабораторная диагностика иммунодефицитов

| | Скрининговые исследования | Специализированная диагностика |
|---------------------|---|--|
| В-клеточный дефицит | Размеры лимфатических узлов, аденоидов, миндалин (развитая лимфоидная ткань свидетельствует против диагноза иммунодефицита) | Число В-лейкоцитов |
| | IgA, IgG, IgM ¹ | IgG-субклассы ⁴ |
| | IgG-антитела к столбнячному токсину ² | CD40-лиганды (активированные Т-лимфоциты) ⁸ |
| | IgG-антитела к пневмококкам (как образец ответа на полисахаридный антиген капсулированной флоры) ³ | Анализ мутаций, анализ хромосом |
| Т-клеточный дефицит | Определение размеров вилочковой железы ⁵ | Фенотип Т-клеток |
| | Число лейкоцитов ⁶ | |
| | Кожный тест ⁷ (мульти-тест, столбнячный анатоксин, кандидин) | Спектр цитокинов, рецепторов |
| | Поверхностные маркеры ⁸ (CD3, CD4, CD8, CD16/56, МНС I/II классов) | Анализ активации ⁹ клеток, цитотоксичность (Т-клетки, естественные киллеры). |
| | Анти-ВИЧ-1/2-антитела, подтверждение циркуляции генома ВИЧ-1/2 | Уровень энзимов (аденозиндеаминазы, пури-нуклеозидфосфорилаза). Хромосомный анализ, анализ мутаций |
| Дефекты фагоцитоза | Число нейтрофилов, их морфология ¹⁰ | Электронная микроскопия |
| | Ауто-, аллоантитела | IgG2-рецептор, IFN-γ-рецептор |
| | Морфология костного мозга (арест созревания) | Тест на внутриклеточный киллинг |
| | Хемотаксис | Цитохром b558 |
| | Молекулы адгезии (CD18) | gp 91, p67, p47, p22-phox |
| | Продукция O ₂ ⁻ /H ₂ O ₂ ¹¹ | Анализ мутаций |
| | Общий IgE | IgE-анти-стаф./анти-кандида |
| Дефекты комплемента | CH50 ¹² | Отдельные компоненты комплемента |
| | AP50 ¹² | С-регуляторные протеины |

¹ определение уровня иммуноглобулинов (Ig) является неотъемлемой частью скрининговых исследований, но нет смысла сразу определять уровни IgD и IgE. Результаты надо трактовать осторожно, так как они зависят от возраста. У детей в возрасте до 6 мес. гипогаммаглобулинемия является физиологичной. Например, сывороточный IgA у детей до 1 года может отсутствовать при одновременном наличии s-IgA. Допустимы колебания индивидуального показателя уровня иммуноглобулинов в пределах двух стандартных отклонений от возрастной нормы.



Общий уровень основных иммуноглобулинов (IgA+IgM+IgG)>600 мг/дл, или уровень IgG>400 мг/дл при условии нормального показателя скрининга антител позволяет исключить дефицит антител (гуморальный иммунодефицит). Общий уровень Ig<200 мг/дл свидетельствует о тяжелом дефиците антител. Промежуточные показатели (общий Ig=400–600 мг/дл; IgG=200–400 мг/дл) самостоятельного диагностического значения не имеют. Их необходимо сопоставить с результатами антительного ответа. Дефицит иммуноглобулинов при синдромах потери белка происходит на фоне резкого снижения альбуминов. Функция IgM определяется по титрам изоагглютининов (анти-А и/или анти-В). Все люди, за исключением младенцев младше 6 мес. и обладателей IV группы крови (АВ), имеют естественные антитела в титрах 1:8 (анти-А) или 1:4 (анти-В) или даже выше. Эти антитела к определенным бактериальным полисахаридам отсутствуют, например, при синдромах дефицита IgG2 и Вискота–Олдрича.

² у ранее иммунизированных пациентов надо определить титры антител к антигенам возбудителей столбняка, дифтерии, *Hem. influenzae*, эпидемического паротита, гепатита В. Адекватный антительный ответ (IgG) на один и более антигенов говорит против дефицита антител. Если общий уровень Ig низок (<200 мг/дл) и низок (но не отсутствует!) титр антител к ранее поступавшим антигенам (вакцинации по возрасту), следует определить антительный ответ на стандартные антигены. Для этого определяют титр антител до и через 3–4 недели после введения столбнячного анатоксина или вакцины *H. influenzae* типа В (ответ на белковый антиген), пневмококковой или менингококковой вакцины (ответ на полисахаридный антиген). Нарастание титров менее чем в 4 раза говорит о В-клеточном дефиците. После этого с помощью флюоресцирующих антител методом проточной цитометрии определяют общий пул В-клеток (CD19, CD20). Обычно соответствующие антигены несут 10–20% лимфоцитов периферической крови.

³ хотя капсула *Hem. Influenzae b* является полисахаридной, но за счет конъюгации с белком в вакцине она иммунологически представляет собой белковый антиген. Антитела к полисахаридным антигенам появляются у детей к 1,5–2-летнему возрасту.

⁴ определение 4 субклассов IgG без исследования специфических антител нецелесообразно. Дефицит антител к полисахаридным антигенам возможен и при нормальном уровне IgG2. В то же время дефицит IgG2 обнаруживается у некоторых здоровых. Дефицит субклассов IgG без синдрома иммунодефицита клинического значения не имеет. Уровень субклассов IgG зависит от возраста. Для диагноза ИД субклассов IgG у детей старше 2 лет необходимо: уровень IgG1<250 мг/дл, или IgG2<50 мг/дл, или IgG3<25 мг/дл, или IgG4 не определяется (в сочетании с низкой концентрацией другого подтипа IgG).

⁵ только для детей младшего возраста.

⁶ выраженная и длительная лимфопения может указывать на ИД. Число лейкоцитов должно быть выше 1000/мкл, у детей младше 2 лет >2000. Т-лимфоциты составляют 70% лимфоцитов периферической крови. Лимфопения автоматически означает уменьшение числа Т-лимфоцитов. Но нормальное число лейкоцитов не исключает Т-клеточного дефицита (например, при SCID), так как увеличение числа В-лимфоцитов и NK может «перекрывать» дефицит Т-клеток.

⁷ у новорожденных и детей грудного возраста отрицательный тест на кожную гиперчувствительность может свидетельствовать об отсутствии предшествующего контакта с аллергеном. После 2–3 вакцинаций АКДС (АДС) у 70–98% здоровых детей кожный тест выпадает как положительный. Реакция кожной гиперчувствительности информативна для детей старше двух лет и взрослых. Используют следующие антигены: туберкулин, эпидемический паротит, *Candida* (1:100), столбнячный анатоксин (1:10), *Trichophyton*. Практически все взрослые и большинство иммунизированных детей реагируют на введение антигена образованием в ближайшие 48 часов эритемы и папулы (индурации) диаметром >5 мм. Наличие положительной кожной пробы на 1 антиген и более предполагает сохранную Т-систему. Положительный кожный тест не исключает селективный клеточный ИД (например, дефицит рецепторов IFN-γ).

⁸ определение общего числа Т-лимфоцитов (CD2 и CD3), хелперов/индукторов (CD4), супрессоров/цитотоксических клеток (CD8). При Т-CD4 <500/мкл можно говорить о выраженном ИД. Наряду с этим необходимо определить число естественных киллеров (CD16 и CD56), активированных клеток (CD25), тимоцитов (CD1). Подсчет числа субпопуляций лейкоцитов должен проводиться в абсолютных цифрах на основании определения общего числа лейкоцитов. Для интерпретации необходимо использовать возрастные нормы. Например, число CD4-Т-лейкоцитов увеличивается с рождения до 6 мес., затем резко снижается к 24 мес., после чего медленно понижается до возраста 6–7 лет. Для дифференциальной диагностики Т-клеточного ИД и патологии антигенпрезентирующих клеток исключить дефект экспрессии молекул МНС.

⁹ число лейкоцитов той или иной субпопуляции не является характеристикой их функции. При сохраняющемся подозрении на Т-клеточный дефицит необходимо провести митогенный тест. Возможно использование суперантигена (стафилококковый энтеротоксин В) или смешанной лимфоцитарной культуры аллогенных клеток, облученной 25 Гр. При нормальных показателях и наличии оппортунистических (внутриклеточных) инфекций исключают дисфункцию макрофагов.

¹⁰ для исключения циклической нейтропении определить абсолютное число нейтрофилов 2 раза в неделю на протяжении 6–8 недель.

¹¹ традиционный тест с нитроглубым тетразолием не выявляет частичные дефекты, поэтому необходимы количественные методики определения перекисей. Если и эти методики не выявляют патологических изменений, а клинические подозрения остаются, необходимо изучение неоксидативного пути киллинга.

¹² у новорожденных значения СН50 и АР50 едва достигают половины нормы взрослого.

Таким образом, заключение о частых повторных заболеваниях у ребенка не является диагнозом, а отправной точкой для дифференциально-диагностического поиска. Следует учитывать семейный анамнез, условия жизни ребенка и характеристики его окружения, особенности детского коллектива, вид переносимых ребёнком инфекций. Под маской частых повторных

инфекций с рецидивирующим кашлем может протекать бронхиальная астма.

Скрининговые клинико-лабораторные и инструментальные исследования, позволяющие исключить иммунодефицит или обоснованно направить ребёнка в специализированное учреждение, недорого, не требуют много времени и могут быть выполнены в условиях поликлиники.



ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ

РОСТ, РАЗВИТИЕ, ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ, НОРМАТИВЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Развитие ребенка необходимо учитывать комплексно. Такая оценка реально говорит о пропорциональном развитии (как показателе здоровья) или диспропорциональном развитии (как показателе нездоровья). Но пропорциональность развития для детей является относительным показателем. Ребенку при развитии (и старику при инволюции) свойственна физиологическая дискордантность созревания органов, становления функций, соотношения физических, неврологических, психических показателей.

Например, легкие приобретают привычные нам форму, строение и адекватную функцию к 6–7 году жизни ребенка. Но развитие не носит линейный характер. Так, у ребенка 1 месяца доля воздухоносного пространства в паренхиме составляет 75%, в 5 лет – 86%. Эти изменения происходят за счет углубления воздухоносных полостей, увеличения высоты межальвеолярных перегородок без существенной перестройки паренхимы. Доля капиллярной крови в межальвеолярной перегородке по отношению к общему объему перегородки у новорожденного составляет 12%, у 5-летнего – 37%, у взрослого – 42%. Эти изменения обусловлены созреванием и ростом капилляров. Указанные механизмы оригинальны. Увеличение доли воздухоносного пространства и объема крови в паренхиме легкого идет за счет уменьшения объема тканей. За первый год жизни доля ткани в межальвеолярных перегородках уменьшается с 23 до 14%. Уменьшение доли ткани происходит почти исключительно за счет соединительной ткани: ее доля снижается с 57 до 37%. Число пневмоцитов типов I и II и клеток эндотелия меняется несущественно.

Поздний период роста легкого начинается с 3 лет и длится до завершения роста костных структур грудной клетки. Легкое растет в целом пропорционально общим размерам тела. Исключение составляет только объем крови в капиллярах, который и в позднюю фазу роста

увеличивается с опережающей скоростью (с экспонентой 1,15) и определяет диффузионную способность.

Ребенок рождается с минимальным объемом лимфоидной ткани. Но уже у 10-летнего ребенка лимфоидной ткани в 2 раза (!) больше, чем у 20-летнего крепкого молодого человека. Поэтому при пересчете на длину тела размеры селезенки у ребенка больше, чем у взрослого. Это же касается и лимфатических узлов. Гиперплазия миндалин, выступающих за дужки, гиперплазия аденоидов у детей младшего школьного и препубертатного возраста (безусловно, при отсутствии патологических проявления) является физиологической нормой.

Почки морфологически созревают к 2–3 годам, а функционально — к 7.

Таких примеров можно привести много.

Еще более разительна физиологическая дискордантность физического и психологического развития.

Традиционное фиксирование весоростовых показателей ребенка в виде абсолютных цифр рядом с дневником осмотра не позволяет проследить динамику развития, оценить его пропорциональность, рано выявлять возможные отклонения. Поэтому настоятельной необходимостью должно быть принято использование перцентильных показателей.

Перцентиль – показатель ранговой диспозиции той или иной величины среди общего вариационного ряда (по отношению к 100). Другими словами, перцентиль обозначает, сколько (в процентах) детей данного возраста имеют такой же или более низкий показатель (см. Приложение 1). Например, если длина тела ребенка соответствует 70-й перцентили, то 70% детей данного возраста имеют такой же или более низкий рост. При нормальном распределении, по закону Гаусса, перцентили и стандартное отклонение (σ) соответствуют друг другу. При таком условии одно стандартное отклонение (1σ) соответствует 84-й перцентили. Область значений от 3-й до 97-й перцентили соответствует двум стандартным отклонениям ($\pm 2\sigma$) и охватывает 95% всех вариантов (предельно низкое достоверное значение; $p < 0,05$). Область значений от 1-й до 99-й перцентили соответствует 3 стандартным отклонениям ($\pm 3\sigma$) и охватывает 99% нормальных значений ($p < 0,01$). Если показатели роста, веса, окружности головы и т.д. отклоняются более чем на 3,5 стандартного отклонения, это свидетельствует о патологии. Дети, чьи показатели физического развития

продолжение на с. 241 ▶



Кальций и его роль в развитии ребенка

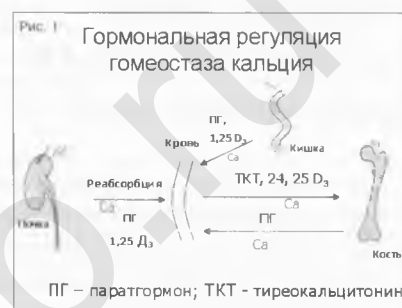
И.Я. КОНЬ, доктор медицинских наук, профессор,
Н.М. ШИЛИНА, кандидат биологических наук ГУ НИИ питания РАМН, г. Москва

Кальций является одним из важнейших компонентов пищевого рациона человека, достаточное поступление которого с пищей является одним из необходимых условий поддержания нормальной жизнедеятельности организма, особенно в детском возрасте.

Общеизвестно, что биологическая роль кальция связана с его необходимостью для построения костной и хрящевой ткани и зубов. Однако, никоим образом не умаляя ключевой роли кальция в этих процессах, необходимо подчеркнуть, что физиологические функции кальция значительно шире. Это положение иллюстрирует предложенная нами таблица 1. Как видно из таблицы, кальций необходим для таких ключевых физиологических процессов как реализация действия гормонов, клеточный рост и дифференцировка, мышечное сокращение, в том числе сердечной мышцы,

проведение нервных импульсов, свертывание крови и др. В этой же таблице мы попытались указать на связь механизмов действия кальция на уровне клеток с его действием на уровне тканей и целостного организма. Не останавливаясь подробно на всех эффектах кальция, проиллюстрируем некоторые из них.

В первую очередь следует упомянуть о роли кальция как вторичного (или третичного) мессенджера («посредника») в реализации внутриклеточного действия большинства гормонов, включая паращитовидную железу и др. Эти эффекты кальция заключаются в том, что он совместно с циклическим аденозинмонофосфатом (ц-АМФ), образующимся в результате взаимодействия гормонов с соответствующими рецепторами клеточных мембран, инициирует реакции так называемого метаболического каскада. Под этим термином понимают по-



следовательную цепь реакций активации ферментов в результате их фосфорилирования активными (фосфорилированными) формами протеинкиназ. Реализация каскада этих реакций ведет к многократному (в тысячи и более раз) усилению первичного эффекта. Классическим примером таких реакций является каскад реакций, приводящих к мобилизации глюкозы из гликогена под влиянием гормона мозгового слоя надпочечников — адреналина.

Значение кальция для клеточного роста и дифференцировки органов и тканей (таблица 1)

| На уровне тканей и целостного организма | На уровне клеток и тканей |
|---|--|
| Поддержание структуры костной ткани и зубов | ← Синтез оксиапатита костей и дентина зубов |
| Реализация действия гормонов (катехоламинов, кортикостероидов, паратиреоидного гормона и др.) | ← Участие (совместно с цАМФ) в инициации реакций метаболического каскада, ведущих к мобилизации глюкозы из гликогена (роль внутриклеточного регулятора или «посредника») |
| Клеточная пролиферация и дифференцировка | ← Участие в формировании и функционировании межклеточных контактов и регуляции клеточного цикла |
| Мышечное сокращение, включая работу сердечной мышцы | ← Активация АТФазы саркоплазматического ретикулула |
| Проведение нервных импульсов | ← Участие в поддержании электрохимического потенциала покоя в клетке |
| Свертывание крови | ← Активация ряда факторов свертывания крови |

обусловлено его участием в формировании межклеточных контактов, а также в регуляции клеточного цикла, связанной с выходом кальция из митохондрий и других субклеточных структур и изменением его концентрации в цитоплазме.

Необходимость кальция для сокращения сердечной и скелетных мышц объясняется активацией им АТФ-аз саркоплазматического ретикулума и расщеплением АТФ, энергия макроэргических связей которой используется для инициации мышечного сокращения. Наконец, такой ключевой физиологический процесс, как проведение нервных импульсов, в значительной мере связан с участием кальция в поддержании электрохимического потенциала клетки, возникающего вследствие выкачивания ионов натрия из клетки и поступления в клетку ионов калия (рис. 2). При этом величина электрохимического потенциала покоя составляет около 90 мВ. Нарушение мембраностабилизирующей функции кальция ведет к падению потенциала с 90 мВ до 20 мВ и возникновению потенциала действия, что и лежит в основе повышения возбудимости нейронов и проведения нервного импульса.

Число подобных примеров, свидетельствующих об участии кальция в реализации важнейших физиологических процессов как на клеточном уровне, так и на уровне целостного организма, можно было бы значительно увеличить. Столь широкие физиологические функции кальция предопределяют значительные нарушения жизнедеятельности, возникающие как при недостаточном, так и при избыточном поступлении кальция в организм. К наиболее распространенным патологическим состояниям, связанным с дефицитом или

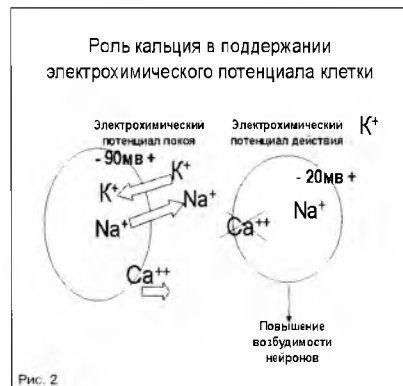
избытком кальция, могут быть отнесены такие широко распространенные болезни детского возраста, как остеопороз, сопряженный с повышенным риском переломов костей и других травм опорно-двигательного аппарата; рахит, являющийся и до настоящего времени серьезной проблемой детей раннего возраста; кариес, частота которого весьма значительна среди детей дошкольного и школьного возраста. В литературе имеется также ряд указаний на возможную связь повышения артериального давления с недостаточным потреблением кальция с пищей. В то же время избыток кальция является одним из факторов, ухудшающих течение атеросклероза и вызывающих тяжелые нарушения почечной функции вследствие кальциноза артерий и почечных канальцев.

Примечательно, что ключевая роль кальция в регуляции многих внутриклеточных процессов лежит в основе создания серии фармакологических препаратов и, в частности, β -адреномиметиков, применяемых в качестве ведущих фармакологических средств у лиц с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом, и блокаторов кальциевых каналов, широко используемых в лечении гипертонической болезни и нарушений сердечного ритма.

Очевидно, что многосторонние физиологические эффекты кальция требуют обеспечения эффективной регуляции его уровня в организме. В частности, уровень кальция в крови, наряду с уровнем сахара (глюкозы) и рН крови, принадлежит к числу наиболее жестко гомеостатируемых констант человеческого организма. Концентрация кальция в крови здоровых детей составляет в норме 9,5 — 10,5 мг/100 мл. Значительную

часть общего кальция составляет при этом его свободная (ионизированная) фракция, которая и является функционально наиболее значимой. Снижение уровня ионизированного кальция ниже 0,6 — 0,7 ммоль/л ведет к нарушению минерализации костей, снижению мышечного тонуса, повышению возбудимости двигательных нейронов, повышению риска возникновения судорог.

Поддержание постоянного уровня кальция в крови связано с его поступлением с пищей, мобилизацией из костей, зубов и других органов и тканей и реабсорбцией в почечных канальцах (рис. 1). В то же время удаление кальция из крови происходит вследствие его выхода из кровотока в ткани и экскреции с калом, а также в небольших количествах с мочой (рис. 1). Эти процессы находятся под жестким гормональным контролем, основные звенья которого изображены на рис. 3. Как видно из рисунка, всасывание кальция из кишечника ускоряется под влиянием паратиреоидного гормона и гормонально активного метаболита витамина D — 1,25-дигидроксикальциферола. Эти же факторы ускоряют реабсорбцию кальция из почечных канальцев. В то же время при недостаточном поступлении кальция в кровь с помощью указанных выше путей поддержание необходимого уровня кальция в крови достигается



за счет мобилизации кальция из костей, которому способствует паратиреоидный гормон. Напротив, повышению содержания кальция в костях, при его достаточном поступлении с пищей и адекватном уровне в крови, способствует тиреокальцитонин и другая гормонально активная форма витамина D — 24, 25-дигидроксикальциферол. Рассмотренные пути метаболизма кальция в организме и его регуляции объясняют необходимость постоянного и достаточного поступления кальция с пищей, поскольку в противном случае необходимый уровень кальция в крови достигается за счет его мобилизации из костной ткани, что и приводит к явлениям остеопении и остеопороза. Таким образом, достаточное поступление кальция с пищей является одним из ключевых факторов, обеспечивающих поддержание уровня кальция в крови и минерализацию костной ткани и зубов.

Недостаточное же потребление кальция в детском и подростковом возрасте нарушает нормальное развитие скелета и препятствует достижению оптимальной, генетически предопределенной пиковой массы и плотности костей, существен-

но увеличивая тем самым риск и тяжесть последующего развития остеопороза. Установлено, что недостаточное потребление кальция в раннем возрасте может приводить к уменьшению пиковой массы костей на 5–10%, что увеличивает вероятность частоты перелома шейки бедра в последующей жизни на 50%.

Показано также, что повышенное потребление кальция в подростковом возрасте способствует достижению более высокой пиковой костной массы и профилактике будущих переломов. Подтверждение этому приводится в исследовании парmonozygotных близнецов 6–14 лет в США, в котором было показано, что у детей, в течение 3 лет получавших дополнительно к базовому рациону, содержащему 900 мг кальция, 700 мг кальция в день, минеральная плотность костей была существенно выше, чем у их близнецов, получавших тот же рацион, но без добавки кальция.

Данные о рекомендуемых в РФ нормах потребности детей и взрослых в кальции приведены в таблице 2. Как видно из таблицы 2, потребность в кальции особенно велика в периоды усиленного

роста детей, а также у беременных и кормящих женщин, за счет мобилизации кальция из организма матери к плоду. Таким образом, дети и подростки должны получать ежедневно от 800 до 1200 мг кальция в сутки, а беременные и кормящие женщины до 1500 мг кальция.

Данные о содержании кальция в важнейших продуктах питания приведены в таблице 3. Как видно из таблицы, кальций содержится во многих продуктах питания. Однако его уровень в большинстве продуктов (мясе, рыбе, крупах, овощах, фруктах и др.) невелик и колеблется от 10 до 50 мг/100 г. Наиболее высоким содержанием кальция характеризуются молоко и молочные продукты, которые и являются его основными, пищевыми источниками.

В частности, как видно из таблицы 4, стакан молока или 30 г сыра могут обеспечить до 30 % от суточной потребности в кальции детей 4–6 лет. Несколько меньший вклад (до 15%) могут обеспечить 100 г творога, причем дополнительное обогащение творога кальцием повышает степень удовлетворения физиологической потребности в этом нутриенте до 24% (табл. 4).

Таблица 2. Физиологические нормы потребности детей и взрослых в кальции*

| Возраст | Рекомендуемые в РФ нормы потребности в кальции, мг/сутки |
|--------------------|--|
| 0-3 мес | 400 |
| 4-6 мес | 500 |
| 7-9 мес | 600 |
| 10-12 мес | 600 |
| 1-3 года | 800 |
| 4-6 лет | 900-1000 |
| 7-10 лет | 1100 |
| 11-17 лет | 1200 |
| 25-50 лет | 1000 |
| Беременные женщины | 1100 - 1500 |
| Кормящие женщины | 1200 |

* См.: Физиологические нормы потребности в пищевых веществах и энергии. М., 1991.

Таблица 3. Содержание кальция в основных продуктах питания

| Продукты | Содержание кальция, мг/100 г | Количество продукта, содержащее 800-1200 мг кальция |
|-------------------------|------------------------------|---|
| Молоко, кефир, 3,2% | 120 | 650-1000 мл |
| Йогурт, 3,2% | 119-122 | 650-1000 мл |
| Сметана, 10% | 90 | 1000-1300 г |
| Творог, 9% | 164 | 500-730 г |
| Сыр твердый | 1000 | 100-120 г |
| Бобовые (горох, фасоль) | 115-150 | 500-1200 г |
| Шоколад молочный | 150-215 | 500 г |
| Овощи, ягоды, фрукты | 20-50 | 1,5-6 кг |
| Мясо | 10-20 | 4-12 кг |
| Рыба | 20-50 | 1,5-6 кг |
| Соя | 300 | 250-350 г |
| Хлеб | 20-40 | 2-6 кг |

Необходимо отметить, что для адекватного обеспечения организма кальцием важно не только достаточное поступление его с пищей, но и эффективное усвоение из пищевых продуктов в желудочно-кишечном тракте.

Факторами, улучшающими всасывание кальция в тонком кишечнике, являются:

- достаточное обеспечение организма витамином D;
- оптимальное соотношение кальция и фосфора (2:1-1,5:1), препятствующее образованию нерастворимого трехосновного фосфата кальция);
- оптимальное соотношение кальция и жиров (0,04-0,08 г кальция на 1 г жира); при избытке жира в пище образуются нерас-

творимые и плохо растворимые и плохо всасывающиеся кальциевые мыла, что способствует потере с калом значительного количества кальция);



— низкая кислотность кишечного содержимого; снижение pH

препятствует образованию нерастворимых кальциевых комплексов; — лактоза молока, которая, подвергаясь сбраживанию, поддерживает в кишечнике низкие значения pH, что препятствует образованию нерастворимых фосфорно-кальциевых солей.

В то же время целый ряд алиментарных факторов способен существенно снизить всасывание кальция в кишечнике, вследствие образования плохо растворимых комплексов с кальцием. К их числу относятся растительные волокна; фитин, входящий в состав зерновых продуктов; фосфаты, которыми богаты мясо и рыба; щавелевая кислота, содержащаяся в больших количествах в щавеле, шпинате, какао и шоколаде.

Таблица 4. Вклад некоторых продуктов питания в удовлетворение физиологической потребности в кальции (1000 мг/сут)

| Продукт | Содержание кальция, мг | % удовлетворения физиологической потребности |
|---|------------------------|--|
| 200 мл молока | 240 | 24% |
| 30 г сыра | 300 | 30% |
| 100 г творога | 150 | 15% |
| 100 г творога «Растишка», обогащенного кальцием | 180 | 18% |
| 100 г говядины | 10 | 1% |
| 200 г картофеля | 20 | 2% |

Использование пробиотических продуктов в функциональном питании детей

Д.В. УСЕНКО, к.м.н., ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

Одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на развитие ребенка, его здоровье, обеспечение оптимального уровня физического и интеллектуального развития, является питание. Благодаря фундаментальным исследованиям отечественных ученых в последние годы была разработана концепция оптимального (здорового) питания, под которым понимается употребление в пищу таких пищевых субстанций, которые в максимальной степени удовлетворяют потребности человека в энергетических, пластических и регуляторных соединениях, что позволяет поддерживать здоровье и предотвращать возможность возникновения каких-либо острых и хронических заболеваний. В качестве одного из ключевых элементов данной концепции выступают продукты функционального питания.

Согласно современным представлениям, под «функциональным» питанием понимают такое питание, которое оказывает положительное воздействие на одну или несколько основных функций организма, превышающее обычный питательный эффект, приводя либо к улучшению состояния здоровья, либо к снижению риска возникновения различных заболеваний. Активная разработка концепции функционального питания началась в Европе лишь с середины

90-х годов. Из всего разнообразия продуктов «функционального питания» внимание исследователей в последние годы привлекают в первую очередь пробиотические продукты.

Основой для пробиотических продуктов являются традиционные кисломолочные продукты, обогащенные штаммами пробиотических микроорганизмов — преимущественно бифидобактерий (*Bifidobacterium longum*, *B. breve*, *B. infantis*, *B. bifidum*, *B. adolescentis*, *B. animalis*) и лактобактерий (*Lactobacillus rhamnosus*, *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *L. gasseri*). Общая стратегия при создании данных продуктов направлена прежде всего на обеспечение постоянного присутствия в конкретном биотопе (ротовая полость, кишечник и др.) достаточного количества пробиотических микроорганизмов, предотвращающих проникновение патогенных бактерий, а также на восполнение физиологической потребности организма в отдельных биологически активных веществах.

Использование молочнокислых бактерий в качестве закваски для кисломолочных продуктов позволяет формировать у последних высокую антагонистическую активность против возбудителей желудочно-кишечных заболеваний

и придает продуктам повышенную биологическую активность. Антагонистическая активность лактобактерий обусловлена продукцией бактериоцинов, лизоцима, органических кислот, перекиси водорода, а также конкуренцией за сайты прикрепления на слизистой оболочке различных отделов желудочно-кишечного тракта. Кроме того, антимикробным действием обладают специфические продукты обмена этих бактерий, идентифицированные как полипептидные соединения.

На сегодняшний день можно выделить ряд доказанных эффектов пробиотических продуктов:

- уменьшение выраженности симптомов непереносимости лактозы за счет активности бактериальной β -галактозидазы;
- положительное влияние на кишечную микрофлору вследствие регуляции состава микрофлоры, снижения продукции токсических метаболитов, конкуренции за пищевые субстраты, выработки антибактериальных веществ;
- профилактика инфекций желудочно-кишечного тракта, обусловленная стимуляцией системы секреторного иммунного ответа, конкурентным исключением патогенных микроорганизмов, защитой сли-

зистой оболочки кишечника и предупреждением адгезии патогенных микроорганизмов, стимуляцией продукции муцина путем активации гена MUC-3;

- воздействие на иммунную систему путем повышения фагоцитарной активности клеток лейкоцитов, стимуляции продукции IgA, пролиферации интраэпителиальных лимфоцитов, усиления антигенспецифического иммунного ответа, регуляции Th1/Th2-баланса и синтеза цитокинов;
- изменение аллергической реактивности в результате восстановления гомеостаза иммунной системы, регуляции синтеза цитокинов, предотвращения транслокации антигенов в кровь и ослабления аллергии к коровьему молоку;
- профилактика канцерогенеза и роста опухолей, обусловленная снижением мутагенности фекальных масс, разрушением канцерогенов, изменением активности кишечной микрофлоры;
- снижение уровня холестерина, антиоксидантное действие;
- купирование инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*, вследствие конкурентного исключения, продукции молочной кислоты и антимикробных веществ;
- регуляция моторики кишечника.

Среди всего разнообразия пробиотических продуктов питания, представленных на нашем рынке, одним из наиболее изученных является кисломолочный продукт Actimel компании Данон, содержащий штамм *Lactobacillus casei* DN-114001.

В качестве демонстрации профилактического эффекта применения пробиотического продукта Actimel можно привести много-

центровое исследование, проведенное Pedone C.A. et al. в 2000 г. Оценивалось влияние его регулярного употребления на частоту острых диарей у детей. В исследовании принимали участие 928 детей в возрасте от 6 до 24 месяцев. В первую группу, получавшую Actimel, были включены 463 ребенка, во вторую, получавшую традиционный йогурт, — 465 детей. В течение 12-недельного периода употребления изучаемых продуктов, число детей перенесших ОКИ, было значительно ниже в группе, получавшей Actimel (15,9%), чем в группе, получавшей йогурт (22%) ($p=0,029$). Кроме этого, после 12 недель исследования, количество детей, у которых обнаруживали антиген ротавируса в кале, уменьшилось с 5,21% до 0,29% в 1 группе, что достоверно более значимо, чем во 2 группе – с 4,81% до 2,2%. Также отмечалось повышение уровня лактобактерий в микрофлоре толстой кишки, однако в группе, получавшей Actimel, оно было более выражено (у 48,44% детей лактобактерии определялись в количестве $>10^6$ КОЕ/г), чем среди употреблявших йогурт (у 28,47%). В данном исследовании показан профилактический эффект регулярного употребления Actimel в отношении кишечных инфекций у детей и его положительное влияние на микрофлору толстого кишечника.

Несмотря на то что пробиотические продукты не являются лекарственными препаратами, целесообразность их использования в клинической практике находит все больше и больше подтверждений. Так, в двойном слепом рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании, проведенном под эгидой «Институт Данон» (Россия) в 2004 г. в Москве, оценивалась клиническая эффективность пробиотического штамма *Lactobacillus casei* DN-114001, в составе кисломо-

лочного продукта, в лечении ОКИ у 30 детей. В группу сравнения были включены 30 детей аналогичного возраста и формы заболевания, получавших продукт-плацебо (традиционный кисломолочный продукт без пробиотической добавки). Было установлено, что включение в терапию основной группы детей пробиотического продукта, содержащего *L.casei* DN-114001, с первых дней заболевания сопровождалось статистически достоверно более быстрым купированием симптомов интоксикации ($p = 0,035$) и анорексии ($p = 0,008$). Также достоверно сокращалась длительность диареи ($3,08 \pm 0,25$ сут и $4,33 \pm 0,39$ сут, $p = 0,048$). Положительные изменения в составе фекальной микрофлоры характеризовались повышением уровня лактобактерий (с $6,43 \pm 1,8$ до $7,34 \pm 1,74$ lgКОЕ/г, $p=0,026$) и бифидобактерий (с $8,4 \pm 1,62$ до $8,94 \pm 1,09$ lgКОЕ/г, $p=0,088$). Снижение уровней стафилококков наблюдалось у 26,7% (с $5,25 \pm 1,15$ lgКОЕ/г до $4,67 \pm 0,46$ lgКОЕ/г), грибов рода *Candida* у 16,6% больных. Были получены данные о возможном иммуномодулирующем эффекте пробиотического штамма *L.casei* DN-114001, что подтверждается статистически достоверным нарастанием уровня IgA (с $53,42 \pm 5,18$ до $79,3 \pm 11,3$ мкг/мл, $p < 0,05$) в слюне детей основной группы, а также тенденцией к повышению уровня секреторного IgA у этих же больных (с $185,1 \pm 32,65$ до $202,8 \pm 35,2$ мкг/мл). В группе сравнения данные показатели существенного не изменялись.

Таким образом, сегодня можно уверенно сказать, что использование пробиотических продуктов является перспективным методом поддержания и восстановления микробиоценоза желудочно-кишечного тракта, что расширяет возможности профилактики и лечения ряда социально значимых заболеваний детей.

ЙОД: биологическая роль и обмен йода. Источники йода и методы профилактики его дефицита

Е.А. ТРОШИНА, д.м.н., профессор, Н.М. ПЛАТОНОВА к.м.н.,
ФГУ «Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий», Москва

Йод принадлежит к жизненно важным микроэлементам, без которых невозможно нормальное функционирование человеческого организма. Суточная потребность в нем составляет 100 – 200 мкг. Однако заболевания, обусловленные недостатком поступления йода и его низким уровнем в окружающей среде, являются серьезной медико-социальной проблемой во многих регионах мира в связи с высокой распространенностью и широким спектром клинических проявлений и последствий. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, 1,5 млрд. людей на нашей планете имеют риск развития йододефицитных заболеваний по причине недостаточного потребления йода, 655 млн. имеют эндемический зоб, более 40 млн. человек страдают умственной

отсталостью вследствие дефицита йода, а у 30 млн. имеется кретинизм, обусловленный дефицитом йода.

Биологическая роль и обмен йода

Основное биологическое значение йода заключается в том, что он является структурным компонентом гормонов щитовидной железы: тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), которые определяют активность течения практически всех метаболических процессов в организме. Тиреоидные гормоны (ТГ) обладают широким спектром действия: обеспечивают нормальный энергетический обмен, стимулируют синтез белка, участвуют в углеводном обмене, обеспечивают комплекс адаптационных реакций, контролируют процессы роста и созревания костного скелета.

Они играют важную роль в жизнедеятельности человека любого возраста, но особенно в период внутриутробной и ранней постнатальной жизни.

Исключительно важное значение ТГ имеют для закладки и созревания мозга, формирования интеллекта. На ранних этапах внутриутробной жизни под влиянием ТГ закладываются и формируются основные церебральные функции. Дефицит ТГ на любом этапе формирования мозга оборачивается трагедией: мозг останавливается в развитии, подвергается дегенеративным изменениям, которые ухудшают интеллектуальные и двигательные функции у человека. Но и после рождения ребенка значения ТГ в развитии его головного мозга и становлении познавательных функций отнюдь не уменьшается; напротив тиреоидные гормоны игра-

ют очень важную роль в течение первых 2-3 лет постнатального развития.

Таким образом, дефицит йода является доказанным фактором риска нарушения развития плода. Самое тяжелое последствие дефицита йода в перинатальном периоде – это эндемический кретинизм – крайняя степень задержки умственного и физического развития.

Дефицит йода во время беременности пагубно отражается и на здоровье женщины. Физиологическим следствием гормональных изменений в организме во время беременности является значительная стимуляция функции щитовидной железы. При достаточном употреблении йода эта физиологическая адаптация будет легко достижима. Но в условиях дефицита йода резервные возможности щитовидной железы снижены, и увеличение продукции гормонов не всегда адекватно обеспечивает потребности организма. Поэтому еще одним неблагоприятным последствием йодного дефицита является формирование у беременной диффузного или узлового зоба.

Хронический дефицит йода лежит в основе многих заболеваний щитовидной железы, нередко требующих хирургического вмешательства у людей любого возраста и пола.

Ежедневная физиологическая потребность в йоде зависит от возраста и физиологического состояния человека и составляет в среднем 150 – 250 мкг в сутки.

Обмен йода в организме человека

Основными природными источниками йода для человека являются продукты растительного и животного происхождения, питьевая вода, воздух.

Геологические процессы привели к тому, что большая часть природных запасов йода сконцентрировалась в морской воде, а значительная часть суши и пресные воды обеднены йодом. Недостаток йода в почве приводит к снижению содержания йода в продуктах питания, в результате жители многих стран испытывают хронический дефицит данного микроэлемента.

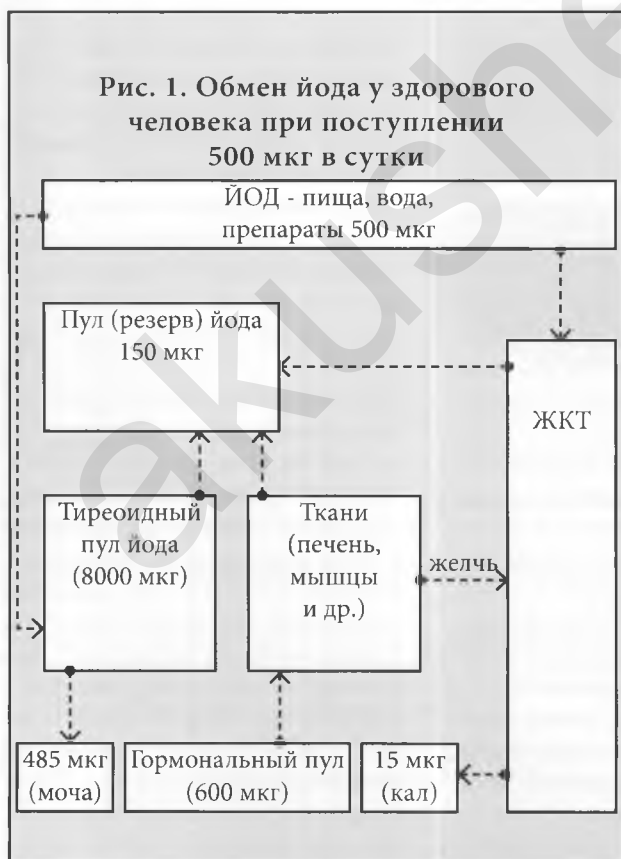
В организм йод попадает как в неорганической, так и в органической форме. В желудочно-кишечном тракте органический «носитель» йода гидролизуется, и йод, связанный с аминокислотами, поступает в кровь.

Йод избирательно накапливается в щитовидной железе, где проходит сложный путь превращений и становится составной частью тиреоидных гормонов: тироксина и трийодтиронина. Активный транспорт неорганического йода в щитовидной железе происходит при участии йодиднатриевого симпортера и АТФ и регулируется потребностью организма в йоде. Выведение йода из организма осуществляется через почки (80–90%) и с калом (10–15%).

В организме здорового человека содержится около 15–20 мг йода, из которых 70–80% находится в щитовидной железе (ЩЖ). Ежедневно ЩЖ при достаточном поступлении йода секретирует 90–110 мкг тироксина и 5–10 мкг трийодтиронина.

Главным стимулятором синтеза и секреции тиреоидных гормонов является тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ). Регуляция секреции ТТГ осуществляется при помощи механизма обратной связи и тесно связана с уровнем тироксина и трийодтиронина в крови. Обмен йода у здорового человека представлен на рис. 1.

Дефицит йода приводит к характерным изменениям гормонального профиля: прежде всего, отмечается снижение уровня Т4, при этом уровень Т3 долгое время остается в пределах нормальных значений, так что клинически диагностируется эутиреоидное состояние. Только при тяжелом и длительном воздействии йод-



ного дефицита наблюдаются снижение Т3. Таким образом, поскольку достаточный уровень циркулирующего Т4 является решающим для развития и функционирования нервной системы, в условиях умеренного йодного дефицита даже при отсутствии клинических признаков гипотиреоидного состояния ЦНС уже испытывает состояние «тиреоидного голода». При дефиците тиреоидных гормонов у плода наблюдается уменьшение массы головного мозга и содержания в нем ДНК, а также ряд гистологических изменений, что приводит к нарушению развития центральной нервной системы и формированию умственной отсталости.

Йододефицитные заболевания

Йододефицитными заболеваниями (ЙДЗ) называются все патологические состояния, развивающиеся в популяции в результате дефицита йода в питании, которые могут быть

предотвращены при нормальном потреблении йода (табл. 1).

Недостаточность поступления йода в организм приводит к разрыву цепи последовательных приспособительных процессов, направленных на поддержание нормального синтеза и секреции гормонов щитовидной железы. Но если дефицит йода сохраняется достаточно долго, то происходит срыв механизмов адаптации с последующим развитием ЙДЗ.

По определению все йододефицитные заболевания могут быть предотвращены, тогда как изменения, вызванные нехваткой йода на этапе внутриутробного развития и в раннем детском возрасте, являются необратимыми и практически не поддаются лечению и реабилитации.

Поэтому группы населения, которые в первую очередь подвергаются риску развития наиболее тяжелых йододефицитных заболеваний, требуют особого внимания. Такими группами максимального риска являются женщины в период беременности

и грудного вскармливания, а также новорожденные и дети.

Источники йода и методы профилактики его дефицита

Представления о роли йодного обеспечения в формировании здорового ребенка позволили сформулировать рекомендации по нормативам физиологического потребления йода человеком в различные возрастные периоды.

Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие нормы ежедневного потребления, предложенные ВОЗ (Международный совет по контролю за йод – дефицитными заболеваниями, Женева (2001):

- 90 мкг для детей 0—5 лет;
- 120 мкг для детей школьного возраста (от 6 до 12 лет);
- 150 мкг для подростков и взрослых (от 12 лет и старше);
- 200 мкг для беременных и кормящих женщин.

Основным природным источником йода для человека яв-

Таблица 1. Спектр йододефицитной патологии (ВОЗ, 2001)

| | |
|-----------------------|--|
| Внутриутробный период | Аборты Мертворождение Врожденные аномалии Повышение перинатальной смертности Повышение детской смертности Неврологический кретинизм (умственная отсталость, глухонмота, косоглазие) Микседематозный кретинизм (умственная отсталость, гипотиреоз, карликовость) Психомоторные нарушения |
| Новорожденные | Неонатальный гипотиреоз |
| Дети и подростки | Нарушения умственного и физического развития |
| Взрослые | Зоб и его осложнения Йодиндуцированный тиреотоксикоз |
| Все возраста | Зоб Гипотиреоз Нарушения когнитивной функции Повышение поглощения радиоактивного йода при ядерных катастрофах |

Таблица 2. Содержание микронутриентов в кисломолочных продуктах «Растишка»

| Микронутриент | Нормы физиологической потребности детей 4—6 лет | Уровень микронутриентов в продуктах «Растишка» на 100 г продукта | Степень удовлетворения потребности детей 4—6 лет, % |
|---------------|---|--|---|
| Йод | 90 мкг | 10,5 | 15 |
| Кальций | 900 | 180 | 20 |
| Витамин D, МЕ | 100 | 15 | 15 |

ляются продукты растительно-го и животного происхождения. Наиболее высокая концентрация йода присутствует в морской рыбе и морепродуктах – 800 – 1000 мкг/100 г, особенно богаты йодом морские водоросли (от 5000 до 900000 мкг/кг). Содержание йода в таких распространенных продуктах питания, как молоко, яйца, мясо, зерновые, овощи, зависит от уровня йода в почве, и поэтому в йододефицитных районах они не могут служить источниками достаточного поступления этого микроэлемента в организм.

Возможность коррекции йодного дефицита с помощью пищевых продуктов характеризует перечень продуктов питания, являющихся носителями высоких концентраций йода. К ним относят йодированную соль и продукты, обогащенные йодом, в частности йодированный хлеб, молочно-кислые продукты, адаптированные молочные смеси для детей. В условиях, когда для устранения и профилактики дефицита, эссенциальных микронутриентов у детей активно используется включение в рацион продуктов, обогащенных данными микронутриентами, молоко и кисломолочные продукты играют важную роль. Они идеально отвечают требованиям к созданию обогащенных продуктов питания – присутствуют в достаточных количествах в повседневном рационе пита-

ния и могут обогащаться без ухудшения органолептических свойств. При этом обогащение продуктов для детей должно обеспечивать 10-30% суточной потребности в этих нутриентах при употреблении 1 порции продукта и учитывать возможные негативные эффекты их передозировки, а также изменение органолептических свойств. Так, например, включение в рацион питания детей дошкольного и школьного возраста сбалансированных кисломолочных продуктов «Растишка», обогащенных важными микронутриентами (йодом, кальцием, витамином D) (табл. 2), будет способствовать нормальному росту и развитию детского организма.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ базовым средством для массовой профилактики ЙДЗ является йодированная соль. Однако существуют группы повышенного риска развития ЙДЗ, где количество потребляемого йода следует тщательно дозировать. Это дети, подростки, беременные и кормящие женщины. В данных группах наряду с употреблением продуктов, обогащенных йодом (йодированной соли) используются лекарственные препараты с содержанием йода в необходимых дозировках.

Новейшие представления о роли йодного обеспечения в становлении здоровья ребенка позволили специалистам

ведущих организаций, занимающихся вопросами питания человека, переосмыслить и переоценить рекомендации, касающиеся суточной потребности в йоде. В 2007 году ВОЗ разработала новую версию нормативов обеспечения микронутриентами.

В таблице 3 приведены обновленные рекомендации, которые позволяют констатировать принципиально важное событие — осознание необходимости существенного увеличения ежедневного поступления йода, и прежде всего, на пренатальном этапе развития ребенка и в возрасте до 2 лет. Для этого периода жизни рекомендуется пересмотр стандартов питания в сторону удвоения суточной дозы данного микроэлемента.

Таблица 3.
Суточная потребность человека в йоде (мкг/сутки).
Рекомендации ВОЗ, 2007

| Популяционные группы | Суточная потребность в йоде, мкг/сут |
|--|--------------------------------------|
| Беременные | 250 |
| Кормящие | 250 |
| Женщины репродуктивного возраста (15 – 49 лет) | 150 |
| Дети до 2-х лет | 90 |

находятся в пределах 2,5–3,5 стандартных отклонений, требуют обследования и наблюдения.

Вообще же «низкий», «нормальный» или «высокий» показатель – понятие относительное среднему показателю данной популяции. В идеале необходимы данные по среднему росту, окружности головы, весу, динамике этих показателей для каждой этнической и социальной группы.

РОСТ

Генетические особенности родителей могут изменить стандарт среднего популяционного роста на 30%. Ожидаемый рост 95% детей этих родителей будет равен $\pm 8,5$ см от центили родителей. Даже в этих случаях нельзя говорить только о генетической предрасположенности роста. Дети низкорослых родителей могут «наследовать» такие семейные особенности, как плохое питание, дефицит йода, психосоциальную депривацию, алкоголизм, наркоманию. Средний рост человека из социально неблагополучных слоев общества и скорость его роста ниже, чем средний рост его социально благополучного сверстника. Для диагностических целей важно определение костного возраста. Костный возраст определяют по результатам рентгеновского исследования левой кисти и сравнивают со стандартными данными. Последние рассчитываются как хронологический возраст детей, для которых показатели созревания находятся на 50-й перцентили. В дальнейшем при сопоставлении индивидуальных показателей костного и хронологического возраста обследуемого ребенка или подростка можно говорить об особенностях созревания ребенка, ожидаемом конечном росте и насколько фактический рост не соответствует в патологических случаях должному (см. Приложение 1).

Корреляционный анализ роста детей и подростков показал, что рост младенцев, который непосредственно продолжает рост плода, определяется питанием. Рост детей определяется гормоном роста, а рост подростков зависит от половых гормонов.

В период раннего пубертата отмечается преимущественный рост ног как отражение увеличения секреции гормона роста. По мере развития пубертата в результате секреции тестостерона начинается усиленный рост позвоночника. Оба гормона в пубертате действуют синергически. В некоторых случаях этот синергизм нарушается. Так, люди с синдромом Марфана, у которых отмечаются высокие концентрации гормона роста при относительно низких концентрациях тестостерона с поздним половым созреванием, растут в основном за

счет увеличения длины конечностей, и соотношение длины конечностей и туловища используется в качестве одного из критериев диагноза синдрома Марфана. У людей с брахистеномелией (относительно низкие концентрации гормона роста при сравнительно высокой концентрации андрогенов) рост средний или ниже среднего при одновременном раннем половом созревании. Скорость роста подвержена большим индивидуальным колебаниям. Но некоторые закономерности существуют. Например, мальчики, у которых объем яичек меньше 10–12 мл никогда не достигают максимальной скорости роста. Скорость роста у детей обычно регулярная по месяцам и годам, возможные вариации зависят от сезона или тяжелых интеркуррентных заболеваний. В подростковом возрасте на короткий период скорость роста взрывообразно увеличивается. Ускорение роста мальчиков начинается в возрасте 13–15,5 лет. За указанный период рост увеличивается приблизительно на 20 см, из них до 10 см приходится на год максимально быстрого роста. Причина взрывного роста и причина его такой же резкой остановки изучены очень слабо, точно так же как и взаимодействие гормона роста и генетической детерминанты потенциала роста. Расшифровка этого феномена важна для практических и научных целей. Достаточно сказать, что дети, не пережившие скачок роста или леченные гормоном роста, никогда не достигают показателей роста своих сверстников (см.: Tanner J. The regulation of human growth // Child Development. 1963. V. 34. P. 817 – 847).

(1963) предположил, что в ЦНС содержится «шизостат», т.е. гипотетический регулятор, предотвращающий расщепленное (shisos = расщепление), несогласованное действие гормонов. Скорость синтеза или освобождения специфической молекулы может снижаться, когда начинается созревание и другие молекулы синтезируются в пропорциях, обеспечивающих рост. Непропорциональный синтез воспринимается шизостатом и восстанавливается пропорциональный рост. Взрывчатый рост не только полностью зависит от центральной нервной системы, но частично определяется и зонами роста.

Один из важнейших факторов контроля роста – гормон роста. Высокие тонкие дети выделяют больше гормона роста по сравнению с их более приземистыми и массивными сверстниками. Гормон роста состоит из 191 аминокислотного остатка и синтезируется в передней доле гипофиза. Гормон роста секретируется в двух формах. Одна фракция, тяжелая (молекулярный вес 22 К), составляет основную часть и наиболее биологиче-



ски активная, другая – менее тяжелая (масса около 20 К) и менее активная. Соотношение фракций и способность рецепторов гормона роста реагировать на его появление в крови дает сложный спектр нарушений роста. Так, дефект гена, отвечающего за формирование рецептора гормона роста, обуславливает развитие так называемого синдрома карликовости типа Ларона.

Секреция гормона роста регулируется в первом приближении двумя пептидами: релизинг-фактором (стимулирующий эффект) и соматостатином (ингибитор). Гормон роста выделяется в кровь не постоянно, а пикообразно, пульсаторно, преимущественно по ночам. Для нормального роста важно, чтобы в период между пиковыми значениями концентрация снижалась до неопределяемой. За ночь бывает 3–4 подъема концентрации от неопределяемой до 50–60 МЕ/л при скорости роста 10 см/год (объем тестисов 10 мл и более) и 1–2 подъема концентрации от неопределяемой до 20–30 МЕ/л при скорости роста 4,5 см/год. Наиболее массивный выброс гормона роста происходит в интервале от 22 ч до 02 ч. В случаях сдвига засыпания этот пик позднее не компенсируется. Гормон роста освобождается только в период медленного сна. Все, что нарушает естественный сон, вызывает нарушение выделения гормона роста.

Допамин-, серотонин- и норадреналинергические влияния сказываются на нейрорегуляторной системе гормона роста. Холинергические нейротрансмиттеры важны для контроля релизинг-фактора гормона роста и освобождения соматостатина. Импульсы из гиппокампа, вероятно, и вызывающие сон, точно так же как и импульсы из миндалевидного тела, могут быть как стимуляторами, так и ингибиторами по отношению к релизинг-фактору гормона роста. Секреция соматостатина определяется через вентромедиальные ядра гипоталамуса. Ряд лекарств вызывают изменение секреции гормона роста через специфические нейротрансмиттерные патологические пути. Клонидин (гемитон) стимулирует выработку гормона роста через альфа-адренергический путь. Бромкриптин, пропранолол и холинергические агенты ингибируют освобождение соматостатина. Эти сведения важны при разработке и оценке стимуляционных тестов и для вероятной терапии путем стимуляции секреции гормона роста. В регуляции секреции гормона роста важны также пептиды: эндорфины, вазоактивный интестинальный пептид, нейротензин.

Определять концентрацию гормона роста в период бодрствования необходимо с нагрузочными пробами

(назначение аргинина, или клонидина, или L-допы, или инсулина) в динамике, так как при однократном определении без нагрузочных проб у 10–20% обследуемых можно получить ложнодефицитные состояния.

Гормон роста не ингибируется по принципу обратной связи периферическими эндокринными железами, хотя на его секрецию влияют тироксин и глюкокортикоиды. Гормон роста регулирует сам себя на гипоталамическом и гипофизарном уровне, периферическими факторами роста (инсулиноподобный фактор роста 1) и метаболическими факторами (свободные жирные кислоты и глюкоза). Объединение этих факторов с физиологическим состоянием (сон, физические нагрузки, питание) и создают в итоге рост ребенка. Определение инсулиноподобных факторов роста 1 и 2 могут быть малозначимыми у детей старшего возраста с классическим дефицитом гормона роста, но соотношение инсулиноподобных факторов роста может быть полезно при нетипичных случаях карликовости. Протеин-3, связывающий инсулиноподобный фактор роста, точнее отражает дефицит гормона роста в периоде новорожденности, чем собственно инсулиноподобные факторы роста 1 и 2, но зависит от характера питания.

Высокий рост. Один из наиболее известных синдромов с астеническим сложением – это **синдром (болезнь) Марфана**, встречающийся в популяции с частотой 1:20 000. Обусловлен изменением гена на 15-й хромосоме (15q15–21), ответственного за синтез фибриллина, важнейшей составной части микрофибрил-ластических волокон. В одном гене описано уже более 500 мутаций, что делает понятным варибельность симптомов. Тип передачи аутосомно-доминантный (а/д), риск рождения больного ребенка возрастает у пожилого отца, возраст матери значения не имеет. Семейные случаи составляют до 75% всех наблюдений, в 25% можно говорить о новой мутации. Наиболее тяжелые формы наблюдаются у детей, рожденных от двух родителей-марфанов (гомозиготность). Пенетрантность гена высока, внутрисемейная варибельность признаков широка: от неонатальных тяжелых форм до едва диагностируемых аномалий. Возможен синдром Марфана (СМ) без астенического сложения (маскулинный тип взрослых), что оставляет ряд случаев недиагностированными. Диагностические признаки следующие:

Общая характеристика

1. Лицо треугольной формы с маленьким подбородком, переносица высокая («птичье лицо»), глаза



посажены близко друг к другу, глубоко, выражение грустное. Пациент напоминает картины Эль-Греко. Уши большие, оттопыренные, мочки свободные («уши Будды»).

2. Небо высокое (готическое). Неправильный рост зубов, мальокклюзия, прогнатия. Голос высокий.
3. Долихостеномелия* (длинные тонкие конечности) – у 80% обследованных, астеничность сложения. Большой палец укладывается поперек ладони и выступает за ее ульнарный край (признак Штейнберга). Мизинцем и большим пальцем пациент свободно охватывает свое запястье (признак Мардохея). Нижний сегмент тела больше верхнего, размах рук превышает рост.
4. Рост высокий (59%), т.е. превышает средний рост здоровых родственников 1-й степени родства (не ориентироваться на популяцию!).
5. «Куриная грудь»* или «грудь сапожника»* (69%), часто асимметрично.
6. Плоская спина, кифосколиоз* (45%).
7. Гиперподвижность суставов (60%).
8. Гипотрофия мышц.
9. Грыжи, часто рецидивирующие.
10. Бархатистая мягкая кожа со скудной подкожной жировой клетчаткой, стрии растяжения (20%).
11. Кисты верхушек легких, рецидивирующий пневмоторакс (5%).
12. Эктазии твердой мозговой оболочки в люмбосакральном отделе, артериовенозные аневризмы в головном и спинном мозге. Раширение *Cysterna magna*.
13. *Protrusio acetabuli*.

Изменения глаз

1. А. Вывих/подвывих хрусталиков*, чаще двухсторонний по направлению вверх и кнаружи, в 60% развивается в возрасте до 4 лет. Для своевременной диагностики важно исследование с помощью щелевой лампы на фоне мидриаза. Клинический признак дислокации хрусталиков, который может быть обнаружен и при осмотре педиатром, – дрожание радужки.
2. Б. Миопия (у 40%), часто обусловленная шаровидным хрусталиком, мегалокорнея, плоской роговицей.
3. В. Колобома радужки, глаукома, отслойка сетчатки.
4. Г. Узкие зрачки (недоразвитие *M. dilatator pupillae*), *Arcus senilis*.

Сердечно-сосудистые изменения (99%)

1. А. Прогрессирующее расширение аорты* и/или синуса Вальсальвы*.
2. Б. Расслаивающая аневризма аорты и/или ее разрыв.
3. В. Недостаточность аортальных клапанов.
4. Г. Пролапс митрального клапана (95%), его недостаточность, миксоматозная дегенерация створок, Обызвествление митрального кольца.
5. Д. Нарушения ритма сердца.

4. Семейный анамнез*

Частота встречи у родственников 1-й степени родства – 75%, спорадические случаи – 25%.

Диагноз СМ основывается на клинической картине. Необходимо наличие минимум двух основных признаков, отмеченных звездочкой (*) (хотя бы по одному из любых четырех вышеперечисленных групп) и несколько дополнительных. Наиболее важным для дифференциального диагноза (ДД) является исключение гомоцистинурии, поскольку имеется возможность ее частичной терапевтической коррекции.

Высокий рост свойственен больным с синдромом Клейнфельтера. Его отличают гинекомастия, гипогонадизм, азоо- и олигоспермия, повышенная экскреция гонадотропных гормонов, снижение выделения андрогенов и задержка созревания костей. Основной признак – трисомия или даже полисомия половых хромосом.

Близок с синдрому Клейнфельтера синдром евнухоидизма (гипогонадизм), сочетающий «марфаноидное» телосложение и недоразвитие вторичных половых признаков. У женщин отмечается аменорея. При гипергонадотропном гипогонадизме наблюдается снижение экскреции половых гормонов при нормальном или повышенном уровне гонадотропинов.

При гипогонадотропном гипогонадизме снижена экскреция гонадотропинов, андрогенов, эстрогенов.

Высокий рост, сочетающийся со снижением функции половых желез, отмечается и при гигантизме, который может возникнуть при эозинофильной аденоме гипофиза или гиперпразии эозинофильных клеток, а также после травм и инфекций. Эозинофильная аденома гипофиза в детском возрасте ведет к гигантизму, а в зрелом, в связи с закрытием зон роста, – к диспропорциональному росту: акромегалии. Последнее сопровождается увеличением мягких частей тела (языка, внутренних органов), носа, ушей, кистей.



Диспропорциональный рост типичен для артериовенозных соустьев, ангиодисплазий (синдром Клиппель–Треноне).

Высокий рост наблюдается также при синдроме Беквита–Видемана. Он ассоциируется с макроглоссией, пупочной грыжей, родимыми пятнами на лбу, верхнем веке, увеличением внутренних органов, умственной отсталостью, ускорением сроков костного созревания, нередко возникают опухоли различной локализации. Тип наследования не установлен.

Низким считается рост в 165 см для мужчин и 155 см для женщин. Рост 154/135 см рассматривается как карликовость. Отставание в росте – частая причина беспокойства подростка или его родителей. Если при этом у мальчиков обнаруживается пубертатное увеличение гонад и/или оволосение лобка 1-й стадии полового созревания, а у девочек – почкообразная грудь (иногда односторонне), то нет повода для беспокойства. Но если у мальчика 13,5 лет не обнаруживается пубертатного увеличения яичек, а у девочки нет менархе или у подростков 3-я стадия полового созревания не наступает в течение четырех лет после 2-й стадии, то можно говорить о задержке полового развития.

Следует помнить, что первичная низкорослость и дистрофия достаточно редки. Чаще эти состояния вторичны.

При низком росте или замедлении прибавки роста врач обязан провести дифференциальную диагностику между следующими состояниями:

- низкорослость при нормальной скорости роста;
- конституционально низкий рост при родителях низкого роста;
- нарушения роста с раннего детства или нарушения роста без внешних признаков заболеваний;
- нарушения внутриутробного развития (хронические заболевания матери и инфекции, токсины, многоплодная беременность и др.);
- врожденные пороки сердца;
- хромосомные аномалии;
- мальнутриция, психосоциальная депривация, заболевания сердца и почек, недиагностированные синдромы мальабсорбции, клинически стертые случаи болезни Крона, неспецифического язвенного колита, целиакии;
- эндокринные заболевания;
- пангипопитуитаризм;
- первичная или вторичная тяжелая недостаточность гормона роста (опухоль, ионизирующее облучение,

гипотиреозидизм, псевдогипопаратиреозидизм, синдром Кушинга);

- диспропорциональное сложение:
 - конечности относительно короче, чем позвоночник (дисхондроплазия): ахондроплазия, гипохондроплазия, множественная эпифизальная дисплазия;
 - короткие конечности и позвоночник (позвоночник относительно короче): мукополисахаридоз, метаτροφическая карликовость.

Низкий рост (как и высокий) – это нарушения роста костей. Первичные нарушения роста костей часто связаны с хромосомными аномалиями. Среди хромосомных аномалий с низким ростом протекают синдромы Дауна, Прадер–Вилли, Нунан, прогерии. Если врач осматривает диспластично построенную девочку ростом 150 см и ниже, он всегда должен вспомнить о синдроме Тернера, хромосомной болезни с моносомией X. Частота среди новорожденных девочек до 1:2500. Часто встречается мозаицизм, поэтому нередко стертые формы, при которых грубые фенотипические признаки отсутствуют. Нет зависимости от возраста матери, риск повторного рождения больного ребенка в этой же семье отсутствует. У части больных в слизистой щек регистрируется половой хроматин, что может быть причиной ложноотрицательного заключения, поэтому необходимо полное исследование кариотипа. Внешний вид таких девочек достаточно типичен. Лицо «сфинкса», низкая граница оволосения на затылке; антимонголоидный разрез глаз, эпикант, птоз, страбизм; опущенные уголки рта, микрогнатия; маленькие, низко посаженные, часто деформированные уши. Множественные невусы, факомы. Шея короткая, крыловидная складка (птеригиум шейный) у 50% больных. Плоская грудная клетка с гипертелоризмом сосков, первичная аменорея. Гипергонадотропный гипогонадизм. Нередки стеноз устья аорты, дефект межжелудочковой перегородки, аномалии почек. Индекс интеллектуальности изменен несущественно и не всегда, девочки привязчивы, спокойны (видимо, поэтому значительная часть пациенток состоит в браке). Некоторые дети имеют нарушения пространственного восприятия и визуального решения геометрических задач. Как следствие наличия только одной функциональной X-хромосомы у женщин с синдромом Тернера, возможно развитие сцепленных с полом состояний, характерных для мужчин (например, гемофилии А или В).

Девочкам, имеющим мозаичное содержание клеток с Y-хромосомой, необходимо удалять гонады до подросткового возраста, так как в дальнейшем велик



риск развития опухолей половых желез. Некоторые женщины способны беременеть и вынашивать доношенных новорожденных (они имеют функциональные яичники). Другие с синдромом Тернера могут выносить ребенка при оплодотворении *in vitro* донорской яйцеклетки.

Среди генных болезней известна а/д, передающаяся ахондроплазия (хондродисплазия). Вследствие нарушенного энхондрального обызвествления уменьшается длина трубчатых костей и костей основания черепа. В результате формируется непропорциональная карликовость: нормальная длина туловища при коротких конечностях.

Гормонально обусловленные задержки роста – это прежде всего *гипофизарная карликовость* из-за гипофизарной недостаточности вследствие гипоталамических нарушений или резистентности тканей по отношению к гормону роста. Задержка роста начинается обычно со 2-го года жизни, пациент сложен пропорционально, лицо слегка округлое, кукольное. При первичных гипофизарных нарушениях (гипо- или аплазия гипофиза, семейный изолированный дефицит гормона роста) карликовость сочетается с аномалиями развития, например, расщелиной верхней губы, челюсти и неба. Редкими причинами являются травмы и воспаления области гипофиза, объемные процессы турецкого седла. Гипоталамические нарушения, приводящие к малоростости и карликовости, – это постинфекционные состояния (перенесенные менингиты), гидроцефалия (как вероятный исход постгипоксических состояний новорожденных и особенно недоношенных), краниофарингиомы или нейрофибромы области гипоталамуса, гистиоцитоз Х. Если не удастся установить ни одну из вышеперечисленных причин, то останавливаются на так называемой идиопатической карликовости. Хотя при тщательном сборе анамнеза во многих случаях можно с уверенностью говорить о перинатальных кровоизлияниях (ишемиях).

Опухоли надпочечников с образованием глюкокортикоидов или АКТГ сопровождаются задержкой роста.

Очень интересна и показательна так называемая психосоциальная карликовость (аналог материнского депривационного синдрома), возникающая при длительных тяжелых психологических конфликтах. После нормализации ситуации нормализуются и функции гипофиза, что приводит к ускорению роста ребенка.

Первичный гипотиреоз новорожденных или вторичный в результате, например, тиреоидита Хашимото

ведут к значительной задержке роста. Характерным для первичного гипотиреозидизма является сочетание со сниженным интеллектом и внутренней тугоухостью. Из других причин к задержке роста ведут болезни накопления, плохо скорректированный сахарный диабет, витамин-D-резистентный рахит, синдром мальабсорбции, язвенный колит, болезнь Крона, недостаток цинка, железа, неполноценное белковое питание, а также такие болезни почек, как тубулярный ацидоз, болезнь Барттера, хронический гломерулонефрит. Гипоксия тканей при пороках сердца и тяжелых хронических заболеваниях легких также часто ведет к низкоростости. О семейной низкоростости говорят в случае отсутствия всех вышеперечисленных причин и при наличии низкоростлых ближайших родственников. В этом случае пубертатный период наступает позже, в школьном возрасте дети отстают в росте от сверстников, но с 14–18 лет рост ускоряется и пациенты достигают нижних нормальных перцентилей.

Ожирение диагностируется при повышении веса на 20% и более по сравнению с нормой. Первичное ожирение (*adipositas simplex*) обусловлено прежде всего неумеренным употреблением пищи, что связано с семейными факторами и невротическими реакциями. Как следствие ожирения развивается сниженная толерантность к глюкозе, повышение концентрации триглицеридов и холестерина, снижение уровня гормона роста. При ожирении возможна аменорея. Ожидаемая длительность жизни людей с ожирением ниже, чем с нормальным весом, за счет высокой вероятности заболеваний сердца, гипертонии, сахарного диабета 2-го типа, жировой дистрофии печени, а у женщин – рака матки. При ожирении высока вероятность заболеваний суставов. Вследствие этого при добровольном страховании страховой полис для ожиревших стоит больше, а людей с весом 160 кг, и выше многие страховые компании вообще отказываются страховать.

Вторичное ожирение среди всех людей с избыточным весом наблюдается всего в 1% случаев. Из этой сотой части наиболее распространенная причина вторичного ожирения – эндокринологические нарушения. Причинами вторичного ожирения могут быть:

- гипогонадизм и гипофункция яичников при синдроме Штейна–Левенталя могут быть причинами ожирения;
- синдром Кушинга с избыточной концентрацией кортикостероидов также относится к этой группе, характеризуясь типичным отложением жира на



- туловище и шейно-затылочной области при относительно тонких конечностях;
- инсулиномы и гипотиреоз. В последнем случае избыточный вес обусловлен не только ожирением, но и задержкой воды. Мягкие формы гипотиреоза встречаются часто, диагностируются плохо из-за незнания симптоматики. Характерно диффузное ожирение и повышение холестерина в крови;
 - гипоталамические формы ожирения комбинируются с несхарным мочеизнурением или с гипогонадотропным гипогонадизмом. Причинами этого типа расстройства обмена могут быть травмы, метастазы, краниофарингеомы, энцефалиты, внутричерепная гипертензия и симптом пустого турецкого седла;
 - синдром Фрелиха. Редкая причина адипозогенитальной дистрофии. Характеризуется гипогонадотропным гипогонадизмом, резким ожирением и внутричерепной гипертензией. Заболевание необходимо дифференцировать от синдрома «раскормленного ребенка», при котором гениталии кажутся уменьшенными за счет их маскировки ожиревшими лобком и бедрами;
 - синдрому Прадер–Вилли. Типичный внешний вид (мешок с мукой), мышечная гипотония, низкий рост и сниженная толерантность к глюкозе;
 - болезнь Альстрема. Наряду с ожирением развивается слепота за счет дегенерации сетчатки, прогрессирующая внутренняя тугоухость и сахарный диабет;
 - синдром Лоуренс–Муна–Барде–Бидля наряду с ожирением проявляется слабоумием, деформациями черепа, поли- или синдактилией, экстрапиримидными нарушениями моторики, пигментным ретинитом. На КТ головного мозга могут обнаруживаться нарушения дифференциации белого и серого вещества, субатрофия коры больших полушарий;
 - синдром Морганьи–Стюарта–Морреля диагностируется по ожирению в сочетании с гиперостозом лобной кости, гирсутизмом и в ряде случаев – отставании в умственном развитии.
- Низкий вес* может быть конституционно обусловлен или являться результатом пищевых привычек.
- Под *похуданием* понимают нежеланную потерю более 5% первоначального веса за 6 месяцев. Потеря веса должна быть зафиксирована медиками, так как половина всех обратившихся с такой жалобой не может количественно подтвердить потерю веса.
- В патологических условиях низкий вес развивается при голодании, тяжелых заболеваниях, синдромах мальабсорбции первичных и в результате заболеваний кишечника (целиакия = спру) и поджелудочной железы, при гипертиреозе и тиреотоксикозе. Непроизвольная трудно объяснимая и значительная потеря веса часто указывает на существенные расстройства. В подтверждение этого можно указать, что около 1/4 таких пациентов умирает в течение ближайшего года с момента начала катастрофического похудения (G. Eyrer).

ТАБЛИЦА 1. Динамика показателей веса, роста и окружности головы до полового созревания

| Возраст | 0–3 мес. | 3–12 мес. | 1–2 года | 2–9 лет |
|-------------------|-----------|---------------|-------------|------------|
| Вес | 25 г/сут | 15 г/сут | 2,5 кг/год | 2 кг/год |
| Рост | 3 см/мес. | 2 см/мес. | 12,5 см/год | 7,5 см/год |
| Окружность головы | 2 см/мес. | 0,5–1 см/мес. | 2,5 см/год | 0,5 см/год |

Вес ребенка (массу тела) нельзя оценивать в отрыве от роста и от окружности головы. Для детей это правило является абсолютно непреложным. Показатели при этом берутся не в абсолютных величинах, а в перцентилях. Выделяют следующие группы (по M. Classen с дополнениями):

1. Перцентиль веса < перцентили роста < перцентили окружности головы:
 - качественно и количественно неполноценное питание: крайне строгая диета (например, при атонических состояниях), психосоциальные проблемы, Anorexia nervosum, хронические инфекции,
 - злокачественные опухоли, хроническая почечная недостаточность, сердечная недостаточность;
 - потери калорий при рвоте: гастроэзофагеальный рефлюкс, грыжи диафрагмы, поражения желудочно-кишечного тракта, почечная недостаточность, неврологические заболевания, гепатопатии, метаболические заболевания;
 - потери калорий при диареях или недостаточности пищеварения: муковисцидоз, целиакия, панкреатическая недостаточность, непереносимость белка коровьего молока, иммунологическая недостаточность, экссудативная энтеропатия, хроническая



инфекция кишечника, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит;

- усиленное потребление калорий: гипертиреоз, гиперкинезия, хронические инфекции, пороки сердца.
- 2. Снижение веса с пропорциональным уменьшением роста при нормальной окружности головы. Дистрофии в узком смысле этого слова нет. В дифференциальной диагностике учесть:
 - эндокринопатии: гипотиреоз, дефицит гормона роста, гипопитуитаризм;
 - семейная карликовость;
 - дисплазии скелета, ревматоидный артрит.
- 3. Снижение перцентиля веса, роста и окружности головы равномерно. Часто изменения начинаются пренатально:
 - хромосомные аномалии;
 - внутриматочные инфекции, плацентарная недостаточность, алкогольная и наркотическая интоксикации.

Когда говорят об изменении массы тела, то всегда говорят об изменении аппетита. Изменение аппетита – одна из наиболее частых жалоб, с которыми к врачу обращаются родители внешне здоровых детей.

Аппетит – биологическое условие выживания особи, а в итоге – сохранения вида, и эта функция организма сохраняется достаточно долго даже при сравнительно тяжелых состояниях. Чаше сниженный аппетит – это результат психогенных факторов (насищенного кормления, семейных и профессиональных стрессов) или тяжелых психических расстройств (*anorexia nervosa*). Со снижением аппетита протекают заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатиты и другие заболевания печени, семейный холестаза, сердечная и почечная недостаточности, недостаточность надпочечников. Радиотерапия, цитостатики и дигиталис также отрицательно сказываются на аппетите. Обменные нарушения (α - β -липопротеинемия, оксалоэ) характеризуются резким угнетением аппетита.

Повышенный аппетит может быть при психологических и психических расстройствах, при гипертиреозе или быть дебютом сахарного диабета.

Родители иногда стремятся дать некоторым детям травы или биологически активные добавки с целью «стимуляции иммунитета», «закаливания». Как к этому относиться?

В настоящее время эффект применения лекарственных трав (ЛТ) и биологически активных добавок (БАД) не учитывается (А.В. Астахова). Врачи совершенно не

интересуются, употребляют ли их визитеры БАД и ЛТ, на просьбы дать рекомендации дают положительный ответ, считая, что «травки – это так», а пациенты абсолютно не обязываются известить своего доктора о ЛТ и БАД, принимаемых ими с целью «очищения организма», «повышения иммунитета», «похудения» и т.п. Так как эти средства не считаются лекарственными препаратами, их регистрация облегчена, рынок практически не контролируется, применение агрессивно навязывается рекламой, врачебного сопротивления и разъяснительной работы, как правило, нет.

В состав ЛТ и БАД входят:

- известные биологически активные компоненты, способные вызвать серьезные и жизнеугрожающие реакции (тератогенные и мутагенные эффекты, поражение сердца, печени, почек, анафилактические реакции);
- многочисленные экзотические и малоизученные или вовсе не изученные компоненты, влияние которых, особенно сочетанное, не известно;
- токсические и высокоактивные соединения, не указанные в информационных материалах;
- ткани животных, которые не контролируются на присутствие возбудителей инфекционных болезней (болезнь Крейцфельда–Якоба, бычий энцефалит и др.), а также ЛТ, содержащие токсины, радионуклиды, пестициды, тяжелые металлы и т.п.

Степень риска бесконтрольного применения БАД возрастает и в результате того, что один и тот же компонент может иметь несколько названий и поступать в организм в избыточных количествах в случае применения нескольких БАД. Например, трава *Artemisia absinthium* содержит активные наркотические производные. Эта трава фигурирует в «лечебных продуктах» под 11 названиями (*magenkraut*, *herba absinthi*, *wormwood*, *mugwort* и др.) Проблема отягчается еще и тем, что добиться стандартизации тех или иных веществ в травах сложно. То, что известно для одного образца, будет неизвестно для этого же растения, но собранного и приготовленного в иной местности, в иных климатических условиях, в другое время, при измененных условиях сушки, измельчения и т.д.

Достоверно известно, что применение ЛТ и БАД способно вызвать веннокклюзивное поражение печени (синдром Бадда–Киари), гепатит, судороги, галлюцинации, гипертензию, сердечную недостаточность, тромбоцитопению, уродства плода, раковые заболевания. В некоторых странах (Германия, Великобритания, США) запрещено применение китайских трав. Во многих из



них содержатся наборы алкалоидов, аристоксалиновые кислоты, гамма-бутиролактан, оксоспартеин, способных оказывать гепатотоксическое, нефротоксическое, канцерогенное действие. Так, из 1507 больных у 14 (0,9%) наблюдали повышение активности ферментов печени в два и более раза по сравнению с верхней границей нормы. Достоверно доказаны случаи почечной недостаточности. Многие пищевые добавки («Сияющий Будда»), чай (Kombucha) содержат дигиталис, бензодиазепины, эфедриноподобные вещества и т.д.

Таким образом, лекарственные травы и биологически активные добавки являются по своей сути мало изученными сложными многокомпонентными фармакологическими препаратами, способными вызвать целый ряд соматических и психических расстройств.

Скелет

Созревание скелета определяется по появлению ядер окостенения. Стандартно выполняют рентгенографию левой кисти, но принимают во внимание индивидуальные колебания сроков появления ядер окостенения. Например, на 2-м году жизни – 4 месяца, на 3-м году – 6 месяцев, в 6–7 лет – 10 месяцев, затем – 12 месяцев. Например, ядра окостенения в средних фалангах кисти появляются в 1,5 года, в концевых фалангах – в 2 года, в Os triquetrum – в 2 года, в Os lunatum – в 3 года, в Os trapezium – в 4 года, в Os trapezoideum et Os naviculare – в 5 лет и т.д. Неравномерно происходит и минерализация трубчатых костей.

Характеристика скелета требует и оценки состояния зубочелюстного аппарата. К 2,5 годам обычно прорезываются все 20 молочных зубов (табл. 2, 3, 4).

ТАБЛИЦА 2. Формирование прикуса, прорезывание зубов. Сроки прорезывания молочных и постоянных зубов

| | Молочные зубы (мес.). Верхняя челюсть | Молочные зубы (мес.). Нижняя челюсть | Постоянные зубы (годы). Верхняя челюсть. | Постоянные зубы (годы). Нижняя челюсть |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Срединные (большие) резцы | 6–10 | 5–8 | 7–8 | 6–7 |
| Малые резцы | 8–12 | 7–19 | 8–9 | 7–8 |
| Клыки | 16–20 | 16–20 | 11–12 | 9–11 |
| Первые премоляры (малые коренные) | 11–18 | 11–18 | 10–11 | 10–12 |
| Вторые премоляры (малые коренные) | 20–30 | 20–30 | 10–12 | 11–13 |
| 1-й большой коренной (передний моляр) | | | 5,5–7 | 5,5–7 |
| 2-й большой коренной (средний моляр) | | | 12–14 | 12–13 |
| 3-й большой коренной (задний моляр) | | | 17–30 | 17–30 |

ТАБЛИЦА 3. Последовательность прорезывания молочных зубов

| | | | | | Справа | Слева | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|--------|-------|---|---|---|---|
| Верхняя челюсть | 7 | 5 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 6 | 5 | 7 |
| Нижняя челюсть | 7 | 5 | 6 | 4 | 1 | 1 | 4 | 6 | 5 | 7 |

ТАБЛИЦА 4. Последовательность прорезывания постоянных зубов

| | | | | | | | | | Справа | Слева | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|---|---|---|---|---|---|--------|-------|---|---|---|---|----|----|--|--|
| Верхняя челюсть | 12 | 11 | 1 | 7 | 6 | 8 | 4 | 3 | 3 | 4 | 8 | 6 | 7 | 1 | 11 | 12 | | |
| Нижняя челюсть | 12 | 10 | 1 | 9 | 7 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 5 | 7 | 9 | 1 | 10 | 12 | | |



Непосредственно перед прорезыванием зуба десна краснеет, воспаляется, отекает. У некоторых детей появляются боли, они становятся беспокойными, нарушается сон. Иногда повышается температура. Самочувствие ребенка улучшается, если ему дают кусать упругий плотный предмет. В некоторых случаях требуется применение местных обезболивающих гелей.

Позднее прорезывание зубов может быть конституциональной особенностью, признаком гипопункции щитовидной железы, рахита, тяжелой мальнуртриции.

Если нет прорезывания одного из зубов, надо исключить отсутствие его закладки, аномалия положения зубов, дополнительный зуб, кисты челюсти и т.п. Для здоровья ребенка важно сохранение молочных и постоянных зубов, ранняя диагностика нарушений прикуса.

Кариес

Родители не считают нужным приводить детей, тем более младшего возраста, на профилактические осмотры к стоматологу, соблюдая порочное правило: «Пока не болит – не пойду». Привычки к гигиене полости рта у населения сформированы недостаточно. В итоге у 12% годовалых детей уже имеются кариозные зубы. Распространенность кариеса у 5-летних составляет 73%. В среднем на 1 ребенка приходится 2,84 кариозных зуба. Наиболее ранний видимый признак кариеса – появление белых точек на поверхности зуба. На этой стадии кариес обратим. Если лечение не начато, деминерализация продолжается и появляется полость.

Ни одна проблема здравоохранения никогда не решается на уровне так называемых узких специалистов. Из всех специалистов, которые могут реально повлиять на эту ситуацию, с ребенком чаще всего встречается педиатр первичного звена медицинской службы, являющийся кроме врача-лечащего врачом-обучающим и врачом-интегратором. В связи с этим знания педиатра по детской кариесологии, способность провести адекватный осмотр, умение донести до родителей ребенка существующие проблемы могут оказаться решающими в деле системной профилактики кариеса.

Кариес – наиболее распространенное хроническое инфекционное заболевание детей и подростков, вызванное персистенцией в полости рта *Streptococcus mutans* на фоне углеводистой диеты. Инфицирование происходит в раннем детстве, чаще всего – от матерей. Кариес – мультифакториальное заболевание. Поэтому и профилактика кариеса должна проводиться комплексно по нескольким направлениям одновременно:

- снижение числа кариогенной флоры в полости рта;
- сокращение сроков контакта кариогенной флоры с поверхностью зуба;
- повышение устойчивости зуба к кариесу.

Контроль микрофлоры

Str. mutans, причинный фактор кариеса, передается ребенку в раннем детстве вертикально от родителей, преимущественно от матерей. Микроб является необходимым, но НЕ единственным условием кариеса. Традиционным путем профилактики является удаление зубного налета в процессе гигиенической обработки полости рта. Однако надежных корреляционных связей между гигиеной полости рта и кариесом нет. Бактерии располагаются в своеобразных нишах, во впадинках и микротрещинах на поверхности зуба, в межзубных пространствах, откуда кариес собственно и начинается. Эти микробные ниши невозможно санировать обычными зубными щетками или флосами.

Хлоргексидин. Достаточно давно общепризнанной стала практика подавления микрофлоры химиотерапевтическими средствами. Местное применение хлоргексидина в виде полосканий или – что более эффективно – геля резко снижает число *Str. mutans* в слюне. Но если хлоргексидин применяется изолированно, то через три недели ацидогенность зубного налета восстанавливается.

Гигиена полости рта. Детям младшего возраста нужна помощь при выполнении обычных гигиенических процедур. В возрасте до 1 года родители должны протирать детям зубки мягким влажным тампоном. Начиная с 1 года можно учить ребенка пользоваться зубной щеткой. Чистить зубы необходимо дважды в день, минимум – один раз в день перед сном. Фторсодержащие пасты нельзя применять до тех пор, пока ребенок не сможет самостоятельно контролировать глотательные движения. Обычно это достигается в 3 года. В более старшем возрасте у детей с высоким риском развития кариеса можно применять специальные средства по рекомендации стоматолога.

Пищевые, бытовые и медикаментозные факторы развития и предупреждения кариеса. Кариогенные бактерии метаболизируют углеводы с образованием кислоты, разрушающей минеральную структуру зубов. Вероятность развития кариеса хорошо коррелирует с общим количеством потребляемых углеводов и частотой их приема. Из всех сахаров наиболее кариогенным является сахароза (бытовой белый сахар). Имеет значение и консистенция пищи. Вязкая, густая



пища при таком же содержании ферментируемых сахаров более кариогенна, чем жидкая пища, быстро покидающая полость рта. Минимальное количество сахара, необходимое для развития кариеса, зависит от частоты его употребления, твердости кусочков сахара, гигиены полости рта. То есть ведущими являются факторы, определяющие длительность пребывания сахарозы во рту. Корреляция между количеством и частотой употребления сахарозы и кариесом выражается волнообразной кривой. В младшем возрасте при незрелой иммунной системе и только что прорезывавшихся зубах увеличение потребления сахарозы сопровождается резким повышением частоты кариеса. После этого подъема в старшем возрасте наступает спад частоты кариеса при таком же или даже большем употреблении сахарозы. Ряд продуктов защищает зубы от их поражения кариесом. Прежде всего, это сыр. Антикариогенный эффект сыра особенно заметен в условиях экспериментальной и физиологической ксеростомии. Физиологическая ксеростомия свойственна младенцам и старикам. Защитный эффект сыра объясняется наличием лактата кальция, фосфора, слюногенным свойством. Повышение слюноотделения приводит к нейтрализации кислот в полости рта. Одновременно сказываются антимикробные свойства слюны. Кроме сыра, антикариогенным эффектом характеризуются молоко, черный шоколад, лакрица, орехи.

Риск развития раннего кариеса резко возрастает, если ребенок получает через соску заменители грудного молока, соки, напитки с ферментируемыми сахарами. К этой же группе риска относятся дети на свободном грудном вскармливании, часто получающие грудь и засыпающие у груди. Дети ни в коем случае не должны засыпать с бутылочкой во рту.

Другим кариогенным продуктом могут быть пероральные лекарственные препараты. Суспензии ампициллина, амоксициллина, цефаклора, бактрима и других детских форм содержат 18–80 объемных процентов сахарного сиропа. Причем 28% тестируемых препаратов содержали два подсластителя. Наряду с этим сказывается, видимо, и побочное действие самого препарата. Дефекты эмали и, соответственно, предрасположенность к кариесу могут проявиться позднее, на постоянных зубах. Поэтому родителей необходимо научить обрабатывать полость рта у ребенка после каждого приема сладкой суспензии, особенно у часто болеющих детей. Вечерний прием препарата надо проводить до чистки зубов.

Общими рекомендациями для родителей являются:

1. Не оставлять у заснувшего ребенка бутылочку с молоком, молочной смесью, соками и т.п.
2. Не оставлять у спящего ребенка сосок во рту.
3. Отучить ребенка от бутылочки не позже 14 месяцев жизни.
4. Исключить длительное употребление сладких напитков, кислых соков.
5. Не давать в качестве успокаивающих конфеты;
6. контролировать количество и частоту употребления сахара.
7. Отдавать предпочтение некариесогенным продуктам.
8. Обрабатывать полость рта после приема подслащенных лекарств.

Вероятность дистрофии эмали и, соответственно, развития кариеса возрастает у людей, каждый день плавающих в бассейнах с хлорированной водой.

Флюориды давно известны как препараты, эффективно предотвращающие кариес. Основным источником фтора в обычных условиях – вода. Бутылочная вода, которой сейчас пользуется часть населения, бедна соединениями фтора.

Собственные факторы ребенка

Предрасположенность к кариесу определяется не только внешними факторами, но и особенностями самого ребенка.

Слюна. Защитным фактором является нормальное слюноотделение. Слюна защищает от кариеса за счет смыва микробов и остатков пищи с зубов. Слюна обладает буферными свойствами, понижая кислотность в полости рта, известны минерализующие свойства слюны, слюна обладает антимикробным действием. Последнее действие достигается за счет иммуноглобулина А (IgA). Уже на первом году жизни в слюне обнаруживается IgG. Кроме того, в слюне присутствуют лизоцим, миелопероксидаза, лактоферин. В естественных условиях физиологическая ксеростомия возникает ночью, когда нет стимулированной секреции слюны. Ксеростомию способны вызывать антигистаминные, противосудорожные, антидепрессанты, антиспастические препараты.

Устойчивость зуба к развитию кариеса. Эмаль зуба – самая плотная структура нашего организма. В то же время – это первая линия защиты от разрушения зуба. Требуются комплексные препараты для профилактики кариеса, повышения общей резистентности организма. В качестве такого препарата наряду



с другими неплохо зарекомендовал себя витаминно-минеральный комплекс, содержащий кальций, фосфор, витамины.

Основная проблема, определяющая плотность эмали, – минерализация, зависящая от кальция и витамина D. Гипоминариализация наблюдается у недоношенных детей с внутриутробной гипотрофией, рожденных от матерей с дефицитом кальция и дефицитом витамина D. Недостаточность витамина D в сознании врачей ассоциируется с рахитом. Однако дефицит витамина D клинически многообразен и чрезвычайно широко распространен. Даже в развитых странах дефицит витамина D зарегистрирован у 76% беременных. 81% детей, рожденных от матерей с недостаточностью витамина D, сами страдают от недостатка этого витамина.

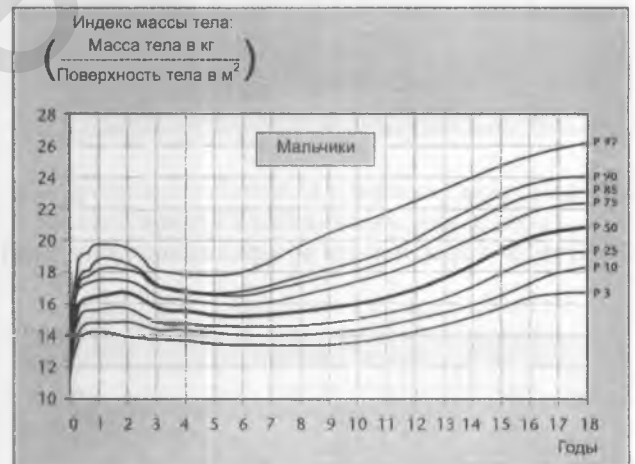
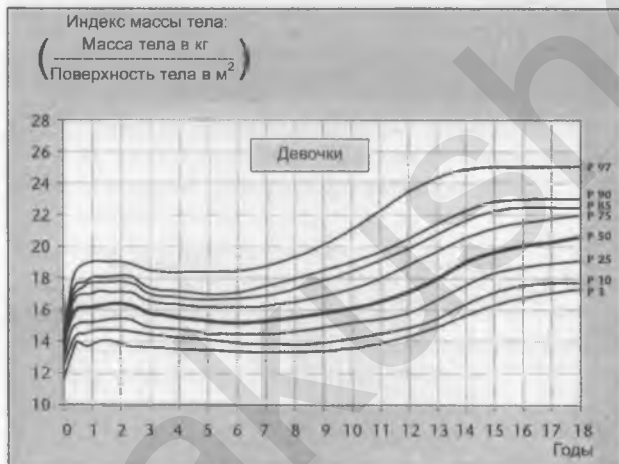
Группы риска по развитию кариеса у детей раннего и младшего возраста

К развитию кариеса предрасположены дети из малообеспеченных слоев общества, с низким образовательным уровнем родителей, недоношенные, маловесные при рождении, часто болеющие, с системными патологическими процессами, получающие много лекарственных препаратов с подсластителями на основе сахарозы, употребляющие кислые соки, с плохой гигиеной полости рта, наличием участков дистрофии эмали, уже сформированного кариеса, тем более множественного, с ортодонтическими шинами как затрудняющими чистку зубов.

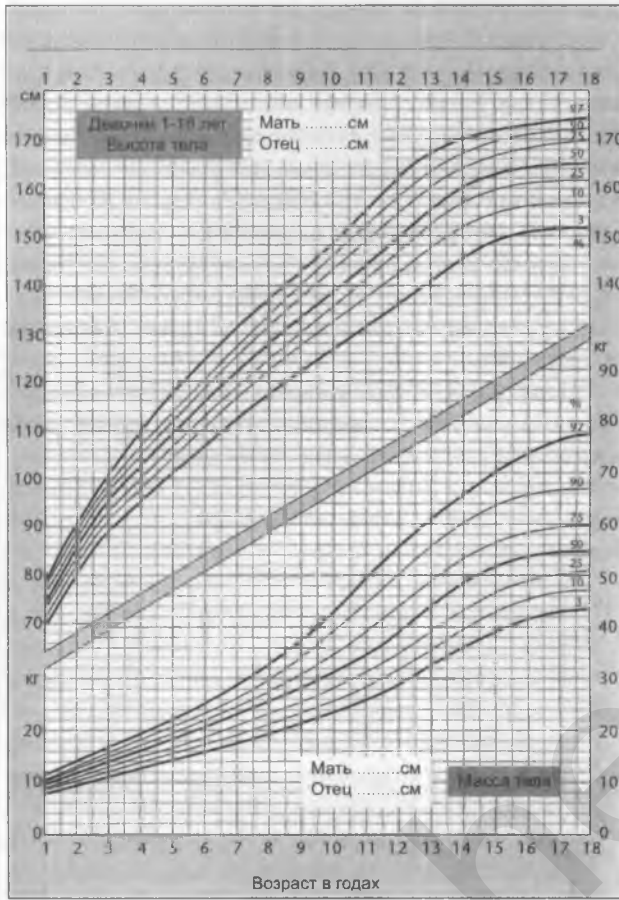
Наряду с этим отягчающими факторами являются искусственное вскармливание, сон с бутылочкой и пища с ферментируемыми углеводами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

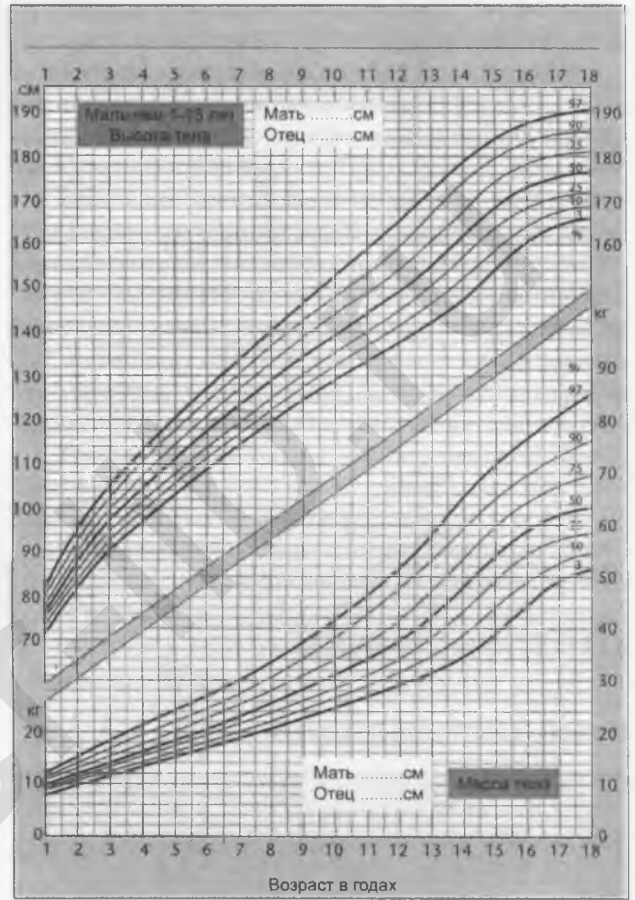
Индекс массы тела для детей



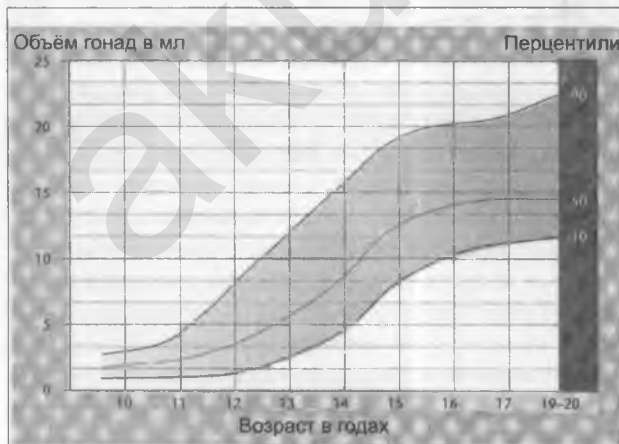
Центильные кривые роста и массы тела девочек



Центильные кривые роста и массы тела мальчиков



Величины нормального артериального давления



КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 15-МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

По мере того как начавшие ходить дети все больше становятся уверенны в своей способности перемещаться по окружающему их пространству, они также чаще, чем раньше, наталкиваются на препятствия, мешающие их исследованиям. Чтобы обезопасить детей и поддержать порядок и спокойствие в семье, родителям необходимо «навязать» детям правила и ограничения и слегка поубавить их возбуждение. Дети, приобретая большую независимость физически, также начинают отстаивать свои собственные желания, что приводит к хорошо известным детским вспышкам раздражения и испытанию терпения и уверенности в себе их родителей.

Беседа и наблюдение за поведением

В ходе беседы следите за взаимоотношениями родителей и ребенка. Может появиться возможности понаблюдать за привязанностью родителей к малышу, за их влиянием на ребенка и за тем, как они поддерживают новые навыки и способности ребенка. Врач и родители могут общаться с ребенком с помощью речи и личного примера, учить его функциональному использованию игрушек в игре и поощрять его автономию.

Вопросы при приветствии

Как дела у Вашего малыша? Как Вы поживаете? Как поживают остальные члены семьи?

Какие конкретные вопросы и проблемы Вы хотели обсудить в ходе нашей встречи?

Проверьте выполнение рекомендаций, внесенных в Паспорт здоровья в ходе предыдущего визита.

Конкретные вопросы о ребенке

- Питание

Ухудшился ли у Вашего ребенка аппетит? Ел ли Ваш ребенок что-либо, что не относится к продуктам питания (извращенный аппетит: потребность есть мел, уголь и т.д.)?

- Экскреции

Существуют ли какие-либо проблемы, связанные с мочеиспусканием или испражнениями?

- Сон

Просыпается ли Ваш ребенок ночью? Трудно ли Вашему ребенку заснуть?

- Поведение и развитие

Как бы Вы охарактеризовали Вашего ребенка? Что нового может делать Ваш ребенок (см. Типичный ход развития ребенка в 15-месячном возрасте)? Как Ваш ребенок проявляет привязанность, любовь? Ваш ребенок: активный, постоянно что-то требующий/требовательный, упорный, упрямый или агрессивный? Как он/она общается с окружающими?

Вопросы о семье

Кто-либо из родителей находится все время дома? Кто Вам помогает заботиться о ребенке? Наблюдали ли родители за тем, как бабушка/няня/человек, заботящийся о ребенке, общается с ребенком? Все меры хорошо продуманы и безопасны? Договорились ли родители о том, как растить ребенка? Обсуждали ли родители вопросы и правила, касающиеся выращивания/воспитания ребенка, с другими людьми, участвующими в процессе воспитания ребенка? Какие чувства пробуждаются у родителей в связи со все растущей независимостью ребенка?

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Измерение: процентиля графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Длина окружности головы

Общее физическое обследование

Чтобы ребенок чувствовал себя максимально уютно, осуществляйте поначалу как можно меньше «насильственных» действий. Большая часть осмотра может быть проведена, пока ребенок сидит на коленях у родителей, занимающих внимание ребенка игрушкой или инструментом для осмотра.

В ходе полного физического осмотра проверьте походку ребенка, обследуйте ребенка на предмет нарушений в разведении бедер, осмотрите ребенка на предмет наличия грыжи, косоглазия и масс в брюшной полости. Проверьте зубы ребенка. Проверьте зрение и слух.



Типичный ход развития ребенка в 15-месячном возрасте

- Тонкие двигательные навыки: может есть сам(а) при помощи пальчиков или пользуясь ложкой, выводит мелкими каракули и закорючки, складывает два кубика
- Познавательные навыки: показывает понимание функциональной принадлежности объектов (прикидывается, играет, будто он(а) разговаривает по игрушечному телефону, держит расческу около волос)
- Навыки общения: произносит отдельные слова (от 5 до 15), произносит непонятные или бессмысленные слова (жаргон), общается при помощи жестов, указывает на одну или две части тела в ответ на вопрос/по просьбе, понимает простые просьбы/команды, показывает на картинки в книжке, которые были названы, слушает истории/сказки, которые ему (ей) читают
- Социальные навыки: берет и дает игрушки, играет с родителями в игры, показывает/проявляет удовольствие или неудовольствие, заинтересован(а) в получении нового опыта, проверяет родительские правила и запреты, ограничения

Наблюдение за поведением и развитием

Изучите вехи в развитии ребенка и его характер/темперамент, как это обсуждалось ранее. Помните, что в связи с растущей автономией и независимостью ребенок может отказаться от осмотра. На протяжении всего осмотра обращайте внимание на то, как родители помогают или препятствуют способности ребенка справляться с разумным насилием врача. Вам следует беспокоиться, если Вы заметите, что ребенок чрезмерно пассивен или необщителен, если ребенок не умеет ходить/не ходит, если у ребенка плохая ловкость рук, если ребенок не разговаривает, если ребенок плохо понимает (например, что ему говорят).

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска по развитию анемии, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гематокрита. Необходимо определить степень риска отравления свинцом, используя специальные оценочные вопросы. Если степень риска высока, необходимо определить уровень содержания свинца в крови ребенка.

Проверьте состояние иммунизации ребенка в соответствии с календарем прививок; узнайте, были ли у ребенка какие-либо реакции на введение вакцин в прошлом. Подробно запишите полученную информацию. Если степень риска, что ребенок или некая группа людей/сообщество, близкое к ребенку, заболело туберкулезом, высока, необходимо провести туберкулиновый тест).

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Отзывайтесь положительно и честно о сильных сторонах семьи. Похвалите ребенка за его дружелюбие

и участие, «сотрудничество». Похвалите родителей за то, что они поощряют независимость ребенка и одновременно обеспечивают его/ее безопасность и за то, что они оказывают помощь и поддержку ребенку на протяжении всего визита. Если присутствуют также и старшие братья/сестры ребенка, похвалите их также за их силу, похвалите их достоинства.

Поддержание здоровья

Иммунизация

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок России.

Профилактика возможных расстройств

Питание

Дети должны есть три раза в день. В то время, когда ребенок потребляет пищу, родители должны очень внимательно следить за ним. Дети не должны есть орехи, твердые конфеты, жевательные резинки, попкорн, хот-доги, виноград и изюм, косточковые ягоды, которые могут быть случайно проглочены (возможно, при вдохе). Дети должны спокойно сидеть во время еды и проглатывать всю пищу до того, как выйти из-за стола или слезть с высокого стула. Родители должны постепенно сводить кормление ребенка из бутылочки на нет, если это уже не было сделано. Если пища разогревается в микроволновой печи, ее необходимо как следует перемешивать, чтобы температура была равномерной. Детям следует разрешать есть пальчиками или ложкой. Соблюдение хороших манер за столом не обязательно. Будьте готовы к тому, что дети этого возраста едят не-



много. Не обязательно давать ребенку витамины, если он ест фрукты или овощи. Если требуется, можно давать добавки фторидов.

Экскреции

Ребенка не следует приучать пользоваться горшком (туалетом) до достижения им двухлетнего возраста. Детям этого возраста зачастую интересно смотреть на то, как родители пользуются туалетом/ходят в туалет; их также интересует изучение и наблюдение за собственным процессом мочеиспускания и актом дефекации. В это время очень разумным было бы купить горшок, подходящий для ребенка по размеру, и разрешить ребенку сидеть на нем, когда заблагорассудится, даже в подгузниках, в то время как ребенок тренируется ходить в туалет.

Сон

Очень важно, чтобы у ребенка был четкий распорядок сна. Ребенку необходим короткий сон днем, хотя бы один раз в день. Даже просто спокойное время отдыха очень полезно для ребенка, даже если он не спит. Может оказаться очень полезным использование чего-либо наподобие одеяла или мягкой игрушки во время сна ребенка (для того чтобы ребенок заснул). В связи с тем что некоторые дети выбирают из кровати, необходимо опустить матрас в кровати ребенка пониже, чтобы избежать выпадения ребенка из кровати.

Поведение и развитие

Дети, как правило, пытаются стать независимыми в процессе потребления пищи и в процессе игры. Следует поощрять самостоятельное питание и процесс исследования. Обсудите вопросы автономии и независимости ребенка с родителями, в особенности тот эффект, который они могут иметь в конкретной семье. Объясните, что постепенно проявляющаяся, возникающая независимость является частью нормального развития, а не девиантного, оппозиционного поведения. Убедите родителей в том, что необходимо сразу же, немедленно и с энтузиазмом поощрять приемлемое поведение ребенка, говоря чаще «да», чем «нет», расхваливая ребенка за хорошие поступки. «Взбучка» не является эффективной мерой, а также конструктивным способом наказания.

Для того чтобы научить ребенка вести себя как следует, важно, чтобы родители установили жесткие и разумные ограничения и говорили «нет» только в слу-

чаях, когда ребенок нарушает запрет (пренебрегает запретом), а затем «спасали», ограждали бы ребенка от потенциальной опасности. Посоветуйте родителям избегать использования игрушек, конфет, фруктов, деликатесов или каких-либо легких закусок для «подкупа» ребенка. В этом возрасте (детей) это отвлекает и переориентирует ребенка, в случае если он продолжает что-либо делать после того, как родителями было произнесено «нет», «нельзя». Побудите родителей к тому, чтобы они общались с ребенком предельно ясно, понятными ему фразами, соответствующими пониманию ребенка, и совместно шли к тому, чтобы разработать последовательный подход к поддержанию дисциплины. Помните, что в силу отсутствия образного мышления и опыта сравнения у детей нет чувства юмора, ассоциаций, поэтому не сюсюкайте, не шутите, не разыгрывайте ребенка.

Родители во время игры с ребенком должны показывать ему/ей, как обращаться с игрушкой. Предметы домашнего хозяйства, такие как горшки/кастрюли/банки, пластиковые емкости и пустые коробки, используются детьми в качестве игрушек. Родители должны поощрять действия ребенка, когда он подражает чему-либо (например, уборка/подметание, вытирание пыли, игра с куклами), и создать безопасное пространство, которое предоставляет ребенку возможность свободно исследовать, познавать окружающий мир в безопасности (бегать/гоняться за кем-либо, танцевать, плескаться в воде, бросать и пинать мячики). Им в скором времени начнут нравиться игры в прятки (или когда надо что-либо прятать) и «предметно-изобразительные» игры, игры с изображением чего-либо (например, причесывание, приглаживание маминых волос, кормление куклы ложкой).

Родители могут способствовать развитию речи ребенка следующим образом:

- читая книги, распевая песни, разговаривая с ребенком о том, что он видит и что он делает;
- называя наиболее известных животных, предметов, частей тела;
- поощряя ребенка повторять слова;
- с удовольствием, с радостью реагируя на попытки ребенка повторять слова;
- слушая и отвечая на вопросы ребенка.

Ребенок в скором времени научится взбираться по ступенькам и спускаться с них, бегать, ходить задом и ударять ножкой по мячу и бросать его. Эти навыки по сути своей являются укрепляющими, так как они помогают ребенку все дальше продвигаться ко все увели-



чивающейся в своих масштабах автономии, становится все более независимым. Дети могут научиться держать и пользоваться большим мелком; также они становятся все более умелыми и ловкими в том, что касается «кормления самих себя» ложкой/в пользовании ложкой.

Взаимоотношения в семье

Вспышки раздражения являются достаточно распространенным явлением среди детей в возрасте от 15 до 30 месяцев. Советы по управлению ими см. в Приложении.

На этой стадии развития ребенка и родительского воспитания, на которой требуется очень многое, желательно, чтобы родители нашли возможности заботиться о самих себе и друг о друге. Группы поддержки для родителей и образовательные программы о развитии детей и о воспитании детей могут оказаться очень полезными.

Другие советы

Посоветуйте родителям ограничить количество и следить за качеством телевизионных программ, которые смотрит их ребенок. Телевизор не заменяет общения с ребенком/не является для ребенка заменителем общения с родителями.

Поощрите родителей к тому, чтобы они начали (или поддержите уже начатую) программу уличного времяпровождения: прогулки, бег, плавание, езда на велосипеде (используя шлем). Придайте особое значение важности отсутствия в окружающей ребенка обстановке табачного дыма, алкоголя и наркотиков.

Предотвращение травм

Частые травмы у ребенка могут навести на мысль о возможном насилии над ребенком или об отсутствии внимания к ребенку.

Чтобы предотвратить травму ребенка, необходимо:

1. Посоветовать родителям использовать специальные загородки или запирать двери, ведущие к лестничным спускам или в потенциально опасные помещения/пространства, такие как кухня или подвал. Следует установить специальные защитные приспособления на окнах.
2. Предупредить родителей не недооценивать способность их ребенка взбираться вверх, карабкаться. Стулья должны быть расставлены таким образом, чтобы ребенок не был в состоянии использовать их в целях забраться на опасное, высоко расположенное место.
3. Повторить инструкции по безопасности в автомобиле, включая те, в которых говорится о специальных сиденьях соответствующего размера.
4. Если в доме хранится оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Педиатры и другие специалисты по заботе о здоровье детей обязаны информировать родителей о той опасности, которую несет в себе оружие как в доме, так и вне дома. Убеждать родителей, у которых имеется оружие, избавиться от него, особенно если это легкое огнестрельное оружие. Обсудите другие пути предотвращения насилия.
5. Маленьким детям нельзя разрешать играть с пластиковыми и полиэтиленовыми пакетами, шнурами, веревками, проволокой и воздушными шариками.
6. За детьми необходимо постоянно присматривать, когда они находятся в воде или около воды (бассейн, ванна, озеро, ров/канавка/котлован, колодец, незакрытый туалет (выгребная яма), ведро с водой). То, что человек знает, «как» надо плавать, не означает, что он будет в безопасности во время плавания.
7. Ребенка следует держать подальше от печек, воздухонагревателей, нагревателей стен, утюгов, каминов. Ручки кастрюль и ковшиков должны быть повернуты в сторону от края печки/плиты. Следует внимательно следить за горячими жидкостями, находящимися на столах или на плите, чтобы ребенок не опрокинул их на себя.
8. Родители не должны держать на руках или нести на руках одновременно ребенка и горячие жидкости. Горячие жидкости во время приготовления пищи должны находиться вне пределов досягаемости для ребенка.
9. Защищать, оберегать ребенка от электрических травм, получение которых возможно от электрошнуров и электророзеток, путем закупорки электророзеток специальными пластиковыми приспособлениями.
10. Дети должны носить защитную одежду, панамки, шапки и кепки с козырьками или же пользоваться солнцезащитным кремом, когда выходят на улицу, для предотвращения инсоляции.
11. Еще раз напомните о необходимости наличия в доме противопожарных средств; детекторов дыма и средств, предупреждающих доступ к газу. Заполните Паспорт здоровья ребенка.



Обсудите все остальные вопросы и планы. Уделите внимание каждому из них в отдельности (например, то, что ребенок отказывается укладываться спать или просыпается среди ночи; частые ОРВИ или рецидивирующие инфекции уха).

Завершение визита

- Удовлетворены ли Вы этой встречей? Решены ли те задачи, которые Вы перед собой ставили?
- Есть ли какие-либо вопросы, которые Вы хотели бы обсудить? Появление новых вопросов в конце встречи может потребовать выделения в графике посещения врача дополнительного времени для визита родителей к врачу до следующего по расписанию визита.
- Определите время следующей встречи.
- Расскажите родителям, как они могут связаться с врачом, если у них возникнут какие-либо вопросы или если их будет что-либо беспокоить до наступления времени следующей встречи.

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 18-МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Дети в этом возрасте очаровательные, многообещающие, но требующие много напряжения, — все одновременно. Процесс их развития в области речи и независимости очень впечатляет, но требует терпения, уважения, последовательности, логичности, постоянства от родителей. Веселая игра с настоящим или воображаемым другом может за несколько секунд смениться на очень сильную вспышку раздражения. У детей в этом возрасте действительно развивается «собственное мышление», «собственные взгляды, мнение», и они могут очень сильно расстраивать, отказываясь делать то, о чем их просят окружающие, или же твердо настаивая на том, чтобы делать это по-своему. Родители, видящие в этой упорной независимости проявление способностей, компетенции и автономии, скорее переживут этот период в развитии ребенка с юмором и гордостью, чувством собственного достоинства.

Беседа и наблюдение за поведением

В ходе беседы и физического осмотра следите за взаимоотношениями родителей и ребенка, а также за взаимоотношениями родителей между собой.

Вопросы при приветствии

Как дела у Вашего малыша? Как Вы поживаете? Какие конкретные вопросы и проблемы Вы хотели обсудить в ходе нашей встречи?

Проверьте выполнение рекомендаций, внесенных в Паспорт здоровья ребенка в ходе предыдущего визита.

Конкретные вопросы о ребенке

Питание

Опишите стандартный/обычный рацион ребенка. Ребенок все еще ест из бутылочки? Ваш ребенок, как правило, ест три раза в день? Как часто (сколько раз) Ваш ребенок перекусывает (потребляет легкие закуски) в промежутки между едой? Какого рода легкие закуски потребляет Ваш ребенок? Какое количество молока выпивает Ваш ребенок? Кто собирается/присутствует за столом во время еды? Как обычно проходит процесс приема пищи?

Экскреции

Проявляет ли ребенок какой-либо интерес к горшку (или же к происходящему, когда он сидит на горшке)? Бывают ли подгузники сухие после дневного сна ребенка? Каковы Ваши планы в отношении приучения ребенка к пользованию туалетом?

Сон

Где спит Ваш ребенок? Легко ли засыпает Ваш ребенок? Он/она просыпается среди ночи? Что Вы в этом случае делаете?

Поведение и развитие

Как бы Вы охарактеризовали Вашего ребенка? Произошли ли какие-либо изменения в характере ребенка или в личностных качествах и свойствах ребенка? Как Ваш ребенок проявляет свою независимость или как он(а) реагирует на Ваши попытки его (ее) учить или призывать к порядку, дисциплине? Были ли у Ваше-



го ребенка вспышки раздражения? Как Вы управляли ими (как Вы все улаживали)? Что Вам больше всего нравится в Вашем ребенке? Какие личные качества, какие черты характера Вашего ребенка, на Ваш взгляд, требуют большого напряжения? Что нового научился делать Ваш ребенок?

Вопросы о семье

Взаимоотношения в семье

Как Ваш ребенок ладит с Вами, другими взрослыми людьми, братьями/сестрами? Как Вы и другие члены Вашей семьи поступаете в случае плохого поведения, проступка ребенка? Как Ваш ребенок реагирует на правила и ограничения? Что происходит, если Ваш ребенок не делает то, что Вы хотите, о чем Вы его просите?

Имели ли место какие-либо перемены в семье, в домашней обстановке? Имели ли место стрессы, болезни или кризисы со времени последнего визита? Каков распорядок рабочего дня каждого из родителей? Какие мероприятия осуществляются по уходу за ребенком?

Как часто у родителей бывает свободное время? Кто может помогать/помогает родителям в процессе воспитания ребенка?

Существуют ли какие-либо проблемы, касающиеся остальных членов семьи, связанные в первую очередь со злоупотреблением алкоголем, наркотиками, грубым обращением с окружающими или чрезмерным насилием в семье? Беспокоит ли Вас что-либо, что касается методов установления дисциплины и порядка, используемых другими членами семьи? Есть ли в доме холодное и огнестрельное оружие? Где оно (оружие) хранится?

Типичный ход развития ребенка в 18-месячном возрасте

- Крупные двигательные навыки: ходит быстро, может бегать, взбирается/всходит вверх по ступенькам, придерживаясь одной рукой, ходит задом, взбирается на «взрослый» стул.
- Тонкие двигательные навыки: кушает пищу ложкой и вилкой, складывает кубики, выводит каракули и закорючки цветными карандашами.
- Познавательные навыки: знает о месторасположении предметов, которые были спрятаны, играет в игры, в которых надо притворяться, делать что-либо понарошку, например, «пить» из пустой чашки, крепко обнимать куклу, разговаривать по игрушечному телефону.
- Навыки общения: понимает просьбы, по просьбе указывает на названную часть тела, может «сложить» два слова.
- Социальные навыки: любит играть с другими детьми.

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Измерение: процентиля графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Длина окружности головы

Общее физическое обследование

Дети в этом возрасте, как правило, по-прежнему очень сильно противятся физическому осмотру. Ребенка можно успокоить, «осмотрев» куклу или мягкую игрушку до начала физического осмотра ребенка. Чтобы ребенок чувствовал себя максимально удобно, совершайте поначалу как можно меньше «насильственных» действий. Сначала просто осмотрите, а лишь затем

пальпируйте ребенка. Дайте ребенку подержать стетоскоп/фонендоскоп или отоскоп до того, как Вы будете им пользоваться. Дайте ребенку как можно больше вариантов того, где и как Вы будете его обследовать/осматривать, на выбор, например, на коленях у родителей или на кушетке, на столе или на полу.

В ходе полного физического обследования не забудьте проверить, как прорезаются зубы, не портятся ли зубы, нет ли у ребенка травм или повреждений, походку, расположение ног, нет ли косоглазия, нет ли паховой грыжи. Проверьте слух и зрение ребенка.

Наблюдение за поведением и развитием

Продолжайте наблюдать за взаимоотношениями ребенка и родителей. Проверьте вехи развития ребенка, о которых упоминалось ранее, а также те, которые не очень полно описаны в медицинской карте ребенка.



Понаблюдайте за чертами характера ребенка, особенно за его/ее реакцией на принуждение или на установление ограничений.

К задержкам в развитии ребенка, которые служат основанием для направления ребенка на всеобъемлющее обследование на предмет развития и/или для раннего вмешательства, относятся:

- ребенок еще не ходит;
- отсутствие тонких двигательных навыков (умения крепко сжимать предметы пальцами);
- неспособность/неумение исполнять элементарные просьбы;
- отсутствие в речи ребенка понятных слов, замкнутость и постоянная, сильная боязнь незнакомых людей.

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гематокрита. Необходимо определять, по крайней мере хотя бы раз в год, уровень содержания свинца в крови ребенка, который находится в группе риска отравления свинцом. В этом возрасте возможны частые ОРВИ (> 6 раз в год), поэтому необходимо провести анализ эпидемиологической цепочки. Если имеется риск, что ребенок или некая группа людей/сообщество заболит туберкулезом, необходимо провести туберкулиновый тест.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Отзывайтесь положительно и честно о сильных сторонах физического развития, развития в целом, о сильных сторонах характера ребенка и о способах, при помощи которых родители могут «управлять» ребенком.

Поддержание здоровья

Иммунизация

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок России.

Профилактика возможных расстройств

Питание

Посоветуйте родителям устраивать семейные ужины/обеды с разговорами о жизни, окружающих людях, о том о сем. Если ребенок растет и развивается нормально, заверьте родителей, что некоторое ухудшение аппетита ребенка не ведет к ограничению потребления

им компонентов, необходимых для роста. В большинстве случаев дети сами могут определять, какое количество пищи им требуется. Посоветуйте родителям избегать споров с ребенком о вопросах питания, а тем более насильственного кормления. Многие дети этого возраста особенно разборчивы в пище и часто меняют свои предпочтения.

Детям нельзя разрешать передвигаться с пищей во рту. Когда родители подогревают пищу в микроволновой печи, ее необходимо как следует перемешивать, чтобы температура была равномерной. Обсудите с родителями вопрос отучения ребенка от кормления грудью или из бутылочки, если это уже не было сделано. Если требуется, необходимо продолжать давать ребенку добавки, содержащие фтористые соединения. Желательно использовать витамины и микроэлементы, даже если в рацион ребенка входят фрукты и овощи. Дети в этом возрасте должны есть самостоятельно и пить из чашки. В рацион детей не должно входить чрезмерное количество жиров, соли и сахара.

Экскреции

Родители должны откладывать приучение ребенка к пользованию туалетом до того момента, когда ребенок проявляет признаки готовности к этому, такие как интерес к имитации действий других людей по пользованию туалетом, отрицание или негативные эмоции по отношению к грязному подгузнику, способность удерживать мочу хотя бы в течение двух часов/отсутствие позывов к мочеиспусканию в течение 2 часов (например, сухой подгузник после дневного сна) или же озвучивание желания (в форме слова) пойти в туалет. У родителей может появиться желание установить детский стульчак к общему столу, чтобы ребенок мог подражать другим членам семьи. Родители должны поощрять или же вознаграждать (хвалить) ребенка за успехи в этой области. Но ни в коем случае нельзя стыдить или наказывать ребенка за то, что у ребенка что-либо не получилось. Большинство детей проявляют готовность к приучению к пользованию туалетом, к опрятности в 24—30-месячном возрасте (см. Приложение «Приучение ребенка к опрятности»).

Сон

Некоторые дети продолжают спать два раза в течение дня, другие же могут спать днем только один раз. Если ребенок отказывается спать днем, необходимо, чтобы у него было определенное время для «отдыха» или «нахождения в состоянии покоя».



Подтвердите родителям необходимость в установлении распорядка сна и в регулярности сна ребенка. Если ребенку регулярно читать перед сном, это благоприятно сказывается на развитии речи ребенка и ослабляет/решает некоторые проблемы, связанные со сном ребенка. К проблемам сна ребенка, с которыми родители сталкиваются чаще всего, относятся: отказ ребенка заспать, пробуждение ребенка ночью, ночные кошмары/страхи. Если эти проблемы срывают распорядок дня и мешают образу жизни семьи или же являются причиной дневной усталости или раздражительности ребенка или родителей, с ними необходимо бороться, о них врачу следует поговорить с родителями. Родителям может быть предложена возможность обсудить эти проблемы во время отдельной встречи, если время для анализа ситуации и консультации ограничено.

Поведение и развитие

Сообщите родителям о том, что дети в этом возрасте ярые собственники и редко делятся. Им нравится играть в активные игры, такие как салки (догонялки) и пятнашки. Одновременно ребенок играет в символические игры или же в игры, в которых надо притворяться, но он(а) играет в них без взаимодействия с кем-либо. Посоветуйте родителям покупать ребенку прочные игрушки (без мелких деталей), которые ребенок смог бы разделять, а затем опять соединять или же использовать для «строительства» (матрешки, пирамиды, игрушки, складывающиеся друг в друга, кубики, простые конструкции). Дети в этом возрасте часто интересуются содержимым выдвижных ящиков, шкафчиков или шкапулок и корзин для мусора или грязного белья!

Убедите родителей в том, что дети могут все еще использовать приемы самоуспокаивающего поведения (например, они могут сосать палец, проявлять привязанность к любимой игрушке, шерстяному одеялу, раскачиваться, мастурбировать) как способы снятия стрессов или напряжения. Спросите родителей о том, что их беспокоит или пугает в подобном поведении детей.

К 18-месячному возрасту ребенка родители должны установить дисциплину. У детей часто случаются вспышки раздражения. Отговорите родителей от применения телесного наказания детей. Этот способ, как правило, неэффективен и дает ребенку повод думать, что физическая сила является законным и приемлемым способом разрешения разногласий.

Детей в этом возрасте редко можно отвлечь или сбить с пути/переориентировать, если они действительно хотят получить/достать запрещенный/запретный пред-

мет. Посоветуйте родителям простыми, ясными, доступными словами изложить и объяснить ребенку правила и запреты. Если же ребенок не согласен с объяснениями родителей, тогда должны последовать выводы.

Посоветуйте родителям рассматривать «тайм-ауты» (короткие периоды социальной изоляции) в качестве дисциплинарной меры. Поговорите о том, как родители должны применять и использовать эти «тайм-ауты». Время от времени может быть необходимо использование физического подкрепления, например, удерживание ребенка, передвижение предмета, который ребенка просили не трогать, «извлечение» ребенка из опасной или запретной ситуации. Если установление соответствующих запретов и усиление дисциплины представляет для родителей большую проблему, необходимо организовать отдельную встречу для родителей, в ходе которой можно было бы провести детальный анализ структуры или модели неприемлемых, нежелательных поступков ребенка в прошлом, а также последствия этих проступков.

Напомните родителям, что ребенку необходимо предоставлять возможность делать соответствующий выбор. Автономия и независимость усиливает уверенность детей в себе. Ребенок, у которого была возможность выбора действий в некоторых ситуациях, может не так сильно сопротивляться запретам родителей в других ситуациях. Предложите родителям постоянно хвалить ребенка за хорошие поступки, за выполнение правил ухода за собой, за самовыражением. Следует напомнить, что зависимый ребенок в будущем будет иметь проблемы с адаптацией в коллективах и социальной жизни.

Предотвращение травм

Обязательно должны присутствовать специальные защитные загородки на окнах и лестницах.

Всегда следует использовать ремни безопасности и специальные сиденья (для детей) в машине.

За детьми необходимо очень внимательно следить, когда они играют около улицы или около дороги.

Детей никогда нельзя оставлять без присмотра в машине или одних в доме.

Для того чтобы избежать падения детей, нельзя оставлять стулья в местах, где ребенок использовал бы их для того, чтобы взобраться на поверхности и в места, находящиеся на опасной высоте.

Детей необходимо защитить от получения электрических травм от обнаженных электрошнуров и от незащищенных (незакрытых) электророзеток.

Наличие в доме огнестрельного оружия представляет серьезную опасность для всей семьи. Если в доме хранится



оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Обсудите другие пути предотвращения насилия.

За детьми необходимо постоянно присматривать, когда они находятся в или около бассейна, ванны, озера, реки, рва/канавы, выгребной ямы, колодца). То, что человек знает, «как» надо плавать, или то, что он участвует в водных процедурах ребенка, не означает, что ребенок будет в безопасности во время нахождения в воде или около воды.

Посоветуйте родителям сохранять обстановку, окружающую ребенка, в которой не было бы табачного дыма и наркотиков.

Дети не должны подвергаться прямому воздействию солнечных лучей, если их кожа не защищена специальным косметическим средством.

Еще раз напомните о необходимости средств защиты от пожара, наличия детекторов дыма в доме и средств, предупреждающих доступ ребенка к газу, газовым баллонам и плитам.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Завершение визита

- Удовлетворены ли Вы этой встречей? Решены ли те задачи, которые Вы перед собой ставили?
- Есть ли какие-либо еще вопросы, которые Вы хотели бы обсудить? Появление новых вопросов в конце встречи может потребовать выделения в графике посещений врача дополнительного времени для визита родителей к врачу, до следующего по расписанию визита.
- Определите время следующей встречи.
- Расскажите родителям, как они могут связаться с офисом врача, если у них возникнут какие-либо вопросы или если их будет что-либо беспокоить до наступления времени следующей встречи.

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 2-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Двухлетние дети абсолютно компетентны в вопросах передвижения. Они, как правило, могут общаться

с окружающими при помощи коротких фраз. Они помнят, где родители спрятали запретный предмет, и могут координировать средства и личные возможности, чтобы достать этот предмет. В этом возрасте дети исследуют границы допустимого поведения. На родителей ложится ответственность за установление этих допустимых границ и за указание на них ребенку, одновременно поощряя автономию и независимость ребенка.

Беседа и наблюдение за поведением

Очень важно в ходе беседы и физического обследования обращать внимание на то, как ребенок и родители общаются между собой. Двухлетние дети могут быть независимыми, могут исследовать/изучать кабинет врача, сидеть на отдельном стуле, отвечать на вопросы. Но гораздо чаще они сразу же бросаются к родителям, как только в кабинет входит врач, и остаются сидеть на коленях у родителей на протяжении всего визита.

Вопросы при приветствии

Как дела у Вашего малыша? Как Вы поживаете? Какие конкретные вопросы и проблемы Вы хотели обсудить в ходе нашей встречи?

Проверьте выполнение рекомендаций, внесенных в Паспорт здоровья ребенка в ходе предыдущего визита.

Получите подробную информацию по вопросам, касающимся болезней, аллергических проявлений, несчастных случаев, случаев госпитализации, операций, перемен в семье или стрессов.

Конкретные вопросы о ребенке

Питание

Какие виды пищи потребляет Ваш ребенок? Ваш ребенок ест при помощи ложки и вилки? Ваш ребенок пьет из чашки? Как много ест Ваш ребенок? Сколько молока выпивает Ваш ребенок? Как бы Вы описали прием пищи в Вашем доме?

Экскреции

Были ли у Вашего ребенка какие-либо проблемы, связанные с мочеиспусканием или с испражнениями? Начал ли Ваш ребенок проявлять интерес к пользованию туалетом (или детским стульчаком)? Как Вы



сможете узнать, что Ваш ребенок готов к приучению к опрятности, к пользованию туалетом? Как Вы планируете приучать ребенка к пользованию туалетом, к опрятности?

Сон

Где спит Ваш ребенок (в кровати или в колыбельке/детской кроватке)? Когда Ваш ребенок ложится спать? Имеют ли место какие-либо проблемы с успокоением ребенка перед сном? Как Вы регулируете время сна ребенка? Существует ли какой-либо «ритуал», осуществляемый перед сном? Что происходит, если Ваш ребенок просыпается среди ночи? Каков распорядок дневного сна ребенка?

Развитие

Что нового умеет делать Ваш ребенок? Какие любимые игрушки есть у Вашего ребенка? Что Вы любите делать с Вашим ребенком? Расспросите о конкретных успехах/достижениях в развитии ребенка.

Поведенческие характеристики

Как себя ведет Ваш ребенок в последнее время? Как Ваш ребенок реагирует, когда Вы говорите «нет»? Как Вы объясняете отказы Вашего ребенка?

Типичный ход развития ребенка в 2 года

- Крупные двигательные навыки: бегаёт, прыгает на месте; поднимается по ступенькам вверх и спускается по ступенькам вниз, ставя две (обе) ноги на ступеньку; подбрасывает мяч выше головы/бросает мяч через голову.
- Мелкие двигательные навыки: пользуется вилкой и ложкой, открывает дверь, складывает кубики, рисует вертикальные линии.
- Познавательные навыки: заблаговременно претворяется в ходе игры; помнит места, где спрятаны предметы; придумывает способы, создает возможности для достижения желаемой цели/результата (пододвигает стул к шкафчику, взбирается на него, достает спрятанный предмет).
- Навыки речи: имеет словарный запас в более чем 50 слов, разговаривает при помощи нескольких фраз, состоящих из двух слов; исполняет простые и двухсоставные просьбы, слушает короткие истории, использует в речи местоимения.
- Социальные навыки: подражает взрослым, играет в аналогии (по аналогии) с другими детьми.
- Адаптивные навыки: чистит зубы щеткой с чьей-либо помощью, одевается с чьей-либо помощью, кушает самостоятельно.

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Помните, что обращаться с просьбами об осмотре к ребенку нельзя. С ним нужно говорить импера-

тивно, поэтому не задавайте ребенку этого возраста вопросов, на которые ребенок мог бы ответить «нет». Негативная реакция, отрицательный ответ — единственный способ, при помощи которого двухлет-

Как обстоят дела с процессом приучения ребенка к должному поведению? Как Ваш ребенок реагирует на все это? Как часто у Вашего ребенка случаются вспышки раздражения? Что Вы делаете в этих случаях?

Как Ваш ребенок реагирует на разлуку с Вами, например, когда он остается в детском саду/в яслях или дома с няней?

Конкретные вопросы о семье

Опишите обычный день ребенка? Как часто Ваш ребенок проводит время с другими детьми и взрослыми людьми? Что Вы (члены Вашей семьи) обычно делаете, когда собираетесь вместе?

Как Вы ладите друг с другом в семье? Как у Вас дела? Двухлетние дети часто испытывают силы и терпение своих родителей. Как обстоят дела со взаимоотношениями между родителями? Кто еще воспитывает ребенка/заботится о ребенке? Как обстоят дела со взаимоотношениями с этим человеком (этими людьми)? Вызывает ли у Вас кто-либо из членов семьи беспокойство? Есть ли кто-либо жестокий, яростный в Вашей семье, кто обращается с окружающими слишком грубо? Есть ли у кого-либо алкогольная или наркотическая зависимость? Страдает ли кто-либо от депрессии? Существуют ли у кого-нибудь проблемы с душевным здоровьем?



ний ребенок пытается хоть немного контролировать ситуацию! Простые положения, утверждения, адресованные ребенку, как правило, более успешны, например: «Раздевайся! Я должен послушать твое сердце». Предпочтительнее чем «Разреши мне, пожалуйста, тебя осмотреть и послушать...». Многих детей можно легко осмотреть, когда они находятся на коленях у родителей. Когда ребенок на самом деле может осуществить выбор, очень полезно просить ребенка помочь Вам, например: «В какое ухо ты бы хотел, чтобы я посмотрел в первую очередь?» Насторожьтесь, если увидите очевидные признаки физических травм, наводящих на мысль о физическом насилии над ребенком или о невнимательности родителей.

Измерение: проценты графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Длина окружности головы

Общее физическое обследование

В ходе полного физического осмотра проверьте ребенка на наличие косоглазия. Проверьте слух ребенка.

Изучите состояние развития ребенка

Подтвердите предусмотренный ход развития (см. рис. 3). Постарайтесь изучить крупные двигательные навыки, мелкие двигательные навыки и навыки речи ребенка. Понаблюдайте за участием самого ребенка в процессе снятия одежды и одевания.

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска по анемии, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гематокрита. Определите уровень холестерина в крови детей, находящихся в группе риска по ожирению, метаболическому синдрому, гиперхолестеринемии и диабету. Сделайте туберкулиновый тест, если того требует статус пребывающего в группе риска.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Выскажите относительно того, что семья хорошо заботится о ребенке, о трудностях этого периода развития ребенка, о необходимости родителей, других членов семьи, остальных людей, принимающих участие в процессе заботы о ребенке, действовать

совместно на благо развития ребенка. Объясните, как истинный характер ребенка будет взаимодействовать с процессом развития ребенка в этом возрасте и какое влияние он оказывает на развитие ребенка.

Поддержание здоровья

Иммунизация

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок России.

Профилактика возможных расстройств

Питание

Здоровый рацион ребенка включает в себя молоко, желательное с низким процентом жирности; потребление жиров и сахара должно быть ограничено; в качестве закусок обязательно должны присутствовать фрукты и овощи. Ребенок должен выпивать не более 1 литра молока в день; это может быть дополнено при желании фруктовым соком. Ребенок должен пить исключительно из чашки или из стакана.

У детей в этом возрасте специфические и часто меняющиеся пристрастия в еде. В большинстве случаев с их выбором можно соглашаться без проблем. Если питание ребенка не полностью отвечает требованиям, необходимо обязательно давать ему комплекс поливитаминов и минералов (микроэлементов).

Экскреции

Родители должны следить за проявлением признаков готовности ребенка к пользованию детским горшком или туалетом. В этом возрасте ребенка следует приобрести детский стульчак (горшок), обсудить с ребенком его назначение.

Сон

Большинство детей продолжают спать один раз днем. Даже если они иногда не спят, со стороны родителей очень разумно настаивать на том, чтобы ребенок спокойно отдыхал в одно и то же время каждый день.

У детей должно быть строго определенное время для сна и предсказуемый график сна. Дети должны засыпать в своей кроватке и спать в ней на протяжении всей ночи. Чтение книг ребенку перед сном способствует развитию речи и часто очень помогает ребенку заснуть.



Поведение и развитие

Родители должны поощрять проявления независимости у ребенка и предоставлять, когда это только возможно, ребенку возможность выбора, сохраняя/оставляя свою власть для установления и поддержания порядка в семье.

Темпы развития речи ребенка в значительной степени зависят от обстановки в семье. Родители должны ограничивать время, которое их дети проводят перед телевизором, и контролировать, какие виды телепередач смотрит их ребенок. Родители должны стараться читать своим детям книжки каждый день. Поощрите родителей к тому, чтобы они записали/брали своего ребенка в библиотеку или создали ее дома. Убедите родителей в необходимости уделять время каждому ребенку лично, общаться с ним один на один.

Необходимо установить семейные правила, расширяющиеся на приемы пищи и время приемов пищи, на сон, на сборы утром.

Дисциплина является причиной беспокойства родителей в этот период развития их ребенка в связи с развитием у него/нее независимости и автономии. Многих конфликтов можно избежать, если предоставить ребенку право на выбор одного из двух-трех вариантов, каждый из которых удовлетворяет родителей, например: «Что ты хочешь одеть: свой свитер или куртку/пиджак/жакет, когда пойдешь играть на улицу?», «Ты хочешь апельсиновый сок или яблочный сок?».

Другим приемом, который часто бывает полезен, является принятие мер по получению положительных результатов, являющихся следствием совершения ребенком приемлемых или желаемых поступков, действий. Например, ребенка хвалят за то, что он должным образом играл со своим другом, или ребенок получает десерт/сладкое за то, что сидел во время еды. В противовес этому негативные результаты являются следствием неприемлемого поведения. Например, ребенку не разрешают выйти на улицу поиграть, в случае если он ударил своего друга. Предложите родителям прибегать к «тайм-аутам» как к еще одному виду дисциплинарных мероприятий, в соответствии с которыми нежелательные действия ребенка приводят к 2–3-минутному отлучению ребенка от деятельности в семье. Например, если ребенок пинает или бьет кого-либо, он должен провести две минуты, сидя на стуле в отдалении от семьи.

В связи с тем что дети в этом возрасте исследуют возможности проявления независимости и ограничения, они требуют от родителей очень большого напряжения. Работа родителей как команды необходима для создания поля деятельности ребенка, в котором могла бы развиваться его независимость, а также для установления в то же самое время границ, необходимых для того, чтобы уверить ребенка в том, что он в безопасности и что его любят. Родителей необходимо поощрять к поиску путей для получения поддержки (для самих себя), в которой они нуждаются для того, чтобы поддерживать уровень физической и эмоциональной энергии, необходимой для выполнения их миссии.

Предотвращение травм

В связи с тем что возможности ребенка все увеличиваются, растут, а также растет его желание продемонстрировать свои способности, родители должны быть предельно внимательными в отношении вопросов, касающихся травм ребенка, особенно в периоды обострения семейных стрессов.

Медикаменты, моющие средства и изделия бытовой химии должны быть заперты в шкафчике/в комод, так как ребенок может взбираться и доставать практически до всего.

Придайте особое значение все еще имеющей место необходимости наличия специального сиденья для ребенка в машине.

Температура горячей воды (в кранах) не должна превышать 37° С.

Еще раз подчеркните необходимость защиты ребенка от воздействия ультрафиолетовых лучей.

В доме должны быть установлены средства защиты от пожара, такие как детекторы дыма и др. Их работоспособность должна проверяться ежегодно. Важно организовать препятствие к доступу ребенка к газу.

Наличие в доме огнестрельного оружия представляет серьезную опасность для всей семьи. Если в доме хранится оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Обсудите другие пути предотвращения насилия.

Родителям необходимо стараться предвидеть возможные падения ребенка, когда он взбирается на мебель, на подоконники, на ступеньки.

Детям нельзя давать пищу, которой можно легко поперхнуться (возможно, при вдохе). Взрослые долж-



ны присматривать за ребенком на протяжении всего времени, пока ребенок ест. Детям нельзя разрешать играть, когда у них во рту есть пища.

Электророзетки должны быть закрыты специальными пластмассовыми «колпачками».

Родители не должны разрешать ребенку играть рядом с механическими транспортными средствами: автомобилями, тракторами, газонокосилками.

Посоветуйте родителям сохранять обстановку, окружающую ребенка, в которой не было бы табачного дыма и наркотиков.

Обучите родителей, как правильно пользоваться системой вызова скорой или неотложной медицинской помощи.

Подчеркните, что дети не готовы учиться плавать до достижения 4-летнего возраста и что знание человека о том, «как» надо плавать, или тот факт, что он участвует в водных процедурах ребенка, не означает, что ребенок будет в безопасности во время нахождения в воде или около воды.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Припомните все проблемы и вопросы, которые обсуждались в ходе визита, и составьте и поясните планы по разрешению каждого из них. Предложите родителям возможность запланировать специальную встречу/визит, если у родителей есть беспокойство в отношении сна, питания ребенка, приучения ребенка к пользованию туалетом, дисциплины или других вопросов, связанных с развитием ребенка, его эмоциональным состоянием или его поведением.

Завершение визита

- Есть ли какие-либо проблемы или вопросы, которые мы с Вами не обсудили? Удовлетворены ли родители и врач этой встречей? Решены ли те задачи, которые они перед собой ставили?
- Определите время следующей встречи.
- На основе факторов риска ребенка и семьи опишите те проблемы, которые могут потребовать назначить дополнительную встречу с врачом до запланированного визита по расписанию.

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 3-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Трехлетние дети продолжают проверять пределы допустимого поведения и в то же время могут все больше понимать и принимать социальные ограничения. Их навыки речи могут превосходить понимание (познавательное), поэтому понимание ими чего-либо может выглядеть очень забавно. У детей в этом возрасте богатое воображение и есть воображаемые/вымышленные друзья, воображаемый мир, с которым родителям приходится считаться.

Беседа и наблюдение за поведением

Дети этого возраста, которые развиваются нормальными темпами, и у которых не было даже частичного опыта столкновения со стрессовыми ситуациями в кабинете врача, могут сидеть на отдельном стуле или на кушетке, участвовать в беседе и устанавливать контакт с осматривающим его человеком. Обязательно начните контакт с дружелюбного, ласкового разговора с мамой (членом семьи). Помните, что ребенок в это время наблюдает за реакцией мамы (членом семьи), а не за Вами. Если эта реакция положительная, обратитесь с комплиментами в адрес ребенка, что помогает ребенку почувствовать себя свободно, спокойно. Затем врач может начать задавать ребенку простые вопросы, на которые ребенок может самостоятельно отвечать. На протяжении всего визита врач должен продолжать привлекать ребенка к участию в разговоре.

Проследите за тем, как родители и ребенок разговаривают друг с другом, что делают и говорят родители для поддержания независимости ребенка, как родители пытаются контролировать поведение ребенка, как ребенок реагирует на родителей, как ребенок ведет себя в ходе обследования и как ребенок использует игрушки или книжки, находящиеся в кабинете врача.



ТАБЛИЦА 5

| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|---------------------------|--|---|
| Вопросы при приветствии | Привет. Меня зовут доктор... Как ты поживаешь? Сколько тебе лет? Ты ходишь в детский сад? Как зовут твою учительницу/воспитательницу? Кто твой лучший друг? Что ты любишь делать больше всего? Какая твоя любимая игрушка? Ты не расскажешь мне о своем домашнем животном? | Что происходит с Вашим ребенком и у Вас в семье? Как, на Ваш взгляд, идут дела у Вас и в Вашей семье? Иногда у родителей могут быть какие-либо конкретные проблемы, тревоги, вопросы или сложные ситуации, на которые они хотели бы обратить мое внимание. А у Вас? Проверьте состояние тех проблем, которые обсуждались в ходе предыдущего визита. Имели ли место болезни, аллергические состояния, несчастные случаи или травмы с момента последнего визита? Был ли Ваш ребенок в больнице? Проводилась ли иммунизация ребенка где-либо еще? Произошли ли в Вашей семье какие-либо перемены? |
| Конкретные вопросы | | |
| Питание | Что ты ел(а) сегодня на завтрак? Что ты любишь есть? | Какой аппетит у Вашего ребенка? Ваша семья придерживается каких-либо ограничений в питании? Ваш ребенок потребляет в течение обычного дня набор из следующих продуктов: мясо, рыба, домашняя птица, фрукты, овощи, зерновые? Какое количество жидкости выпивает Ваш ребенок? Вы даете ребенку витаминные добавки, минеральные добавки, железо и фториды? Какое количество готовой кулинарной продукции потребляет Ваш ребенок? Есть ли у кого-либо из родственников повышенный уровень содержания холестерина в крови? |
| Экскреции | Ты носишь подгузники? | Как обстоят дела с приучением ребенка к пользованию туалетом? Есть ли у Вашего ребенка какие-либо проблемы с испражнением? Есть ли у ребенка какие-либо проблемы, связанные с мочеиспусканием или с тем, что ребенок мочится в штаны? |
| Сон | Где ты спишь? Кто еще спит в той же комнате, где и ты? | Насколько хорошо Ваш ребенок спит ночью? Есть ли у Вас какой-либо «ритуал», совершаемый перед сном ребенка? Что помогает Вашему ребенку заснуть? Что Вы делаете, если Ваш ребенок просыпается ночью? Ваш ребенок спит днем? |
| Вехи развития | Во что ты любишь играть? Расскажи мне о своих игрушках. Ты ходишь в школу? | Какие новые навыки приобрел Ваш ребенок? Что Вы думаете о процессе/ходе развития Вашего ребенка? Задайте конкретные/специфические вопросы (см. Типичный ход развития ребенка в 3 года). Обсуждали или обдумывали ли Вы вопрос, касающийся посещения Вашим ребенком яслей/детского сада или другого детского дошкольного учреждения? Какая от этого будет польза? Какие возможности для игры с другими 3-летними детьми (ровесниками) есть у Вашего ребенка? |
| Обычный день ребенка | Что тебе нравится делать с мамой или с папой? | Как обычно проходит день у Вашего ребенка? Как часто Вы находите время для совместной игры или совместного веселья? Как часто Вы читаете книжки с Вашим ребенком? Какие у Вас есть договоренности относительно заботы о ребенке или проведения времени с ребенком? |
| Характер | | Что Вам больше всего нравится в Вашем ребенке? Что вызывает у Вас наибольшее количество трудностей? Чем Вы гордитесь в Вашем ребенке? Кого напоминает Вам Ваш ребенок? Как Ваш ребенок реагирует, когда Вы говорите ему «нет»? |



| | | |
|----------------------------|-------------------------|--|
| Конкретные вопросы о семье | Кто живет у вас в доме? | Каковы Ваши взаимоотношения в доме? Имели ли место какие-либо перемены? Были ли какие-то серьезные стрессы? Каков график Вашего рабочего дня? Как дела у Вас на работе? Остается ли у Вас запас энергии к ночи? Какие у Вас есть договоренности относительно заботы о ребенке? Довольны ли Вы ими? Как Вы дисциплинируете ребенка? Согласны ли с этими действиями Вы оба (оба родителя)? Кто-либо наказывает ребенка слишком сильно? Кто-либо в семье злоупотребляет алкоголем или наркотиками? Есть ли у кого-либо проблемы с душевным здоровьем? |
|----------------------------|-------------------------|--|

Типичный ход развития ребенка в 3 года

- Крупные двигательные навыки: прыгает на месте, пинает мячик, ездит на трехколесном велосипеде, поднимается вверх по ступенькам чередующимся шагом.
- Мелкие двигательные навыки: выводит каракули, закорючки, пытается рисовать круги, пользуется посудой, может одевать отдельные вещи из одежды самостоятельно, может поставить друг на дружку (сложить в столбик) по крайней мере 8 кубиков.
- Познавательные навыки: играет в игры, в которых надо притворяться, делать что-то «понарошку», воображать; знает свое имя, возраст, пол.
- Навыки речи: 75% внятной речи; разговаривает короткими предложениями, но может иногда забывать про связки, артикли, склонения, обозначать множественное число существительных; задает вопросы наподобие «что это такое?» и «почему?»; понимает значение предлогов и некоторых прилагательных.
- Социальные навыки: ребенку нравится играть в игры, основанные на взаимодействии и диалоге; может становиться в оппозицию, вредничать; слушает короткие истории, рассказы.
- Адаптивные навыки: раздевается сам, одевается частично сам, делает успехи в области приучения к опрятности и к пользованию туалетом, кушает самостоятельно.

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Измерение: перцентили графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Кровяное давление

Это, по всей вероятности, будет первый раз, когда будут измерять кровяное давление ребенка. Поэтому ему необходимо рассказать и показать, как «странно будет чувствовать себя ручка» из-за ритмичных сжатий и ослабления сжатия ручки ребенка.

Взвешивать ребенка следует, сняв с него всю одежду, за исключением трусов или подгузников.

Общее физическое обследование

В ходе полного физического обследования не забудьте проверить остроту зрения ребенка, осмотреть ребенка на предмет косоглазия, проверьте слух ребен-

ка, оцените навыки речи ребенка и проверьте походку ребенка, расположение ног и вращение бедер.

Обращайте внимание на травмы и повреждения, указывающие на насилие над ребенком или на невнимательность родителей по отношению к ребенку.

Наблюдение за поведением и развитием

Подтвердите информацию, полученную в ходе беседы. Постарайтесь завести беседу с ребенком. Предоставьте ребенку возможность перерисовывать или рисовать картинки. Оцените способность ребенка понимать значение игры «понарошку» при помощи «осмотра» куклы. Также проследите за поведением ребенка, включая степень ее/его активности, способности взаимодействовать в ходе физического осмотра и общительность.

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гемато-



критя. Необходимо определить уровень содержания свинца в крови ребенка, который находится в группе риска отравления свинцом. Получите данные об уровне содержания холестерина в крови у детей, находящихся в группе риска (без лечебного голодания).

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Отзывайтесь положительно и честно о ребенке («Он так хорошо говорит». «Как творчески он подходит к игре с игрушками»). Похвалите сильные стороны родителей в процессе воспитания ребенка. «Вы очень отзывчивы по отношению к ребенку». «Как хорошо Вы объясняете ребенку, что происходит в кабинете/при осмотре»).

Поддержание здоровья

Иммунизация

Проверьте состояние иммунизации ребенка, а также выясните, были ли какие-либо реакции организма ребенка на предыдущую иммунизацию.

Профилактика возможных расстройств

Питание

Убедитесь в том, что ребенок получает сбалансированное питание и что ему не дают ненужную и вредную пищу. Ребенок должен кушать самостоятельно, пользуясь столовыми приборами. Детям нельзя давать орехи, драже, твердые конфеты и жевательные резинки.

Продолжайте давать ребенку добавки, содержащие фториды, если это требуется. Родители должны поощрять своих детей к тому, чтобы они чистили зубы после еды и перед сном. Поговорите об уходе за зубами и о защите зубов. Родители должны записать ребенка на прием к стоматологу.

Экскреции

Обеспечьте родителей информацией о приучении ребенка к пользованию туалетом (к опрятности), если ребенка к этому не приучали. К 3-летнему возрасту приблизительно 90% детей приучены ходить на горшок/в туалет; 85% детей не мочатся в штаны в течение дня и 65 — 70% детей не мочатся ночью. Детям, которые все еще мочатся ночью, не требуется никакого лечения.

Сон

Ребенок может перестать спать днем. Дети могут быть очень раздражительными, когда сильно устанут, особенно после того, как прекратят спать днем. Их необходимо успокаивать. Перед сном ребенка следует переключать от активной игры к более спокойной, сидячей игре, это может быть очень полезным.

По-прежнему остаются важными распорядок сна (регулярный сон) и «ритуалы», осуществляемые перед сном. Родители могут начать укладывать ребенка спать на ночь раньше после того, как он перестанет спать днем. Изредка случающиеся ночные кошмары в этом возрасте обычное явление.

Развитие

Родители должны поощрять активную игру ребенка в кубики, собирание/складывание простых пазлов, игру в мыльные пузырьки (или же надувание пузырей), игру в фишки. Детям этого возраста нравится играть в песке и в воде, они любят книжки и чтение книжек. Игры «по-нарошку», в которых дети используют как кукол, так и кухонную утварь, являются развивающими. Следует препятствовать пассивным видам деятельности, таким как просмотр телевизионных программ.

Развитию речи способствует непосредственное общение с ребенком. Дети на ранних этапах развития не «учат язык», который они слушают при просмотре телевизора и при прослушивании радиопрограмм. Родители должны предоставлять детям возможность поговорить/рассказать о его/ее дне или же поговорить на любую другую тему, которая интересует ребенка. Многие дети проходят период заикания, точнее, неплавной речи (легкой или средней степени) в возрасте 2 — 4 лет. Это временное явление, проходящее само собой.

Практика воспитания ребенка

Каждый родитель должен ежедневно проводить какое-то время наедине со своим ребенком.

Для ребенка очень важно исследовать, проявлять инициативу, общаться. Родители должны предоставлять ребенку возможность выбора в соответствующих ситуациях. Ты хочешь сливочную пасту или сыр? Красную или желтую футболку? Эту сказку или ту?

Поощрите родителей к предоставлению возможности ребенку приобретать опыт за пределами дома, например в детском саду или в специальных детских группах; для ребенка это очень хороший способ развития социальных навыков, таких как совместное использование чего-либо, разделение собственности, обязан-



ностей или чего-либо, занятие очереди. Обсудите вопросы способности ребенка расставаться с родителями и общаться с ровесниками. Обсудите вопросы выбора детского сада/специальных дошкольных групп.

В этом возрасте или еще раньше ребенка очень интересуют вопросы, откуда берутся дети и какова разница между мальчиками и девочками. Родители должны быть готовы/подготовлены к четким, откровенным ответам на эти вопросы на уровне, соответствующем пониманию ребенка и в рамках поставленных вопросов. Дети очень откровенны в выражении своей потребности что-либо узнать. Они будут задавать вопросы до тех пор, пока их любопытство не будет удовлетворено. Посоветуйте родителям использовать правильные термины и понятия для названия гениталий; они должны понимать, что любопытство ребенка в отношении пола и их исследования в этой области вполне нормальны.

Очень важно, чтобы родители проявляли свою любовь к ребенку. Дети не понимают лукавые, насмешливые комментарии и не могут постоянно определять, что их родители шутят. Родители никогда не должны грозиться уйти или отказаться от ребенка. Следует помнить, что градации восприятия шуток, насмешек со стороны других родственников и знакомых еще ниже, так как у детей нет чувства юмора.

Детей следует воодушевлять на присоединение к выполнению задач, действий и социальных ролей их родителей. Родителей надо отговорить от того, чтобы они укладывали своего ребенка спать к себе в кровать, если это возможно и соответствует культурным убеждениям и ценностям семьи. Необходимо решать проблему, как уговорить ребенка оставаться в своей постели, если родители саму проблему связывают с тем, что ребенок сам приходит спать к ним.

Поговорите с родителями о дисциплине. Ребенку необходимо рассказать о возможных последствиях неприемлемого или нежелательного поведения. Дисциплинарные требования должны быть человечными, соответствующими возрасту ребенка, ограниченными по времени и справедливыми. Следует поощрять самодисциплину и позитивное отношение (хорошие взаимоотношения) братьев/сестер ребенка. Родители должны поддерживать независимость ребенка, позволяя ему/ей принимать некоторые решения и редко произнося слово «нет».

Поощрите физическую нагрузку, например, прогулки пешком, бег трусцой, плавание (в присутствии родителей или других членов семьи) или езду на велосипеде (со шлемом).

Посоветуйте родителям сохранять обстановку, окружающую ребенка, в которой не было бы табачного дыма и наркотиков.

Предотвращение травм

Дети должны продолжать сидеть в машине в специальных сиденьях, по крайней мере до 5-летнего возраста. Некоторые такие сиденья подходят для детей с весом до 25 кг.

Двери должны быть закрыты на замки во избежание падения детей со ступенек. На верху лестниц должны быть установлены специальные загородки.

Дети не должны играть рядом с горячими жидкостями или жиром на кухне.

Наличие в доме огнестрельного оружия представляет опасность для всей семьи. Если в доме хранится оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Ножи следует хранить вне пределов досягаемости для ребенка. Обсудите другие пути предотвращения насилия.

Детям необходимо объяснить, какая опасность может им грозить, если они в погоне за мячиком или за собакой выбегут на дорогу; но они могут и не помнить подобных предупреждений и указаний. За детьми следует очень внимательно следить, когда они находятся на улице неподалеку от дороги.

Детей необходимо предупредить, чтобы они были очень осторожными с чужими собаками, особенно когда собака ест.

Обсудите вопросы безопасности на воде или около воды. Это самый ранний возраст ребенка, в котором можно начинать учить ребенка плавать (в специальных группах), но родителей следует проинформировать, что дети, с точки зрения развития, не готовы учиться плавать до достижения 4-летнего возраста. Знание, «как надо плавать», или участие в занятиях ребенка по плаванию не гарантирует безопасности ребенка в этом возрасте в воде.

Дети не должны следовать за незнакомыми людьми и не должны позволять, чтобы другие люди прикасались к ним так, как им не нравится.

Медикаменты и яды должны быть тщательно запакованы и находиться вне зоны видимости и вне пределов досягаемости для ребенка. Напомните родителям о необходимости позвонить в токсикологический центр в случае, если ребенок взял в рот что-либо ядовитое.

Дети не должны подвергаться воздействию прямых солнечных лучей, если их кожа не защищена специальным кремом.



Ожидаемые дети

Комнату для ожидаемого новорожденного необходимо подготовить, чтобы пересмотреть «пространство» ребенка.

Подтолкните родителей к тому, чтобы они просили друзей дарить подарки старшему ребенку, а не новорожденному.

Планируйте визит более взрослого ребенка на более ранний период по сравнению с новорожденным, чтобы «все» внимание было «уделено» более взрослому ребенку.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Завершение визита

- Давайте вспомним еще раз все вопросы, которые обсуждались сегодня. Удовлетворены ли Вы их решением?
- Есть ли какие-либо проблемы или вопросы, которые Вы хотели бы обсудить? Возникновение новых проблем и вопросов в это время может потребовать назначения дополнительной встречи с врачом, до запланированного визита по расписанию.
- Определите время следующей встречи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

Большинство детей, достигшие двухлетнего возраста, в нашей стране воспитываются дома, однако часть детей начинают посещать детские ясли (сад). На этом фоне появляется необходимость в новых контактах врача-педиатра и расширении рекомендаций для сотрудников организованных коллективов. Очень большая ответственность за здоровье и правильное воспитание этих детей лежит на взрослых, которые должны быть едины в своих воспитательных, оздоровительных, организационных методах в семье.

Для детей третьего года жизни тоже характерно довольно высокая иммунологическая защищенность по сравнению с детьми первого и второго года жизни, более совершенная функция терморегуляции, более

высокий уровень адаптационных механизмов, в том числе к аллергизации организма, высокая двигательная и познавательная активность, высокая физическая выносливость.

В связи с перечисленными особенностями детей третьего года жизни недопустимым является разнотребований к ребенку со стороны матери, отца, бабушек, дедушек и других родственников, так как это затрудняет выработку устойчивых условных связей. Разная направленность требований к ребенку, сказывается на его поведении: он становится капризным, нервным, у него ухудшается сон, аппетит, может появиться агрессивность в поведении.

Если ребенок первых двух лет развивался физически и нервно-психически нормально без каких-либо отклонений, если он приобретал и закреплял все необходимые для этого возраста навыки и умения, то на третьем году жизни этих детей легче воспитывать и значительно легче прививать им новые навыки и совершенствовать старые. Задачи медико-педагогического наблюдения за детьми третьего года жизни такие же, как и для детей первого и второго года.

1. **Санитарно-гигиенический уход** за ребенком определяется тем, насколько ребенок владеет самостоятельными навыками. Надо обязательно закрепить все культурно-гигиенические навыки, необходимые для этого возраста: самостоятельная еда, умывание, одевание, раздевание. Кроме того, необходимо воспитывать новые навыки: убрать со стола, вытереть стол, убрать свой уголок, расставить на место игрушки и т.д. Прогулки надо организовать таким образом, чтобы ребенок имел возможность активно играть, поэтому очень важна рациональная одежда для ребенка.
2. **Режим дня** должен строиться таким образом, чтобы активное бодрствование не превышало 6,5 – 7 часов, дневной сон 1 раз в день.
3. **В отношении питания** требования остаются теми же, но надо стараться разнообразить диету, не кормить ребенка насильно, а также со всевозможными отвлечениями во время еды. Это вредно сказывается на здоровье и на формировании характера ребенка в дальнейшем.
4. **Физическое воспитание** требует особого внимания, необходимо рекомендовать родителям продолжать заниматься с детьми гимнастикой, плаванием, проводить закаливающие мероприятия. В этом возрасте необходимо развивать у детей ориентировку тела в пространстве, чувство равновесия, навыки



бега, прыжков, развивать мускулатуру спины, грудной клетки, шеи для того, чтобы предотвратить нарушение осанки.

5. **Умственное развитие** ребенка данного возраста, его речь быстро прогрессирует и совершенствуется за счет общения со взрослыми, за счет расширения кругозора ребенка, за счет более глубокого познания окружающей среды, природы. В этом возрасте особенно нужна помощь родителей, чтобы правильно организовать бодрствование ребенка. Родители должны научить его играть с игрушками, создавая разнообразные игровые ситуации, иначе игрушки могут быстро надоесть, ребенок утомляется, капризничает. Чтобы правильно развивать речь и мышление ребенка, родители должны научить его грамматически правильным речевым формам и в дальнейшем их постоянно закреплять.

Родителей нужно информировать о том, что в этом возрасте у детей появляется острая потребность общения с другими детьми, поэтому обязательно надо предоставлять детям такую возможность.

На третьем году жизни контролируются те же нервно-психические вехи или линии развития, что и на втором году, кроме понимания речи, так как развитие речи идет только через активную речь.

Контроль за состоянием здоровья и развития детей третьего года жизни врач-педиатр общей практики осуществляет один раз в полугодие. Основное внимание обращается на организацию режима, на нервно-психическое и физическое развитие, на состояние костной, зубочелюстной, мышечной систем, состояния внутренних органов. При осмотре проводится антропометрия, психометрия, назначаются анализы крови, мочи, кала на я/г. Один раз в год ребенка осматривают специалисты.

В конце третьего года жизни, когда заканчивается период раннего возраста, врач оценивает состояние здоровья ребенка по всем параметрам. На основании динамического наблюдения за ребенком, лабораторных исследований, заключений специалистов врач подводит итоги трехлетней профилактической работы с ребенком. После этого намечается план оздоровительных мероприятий на последующий период.

При осуществлении контроля за здоровьем ребенка каждый осмотр на третьем году жизни педиатра состоит из следующих разделов:

- Оценка физического и психомоторного развития ребенка.

- Исследование состояния здоровья по критериям здоровья (на третьем году жизни количество хронических больных (пороки развития, наследственные заболевания, отдаленные результаты перинатальной патологии и др.) не превышает 5%).
 - Выделение детей группы риска (биологического, социального, экологического и др.).
 - Назначение рекомендаций в зависимости от группы здоровья.
 - Оформление этапного эпикриза.
- Основными задачами индивидуального контроля за состоянием здоровья ребенка являются:
- Углубленное исследование, оценка состояния здоровья и назначение соответствующих рекомендаций.
 - Ранние выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка.
 - Решение вопроса о возможности посещать ребенком детское дошкольное учреждение.
 - Решение вопроса о необходимости консультаций врачей специалистов и лабораторно-инструментальных наблюдений.
 - Решение вопроса о проведении профилактических прививок.
 - Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение.

К вопросу подготовки здоровых неорганизованных детей в ясли или сад необходимо относиться очень серьезно. В условиях детской поликлиники всю организационную работу в этом плане проводит комиссия, представленная врачами отделения организованного детства и старшей сестрой отделения. Заседания этой комиссии проводятся еженедельно по фиксированным дням, причем обязательно привлекаются врачи-педиатры общей практики и врачи-специалисты.

Данная комиссия осуществляет следующие функции:

- Контроль за подготовкой детей к поступлению в ясли или сад и организацию преемственности между работой детской поликлиники и дошкольным учреждением.
- Разбор всех случаев тяжелой адаптации детей к дошкольным учреждениям, выявление причин такой адаптации с тщательным анализом качества подготовки ребенка со стороны медицинского персонала поликлиники и родителей.
- Изучение и анализ эффективности проводимых мероприятий по подготовке детей к поступлению в организованные коллективы, внесение соответствующих корректировок.



Следует предупредить родителей о том, что поступление любого здорового ребенка в организованный коллектив сопровождается нагрузкой на нервную систему. Не каждый даже здоровый ребенок легко переносит переход из условий семьи в условия яслей и садов, т.е. резко изменившиеся условия жизни. Поэтому необходимо четко знать особенности высшей нервной деятельности ребенка, для того чтобы вовремя обратить внимание на все отрицательные моменты, провоцирующие напряжение нервной системы.

Выделяют три степени тяжести адаптации детей к детским дошкольным учреждениям (ДДУ).

1. Легкая степень адаптации:

а) нормализация поведенческих реакции происходит в течение 10 - 20 дней (сон, аппетит, отрицательные эмоции в общении со взрослыми и детьми, боязнь пространства, восстановление речевой активности);

б) нет отставания в нервно-психическом развитии;

в) заболевания ОРЗ в первые дни может не быть совсем или однократное в течение первых 10 дней в ДДУ;

г) масса тела и рост не изменены.

2. Адаптация средней тяжести:

а) нормализация поведенческих реакции до 60 дней;

б) замедление темпа речевой активности в течение 1 - 2 мес.;

в) возникновение ОРЗ в первые дни, затем могут быть повторные респираторные инфекции;

г) замедление или потеря массы тела в течение 30 - 40 дней.

3. Тяжелая адаптация:

а) нормализация поведенческих реакций более 60 дней;

б) замедление темпов речевой активности в течение I - II кварталов;

в) возникновение ОРЗ в первые дни, они длительнее, часто с осложнениями, повторные;

г) замедление темпов роста и прибавки массы тела в течение 6 мес.

Для того чтобы уменьшить или устранить отрицательные влияния новых условий в ДДУ на практически здорового ребенка, врач-педиатр должен провести следующую организационную работу по подготовке детей к поступлению в ДДУ:

1. За 1 - 2 мес. до поступления в ДДУ желательно максимально приблизить домашний режим ребенка к режиму ДДУ, включая режим питания, расшире-

ние организационных контактов ребенка и контроля санитарно-гигиенических навыков.

2. Минимум за месяц до поступления в ДДУ должны быть завершены все прививки, так как любая прививка транзиторно снижает общую иммунологическую защищенность организма в период формирования специфического прививочного иммунитета.

3. Мать должна иметь «резерв времени», чтобы приучить ребенка к режиму ДДУ, т.е. 1 - 2 мес. до выхода на работу.

4. В первые 2 - 3 недели посещения ДДУ желательно брать ребенка домой после обеда (т.е. после 12.30).

5. Выписка из поликлиники для ДДУ должна содержать подробные сведения о состоянии здоровья ребенка, особенностях его развития, результаты лабораторных исследований, о консультациях специалистов, даты проведения профилактических прививок и реакций на них, перенесенные заболевания, сведения о проведенной подготовке к наступлению в ДДУ с подробными рекомендациями по оздоровлению ребенка в период адаптации и в последующее время.

6. Соблюдение всех правил позволяет уменьшать до минимума степень тяжелой адаптации к ДДУ у любого здорового ребенка.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ НЕОРГАНИЗОВАННЫМИ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

По достижении ребенком трехлетнего возраста заканчивается период раннего детства и начинается период дошкольного возраста. Он имеет также свои особенности, которые обеспечивают здоровье ребенку и к концу этого периода готовность к обучению в школе. Наиболее значимыми особенностями данного периода являются следующие:



- Интенсивное развитие высшей нервной деятельности. В конце дошкольного периода клетка коры мозга мало чем отличается от клеток взрослого. Поведение ребенка характеризуется дифференцированностью и сложностью. Ребенок становится «социальным» существом, в котором хорошо выражены типологические и индивидуальные черты. У него совершенствуется интеллект, речь. Большинство детей предпочитает общение со своими сверстниками.
- Практически заканчивается морфо-функциональное созревание всех органов и систем, завершается созревание иммунной системы.
- Совершенствуется развитие физической силы и ловкости, что неотделимо от развития функций мозга.

Эти особенности необходимо учитывать при проведении диспансерного наблюдения за этой группой детей.

Надо отметить, что количество детей дошкольного возраста, не посещающих детские учреждения, в последние годы увеличивается. Именно этой группе детей необходимо уделять повышенное внимание медицинскому персоналу поликлиники, чтобы вовремя корректировать в семье издержки физического, умственного, санитарно-гигиенического развития и воспитания. Поэтому при работе с неорганизованными детьми дошкольного возраста врач-педиатр общей практики должен использовать любое обращение к врачу (по острому заболеванию при плановом профилактическом осмотре, по обращению за рецептом, справкой, санитарно-курортной картой и т.д.), активный вызов по телефону на прием к врачу, активный выход медицинской сестры на дом для приглашения на прием и т.д.

При осмотре этой группы детей особое внимание врач-педиатр общей практики должен уделять нервно-психическому развитию, и прежде всего развитию речи, которое должно быть связано с обогащением словарного фонда и совершенствованием грамматического строя, введением в речь все большего количества интеграторов, которые способствуют абстрагированию (отвлечению) и обобщению; возникновению эстетических представлений, появлению моральных понятий и представлений об обязанностях; развитию умения читать, писать; физическому развитию: осанке, мышечной силе, ловкости, выносливости; состоянию зубочелюстной системы (прикус, кариозные зубы, недоразвитие зубов и т.д.), остроте зрения, слуха и состоянию носоглотки (аденоиды, хронический тонзиллит, синуситы и т.д.).

Следует обращать внимание на звукопроизношение и пользование речевых функций (невнятная речь, ограниченный словарный запас, заикание и т.д.).

Дети четвертого года жизни обязательно осматриваются педиатром один раз в год, другими специалистами – по показаниям. При осмотре проводится антропометрия, психометрия, назначаются анализы крови, мочи, кала на я/г. На основании данных объективного обследования, лабораторных исследований выставляется группа здоровья с особым акцентом на группу риска (внимания). После этого врач дает рекомендации по режиму дня, питанию, закаливанию, воспитанию и составляет план оздоровительных мероприятий на следующий год, в который включает санацию носоглотки, полости рта, дегельминтизацию, занятия ЛФК, массаж, различные водные процедуры. На каждого ребенка заполняется карта учета диспансеризации (форма 131/у), эти карты хранятся отдельно от карт детей, посещающих детские учреждения.

Таким образом, контроль за проведением оздоровительных мероприятий у неорганизованных детей 4-го года жизни проводится по картам учета диспансеризации и до истории развития ребенка (форма 112/у). В последней форме в конце 4-го года составляется подробный эпикриз.

Дети 5-го года жизни также в обязательном порядке осматриваются педиатром один раз в год. Им назначаются те же обследования, что и детям 4-го года жизни. Но учитывая тот факт, что большинство детей начинают учебу с 6 лет (в связи с реформой общеобразовательной школы), за год до поступления в школу неорганизованные дети пятилетнего возраста проходят углубленное обследование в детской поликлинике с привлечением следующих специалистов: педиатр, окулист, невропатолог, отоларинголог, стоматолог, хирург, ортопед. Другие специалисты осматривают детей по показаниям. Обследования проводят те же, что и при диспансеризации детей четырехлетнего возраста. Дополнительным обследованием является измерение артериального давления. При выявлении каких-либо отклонений (кариес, аденоиды, снижение остроты зрения и т.д.) проводят санацию, коррекцию.

Самым главным при осмотре здоровых неорганизованных детей пятилетнего возраста за год до поступления в школу является определение и оценка степени школьной зрелости. Это исследование проводится педиатром совместно с невропатологом, по возможности с психологом, а по необходимости – с детским психиатром и другими специалистами по показаниям.



Для определения степени психофункциональной готовности к школе проводят диагностические скрининг-тесты. Наиболее распространенными из них являются:

1. Исследование чистоты речи.

При этом тесте исследуют чистоту речи ребенка. Ему предлагают произнести слова со свистящими буквами («с», «з»), с сонорными («р», «д»), с шипящими («ч», «ш», «щ»). Если ребенок не произносит хотя бы один звук, тест считается отрицательным.

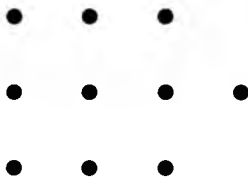
2. Тест Керна - Ирасека. Он состоит из трех заданий:

а) нарисовать человека («дядю», «тетю»), контроль осуществляется за различиями полов на рисунках;

б) переписать текст, например: «Он ел суп», где размер буквы должен быть 1 см, а заглавная — 1,5 см;

в) перерисовать 10 точек диаметром в 1 мм с расстоянием между ними 1 см в следующей последовательности (рис. 1).

РИС. 1. Тест Керна-Ирасека



Тест оценивается в баллах, причем оценка «1» считается высшей, оценка «5» — низшей, при сумме баллов от 1 до 3 тест считается выполненным.

3. Фотометрический тест — вырезание круга.

Рисуют на листе бумаги жирную линию круга, диаметр которого 3 см. Снаружи и внутри от этой линии на расстоянии 1 мм друг от друга рисуют еще по три круга более тонкими линиями. Ребенку предлагают вырезать круг по жирной линии за 1 минуту с момента касания круга. Разрешается ближайшую к «жирному» кругу линию пересечь два раза или вторую — 1 раз. При всех прочих отклонениях тест считается отрицательным. Если ребенок выполнил два теста из трех, то он готов к школе. Кроме того, его биологический возраст должен соответствовать или опережать паспортный.

После обследования пятилетнего ребенка врач делает заключение о состоянии здоровья ребенка, выставляя ему группу здоровья, о степени школьной зрелости. Если среди детей с группой здоровья I-II обнаруживаются дети, не обладающие биологической и психофункциональной готовностью к школе,

врач-педиатр общей практики совместно с невропатологом или психоневрологом берут данных детей на учет и совместно с родителями, логопедом проводят соответствующую подготовку к поступлению в школу (тренировка проведения всех тестов, занятия с логопедом, рисование, штриховка, развитие мелких мышц руки и т.д.).

Перед началом учебного года дети шестилетнего возраста проходят углубленный медицинский осмотр с участием всех врачей-специалистов, исследование крови, мочи, кала на я/г, антропометрию, психометрию, снова проверяется психофункциональная готовность к школе медико-педагогической комиссией, после этого составляется подробный эпикриз с заключением о состоянии здоровья ребенка и выводами медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к школе.

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 4-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Четырехлетние дети могут быть очаровательными и смешными, когда навыки их речи превосходят полное понимание ими окружающего мира. Их мышление эгоцентричное, они верят в то, что они «ответственны» за движение Луны, когда они идут, или за аргументы, доводы своих родителей. Некоторые 4-летние дети продолжают исследовать границы возможностей и терпения своих родителей и изучать пути ускользания от попыток их родителей отвлечь их внимание и следить за их дисциплиной.

Беседа и наблюдение за поведением

Дети этого возраста, которые раньше не переживали стресса в кабинете врача, должны сидеть на отдельном стуле или на кушетке, участвовать в процессе заполнения врачом медицинской карты (рассказ о себе) и устанавливать контакт с врачом. В первую очередь адресуйте вопросы ребенку в этом возрасте, затем интересуйтесь реакцией родителей на ответ ребенка и задавайте им вопросы для получения дополнительной информации. Наблюдайте за взаимоотношениями родителей и ребенка в ходе беседы и физического осмотра ребенка.



Родители часто позволяют ребенку общаться непосредственно с врачом, дополняя информацию, лишь когда ребенок не в состоянии ответить на вопрос или когда вопрос врача адресуется непосредственно родителям. Родители могут радоваться достижениям ребенка и поощрять его независимость и проявление им чувств и эмоций. Родители могут взаимодействовать

с ребенком, поддерживая его или, если это необходимо, ограничивая его в чем-либо. Если родители пребывают в состоянии депрессии, в подавленном состоянии, если их что-либо тревожит, если они слишком сильно критикуют или наказывают ребенка, потакают ему, это их состояние и действия должны вызывать у врача сильное беспокойство.

ТАБЛИЦА 6

| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|----------------------------|--|---|
| Вопросы при приветствии | Как ты поживаешь? Сколько тебе лет? Ты ходишь в детский сад? Куда/в какой? Какой у тебя детский сад? Что ты думаешь о нем? Ты хочешь меня спросить сегодня о чем-либо? | Как у Вас дела? Как дела у ребенка в детском саду или в детском центре? Какие конкретные вопросы и проблемы Вы хотели бы обсудить в ходе визита? Проверьте состояние проблем, которые обсуждались во время предыдущего визита. |
| Конкретные вопросы | | |
| Питание | Что ты любишь есть? | Беспокоит ли Вас что-либо, связанное с манерой потребления ребенком пищи, с аппетитом ребенка, непосредственно с питанием ребенка? Опишите, как проходит у Вас обед. |
| Экскреции | | Пользуется ли Ваш ребенок туалетом для мочеиспускания и для испражнения в течение дня и ночью? |
| Сон | Где ты спишь? Что ты делаешь непосредственно перед сном (перед тем как заснуть)? | Как Ваш ребенок засыпает вечером? Где спит Ваш ребенок? Ваш ребенок спит днем? Вас беспокоит что-либо, связанное со сном ребенка? У Вашего ребенка бывают ночные кошмары? |
| Поведение и развитие | Что ты умеешь делать хорошо? Ты можешь нарисовать человека? Ты можешь одеться сам(а)? Ты умеешь кататься на трехколесном велосипеде? Что тебе нравится делать в детском саду больше всего? Что ты любишь делать со своей мамой? А что с папой? | Какими новыми достижениями и навыками Вы гордитесь? Что, на Ваш взгляд, из того, что должен уметь делать 4-летний ребенок, не умеет Ваш ребенок? Расспросите родителей о стандартных вехах развития ребенка в 4-летнем возрасте (см. Типичный ход развития ребенка в 4 года). Как идут дела у Вашего ребенка в детском саду/дошкольном учреждении? Что Вам говорили учителя/воспитатели о развитии и поведении Вашего ребенка? Опишите свой день? Как Ваш ребенок развлекает, занимает себя сам? Как долго Вы разрешаете ему смотреть телевизор? Сколько видеопрограмм/фильмов? Как часто Вы смотрите телевизионные программы или фильмы вместе с ребенком? Чем Вы еще занимаетесь с ребенком? |
| Социальные взаимоотношения | Как зовут твоих друзей? чем ты любишь заниматься со своими друзьями? | Как Вы ладите со своим ребенком? Вы находите с ним общий язык? Как ребенок ладит со своими друзьями, сверстниками, братьями и сестрами и другими взрослыми (как из школы, так и из соседних домов/квартир)? |
| Характер | Что может тебя рассердить? Что ты делаешь, когда злишься? Что может тебя расстроить? Что ты делаешь, когда расстраиваешься? | Как Ваш ребенок справляется с гневом, расстройством, разочарованием? Как Вы справляетесь с нервными срывами ребенка, с «разрушительными» действиями ребенка, с его неосторожностью? Беспокоит ли Вас что-либо, связанное со степенью активности или внимания ребенка? Как ребенок утешает себя? Ваш ребенок все еще сосет палец? Беспокоит ли Вас что-либо в отношении управления ребенком своими эмоциями? |



| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|--------------------------------|--|--|
| Здоровье, предотвращение травм | Ты сам(а) чистишь зубы? Кто пристегивает тебя ремнем безопасности в машине? Какого цвета твой шлем для езды на велосипеде? | Дети в этом возрасте все еще рискуют упасть. Приняли ли Вы дома меры предосторожности, чтобы избежать серьезных и опасных падений ребенка? Что Вы будете делать, если Ваш ребенок проглотит траву/яд? |
| Конкретные вопросы о семье | Кто есть у вас в семье? Назови что-либо одно, чем вы любите заниматься всей семьей? Кто заботится о тебе? | Имели/имеют ли место какие-либо изменения в семье или в обстановке в доме? Имели ли место какие-либо стрессы, болезни или кризисы/критические моменты со времени последнего визита? Каков распорядок Вашего рабочего дня? Какие были проведены мероприятия, касающиеся заботы о ребенке? Как Ваш ребенок отреагировал на них? Каким образом дома распределяется ответственность? Как часто у Вас бывает свободное время (для самих себя)? Существуют ли какие-либо проблемы, касающиеся остальных членов семьи, связанные в первую очередь со злоупотреблением алкоголем, наркотиками, грубым обращением с окружающими или чрезмерным насилием в семье? Есть ли в доме огнестрельное оружие? Что Вы предприняли, чтобы быть уверенными (застраховаться), что ребенок не доберется до оружия? |

Типичный ход развития ребенка в 4 года

- Крупные двигательные навыки: катается на трехколесном велосипеде, прыгает на одной ноге, сохраняет равновесие, стоя на одной ноге, ходит вверх и вниз по лестнице чередующимся шагом
- Мелкие двигательные навыки: рисует круги и крестики, рисует людей, изображая 3—6 частей их тела, режет ножницами.
- Познавательные навыки: участвует в комплексных, сложных играх, в которых надо притворяться; может иметь воображаемого друга, может не устанавливать различие (не дифференцировать) между реальностью и фантазией (может считать, что сны происходят на самом деле), знает некоторые буквы из алфавита
- Навыки речи: обладает большим словарным запасом; говорит полными предложениями, состоящими, по крайней мере, из 6 слов; его/ее речь абсолютно понятна незнакомому человеку; задает вопросы, начинающиеся с «почему» и «когда»
- Социальные навыки: принимает участие в диалоговых играх (играх, основанных на взаимодействии), в которых надо притворяться, делать что-то «понарошку», в состоянии ждать свою очередь, умеет делиться, может играть в настольные игры или в карточные игры (с использованием карточек)
- Самопомощь/нравственное совершенствование, адаптивные навыки: умеет одевать рубашку, штаны, носки; умеет застегивать пуговицы и молнию; умеет чистить зубы; пользуется столовыми приборами во время еды; пользуется туалетом как для мочеиспусканий, так и для испражнений

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Продолжайте наблюдать за взаимоотношениями между родителями и ребенком.

Измерение: перцентили графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Кровяное давление

Общее физическое обследование

Успокойте и подбодрите ребенка в начале физического осмотра путем ведения беседы с ребенком и прикосновений к ребенку. Ребенок должен быть в состоянии обсудить с врачом функции/назначение глаз и ушей, воспоминания, оставшиеся с прошлого визита, или то, как принимать ванну. Осмотр можно проводить, начиная с головы ребенка и заканчивая пальчиками на ногах («сверху вниз»). Разговор врача о том, что выявлено в ходе физического осмотра, может быть очень



поучительным и для ребенка, и для родителей и также может упростить и прояснить все, что происходит во время визита.

В ходе полного физического обследования обязательно оцените остроту зрения ребенка и поверьте глаза на предмет косоглазия. Проверьте слух ребенка, проверьте зубы на наличие кариеса; проверьте, нет ли у ребенка отита среднего уха, гепатолинового синдрома, масс в брюшной полости, паховой грыжи. Проверьте походку ребенка, осмотрите своды стопы, его позвоночник, верхние и нижние конечности. Обратите внимание, нет ли признаков физического насилия или невнимания к ребенку.

Изучение поведения и развития

Подтвердите информацию, полученную в ходе беседы (см. Типичный ход развития ребенка в 4 года). Оцените уровень физической активности ребенка, способность сосредотачивать внимание на чем-либо, общительность.

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гематокрита. Необходимо определить уровень содержания свинца в крови ребенка, который находится в группе риска отравления свинцом. Определите уровень холестерина в крови детей, находящихся в группе риска. Сделайте туберкулиновый тест.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Отзывайтесь положительно и честно о сильных сторонах в физическом, умственном развитии ребенка, о сильных сторонах его характера («Послушайте, как замечательно он отвечает на мои вопросы»).

Поддержание здоровья

Иммунизация

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок России.

Профилактика возможного расстройства

Питание

Успокойте родителей, у ребенка которых плохой аппетит, ребенок которых мало что любит из продук-

тов, но если при этом ребенок растет нормально. Для большего эффекта это можно проиллюстрировать, показав родителям диаграмму/кривой роста ребенка. Плохой аппетит и придирчивое отношение к еде может сохраняться у ребенка достаточно долго. Предложите родителям сначала давать ребенку маленькие порции, а уже потом, если ребенок захочет есть еще, давать еще и добавку. Родители должны пытаться создавать благоприятную, хорошую атмосферу во время еды, ведя за столом беседы, в которых мог бы участвовать и ребенок. В рацион ребенка не следует включать избыточное количество жиров, соли и сахара.

Экскреции

Посоветуйте родителям приучать ребенка пользоваться туалетом, приучать его к опрятности, если он еще не научился этому полностью. Иногда имеет место некоторый регресс в отношении умения пользоваться туалетом, когда ребенок в большей степени сам определяет свою потребность сходить в туалет. К 4-летнему возрасту 95% детей приучены ходить в туалет, 90% детей контролируют процесс мочеиспускания и испражнения в течение дня («не ходят в штаны»), 75% детей контролируют этот процесс и ночью. Поскольку в этом возрасте довольно часты случаи, когда ребенок мочится ночью в постели, не требуется предпринимать ничего особенного. Как средство контроля последнего следует рекомендовать ограничение воды (жидкости) за два часа до сна ребенка.

Сон

Подтолкните ребенка к тому, чтобы он спал в своей собственной (отдельной) кроватке, если это не противоречит культурным традициям семьи. Родители должны проводить спокойный «ритуал» перед сном ребенка, который может включать в себя чтение книг или рассказ историй, что одновременно позволяет развивать речь ребенка и готовит ребенка к чтению. Ночные кошмары у детей этого возраста случаются довольно часто. Поговорите о том, какой у родителей подход, какое у них мнение о нарушениях сна. Воздействие на детей семейных стрессов часто проявляется в нарушении сна ребенка.

Социальные взаимоотношения

Родители должны постараться предоставить ребенку возможности играть со сверстниками и по соседству, и в детском саду (коллективе, группе). Дети могут брать на себя часть работы в доме, например, накрывать стол к еде, помогать убирать все со стола



после еды. Они могут делать покупки. Им очень нравится играть в игры, в которых надо притворяться и справляться со сложными ситуациями. Они могут играть в игры, в которых есть правила, но они очень часто считают правила необязательными, а пригодными считают их только тогда, когда они «играют» в их пользу.

Успокойте родителей и скажите им, что мастурбация является широко распространенным явлением — частью исследования ребенком самого себя и изучения возможности связывать общее раздражение с приятными ощущениями. Мастурбацию можно считать нормальной, если она носит частный характер и ребенок не предпочитает ее всему остальному/всем остальным видам деятельности. Она должна включать в себя стимуляцию, раздражение только внешних половых органов, и после нее не должно оставаться следов или внешних признаков.

Сексуальные игры между детьми этого возраста также регулярно имеют место, и как правило, они простые, носят ненасильственный характер, короткие и приятные для обеих сторон. Дети дошкольного возраста часто могут пытаться дотронуться до груди или до гениталий их родителей.

Хорошие обычаи воспитания детей

Родители должны установить баланс между потребностью ребенка быть независимым и необходимостью обучить ребенка социальным, общественным правилам и дозволенным рамкам поведения. Дети могут проявлять независимость, одеваясь самостоятельно или самостоятельно кушая. Чтобы дисциплинировать ребенка в этом возрасте, требуются большие усилия. Родителям рекомендуется ругать ребенка, делать ему замечание за плохое поведение конфиденциально, объясняя ему соответствующие и легко устанавливаемые границы (дозволенного) и последствия несоблюдения установленных правил. Многих 4-летних детей приходится контролировать, чтобы быть уверенными в том, что они соблюдают правила. Постоянные придирки, ворчание и пустые угрозы со стороны родителей не имеют никакого эффекта. Очень важно, чтобы родители действительно следовали поставленным условиям в случаях, когда правила нарушаются. Социальная/общественная изоляция («тайм-аут») по-прежнему остается эффективным способом наказания для многих детей. «Тайм-ауты» могут быть продлены до 5 минут. Положительные эффекты от похвал, как правило, гораздо существеннее,

чем негативное их воздействие (например, подобные комментарии: «Я действительно очень радуюсь, когда ты даешь свои игрушки поиграть другим детям» или «Спасибо тебе большое за то, что ты так тихо и спокойно ждал(а), пока я и папа разговаривали»).

Предотвращение травм

За детьми дошкольного возраста необходимо очень внимательно следить и дома, и вне дома. Игрушки ребенка должны подходить ему по возрасту и быть безопасными. Острые углы мебели следует обернуть/обить чем-либо мягким (например, одеялом) или переместить эту мебель из игрового пространства ребенка. Электрические приборы, огнестрельное оружие, спички и ядовитые вещества должны находиться вне зоны досягаемости для ребенка.

Падения детей случаются все еще часто. Родители не должны забывать о необходимости наличия загорода на окнах и лестницах. Также все еще довольно часто имеют место ожоги. Дети должны играть как можно дальше от кухни, где находятся жидкие блюда, горячие напитки и растопленный жир.

За детьми необходимо следить, когда они катаются на трехколесном велосипеде или играют недалеко от дороги. Во время езды на велосипеде необходимо обязательно одевать специальный шлем для катания на велосипеде или электромобиле.

Дети и взрослые всегда должны пристегиваться ремнями безопасности в машине или же использовать специальное сиденье (для детей).

Необходимо напомнить родителям, что следует немедленно позвонить в токсикологический центр, если ребенок взял в рот какое-либо ядовитое вещество.

За детьми необходимо очень внимательно следить, когда они находятся около воды. За ребенком должен следить ответственный человек, умеющий плавать. В связи с тем что большая часть детей в этом возрасте готова к посещению уроков плавания (готова учиться плавать), инструкции, советы ребенку способствуют безопасности ребенка.

Еще раз упомяните о необходимости наличия в доме детекторов дыма.

В доме должен находиться план эвакуации на случай пожара.

Ребенка необходимо предупредить, что ни в коем случае нельзя разговаривать с незнакомцами, брать у них еду и уходить с ними без разрешения.

Необходимо убедить детей в том, что, если кто-либо дотрагивается до детей таким образом, что



им это неприятно или кажется неуместным, неправильным, они должны сразу же сообщить об этом родителям.

Дети должны осторожно вести себя с незнакомыми собаками и другими животными.

Наличие в доме огнестрельного оружия представляет серьезную опасность для всей семьи. Если в доме хранится оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Педиатры и другие специалисты по заботе о здоровье детей обязаны информировать родителей о той опасности, которую несет в себе оружие как в доме, так и вне дома, и убеждать родителей, у которых имеется оружие, избавиться от него, особенно если это легкое огнестрельное оружие. Обсудите другие пути предотвращения насилия.

В этом возрасте детей надо научить звонить в «01», «02», «03» самостоятельно или же вызывать местную неотложную и «скорую помощь».

Сообщите родителям о необходимости дать свое согласие на оказание скорой медицинской помощи и лечения в случае, если их не окажется рядом.

Еще раз упомяните о необходимости защиты кожи ребенка от ультрафиолетовых лучей.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Еще раз вспомните о конкретных проблемах, которые обсуждались, и о планах по их устранению/разрешению (например, если ребенок ограничил свое общение с другими детьми, посоветуйте родителям организовать совместно с другими родителями игровые группы; если ребенок постоянно увеличивает громкость телевизора и кричит, ребенку необходимо проверить слух).

Завершение визита

- Удовлетворены ли Вы этой встречей? Решены ли те задачи, которые Вы перед собой ставили?
- Есть ли какие-либо вопросы или что-то, что Вас беспокоит, и что мы с Вами не обсудили? Появление новых вопросов в конце встречи может потребовать выделения в графике посещений врача дополнительного времени для визита родителей к врачу, до следующего по расписанию визита.
- Определите время следующей встречи.
- Определите, какие вопросы явно указывают на то, что необходимо обратиться к врачу (прийти к врачу) до наступления времени, на которое назначен

следующий визит по плану. Напомните родителям, как связаться с офисом, чтобы назначить такого рода встречу (визит).

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 5-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Пятилетний возраст является переходным от дошкольного к школьному возрасту. Дети могут оставаться эгоцентричными в своем мышлении, но их можно просить соблюдать правила поведения в группе сада или другого дошкольного учреждения. У детей также может оставаться очень богатое воображение, в то время как они будут получать новые навыки и изучать новые факты в дошкольном учреждении.

Беседа и наблюдение за поведением

Когда ребенок находится в возрасте от 5 до 6 лет, некоторые педиатры предпочитают проводить несколько минут, разговаривая наедине с ребенком. Ребенка могут позвать в кабинет осмотра одного, до того как родители присоединятся к нему. В ходе каждого последующего визита пропорция времени, которое врач будет проводить наедине с ребенком, может существенно возрастать.

Дети этого возраста должны активно участвовать в описании и характеристике своей деятельности, своих занятий, питания, школы, сверстников. Предпочтительнее начинать беседу с непосредственного обращения к ребенку и разговора с ним лично, обращая внимание при этом на согласие родителей со словами ребенка, слушая уточнения родителей и их дальнейшие описания.

Дети очень часто бывают бодрыми, веселыми и разговорчивыми на протяжении обследования. Им нравится демонстрировать свои новые навыки. Они могут выполнять задания, такие как рисование с разумной степенью внимательности. У них хорошие отношения с родителями, дети признают те ограничения и рамки, которые установлены как родителями, так и врачом. В этом возрасте знают разницу между реальностью и фантазией. Обратите внимание и побеспокойтесь, если ребенок кажется замкнутым, углубленным в себя или же слишком боязливым, раздражительным, чересчур чувствительным, агрессивным или импульсивным.



ТАБЛИЦА 7

| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|---------------------------|---|--|
| Вопросы при приветствии | <p>Как у тебя дела? О чем мы сегодня с тобой поговорим? У тебя есть ко мне вопросы о твоём теле или о твоём здоровье?</p> <p>Сколько тебе лет? Где ты живешь? В какую школу/сад ты ходишь?</p> <p>Сколько у тебя братьев и сестер?</p> <p>Ты болел(а) с тех пор, как мы виделись с тобой последний раз?</p> | <p>Как дела у Вашего ребенка? Как дела у Вас в семье? Как у Вас идут дела?</p> <p>Проверьте состояние проблем, о которых шла речь в ходе предыдущего визита.</p> <p>Болел ли Ваш ребенок, имели ли место несчастные случаи (с Вашим ребенком), травмы, госпитализация или операции с момента прошлого визита?</p> <p>Произошли ли в семье какие-либо изменения?</p> |
| Конкретные вопросы | | |
| Питание | <p>Что ты любишь есть? Какие у тебя любимые закуски?</p> | <p>Как ест Ваш ребенок? Есть ли какие-либо несогласия между Вами и Вашим ребенком о том, что и когда есть ребенку? Есть ли у Вас какие-либо вопросы о том, что должен есть Ваш ребенок? Беспокоит ли Вас вес Вашего ребенка?</p> |
| Пользование туалетом | <p>У тебя есть проблемы с испражнениями или с мочеиспусканием? (возможно, называя эти процессы более простыми словами).</p> <p>Если ребенок не отвечает на вопрос, спросите родителей, как дома называют туалет и все процессы, связанные с использованием туалета.</p> | <p>Ваш ребенок пользуется туалетом последовательно в течение дня? Ваш ребенок мочится в постель ночью? Бывают ли случаи, когда он/она испражняется вне туалета или пачкает свои трусики?</p> |
| Сон | <p>Когда (во сколько) ты спишь? Ты спишь днем?</p> | <p>Возникают ли какие-либо трудности, когда ребенок укладывается спать?</p> <p>У ребенка бывают ночные кошмары? Он(а) просыпается посреди ночи? Как просыпается Ваш ребенок утром? Ваш ребенок спит днем?</p> |
| Сад/Школа | <p>В какой ты группе или классе? Кто твой воспитатель, учитель/твоя учительница?</p> <p>Тебе он/она нравится?</p> <p>Что тебе больше всего нравится в саду/школе?</p> <p>Что тебе не нравится в школе? Кто твой лучший друг/подруга?</p> | <p>Какой была для Вас сад/школа (чем она была для Вас), когда вы были маленькими?</p> <p>Как Вам кажется, чем является сад/школа для Вашего ребенка?</p> <p>Как проходили перемены, связанные со школой, для каждого из Вас до сих пор?</p> <p>Как, на Ваш взгляд, идут там дела у ребенка? Какова обратная связь со школой?</p> <p>Что Вам рассказывает ребенок от том, что он(а) делает в школе?</p> |



| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|----------------------|--|---|
| Поведение и развитие | <p>Ты катаешься на трехколесном велосипеде? Ты умеешь кататься на велосипеде со вспомогательными колесами (четырёхколесном велосипеде)? Ты можешь написать свое имя? С чем ты любишь играть? Чем ты любишь заниматься со своими друзьями? Какие передачи ты смотришь по телевизору? Что ты будешь делать, если кто-нибудь схватит игрушку, с которой ты играл? Что ты чувствуешь, когда твои мама или папа говорят тебе «нет»?</p> | <p>Ваш ребенок умеет прыгать через скакалку и кататься на четырехколесном велосипеде? Ваш ребенок одевается самостоятельно? Ваш ребенок умеет застегивать маленькие пуговицы и молнии? Ваш ребенок может завязывать свои ботинки? Ваш ребенок может рассказать простенькую историю или пересказать сказку? Насколько хорошо Ваш ребенок изъясняется устно? Дети и взрослые понимают речь Вашего ребенка? Какие буквы алфавита знает (узнает) Ваш ребенок? А какие может написать? До сколько умеет считать Ваш ребенок? Какие числа/цифры узнает Ваш ребенок? Как долго Ваш ребенок может сидеть и слушать историю? Как долго может смотреть видеофильм или телевизионную программу (см. Типичный ход развития ребенка в 5 лет)? Опишите обычный день Вашего ребенка. Школьные друзья ребенка приходят к Вам домой после школы или в выходные? Какие мероприятия по уходу за ребенком в часы после окончания школьных занятий Вы организовали? Какие существуют в семье правила в отношении просмотра телевизора? Как бы Вы охарактеризовали Вашего ребенка? Чем Вы гордитесь в своем ребенке? Как бы Вы охарактеризовали степень активности Вашего ребенка? А степень упорства? А способность/умение адаптироваться к изменениям? Как Ваш ребенок реагирует на расстройства/крах, разочарования/неприятности или перемены?</p> |
| Предотвращение травм | <p>Кто пользуется ремнем безопасности в машине? Ты всегда пристегиваешься ремнем безопасности? Ты одеваешь шлем, когда катаешься на велосипеде? Ты занимаешься плаванием? Что бы ты делал, если бы в доме был пожар? Что ты сделаешь, если незнакомый человек подойдет к тебе после школы и предложит тебе поехать с ним домой?</p> | <p>Какие существуют в семье правила в отношении использования ремней безопасности в машине? в отношении шлемов? плавания? В доме есть огнестрельное оружие? Где и как оно хранится? Вы знаете, какую опасность представляет огнестрельное оружие для маленьких детей? Заперты (спрятаны) ли все ядовитые вещества, электрические приборы и легковоспламеняющиеся химические вещества? Говорили ли Вы с ребенком о том, как он должен относиться к незнакомцам и как вести себя с ними? Какие меры предосторожности организованы в семье по контакту ребенка с газовой плитой, баллоном и т.д.? Есть ли у Вас в доме детекторы дыма? Говорили ли Вы с остальными членами семьи о том, что делать в случае пожара в доме? Какие существуют у Вас правила в отношении игр ребенка по соседству с домом? Ваш ребенок соблюдает эти правила?</p> |
| Ваша семья | <p>Что вы любите делать всей семьей? Чем ты любишь заниматься с папой? С мамой? С братьями или сестрами? Что особенного есть в твоей семье? Что бы тебе хотелось изменить в твоей семье?</p> | <p>Чем Вы любите заниматься с Вашим ребенком? Какой деятельностью Вы занимаетесь как семья? Были ли в семье какие-либо (особенные) стрессы в последнее время? Ожидаете ли Вы какие-либо стрессы? Как Ваш ребенок ладит с Вами? Какие у него взаимоотношения с другими детьми? Кто-либо из членов семьи злоупотребляет алкоголем или наркотиками? Кого-либо в семье били/ударяли когда-либо намеренно?</p> |



| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|------------|--|---|
| Дисциплина | <p>Что случается, если твои мама или папа не одобряют твои действия? Каковы твои обязанности в доме (что ты делаешь по дому)?</p> <p>Что происходит, если ты не выполняешь свои обязанности? Как ты себя ведешь/ что ты делаешь, когда сердиться? Когда (в каких случаях) твои мама или папа сердятся на тебя?</p> | <p>Как Вам удастся заставить ребенка делать то, что Вы хотите? Что Вы делаете, если Ваш ребенок не реагирует/не отзывается? Какие есть у Вас дисциплинарные методы? Как они действуют? Как часто Вы наказываете Вашего ребенка и каким образом? Вам когда-либо казалось, что Ваши дисциплинарные требования и подходы слишком мягкие или слишком жесткие?</p> |

Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Уважайте застенчивость и скромность ребенка.

Измерение: перцентили графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Кровяное давление

Общее физическое обследование

В ходе полного физического осмотра проверьте слух и остроту зрения ребенка. Осмотрите ребенка на предмет косоглазия.

Наблюдение за поведением и развитием

Обратите внимание на общение ребенка с каждым из родителей.

- Родители внимательны к ребенку и слушают, что говорит ребенок.
- Родители хвалят ребенка, выражают свое одобрение и оказывают ребенку поддержку.
- Родители позволяют ребенку общаться с врачом напрямую или же они вмешиваются в разговор врача и ребенка.
- Родители гордятся способностями и достижениями/достоинствами ребенка или же они нетерпеливы по отношению к ребенку и критикуют его.

- Родители явно ожидают тех или иных действий от ребенка, они предвидят поведение ребенка или же они суровы, напряжены и склонны наказывать ребенка.
 - У родителей реалистичные ожидания в отношении возможностей и навыков ребенка в соотношении с его возрастом.
 - Ребенок общается с родителями с доверием и дружелюбно.
 - Ребенок ведет себя вызывающе, провокационно или «становится в оппозицию».
- Обратите внимание в Ваше общение с ребенком (на общение врача с ребенком).
- Ребенок дружелюбен и общителен/идет на контакт.
 - Ребенок молчаливый и чрезмерно застенчив.
 - Речь ребенка разборчивая и понятная. Соответствует ли синтаксис, лексикон, грамматика и содержание речи ребенка его возрасту.
 - Ребенок выглядит расстроенным или подавленным.
 - Ребенок исполняет Ваши просьбы.
 - Действия ребенка пагубны, разрушительны.
 - Какова степень концентрации ребенка, насколько он внимателен, активен.
 - Ребенок доволен/гордится возможностью рассказать о своих друзьях, своих занятиях и развивающихся навыках.



Типичный ход развития ребенка в 5 лет

- Крупные двигательные навыки: балансирует/сохраняет равновесие, стоя на одной ноге; прыгает через скакалку, может взбираться на кушетку.
- Ловкость: может завязать шнурок, умеет правильно держать карандаш; рисует людей, изображая, по крайней мере, 6 частей его тела; печатает некоторые буквы и цифры, может воспроизводить/перерисовывать квадраты и треугольники.
- Навыки речи и общения: рассказывает простые истории, говоря полными предложениями, правильно употребляя времена глаголов, местоимения; считает до 10; называет, по крайней мере, 4 цвета; хорошо развита артикуляция.
- Социальные навыки: выполняет простые указания/просьбы, умеет слушать и быть внимательным, раздевается и одевается с минимальной помощью.

Скрининговые процедуры

У детей, находящихся в группе риска, необходимо взять кровь на анализ уровня гемоглобина и гематокрита. Необходимо сделать анализ мочи ребенка. Сделайте туберкулиновый тест, если это необходимо. Определите уровень содержания свинца в крови ребенка, если это необходимо. Определите уровень холестерина в крови детей, находящихся в группе риска. Некоторых детей (также находящихся в группе риска) необходимо обследовать на предмет наличия заболеваний, передающихся половым путем.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Упомяните о прогрессе в процессе заботы семьи о ребенке и о прогрессе в развитии ребенка. Выскажите относительно характера ребенка и, если это уместно, о том, как он поможет ребенку адаптироваться/привыкнуть к новым заданиям в грядущем году.

Поддержание здоровья

Иммунизация

Поинтересуйтесь, были ли у ребенка какие-либо реакции после предыдущих случаев иммунизации. Подробно запишите информацию. Родители должны быть информированы и в государственном календаре прививок. Напомните родителям о преимуществах и о рисках иммунизации и ответьте на вопросы, которые могут быть у родителей. Продумайте, как можно получить согласие родителей на проведение вакцинации ребенка, если на прием к врачу ребенок пришел не с родителями.

Профилактика возможных расстройств

Предотвращение травм

Обсудите вопросы безопасности в отношении хранения холодного и огнестрельного оружия, ядовитых веществ и электрических приборов в доме, в отношении использования ремней безопасности в машине и шлемов для катания на велосипеде, в отношении правил безопасности при переходе улицы и езды на велосипеде, безопасности в воде, пожарной безопасности (устройства (детекторы дыма), издающие сигнал тревоги, планы эвакуации) и в отношении общения с незнакомыми людьми. Настаивайте на том, чтобы дети не катались на велосипеде, роликовых коньках и скейтборде без использования специального защитного снаряжения, включая шлем и налокотники, приспособления, защищающие запястья и кисти рук, и наколенники. Еще раз настойчиво упомяните о необходимости защиты ребенка от воздействия ультрафиолетовых лучей. Проконсультируйте родителей по вопросам предотвращения насилия.

Профилактика здоровья

Побудите детей питаться здоровой пищей; отговорите их потреблять неполноценную пищу «фаст-фуд» (продающуюся в закусочных, автоматах и т.д.). Поощряйте приятное времяпрепровождение всей семьи во время еды. Следует ограничивать количество жиров, натрия и сахара в рационе ребенка. Следует ограничить использование сладких газированных напитков.



Поощряйте физическую активность всей семьи.

Дети должны чистить зубы два раза в день и посещать стоматолога по графику, но не реже двух раз в год.

Нормальный сон необходим. Дети должны спать в своих кроватях, и у них должен быть распорядок сна.

Мероприятия по воспитанию ребенка

Родители обязательно должны играть с детьми каждый день, планировать и выделять для этого время.

Родители должны поощрять растущую независимость и автономию своего ребенка и помогать ребенку принимать правильные решения, соответствующие возрасту ребенка.

Родители должны поощрять своих детей к общению с другими детьми.

Посоветуйте родителям показывать свое расположение и гордость в отношении каждой сильной стороны, каждого достоинства ребенка и часто хвалить ребенка.

Напомните родителям о необходимости проявлять интерес к деятельности их детей, их достижениям.

Подтолкните ребенка к общению с бабушками и дедушками и с другими взрослыми членами семьи и другими людьми.

Способствовать умению ребенка читать самостоятельно в будущем можно, порекомендовав родителям читать всей семьей и посоветовав конкретную популярную книгу.

Механизмы решения семейных проблем (например, семейные встречи, обсуждения, дискуссии) должны быть стабильными.

Время просмотра ребенком телевизора должно быть ограничено, и необходимо следить за тем, какие передачи смотрит ребенок.

Поощрите родителей обсуждать вопросы, касающиеся секса и пола, со своим ребенком в соответствии с возрастом и заинтересованностью ребенка.

Проговорите с родителями о времяпрепровождении в субботние/воскресные дни.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Еще раз вспомните о конкретных проблемах, которые обсуждались, и о планах по их устранению/разрешению. Если записать эту информацию в обобщенном виде и дать эти записи родителям домой, это может оказаться очень полезным (например, если ребенок с трудом просыпается утром, сдвиньте момент отхода ребенка ко сну на более раннее время).

Завершение визита

- Есть ли какие-либо вопросы или что-то, что Вас беспокоит, и что мы с Вами не обсудили?
- Удовлетворены ли родители и врач этой встречей? Решены ли те задачи, которые они перед собой ставили? Нерешенные или необсужденные проблемы могут потребовать назначения дополнительного визита к врачу, который должен будет состояться до визита по графику.
- Определите время и цель следующей встречи.
- Напомните родителям, как связаться с офисом, если до момента следующего по расписанию визита возникнут какие-либо вопросы, проблемы, тревоги.

КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ: ВИЗИТ В 6-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ

Оценка состояния здоровья

Большинство шестилетних детей посещают начальную школу (поступили в нее). Они должны соблюдать правила, установленные в классе, контролировать свое внимание и поведение и учить теоретический школьный материал. Дети, умеющие в школе успех, как правило, чувствуют себя уверенно. Дети же, у которых существуют проблемы с общественными/социальными и учебными требованиями, установленными в школе, могут считать, что они хуже других и быть подавленными.

Беседа и наблюдение за поведением

На протяжении этого визита разговаривайте с ребенком как можно больше. Сперва задавайте вопросы ребенку, а затем уже обращайтесь к родителям, интересуясь их реакцией на ответ ребенка или же для получения дополнительной информации. Визит должен проходить в форме беседы с семьей. Для совершенствования информационного потока Вы можете давать родителям советы по предупреждающему руководству по ходу беседы, по мере того как обсуждаются темы. Например, поговорите с родителями о здоровом питании в то время, когда Вы задаете им вопросы о питании ребенка; напомните ребенку о необходимости одевать шлем во время езды на велосипеде, после того как он расскажет Вам о том, что он катается на велосипеде каждый день.



ТАБЛИЦА 8

| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|---------------------------|--|---|
| Вопросы при приветствии | Сколько тебе лет? Куда ты ходишь в школу (в какую школу ты ходишь)? В каком классе ты учишься? Как ты там со всеми ладишь? Есть ли что-нибудь особенное, о чем ты бы хотел(а) поговорить со мной сегодня? Какие вопросы ты бы хотел(а) задать мне сегодня? Беспокоит ли тебя что-либо, о чем ты бы хотел(а) поговорить со мной сейчас? Проверьте состояние проблем, которые обсуждались в ходе прошлого визита. Болел(а) ли ты с тех пор, как я последний раз тебя видел? Были ли у тебя какие-либо травмы (переломы костей, швы), аллергии, вакцинации (уколы), проводимые где-либо еще, или лежал(а) ли ты в больнице? | Как, на Ваш взгляд, идут дела у Вашего ребенка и у Вашей семьи в целом со времени нашей последней встречи? Какие проблемы, вопросы или Ваши тревоги Вы бы хотели, чтобы мы с вами обсудили в ходе нашей встречи? Проверьте состояние проблем, которые обсуждались в ходе прошлого визита. С тех пор, как мы виделись с Вами последний раз, Ваш ребенок болел? Были ли у Вашего ребенка какого-либо рода травмы (переломы костей, швы), аллергии, проводилась ли в каком-либо другом месте вакцинация, лежал ли ребенок в больнице? Имели ли место семейные кризисы или стрессы (болезни, безработица, смерть, разлука, развод или повторный брак)? |
| Конкретные вопросы | | |
| Питание | Как ты ешь? А что думает о твоём питании твоя мама? | Какой у Вашего ребенка аппетит? Какие продукты, богатые протеинами, потребляет Ваш ребенок (мясо, домашняя птица, рыба или бобовые)? Ест ли Ваш ребенок хотя бы немного фруктов и овощей каждый день? Сколько молока выпивает ребенок? Ваш ребенок принимает какие-либо витамины и микроэлементы? Расскажите, как проходит прием пищи в вашем доме. Телевизор включен в то время, когда Вы едите? Как это влияет на общение в Вашей семье? Как Вы определяете, наелся ли Ваш ребенок? Какое количество неполноценной пищи потребляет Ваш ребенок? Есть ли у кого-либо из членов семьи проблемы, связанные с уровнем содержания холестерина в крови? |
| Экскреции | У тебя испражнения бывают каждый день? Стул твердый или жидкий? Тебе больно, когда ты ходишь в туалет? Ты когда-либо пачкал(а) свои трусики? У тебя не бывает чувства дискомфорта, когда ты писаешь/мочишься? Сколько раз ты ходишь в уборную во время пребывания в школе? Сколько раз ты просыпаешься ночью, чтобы сходить в туалет помочиться? Ты мочишься в постель или в штаны? | У некоторых детей в этом возрасте бывают проблемы, связанные с тем, что они мочатся в штаны, в постель, пачкают трусики. Есть ли у Вашего ребенка подобные проблемы? Беспокоит ли Вас что-либо, связанное с запорами или диареей (у ребенка)? Как ребенок проводит личный туалет после акта мочеиспускания или дефекации? Обучен ли он этому? Какие планы у семьи по обеспечению гигиены промежности? |
| Сон | Во сколько ты ложишься спать? Во сколько ты просыпаешься? Как ты спишь? | Как ребенок засыпает? Он спит в кроватке один? Имеют ли место какие-либо «ритуалы» перед сном ребенка? Как часто Ваш ребенок просыпается среди ночи? Как часто Вашего ребенка приходится будить утром? |
| Школа | Что ты думаешь о школе? Какая у тебя учительница (учитель)? Тебе нравится твой учитель (твоя учительница)? Чем ты любишь заниматься в школе больше всего? А чем меньше всего? Тебе нравится твоя школа? | Каковы Ваши ожидания в отношении Вашего ребенка и его пребывания в школе? Как проходили перемены, связанные со школой, для каждого из Вас до сих пор? Как, на Ваш взгляд, идут там дела у ребенка? Какова обратная связь со школой? |



| | Вопросы, адресованные ребенку | Вопросы, адресованные родителям |
|------------------------------------|--|--|
| Поведение и развитие | <p>Ты умеешь кататься на велосипеде?</p> <p>Ты можешь напечатать/написать свое имя?</p> <p>Ты можешь завязать шнурки на ботинках?</p> <p>Покажи мне свою правую руку.</p> <p>Пожалуйста, нарисуй портрет такого же ребенка, как ты.</p> <p>Чем ты занимаешься после школы?</p> <p>Кто заботится о тебе в это время?</p> <p>Кто твой лучший друг в школе? Как часто ты видишься со своим другом после школы или на выходных? Кто твой лучший друг по соседству?</p> <p>Что может рассердить тебя? Что ты делаешь, когда сердиться? Что может тебя расстроить? Что ты делаешь, когда ты расстраиваешься?</p> | <p>Как бы Вы оценили возможности Вашего ребенка в занятиях спортом? Он/она двигается плавно? Он/она умеет кататься на двухколесном велосипеде?</p> <p>Какие у ребенка способности к рисованию и к письму? Есть ли у ребенка трудности в понимании длинных просьб или сложных предложений?</p> <p>Ваш ребенок может рассказать историю о каком-либо недавнем событии? Что Вы думаете о готовности Вашего ребенка к тому, чтобы учиться читать и писать? Обучаться математике?</p> <p>Друзья ребенка из школы приходят к Вам домой после уроков или на выходных?</p> <p>Какие мероприятия по уходу за ребенком в часы после окончания школьных занятий Вы организовали? Какие существуют в семье правила в отношении просмотра телевизора? Вы смотрите телевизор все вместе?</p> <p>Как Ваш ребенок ладит со сверстниками? Вы не замечали, чтобы у ребенка были проблемы с тем, чтобы завести друзей/заводить новые знакомства? С тем, чтобы дружить с детьми?</p> <p>Чем Вы гордитесь в Вашем ребенке? Какое обычно бывает у Вашего ребенка настроение? Как Ваш ребенок справляется расстройством, срывами? А с расставаниями? Вас беспокоит что-либо в поведении ребенка? Назовите несколько причин, по которым вы можете рассердиться на ребенка, что Вас может раздражать в ребенке.</p> |
| Предотвращение травм; оценка риска | <p>Кто пользуется ремнем безопасности в машине? Ты всегда пристегиваешься ремнем безопасности? Ты одеваешь шлем, когда катаешься на велосипеде? Ты занимался/занималась плаваньем? Что бы ты делал, если бы в доме был пожар? Что ты сделаешь, если незнакомый человек подойдет к тебе после школы и предложит тебе поехать с ним домой? Где ты играешь, когда находишься вне дома?</p> | <p>Какие существуют в семье правила в отношении использования ремней безопасности в машине? В отношении шлемов? Плаванья? В доме есть огнестрельное оружие? Где и как оно хранится? Вы знаете, какую опасность представляет огнестрельное оружие для маленьких детей? Заперты (спрятаны) ли все ядовитые вещества, электрические приборы и легко воспламеняющиеся химические вещества? Говорили ли Вы с ребенком о том, как он должен относиться к незнакомцам и как вести себя с ними? Есть ли у Вас в доме детекторы дыма? Говорили ли Вы с остальными членами семьи о том, что делать в случае пожара в доме?</p> <p>Ваш ребенок играет на улице? Насколько ребенок соблюдает правила безопасности на дороге?</p> |
| Ваша семья | <p>Что вы любите делать всей семьей? Чем ты любишь заниматься с папой? С мамой? С братьями или сестрами? Что бы тебе хотелось изменить в твоей семье?</p> <p>Что случается, если твои мама или папа не одобряют какие-либо твои действия?</p> <p>Твои мама и папа, по большей части, справедливы? Каковы твои обязанности в доме (что ты делаешь по дому)?</p> | <p>Чем Вы любите заниматься с Вашим ребенком? Какой деятельностью Вы занимаетесь как семья? Были ли в семье какие-либо (особенные) стрессы в последнее время? Ожидаете ли Вы какие-либо стрессы? Кто-либо из членов семьи злоупотребляет алкоголем или наркотиками? Кого-либо в семье били/ударяли когда-либо намеренно? Насколько хорошо взаимодействуют люди в Вашей семье?</p> <p>Как Вам удастся заставлять ребенка делать то, что Вы хотите? Что Вы делаете, если Ваш ребенок не реагирует/не отзывается? К каким дисциплинарным методам Вы прибегаете? Как они действуют? Что Вы делаете в случаях, если ребенок продолжает не слушаться?</p> |



Физическое обследование/осмотр с наблюдением за поведением

Уважайте застенчивость и скромность ребенка.

Измерение: перцентили графика (диаграммы) и система измерения/единицы измерения

- Рост
- Масса тела
- Кровяное давление

Общее физическое обследование

В ходе полного физического обследования проверьте походку ребенка и его позвоночник на предмет нарушения осанки и стопы на предмет плоскостопия. Проверьте остроту зрения. Проверьте слух ребенка, если его не проверяли в школе или же если Вы предполагаете (допускаете) наличие проблем со слухом и речью или задержку в развитии речи.

Продолжите фиксировать историю развития ребенка. Ребенок должен уметь прыгать через скакалку, рисовать картинки с изображением детей с 8—12 частями тела и чертами лица, рассказывать (личную) историю о недавнем событии, выполнять 3–4-составные команды, просьбы, знать (и узнавать) буквы алфавита и считать не менее чем до 20.

Примите во внимание, дружелюбен ли ребенок, заинтересован ли он, чувствует ли себя спокойно, уютно, открыт ли, разговаривает ли, твердый ли, уверенный ли в себе, доверяющий ли или же стеснительный, тревожащийся, рассеянный и неспособный признавать ограничения.

Скрининговые процедуры

Проверьте уровень холестерина в крови у детей, находящихся в группе риска. Если требуется, сделайте туберкулиновый тест.

Поощрение сильных сторон семьи и ребенка

Отзовитесь положительно о сильных сторонах родителей и ребенка. «Я на самом деле рад, что Вы ограничиваете время просмотра ребенком телевизора и всей семьей выбираетесь каждый день на прогулку» или «Я очень рад, что у тебя появились друзья в твоей новой школе».

Поддержание здоровья

Иммунизация

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок России.

Профилактика возможных расстройств

Адресуйте комментарии и предложения детям, если это возможно, одновременно обращаясь за поддержкой и вызывая к вниманию родителей.

Питание

Посоветуйте родителям и детям потреблять правильно сбалансированную пищу, что позволило бы избежать потребление чрезмерного количества неполноценной пищи (в консервах, закусочных, автоматах и т.д.). Обсудите необходимость потребления добавок, содержащих витамины, фториды, железо или кальций и другие микроэлементы. Одобрите регулярные физические нагрузки/физическую активность.

Забота о зубах

Дети должны чистить зубы два раза в день, в том числе перед сном, и ежедневно чистить зубы ниткой. Должны быть запланированы регулярные визиты к стоматологу.

Качественное воспитание ребенка

Родители должны ежедневно активно проводить время с ребенком и хвалить и поощрять ребенка к активности. Напомните родителям о необходимости проявлять любовь, расположение и гордость за каждую сильную сторону ребенка и не скупиться на похвалы. Напомните родителям, что они являются наглядными примерами/образцами для их ребенка в отношении вопросов деятельности, занятий, ценностей, отношения к чему-либо/кому-либо и морали. Предупредите их о недопустимости двойных стандартов в семье и в отношениях с детьми.

Родители должны подкреплять независимость и ответственность ребенка перед самим собой. В доме должны быть установлены правила, которым необходимо следовать, например, в отношении вопросов проведения «ритуалов» перед сном, просмотра телевизора, домашних обязанностей, таких как накрывание на стол или поддержания порядка в комнате ребенка.

Родители должны поощрять чтение ребенком книг и другие хобби ребенка. Ребенок может получить читательский билет в библиотеку, и семья может в соответствии с определенным графиком посещать общественную библиотеку. Обсудите возможность записи ребенка в детскую спортивную секцию или же одобрите активные виды семейного отдыха, такие как загородные прогулки, экскурсии, езда на велосипеде, бег, плавание. Если ребенок посещает спортивную секцию, родители должны быть уверены в том, что тренер уделяет большее



внимание/придает большее значение обучению, тренировкам и игре, чем соревнованиям и победам.

Подчеркните особую важность того, что в окружающей ребенка обстановке не должен находиться табак (т.е. нельзя курить) и наркотики (люди, употребляющие наркотики).

Предотвращение травм

Дети должны одевать специальные шлемы и защитную одежду (принадлежности) во время езды на велосипеде, катания на коньках, катания на роликах/на скейтборде/сноуборде. Дети должны учиться плавать. Во избежание солнечных ожогов кожи ребенка родители должны ограничить время, в течение которого ребенок подвергается воздействию солнечных лучей, или же использовать солнцезащитный крем. Взрослые и дети должны всегда использовать ремни безопасности в машине. Это самый ранний возраст, в котором дети могут начинать кататься на снегоходе. Они не должны управлять снегоходом до достижения ими 16-летнего возраста. Во время езды на снегоходе необходимо одевать шлем (для безопасности).

Родители должны определить, по каким улицам ребенок может ходить один. Нужно отметить и обсудить с ребенком маршруты передвижения. Еще раз поговорите о переходах/переездах через дорогу на углах улиц (рядом с поворотом), о том, что в подобных случаях необходимо смотреть в обе стороны и включать фары. Родители должны поговорить с ребенком до того, как он пойдет один. Напомните ребенку о том, что ни в коем случае нельзя разговаривать с незнакомцами или садиться с ними в машину.

Наличие в доме огнестрельного оружия представляет серьезную опасность для всей семьи. Если в доме хранится оружие, то посоветуйте родителям хранить ружье и боеприпасы «под замком», в изолированном помещении. Педиатры обязаны информировать родителей о той опасности, которую несет в себе оружие как в доме, так и вне дома, и убеждать родителей, у которых имеется оружие, избавиться от него, особенно если это легкое огнестрельное оружие. Сообщите родителям о возможных путях предотвращения насилия.

ТАБЛИЦА 9. Изменение показателей гематокрита и некоторых других характеристик красной крови в зависимости от возраста (Е.Б. Владимирская; Spranger; Glaser a. Watson)

| Возраст | Гематокрит, % | Ретикулоциты, о/оо | Средний диаметр эритроцитов | MCV, мкм ³ | MCH, пкг | MCHC, % |
|---------|---------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|---------------|
| 1 день | 56 (54-59) | 42 (15-65) | 8,0±0,4 | 106±7 | 35,5±1,5-2,5 | 33,5±1,1-11,7 |

Попросите родителей проверить, установлены ли в доме детекторы дыма и работают ли они. Спички и зажигалки не должны находиться в пределах досягаемости для детей. На время отсутствия родителей необходимо организовать контроль взрослого человека за ребенком.

Заполните Паспорт здоровья ребенка.

Еще раз вспомните о конкретных проблемах, которые обсуждались, и поясните планы по их устранению/разрешению (например, если есть подозрения относительно плохого слуха ребенка, направьте ребенка на аудиометрию).

Завершение визита

- Мы с Вами обсудили все, что Вы планировали обсудить в ходе сегодняшнего визита?
- Есть ли какие-либо вопросы, которые Вам необходимо обсудить?
- Определите время следующей встречи.

Определите перечень вопросов/проблем (связанных с физическим развитием, с психологическим развитием и состоянием, связанные со школой), которые указывают на необходимость назначения встречи с врачом до запланированного по расписанию визита.

АНАЛИЗЫ

При диспансерном наблюдении за ребенком выполняется ряд анализов в декретированные сроки.

Анализ крови. По данным исследования красной крови обнаруживается анемия (см. табл. 9). Анемия настолько частое состояние, что рассматривается как скрытая эпидемия. Анемия – снижение гемоглобина и/или количества эритроцитов в объеме крови. По уровню снижения содержания гемоглобина выделяют легкую степень анемии (110 - 90 г/л), среднюю степень (90 - 70 г/л) и тяжелую (ниже 70 г/л). На первом месте среди всех причин анемии стоит дефицит железа. В качестве более редких причин известны наследственные нарушения, иммунные, токсические и т.д.



| Возраст | Гематокрит, % | Ретикулоциты, о/оо | Средний диаметр эритроцитов | MCV, мкм ³ | MCH, пкг | MCHC, % |
|---------------|---------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| 3 дня | 58 (56-62) | 41 (13-60) | – | 106±6 | – | 33,4±2,0 |
| 5 дней | 60 (58-62) | 30 (10-50) | – | – | – | – |
| 7 дней | 58 (56-61) | 10 (5-15) | 8,1±0,2 | 103±7 | 35,5±1,6-2,5 | 34,5±1,1-1,7 |
| 2 недели | 55 (53-58) | 8 (3-13) | – | 100±5 | – | 34,2±2,0 |
| 4 недели | 44 (41-48) | 8 (3-13) | 7,9±0,2 | 100±6 | 33,5±2,0 | 34,2±1,5 |
| 2 месяца | 37 (34-39) | 8 (3-15) | 7,4±0,2 | 96±8 | 30±2,0 | 34,0±1,7 |
| 4 месяца | 35 (31-38) | 10 (5-25) | 7,3±0,3 | 88±6 | 29±2,0 | – |
| 6 месяцев | 37 (34-39) | 8 (3-13) | 7,3±0,2 | 77±7 | 26±2,5 | 33,5±2,0 |
| 9 месяцев | 36 (34-39) | 8 (3-13) | – | 76±7 | – | – |
| 1 год | 37 (33-40) | 8 (3-13) | 7,1±0,2 | 73±8 | 23,5±3,7 | 32,5±2,4 |
| 2-6 лет | 38 (34-41) | 5 (1-13) | – | 76±8 | 26,0±3,0 | 32,7±2,0 |
| 7-12 лет | 41 (37-43) | 5 (1-13) | – | 79±8 | 27,0±3,0 | 33,7±1,8 |
| 13-17 лет (м) | 44 (39-47) | 5 (1-13) | – | 78±8 | 28,0±3,0 | 34,0±3,0 |
| 13-17 лет (ж) | 41 (36-44) | 5 (1-15) | – | 79±8 | 29,0±3,0 | 34,0±3,0 |
| Взрослые (м) | 46 (40-49) | 3 (1-14) | 7,2±0,3 | 87 (82-92) | 32,0 (27-35) | 35,0±4,0 |
| Взрослые (ж) | 41 (36-44) | 6 (1-14) | 7,4±0,3 | 85 (81-90) | 33 (27-34) | 34,1±4,0 |

Анемия может приводить к следующим состояниям (А.Г. Румянцев и соавт., 2004):

- нарушение когнитивных функций;
- повышенная частота инфекций;
- утомляемость, снижение аппетита, головокружение, шум в ушах, систолический шум в сердце при аускультации;
- извращение вкуса и обоняния;
- дистрофические изменения кожи и слизистых;
- мышечные боли;

- мышечная гипотония с дизурией, энурезом и дневным недержанием мочи при стрессах и физическом напряжении.

Поздняя диагностика некоторых наследственных вариантов анемий ведет к холелитазу, гемосидерозу.

Увеличение числа эритроцитов (эритроцитоз) может быть при некоторых наследственных состояниях, артериовенозных шунтах, заболеваниях легких и сердца.

Изменения лейкоцитарной формулы много значат для оценки развития ребенка и раннего выявления заболеваний.

ТАБЛИЦА 10. Динамика лейкоцитарной формулы у здоровых людей в разные возрастные периоды

| Возраст | Лейкоциты | | Нейтрофилы | | | Лимфоциты | | | Моноциты | | Эозинофилы | |
|---------|---------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|----|---------------------------|--------------------------------|----|-----------------------|---|---------------------------|---|
| | х1000/ мм ³ | Пределы колебаний | х1000/ мм ³ | Пределы колебаний (+/-2 сигмы) | % | х1000/ мм ³ | Пределы колебаний (+/-2 сигмы) | % | х1000/мм ³ | % | х1000/ мм ³ | % |
| 0 | 18,1 | 9,0-30,0 | 11,0 | 6,0-26,0 | 61 | 5,5 | 2,0-11,0 | 31 | 1,1 | 6 | 0,4 | 2 |
| 12 час | 22,8 | 13,0-38,0 | 15,5 | 6,0-28,0 | 68 | 5,5 | 2,0-11,0 | 24 | 1,2 | 5 | 0,5 | 2 |
| 24 час | 18,9 | 9,4-34,0 | 11,5 | 5,0-21,0 | 61 | 5,8 | 2,0-11,5 | 31 | 1,1 | 6 | 0,5 | 2 |
| 1 нед | 12,2 | 5,0-21,0 | 5,5 | 1,5-10,0 | 45 | 5,0 | 2,0-17,0 | 41 | 1,1 | 9 | 0,5 | 4 |
| 2 нед | 11,4 | 5,0-20,0 | 4,5 | 1,0-9,5 | 40 | 5,5 | 2,0-17,0 | 48 | 1,0 | 9 | 0,4 | 3 |



| | Лейкоциты | | Нейтрофилы | | | Лимфоциты | | | Моноциты | | Эозинофилы | |
|--------|-----------|----------|------------|---------|----|-----------|----------|----|----------|---|------------|---|
| 1 мес. | 10.8 | 5.0-19.5 | 3.8 | 1.0-9.0 | 35 | 6.0 | 2.5-16.5 | 56 | 0.7 | 7 | 0.3 | 3 |
| 6 мес. | 11.9 | 6.0-17.5 | 3.8 | 1.0-8.5 | 32 | 7.3 | 4.0-13.5 | 61 | 0.6 | 5 | 0.3 | 3 |
| 1 год | 11.4 | 6.0-17.5 | 3.5 | 1.5-8.5 | 31 | 7.0 | 4.0-10.5 | 61 | 0.6 | 5 | 0.3 | 3 |
| 2 года | 10.6 | 6.0-17.0 | 3.5 | 1.5-8.5 | 33 | 6.3 | 3.0-9.5 | 59 | 0.5 | 5 | 0.3 | 3 |
| 4 года | 9.1 | 5.5-15.5 | 3.8 | 1.5-8.5 | 42 | 4.5 | 2.0-8.0 | 50 | 0.5 | 5 | 0.3 | 3 |
| 6 лет | 8.5 | 5.0-14.5 | 4.3 | 1.5-8.0 | 51 | 3.5 | 1.5-7.0 | 42 | 0.4 | 5 | 0.2 | 3 |
| 8 лет | 8.3 | 4.5-13.5 | 4.4 | 1.5-8.0 | 53 | 3.3 | 1.5-6.8 | 39 | 0.4 | 4 | 0.2 | 2 |
| 10 лет | 8.1 | 4.5-13.5 | 4.4 | 1.8-8.0 | 54 | 3.1 | 1.5-6.5 | 38 | 0.4 | 4 | 0.2 | 2 |
| 16 лет | 7.8 | 4.5-13.0 | 4.4 | 1.8-8.0 | 57 | 2.8 | 1.2-5.2 | 35 | 0.4 | 5 | 0.2 | 3 |
| 21 год | 7.4 | 4.5-11.0 | 4.4 | 1.8-7.7 | 59 | 2.5 | 1.0-4.8 | 34 | 0.3 | 4 | 0.2 | 3 |

* По Е.Б. Владимирской (2002), P. Dalman (1977). Представленные величины лежат в 95-центильном коридоре. Процент соответствует общему числу. Нейтрофилы включают в себя палочкоядерные клетки во всех возрастах и малое число метамиелоцитов и миелоцитов.

Лейкоцитоз типичен для бактериальных инфекций.

Гиперлейкоцитоз на счет лимфоцитов типичен для коклюша.

Подъем числа нейтрофилов (полиморфноядерный лейкоцитоз = нейтрофилия = нейтрофилез). Физиологический:

- при активации симпатической нервной системы;
- при крике ребенка в период забора крови, при физической работе, физиопроцедурах.

В патологических условиях:

- болезни крови (миелопролиферативные заболевания);
- инфекция.

ТАБЛИЦА 11. Дифференциальный диагноз нейтрофилеза

| Признак | Лейкемоидная реакция | Миелопролиферативное заболевание |
|---|---|---|
| Хроническая инфекция или воспаление (пневмония, некроз опухоли, васкулиты и т.д.) | Есть | Нет |
| Число и состав нейтрофилов | Менее 50000/мкл п/я менее 10% | Выраженный левый сдвиг при любом числе нейтрофилов |
| Щелочная фосфатаза нейтрофилов | Высокая | Низкая |
| Базофилия, эозинофилия, моноцитоз | Нет | Часто встречаются |
| Тромбоциты | Обычно меньше 600-700 тыс./мкл. Мелкие, нормальная агрегация | Более 1 млн/мкл Крупные, агрегация нарушена |
| Тромбоцитопения | Нет | Может быть |
| Эритроциты | Нормальная морфология | Уродливые формы, полихроматофилия |
| Нормобласты | Нет | Часто присутствуют |
| Спленомегалия | Нет | У 25 - 75% больных |
| Костный мозг | Гиперплазия с нормальным кариотипом, химерный ген bcr-able отсутствует. Поликлоновый гемопоэз | Гиперплазия с увеличенным числом мегакариоцитов, возможен фиброз. Множественные хромосомные aberrации; Ph-хромосома и bcr-able химерный ген при хроническом миелолейкозе, клоновый гемопоэз |



Лейкопения (гранулоцитопения) – снижение числа нейтрофилов $<1,5 \times 10^9/\text{л}$. Гранулоцитопения может быть врожденной и приобретенной. Приобретенная нейтропения подразделяется на первичную (болезни крови, аплазия кроветворения) и вторичную (инфекция, побочное действие лекарственных препаратов). Гранулоцитопения встречается при тифе и паратифе, болезни Банга, септикопиемиях, вирусных заболеваниях, Кала-Азар, системной красной волчанке, гистоплазмозе, тяжелом милиарном туберкулезе и спленомегалиях. В последнем случае она предшествует тромбоцитопении и анемии.

Выраженная гранулоцитопения вплоть до агранулоцитоза (число лейкоцитов $<0,5-1,2 \times 10^9/\text{л}$ при отсутствии гранулоцитов) наблюдается при побочном действии лекарств. Возможны два варианта: 1. Токсические лейкопении развиваются при лечении цитостатиками, ионизирующим излучением, они дозозависимы и мало зависимы от индивидуума. 2. Аллергические лейкопении мало зависят от дозы. Развиваются чаще при назначении аминопирин, препаратов золота, тиреостатиков, антидиабетических средств, противосудорожных, транквилизаторов, антигистаминных. Реже встречаются аутоиммуногранулоцитопении, после гемотрансфузий – изоиммуногранулоцитопении, при наследственных синдромах.

О нарушениях числа и функции гранулоцитов следует помнить при каждом случае рецидивирующих гнойных инфекций, гнойной ангине, изъязвлениях слизистой рта или трудно объяснимом лихорадочном состоянии.

Доброкачественная (конституциональная = безвредная) нейтропения относится к группе перераспределительных нейтропений (до 4% всего населения). Эта особенность связана с генетически детерминированным быстрым перемещением нейтрофилов в ткани, где они осуществляют защитные функции. Люди с таким составом крови обычно меньше болеют интеркуррентными инфекциями, быстрее выздоравливают от них. Другой причиной перераспределительной нейтропении может быть повышенный тонус вагосимпатической системы, что сопровождается увеличением краевого пула со снижением числа циркулирующих клеток.

Эозинофилы

Эмоциональный стресс ведет к эозинопении, а умеренная физическая нагрузка сопровождается транзиторной эозинофилией.

Эозинофилия известна для следующих состояний:

- аллергические состояния (астма, крапивница, лекарственная болезнь). Возможна лейкомоидная реакция с числом Э до 20000/мкл. При хроническом аллергическом состоянии число Э редко превышает 2000/мкл;
- высокая лихорадка;
- дерматиты, пузырчатка, синдром Лайела, токсический эпидермолиз, эндокардит Лефлера, эозинофильные инфильтраты;
- паразитозы (гельминтозы, пневмоцистоз, амелиаз, малярия, чесотка);
- кокцидиомикоз, цитомегаловирусная пневмония, болезнь кошачьей царапины;
- хронический гепатит (до 30% случаев);
- болезнь Крона, неспецифический язвенный колит;
- стеноз аорты или легочной артерии;
- лимфома Ходжкина (до 20% больных) и неходжкинская лимфома; опухоли мозга; миелолипролиферативный синдром; лучевая терапия интраабдоминальных опухолей (в первые несколько недель после начала лечения), опухоли яичников;
- наследственная эозинофилия. Доброкачественное состояние с нарушением регуляции образования Э.

Эозинопения. Эозинопения возникает при бактериальных и вирусных инфекциях, обострении хронических инфекций (например, туберкулез), системной красной волчанке. Чаще эозинопения возникает при стертом течении инфекции. Но кокцидиомикоз и пневмоцистоз сопровождаются эозинофилией.

Моноцитоз – увеличение числа моноцитов выше $0,8 \times 10^9/\text{л}$. Инфекционный моноцитоз встречается при сифилисе, бруцеллезе, трипаносомозе, подостром инфекционном эндокардите и туберкулезе (хронические инфекции), саркоидозе, миелолипролиферативных заболеваниях, моноцитарной лейкемии. Инфекционный моноцитоз, как правило, сочетается с нейтропенией. Моноцитоз может наблюдаться при хроническом воспалении (особенно холецистит и ревматоидный артрит). Умеренный моноцитоз у детей может наблюдаться при выздоровлении от пневмонии. Моноцитоз наблюдается после спленэктомии.

Лимфоцитоз – увеличение числа лимфоцитов более $4,0 \times 10^9/\text{л}$. Типичен для течения многих инфекционных заболеваний. Лимфоцитоз за счет зрелых форм с маленьким пояском цитоплазмы наблюдается при выздоровлении от брюшного тифа, пневмонии и многих других заболеваний. При болезни Банга число лимфоцитов может достигать 60%, и тогда они становятся диагности-



ческим критерием. У детей грудного и младшего возраста возможен инфекционный лимфоцитоз (до 20 - 30 тыс.) как бессимптомная эпидемическая форма. Хронические инфекции (туберкулез и сифилис) могут протекать с лимфоцитозом. Лимфоцитоз типичен для воспалительных и иммунокомплексных болезней. Лимфоцитарная реакция с появлением большого числа клеток с широкой слабо окрашенной цитоплазмой наблюдается при мононуклеозе, при острой цитомегаловирусной инфекции и в начале СПИДа. В меньшем числе эти клетки (виروциты) встречаются при гепатитах и вирусных пневмониях. Плазмощеллюлярная реакция наблюдается при гепатитах и аллергических состояниях.

Лимфоцитопения – снижение числа лимфоцитов ниже $1,2 \times 10^9/\text{л}$. Встречается достаточно редко. Может быть при кортикостероидной терапии, типична для лимфогранулемы и СПИДа.

ТРОМБОЦИТЫ. Число тромбоцитов в норме – 150 000 - 400 000/мкл ($150 - 400 \times 10^9/\text{л}$).

Нарушения тромбоцитарного звена могут касаться как числа тромбоцитов (тромбоцитопении и тромбоцитоз), так и их функции (тромбоцитопатии), быть первичными и приобретенными.

Тромбопенией считается уменьшение числа кровяных пластинок ниже $150 \times 10^9/\text{л}$. Но кровотечений при этом числе тромбоцитов еще не возникает. Первые маловыраженные геморрагические симптомы появляются при снижении числа тромбоцитов до $30 \times 10^9/\text{л}$, при уровне в 20×10^9 они часты, а при значениях $10 \times 10^9/\text{л}$ обязательны и выражены. Чем быстрее происходит падение числа тромбоцитов, тем раньше, даже при относительно благополучных цифрах их содержания в крови, развиваются кровотечения.

Тромбоцитоз – нарастание содержания тромбоцитов выше $450 \times 10^9/\text{л}$. Клинических проявлений обычно не бывает или они мало выражены до уровня тромбоцитов $800 \times 10^9/\text{л}$.

Тромбоцитоз в зависимости от причин может быть условно разделен на три основных больших группы: 1) автономный, или первичный тромбоцитоз, 2) транзитный, или физиологический, 3) реактивный, или вторичный.

Основные причины тромбоцитоза и его наиболее существенные формы.

А. Автономный тромбоцитоз:

- эссенциальный тромбоцитоз = первичная тромбоцитемия. Относится к миелопролиферативным заболеваниям. В 95% случаев протекает с лейкоцитозом;

- полицитемия истинная (хронический миелолейкоз). Одновременно увеличивается число лейкоцитов и эритроцитов;
- миелофиброз генуинный и миелоидная метаплазия;
- хроническая миеломная лейкемия;
- рефрактерная анемия с избытком бластов;
- миелопролиферативные состояния при болезни Дауна.

Б. Реактивный тромбоцитоз

1. При острых состояниях:
 - инфекция;
 - острое воспаление;
 - некроз тканей;
 - постоперационный.
2. При хронических заболеваниях:
 - хронические инфекции (остеомиелит, туберкулез);
 - желудочно-кишечные заболевания (язвенный колит, регионарный илеит, целиакия);
 - хронические воспалительные болезни (РА, узелковый периартериит, острая ревматическая лихорадка, гранулематоз Вегенера);
 - гиперостоз инфантильный кортикальный = синдром (болезнь) Каффей – Сильвермана. саркоидоз
 - новообразования. Реактивный тромбоцитоз может возникать в период, когда новообразование клинически ничем не выделяется.
3. При ускоренном гемопоэзе:
 - острая потеря крови;
 - гемолиз;
 - по типу синдрома «отдачи» – ребаунд-тромбоцитоз (восстановление после мегалобластной анемии, после супрессии костного мозга).
4. При замедленном разрушении (аспленические состояния):
 - после удаления селезенки;
 - после тромбирования селезенки.
5. Иммунные состояния:
 - нефротический синдром;
 - реакция трансплантат против хозяина.
6. Дефицит витамина E.
7. Алиментарный тромбоцитоз (дефицит железа). Число тромбоцитов при дефиците железа может колебаться от нормального до значительно повышенного, но возвращается к норме через 1 - 2 недели после назначения препаратов железа.
8. Реакция на медикаменты.



- В. Физиологический тромбоцитоз (транзиторный):
- физические упражнения (перегрузки)
 - стрессы (гиперадреналемия)
 - беременность и роды

ТАБЛИЦА 12. Дифференциальная диагностика истинной тромбоцитемии и вторичного тромбоцитоза

| Клинико-лабораторные характеристики | Тромбоцитемия | Реактивный (вторичный) тромбоцитоз |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Общая масса мегакариоцитов | Значительно увеличена | Незначительно повышена |
| Число мегакариоцитов | Повышено | Повышено |
| Объем мегакариоцита | Повышен | Снижен |
| Степень продукции тромбоцитов | Повышена значительно | Повышена умеренно |
| Общая масса тромбоцитов | Повышена значительно | Повышена умеренно |
| Тромбэмболии и/или геморрагии | Типичны | Нехарактерны |
| Продолжительность тромбоцитоза | Обычно персистирует | Часто транзиторный |
| Спленомегалия | У 80% больных | Отсутствует |
| Число тромбоцитов | >1000x10 ⁹ /л | <1000x10 ⁹ /л |
| Длительность кровотечения | Часто удлинена | Не изменена |
| Морфология и функция тромбоцитов | Часто изменена | Не изменена |
| Число лейкоцитов | Повышено в 95% случаев | Обычно в норме |

Исследования мочи

Исследования мочи начинаются со стандартизации ее сбора. Крайне нежелательно хранение мочи перед отправкой ее в лабораторию. Для рутинных исследований обычно достаточно так называемой случайной порции. Это утренняя порция мочи, относительно концентрированная, высокой осмолярности, кислой среды (рН<7), так как именно при этих условиях наилучшим образом сохраняются форменные элементы. Измерение кислотности мочи оправдано только в свежесобранной моче. При стоянии мочевина расщепляется бактериями, освобождается аммиак, который ощелачивает мочу. Обычно рН мочи лежит между 4,5 и 8,0. Если при метаболическом ацидозе рН мочи при повторных определениях лежит выше 5,5, то говорят о тубулярном ацидозе с нарушением выделения кислот почками.

Моча должна быть собрана в максимально чистых условиях. При сборе суточной мочи необходимо тщательно следить за тем, чтобы сбор проводился за 24 часа, не больше и не меньше. Непосредственно перед сбором

суточной мочи следует опорожнить мочевой пузырь, ни в коем случае не учитывая полученную порцию мочи. В период сбора мочи каждую даже минимальную порцию надо учитывать и собирать для исследования. Перед дефекацией опорожнить мочевой пузырь, особенно это касается девочек, которые чаще, чем мальчики, не могут задержать мочеиспускание при опорожнении кишечника. В завершение всего периода сбора мочи вновь опорожнить мочевой пузырь, но полученную порцию необходимо присовокупить к общему исследуемому объему. При нарушениях сбора мочи лучше повторить всю процедуру заново, чем направить на исследование нестандартно собранную суточную мочу.

В обычных условиях свежесобранная моча прозрачна. Изменение прозрачности и окраски мочи – субъективный признак. Изменение окраски не всегда связано с существенными изменениями объективных признаков. Помутнение свежесобранной мочи частое, но не обязательное указание на инфекцию мочевыводящих путей и кристаллургию. Большее значение для



диагноза имеет изменение цвета мочи, которая в норме соломенно-желтая. Моча бесцветная, водянистая обусловлена разбавлением урохромов и типична для полиурической стадии почечной недостаточности, для осмотического диуреза. Концентрированная моча, интенсивно насыщенного цвета наблюдается при ограничении потребления жидкости, при употреблении антидиуретиков. Изменение цвета мочи зависит от употребления пищевых красителей (свекла – красный цвет) или окрашивающих лечебно-диагностических препаратов (синька, индикан, рифампицин, сульфаниламиды, доксорубин). Темно-желтая, коричневая моча наблюдается при билирубинемиях. Серая или черная моча заставляет думать о метастазирующих меланомах (меланурия). Пурпурная моча или моча, приобретающая интенсивно-пурпурный цвет на свету, является результатом порфирурии или порфобилиногенурии. Ярко-красная, прозрачная, «лаковая» моча обязана своим цветом миоглобину или гемоглобину. Пероксидазный тест при красной окраске мочи заставляет искать следующие причины: гемоглобинурия; миоглобинурия; гематурия. При условии отсутствия эритроцитов по данным микроскопии вероятность гематурии исключается. Для дифференциальной диагностики мио- и гемоглобинурии применяют исследование крови. Миоглобин имеет низкий удельный вес, практически полностью уходит через мембранный фильтр и не изменяет цвет сыворотки (за исключением случаев почечной недостаточности). Однако, будучи продуктом распада мышц, сочетается с высокой активностью креатинкиназы. Гемоглобин дает красное окрашивание сыворотки. В целом изменение окраски мочи отражает изменение ее удельного веса, т.е. объективными величинами являются плотность (удельный вес), осмолярность мочи. Осмолярность – число молекул мочи на кг растворителя, т.е. на литр воды (ммоль/л = ммоль/кг). Осмолярность мочи зависит от гидратации организма, во многом определяясь привычками пациента и концентрационной способностью почек. После водной нагрузки осмолярность мочи может снизиться до 120 ммоль/кг воды, что соответствует удельному весу 1,002. При длительной жажде у молодых сильных людей концентрация мочи достигает 1300 ммоль/л (удельный вес – 1,040). «Случайное» определение удельного веса мочи малопродуктивно для диагностики. Оно может быть, например, очередным аргументом (одним из аргументов) за или против диагноза сахарного диабета, но очень и очень вспомогательным аргументом. Однако при точном учете поступающей и выделенной жидко-

сти, в интенсивной медицине, при контроле водной нагрузки в случаях нефро- или уролитиаза динамическое определение осмолярности мочи имеет большое значение.

Протеинурия всегда заставляет думать о патологических состояниях. Протеинурия – выделение с мочой белка в количестве, превышающем нормальные значения.

Надпочечная протеинурия (преренальная) развивается без предшествующего поражения почек в условиях большой концентрации в крови белка с высоким клиренсом. Так, лизоцим выделяется при лейкозах, миоглобин – при поражении мышц, амилаза – при панкреатитах. Преренальная протеинурия может отмечаться при заболеваниях, сопровождающихся гипертермией. Появление протеинурии связывают в этих случаях с повышенным катаболизмом, который происходит при температуре $>38^{\circ}\text{C}$. Однако, возможно, данное явление – следствие скрытой почечной патологии, индикатором которой является повышенная температура тела.

Непосредственно почечная протеинурия является следствием нескольких причин.

Гломерулярная протеинурия – итог повышенной проницаемости базальной мембраны клубочков при ее разнообразных поражениях. Для гломерулярной протеинурии типичен уровень выделения белка в 3 г/сут и более (при потере белка >3 г/сутки, как правило, развивается гипопроteinемия и другие изменения, характерные для нефротического синдрома). До 3 г/с причины протеинурий более разнообразны (сюда попадают надпочечные, ортостатические = преходящие = гемодинамические, тубулярные и подпочечные протеинурии). При нарушении гломерулярного фильтра и тубулярной реабсорбции развивается смешанный тип протеинурии.

Физиологическая протеинурия типична для молодых людей с синдромом гипермобильности, с гиперлордозом. Ортостатическая = гемодинамическая = преходящая протеинурия не выражена, наблюдается также после длительных переходов, при опущенной почке, при застойной сердечной недостаточности.

Тубулярная протеинурия обусловлена неспособностью канальцев абсорбировать нормальный объем белка, проходящего через мембрану клубочков. Представлена низкомолекулярными белками (бета-2-микроглобулин). Наблюдается при отравлениях свинцом, кадмием, синдроме Фанкони, тубулоинтерстициальном нефрите, дисметаболической нефропатии, пиелонефрите.



Постренальная протеинурия обусловлена воспалительными поражениями мочевыводящих путей, не превышает 1 г/с и легко распознается по данным клиники и особенностям мочевого осадка.

Гематурия – мочевой синдром, при котором в пяти исследованиях в поле зрения при микроскопии мочевого осадка находятся три и более эритроцитов (для женщин как пограничное значение приемлема цифра 5). Указанное число эритроцитов характеризует микрогематурию. Визуально обнаруживаемая гематурия обозначается как макрогематурия. Причины, приводящие к гематурии, можно разделить на ренальные, внепочечные (связанные с нарушением системы свертывания и тромбообразования) и обусловленные патологией мочевыводящего тракта. Эритроциты – единственный форменный элемент, придающий моче красный цвет. Безболевая гематурия может быть связана с кристаллурией, опухолями почки, туберкулезом почки, очень редко – являться дебютом гемофилии.

Гематурия в сочетании с:

- отеки, гипертензия, протеинурия = гломерулонефрит.
- дизурия, абдоминальный синдром, лейкоцитурия = цистит или пиелонефрит или обструктивная уропатия.
- кожно-геморрагический синдром = коагулопатии или тромбоцитопатии или системные заболевания.
- протеинурия, кристаллурия, стигмы дисэмбриогенеза, нефропатия в семейном анамнезе = наследственный нефрит или дисметаболическая нефропатия или гипопластическая дисплазия.
- изолированная гематурия = IgA-нефропатия или эссенциальная гематурия, связанная с артериовенозными шунтами.

В моче здоровых людей может обнаруживаться до пяти лейкоцитов в поле зрения. Большое количество лейкоцитов в моче – признак воспаления в почках или мочевыводящих путях. При этом наряду с лейкоцитами нередко обнаруживаются бактерии или грибки. Сочетание в моче большого количества лейкоцитов и бактерий принято называть пиурией. Хотя не во всех случаях лейкоцитурии обнаруживается бактериурия. Косвенным признаком наличия микробных тел является нейтрофильная лейкоцитурия. Изредка лейкоцитурия обусловлена туберкулезом и камнями почек, кистами, применением цитостатиков или ионизирующей радиации. Возможность лейкоцитурии при вирусных поражениях почек не общепризнанна.

Лейкоцитурия в сочетании с:

А. Патологической бактериурией

- дизурия, абдоминальный синдром, гематурия = цистит или пиелонефрит или мочекаменная болезнь;
- протеинурия, гематурия = пиелонефрит;
- отеки, гипертензия, снижение функций почек = системные заболевания или сочетанная патология почек.

Б. Абактериальная лейкоцитурия:

- гематурия, протеинурия, кристаллурия = дисметаболическая нефропатия;
- гипертензия, протеинурия, гематурия = интерстициальный нефрит или нефриты при системных васкулитах и системных заболеваниях соединительной ткани.

Цилиндры мочевые – белковые слепки дистальных канальцев почек. Белковую основу цилиндров составляют уропротеин Тамма - Хорсфалла и агрегированные сывороточные белки. Цилиндры бывают чисто белковые (гиалиновые, восковидные) и содержащие в белковом матриксе различные включения (клетки, жир, клеточный детрит).

Эритроцитарные и гемоглобиновые цилиндры рассматриваются как надежный признак гломерулярной или почечно-паренхиматозной гематурии. Встречаются не чаще чем в 1/2 всех случаев гематурий. Свойственны всем острым и хроническим гломерулопатиям, острым интерстициальным нефритам, травмам почек, сосудистым катастрофам, чрезмерным физическим перегрузкам.

Лейкоцитарные цилиндры при наличии лейкоцитурии являются доказательством пиелонефрита. Необходимо дифференцировать с тубулярными эпителиальными цилиндрами.

Тубулярные эпителиальные цилиндры встречаются после острой почечной недостаточности и других острых повреждениях канальцев самой разнообразной этиологии, особенно при интерстициальных нефритах. Отличаются от лейкоцитарных цилиндров методом фазовококонтрастной микроскопии.

Восковидные цилиндры – матрикс с сывороточным белком. Образуются в дистальных отделах нефрона, встречаются при хронических заболеваниях почек.

Гиалиновые цилиндры – мукопротеиновый матрикс, секретлируемый канальцами, могут в небольшом количестве обнаруживаться в нормальной моче. В больших количествах обнаруживаются при выраженной протеинурии, после обезвоживания, после назначения диуретиков.



Зернистые цилиндры свойственны поражениям почек при общих тяжелых заболеваниях. Могут встречаться при хроническом нефрите.

Жировые цилиндры, жировые тельца, жировые капли, «мальтийские кресты» встречаются при выраженных нефротических синдромах, значительной протеинурии, тяжелых поражениях канальцев. Наилучшим образом выявляются в поляризованном свете.

Кристаллы отражают как особенности питания, водного режима, так и генетически детерминированные особенности обмена. Чаще всего обнаруживаются конвертообразные кристаллы оксалатов. Для цистинурии типичны гексагональные кристаллы цистина. Трипельфосфаты, могущие свидетельствовать о хроническом воспалении почек и мочевыводящих путей, имеют форму гробовой крышечки.

Микроорганизмы, отдельные клетки, эпителий. Подвижные микроорганизмы распознаются только в свежеприготовленном препарате. Но идентифицировать возбудителей по данным изучения мочевого осадка невозможно. Несложно обнаружить грибки и хламидии. Большие проблемы возникают при поиске микобактерий. Важное значение имеет поиск опухолевых клеток, особенно при попытках расшифровки микро- и макрогематурий. Если в препарате находится большое количество эпителиальных клеток, то это свидетельствует о загрязнении, и препарат лучше не изучать и не интерпретировать.

Копрограмма позволяет выявить некоторые виды гельминтозов, состояние пищеварения, его возможные нарушения и уровень этих нарушений, воспалительные заболевания кишечника (см. табл. 13).

ТАБЛИЦА 13. Дифференциально-диагностическое значение микроскопии кала (по Dr. Reddis laboratories)

| Состояния | Стеркобилин | Билирубин | pH | Мышечные волокна | | Соединительная ткань | Нейтральный жир |
|---|-------------|-----------|----------|------------------|------------|----------------------|----------------------|
| | | | | не изменены | изменённые | | |
| Норма | + | - | 7,0-8,0 | +/- | + | - | - |
| Анацидное состояние, ахолия | + | - | 9,0-10,0 | +++ (пласты) | + | +++ (пласты) | - |
| Нарушение внешней секреции поджелудочной железы | + | - | 6,0-8,0 | + | +++ | + | +++ |
| Полная ахолия | - | - | 6,0 | + | ++ | - | + |
| Нарушение пищеварения в тонкой кишке | + | -- или + | 7,5 | +/- | ++ | - | - или жировой детрит |
| Нарушение пищеварения в толстой кишке: преобладание процессов брожения (преимущественное поражение илеоцекальной области) | + | - | 5,0-6,0 | ± | + | - | - |
| Преобладание процессов гниения (преимущественное поражение ободочной кишки) | + | - | 9,0-10,0 | + | + | - | - |



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Вспышки раздражения у детей

Вспышки раздражения чаще всего бывают у детей, начинающих ходить, и у детей дошкольного возраста. Вспышки могут являться следствием несильного расстройства или возникать по необъяснимым причинам. Вспышка раздражения - это нормальный способ выражения расстройства для маленьких детей. Во время вспышек раздражения ребенок может плакать и кричать, топтать ногами, задерживать дыхание, разбивать, ломать предметы, быть агрессивным по отношению к окружающим, падать на землю. Если вспышки случаются редко и проходят сами собой, то они могут рассматриваться как вариант возрастной нормы. Вспышки раздражения рассматриваются как явная патология, когда они случаются часто, носят насильственный характер, длительны и наблюдаются после 4-, 5-летнего возраста.

По мере того как маленькие дети стараются стать более опытными и независимыми, они сталкиваются с тем, что их расстраивает. Часто это бывает связано с ограниченными возможностями как следствием еще недостаточного развития, физических преград и ограничений, запретов, установленных другими людьми. В связи с тем что у маленьких детей слабо развиты навыки речи, а следовательно, они практически не имеют возможности на словах выразить то, что они чувствуют, они стремятся каким-то образом изобразить своё расстройство.

Есть ряд факторов, предрасполагающих детей к сильным и длительным вспышкам гнева:

Предрасполагающие личностные факторы включают в себя особенности характера, темперамента (импульсивность, нетерпеливость), а также особенности развития (недостаток движения и/или отставание в умственном развитии), которые затрудняют процесс взаимодействия с людьми. Задержки в развитии навыков речи мешают ребенку выразить злость и расстройство, физические страдания и болезни, которые ослабляют, истощают стрессоустойчивость ребенка.

Предрасполагающие факторы воспитания (особенности родителей) включают непоследовательное чересчур ограничивающее или чрезмерно потакающее воспитание ребенка. Родители могут опасаться растущей независимости ребенка и, следовательно, налагать ненужные и расстраивающие ребенка ограничения, запреты и виды наказания. Другие родители, у которых низкий уровень устойчивости к стрессам и расстройствам или умение владеть ситуаций которых

заметно ухудшилось вследствие различных факторов (конфликты в семье, социо-экономические стрессы, депрессия, болезни, смерть, развод), могут реагировать на повышенную чувствительность и возбудимость ребенка с неправильно, с недостаточным пониманием, со злобой, неприятием. Если родители постоянно сердиты, не контролируют свои действия, дети, как правило, подражают им. Если во время вспышек раздражения ребенок «добивается» того, что хочет, то возрастает вероятность того, что вспышки раздражения у ребенка будут повторяться снова и снова.

Предрасполагающие факторы окружающей среды включают шумную обстановку, с крайне ограниченным пространством, присутствие агрессивных старших братьев и сестер или любимчиков-младших, борьба со сверстниками за территорию и право играть в игрушки и различные материальные нужды.

Вмешательство врача-педиатра

Управление врачом вспышками раздражения начинается с предупреждающего руководства по проблемам поведения и вопросам дисциплины, которые проявились в первый год жизни ребенка. Врач может предоставить информацию о природе вспышек раздражения, о своих соображениях по поводу развития ребенка и о ситуациях, которые провоцируют возникновение вспышек раздражения. Родителей необходимо уверить в том, что некоторые виды раздражения ребенка вполне нормальны, ожидаемы и проходят сами собой. Родителям также следует дать советы по поводу того, как избегать вспышек раздражения ребенка и как управлять подобным поведением ребенка.

Для контроля над вспышками раздражения, родителями следует:

- Установить разумные ограничения.
- Поддерживать распорядок дня.
- Избегать выходов из дома и походов в гости на длительное время или же брать с собой книжки и игрушки, чтобы занимать ребенка.
- Постоянно проверять, нормально ли отдохнул ребенок.
- Отвлекать ребенка от деятельности, которая, вероятнее всего, приведет к вспышке раздражения.
- Употреблять слово «нет» очень избирательно.
- Создать для ребенка требуемую для нормального процесса воспитания обстановку с определенными распорядком, правилами, с возможностями для осуществления деятельности, соответствующей возрасту ребенка.



- Обучать желаемому поведению, поощрять желаемое поведение, хвалить за выполнение желаемых действий.
- Следить за маленькими детьми и избегать, когда это возможно ситуаций, в которых велика вероятность возникновения вспышки раздражения ребенка. Иногда можно предупредить попадание ребенка в ситуацию, в которой, скорее всего, у него будет вспышка раздражения.
- Предупреждайте ребенка о том, когда возможен достаточно сложный переход от одного занятия к другому и достаточно болезненное перемещение из одной обстановки в другую.
- Предоставляйте ребенку право выбора, чтобы удовлетворить растущую потребность ребенка частично контролировать ситуацию (например, «Пришло время купаться. Ты сам(а) пойдешь в ванну, или мне отнести тебя?»).
- Сообщите о необходимости проявления недовольства, но укрепите растущую способность ребенка переживать расстройство.
- Вспышки раздражения не должны рассматриваться как угроза для родителей. Родителям, пребывающим в состоянии стресса, может потребоваться передышка от постоянных и неослабевающих запросов и потребностей ребенка.
- Напомните о важности сохранения спокойствия, когда предпринимаются попытки успокоить раздраженного ребенка. Внешнее проявление самоконтроля родителями повышает вероятность того, что ребенок постепенно начнет вести себя также. Насильственные меры усиливают проблему и являются своеобразными образцами насильственного поведения в будущем.
- Пытайтесь понять чувства Вашего ребенка, и помогите ему самому понять, что он чувствует на самом деле. Например, «Мне жаль, что ты злишься, но я не могу позволить тебе выбросить твою игрушку».
- Игнорируйте те вспышки раздражения, которые направлены на привлечение внимания окружающих, или если ребенок просто что-то требует.
- Прибегайте к «тайм-аутам» в случае вспышек раздражения разрушительного характера, на которые невозможно не обратить внимание, например, при которых причиняется вред другому человеку или наносится ущерб имуществу. Ребенка следует сдерживать или успокоить (не очень жестко), если это необходимо. Подобные сдерживания подразумевают, что родители могут поддерживать ребенка

и контролировать его, когда это больше всего требуется ребенку.

- Переместите ребенка в более спокойное место (например, в его комнату), когда вспышка раздражения слишком сильная для того, чтобы предпринимать что-либо еще. Это перемещение не должно выглядеть как наказание.
- Не выполняйте требования ребенка, которые он предъявляет во время вспышек раздражения, так как это может только увеличить частоту возникновения подобных ситуаций.
- Позволяйте детям школьного возраста «разбираться» со своим раздражением без особого привлечения к этому родителей. Таким образом, ребенок может развивать собственные навыки по разрешению проблем, учиться контролировать себя.

Частые и сильные вспышки раздражения могут быть одним из признаков, указывающих на наличие серьезного конфликта между родителями и ребенком или на наличие других стрессовых ситуаций в семье. Вспышки раздражения могут являться для ребенка способом выражения своих чувств, своего несчастья, страха, чувства дискомфорта или способом привлечения внимания с целью заставить окружающих удовлетворить его потребности (если другими способами ребенок не мог этого добиться), или использоваться для того, чтобы манипулировать родителями, если у последних нет последовательных и четких ограничений и запретов. Постоянные вспышки раздражения - признак развивающегося в семье стресса (как для ребенка, так и для всей семьи). В связи с этим может потребоваться консультация или направление на лечение к педиатру, занимающемуся вопросами поведения, или к специалисту по душевному здоровью.

Приучение ребенка к опрятности

Успешное приучение ребенка к пользованию туалетом – отражение независимости и самостоятельности ребенка. Точно также укрепляет чувство собственного достоинства ребенка и его независимость от родителей и других заботящихся о нем людей самостоятельное потребление ребенком пищи, развитие навыков речи, обучение засыпать в одиночестве, способность пользоваться детским стульчаком для экскреций. Обучение контролировать функционирование запирательных мышц анального отверстия и мочевого пузыря, а также обучение распределению времени и социальным навыкам, необходимым для того, чтобы дойти до горшка, раздеться, испражниться, - все это требует комплекса мероприятий по развитию ребенка, развитие которых



возможно при условии достаточного неврологического развития ребенка и внимательного, целенаправленного руководства со стороны родителей.

Родителям необходимо знать, когда приучать ребенка к пользованию туалетом, чего ожидать от их ребенка в ходе этого процесса, к каким методам прибегать, сколько времени может занять этот процесс, чем можно помочь достижению поставленной цели. В связи с тем, что в некоторых семьях детей начинают приучать к пользованию туалетом слишком рано, врачи в ходе беседы должны выяснить, каково отношение родителей к приучению ребенка к опрятности, в конце первого года жизни ребенка. Некоторые дети и их родители могут сталкиваться с опасностью позднего начала приучения ребенка к опрятности или с другими проблемами, связанными с приучением ребенка к пользованию туалетом (например, если у ребенка серьезные проблемы с поведением, запоры, трудности развития). Более частые встречи врача с такими семьями помогут избежать развития проблем с экскрециями у ребенка.

Очень полезно выяснить отношение родителей к вопросам приучения ребенка к пользованию туалетом, включая опыт родителей и их ожидания. Многие родители подходят к приучению ребенка к пользованию туалетом при наличии хорошей базы знаний по этому вопросу и положительных эмоций в отношении собственных способностей обучать, способностей ребенка к обучению «управлению» испражнениями и функционированием мочевого пузыря.

Другие родители не так уверены в себе и не так точно чувствуют степень готовности ребенка. Они могут бояться устанавливать соответствующие ограничения, беспокоятся по поводу растущего в ребенке антагонизма. Таким родителям требуется обучение, поддержка и понимание со стороны педиатра.

В каком возрасте следует начинать приучать ребенка к пользованию туалетом? Не существует исследований, сочетающих в себе различные методы определения времени, с которого надо начинать приучать ребенка к опрятности, с точки зрения его эффективности и возникающих в этом процессе трудностей. В некоторых семьях родители постепенно приучают к этому ребенка уже с 6-месячного возраста, чтобы ребенок был «сухим» на протяжении определенного количества времени в течение дня и ночи. Приучение ребенка в течение первого года его жизни требует наличия крепкой связи, близости матери и ребенка и умения родителей распознавать и реагировать на признаки того, что ребенок хочет «на горшок». В некоторых культурах подобное приучение ребенка в первый год

его жизни осуществляется в очень мягкой и опекающей манере. Не существует явных подтверждений тому, что подобное раннее приучение ребенка к опрятности ведет к появлению в будущем проблем в области самостоятельного пользования ребенком горшком (туалетом). Однако есть наблюдения, указывающие на то, что детей, которые плохо себя ведут, тревожатся, боятся, чаще всего слишком рано начали приучать ходить на горшок. С одной стороны, родители, которые слишком поздно начали приучать ребенка к опрятности, могли пропустить подходящий для этого момент, когда готовность ребенка к тому, чтобы учиться ходить в туалет, достигает высшей точки.

Задача ребенка научиться самостоятельно пользоваться туалетом не может быть решена до тех пор, пока ребенок не пройдет определенные вехи в своем развитии. В настоящий момент большинство педиатров придерживаются того мнения, что нельзя начинать ребенка пользоваться туалетом до тех пор, пока у него не проявятся очевидные признаки готовности к этому, такие как осознание того, что он хочет в туалет, длительный период, в течение которого ребенок (непреднамеренно) остается сухим, умение ненадолго сдерживать позывы. К остальным признакам готовности относятся: умение хорошо ходить, умение легко снимать и одевать одежду, садиться на горшок, вставать с горшка. Эти факторы редко в полной мере проявляются к 20-24-месячному возрасту. К развитию навыков пользования туалетом способствует хорошо развитая ответная реакция, знание частей тела, умение переменять положения по просьбе окружающих, выполнять простые просьбы (например, «давай поиграем в ладушки»), следовать инструкциям (просьба принести названный предмет или поставить один предмет рядом с другим). Поведенческая готовность в этом возрасте означает развитие тенденции к научению подражательному поведению, чувства гордости за собственные достижения, желания доставить родителям удовольствие, порадовать их, и проявление интереса к чистоте и желания быть чистым.

Процесс приучения ребенка к пользованию туалетом должен быть максимально приятным как для родителей, так и для ребенка. Лучший способ достижения цели – спокойный подход к вопросу, без давления, основанный на позитивной поддержке ребенка и полном отсутствии наказания за случайности. Приучать ребенка к пользованию туалетом лучше с момента проявления признаков готовности ребенка к этому, что обычно происходит с 18- до 36-месячного возраста. Правильное определение времени начала приучения ребенка к опрятности в соответствии с готовностью



ребенка дает ему возможность преодолевать каждый этап пути к цели в его собственном темпе, с учетом особенностей характера и стиля поведения.

Рекомендуется для начала приучать ребенка ходить на детский горшок, пользоваться детским стульчаком, а не взрослым сиденьем в туалете. Если ребенок ходит во взрослый туалет, необходимо предпринять меры по адаптации: чтобы ребенок мог взбираться на унитаза, слезать с унитаза, удобно сидеть, опираться ногами. Начальная стадия включает период, в течение которого ребенок привыкает к горшку, учится им пользоваться. После того, как ребенок научился с легкостью это делать и стал «хорошо относиться» к горшку, ребенку надо внушить идею о том, что в горшок надо испражняться и мочиться. За любые успехи ребенка на этом поприще необходимо хвалить и поощрять к дальнейшему обучению. Может оказаться очень полезным введение своеобразного графика «сидения» на горшке в определенное время в течение дня.

Как только ребенок проявит интерес к пользованию горшком и как только сделает первые успехи, необходимо перестать использовать подгузники и можно начать одевать ребенка в штанишки. «Несчастные случаи» в этой области должны улаживаться спокойно, просто воспринимая произошедшее к сведению. Ни в коем случае нельзя стыдить ребенка или наказывать его. Положительная оценка, похвала позволяют ребенку в конечном итоге освоить этот процесс в совершенстве. С момента начала приучения ребенка к горшку до момента, когда ребенок овладеет этим искусством полностью, проходит от нескольких дней до нескольких месяцев, в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и ситуации в семье. Таким образом, около 80% детей к 30-месячному возрасту хорошо умеют контролировать процесс испражнений и мочеиспускания в течение дня.

Приведенные ниже принципы/основы успеха в любом возрасте должны быть последовательными, должны поддерживать ребенка, правильно распознавать и реагировать на развитие ребенка, на его личные потребности, на его желание и реакцию на приучение к пользованию туалетом.

Чего следует избегать

Родителей следует предупредить о том, что не следует начинать этот процесс слишком рано, во время очень сильного сопротивления ребенка или когда имеют место различные стрессовые ситуации в семье (праздники, переезды, рождение новых детей). В этих вопросах ни в коем случае не должно быть борьбы, наказаний, выговоров. Процесс приучения ребенка к пользованию

туалетом может полностью завершиться лишь через несколько недель или даже месяцев. Поэтому родители должны быть готовы к «детским неожиданностям». Следует также убедить родителей в том, что нельзя заставлять ребенка подолгу сидеть на горшке, оставлять ребенка одного, пока он сидит на горшке, преждевременно снимать ребенка с горшка и показывать отвращение к продуктам жизнедеятельности ребенка.

Проблемы, связанные с приучением ребенка к пользованию туалетом

Успокоение и предоставление необходимой информации может помочь многим родителям разрешать проблемы и трудности, связанные с приучением ребенка к пользованию туалетом. Для других же родителей оценка и устранение проблем, связанных с приучением ребенка к опрятности, часто требуются консультации по устранению и разрешению сложных, комплексных проблем и вопросов. Очень важно определить, являются проблемы, касающиеся приучения ребенка к пользованию туалетом, самостоятельными или они связаны с другими сторонами конфликта ребенка и родителей.

Терпеливый, чувствительный, настойчивый подход врача к родителям помогает сформировать терпеливое, чувствительное, настойчивое отношение родителей к ребенку. Необходимо поговорить об обстоятельствах, которые мешают попыткам родителей правильно воспитывать и направлять ребенка, и устранить их.

Сопrotивление процессу приучения к опрятности

Основополагающие принципы поведения родителей, столкнувшихся с отказом ребенка приучаться к пользованию туалетом, точно такие же, как и в других случаях проявления ребенка сопротивления: вознаграждайте за успехи и позитивные действия и устраняйте нежелательные поступки (обращая на них как можно меньше внимания). Ослабление акцента на неудачах в процессе приучения к опрятности уменьшает силу негативных симптомов, что является утешением для родителей. Когда присутствуют стимулы, побуждающие к правильному пользованию туалетом, и когда уменьшается вклад родителей в результат и успех этого предприятия, общие шансы на успех значительно увеличиваются. Следует прекратить напоминать ребенку о том, что надо сходить на горшок. Ответственность за пользование туалетом должна быть полностью возложена на самого ребенка. Запоры необходимо устранять при помощи медицинского вмешательства.



ВМЕСТЕ С МОСКВОЙ – ДРУЖНОЙ СЕМЬЕЙ

2008^й — ГОД СЕМЬИ В РОССИИ



Президент Российской Федерации В.В. Путин объявил 2008 год Годом семьи, идеи которого создадут новые условия моральной и материальной поддержки семей, будут приняты новые законы, проведены масштабные мероприятия.

Правительством Москвы принята Городская программа, посвященная проведению в 2008 году в Москве Года семьи. С одной стороны, данные программные мероприятия являются логическим продолжением проектов и программ, разработанных в Год ребенка. С другой стороны — в нее заложено много новых решений, в первую очередь направленных на повышение качества жизни московских семей. Кстати, все новые социальные шаги являются ответом властей на обозначенные общественностью нерешенные проблемы.

Так, для многодетных семей принята новая дополнительная норма.

Семья считается многодетной, когда в ней не менее трех детей не достигли возраста 16 лет, а учащиеся — 18 лет. Вместе с тем для семьи очень важно сохранить наиболее востребованные льготы до достижения младшим ребенком возраста 16 лет, а если он учится — 18 лет. Такое решение принято.

Для опекунских семей увеличен размер денежных средств на содержание детей, находящихся под опекой (попечительством), с 6 до 10 тысяч рублей.

Большие содержательные меры будут направлены на помощь семьям в воспитании и образовании детей, на создание условий для проведения комфортного и доступного досуга, семейного отдыха, укрепление здоровья детей и родителей, развитие семейного спорта.

Все нововведения, предусмотренные Программой Года семьи, будут закреплены в соответствующих законах города Москвы и станут нормой жизни мегаполиса.

Полезную информацию вы можете также получать на новых сайтах в Интернете: «Детский портал», «Детское движение Москвы», специальных страницах для общения с детьми и родителями на сайтах департаментов и префектур.

Раздел «Вместе с Москвой — дружной семьей» поможет вам разобраться во всех мерах, которые приняты на федеральном и городском уровне в интересах семей с детьми. Знать свои права и возможности очень важно. Здесь же вы найдете широкую информацию о том, куда следует обращаться в самых разных жизненных ситуациях.



1. Что полагается женщине в связи с беременностью и родами

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ¹ | | |
| 1. Пособие по беременности и родам² | | |
| Женщинам, состоящим в трудовых отношениях, либо военнослужащим или учащимся сумма пособия рассчитывается как пособие по временной нетрудоспособности. Продолжительность оплаты пособия зависит от сложности родов, числа родившихся детей, а размер — от среднемесячного заработка (денежного довольствия, стипендии) | По месту работы (службы, учебы) | - больничный лист |
| Женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организации в течение 12 календарных месяцев со дня предоставления отпуска по беременности и родам и признанным безработными, пособие рассчитывается исходя из 300 руб. в месяц и составляет: за 140 дней — 1400 руб.; за 156 дней — 1560 руб.; за 194 дня — 1940 руб. | В РУСЗН | - больничный лист; - трудовая книжка с записью об увольнении в связи с ликвидацией организации; - справка органа службы занятости о признании безработной |
| 2. Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинском учреждении в ранние сроки беременности (до 12 недель) | | |
| <i>Назначается одновременно с пособием по беременности и родам</i> | | |
| 300 руб. | По месту получения пособия по беременности и родам | - справка женской консультации или другого медицинского учреждения о постановке на учет в срок до 12 недель беременности |
| 3. Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет³ | | |
| Работающим женщинам устанавливается в размере 40% среднего заработка (дохода, денежного довольствия), но не менее 1500 руб. — по уходу за первым ребенком, 3000 руб. — за вторым и последующими детьми. Максимальный размер пособия составляет 6000 руб. В случае ухода за двумя и более детьми в возрасте до полутора лет размер пособия суммируется, но не может превышать 100% среднего заработка и не может быть менее суммированного минимального размера пособия | По месту работы (службы, учебы) матери либо отца или другого родственника, фактически осуществляющего уход за ребенком и находящегося в отпуске по уходу за ребенком | - свидетельство о рождении ребенка; - справка о неполучении пособия вторым родителем |
| Для неработающих граждан размер пособия составляет 1500 руб. — по уходу за первым ребенком и 3000 руб. — по уходу за вторым и последующими детьми. В случае ухода за двумя и более детьми размер пособия суммируется и ограничению максимальным размером не подлежит | В РУСЗН — матерям, уволенным в связи с ликвидацией организации в период беременности, отпуска по уходу за ребенком и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им полутора лет; гражданам, не подлежащим социальному страхованию | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа службы занятости о неполучении пособия по безработице; справка о неполучении пособия вторым родителем; - трудовая книжка с записью об увольнении; - (в т.ч. в связи с ликвидацией организации в период беременности, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет); - копия приказа о предоставлении отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет (для уволенных в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет) |
| 4. Ежемесячная компенсационная выплата находящимся в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком до полутора лет и в дополнительном отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет⁴ | | |
| 50 руб. | По месту работы (службы, учебы) матери либо отца или другого родственника, фактически осуществляющего уход за ребенком, т.е. находящегося в отпуске по уходу за ребенком | - свидетельство о рождении ребенка |
| | В РУСЗН — матерям, уволенным в связи с ликвидацией организации в период беременности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет и отпуска без сохранения содержания до достижения ребенком возраста 3 лет | - свидетельство о рождении ребенка; - трудовая книжка с записью об увольнении в связи с ликвидацией организации; - копия приказа о предоставлении отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет (3 лет); - справка органа службы занятости о неполучении пособия по безработице |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|--|---|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ⁵ | | |
| 5. | Дополнительное пособие по беременности и родам женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности работодателем — физическим лицом в течение 12 месяцев, предшествовавших дню признания их в установленном порядке безработными | |
| Исходя из 1000 руб. в месяц: за 140 дней — 4667 руб., за 156 дней — 5200 руб., за 194 дня — 6467 руб. | В РУСЗН | - больничный лист; - трудовая книжка с записью об увольнении в связи с ликвидацией организации или трудовой договор с работодателем — физическим лицом и документ, подтверждающий прекращение деятельности физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; - справка органа службы занятости о признании женщины безработной |
| 6. Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинские учреждения в срок до 20 недель беременности | | |
| <i>Назначается при обращении за пособием не ранее 20-й недели беременности и не позднее 12 месяцев с месяца рождения ребенка</i> | | |
| 500 руб. | В РУСЗН | - справка медицинского учреждения города Москвы о постановке на учет в срок до 20 недель беременности |
| 7. | Ежемесячная компенсационная выплата на детей в возрасте до полутора лет женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности работодателем — физическим лицом в период беременности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком в возрасте до полутора лет | |
| 1000 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - трудовая книжка с записью об увольнении в связи с ликвидацией организации или трудовой договор с работодателем — физическим лицом и документ, подтверждающий прекращение деятельности физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; - копия приказа о предоставлении отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет (для уволенных в период такого отпуска); - справка органа службы занятости о признании женщины безработной |
| ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ | | |
| право на приобретение жилого помещения из жилищного фонда города Москвы по договору купли-продажи, в т.ч. с рассрочкой платежа | в порядке очередности семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 января 2000 года и ожидающим рождения ребенка (при представлении справки о беременности сроком не менее 28 недель) | |

¹ Предусмотрены Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

² Денежные выплаты, указанные в п. 1, 2, 5, назначаются при обращении за ними в течение 6 месяцев со дня окончания отпуска по беременности и родам.

³ Денежные выплаты, указанные в п. 3, 7, назначаются при обращении за ними в течение 6 месяцев со дня достижения ребенком возраста полутора лет.

⁴ Предусмотрена постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 № 1206 «Об утверждении Порядка назначения и выплаты ежемесячных компенсационных выплат отдельным категориям граждан».

⁵ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

2. Что полагается семье в связи с рождением ребенка

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|---|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Единовременное пособие при рождении ребенка¹ | |
| 8000 руб. ² | По месту работы (службы, учебы) одного из родителей ребенка | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа ЗАГС; - справка с места работы другого родителя о неполучении пособия |
| | В РУСЗН по месту жительства одного из родителей — если оба родителя не работают (не служат, не учатся) | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа ЗАГС; - трудовые книжки с записями об увольнении обоих родителей; - для неработавших ранее — дипломы, аттестаты и другие документы, подтверждающие отсутствие у родителей трудовой деятельности |
| 2. | Материнский (семейный) капитал³ | |
| Право подтверждается именованным государственным сертификатом на материнский (семейный) капитал. Денежные средства могут быть израсходованы только по следующим направлениям: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • улучшение жилищных условий; • получение образования ребенком (детьми); • на формирование накопительной части трудовой пенсии матери | | |
| 250 000 руб. | В ПФР | - свидетельство о рождении (усыновлении) второго и последующих детей; - документы, подтверждающие полномочия законного представителя (усыновителя, опекуна, попечителя); - документы, подтверждающие смерть родителей (усыновителей), лишение их родительских прав, — в случае, если право на капитал возникает у законного представителя ребенка |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|-----------------|--|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ⁴ | | |
| 3. Единовременная компенсационная выплата в связи с рождением ребенка | | |
| 4500 руб. — при рождении первого ребенка; 12 250 руб. — при рождении второго и последующих детей | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа ЗАГС; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем (если второй родитель не является москвичом) |
| 4. Единовременная компенсационная выплата в связи с рождением одновременно трех и более детей | | |
| 25 000 руб. на семью | В РУСЗН | - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем (если второй родитель не является москвичом) |
| 5. Дополнительное единовременное пособие при рождении ребенка молодым семьям⁵ | | |
| <i>Назначается при обращении за пособием в течение 12 месяцев с месяца рождения ребенка</i> | | |
| на 1-го ребенка — пятикратная; на 2-го ребенка — семикратная; на 3-го и последующих детей — десятикратная величина прожиточного минимума, установленная Правительством Москвы в среднем на душу населения на дату рождения ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - направление органа ЗАГС; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем (если другой родитель не является москвичом) |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

| | |
|--|--|
| право на приобретение жилого помещения из жилищного фонда города Москвы по договору купли-продажи, в т.ч. с рассрочкой платежа | в порядке очередности семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 января 2000 года и имеющим ребенка в возрасте до 5 лет |
|--|--|

¹ Предусмотрено Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

² Денежные выплаты, указанные в п. 1, 3, 4, выплачиваются при обращении за ними в течение 6 месяцев со дня рождения ребенка.

³ Предусмотрен Федеральным законом от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей». Полагается женщине, родившей (усыновившей) после 1 января 2007 года второго и последующих детей, либо мужчине, являющемуся единственным усыновителем второго и последующих детей, если решение суда об усыновлении вступило в силу после 1 января 2007 года.

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁵ В соответствии с Законом города Москвы от 28.01.2004 № 4 «О молодежи» молодой семьей считается семья, в которой оба супруга (или одинокая мать, отец) на дату рождения ребенка не достигли возраста 30 лет.

3. Если у вас малообеспеченная семья

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|---|---|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования¹ | | |
| 20% — на первого ребенка; 50% — на второго ребенка; 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения Российской Федерации |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. Ежемесячное пособие на ребенка² | | |
| <i>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет)</i> | | |
| 500 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет) |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ³

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ³

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц – бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

¹ Введена с 1 января 2007 года Федеральным законом от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

² Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

³ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

4. Если у вас студенческая семья

Студенческая семья — семья, в которой оба родителя или одинокая мать (одинокый отец) обучаются по очной форме в учреждениях высшего профессионального образования.

(п. 3 ст. 2 Закона города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве»)

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования¹ | |
| 20% — на первого ребенка; 50% — на второго ребенка; 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения Российской Федерации |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. | Ежемесячное пособие на ребенка² | |
| Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет). Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление | | |
| На детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб.; на детей в остальных семьях — 500 руб.; на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов) |
| 3. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет³ | |
| 1700 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения высшего профессионального образования о том, что оба родителя (или одинокая мать/одинокый отец) являются студентами по очной форме обучения |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|---|---|
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата на содержание детей лицам из числа де-гей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, состоящим в браке с такими же лицами, до окончания обучения | |
| Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ней последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения, но не ранее месяца поступления на учебу по очной форме обоим родителям. При обращении позднее указанного срока компенсация назначается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца подачи заявления и не ранее месяца поступления на учебу | | |
| 1700 руб. | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о заключении брака; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства в городе Москве; - справка органа опеки и попечительства об отнесении родителей к числу детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; - справка из государственного образовательного учреждения об учебе родителей по очной форме |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, зоопарка, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение детьми государственных дошкольных образовательных учреждений | всем студенческим семьям |

¹ Предусмотрена Федеральным законом от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

² Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

³ Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ней последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения, но не ранее даты поступления на учебу по очной форме обоим родителям. При обращении за компенсацией по истечении указанного срока она назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление, и не ранее даты поступления на учебу по очной форме обоим родителям.

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

ДЕПАРТАМЕНТ СЕМЕЙНОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ГОРОДА МОСКВЫ

129090, просп. Мира, 20, корп. 1
www.dsmp.mos.ru

680-64-79

«Горячая линия» (круглосуточно)

8-499-722-07-26

Приемная по вопросам семьи и детства (производится прием заявлений о назначении единовременного пособия при передаче ребенка на воспитание в семью):
ул. Таганская, 40/42

912-32-56,

912-38-81, 912-32-41

Филиал Приемной по вопросам семьи и детства:

Зеленоград, корп. 1209, офис 192

531-05-70

Информационно-справочный Центр при префекте ЦАО «Мой ребенок»

229-02-22

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

105318, Семеновская пл., 4,
e-mail: iac@educom.ru, www.educom.ru

366-68-50

Прием информации о поборах в школах и детских садах
«Горячие линии» в управлениях образования административных округов Москвы по вопросам психолого-педагогической помощи, дошкольного образования и поборов в школах и детских садах:

Центральный 915-05-40

Северный 155-94-91

Северо-Восточный 619-10-17

Восточный 963-55-35

Юго-Восточный 350-07-22

Южный 8-499-618-15-35

Юго-Западный 120-31-56

Западный 249-08-86

Северо-Западный
Зеленоградский

947-77-20

535-44-49

КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ПУНКТ

ПО УЧАСТИЮ В МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ЖИЛИЩНОЙ ПРОГРАММЕ «МОЛОДОЙ СЕМЬЕ - ДОСТУПНОЕ ЖИЛЬЕ»

ул. Шарикоподшипниковская, 12

Часы работы: ежедневно, кроме сб и вс, пн-чт 10.00-13.00 и 14.00-17.00, пт 10.00-16.00.

Для молодых семей, постоянно зарегистрированных по месту жительства (прописки):

в Зеленоградском и Северо-Восточном административных округах — понедельник;

в Южном и Центральном административных округах — вторник;

в Юго-Восточном и Юго-Западном административных округах — среда;

в Западном и Восточном административных округах — четверг;

в Северном и Северо-Западном административных округах — пятница.

При себе необходимо иметь: паспорта, свидетельство о браке и рождении детей, а также (при наличии) — извещение о постановке на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий.

Получить памятку с описанием накопительных систем, ипотечного кредита и коммерческого найма можно по вторникам 10.00-12.00 и пятницам 14.00-16.00.



5. Если у вас многодетная семья с 3–4 детьми

Многодетная семья — это семья, имеющая 3 и более несовершеннолетних детей (в т. ч. усыновленных, а также пасынков и падчериц) в возрасте до 16 лет, а также в возрасте до 18 лет, если они обучаются в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы.

(п. 1 ст. 2 Закона города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве»)

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|---|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Ежемесячное пособие на ребенка¹ | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет). <i>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i></p> | | |
| на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб.; | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| на детей в остальных семьях — 500 руб. | | |
| 2. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет² | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |
| 3. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до 18 лет) | |
| 550 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов по оплате жилищно-коммунальных услуг³ | |
| 400 руб. на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 5. | Ежемесячная компенсационная выплата за пользование телефоном | |
| 50% установленного тарифа на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 6. | Ежегодная компенсационная выплата на приобретение комплекта детской одежды для посещения занятий на период обучения в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы | |
| 5000 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 3 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений* | детям до 18 лет |



| ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴ | |
|--|--|
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) — реализуется на основании СКМ* | одному из родителей в многодетной семье |
| бесплатный проезд в железнодорожном пригородном транспорте — реализуется на основании СКМ | детям до 16 (обучающимся в образовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18) лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное посещение музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, зоопарка, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| прием детей в государственные дошкольные образовательные учреждения города Москвы в первую очередь | всем многодетным семьям |
| освобождение от оплаты за содержание детей в государственных дошкольных образовательных учреждениях* | |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования — в период обучения |
| оздоровительные мероприятия в период летних каникул и в санаторных лагерях круглогодичного действия | детям от 7 до 16 лет |
| льготная плата за обучение в школах искусств | детям до 18 лет |
| скидка в размере 30% с оплаты стоимости коммунальных услуг* | всем многодетным семьям |
| освобождение совместно проживающих детей от платы за вывоз и обезвреживание твердых бытовых отходов и оплата 50% другими совместно проживающими членами семьи | |
| первоочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | многодетным семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 марта 2005 года ⁵ |
| определение выкупной стоимости жилого помещения из жилищного фонда города Москвы при заключении договора купли-продажи за вычетом 30 кв. м из общей площади этого жилого помещения | в порядке очередности многодетным семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 января 2000 года и приобретающим жилые помещения у города в рамках городских жилищных программ по договору купли-продажи |
| льгота в виде списания стоимости 18 кв. м площади жилого помещения из невыплаченной задолженности при рождении (усыновлении) в семье каждого ребенка в период действия договора купли-продажи с рассрочкой платежа | |
| преимущественное право на получение садовых участков | всем многодетным семьям |
| бесплатное пользование услугами бань | |

* С 01.01.2008 полагается многодетным семьям до достижения младшим ребенком 16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — 18 лет).

¹ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

² Денежные выплаты, предусмотренные п. 2–5, назначаются с месяца рождения 3-го ребенка (или с месяца вступления в брак родителей с детьми от предыдущих браков, если в семье становится трое детей), если обращение за ними последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении по истечении указанного срока компенсации назначаются и выплачиваются за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление.

³ Денежные выплаты, предусмотренные п. 4–6, полагаются многодетной семье до достижения младшим ребенком 16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — до 18 лет).

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁵ Многодетные семьи, вставшие на жилищный учет после 1 марта 2005 года, согласно нормам федерального и городского законодательства, не имеют первоочередного права на улучшение жилищных условий и обеспечиваются жилыми помещениями по договору социального найма в порядке очередности исходя из времени принятия на учет. Дополнительные льготы по обеспечению таких семей определяются ежегодно в Программе обеспечения жилыми помещениями.



6. Если у вас многодетная семья с 5–9 детьми

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|-----------------|---|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Ежемесячное пособие на ребенка¹ | | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет).</p> <p><i>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i></p> | | |
| <p>на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб.;</p> <p>на детей в остальных семьях — 500 руб.</p> <p>на ребенка</p> | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (службы, учебы); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| 2. Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет² | | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |
| 3. Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до 18 лет) | | |
| 650 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 4. Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов по оплате жилищно-коммунальных услуг³ | | |
| 800 руб. на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 5. Ежемесячная компенсационная выплата за пользование телефоном | | |
| 50% установленного тарифа на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 6. Ежемесячная компенсационная выплата на приобретение товаров детского ассортимента | | |
| 850 руб. на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 7. Ежегодная компенсационная выплата на приобретение комплекта детской одежды для посещения занятий на период обучения в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы | | |
| 5000 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |



| ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ⁴ | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 3 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений* | детям до 18 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) — реализуется на основании СКМ ² | одному из родителей в многодетной семье |
| бесплатный проезд в железнодорожном пригородном транспорте — реализуется на основании СКМ | детям до 16 (обучающимся в образовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18) лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное посещение музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, зоопарка, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| льготная плата за обучение в школах искусств | детям до 18 лет |
| прием детей в государственные дошкольные образовательные учреждения города Москвы в первую очередь | всем многодетным семьям |
| освобождение от оплаты за содержание детей в государственных дошкольных образовательных учреждениях* | |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |
| оздоровительные мероприятия в период летних каникул и в санаторных лагерях круглогодичного действия | детям от 7 до 16 лет |
| скидка в размере 30% с оплаты стоимости коммунальных услуг* | |
| освобождение совместно проживающих детей от платы за вывоз и обезвреживание твердых бытовых отходов и оплата 50% другими совместно проживающими членами семьи | всем многодетным семьям |
| первоочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | многодетным семьям, вставшим на жилищный учет до 1 марта 2005 года ³ |
| предоставление в 2008 году жилого помещения, находящегося в собственности города Москвы | многодетным семьям, имеющим на 1 января 2008 года пять и более детей, признанным до 1 марта 2005 года нуждающимися в улучшении жилищных условий |
| определение выкупной стоимости жилого помещения из жилищного фонда города Москвы при заключении договора купли-продажи за вычетом 30 кв. м из общей площади этого жилого помещения | в порядке очередности многодетным семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 января 2005 года и приобретающим жилые помещения у города в рамках городских жилищных программ по договору купли-продажи |
| льгота в виде списания стоимости 18 кв. м площади жилого помещения из невыплаченной задолженности при рождении (усыновлении) в семье каждого ребенка в период действия договора купли-продажи с рассрочкой платежа | |
| преимущественное право на получение садовых участков | всем многодетным семьям |
| бесплатное пользование услугами бань | |

* С 01.01.2008 полагается многодетным семьям до достижения младшим ребенком 16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — 18 лет).

¹ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

² Денежные выплаты, предусмотренные п. 2–6, назначаются с месяца рождения 5-го ребенка (или с месяца вступления в брак родителей с детьми от предыдущих браков, если в семье становится пятеро детей), если обращение за ними последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении по истечении указанного срока компенсации назначаются и выплачиваются за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление.

³ Денежные выплаты, предусмотренные п. 4, 5, 7, полагается многодетной семье до достижения младшим ребенком 16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — 18 лет).

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁵ Многодетные семьи, вставшие на жилищный учет после 1 марта 2005 года, согласно нормам федерального и городского законодательства, не имеют первоочередного права на улучшение жилищных условий и обеспечиваются жилыми помещениями по договору социального найма в порядке очередности исходя из времени принятия на учет. Дополнительные льготы по обеспечению таких семей определяются ежегодно в Программе обеспечения жилыми помещениями.



7. Если у вас многодетная семья с 10 и более детьми

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|--|--|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Ежемесячное пособие на ребенка¹ | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет).</p> <p>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</p> | | |
| на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб.; на детей в остальных семьях — 500 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| 2. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет² | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |
| 3. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата семьям, имеющим 10 и более детей, на каждого ребенка в возрасте до 16 лет, а обучающегося в образовательном учреждении на очной форме — до окончания обучения, но не более чем до достижения 23 лет) | |
| 650 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения для детей старше 16 лет |
| 5. | Дополнительная ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов по оплате жилищно-коммунальных услуг³ | |
| 800 руб. на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 6. | Ежемесячная компенсационная выплата за пользование телефоном | |
| 50% установленного тарифа на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 7. | Ежемесячная компенсационная выплата на приобретение товаров детского ассортимента | |
| 850 руб. на семью | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 8. | Ежегодная компенсационная выплата на приобретение комплекта детской одежды для посещения занятий на период обучения в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы | |
| 5000 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельства о рождении детей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (для детей старше 16 лет) |
| 9. | Ежегодная компенсационная выплата к Международному дню семьи — 15 мая⁴ | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|----------------------|---|---|
| 6000 руб. на семью | В РУСЗН | - свидетельства о рождении детей |
| 10. | Ежегодная компенсационная выплата ко Дню знаний — 1 сентября ⁴ | |
| 12 000 руб. на семью | В РУСЗН | - свидетельства о рождении детей |
| 11. | Ежемесячная компенсационная выплата матерям, родившим 10 и более детей и получающим пенсию <i>Устанавливается с месяца назначения пенсии, но не ранее чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i> | |
| 2700 руб. | В РУСЗН | - свидетельства о рождении детей; - справка ПФР о получении пенсии |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁵

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 3 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений* | детям до 18 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) — реализуется на основании СКМ* | детям до 16 лет (обучающимся в образовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) |
| | одному из родителей в многодетной семье |
| бесплатный проезд в железнодорожном пригородном транспорте — реализуется на основании СКМ | детям до 16 лет (обучающимся в образовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте | детям до 16 лет (обучающимся в образовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения возраста 18 лет) |
| бесплатное посещение музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, зоопарка, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| льготная плата за обучение в школах искусств | детям до 18 лет |
| прием детей в государственные дошкольные образовательные учреждения города Москвы в первую очередь | всем семьям, имеющим 10 и более детей |
| бесплатное содержание детей в государственных дошкольных образовательных учреждениях* | |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы |
| бесплатные учебники | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |
| оздоровительные мероприятия в период летних каникул и в санаторных лагерях круглогодичного действия | детям от 7 до 16 лет |
| оплата в размере 50% стоимости общей площади жилого помещения и коммунальных услуг* | семьям, имеющим 10 и более детей |
| оплата в размере 50% стоимости вывоза и обезвреживания твердых бытовых отходов | |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁵

| | |
|--|--|
| первоочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | многодетным семьям, вставшим на жилищный учет до 1 марта 2005 года ⁶ |
| предоставление в пользование в 2008 году жилого помещения, находящегося в собственности города Москвы | многодетным семьям, имеющим 5 и более детей, признанным до 1 марта 2005 года нуждающимися в улучшении жилищных условий |
| определение выкупной стоимости жилого помещения из жилищного фонда города Москвы при заключении договора купли-продажи за вычетом 30 кв. м из общей площади этого жилого помещения | в порядке очередности многодетным семьям, признанным нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 января 2005 года и приобретающим жилые помещения у города в рамках городских жилищных программ по договору купли-продажи |
| льгота в виде списания стоимости 18 кв. м площади жилого помещения из невыплаченной задолженности при рождении (усыновлении) в семье каждого ребенка в период действия договора купли-продажи с рассрочкой платежа | |
| преимущественное право на получение садовых участков | всем семьям, имеющим 10 и более детей |
| бесплатное пользование услугами бань | |
| бесплатные лекарства по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений при амбулаторном лечении | матерям, родившим 10 и более детей |
| бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме протезов из драгоценных металлов, фарфора, металлокерамики) в государственных учреждениях здравоохранения | |

* С 01.01.2008 полагается многодетным семьям до достижения младшим ребенком 16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — 18 лет).

¹ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

² Денежные выплаты, предусмотренные п. 2-7, назначаются с месяца рождения 10-го ребенка (или с месяца вступления в брак родителей, имеющих детей от предыдущих браков, если в семье становится 10 детей), если обращение за ними последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении по истечении указанного срока компенсации назначаются и выплачиваются за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление.

³ Денежные выплаты, предусмотренные п. 5, 6, 8, полагаются многодетным семьям до достижения младшим ребенком

16 лет (учащимся в образовательном учреждении, реализующем общеобразовательные программы, — 18 лет).

⁴ Ежегодные выплаты, предусмотренные п. 9, 10, назначаются и выплачиваются, если обращение за ними последовало до конца текущего года.

⁵ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁶ Многодетные семьи, вставшие на жилищный учет после 1 марта 2005 года, согласно нормам федерального и городского законодательства, не имеют первоочередного права на улучшение жилищных условий и обеспечиваются жилыми помещениями по договору социального найма в порядке очередности исходя из времени принятия на учет. Дополнительные льготы по обеспечению таких семей определяются ежегодно в Программе обеспечения жилыми помещениями.

8. Если у вас в семье ребенок-инвалид

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|-----------------|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Социальная пенсия¹ | | |
| В размере базовой части трудовой пенсии по инвалидности ² на ребенка | В ПФР | - выписка из акта освидетельствования в бюро МСЭ; - свидетельство о рождении ребенка |
| 2. Ежемесячная компенсационная выплата неработающему трудоспособному лицу, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет³ | | |
| 500 руб. лицу, осуществляющему уход | В ПФР | - выписка из акта освидетельствования в бюро МСЭ; - свидетельство о рождении ребенка; - трудовая книжка лица, осуществляющего уход; - справка органа службы занятости о неполучении этим лицом пособия по безработице |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 3. Ежемесячная компенсационная выплата к социальной пенсии <i>Выплачивается в течение срока, на который назначена пенсия</i> | | |
| Размер определяется исходя из размера пенсии (общая сумма пенсии и городской доплаты к ней не может быть ниже величины городского гарантированного минимума ⁴) на ребенка | В РУСЗН | - выписка из акта освидетельствования в бюро МСЭ; - справка ПФР о размере пенсии; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|-----------------|--|
| 4. Ежемесячное пособие на ребенка⁵ | | |
| Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) | | |
| На детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб.; на детей в остальных семьях — 500 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| 5. Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет | | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - выписка из акта освидетельствования в бюро МСЭ |
| 6. Ежемесячная компенсационная выплата лицу, занятому уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет или инвалидом с детства до 23 лет | | |
| Назначается с месяца освидетельствования ребенка в бюро МСЭ и выплачивается по месяц истечения срока инвалидности, но не более чем до достижения ребенком возраста 23 лет | | |
| 4500 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - выписка из акта освидетельствования в бюро МСЭ; - трудовая книжка родителя, осуществляющего уход, или справка ПФР об отсутствии начислений страховых взносов на оплату труда; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - свидетельство о расторжении брака (для разведенных родителей); - свидетельство о смерти отца (матери) ребенка (для вдов, вдовцов); - договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью (для приемных родителей) - договор о патронатном воспитании (для патронатных воспитателей) |
| 7. Ежемесячная компенсационная выплата ребенку-инвалиду и инвалиду с детства в возрасте до 23 лет, потерявшему кормильца | | |
| 1200 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка бюро МСЭ о признании ребенка инвалидом (для лиц старше 18 лет — об установлении инвалидности с детства); - свидетельство о смерти кормильца (если умерли оба родителя — свидетельство о смерти одного из них) либо решение суда о признании родителя безвестно отсутствующим или об объявлении его умершим - решение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства) - документы о степени родства (если пенсия по случаю потери кормильца назначена ребенку-инвалиду (инвалиду с детства) за умершего брата, сестру, бабушку или дедушку) |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁷

| | |
|--|---|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям-инвалидам до 18 лет |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям-инвалидам |
| бесплатное обучение в школах искусств | |
| бесплатное содержание детей в государственных дошкольных образовательных учреждениях | всем семьям на детей-инвалидов дошкольного возраста |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁷

| | |
|---|---|
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) — реализуется на основании СКМ | - детям-инвалидам до 18 лет; - родителям (опекунам, попечителям) детей-инвалидов до 18 лет; - одному из родителей инвалида с детства до 23 лет, обучающегося в образовательном учреждении; - лицу, сопровождающему ребенка-инвалида |
| первоочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | семьям с детьми-инвалидами, вставшим на жилищный учет до 1 марта 2005 года ⁸ |
| оплата в размере 50% стоимости общей площади жилого помещения и коммунальных услуг | всем семьям с детьми-инвалидами |
| оплата в размере 50% стоимости вывоза и обезвреживания твердых бытовых отходов | |
| предоставление в пользование в 2008 году жилого помещения, находящегося в собственности города Москвы | семьям, имеющим несовершеннолетних детей-инвалидов (в возрасте до 18 лет на 1 января 2008 года), признанным до 1 января 2001 года нуждающимися в улучшении жилищных условий, при условии предоставления в уполномоченные органы власти города Москвы документов, подтверждающих соответствующее право, и сохранения на момент обеспечения жилым помещением оснований, послуживших условием предоставления соответствующих льгот |
| право на предоставление субсидии на приобретение жилья за счет средств федерального бюджета на оплату 18 кв. м жилья на ребенка-инвалида по цене, ежеквартально устанавливаемой Министерством регионального развития РФ | семьям с детьми-инвалидами, вставшим на жилищный учет до 1 марта 2005 года |

¹ Предусмотрена Федеральным законом от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

² С 01.12.2007 — 3120 руб.

³ Предусмотрена Указом Президента Российской Федерации от 26.12.2006 № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».

⁴ С 01.11.2007 — 5136 руб.

⁵ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

⁶ Ежемесячное пособие (п. 4) и ежемесячная компенсация на питание (п. 5) назначаются с месяца рождения ребенка, если обращение за ними последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за указанными денежными выплатами по истечении указанного срока они назначаются и выплачиваются за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление.

⁷ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁸ Семьи, имеющие детей-инвалидов и вставшие на жилищный учет после 1 марта 2005 года, согласно нормам федерального и городского законодательства, не имеют первоочередного права на улучшение жилищных условий и обеспечиваются жилыми помещениями по договору социального найма в порядке очередности, исходя из времени принятия на учет. Дополнительные льготы по обеспечению таких семей определяются ежегодно в Программе обеспечения жилыми помещениями.

ПО ВОПРОСАМ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ, САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

Департамент здравоохранения города Москвы

127006, Оружейный пер., 43,

e-mail: doc@mosgorzdrav.ru, www.komzdrav.ru

«горячая линия» (круглосуточно) 251-83-00

«горячая линия» по лекарственному обеспечению

(пн-чт 9.00-18.00, пт 9.00-16.45) 623-46-36

Управления здравоохранения административных округов

дежурные — круглосуточно, «горячая линия» —

пн-чт 9.00-18.00, пт 9.00-16.45, перерыв 13.30-14.30

Центральный административный округ

ул. Б. Татарская, 30/32

дежурный тел./факс 959-38-86

«горячая линия» 953-04-55

Северный административный округ

ул. Поликарпова, 4

дежурный 946-11-09, факс 946-11-27

«горячая линия» 946-11-00

Северо-Восточный административный округ

ул. Яблочкова, 27

дежурный 610-31-04, факс 610-96-20

«горячая линия» 610-65-20

Восточный административный округ

Зеленый просп., 6, корп. 1

дежурный 368-02-11, факс 368-02-50

«горячая линия» 368-04-12

Юго-Восточный административный округ

Волгоградский просп., 113, корп. 5

дежурный 177-22-00, факс 175-83-46

«горячая линия» 177-00-48

Южный административный округ

Варшавское ш., 116

дежурный 318-00-11, факс 318-01-11

«горячая линия» 318-47-71

Юго-Западный административный округ

ул. Профсоюзная, 16/10

дежурный 124-45-47, факс 125-53-00

«горячая линия» 125-62-00

Западный административный округ

ул. Богданова, 50

дежурный тел./факс 435-03-97

«горячая линия» 439-44-02

Северо-Западный административный округ

ул. Долгова, 5

дежурный тел./факс 491-87-74

«горячая линия» 491-55-93

Зеленоградский административный округ

Зеленоград, Медицинский комплекс

дежурный 535-54-49, 534-11-91

«горячая линия» 535-54-49



9. Если вы — одинокая мать (одинокый отец)

Одинокая мать — женщина, в свидетельстве о рождении ребенка у которой отсутствует запись об отце ребенка или запись произведена в установленном порядке по указанию матери.

(п. 7 Положения о порядке назначения и выплаты ежемесячного пособия на ребенка, утвержденного постановлением Правительства Москвы от 28.12.2004 № 911-ПП)

Одинокый отец — мужчина, усыновивший ребенка, в свидетельстве о рождении которого сведения о матери вписаны на основании заявления усыновителя в порядке, установленном пунктом 3 статьи 134 Семейного кодекса Российской Федерации.

(п. 3.5.4 Положения о порядке назначения и предоставления денежных выплат семьям с детьми в городе Москве, утвержденного постановлением Правительства Москвы от 24.01.2006 № 37-ПП)

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования¹ | |
| 20% — на первого ребенка; 50% — на второго ребенка; 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения Российской Федерации |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. | Ежемесячное пособие на ребенка² | |
| Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) | | |
| 1250 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход матери (отца); - трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце (матери) ребенка; - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| 3. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет³ | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце (матери) ребенка |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающимся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет) | |
| Если доход ниже прожиточного минимума — 650 руб., если доход выше прожиточного минимума — 250 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце (матери) ребенка |
| ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴ | | |
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах | |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) | |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет | |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет | |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴

| | |
|--|--|
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — на период обучения |
| льготная плата за обучение в школах искусств | детям до 18 лет |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |
| скидка 50% по оплате посещения детьми государственных дошкольных образовательных учреждений | на детей дошкольного возраста |
| первоочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | одиноким матерям (отцам), вставшим на жилищный учет до 1 марта 2005 года ⁵ |

¹ Введена с 1 января 2007 года Федеральным законом от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

² Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2005 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

³ Ежемесячное пособие (п. 1) и ежемесячные компенсации (п. 2, 3) назначаются с месяца рождения ребенка, если обращение за ними последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за денежными выплатами по истечении указанного срока они назначаются и выплачиваются за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление.

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

⁵ Одиноким матери (отцы), вставшие на жилищный учет после 1 марта 2005 года, согласно нормам федерального и городского законодательства, не имеют первоочередного права на улучшение жилищных условий и обеспечиваются жилыми помещениями по договору социального найма в порядке очередности исходя из времени принятия на учет.



10. Если ребенок потерял одного кормильца

В связи со смертью родителей (одного родителя) на ребенка назначается **трудовая** или **социальная** пенсия по случаю потери кормильца. Пасынок и падчерица также имеют право на пенсию по случаю потери кормильца (трудовую или социальную) наравне с родными детьми, если они находились на воспитании и содержании умершего отчима или мачехи.

Трудовая пенсия назначается в соответствии с *Федеральным законом от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»*, если умерший родитель работал и был застрахован в системе обязательного пенсионного страхования.

Социальная пенсия назначается в соответствии с *Федеральным законом от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»* при отсутствии права на трудовую пенсию (например, в случае смерти родителя, который никогда не работал, — студенты, домохозяйки и т.п.), а также в случае, когда ее размер выше, чем размер трудовой пенсии.

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|---|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Социальная пенсия по случаю потери кормильца¹ | | |
| <i>Выплачивается до достижения ребенком 18 лет (обучающимся по очной форме — до окончания обучения, но не более чем до 23 лет)</i> | | |
| В размере базовой части трудовой пенсии по старости ² на ребенка | В ПФР | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о смерти родителя; - документы, подтверждающие факт нахождения пасынка (падчерицы) на воспитании и содержании умершего (умершей) отчима (мачехи) (справка жилищных органов или органов местного самоуправления, справки о доходах всех членов семьи и иные документы, содержащие требуемые сведения, а в необходимых случаях — решение суда об установлении данного факта) |
| 2. Трудовая пенсия по случаю потери кормильца³ | | |
| <i>Выплачивается до достижения ребенком 18 лет (обучающимся по очной форме — до окончания обучения, но не более чем до 23 лет)</i> | | |
| Размер зависит от продолжительности стажа и величины заработка умершего родителя ⁴ | В ПФР | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о смерти родителя; - документы о трудовом стаже умершего родителя и его заработке; - свидетельство обязательного пенсионного страхования умершего родителя; - документ об иждивении (для детей, достигших на дату смерти родителя 18 лет); - документы, подтверждающие факт нахождения пасынка (падчерицы) на воспитании и содержании умершего (умершей) отчима (мачехи) (справка жилищных органов или органов местного самоуправления, справки о доходах всех членов семьи и иные документы, содержащие требуемые сведения, а в необходимых случаях — решение суда об установлении данного факта); - справка из образовательного учреждения (для лиц старше 18 лет) |
| 3. Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования | | |
| 20% — на первого ребенка, 50% — на второго ребенка, 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | <ul style="list-style-type: none"> - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения РФ |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 4. Ежемесячная компенсационная выплата к социальной или трудовой пенсии по случаю потери кормильца | | |
| <i>Устанавливается на период выплаты пенсии</i> | | |
| от 1670 руб. на ребенка (общая сумма пенсии и городской доплаты к ней не может быть ниже городского гарантированного минимума на ребенка ⁵) | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка о размере пенсии; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |
| 5. Ежемесячное пособие на ребенка⁶ | | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает полуторакратную величину прожиточного минимума, установленную Правительством Москвы в расчете на душу населения, на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет).</p> <p>Ежемесячное пособие назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</p> | | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|---|
| на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб., на детей в остальных семьях — 500 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет) |
| 6. | Ежемесячная компенсационная выплата ребенку-инвалиду или инвалиду с детства в возрасте до 23 лет, потерявшему кормильца | |
| 1200 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка бюро МСЭ о признании ребенка инвалидом (для лиц старше 18 лет — об установлении инвалидности с детства); - свидетельство о смерти кормильца (если умерли оба родителя — свидетельство о смерти одного из них) либо решение суда о признании родителя безвестно отсутствующим или об объявлении его умершим; - решение об установлении опеки (попечительства) — для опекунов; - документы, подтверждающие степень родства, — если пенсия по случаю потери кормильца назначена ребенку-инвалиду (инвалиду с детства) за умершего брата, сестру, бабушку или дедушку |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁷

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) — реализуется на основании СКМ | детям, получающим пенсию по случаю потери кормильца, — на период выплаты пенсии |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

¹ Предусмотрена Федеральным законом от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в РФ».

² С 01.12.2007 — 1560 руб.

³ Предусмотрена Федеральным законом от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

⁴ Трудовая пенсия состоит из базовой и страховой частей. Размер базовой части установлен законом и для детей, потерявших одного родителя, с 01.12.2007 составляет 780 руб. Размер страховой части определяется индивидуально и зависит от стажа и заработка умершего родителя.

⁵ С 01.11.2007 — 5136 руб.

⁶ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

⁷ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

11. Если ребенок — круглый сирота

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|---|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Социальная пенсия по случаю потери кормильца ¹ | |
| Выплачивается до достижения ребенком 18 лет (обучающимся по очной форме — до окончания обучения, но не более чем до 23 лет) | | |
| В размере базовой части трудовой пенсии по инвалидности ² на ребенка | В ПФР | - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о смерти обоих родителей (или одинокой матери) |
| 2. | Трудовая пенсия по случаю потери кормильца | |
| Выплачивается до достижения ребенком 18 лет (обучающимся по очной форме — до окончания обучения, но не более чем до 23 лет) | | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|---|
| Размер зависит от продолжительности стажа и величины заработка умерших родителей ³ | В ПФР | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о смерти обоих родителей (или одинокой матери); - документы о трудовом стаже умерших родителей и их заработке; - свидетельства обязательного пенсионного страхования умерших родителей; - документ об иждивении (для детей, достигших на дату смерти родителя 18 лет); - справка из образовательного учреждения (для лиц старше 18 лет) |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 3. | Ежемесячная компенсационная выплата к социальной или трудовой пенсии по случаю потери кормильца | |
| <i>Устанавливается на период выплаты пенсии</i> | | |
| От 2070 руб. на ребенка (общая сумма пенсии и городской доплаты не может быть ниже городского гарантированного минимума на ребенка) | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка о размере пенсии; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем |
| 4. | Денежные средства на содержание подопечного ребенка до достижения им возраста 18 лет (обучающимся по очной форме в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения)⁴ | |
| Выплачиваются во всех случаях установления опеки, кроме случаев передачи ребенка под опеку с согласия родителей, имеющих возможность воспитывать ребенка. <i>Устанавливаются со дня издания органом опеки и попечительства распоряжения о назначении денежных средств</i> | | |
| 10 000 руб. | Назначается органом опеки и попечительства по месту жительства подопечного (в Москве — муниципалитетом) выплачивается — в РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - распоряжение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства); - распоряжение органа опеки и попечительства о назначении денежных средств; - справка с места жительства ребенка о совместном проживании с опекуном (попечителем) |
| 5. | Ежемесячная компенсационная выплата лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, состоящим в браке с такими же лицами и имеющим детей⁵ | |
| <i>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ней последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения, но не ранее месяца поступления на учебу по очной форме обоих родителей. При обращении позднее указанного срока компенсация назначается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца подачи заявления и не ранее месяца поступления на учебу</i> | | |
| 1700 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - свидетельство о браке; - справка органа опеки и попечительства об отнесении родителей к числу детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из образовательного учреждения об учебе обоих родителей по очной форме; - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов) |
| 6. | Единовременная компенсационная выплата по окончании пребывания в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей | |
| 20 000 руб. на ребенка | Выплата осуществляется централизованно Департаментом социальной защиты населения города Москвы | <ul style="list-style-type: none"> - списки выпускников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, представляемые администрацией этих учреждений в Департамент социальной защиты населения города Москвы |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁶

бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей)

детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы)



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁶

| | |
|---|--|
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет (обучающимся в учреждениях начального, среднего и общего профессионального образования — до 23 лет) |
| полное государственное обеспечение на период пребывания в учреждениях для детей-сирот и в период обучения в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования | до 23 лет — на период пребывания (обучения) |
| внеочередное устройство в дошкольные образовательные учреждения | детям дошкольного возраста |
| бесплатное посещение дошкольных образовательных учреждений | |
| бесплатное питание в общеобразовательных учреждениях | обучающимся в общеобразовательных учреждениях — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | обучающимся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| бесплатное посещение учреждений культуры и спортивных учреждений: музеев, выставочных залов, картинных галерей, театров, кинотеатров, парков культуры и отдыха, зоопарка, культурно-массовых мероприятий, спортивных секций, спортивных соревнований (при наличии свободных мест) | до 23 лет |
| увеличение размера стипендии не менее чем на 50% | выплачивается по месту учебы в период обучения в государственных образовательных учреждениях начального, высшего и среднего профессионального образования |
| ежегодное пособие на приобретение учебной литературы и письменных принадлежностей в размере трехмесячной стипендии | |
| бесплатное дополнительное образование — в музыкальных, спортивных, художественных школах | детям до 18 лет |
| бесплатное обучение на курсах по подготовке к поступлению в государственные образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования | до 23 лет |
| бесплатное получение первого и второго начального профессионального образования в государственных образовательных учреждениях | |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) и железнодорожном пригородном транспорте — реализуется на основании СКМ | детям до 18 лет (обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях — до 23 лет) лицам (от 18 до 23 лет), потерявшим родителей в период обучения по очной форме в государственном образовательном учреждении |
| бесплатные путевки в школьные и студенческие спортивно-оздоровительные лагеря (базы) труда и отдыха, а при наличии медицинских показаний — в санатории, а также оплата проезда к месту лечения и обратно | до 23 лет |
| внеочередное право на предоставление жилого помещения из жилищного фонда города Москвы | детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, лицам из их числа, достигшим возраста 18 лет, не имеющим закрепленного жилого помещения, или если их возвращение в ранее занимаемые и сохраненные за ними жилые помещения невозможно ⁷ |

¹ Предусмотрена Федеральным законом от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

² С 01.12.2007 — 3120 руб.

³ Трудовая пенсия состоит из базовой и страховой частей. Размер базовой части установлен законом и для круглых сирот с 01.12.2007 составляет 1560 руб. Размер страховой части определяется индивидуально и зависит от стажа и заработка умершего родителя.

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 15.12.2004 № 87 «О порядке и размере выплаты денежных средств на содержание детей, находящихся под опекой (попечительством)».

⁵ Предусмотрена Законом города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

⁶ Предусмотрены Законами города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве» и от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве» и распространяются как на детей-сирот, так и на детей, оставшихся без попечения родителей.

⁷ Предусмотрены Законом города Москвы от 14.06.2006 № 29 «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения».



ПО ВОПРОСАМ УСЫНОВЛЕНИЯ, ОПЕКУНСТВА И ДРУГИМ ФОРМАМ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ (ПРИЕМНЫЕ И ПАТРОНАТНЫЕ СЕМЬИ)

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей Департамента семейной и молодежной политики города Москвы *Шаболовка, 48, стр. 1.*

Прием информации по формированию банка данных о детях (ежедневно 10.00–16.00, каб. 2) **958-18-72**

Прием кандидатов в опекуны, усыновители, приемные родители (пн 14.00–17.00, чт 10.00–13.00, каб. 8)

958-18-72

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, Московской области *1-й Спасоаликовский пер., 2* **238-04-65**

Федеральный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей *ул. Тверская, 11* **629-08-84**

12. Выплаты на детей военнослужащих срочной службы

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву¹ | | |
| 14 000 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о заключении брака; - справка из медицинского учреждения о сроке беременности не менее 180 дней; - справка из военного комиссариата о призыве отца ребенка на военную службу и о периоде ее прохождения |
| 2. Ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву² | | |
| <i>Выплачивается матери ребенка военнослужащего, а в случае ее смерти, объявления умершей, лишения родительских прав, ограничении в родительских правах, признании безвестно отсутствующей, недееспособной (ограниченно дееспособной), когда мать по состоянию здоровья не может лично воспитывать и содержать ребенка, отбывает наказание в виде лишения свободы, находится в местах содержания под стражей, уклоняется от воспитания ребенка или от защиты его прав и интересов, — опекуну ребенка</i> | | |
| 6000 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка из военного комиссариата о призыве отца ребенка на военную службу и о периоде ее прохождения |
| 3. Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования³ | | |
| 20% — на первого ребенка; 50% — на второго ребенка; 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения Российской Федерации |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 4. Ежемесячное пособие на ребенка⁴ | | |
| <i>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет). Ежемесячное пособие назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i> | | |
| 750 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка из военного комиссариата о призыве отца ребенка на военную службу и о периоде ее прохождения либо справка из военного образовательного учреждения профессионального образования об учебе в нем отца ребенка (до заключения контракта) |
| 5. Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет | | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка из военного комиссариата о призыве отца ребенка на военную службу и о периоде ее прохождения либо справка из военного образовательного учреждения профессионального образования об учебе в нем отца ребенка (до заключения контракта) |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---------------------|--|---|
| 6. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до 18 лет) | |
| 550 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка из военного комиссариата о призыве отца ребенка на военную службу либо справка из военного образовательного учреждения профессионального образования об учебе в нем отца ребенка (до заключения контракта); - справка из образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы (на детей старше 16 лет) |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁵

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

¹ Пособия, указанные в п. 1, 2, вводятся с 01.01.2008 Федеральным законом от 25.10.2007 № 233-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» при призыве граждан на военную службу начиная с 1 января 2008 года.

² Назначается со дня рождения ребенка, но не ранее дня начала отцом ребенка военной службы по призыву. Выплата прекращается по достижении ребенком возраста трех лет, но не позднее дня окончания отцом военной службы по призыву, независимо от других видов денежных выплат.

³ Предусмотрена Федеральным законом от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

⁴ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

⁵ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

13. Выплаты на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|---|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Компенсация части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования ¹ | |
| 20% — на первого ребенка, 50% — на второго ребенка, 70% — на третьего и последующих детей | В государственное дошкольное образовательное учреждение | <ul style="list-style-type: none"> - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность заявителя, и его копия; - свидетельства о рождении детей, входящих в состав семьи (в возрасте до 18 лет), и их копии; - копия титульного листа сберегательной книжки получателя компенсации с указанием реквизитов кредитного учреждения Российской Федерации |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|---|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. | Ежемесячное пособие на ребенка ² | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет).</p> <p><i>Ежемесячное пособие назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i></p> | | |
| 750 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет); - сообщение органов внутренних дел о том, что в месячный срок место нахождения разыскиваемого должника не установлено; - сообщение уполномоченного федерального органа исполнительной власти о неисполнении решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов в случае проживания должника в иностранном государстве, с которым у Российской Федерации заключен договор о правовой помощи; - справка из суда о причинах неисполнения решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов |
| 3. | Специальное пособие на детей в период розыска родителя, уклоняющегося от уплаты алиментов | |
| <p>В семье с одним ребенком — 1/4 величины прожиточного минимума, установленного Правительством Москвы на ребенка³, в семье с двумя детьми — 1/3 величины прожиточного минимума, установленного Правительством Москвы на ребенка, в семье с тремя и более детьми — 1/2 величины прожиточного минимума, установленного Правительством Москвы на ребенка</p> | | |
| | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет); - сообщение органов внутренних дел о том, что в месячный срок место нахождения разыскиваемого должника не установлено; - сообщение уполномоченного федерального органа исполнительной власти о неисполнении решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов в случае проживания должника в иностранном государстве, с которым у Российской Федерации заключен договор о правовой помощи; - справка из суда о причинах неисполнения решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей до 3 лет | |
| 600 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет); - сообщение органов внутренних дел о том, что в месячный срок место нахождения разыскиваемого должника не установлено; - сообщение уполномоченного федерального органа исполнительной власти о неисполнении решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов в случае проживания должника в иностранном государстве, с которым у Российской Федерации заключен договор о правовой помощи; - справка из суда о причинах неисполнения решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов |
| 5. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости жизни на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в образовательных учреждениях, реализующих общеобразовательные программы, — до окончания обучения, но не более чем до 18 лет) | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---------------------|-----------------|--|
| 550 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства совместно с родителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителя (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет); - сообщение органов внутренних дел о том, что в месячный срок место нахождения разыскиваемого должника не установлено; - сообщение уполномоченного федерального органа исполнительной власти о неисполнении решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов в случае проживания должника в иностранном государстве, с которым у Российской Федерации заключен договор о правовой помощи; - справка из суда о причинах неисполнения решения суда (судебного приказа) о взыскании алиментов |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴

| | |
|--|--|
| бесплатное обеспечение новорожденных комплектами детского белья | всем семьям — в родильных домах |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание обеспечение бесплатными учебниками | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — на период обучения |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

¹ Предусмотрена Федеральным законом от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

² Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

³ С 01.11.2007 — 4936 руб.

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».



В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ В СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Московская служба психологической помощи населению
Департамента семейной и молодежной политики города Москвы
www.msph.ru, e-mail: msph@msph.ru

Консультации квалифицированных психологов:

- по вопросам семьи и брака: взаимоотношения в семье, выбор партнера и партнерские отношения, проблема развода, проблемы взаимоотношений с детьми и т.д.
- в сложных жизненных ситуациях: перенесенные утраты, переживания, связанные с жизненным кризисом, трудностями общения и т.д.

Экстренная психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях для пострадавших и их родственников.

По вопросам построения карьеры проводятся семинары и тренинги, круглосуточно работает телефон неотложной психологической помощи «051».

Жителям Москвы психологические услуги оказываются бесплатно!

ст. м. «Текстильщики», 2-й Саратовский пр-д, 8, корп. 2
предварительная запись

173-09-09

Адреса отделов службы в административных округах

Северный административный округ

ст. м. «Водный стадион», 3-й Лихачевский пер., 3, корп. 2
предварительная запись

454-44-08

Восточный административный округ

ст. м. «Перово», ул. Плеханова, 23, корп. 3
предварительная запись

309-51-28

Юго-Восточный административный округ

ст. м. «Люблино»,
ул. Маршала Кожедуба, 12, корп. 1
предварительная запись

8-499-722-07-30

Южный административный округ

ст. м. «Варшавская», Чонгарский бульв., 15
предварительная запись
(оказывается психологическая помощь
приемным родителям, консультации
и психологические тренинги)

8-499-794-20-09

Юго-Западный административный округ

ст. м. «Улица Скобелевская», ул. Изюмская, 46
предварительная запись

8-499-743-51-90

Западный административный округ

ст. м. «Кунцевская», пр-д Загорского, 3
предварительная запись

8-499-726-53-96

Северо-Западный административный округ

ст. м. «Планерная», ул. Вилиса Лациса, 1, корп. 1
предварительная запись

944-45-04

14. Если вы решили взять на воспитание в семью ребенка-сироту или ребенка, оставшегося без попечения родителей

Ребенок-сирота — ребенок в возрасте до 18 лет, у которого умерли оба или единственный родитель.

Ребенок, оставшийся без попечения родителей, — ребенок в возрасте до 18 лет, который остался без попечения обоих или единственного родителя в связи с:

- лишением их родительских прав;
- ограничением их в родительских правах;
- признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), находящимися в лечебных учреждениях;
- объявлением их умершими;
- отбыванием ими наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы;
- нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений;
- уклонением родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов;
- отказом родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений;

в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном законом порядке.

Лицо из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — лицо в возрасте от 18 до 23 лет, у которого, когда оно находилось в возрасте до 18 лет, умерли оба или единственный родитель.

Государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей, — совокупная информация о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, включает в себя федеральный и региональный банки данных. Первоначально эти данные в виде анкет и фотографий детей формируются и передаются в региональный банк данных органами опеки и попечительства. Московский региональный банк данных находится в ведении Департамента семейной и молодежной политики города Москвы.

Учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей:

образовательные учреждения, в которых содержатся (обучаются и/или воспитываются) дети-сироты



и дети, оставшиеся без попечения родителей (детские дома, школы-интернаты, центры образования);

учреждения социальной защиты населения (дома-интернаты для детей-инвалидов с умственной отсталостью и физическими недостатками, социально-реабилитационные центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, социальные приюты);

учреждения системы здравоохранения (дома ребенка).

Усыновление/удочерение — принятие в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, на правах кровного. Ребенок после усыновления получает все права родного — со всеми вытекающими отсюда обязанностями его родителей — и лишается льгот, которые он имел как сирота. Усыновление для родителей означает высшую степень ответственности за судьбу ребенка и его полноценное развитие.

Опека и попечительство — форма обеспечения защиты прав и охраняемых законом интересов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях их содержания, воспитания и образования, а также защиты прав и интересов.

Патронатный воспитатель — совершеннолетнее дееспособное лицо, осуществляющее воспитание и защиту прав и законных интересов ребенка на основании договора с органом опеки и попечительства о патронатном воспитании или о социальном патронате.

Приемная семья — форма устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью между органами опеки и попечительства и приемными родителями (супругами или отдельными гражданами, желающими взять детей на воспитание в семью).

Попечители — совершеннолетние дееспособные лица, выполняющие попечительские обязанности в отношении несовершеннолетних детей.

С ЧЕГО НАЧАТЬ

Граждане, желающие усыновить ребенка, оформить над ним опеку (попечительство), создать приемную семью или стать патронатным воспитателем, обращаются в органы опеки и попечительства (муниципалитет) по месту жительства и заявляют о своих намерениях.

На первом приеме они получают разъяснения по вопросам, связанным с устройством ребенка-сироты в свою семью на любую из перечисленных форм, и зна-

комятся с перечнем необходимых для этого документов, а именно:

- краткая автобиография;
- справка с места работы с указанием должности и заработной платы либо декларация о доходах (действительна в течение года);
- копия финансово-лицевого счета и выписка из домовой книги с места жительства или документ, подтверждающий право собственности на жилое помещение (действительно в течение года);
- справка ОВД об отсутствии судимости за умышленное преступление против жизни и здоровья граждан (действительно в течение года);
- для лиц, желающих усыновить ребенка, — медицинское заключение о состоянии здоровья следующих специалистов: терапевта, инфекциониста, дерматовенеролога, фтизиатра, невропатолога, онколога, психиатра, нарколога (действительно в течение 3 месяцев);
- копия свидетельства о браке (если лица, желающие усыновить ребенка состоят в браке).

Собрав все перечисленные документы, граждане подают в орган опеки и попечительства заявление с просьбой дать заключение о возможности быть усыновителем, опекуном, приемным родителем или патронатным воспитателем.

Для подготовки заключения орган опеки и попечительства составляет акт по результатам обследования условий жизни лиц, изъявивших желание принять ребенка на воспитание в свою семью.

На основании перечисленных выше документов орган опеки и попечительства в течение 15 рабочих дней со дня подачи заявления готовит заключение.

ДАЛЬНЕЙШАЯ ПРОЦЕДУРА

Кандидаты в усыновители, опекуны и приемные родители для постановки на учет обращаются по своему выбору в любой орган опеки и попечительства, на территории которого находится сиротское учреждение, либо к региональному или федеральному оператору государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, заполняют заявление об оказании содействия в подборе ребенка и анкету.

Оператор ставит граждан на учет и в течение 10 дней предоставляет информацию о детях согласно их пожеланиям. Если представленная информация о ребенке заинтересовала кандидата, ему выдается направление установленного законодательством образца на



посещение ребенка, которое действительно в течение 10 дней. Если кандидат не заинтересовался предложениями оператора, то в каждые последующие 10 дней ему предоставляется новая информация.

С направлением на посещение ребенка кандидат обращается к руководителю сиротского учреждения, который знакомит его с ребенком и его личным делом.

В 10-дневный срок гражданин может посещать ребенка в учреждении и принять решение о согласии или об отказе принять его в свою семью.

Далее о своем решении в письменной форме кандидат уведомляет оператора. Если это отказ, то работа по подбору ребенка продолжается. В случае положительного решения руководитель учреждения дает согласие на усыновление воспитанника, оформление опеки (попечительства), передачу воспитанников в приемную семью.

УСЫНОВЛЕНИЕ

После подбора ребенка кандидат в усыновители обращается в суд с заявлением об усыновлении ребенка. Орган опеки и попечительства по месту нахождения ребенка готовит для суда заключение об обоснованности усыновления. Усыновитель может забрать ребенка из учреждения после вступления решения суда в законную силу.

15. Если вы — опекун (попечитель) ребенка

Опека или попечительство устанавливается над детьми, оставшимися без попечения родителей, в целях их содержания, воспитания и образования, а также для защиты их прав и интересов.

Опека устанавливается над детьми до 14 лет. Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки.

Попечительство устанавливается над несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет.

Опекунами или попечителями назначаются совершеннолетние дееспособные граждане. Опекун или попечитель назначаются органом опеки и попечительства (в Москве — муниципалитеты) по месту жительства несовершеннолетнего.

Опекунами или попечителями не назначаются граждане:

- лишенные родительских прав;
- больные хроническим алкоголизмом или наркоманией;
- отстраненные от выполнения обязанностей опекунов (попечителей);
- ограниченные в родительских правах;
- бывшие усыновители, если усыновление отменено по их вине;
- не имеющие возможности по состоянию здоровья осуществлять обязанности по воспитанию ребенка.

Обязанности по опеке и попечительству исполняются безвозмездно.

Опекуны и попечители несовершеннолетних граждан обязаны проживать совместно со своими подопечными. Раздельное проживание попечителя с подопечным, достигшим 16 лет, допускается с разрешения органа опеки и попечительства.

ОПЕКА (ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО)

После подбора ребенка кандидат в опекуны обращается в органы опеки и попечительства по месту нахождения ребенка с заявлением об оформлении опеки (попечительства), после чего руководитель муниципалитета издает соответствующее распоряжение. Опекун может забрать ребенка из учреждения сразу же после подготовки распоряжения.

ОБРАЗОВАНИЕ ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ

После подбора детей для создания приемной семьи кандидат в приемные родители обращается в орган опеки и попечительства по месту нахождения детей с заявлением о заключении договора о создании приемной семьи.

Если приемные родители и дети (ребенок) проживают на территории разных муниципалитетов, то возможно и заключение трехстороннего договора между приемными родителями и органами опеки и попечительства по месту проживания приемных родителей и детей (ребенка).

В заключение руководитель муниципалитета издает распоряжение о передаче детей (ребенка) в приемную семью.



На содержание каждого подопечного ребенка опеку (попечителю) выплачиваются ежемесячно денежные средства на питание, приобретение одежды, обуви и мягкого инвентаря, предметов хозяйственного обихода, личной гигиены, игр, игрушек, книг и предоставляются льготы, установленные Правительством Москвы.

В городе Москве ежемесячные денежные выплаты на содержание каждого подопечного ребенка осуществляются районными управлениями социальной защиты населения.

Правоотношения между ребенком и опекуном (попечителем) прекращаются при достижении подопечным совершеннолетия.

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. | Единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью (при установлении опеки (попечительства) после 1 января 2007 года) ¹ | |
| <p>Назначается: Департаментом семейной и молодежной политики города Москвы по обращениям граждан. (Общественная приемная расположена по адресу: ул. Таганская, 40/42, ст. м. «Марксистская». Часы приема: пн 10.00–17.00, перерыв 13.00–13.45; ср 14.00–20.00, перерыв 16.00–16.45; пт 10.00–16.00, перерыв 13.00–13.45)</p> <p>Выплачивается: Департаментом социальной защиты населения города Москвы без обращения заявителя</p> | | |
| 8000 руб. | В Департамент семейной и молодежной политики города Москвы | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - копия решения органа опеки и попечительства об установлении над ребенком опеки (попечительства); Кроме того, представляются документы, подтверждающие отсутствие родителей (единственного родителя) или невозможность воспитания ими (ими) детей: - свидетельство о смерти родителей; - о признании их безвестно отсутствующими или умершими; - решение суда о лишении родителей родительских прав (об ограничении в родительских правах), признании родителей недееспособными (ограниченно дееспособными); - документ об обнаружении найденного (подкинутого) ребенка, выданный органом внутренних дел или органом опеки и попечительства; - заявление родителей о согласии на усыновление ребенка, оформленное в установленном порядке; - решение суда об установлении факта оставления ребенка без попечения родителей; - справка о нахождении родителей под стражей или об отбывании ими наказания в виде лишения свободы; - медицинское заключение о состоянии здоровья, выданное учреждением здравоохранения; - справка органов внутренних дел о том, что место нахождения разыскиваемых родителей не установлено |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. | Денежные средства на содержание подопечного ребенка до достижения им возраста 18 лет (обучающимся по очной форме в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения) ² | |
| <p>Выплачиваются во всех случаях установления опеки, кроме случаев передачи ребенка под опеку с согласия родителей, имеющих возможность воспитывать ребенка.</p> <p><i>Устанавливаются со дня издания органом опеки и попечительства распоряжения о назначении денежных средств</i></p> | | |
| 10 000 руб. | Назначаются органом опеки и попечительства по месту жительства подопечного (в Москве — муниципалитетом), выплачиваются — РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - распоряжение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства); - распоряжение органа опеки и попечительства о назначении денежных средств; - справка с места жительства ребенка о совместном проживании с опекуном (попечителем) |
| 3. | Ежемесячное пособие на ребенка ³ (Не полагается в случае назначения денежных средств на содержание подопечного ребенка) | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет).</p> <p><i>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i></p> | | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|--|--|
| на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб., на детей в остальных семьях — 500 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - распоряжение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства); - справка о неполучении опекуном (попечителем) денежных средств на содержание ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка по месту жительства; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход родителей, если таковые имеются (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (для детей старше 16 лет) |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение расходов по оплате жилищно-коммунальных услуг и телефона в жилом помещении, в котором фактически проживает несовершеннолетний, находящийся под опекой (попечительством) | |
| <i>Назначается с месяца издания распоряжения об установлении опеки (попечительства), если обращение за ней последовало не позднее 6 месяцев с указанной даты. При обращении позднее компенсация выплачивается за все прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев перед месяцем подачи заявления</i> | | |
| 700 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - распоряжение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства); - справка органа опеки и попечительства о месте фактического проживания подопечного; - справка жилищных органов о совместном проживании ребенка с опекуном (попечителем) |
| 5. | Единовременная компенсационная выплата при прекращении попечительства в связи с достижением возраста 18 лет⁴ | |
| <i>Выплачивается бывшему подопечному</i> | | |
| 20 000 руб. на ребенка | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа опеки и попечительства о нахождении под попечительством |
| 6. | Ежемесячная компенсационная выплата отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей⁵ (Не полагается, если ребенок имеет право на получение пенсии или алиментов) | |
| <i>Назначается на детей из числа:</i> - отказных — переданных на воспитание государству по заявлению матери о согласии на усыновление (удочерение); - подкинутых — доставленных по акту органов внутренних дел о доставлении подкинутого или заблудившегося ребенка; - оставленных — доставленных по акту об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом учреждении <i>Назначается с месяца обращения за ней (но не ранее даты возникновения права на нее) по день достижения ребенком 18-летнего возраста</i> | | |
| в размере базовой части трудовой пенсии по случаю потери кормильца для детей — круглых сирот ⁶ | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка органов опеки и попечительства о статусе ребенка; - документ о неполучении ребенком алиментов; - справка о неполучении ребенком пенсии |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁷

| | |
|--|--|
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| скидка 50% по оплате содержания подопечного в дошкольном образовательном учреждении | всем опекунам |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) опекуну (попечителю) ребенка в возрасте до 18 лет на основании СКМ | всем опекунам |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁷

| | |
|---|--|
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание обеспечение бесплатными учебниками | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

Примечание: Ребенок, находящийся под опекой (попечительством), сохраняет право на получение алиментов от родителей, а в случае их смерти — пенсии по случаю потери кормильца, а также на льготы, предусмотренные для соответствующей категории (ребенок-инвалид, ребенок-сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей).

¹ Предусмотрено Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

² Предусмотрены Законом города Москвы от 15.12.2004 № 87 «О порядке и размере выплаты денежных средств на содержание детей, находящихся под опекой (попечительством)».

³ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

⁴ Предусмотрена Законом города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

⁵ Предусмотрена постановлением Правительства Москвы от 06.04.2004 № 206-ПП «О ежемесячной компенсационной выплате отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей».

⁶ С 01.12.2007 — 1560 руб.

⁷ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

16. Если вы усыновили ребенка

Усыновление или удочерение (далее — усыновление) является приоритетной формой устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Усыновление допускается в отношении несовершеннолетних детей и только в их интересах, а также с учетом возможностей обеспечить детям полноценное физическое, психическое, духовное и нравственное развитие.

Для установления усыновления ребенка необходимо заключение органа опеки и попечительства (в Москве — муниципалитета) об обоснованности усыновления и о его соответствии интересам усыновляемого ребенка с указанием сведений о факте личного общения усыновителей (усыновителя) с ребенком.

Граждане Российской Федерации, желающие усыновить ребенка, подают в муниципалитет по месту своего жительства заявление с просьбой дать заключение о возможности быть усыновителями с приложением следующих документов:

- 1) краткой автобиографии;
- 2) справки с места работы с указанием должности и заработной платы либо декларации о доходах;
- 3) копии финансового лицевого счета и выписки из домовой книги с места жительства или документа, подтверждающего право собственности на жилое помещение;
- 4) справки ОВД об отсутствии судимости за умышленное преступление против жизни и здоровья граждан;
- 5) медицинского заключения государственного или муниципального лечебно-профилактического учреждения о состоянии здоровья лица, желающего усыновить ребенка, оформленного в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- 6) копии свидетельства о браке (если состоят в браке).

Права и обязанности усыновителя и усыновленного ребенка возникают со дня вступления в законную силу решения суда об установлении усыновления ребенка.

Усыновителями могут быть совершеннолетние лица обоего пола.

Лица, не состоящие между собой в браке, не могут совместно усыновить одного и того же ребенка.

Разница в возрасте между усыновителем, не состоящим в браке, и усыновляемым ребенком должна быть не менее 16 лет. По причинам, признанным судом уважительными, разница в возрасте может быть сокращена.

Для усыновления детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в воспитательных учреждениях, лечебных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения и других аналогичных учреждениях, необходимо согласие в письменной форме руководителей данных учреждений.

Правоотношения с усыновителем сохраняются после достижения ребенком совершеннолетия.



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|--|--|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ¹ | | |
| 1. | Единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью (при усыновлении ребенка после 1 января 2007 года) | |
| <p>Назначается: Департаментом семейной и молодежной политики города Москвы по обращениям граждан. (Общественная приемная расположена по адресу: ул. Таганская, 40/42, ст. м. «Марксистская». Часы приема: пн 10.00–17.00, перерыв с 13.00–13.45; ср 14.00–20.00, перерыв 16.00–16.45; пт 10.00–16.00, перерыв 13.00–13.45)</p> <p>Выплачивается: Департаментом социальной защиты населения города Москвы без обращения заявителя</p> | | |
| 8000 руб. | В Департамент семейной и молодежной политики города Москвы | - свидетельство о рождении ребенка; - копия вступившего в законную силу решения суда об усыновлении |
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 2. | Единовременная компенсация на возмещение расходов в связи с усыновлением ребенка² | |
| <p>Полагается в случае усыновления ребенка из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, после 1 января 2006 года. <i>Назначается при обращении в течение 1 года со дня усыновления ребенка</i></p> | | |
| 5 прожиточных минимумов, установленных Правительством Москвы в среднем на душу населения — при усыновлении первого ребенка; 7 прожиточных минимумов — второго ребенка; 10 прожиточных минимумов — третьего и последующих детей | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - копия вступившего в законную силу решения суда об усыновлении; - свидетельство об усыновлении; - справка органа опеки и попечительства об отнесении ребенка к числу детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей |
| 3. | Ежемесячное пособие на ребенка³ | |
| <p>Назначается семьям москвичей, среднедушевой доход которых на дату обращения не превышает 8 тыс. руб., на детей в возрасте до 16 лет (обучающихся в общеобразовательных учреждениях — до окончания обучения, но не более чем до достижения 18 лет). <i>Назначается с месяца рождения ребенка, если обращение за ним последовало не позднее 6 месяцев с месяца его рождения. При обращении за пособием по истечении указанного срока оно назначается и выплачивается за прошедшее время, но не более чем за 6 месяцев до месяца, в котором подано заявление</i></p> | | |
| на детей одиноких матерей (одиноких отцов) — 1250 руб., на детей в остальных семьях — 500 руб. | В РУСЗН | - свидетельство о рождении ребенка; - справка жилищного органа о регистрации ребенка с усыновителем; - справка с места работы либо иной документ, подтверждающий доход каждого члена семьи (для неработающих — трудовая книжка или другой документ о последнем месте работы (учебы, службы)); - справка органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце ребенка (для одиноких матерей) или матери ребенка (для одиноких отцов); - справка из общеобразовательного учреждения (на детей старше 16 лет) |

| ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴ | |
|--|--|
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁴

| | |
|--|--|
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

¹ Предусмотрены Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

² Предусмотрена Законом города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

³ Предусмотрено Законом города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

⁴ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

17. Если вы — приемный родитель

Приемная семья является одной из форм устройства на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Граждане (супруги или отдельные граждане), желающие взять на воспитание ребенка (детей), оставшегося без попечения родителей, именуется приемными родителями, ребенок (дети), передаваемый на воспитание в приемную семью, именуется приемным ребенком, а такая семья — приемной семьей.

Приемные родители по отношению к приемному ребенку (детям) обладают правами и обязанностями опекуна (попечителя).

Общее число детей в приемной семье, включая родных и усыновленных, не должно превышать, как правило, 8 человек.

Приемная семья образуется на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью, который заключается между органом опеки и попечительства и приемными родителями.

Орган опеки и попечительства (в Москве — муниципалитет) содействует созданию приемных семей, оказывает приемным родителям необходимую помощь и осуществляет наблюдение за условиями жизни и воспитанием ребенка (детей).

На содержание каждого приемного ребенка (детей) приемной семье выплачиваются ежемесячно денежные средства на питание, приобретение одежды, обуви и мягкого инвентаря, предметов хозяйственного обихода, личной гигиены, игр, игрушек, книг и предоставляются льготы, установленные законодательством Российской Федерации для воспитанников образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Размер оплаты труда приемных родителей и льготы, предоставляемые приемной семье в зависимости от количества взятых на воспитание детей, устанавливаются законами субъектов Российской Федерации.

В городе Москве начисление оплаты труда приемным родителям осуществляется Департаментом образования города Москвы через окружные управления образования. Оплата производится из расчета 3,5 МРОТа в расчете на одного ребенка.

Правоотношения между ребенком и приемным родителем прекращаются по истечении срока договора о передаче ребенка в приемную семью.

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|---|--|---------------------|
| ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ВЫПЛАТЫ¹ | | |
| 1. | Единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью (При устройстве ребенка в приемную семью после 1 января 2007 года) | |
| Назначается: Департаментом семейной и молодежной политики города Москвы по обращениям граждан (Общественная приемная расположена по адресу: ул. Таганская, 40/42, ст. м. «Марксистская». Часы приема: пн 10.00–17.00, перерыв 13.00–13.45; ср 14.00–20.00, перерыв 16.00–16.45; пт 10.00–16.00, перерыв 13.00–13.45) | | |
| Выплачивается: Департаментом социальной защиты населения города Москвы без обращения заявителя | | |



| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|-----------|--|--|
| 8000 руб. | В Департамент семейной и молодежной политики города Москвы | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - копия договора о передаче ребенка в приемную семью; Кроме того, представляются документы, подтверждающие отсутствие родителей (единственного родителя) или невозможность воспитания ими (им) детей: - свидетельство о смерти родителей; - о признании их безвестно отсутствующими или умершими; - решение суда о лишении родителей родительских прав (об ограничении в родительских правах), признании родителей недееспособными (ограниченно дееспособными); - документ об обнаружении найденного (подкинутого) ребенка, выданный органом внутренних дел или органом опеки и попечительства; - заявление родителей о согласии на усыновление ребенка, оформленное в установленном порядке; - решение суда об установлении факта оставления ребенка без попечения родителей; - справка о нахождении родителей под стражей или об отбывании ими наказания в виде лишения свободы; - медицинское заключение о состоянии здоровья, выданное учреждением здравоохранения; - справка органов внутренних дел о том, что место нахождения разыскиваемых родителей не установлено |

ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ

| | | |
|---|--|---|
| 2. | Ежемесячное пособие на содержание ребенка | |
| 11 000 руб. — на одного ребенка; 13 000 руб. — на двоих детей; 15 000 руб. — на троих и более детей, а также на ребенка-инвалида | | <ul style="list-style-type: none"> - распоряжение руководителя муниципалитета о создании приемной семьи; - договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью |
| 3. | Заработная плата приемного родителя | |
| 8050 руб. на ребенка (3,5 МРОТа) ² | | |
| 4. | Ежемесячная компенсационная выплата отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей ³ (Не полагается, если ребенок имеет право на получение пенсии или алиментов) | |
| <p>Назначается на детей из числа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отказных — переданных на воспитание государству по заявлению матери о согласии на усыновление (удочерение); - подкинутых — доставленных по акту органов внутренних дел о доставлении подкинутого или заблудившегося ребенка; - оставленных — доставленных по акту об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом учреждении <p><i>Назначается с месяца обращения за ней (но не ранее даты возникновения права на нее) по день достижения ребенком 18-летнего возраста</i></p> | | |
| В размере базовой части трудовой пенсии по случаю потери кормильца для детей — круглых сирот ⁴ | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью; - справка органов опеки и попечительства о статусе ребенка; - документ о неполучении ребенком алиментов; - справка о неполучении ребенком пенсии |
| 5. | Единовременная компенсационная выплата по окончании нахождения в приемной семье в связи с достижением возраста 18 лет ⁵ <i>Выплачивается бывшему подопечному</i> | |
| 20 000 руб. на ребенка | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - справка органа опеки и попечительства о нахождении в приемной семье; - договор о передаче ребенка на воспитание в приемную семью |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ⁶

| | |
|--|--|
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) приемному родителю ребенка в возрасте до 18 лет на основании СКМ | одному из приемных родителей |



| Льготы и натуральная помощь ⁶ | |
|--|--|
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| бесплатное двухразовое питание | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |
| обеспечение бесплатными учебниками | |
| обеспечение льготным или бесплатным горячим питанием в соответствии с правовыми актами города Москвы | обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального или среднего профессионального образования |

Примечание: Приемный ребенок сохраняет право на получение алиментов от родителей, а в случае их смерти — пенсии по случаю потери кормильца, а также на льготы, предусмотренные для соответствующей категории (ребенок-инвалид, ребенок-сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей).

¹ Предусмотрены Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

² Минимальный размер оплаты труда с 01.09.2007 составляет 2300 руб.

³ Предусмотрена постановлением Правительства Москвы от 06.04.2004 № 206-ПП «О ежемесячной компенсационной выплате отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей».

⁴ С 01.12.2007 — 1560 руб.

⁵ Предусмотрена Законом города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

⁶ Предусмотрены Законом города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

ПО ВОПРОСАМ УСЫНОВЛЕНИЯ, ОПЕКУНСТВА И ДРУГИМ ФОРМАМ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ (ПРИЕМНЫЕ И ПАТРОНАТНЫЕ СЕМЬИ)

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей Департамента семейной и молодежной политики города Москвы

ул. Шаболовка, 48, стр. 1

Прием информации по формированию банка данных о детях (ежедневно 10.00–16.00, каб. 2) **958-18-72**

Прием кандидатов в опекуны, усыновители,

приемные родители (пн 14.00–17.00, чт 10.00–13.00, каб. 8) **958-18-72**

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, Московской области

1-й Спасоналиковский пер., 2

238-04-65

Федеральный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей

ул. Тверская, 11

629-08-84

18. Если вы — патронатный воспитатель

Патронатный воспитатель — совершеннолетнее дееспособное лицо, осуществляющее воспитание и защиту прав и законных интересов ребенка на основании договора с уполномоченной службой (организацией) по патронату о патронатном воспитании или о социальном патронате.

Патронатными воспитателями могут быть совершеннолетние граждане Российской Федерации обоего пола. Граждане, желающие взять ребенка на патронатное воспитание, подают в органы опеки и попечительства (в Москве — муниципалитет) по месту своего жительства заявление с просьбой дать заключение о возможности быть патронатными воспитателями.

Лицо, изъявившее желание стать патронатным воспитателем, обязано пройти специальную подготовку. Специальная подготовка и обследование семьи данного лица осуществляется уполномоченной службой (организацией) по патронату в индивидуально определяемый для него срок.



Договор о патронатном воспитании заключается между уполномоченной службой (организацией) по патронату и патронатным воспитателем при обязательном условии разграничения ответственности по защите прав и законных интересов этого ребенка между родителями (законными представителями ребенка), патронатным воспитателем, уполномоченной службой (организацией) по патронату.

Труд патронатного воспитателя является социально значимым трудом. Оплата труда патронатного воспитателя производится в размере не менее 3,5 МРОТа в расчете на каждого ребенка, переданного ему на воспитание.

В городе Москве ежемесячные денежные выплаты на содержание каждого ребенка (детей) в патронатной семье осуществляются Департаментом образования города Москвы через окружные управления образования.

Правоотношения между ребенком и патронатным воспитателем прекращаются по истечении срока договора о патронатном воспитании.

| СУММА | КУДА ОБРАЩАТЬСЯ | ТРЕБУЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ |
|--|--|--|
| ГОРОДСКИЕ ВЫПЛАТЫ | | |
| 1. Денежные средства на питание ребенка в семье патронатного воспитателя | | |
| 180 руб. в день на ребенка | В окружные управления образования Департамента образования города Москвы | - договор о патронатном воспитании (направляется уполномоченной службой по патронатному воспитанию в окружное управление образования) |
| 2. Заработная плата патронатного воспитателя | | |
| 8050 руб. на ребенка (3,5 МРОТа) ¹ | В окружные управления образования Департамента образования города Москвы | - договор о патронатном воспитании (направляется уполномоченной службой по патронатному воспитанию в окружное управление образования) |
| 3. Ежемесячная компенсационная выплата отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей² (не полагается, если ребенок имеет право на получение пенсии или алиментов) | | |
| <p>Назначается на детей из числа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отказных — переданных на воспитание государству по заявлению матери о согласии на усыновление (удочерение); - подкинутых — доставленных по акту ОВД о доставлении подкинутого или заблудившегося ребенка; - оставленных — доставленных по акту оставления ребенка в лечебно-профилактическом учреждении. <p><i>Назначается с месяца обращения за компенсацией и выплачивается по день достижения ребенком 18 лет</i></p> | | |
| В размере базовой части трудовой пенсии по случаю потери кормильца для круглых сирот ¹ | В РУСЗН | <ul style="list-style-type: none"> - свидетельство о рождении ребенка; - договор о патронатном воспитании; - справка органов опеки и попечительства о статусе ребенка; - документ о неполучении ребенком алиментов; - справка о неполучении ребенком пенсии |
| 4. Единовременная компенсационная выплата по окончании нахождения на патронатном воспитании в связи с достижением возраста 18 лет¹ | | |
| 20 000 руб. на ребенка | Выплачивается Департаментом социальной защиты населения города Москвы | - списки выпускников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, представляемые администрацией этих учреждений в Департамент социальной защиты населения города Москвы |

ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

| | |
|--|---|
| бесплатное обеспечение ребенка одеждой, обувью, мягким инвентарем, предметами хозяйственного обихода | всем детям, находящимся на патронатном воспитании |
| бесплатный отпуск по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений молочных продуктов детского питания (в т.ч. адаптированных молочных смесей) | детям до 2 лет (до 15 лет — если они страдают хроническими заболеваниями, перечень которых утверждается Правительством Москвы) |
| бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей лечебно-профилактических учреждений | детям до 3 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | детям до 7 лет |
| бесплатный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) патронатному воспитателю ребенка в возрасте до 18 лет, нуждающегося в государственной защите | патронатным воспитателям, заключившим договор о патронатном воспитании (социальном патронате) на срок более 6 месяцев — на основании СКМ |
| | патронатным воспитателям, заключившим договор о патронатном воспитании (социальном патронате) на срок от 1 месяца до 6 месяцев — на основании временного единого социального билета |



ЛЬГОТЫ И НАТУРАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

| | |
|--|---|
| льготный проезд в городском пассажирском транспорте (кроме такси и маршрутного такси) | обучающимся по очной форме обучения — в период обучения |
| бесплатное посещение зоопарка, музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, находящихся в ведении Правительства Москвы | детям до 7 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы, а 1 раз в месяц — бесплатное посещение музеев | детям от 7 до 18 лет |
| бесплатное посещение зоопарка, оплата по льготным ценам посещения музеев, парков культуры и отдыха, выставок и культурно-просветительных мероприятий в указанных учреждениях культуры, находящихся в ведении Правительства Москвы | лицам старше 18 лет, обучающимся по очной форме обучения, — в период обучения |
| внеочередной прием в дошкольные образовательные учреждения | дошкольникам, определенным в семье патронатных воспитателей |
| бесплатное питание в школах | школьникам, определенным в семье патронатных воспитателей |
| обеспечение бесплатными учебниками | учащимся образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, — в период обучения |

Примечание: Ребенок, находящийся на патронатном воспитании, сохраняет право на получение алиментов от родителей, а в случае их смерти — пенсии по случаю потери кормильца, а также на льготы, предусмотренные для соответствующей категории (ребенок-инвалид, ребенок-сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей).

¹ Минимальный размер оплаты труда с 01.09.2007 составляет 2300 руб.

² Предусмотрена постановлением Правительства Москвы от 06.04.2004 № 206-ПП «О ежемесячной компенсационной выплате отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей».

³ С 01.12.2007 — 1560 руб.

⁴ Предусмотрена Законом города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

19. Московская программа «Молодой семье — доступное жилье»

Молодая семья, подпадающая под условия участия в Московской программе «Молодой семье — доступное жилье», — семья с детьми, в которой оба супруга (в случае неполной семьи — мать или отец) не достигли 30-летнего возраста, а также семья без детей, в которой оба супруга не достигли 30-летнего возраста и состоят в зарегистрированном браке не менее одного года. Все члены молодой семьи должны быть гражданами Российской Федерации и постоянно проживать в г. Москве.

Постановление Правительства Москвы от 13.12.2005 № 994-ПП «О втором этапе Московской программы «Молодой семье — доступное жилье» на 2006–2008 гг.»

Молодые семьи — участники программы «Молодой семье — доступное жилье» (далее — «МСДЖ») подразделяются на 3 группы:

ПЕРВАЯ ГРУППА

- семьи, признанные нуждающимися в улучшении жилищных условий в установленном порядке по месту жительства до 01.03.2005.

ВТОРАЯ ГРУППА

- семьи молодых специалистов, занимающие независимо от формы собственности жилые помещения размером менее нормы предоставления (18 кв. м) на каждого члена семьи, при условии, что в течение последних 5 лет они не совершали действий, повлекших ухудшение жилищных условий в соответствии с действующим законодательством.

Семья молодого специалиста — семья (в том числе неполная) граждан Российской Федерации, постоянно проживающих в городе Москве, в которой хотя бы один из супругов (молодой специалист):

- работает в бюджетной организации системы Комплекса социальной сферы города Москвы и соответствует требованиям, установленным распорядительными документами Правительства Москвы;

- является сотрудником государственных органов города Москвы, финансируемых за счет средств бюджета города Москвы, моложе 30 лет и окончившим высшее учебное заведение.



ТРЕТЬЯ ГРУППА

- граждане, подпадающие под определение «молодая семья» (за исключением условия постоянного проживания в городе Москве) и занимающие независимо от формы собственности жилые помещения размером менее нормы предоставления (18 кв. м) на каждого члена семьи, при условии, что в течение последних 5 лет они не совершали действий, повлекших ухудшение жилищных условий в соответствии с действующим законодательством, — по представлению Совета ректоров вузов Москвы и Московской области семьи молодых (до 35 лет) преподавателей, талантливых ученых и аспирантов государственных вузов и институтов города Москвы.

Молодым семьям — участникам «МСДЖ» **первой группы** предоставляется возможность участия в следующих схемах улучшения жилищных условий:

1-я схема — приобретение жилого помещения по договору купли-продажи с рассрочкой платежа либо с использованием социальной ипотеки. Предусмотрены следующие льготы:

- цены продажи жилого помещения установлены в 3–4 раза ниже рыночной цены;
- предоставление рассрочки платежа до 10 лет под 5% годовых в рублях;
- предоставление льготных условий ипотечного кредитования на срок до 30 лет под 10,5% годовых в рублях;
- снижение первоначального взноса при приобретении жилья по договору купли-продажи с рассрочкой платежа до 10% с учетом количества детей в молодой семье;
- освобождение от оплаты части долга за приобретенное жилое помещение при рождении (усыновлении) ребенка в молодой семье в размере, эквивалентном стоимости 10–18 кв. м этого жилого помещения.

2-я схема — наем квартиры, находящейся в собственности города, и право на получение в течение срока действия договора из бюджета г. Москвы безвозмездной субсидии на приобретение жилья на рынке недвижимости с одновременным вступлением в накопительную систему с целью накопления части денежных средств для покрытия разницы между рыночной стоимостью квартиры и величиной безвозмездной субсидии.

Оплата за жилищно-коммунальные услуги в размере их фактической стоимости и плата за наем жилого помещения по ставке, равной величине нормативной стоимости найма 1 кв. м жилого помещения, умно-

женной на понижающий коэффициент, зависящий от количества детей в семье.

Молодым семьям — участникам программы «МСДЖ» **второй группы** предоставляется возможность найма жилого помещения у города по ходатайству организации, в которой работает молодой специалист, в рамках объемов, утвержденных ежегодными жилищными программами.

Оплата жилых помещений предусмотрена в размере, не превышающем ставки оплаты жилья и жилищно-коммунальных услуг, установленные для жилищного фонда социального использования города Москвы.

Молодым семьям — участникам программы «МСДЖ» **третьей группы** предоставляется возможность найма жилого помещения у города.

Оплата за жилищно-коммунальные услуги установлена в размере их фактической стоимости и плата за наем жилого помещения по ставке, равной величине нормативной стоимости найма 1 кв. метра жилого помещения, умноженной на понижающий коэффициент, равный 0,33.

Постановлением Правительства Москвы от 23.01.2007 № 24-ПП «О Среднесрочной жилищной программе «Москвичам — доступное жилье» на период 2007–2009 гг. и задании на 2010 год» с 1 января 2007 года формы и меры социальной поддержки молодых семей распространены на следующие категории граждан, постоянно проживающих по месту жительства в городе Москве не менее 10 лет и признанных в установленном порядке нуждающимися в улучшении жилищных условий до 1 марта 2005 года:

1. Семьи, удовлетворяющие определению «молодая семья», установленному постановлением Правительства Москвы от 13.12.2005 № 994-ПП «О втором этапе Московской программы «Молодой семье — доступное жилье» на 2006–2008 гг.», в которых возраст супругов не превышает 35 лет (включительно).

2. Семьи, суммарный возраст супругов в которых не превышает 70 лет:

- ожидающие рождения ребенка (при представлении справки о беременности сроком не менее 28 недель);
- усыновившие (удочерившие) несовершеннолетнего ребенка;
- имеющие ребенка в возрасте до пяти лет;
- имеющие трех и более несовершеннолетних детей.



ПО ЖИЛИЩНЫМ ВОПРОСАМ

Департамент жилищной политики
и жилищного фонда города Москвы

125009, Газетный пер., 1/12
www.housing.mos.ru

290-39-60

Справки по Программе «Молодой семье — доступное жилье»
235-28-82

Автоответчик по программе «Молодой
семье — доступное жилье»

(круглосуточно)

675-71-08

Автоответчик по Московской ипотечной программе
629-77-97

КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ПУНКТ

ПО УЧАСТИЮ В МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ЖИЛИЩНОЙ
ПРОГРАММЕ «МОЛОДОЙ СЕМЬЕ — ДОСТУПНОЕ ЖИЛЬЕ»
ул. Шарикоподшипниковская, 12

Часы работы: ежедневно, кроме сб и вс, пн–чт 10.00–13.00 и 14.00–17.00, пт 10.00–16.00.

Для молодых семей, постоянно зарегистрированных по месту жительства (прописки):
в Зеленоградском и Северо-Восточном административных округах — понедельник;
в Южном и Центральном административных округах — вторник;
в Юго-Восточном и Юго-Западном административных округах — среда;
в Западном и Восточном административных округах — четверг;
в Северном и Северо-Западном административных округах — пятница.

При себе необходимо иметь: паспорта, свидетельство о браке и рождении детей, а также (при наличии) — извещение о постановке на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий.

Получить памятку с описанием накопительных систем, ипотечного кредита и коммерческого найма можно по вторникам 10.00–12.00 и пятницам 14.00–16.00.

20. Социальное обслуживание отдельных категорий семей с детьми

В целях организации социальной поддержки семей с детьми в Москве создана сеть учреждений социального обслуживания различного типа: отделения социальной помощи семье и детям в комплексных центрах социального обслуживания и центрах социального обслуживания (50 отделений), 13 специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (социальные приюты для детей и подростков и социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних).

Отделения социальной помощи семье и детям являются многопрофильными подразделениями и осуществляют комплексное обслуживание семей и детей по месту жительства путем оказания своевременной и квалифицированной социальной помощи различных видов (предоставление продуктовой и вещевой помощи, организация оздоровительного отдыха детей и подростков, проведение досуговых мероприятий для детей и др.).

Социальная помощь оказывается семьям с детьми, совокупный доход которых не превышает величину прожиточного минимума, установленную Правительством Москвы.

В некоторых учреждениях социального обслуживания работают **отделения дневного пребывания** несовершеннолетних, в которых дети получают двухразовое питание (обед и полдник), организуются различные досуговые мероприятия, проводится работа по развитию творческих способностей детей в кружках, клубах

по интересам, реализуются программы социальной реабилитации детей.

В дни зимних и летних школьных каникул дети и подростки, посещающие отделения дневного пребывания, получают трехразовое питание (завтрак, обед и полдник).

Социальные приюты для детей и подростков и социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних обеспечивают временное проживание и социальную реабилитацию несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В эти учреждения круглосуточно принимаются несовершеннолетние:

- оставшиеся без попечения родителей или законных представителей;
- проживающие в семьях, находящихся в социально опасном положении;
- заблудившиеся или подкинутые;
- самовольно оставившие семью, самовольно ушедшие из образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- не имеющие места жительства, места пребывания и средств к существованию;
- оказавшиеся в иной трудной жизненной ситуации и нуждающиеся в социальной помощи и реабилитации.



ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ПРИЕМА ЯВЛЯЮТСЯ:

- личное обращение несовершеннолетнего;
- заявление родителей несовершеннолетнего.

В приютах и центрах организовано временное проживание детей на полном государственном обеспечении, их обучение по индивидуальным программам, профессиональная ориентация, психологическая реабилитация и коррекция.

В системе социальной защиты населения города Москвы также функционируют 7 детских домов-интернатов для умственно отсталых детей, предна-

значенных для постоянного, пятидневного, дневного проживания детей и подростков в возрасте от 4 до 18 лет, страдающих психическими расстройствами.

В детских домах-интернатах функционируют отделения медико-социальной реабилитации, психолого-педагогической помощи, социально-трудовой реабилитации, отделения милосердия. С учетом возможностей организуется обучение и воспитание детей-инвалидов по специальным программам, занятия с дефектологами, психологами, логопедами. Проводится медикаментозное, физиотерапевтическое и другие виды лечения по медицинским показаниям, организуется досуг детей (спортивные секции, кружки).

21. Социальная карта москвича

Социальная карта москвича (СКМ) — именная пластиковая карточка, которая выдается жителю города Москвы — получателю мер социальной поддержки и служит персональным электронным ключом к информации о льготах держателя карты.

Существует 2 вида СКМ.

1. СКМ с транспортным приложением для реализации мер социальной поддержки на бесплатный проезд, выдается следующим категориям граждан, имеющим место жительства в городе Москве:

- детям-инвалидам в возрасте до 18 лет;
- родителям (опекунам, попечителям) детей-инвалидов в возрасте до 18 лет;
- детям из многодетных семей в возрасте до 16 лет (обучающимся в образовательных учреждениях — в возрасте до 18 лет);
- детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в возрасте до 18 лет;
- лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, оставшихся без попечения родителей, обучающимся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования;
- одному из родителей в многодетной семье;
- опекуну (попечителю) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте до 18 лет;
- одному из приемных родителей детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте до 18 лет;
- патронатному воспитателю ребенка в возрасте до 18 лет, нуждающегося в государственной защите

(с договором о патронатном воспитании, заключенным на срок более 6 месяцев);

- одному из родителей инвалида с детства (в возрасте от 18 до 23 лет), обучающегося в образовательном учреждении.

2. СКМ без транспортного приложения выдается беременным женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях города Москвы в срок до 20-й недели беременности, а также гражданам, обратившимся за получением единовременных выплат в связи с рождением ребенка за счет средств городского бюджета (единовременной компенсации в связи с рождением ребенка, в связи с рождением одновременно трех и более детей, дополнительного единовременного пособия молодой семье).



ЛЮБАЯ СКМ:

1. Предоставляет право на обслуживание льготных категорий граждан на предприятиях потребительского рынка и услуг (в организациях розничной



торговли, сервиса, общественного питания, в аптеках) **со скидками.**

При покупке товаров в магазинах, участвующих в проекте или уполномоченных Департаментом потребительского рынка и услуг города Москвы, можно получить скидки. В кассе магазина необходимо предъявить карту до оплаты покупки.

С каталогами предприятий, участвующих в программе предоставления скидок держателям СКМ, можно ознакомиться в РУСЗН по месту жительства.

2. Может использоваться как банковское приложение.

Для этого следует обратиться с заявлением в РУСЗН или территориальный орган ПФР по месту получения социальных выплат и оформить заявление о перечислении этих выплат на СКМ. Тогда эти выплаты ежемесячно будут автоматически зачисляться на социальную карту.

На карту можно внести наличные денежные средства. Для этого следует обратиться в любое отделение Банка Москвы, предъявить СКМ и паспорт. Если деньги внесены на карту до 17 часов, то они будут доступны в этот же день, если после 17 часов, то ими можно воспользоваться со следующего рабочего дня.

3. Может использоваться в таксофонах.

Все таксофоны, имеющие информационную наклейку «Этот таксофон принимает к оплате в том числе кредитные карты», принимает СКМ для оплаты разговоров. Звонок можно осуществить при наличии денежных средств на карточном счете.

4. Держатели СКМ в возрасте от 18 до 70 лет имеют возможность воспользоваться краткосрочным кредитом.

Для этого достаточно обратиться в любое отделение ОАО «Банк Москвы», где специалисты банка подробно ответят на все интересующие вопросы и оформят кредит.

5. С помощью СКМ можно оплачивать жилищно-коммунальные услуги.

Для этого достаточно оформить в любом из отделений ОАО «Банк Москвы» распоряжение на оплату

по каждому виду платежа. Основные преимущества услуги:

- услуга позволит экономить время, совершать платежи, не приходя в банк и не заполняя квитанции об оплате;
- по желанию заявителя банк сможет автоматически сделать перерасчет суммы оплаты при изменении тарифов на оплату жилищно-коммунальных услуг.

Также в отделениях ОАО «Банк Москвы» можно оформить страховку от несчастного случая, утери карты и несанкционированного доступа к счету.

По всем вопросам, связанным с СКМ, следует звонить по телефону «горячей линии» ОАО «Банк Москвы» — 105-80-00.

6. Как пользоваться СКМ в поликлинике.

В перспективе в поликлиниках, оборудованных устройствами для работы с картами, при предъявлении СКМ в регистратуре она будет работать наравне с полисом обязательного медицинского страхования.

7. Что делать при утрате СКМ.

В случае утери или кражи СКМ ее держатель обязан:

- незамедлительно сообщить об этом в РУСЗН по месту получения карты и в ОАО «Банк Москвы» (если на счете были деньги) по телефону службы клиентской поддержки 727-77-88 (круглосуточно, без выходных), сообщив номер утраченной карты (16 цифр). При получении такого извещения ОАО «Банк Москвы» заблокирует карту и сохранит деньги.

Если карта, ранее заявленная как утраченная, обнаружится, то надо известить об этом ОАО «Банк Москвы» и вернуть обнаруженную карту в РУСЗН.

По вопросам, связанным с получением и обслуживанием СКМ, звоните по телефону «горячей линии» — 101-45-91.

Информация по проекту «Социальная карта москвича» размещена на официальном сайте ГУП «Московский социальный регистр» — www.soccard.ru.

22. Паспорт здоровья ребенка

1. Чем этот новый документ отличается от медицинской карты, которую оформляют в детской поликлинике на ребенка?

Медицинскую документацию педиатры ведут для себя и для своих коллег — узких специалистов, которые наблюдают за тем, как растет и развивается ваш



ребенок, а в случае его заболевания оказывают профессиональную медицинскую помощь.

Наше законодательство не запрещает родителям знакомиться с медицинской картой, заведенной на ребенка. По первому требованию в лечебном учреждении вам предоставят копии медицинских документов. Однако используемая специалистами терминология не рассчитана на людей без медицинского образования и поэтому не всегда понятна родителям. Разумеется, доктор на приеме, в рамках имеющегося у него времени, ответит маме на возникшие вопросы, но она из-за спешки и волнений многое может забыть, выйдя за порог кабинета. Кроме того, родители не всегда могут присутствовать при осмотре врачом их ребенка, например при проведении профилактических осмотров в образовательных учреждениях.

Поэтому Паспорт здоровья ребенка вводится для того, чтобы, во-первых, медицинская информация была понятна родителям, а во-вторых, с целью повышения активности членов семьи в формировании личности их ребенка.

2. Где должен храниться Паспорт здоровья ребенка?

Документ должен находиться в семье ребенка. Паспорт здоровья предоставляется родителями врачу при посещении ими лечебного учреждения, по требованию медико-психолого-педагогической комиссии, а также воспитателя детского сада или классного руководителя при проведении диспансеризации и профилактической вакцинации.

3. Означает ли, что в документе не будет ни одного специального термина?

Нет, не означает. Хотя все записи специалистов должны быть понятны родителям, тем не менее одной из задач Паспорта здоровья ребенка является знакомство родителей с некоторыми общепринятыми медицинскими терминами, которые характеризуют, например, физиологические показатели развития ребенка. Тогда родители смогут достаточно хорошо понимать врача, когда он во время осмотра ребенка характеризует его здоровье. Кстати, это позволит родителям более объективно оценивать физиологическое и психологическое состояние ребенка.

4. Какая еще информация содержится в Паспорте здоровья ребенка?

Соответственно возрасту даются общие рекомендации по физическому воспитанию, предотвращению детского травматизма и др.

5. Зачем к заполнению Паспорта здоровья ребенка привлекают педагогов?

Семья, врач и педагог — каждый по-своему помогают маленькому человечку вырасти физически и психически здоровым. Педагоги и детские психологи имеют возможность наблюдать ребенка в неформальной обстановке, сравнивать его физические параметры и особенности психического развития с возрастной нормой и, между прочим, судить о том, насколько эффективно заботятся о здоровье ребенка родители.

Разумеется, никто и ничто не заменит ребенку семьи, но у родительской опеки есть оборотная сторона — опасность преобладания субъективных взглядов, давление внутрисемейных, национальных или каких-либо иных традиций, которые не всегда согласуются с научными представлениями о физическом и психическом развитии ребенка.

6. Не будут ли врачи воспринимать Паспорт здоровья ребенка как лишнюю нагрузку или ненужную писанину?

Педиатрам новый документ будет необычайно полезен. Дело в том, что важнейшая задача педиатрии — научить родителей предупреждать болезни детей. Однако врач больше взаимодействует с теми родителями, у которых чаще болеют дети. Здоровые дети, а также дети, страдающие пограничными между здоровьем и болезнью расстройствами, оказываются вне зоны его внимания. Поэтому единичных формализованных медицинских осмотров недостаточно, чтобы своевременно обнаружить признаки начала заболеваний у таких детей и врач не может своевременно выработать эффективную стратегию профилактических мероприятий.

Вот почему специалистам окажут неоценимую помощь записи наблюдений за ребенком тех, кто видит его в повседневной жизни, — родителей и педагогов (воспитателей): насколько активен ребенок, как быстро утомляется, какой у него характер, с какими социальными трудностями он сталкивается, ладит ли он со сверстниками. Ответы на эти вопросы дополняют картину представлений врача о ребенке и позволяют педиатру эффективно разработать для своего пациента индивидуальную программу профилактических мероприятий.



7. Что делать, если родители не желают огласки об имеющемся у ребенка заболевании?

Родители имеют право просить врача вместо полного заключения сделать ссылку на записи в амбулаторной карте ребенка, например «см. мед. карту» или «см. заключение психолога». Кстати, записи о протекавших беременности и родах также не являются обязательными и вносятся в Паспорт здоровья ребенка по согласию родителей ребенка.

8. Обязательно ли Паспорт здоровья ребенка следует вести с рождения до 17 лет?

Паспорт состоит из четырех книжечек: первая заполняется на ребенка в возрасте от 0 до 6 лет, вторая — от 7 до 10 лет, третья — от 11 до 14 лет, четвертая — от 15 до 17 лет.

Все книжечки желательно аккуратно хранить в домашнем архиве, они пригодятся вашему ребенку в будущем!

9. Где можно приобрести Паспорт здоровья ребенка?

Всем юным москвичам Паспорт здоровья ребенка выдается бесплатно, и мама получит его при первом патронаже новорожденного на дому или этот документ ей выдаст участковый педиатр. Возможно также, что и классный руководитель в школе выдаст Паспорт здоровья ребенка родителям.

В любом случае документ отдают родителям под расписку. Постарайтесь отнестись к нему бережно!

ПО ВОПРОСАМ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ, САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

Департамент здравоохранения города Москвы
127006, Оружейный пер., 43,
e-mail: doc@mosgorzdrav.ru, www.komzdrav.ru
«Горячая линия» (круглосуточно) **251-83-00**
«горячая линия» по лекарственному
обеспечению
(пн-чт 9.00-18.00, пт 9.00-16.45) **623-46-36**

Управления здравоохранения административных округов
дежурные — круглосуточно.
«горячая линия» — пн-чт 9.00-18.00,
пт 9.00-16.45, перерыв 13.30-14.30

Центральный административный округ
ул. Б. Татарская, 30/32
дежурный **тел./факс 959-38-86**
«горячая линия» **953-04-55**

Северный административный округ
ул. Поликарпова, 4
дежурный **946-11-09, факс 946-11-27**
«горячая линия» **946-11-00**

Северо-Восточный административный округ
ул. Яблочкова, 27
дежурный **610-31-04, факс 610-96-20**
«горячая линия» **610-65-20**

Восточный административный округ
Зеленый просп., 6, корп. 1
дежурный **368-02-11, факс 368-02-50**
«горячая линия» **368-04-12**

Юго-Восточный административный округ
Волгоградский просп., 113, корп. 5
дежурный **177-22-00, факс 175-83-46**
«горячая линия» **177-00-48**

Южный административный округ
Варшавское ш., 116
дежурный **318-00-11, факс 318-01-11**
«горячая линия» **318-47-71**

Юго-Западный административный округ
ул. Профсоюзная, 16/10
дежурный **124-45-47, факс 125-53-00**
«горячая линия» **125-62-00**

Западный административный округ
ул. Богданова, 50
дежурный **тел./факс 435-03-97**
«горячая линия» **439-44-02**

Северо-Западный административный округ
ул. Долгова, 5
дежурный **тел./факс 491-87-74**
«горячая линия» **491-55-93**

Зеленоградский административный округ
Зеленоград, Медицинский комплекс
дежурный **535-54-49, 534-11-91**
«горячая линия» **535-54-49**



КУДА ЗВОНИТЬ?

ГОРОДСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

ТЕЛЕФОН ПРЯМОЙ СВЯЗИ ПРАВИТЕЛЬСТВА
МОСКВЫ С ЖИТЕЛЯМИ ГОРОДА

957-04-44

СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННАЯ
СЛУЖБА ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ

777-77-77

ДЕТСКИЙ ПОРТАЛ МОСКВЫ

www.deti.mos.ru

Детский портал Москвы (www.deti.mos.ru) — некоммерческий, социально-ориентированный проект, разработан в 2007 году по заказу Комплекса социальной сферы Правительства Москвы в рамках реализации программы «Год ребенка».

Портал предназначен для предоставления специализированной информации и сервисов для детей дошкольного и школьного возраста, их родителей, а также для специалистов, работающих с детьми. Информационные ресурсы портала для удобства пользователей сгруппированы и размещены на трех сайтах:

сайт для родителей

www.mosparents.ru

сайт для школьников

www.mosteens.ru

сайт для малышей

www.moskids.ru

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

119002, ул. Арбат, 16, стр. 1

e-mail: kszn@icst.ru, www.dszn.ru

«Горячая линия» по вопросам денежных выплат, реализации льгот (круглосуточно) 291-34-78

«Горячая линия» по вопросам профилактики безнадзорности несовершеннолетних и социального обслуживания семей с детьми 727-31-56

Информация по вопросам деятельности организаций социальной защиты населения города Москвы по административным округам:

Центральный 8-499-763-18-39

Северный 900-42-33

Северо-Восточный 184-42-66

Восточный 963-01-75

Юго-Восточный 345-74-01

Южный 675-61-73

Юго-Западный 718-00-22

Западный 133-86-42

Северо-Западный 8-499-195-95-09

Зеленоградский 535-09-61

ДЕПАРТАМЕНТ СЕМЕЙНОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ
ПОЛИТИКИ ГОРОДА МОСКВЫ

129090, просп. Мира, 20, корп. 1 680-64-79

www.dsmf.mos.ru

«Горячая линия» (круглосуточно) 8-499-722-07-26

Приемная по вопросам семьи и детства (производится прием заявлений о назначении единовременного пособия при передаче ребенка на воспитание в семью):

ул. Таганская, 40/42 912-32-56, 912-38-81, 912-32-41

Филиал Приемной по вопросам семьи и детства:

Зеленоград, корп. 1209, офис 192 531-05-70

Информационно-справочный Центр при префекте ЦАО «Мой ребенок» 229-02-22

УПРАВЛЕНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА
В АДМИНИСТРАТИВНЫХ ОКРУГАХ

Центральный административный округ

ул. Б. Серпуховская, 44 959-81-94

www.cao.omir.info

Северный административный округ

ул. Дубосековская, 13 8-499-158-43-25

www.sao.omir.info

Северо-Восточный административный округ

Чукотский пр-д, 2 186-09-21, 180-91-09

www.svao.omir.info

Восточный административный округ

Свободный просп., 19 8-499-748-44-65

www.vao.omir.info

Юго-Восточный административный округ

Орехово-Зуевский пр-д, 10 8-499-784-41-02

www.uvao.omir.info

Южный административный округ

Каширское ш., 32, к. 2 324-86-83

www.uao.omir.info

Юго-Западный административный округ

ул. Миклухо-Маклая, 40, к. 1 8-499-793-42-19

www.uzao.omir.info

Западный административный округ

ул. Барвихинская, 8, к. 2 447-59-38

www.zao.omir.info

Северо-Западный административный округ

Большая наб., 25/1 491-23-00, 491-23-00

www.szao.omir.info

Зеленоградский административный округ

Зеленоград, корп. 1209, Панфиловский просп. 534-08-55

www.zelao.omir.info

ПОДВЕДОМСТВЕННЫЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ
УЧРЕЖДЕНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА СЕМЕЙНОЙ
И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ГОРОДА МОСКВЫ

ГВУ «Социальный приют для детей и подростков»

142853, МО, Ступинский район, п/о Б. Алексеевское, 739-98-09, 739-98-08

дер. Авдотьино

ГУ «Городской центр «Дети улиц»

119034, М. Левшинский пер., 1/32, стр. 3 637-76-91

637-50-71, факс 637-49-36

Адреса отделов в административных округах

Центральный административный округ

помещение на ремонте 959-82-35

Северный административный округ

127411, Карельский бульв., 21, корп. 1 485-11-81, 485-11-65

Северо-Восточный административный округ

127221, Ярославское ш., 144, ул. Полярная, 10, стр. 1 473-02-16, факс 477-11-25



Восточный административный округ

помещение на ремонте 8-499-748-44-65

Юго-Восточный административный округ109386, ул. Таганрогская, 9, корп. 2
352-80-53, факс 350-59-92**Южный административный округ**117042, ул. Алма-Атинская, 10, корп. 3
341-55-54, факс 340-95-78**Юго-Западный административный округ**117042, ул. Адмирала Лазарева, 11
8-499-743-38-52, факс 8-499-723-59-00**Западный административный округ**

119620, ул. Вольнская, 3 934-34-55

Северо-Западный административный округ

125362, ул. Подмосковная, 7 491-60-66, факс 491-20-12

Зеленоградский административный округ103482, Зеленоград, корп. 107а
536-05-57, 536-47-52, 534-02-59**ГУ «Молодежный центр «Галактика»**121096, ул. Кастанаевская, 4 145-66-36,
145-62-13, 145-65-03**ГУ «Центр досуга и творчества молодежи «Россия»**

111396, ул. Лазо, 12, корп. 1 306-47-20, 309-11-77

ГУ «Московский городской штаб молодежно-студенческих отрядов»109386, ул. Таганрогская, 9, корп. 2 350-09-55,
350-13-74**ГУ «Молодежный центр «Лидер»**109145, Лермонтовский пр., 2, корп. 2 700-95-25,
факс 700-95-28**ГУ «Молодежный центр «Ивановское»**

111555, Свободный просп., 19 303-04-78, 300-00-07

ГУ по работе с детьми, подростками и молодежью «Доверие»

124489, Зеленоград, корп. 705 536-14-66

ГУ «Центр правовой и информационной помощи молодежи «Выбор»

123480, ул. Планерная, 3, корп. 2 8-499-740-37-00

ГУ «Московская служба психологической помощи населению»109125, 2-й Саратовский пр-д, 8, корп. 2 173-09-09,
173-90-14 (дир.)
факс 173-02-25**ГУ безопасности дорожного движения**

Зеленоград, корп. 832, 5-7 531-70-48

ГУ «Молодежный центр «Созвездие»

ул. Криворожская, 25а 8-499-794-60-09

ГУ «Марьино»

Новочеркасский бульв., 29 348-41-09

ГУ «Гражданская смена»ул. Таганская, 40/42 912-32-56, 912-38-81,
912-19-48, 912-41-46**ГУ «Молодые москвичи»**

ул. Ивана Франко, 9 8-499-243-23-78

ГУ «Городской центр государственного заказа по подготовке молодых специалистов для системы городского хозяйства»
решается вопрос с оформлением
помещения 8-926-246-03-22**Центр социально-правовой и психологической поддержки женщин «Надежда»**

125363, ул. Новопоселковая, 36 492-22-89

Центр психолого-педагогической помощи семье и детям
115230, Каширское ш., 8, корп. 2 8-499-613-06-05**ЦЕНТРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ****Северный административный округ****«Восточное Дегунино»**

127591, ул. 800-летия Москвы, 26, корп. 1 900-01-90

127591, ул. 800-летия Москвы, 30

127474, ул. Дубнинская, 45, корп. 1

«Дмитровский»

127644, Карельский бульв., 5, стр. 1 483-10-96

«Западное Дегунино»

125635, ул. Весенняя, 20 707-46-15

«Коптево»

125183, пр-д Черепановых, 44 153-73-28, 153-45-01

«Сокол»

125252, Песчаный пер., 10, корп. 1 8-499-198-32-32

«Хорошевский»

125252, ул. Зорге, 18 8-499-195-98-70

Северо-Восточный административный округ**«Медведково»**

Филиал «Лианозово»

129081, Ясный пр-д, 5а 477-05-40

127572, ул. Уличская, 6 400-70-33

«Родник»

127254, ул. Добролюбова, 29/16 618-09-75

Восточный административный округ**«Гольяново»**

107498, Щелковское ш., 79, стр. 1 468-03-80

«Косино-Ухтомский»

ул. Рудневка, 24 8-499-721-72-40, 8-499-721-72-46

Юго-Восточный административный округ**«Печатники»**

109388, ул. Гурьянова, 55 353-11-23, 353-24-17

109383, ул. Шоссейная, 39, корп. 1

«Люблино»109559, ул. Марьинский парк, 41, корп. 2
(на ремонте)**«Южнопортовый»**115432, 2-й Южнопортовый пр-д, 19, корп. 1
(на ремонте)**Южный административный округ****«Нагатино-Садовники»**

115533, ул. Нагатинская, 27, корп. 3 8-499-619-92-52

8-499-619-92-53



Юго-Западный административный округ

«Южное Бутово»
117623, ул. Старонародная, 2 716-36-72

Западный административный округ

«Журавушка»
119027, ул. Интернациональная, 2, корп. 1 736-04-00

«Доверие»
119607, Мичуринский просп., 25, корп. 3 932-71-07

«Кутузовский»
121248, Кутузовский просп., 14 8-499-243-12-65

«Тропарево-Никулино»
117602, ул. Академика Анохина, 5
8-499-792-05-56, 8-499-792-05-61

Северо-Западный административный округ

«Благополучие»
125310, Пятницкое ш., 36 794-30-52
125464, Пятницкое ш., 6, корп. 3
125222, ул. Пенягинская, 20, корп. 1

Зеленоградский административный округ

«Зеленоград»
124365, Зеленоград, корп. 1615 8-499-738-62-83

**ИНФОРМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАЦИОННЫЕ
ПУНКТЫ (ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СТАНЦИИ АИС
«МОЛОДЕЖЬ») ДЕПАРТАМЕНТА:**

АПОС
115419, ул. Академика Петровского, 5
236-54-40, 236-50-68

ГУЗ
103064, ул. Казакова, 15 261-75-19

МГМСУ
103473, ул. Делегатская, 20/1 8-499-973-32-80

МИИГАиК
103064, Гореховский пер., 4 8-499-763-34-30

МГУИЭ
107884, ул. С. Басманная, 21/4, ауд. Л-48
267-07-89, 267-07-68, факс 261-62-08

МГУС
141221, МО, Пушкинский район, пос. Черкизово,
ул. Главная, 99 8-496-537-81-51

МИРЭА
119454, пр. Вернадского, 78/А-166
433-04-44, 434-9423

МИСиС
117936, Ленинский просп., 4, к. 407 230-46-55
236-16-87

МИФИ
115409, Каширское ш., 31, главный корп.,
3-й этаж, комн. 308 323-90-13

МЭСИ
119501, ул. Нежинская, 7 442-96-77

РХТУ
125047, Миусская пл., 9 8-499-978-95-25
8-499-973-47-35

МАТИ
121552, ул. Оршанская, 3, комн. 203 149-01-17

МГУЛ

141005, МО, г. Мытищи, ул. 2-я Институтская, 4/5, к. 102 8-498-687-38-78, 8-498-687-36-10, 8-985-107-95-13

МГСУ

129337, Ярославское ш., 26, 203 КМК 183-35-10, 183-48-47

РГМУ

117997, ул. Островитянова, 1 434-61-47

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

105318, Семеновская пл., 4,
e-mail: iac@educom.ru, www.educom.ru
Прием информации о поборах в школах и детских садах 366-68-50
«Горячие линии» в управлениях образования административных округов Москвы по вопросам психолого-педагогической помощи, дошкольного образования и поборов в школах и детских садах:
Центральный 915-05-40
Северный 155-94-91
Северо-Восточный 619-10-17
Восточный 963-55-35
Юго-Восточный 350-07-22
Южный 8-499-618-15-35
Юго-Западный 120-31-56
Западный 249-08-86
Северо-Западный 947-77-20
Зеленоградский 535-44-49

**ГУ-МОСКОВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

127006, Страстной бульв., 7, стр. 1
На сайте Отделения www.mrofss.ru в разделе «Обязательное социальное страхование» можно найти ответы по вопросам обеспечения пособиями: по материнству и детству; по временной нетрудоспособности, беременности и родам; о порядке направления и расходования средств на оздоровление детей; по оплате дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами.
Информация по вопросам обеспечения детей путевками в детские оздоровительные лагеря круглогодичного действия можно получить по телефону Отдела организации реабилитации застрахованных: 694-62-68
по обеспечению пособиями по материнству и детству, по беременности и родам — по телефону отдела правового обеспечения: 650-22-31

ЗАГСЫ ГОРОДА МОСКВЫ

Московские ЗАГСы по желанию заявителей проводят:

- государственную регистрацию рождения детей в торжественной обстановке в отделах ЗАГС, а также в родильных домах в день выписки матери и ребенка;
- церемонию чествования юбиляров супружеской жизни (для супругов, проживших вместе 50 и более лет) в торжественной обстановке в отделах ЗАГС и по месту жительства заявителей.

Телефоны для справок: 203-52-46, 291-17-54

С 1 января 2007 года юбилярам, проживающим в городе Москве, с учетом продолжительности супружеской жизни установлены единовременные выплаты в следующих размерах:

- на 50-летний юбилей — 4000 руб.
- на 55-летний юбилей — 5000 руб.
- на 60-летний юбилей — 6000 руб.
- на 65-летний юбилей — 7000 руб.
- на 70-летний юбилей — 8000 руб.

Для получения единовременной выплаты супругам-юбилярам следует обратиться в отдел ЗАГС по месту жительства, имея при себе следующие документы:

- свидетельство о заключении брака;
- паспорта обоих супругов.

Указанные выплаты производятся органами социальной защиты населения по информации, представленной органами ЗАГС.

Все ЗАГСы г. Москвы ведут прием по единому графику:

- вт-сб 9.00–13.30 и 15.00–17.30;



- выходные дни: вс, пн;
- санитарный день (приема нет): отделы ЗАГС — последний чет каждого месяца; дворцы бракосочетания — по вторникам: Дворец бракосочетания № 1 — 1-й вт месяца, Дворец бракосочетания № 3 — 3-й вт месяца, Дворец бракосочетания № 4 — 4-й вт месяца.

В санитарные дни и понедельник осуществляется только регистрация смерти.

УПРАВЛЕНИЯ ЗАГС

Управление ЗАГС Москвы
119019, ул. Новый Арбат, 21, **203-52-46**
факс 291-23-96
e-mail: orgprav@inbox.ru, http://zags.mgportal.ru

ДВОРЦЫ БРАКОСОЧЕТАНИЯ

Дворец бракосочетания № 1 («Грибоедовский»)
ст. м. «Чистые пруды»,
М. Харитоньевский пер., 10 **624-31-88**

График работы как у ЗАГСов. 1-й вт каждого месяца — санитарный день. Торжественная регистрация брака возможна каждый день.

Дворец бракосочетания № 3
ст. м. «Текстильщики», ул. Юных Ленинцев, 35 **179-66-14**
График работы как у ЗАГСов. 3-й вт каждого месяца — санитарный день. Торжественная регистрация брака возможна каждый день.

Дворец бракосочетания № 4
ст. м. «Савеловская», ул. Бутырская, 17 **685-19-60**
График работы как у ЗАГСов. 4-й вт каждого месяца — санитарный день. Консультация по вопросам регистрации брака с иностранцами гражданами дальнего зарубежья бесплатная.

ОТДЕЛЫ ЗАГС

Восточный административный округ

Богородский отдел ЗАГС
ст. м. «Улица Подбельского»
бульв. Маршала Рокоссовского, 21/21 **160-26-83**

Измайловский отдел ЗАГС
ст. м. «Первомайская», ул. 9-я Парковая, 5а **463-11-05**

Перовский отдел ЗАГС
ст. м. «Перово», ул. Перовская, 43 **368-35-11**

Западный административный округ

Вернадский отдел ЗАГС
ст. м. «Юго-Западная», ул. Лобачевского, 2 **432-32-40**

Кунцевский отдел ЗАГС
(регистрация брака в торжественной обстановке на производится)
ст. м. «Кунцевская», ул. Полоцкая, 23/17 **417-84-55**

Кутузовский отдел ЗАГС
ст. м. «Кутузовская», Кутузовский пр-т, 23 **249-3865**

Солнцевский отдел ЗАГС
ст. м. «Проспект Вернадского», Боровский пр-д, 2 **435-00-68**

Зеленоградский административный округ

Зеленоградский отдел ЗАГС
ст. м. «Речной вокзал»,
Зеленоград, корп. 240 **944-55-22**
944-55-66

Северный административный округ

Дмитровский отдел ЗАГС
ст. м. «Петровско-Разумовская»,
Коровинское ш., б, корп. 2 **488-30-11**

Тверской отдел ЗАГС

ст. м. «Белорусская», «Маяковская»,
ул. 3-я Тверская-Ямская, 52 **251-59-39**

Левобережный отдел ЗАГС

ст. м. «Речной вокзал», ул. Фестивальная, 9 **458-40-91**

Северо-Восточный административный округ

Бабушкинский отдел ЗАГС
ст. м. «Бабушкинская», ул. Менжинского, 23, корп. 1 **186-00-70**

Медведковский отдел ЗАГС
ст. м. «Бабушкинская», ул. Молодцова, 1а **479-05-90**

Северо-Западный административный округ

Тушинский отдел ЗАГС
ст. м. «Сходненская», Химкинский б-р, 14 **497-47-95**

Хорошевский отдел ЗАГС
ст. м. «Октябрьское Поле»,
ул. Народного Ополчения, 23, корп. 2 **8-499-199-26-88**

Центральный административный округ

Мещанский отдел ЗАГС
ст. м. «Проспект Мира», просп. Мира, 16 **608-92-96**

Таганский отдел ЗАГС
ст. м. «Таганская», ул. Таганская, 44 **912-70-17**

Хамовнический отдел ЗАГС
ст. м. «Смоленская», «Киевская», 1-й Вражский пер., 4 **248-12-02**

Юго-Восточный административный округ

Люблинский отдел ЗАГС
(регистрация брака в торжественной обстановке на производится)
ст. м. «Текстильщики», ул. 8-я Текстильщиков, 14 **178-10-02**

Рязанский отдел ЗАГС
ст. м. «Рязанский пр-т»,
ул. 1-я Новокузьминская, 3 **379-10-58**

Юго-Западный административный округ

Академический отдел ЗАГС
ст. м. «Профсоюзная», ул. Профсоюзная, 13/12 **125-55-67**

Гагаринский отдел ЗАГС
ст. м. «Октябрьская», Ленинский пр-т, 44 **137-32-42**

Черемушинский отдел ЗАГС
ст. м. «Беляево», ул. Миклухо-Маклая, 20 **336-80-04**

Южный административный округ

Нагатинский отдел ЗАГС
ст. м. «Коломенская», Нагатинская наб., 34 **8-499-725-17-86**

Царицынский отдел ЗАГС
ст. м. «Кантемировская», ул. Кантемировская, 9 **320-66-16**

Чертановский отдел ЗАГС
ст. м. «Варшавская», ул. Ялтинская, 1а **8-499-619-85-41**

Главное Управление ЗАГС Московской области
ст. м. «Таганская»,
Николаямский пер., 3а, стр. 2 **912-42-74**



ПО ВОПРОСАМ ЗАЩИТЫ ПРАВ ДЕТЕЙ

Уполномоченный по правам ребенка в городе Москве
119019, а/я 49, ул. Н. Арбат, 15, 10-й этаж 957-05-85
e-mail: info@ombudsman.mos.ru,
www.ombudsman.mos.ru

**Правовой центр «Защита»
(вопросы труда и занятости)**
119049, ул. Коровий Вал, 3, стр. 5 959-89-40
e-mail: mgpz-zashita@mail.ru,
www.zashita.org

Центр правовой и информационной помощи молодежи «Выбор»
ул. Планерная, 3, корп. 2 8-499-740-37-00
e-mail: info@centrvybor.ru,
www.centrvybor.ru

Одной из основных целей центра является повышение правовой грамотности, разъяснение прав и обязанностей молодежи. Сотрудники центра постоянно проводят прием населения, консультируют молодежь по вопросам трудоустройства, обучения, досуга и др.

ПО ВОПРОСАМ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Государственное учреждение — Отделение Пенсионного фонда Российской Федерации по городу Москве и Московской области
ул. Академика Анохина, 20а 657-37-03

ПО ЖИЛИЩНЫМ ВОПРОСАМ

Департамент жилищной политики и жилищного фонда города Москвы
125009, Газетный пер., 1/12 290-39-60
www.housing.mos.ru

Справки по Программе «Молодой семье — доступное жилье»
235-28-82

Автоответчик по программе «Молодой семье — доступное жилье»
(круглосуточно) 675-71-08

Автоответчик по Московской ипотечной программе
629-77-97

Адреса приемных населения Департамента жилищной политики и жилищного фонда города Москвы

- По вопросам порядка вселения в жилые помещения при решении вопросов регистрации по месту жительства, а также общие консультации по жилищным вопросам:
125009, Газетный пер., 1/12 (пн, вт, чт 10.00–13.00, ср, чт 10.00–17.45, перерыв 13.00–14.00)

- По вопросам постановки на учет нуждающихся в жилых помещениях, переселения из домов сносимого ветхого пятиэтажного и аварийного жилищного фонда, улучшения жилищных условий с использованием безвозмездной субсидии на строительство или приобретение жилища (первичный прием) следует обращаться:

Центральный административный округ
просп. Мира, 1 607-48-46, факс 607-46-52
Часы работы: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 14.00–18.00, чт 10.00–13.00.
Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Северный административный округ
пр-д Соломенной сторожки, 8 976-60-59
факс 976-60-59

Часы работы и приема: ежедневно 9.00–18.00,
пт 9.00–16.45. Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Северо-Восточный административный округ
ул. Руставели, 12а, стр. 1 619-22-71, факс 619-61-29

Часы работы: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 15.00–18.00, ср 10.00–13.00.
Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Восточный административный округ
ул. 1-я Боевская, 2/12, стр. 2 268-44-42
факс 603-34-26

Часы работы: ежедневно 10.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 14.00–18.00, ср 9.00–13.00.
Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Юго-Восточный административный округ
ул. Малышева, 11/2 709-66-78, факс 709-66-77

Часы работы и прием населения: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45. Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Южный административный округ
113556, ул. Болотниковская, 8, корп. 1 8-499-619-09-03, факс 8-499-619-80-27

Часы работы и прием населения: ежедневно с 9.00–18.00, пт с 9.00–16.45. Обеденный перерыв с 13.00–13.45.

Юго-Западный административный округ
117333, Университетский просп., 6, корп. 1 137-82-52, факс 137-38-57

Часы работы: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 9.00–18.00.
Обеденный перерыв 13.00–13.45

Западный административный округ
121151, ул. Кульнева, 5 145-46-96, факс 145-50-29

Часы работы: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 14.00–18.00, пт 9.00–13.00
Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Северо-Западный административный округ
125363, ул. Аэродромная, 15, корп. 1 491-44-77, факс 949-50-60

Часы работы: ежедневно 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Прием населения: пн 14.00–18.00, ср 9.00–13.00.
Обеденный перерыв 13.00–13.45.

Зеленоградский административный округ
103536, г. Зеленоград, ул. Юности, 5 535-63-97, факс 535-63-97

Часы работы и прием населения: пн 10.00–19.00,
вт-чт 9.00–18.00, пт 9.00–16.45.
Обеденный перерыв 13.00–13.45

КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ПУНКТ ПО УЧАСТИЮ В МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ЖИЛИЩНОЙ ПРОГРАММЕ «МОЛОДОЙ СЕМЬЕ — ДОСТУПНОЕ ЖИЛЬЕ»

ул. Шарикоподшипниковская, 12
Часы работы: ежедневно, кроме сб и вс, пн–чт 10.00–13.00 и 14.00–17.00, пт 10.00–16.00.



Для молодых семей, постоянно зарегистрированных по месту жительства (прописки):
 в Зеленоградском и Северо-Восточном административных округах — пн;
 в Южном и Центральном административных округах — вт;
 в Юго-Восточном и Юго-Западном административных округах — ср;
 в Западном и Восточном административных округах — чт;
 в Северном и Северо-Западном административных округах — пт.

При себе необходимо иметь: паспорта, свидетельство о браке и рождении детей, а также (при наличии) — извещение о постановке на учет нуждающихся в улучшении жилищных условий. Получить памятку с описанием накопительных систем, ипотечного кредита и коммерческого найма можно по вторникам 10.00–12.00 и пятницам 14.00–16.00.

ПО ВОПРОСАМ ПРИВАТИЗАЦИИ ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ

Адреса приемных Управлений
 Департамента жилищной политики
 и жилищного фонда города Москвы
 в административных округах по подготовке, согласованию и
 выдаче в режиме
 «одного окна» договоров передачи
 жилого помещения в собственность в порядке передачи

Центральный административный округ
 ул. Щепкина, 9 684-32-15, 688-28-17, 688-95-44

Северный административный округ
 Волоколамское ш., 7 8-499-158-02-76
 8-499-158-20-14
 8-499-158-20-21

Северо-Восточный административный округ
 Для жителей районов: Алексеевский, Алтуфьевский, Бибирево, Бутырский, Лианозово, Марфино, Марьяна Роща, Останкинский, Отрадное —
 ул. Гончарова, 15 619-19-86, 619-20-31
 Для жителей районов Северный, Бабушкинский, Лосино-Островский, Отрадное, Свиблово, Ростокино, Северное Медведково, Южное Медведково, Ярославский —
 ул. Ленская, 28 470-35-66, 472-56-77

Восточный административный округ
 ул. Щербаковская, 5а 369-32-46

Юго-Восточный административный округ
 Волгоградский пр., 60, корп. 3 179-46-86
 1-я Новокузьминская ул., 10 379-82-70

Южный административный округ
 Единый информационный телефон 8-499-619-02-45

Для жителей районов: Нагорный, Чертаново Центральное —
 ул. Болотниковская, 8, корп. 1;
 для жителей районов: Донской, Даниловский, Нагатинский Затон —
 ул. Автозаводская, 17, корп. 3;
 для жителей районов: Орехово-Борисово Северное, Орехово-Борисово Южное, Нагатинно-Садовники, Москворечье-Сабурово —
 Каширское ш., 26, корп. 3;

для жителей районов: Царицыно, Бирюлево Восточное —
 ул. Бирюлевская, 7, корп. 1, стр. 2;
 для жителей районов: Чертаново Южное, Чертаново Северное —
 ул. Газопровод, 11, корп. 2 (здание ЕИРЦ);
 для жителей района Бирюлево Западное — ул. Медынская, 14б;
 для жителей районов: Яблоники, Братеево — Ореховый пр-д, 35,
 корп. 2.

Юго-Западный административный округ
 Университетский пр., 4 651-24-00, 137-18-20
 137-80-21, 137-38-57

Западный административный округ
 Рублевское ш., 99, корп. 1 140-11-84, 140-90-79, 140-14-46

Северо-Западный административный округ
 для жителей районов: Митино, Куркино —
 ул. Митинская, 35 751-21-03
 для жителей районов Покровское-Стрешнево —
 ул. Свободы, 16, корп. 3 490-16-66
 для жителей районов Северное Тушино —
 ул. Туристская, 14, корп. 1 8-499-762-11-06
 для жителей района Строгино —
 ул. Маршала Каткова, 15, корп. 2 750-49-79
 для жителей района Хорошево-Мневники —
 ул. Народного Ополчения, 33, корп. 1, комн. 3а 946-32-89
 для жителей района Щукино —
 ул. Расплетина, 9, комн. 15 194-10-76
 для жителей районов Южное Тушино —
 Парусный пр-д, 6, кв. 3 492-01-74

Зеленоградский административный округ
 ул. Юности, 5 535-34-23; 535-63-97

ПО ВОПРОСАМ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПРАВАХ НА НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО

Приемные Управления реестра объектов собственности города Москвы в жилищной сфере

Во всех приемных выдаются сведения о зарегистрированных правах на жилые помещения и архивные копии правоустанавливающих документов о зарегистрированных до 31.01.1998 правах на жилые помещения.

Дубликаты правоустанавливающих документов о зарегистрированных до 31.01.1998 правах на жилые помещения выдаются в приемной, расположенной по адресу: ул. Лобачевского, 66а.

Часы приема населения: пн, вт, ср, чт 9.00–13.00 и 14.00–17.00; пт 9.00–13.00 и 14.00–16.00; сб, вс — выходной.

Заказ и получение информации о зарегистрированных правах на жилые помещения в г. Москве в филиалах Управления Реестра прав собственности:

- о помещениях, находящихся в Северном, Северо-Западном административных округах и в г. Зеленоград:
 ст. м. «Речной вокзал», ул. Флотская, 1 456-74-31, 456-04-00
- о помещениях, находящихся в Восточном, Северо-Восточном, Центральном, Юго-Восточном административных округах и в Южном (Бирюлево Восточное, Бирюлево Западное, Братеево, Даниловский, Донской, Яблоники, Москворечье-Сабурово) административном округе:
 ст. м. «Семеновская», ул. Щербаковская, 54 166-76-45
- о помещениях, находящихся в Юго-Западном, Западном, и Южном (районов: Нагатинно-Садовники, Нагатинский Затон,



| | |
|---|-----------|
| Нагорный, Чертаново Северное, Чертаново Южное, Чертаново Центральное) административных округах: ст. м. «Проспект Вернадского», ул. Лобачевского, 66а | 432-90-86 |
| • о помещениях, находящихся в Юго-Восточном административном округе: | |
| ст. м. «Текстильщики», ул. Люблинская, 53 | 350-22-66 |
| • о помещениях, находящихся в Северо-Западном административном округе: | |
| ст. м. «Сходненская» или «Тушинская», ул. Свободы, 20 | 491-37-86 |
| • о помещениях, находящихся в Северо-Восточном и Северном административных округах: | |
| ст. м. «Тимирязевская», ул. Яблочкова, 8 | 610-81-20 |
| • о помещениях, находящихся в Южном (районы: Орехово-Борисово Северное, Орехово-Борисово Южное, Царицыно) административном округе: | |
| ст. м. «Китай-город», М.Златоустыинский пер., 10, стр. 3АБ | 625-59-03 |
| • о помещениях, находящихся в Центральном административном округе: | |
| ст. м. «Сухаревская», Докучаев пер., 13 | 607-56-07 |
| • о помещениях, находящихся в Юго-Западном и Западном административных округах: | |
| ст. м. «Беляево», ул. Миклухо-Маклая, 38 | 429-15-00 |
| Дополнительная информация | |
| • Информационный центр www.mgr.ru | 105-75-43 |

ПО ВОПРОСАМ СТРАХОВАНИЯ ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ, А ТАКЖЕ ОБЩЕГО ИМУЩЕСТВА В МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМАХ

Государственное учреждение города Москвы
«Городской центр жилищного страхования»

117049, ул. Большая Якиманка, 38, стр. 4
e-mail: cgs@rinet.ru

238-04-94, факс 238-27-19

ПО ВОПРОСАМ УПРАВЛЕНИЯ МНОГОКВАРТИРНЫМИ ДОМАМИ

В целях содействия москвичам, принимающим участие в управлении многоквартирными домами, а также организующим проведение общих собраний собственников помещений в многоквартирном доме, ведется прием специалистами Управлений Департамента жилищной политики и жилищного фонда города Москвы и Префектур административных округов города Москвы.

Центральный административный округ
Просп. Мира, 1/17 288-40-20, 631-62-94

Северный административный округ
пр-д Соломенной сторожки, 8 8-499-760-77-90
976-65-31

Северо-Восточный административный округ
ул. Руставели, 12а, стр. 1 219-67-71

Восточный административный округ
Г-я Боевская ул., 2/12, стр. 2 269-30-87

Юго-Восточный административный округ
ул. Мальцева, 11/2 709-61-76

Южный административный округ
ул. Болотниковская, 8, корп. 1 119-85-56

Юго-Западный административный округ
Университетский просп., 6, корп. 1 137-80-21, 137-18-20

Западный административный округ
ул. Кульнева, 5 148-78-30, 148-54-94

Северо-Западный административный округ
ул. Аэродромная, 15, корп. 1 949-87-10

Зеленоградский административный округ
Зеленоград, ул. Юности, 5 957-98-26

ПО ВОПРОСАМ НАЙМА, ПОДНАЙМА, ОБМЕНА, МЕНЫ, ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА РЕНТЫ (ПОЖИЗНЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ С ИЖДИВЕНИЕМ), КУПЛИ-ПРОДАЖИ, УСТУПКИ ПРАВ ТРЕБОВАНИЯ, ДОГОВОРОВ ЗАЛОГА, ДАРЕНИЯ И Т.Д.

ГУП «Московский городской центр арендного жилья»
Больничный пер., 7 684-34-19, факс 681-89-04
e-mail: info@mgcaz.ru

ГУП «Московский городской единый
информационно-аналитический центр»
119019, Новый Арбат, 16 411-56-98
юр. адрес: ул. Маросейка, 11/4, стр. 3

В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ В СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Московская служба психологической помощи населению
Департамента семейной и молодежной политики города Москвы
www.msph.ru, e-mail: msph@msph.ru

Консультации квалифицированных психологов:

- по вопросам семьи и брака: взаимоотношения в семье, выбор партнера и партнерские отношения, проблема развода, проблемы взаимоотношений с детьми и т.д.
- в сложных жизненных ситуациях: перенесенные утраты, переживания, связанные с жизненным кризисом, трудностями общения и т.д.

Экстренная психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях для пострадавших и их родственников.

По вопросам построения карьеры проводятся семинары и тренинги, круглосуточно работает телефон неотложной психологической помощи «051».

Жителям Москвы психологические услуги оказываются бесплатно!
ст. м. «Текстильщики», 2-й Саратовский пр-д, 8, корп. 2
предварительная запись 173-09-09

Адреса отделов службы в административных округах

Северный административный округ
ст. м. «Водный стадион», 3-й Лихачевский пер., 3, корп. 2
предварительная запись 454-44-08

Восточный административный округ
ст. м. «Перово», ул. Плеханова, 23, корп. 3
предварительная запись 309-51-28



Юго-Восточный административный округ

ст. м. «Люблино», ул. Маршала Кожедуба, 12, корп. 1
предварительная запись 8-499-722-07-30

Южный административный округ

ст. м. «Варшавская», Чонгарский бульв., 15
предварительная запись 8-499-794-20-09
(оказывается психологическая помощь приемным родителям, консультации и психологические тренинги)

Юго-Западный административный округ

ст. м. «Улица Скобелевская», ул. Изюмская, 46
предварительная запись 8-499-743-51-90

Западный административный округ

ст. м. «Кунцевская», пр-д Загорского, 3
предварительная запись 8-499-726-53-96

Северо-Западный административный округ

ст. м. «Планерная», ул. Вилиса Лациса, 1, корп. 1
предварительная запись 944-45-04

Городская приемная для несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

Приемная располагается по адресу: Скорняжный пер., 4, тел. 607-17-19, 975-27-50, проезд до ст. м. «Сухаревская» или «Красные ворота», далее 10-15 минут пешком.

Сотрудники Приемной осуществляют консультирование, оказывают срочную социальную, психологическую и другие виды помощи несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Консультирование детей проводится по вопросам соблюдения их прав и законных интересов, выхода из трудной жизненной ситуации, вопросам, имеющим познавательный характер, и др.

В Приемную могут обратиться несовершеннолетние как имеющие, так и не имеющие регистрацию по месту жительства или по месту пребывания в городе Москве, а также их родители (законные представители).

Работа Приемной направлена на:

- профилактику детской беспризорности и безнадзорности;
- предупреждение жестокости и насилия в семье;
- ограждение ребенка от влияния преступной среды;
- проведение просветительской деятельности среди населения, детей и членов их семей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

**ПО ВОПРОСАМ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ
(вещевая и продуктовая помощь,
социально-медицинская помощь,
социально-правовая помощь, социально-
бытовая помощь, досуговые мероприятия)**

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕПАРТАМЕНТА
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

Центральный административный округ

Социально-реабилитационный центр для
несовершеннолетних «Красносельский»
Скорняжный пер., 4, стр. 2 975-38-88, 975-23-33

Северный административный округ

Социальный приют для детей и подростков «Ховрино»
ул. Зеленоградская, 35б 707-70-17

Северо-Восточный административный округ

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
«Возрождение»
ул. Проходчиков, 6, стр. 1 656-12-31, 656-13-21

**Социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних
«Отрадное»**

ул. Декабристов, 22а
www.otradnoe.com.ru 907-55-00

Восточный административный округ

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
ул. Муромская, 1 700-84-41

Социальный приют для детей и подростков «Алтуфьево»
Алтуфьевское ш., 13, к. 4, с. 4 401-00-79

Юго-Восточный административный округ

Социальный приют для детей и подростков «Текстильщики»
1-я ул. Текстильщиков, 6а, 8а 179-74-46, 179-11-91

Социальный приют для детей и подростков «Марьино»
ул. Новомарьинская, 3, к. 4 345-35-00
www.priutmariyno.narod.ru

Южный административный округ

Социальный приют для детей и подростков
Борисовский пр-д, 15, к. 3 343-66-84, 343-69-30

Юго-Западный административный округ

Социальный приют для детей и подростков «Зюзино»
ул. Азовская, 33, корп. 3 310-34-00

Западный административный округ

Социальный приют для детей и подростков «Солнцево»
Солнцевский просп., 8а 934-94-98

Северо-Западный административный округ

Социальный приют для детей и подростков
«Хорошево-Мневники»
ул. Народного Ополчения, 3, корп. 2 8-499-199-55-20

Зеленоградский административный округ

Социальный приют для детей и подростков «Крюково»
ул. Заводская, 14а, стр. 2 8-499-738-82-62

**УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ****Центральный административный округ**

Комплексный центр социального обслуживания «Арбат»
121069, Трубниковский пер., 21, стр. 1 291-44-71

Комплексный центр социального обслуживания «Басманный»
105005, ул. Бауманская, 36, стр. 3-4 267-29-93

Комплексный центр социального
обслуживания «Замоскворечье»
115035, Садовническая наб., 47, стр. 1 951-67-42

Комплексный центр социального
обслуживания «Красносельский»
107140, М. Краснопрудный туп., 1, стр. 1 264-37-49

Комплексный центр социального обслуживания «Пресненский»
125009, Тверской бульв., 14, стр. 1 290-43-80



Комплексный центр социального обслуживания «Таганский»
109004, ул. Земляной Вал, 68, стр. 1 915-76-00

Комплексный центр социального обслуживания «Тверской»
103006, ул. М. Дмитровка, 27 299-20-18

Комплексный центр социального обслуживания «Хамовники»
119021, ул. Тимура Фрунзе, 3, стр. 4 245-99-67

Комплексный центр социального обслуживания «Якиманка»
115035, 3-й Кадашевский пер., 9 959-52-49

Северный административный округ

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 28
127412, ул. Талдомская, 4 487-00-57

Северо-Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Алтуфьевский»
127549, Алтуфьевское ш., 56 901-09-22

Центр социального обслуживания «Бабушкинский»
129281, ул. Енисейская, 31, корп. 1 184-00-01

Комплексный центр социального обслуживания «Бутырский»
127254, Огородный пр-д, 21 618-07-56

Комплексный центр социального обслуживания «Марфино»
127276, ул. Ботаническая, 29, корп. 2 619-79-75

Комплексный центр социального обслуживания «Останкинский»
129075, 2-я Новоостанкинская ул., 4 602-41-62

Комплексный центр социального обслуживания «Отрадное»
127577, ул. Римского-Корсакова, 6 903-10-63

Комплексный центр социального обслуживания «Ростокино»
129128, ул. Бажова, 5 181-39-94

Комплексный центр социального обслуживания «Ярославский»
129347, ул. Палехская, 14 183-49-73

Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Богородское»
107143, ул. Н. Химушина, 19, корп. 2 167-32-36

Комплексный центр социального обслуживания «Вешняки»
111539, ул. Реутовская, 6а 370-85-00

Комплексный центр социального обслуживания «Восточное Измайлово»
105203, ул. Средняя Первомайская, 46 965-87-43

Комплексный центр социального обслуживания «Ивановский»
105568, ул. Челябинская, 5б 308-99-43

Центр социальной помощи семье и детям «Косино-Ухтомский»
111625, ул. Рудневка, 24 8-499-721-72-40
8-499-721-72-46

Комплексный центр социального обслуживания «Новогиреево»
111141, ул. Кусковская, 23, корп. 2 309-05-02

Комплексный центр социального обслуживания «Новокосино»
111672, ул. Новокосинская, 13, корп. 1 702-73-01

Комплексный центр социального обслуживания «Соколиная Гора»
105318, ул. Мироновская, 18 369-19-67

Юго-Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Выхино»
109542, Рязанский просп., 64, корп. 2 657-60-06

Комплексный центр социального обслуживания «Жулебино»
109156, Жулебинский бульв., 40, корп. 1 706-48-12

Комплексный центр социального обслуживания «Лефортово»
111250, ул. Госпитальная, 6, стр. 2 360-80-67

Центр социального обслуживания «Некрасовка»
111674, ул. 1-я Вольская, 18, корп. 3 706-75-78

Экспериментальный комплексный центр социальной защиты в ЮВАО
109341, ул. Люблинская, 159 345-60-11

Южный административный округ

Центр социального обслуживания «Бирюлево Восточное»
115372, ул. Липецкая, 36/20 329-33-00

Центр социального обслуживания «Братеево»
115408, Борисовские пруды, 42 340-84-17

Центр социального обслуживания «Даниловский»
109280, 1-й Кожуховский пр-д, 3 675-80-02

Комплексный центр социального обслуживания «Донской»
113152, Севастопольский просп., 1/1а 633-00-52

Центр социального обслуживания «Москворечье-Сабурово»
115419, Каширское ш., 60/2 324-87-34

Центр социального обслуживания «Нагатинский Затон»
115142, ул. Коломенская, 5, стр. 3 114-75-03

Центр социального обслуживания «Нагорный»
117556, ул. Фруктовая, 5, корп. 3 317-06-47

Центр социального обслуживания «Орехово-Борисово Северное»
115569, ул. Шипиловская, 9, корп. 2 391-22-33

Центр социального обслуживания «Орехово-Борисово Южное»
115582, ул. Домодедовская, 24, корп. 4 343-92-97

Царицынский комплексный центр социального обслуживания
115516, ул. Веселая, 11 325-09-42

Центр социального обслуживания «Чертаново Северное»
113208, ул. Чертановская, 1в, корп. 1 316-96-22

Центр социального обслуживания «Чертаново Центральное»
117519, ул. Красного Маяка, 4, корп. 5 313-83-90

Центр социального обслуживания «Чертаново Южное»
117534, ул. Чертановская, 60 389-32-36

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 8
115563, Борисовский пр-д, 3, корп. 3 394-93-11

Юго-Западный административный округ

Центр социального обслуживания «Гагаринский»
119333, Ленинский просп., 60/2 137-89-87

Комплексный центр социального обслуживания «Зюзино»
117149, ул. Одесская, 9, стр. 1 113-35-15

Центр социального обслуживания «Обручевский»
119421, ул. Новаторов, 36, корп. 5 935-92-01

Центр социального обслуживания «Черемушки»
117420, ул. Наметкина, 9 8-499-744-61-30

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей «Южное Бутово»
117042, ул. Южнобутовская, 19 8-499-743-48-63

Центр социального обслуживания «Ясенево»
117463, ул. Голубинская, 32, корп. 2 421-15-22



Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 7
117420, ул. Профсоюзная, 47, корп. 2 120-23-17

Западный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Крылатское»
121609, Рублевское ш., 28, корп. 3 415-91-15

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 15
121359, ул. Академика Павлова, 15 140-73-27

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 24
121353, Сколковское ш., 6 446-11-04

Северо-Западный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания
«Покровское-Стрешнево»
125362, ул. Свободы, 8/4, стр. 1 491-09-78

Комплексный центр социального
обслуживания «Северное Тушино»
123480, ул. Вилиса Пациса, 25, корп. 1 944-46-02

Комплексный центр социального
обслуживания «Хорошево-Мневники»
123154, просп. Маршала Жукова, 47 199-63-77

Комплексный центр социального обслуживания «Щукино»
123298, ул. Маршала Бирюзова, 4, корп. 2 195-91-06

Комплексный центр социального
обслуживания «Южное Тушино»
125363, ул. Новопоселковая, 56 949-50-80

Детский дом-интернат для умственно отсталых детей № 21
123182, ул. Сосновая, 8/10 8-499-190-49-16

Зеленоградский административный округ

Комплексный центр социального
обслуживания «Зеленоградский»
124498, Зеленоград, корп. 205а 534-33-70

Комплексный центр социального обслуживания «Ковчег»
124460, Зеленоград, корп. 1124 530-02-36

Комплексный центр социального обслуживания «Крюково»
124683, Зеленоград, корп. 1821 533-97-66

Комплексный центр социального обслуживания «Савелки»
124482, Зеленоград, корп. 303 944-75-10

Комплексный центр социального обслуживания «Солнечный»
124527, Зеленоград, корп. 814 530-91-58

ПО ВОПРОСАМ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО СБОРА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВЕЩЕЙ, БЫВШИХ В УПОТРЕБЛЕНИИ, ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

АДРЕСА СТАЦИОНАРНЫХ ПУНКТОВ СБОРА
И ВЫДАЧИ ВЕЩЕЙ ПО АДМИНИСТРАТИВНЫМ
ОКРУГАМ ГОРОДА МОСКВЫ

Центральный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Арбат»
Трубниковский пер., 21, стр. 1 291-48-15

Комплексный центр социального обслуживания «Басманный»
ул. Бауманская, 36, стр. 2 632-25-61

Северный административный округ

Центр социальной помощи семье и детям «Восточное Дегунино»
ул. 800-летия Москвы, 30 900-58-33

Центр социальной помощи семье и детям «Коптево»
пр-д Черепановых, 44 154-97-23

Северо-Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Отрадное»
ул. Римского-Корсакова, 6 903-10-70

Центр социального обслуживания «Ярославский»
ул. Палехская, 11, корп. 2 188-91-74

Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Богородское»
ул. Ивантеевская, 13 160-25-17

Комплексный центр социального обслуживания «Вешняки»
ул. Реутовская, 6а 375-87-97

Комплексный центр социального обслуживания «Гольяново»
ул. Новосибирская, 3 468-80-16

Юго-Восточный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Выхино»
Рязанский просп., 64, корп. 2 377-99-76

Комплексный центр социального обслуживания «Жулебино»
Жулебинский бульв., 40, корп. 1 706-49-04

Комплексный центр социального обслуживания «Марьино»
ул. Люблинская, 159 345-85-00

Южный административный округ

Центр социального обслуживания «Донской»
Севастопольский просп., 1, корп. 1а 123-15-11

Центр социального обслуживания
«Орехово-Борисово Северное»
ул. Штиловская, 9, корп. 2 391-22-33

Юго-Западный административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Ясенево»
ул. Голубинская, 32, корп. 2 421-80-54

Комплексный центр социального обслуживания «Зюзино»
ул. Одесская, 9, корп. 1 8-499-613-35-15

Центр социального обслуживания «Обручевский»
ул. Новаторов, 36, корп. 5 935-92-01

Западный административный округ

Центр социального обслуживания «Матвеевский»
ул. Нежинская, 13, подъезд 21,
кв. 707, код 1234 442-97-08

Центр социального обслуживания «Мосфильмовский»
ул. Довженко, 6, подъезд 22
(помещение Управы района Раменки) 143-16-06



Северо-Западный административный округ

Центр социальной помощи семье и детям «Благополучие»
Пятницкое ш., 36 794-30-59

Комплексный центр социального обслуживания
«Покровское-Стрешнево»
ул. Подмосковная, 5 491-93-00

Зеленоградский административный округ

Комплексный центр социального обслуживания «Солнечный»
Зеленоград, корп. 913 531-84-48

ПО ВОПРОСАМ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ, САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ

Департамент здравоохранения города Москвы
127006, Оружейный пер., 43,
e-mail: doc@mosgorzdrav.ru, www.komzdrav.ru
«горячая линия» (круглосуточно) 251-83-00
«горячая линия» по лекарственному
обеспечению
(пн–чт 9.00–18.00, пт 9.00–16.45) 623-46-36

Управления здравоохранения административных округов
дежурные — круглосуточно.
«горячая линия» — пн–чт 9.00–18.00,
пт 9.00–16.45, перерыв 13.30–14.30

Центральный административный округ

ул. Б. Татарская, 30/32
дежурный тел./факс 959-38-86
«горячая линия» 953-04-55

Северный административный округ

ул. Поликарпова, 4
дежурный 946-11-09, факс 946-11-27
«горячая линия» 946-11-00

Северо-Восточный административный округ

ул. Яблочкова, 27
дежурный 610-31-04, факс 610-96-20
«горячая линия» 610-65-20

Восточный административный округ

Зеленый просп., 6, корп. 1
дежурный 368-02-11, факс 368-02-50
«горячая линия» 368-04-12

Юго-Восточный административный округ

Волгоградский просп., 113, корп. 5
дежурный 177-22-00, факс 175-83-46
«горячая линия» 177-00-48

Южный административный округ

Варшавское ш., 116
дежурный 318-00-11, факс 318-01-11
«горячая линия» 318-47-71

Юго-Западный административный округ

ул. Профсоюзная, 16/10
дежурный 124-45-47, факс 125-53-00
«горячая линия» 125-62-00

Западный административный округ

ул. Богданова, 50
дежурный тел./факс 435-03-97
«горячая линия» 439-44-02

Северо-Западный административный округ

ул. Долгова, 5
дежурный тел./факс 491-87-74
«горячая линия» 491-55-93

Зеленоградский административный округ

Зеленоград, Медицинский комплекс
дежурный 535-54-49, 534-11-91
«горячая линия» 535-54-49

ДЕТСКИЕ БОЛЬНИЦЫ**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Морозовская детская городская клиническая больница
4-й Добрынинский пер., 1 236-24-02

Детская городская клиническая больница святого Владимира
ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3 268-22-31

Измайловская детская городская клиническая больница
ул. Верхне-Первомайская, 48/15 468-23-64

Тушинская детская городская больница
ул. Героев Панфиловцев, 28 496-91-00

Детская городская клиническая больница
№ 9 им. Г.Н. Сперанского
Шмитовский пр-д, 29 256-21-62

Детская городская клиническая больница
№ 13 им. Н.Ф. Филатова
ул. Садовая-Кудринская, 15 254-52-92

Детская городская больница № 19 им. Т.С. Зацепина
ул. Б. Черкизовская, вл. 12 168-86-46

Детская психиатрическая больница № 6
5-й Донской пр-д, 21а 954-36-53

Детская психоневрологическая больница № 18
Мичуринский просп., 74 430-80-81

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии
ул. Б. Полянка, 20 8-495-959-48-81

Научно-практический центр медицинской помощи
детям с пороками развития черепно-лицевой области
и с врожденными заболеваниями нервной системы
ул. Авиаторов, 38 445-41-07

Детская инфекционная клиническая больница № 8
Лужнецкий пр-д, 15 246-45-50

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВАО

Детская городская больница № 21
ул. Ивовая, 3 186-82-97

Детская инфекционная клиническая больница № 4
ул. Б. Академическая, 28 154-74-89

Детская инфекционная клиническая больница № 5
ул. Ротерта, 4 182-07-92



Детская инфекционная клиническая больница № 6
3-й Лихачевский пер., 26 153-41-04

Детская инфекционная клиническая больница № 12
1-я ул. Ямского поля, 12 257-05-94

Детская психоневрологическая больница № 32
ул. Энергетическая, 8, корп. 2 362-55-60

ЗАГОРОДНЫЕ БОЛЬНИЦЫ
Подчинены Департаменту здравоохранения:

Детская психиатрическая больница № 11
МО, Щелковский р-н, пос. Медное-Власово 8-256-3-28-20

Детская городская больница восстановительного лечения № 3
МО, Рузский р-н, п/о Полушкино 592-97-34

Загородное отделение ДГКБ № 19 им. Т.С. Зацепина
МО, ст. «Турист», пос. Деденево 993-75-21

РОДИЛЬНЫЕ ДОМА
Подчинены Управлениям здравоохранения в округах

Центральный административный округ

Родильный дом № 6
ул. 2-я Миусская, 1/10 251-77-57

Родильный дом № 14
3-й Крутицкий пер., 16 676-98-76

Родильный дом № 32
ул. 3-я Красногвардейская, 1 256-12-82

Северный административный округ

Родильный дом № 16
ул. Верещагина, 7 8-499-740-62-16
198-21-21
факс 198-17-42

Родильный дом № 27
Коптевский бульв., 5 154-14-72

Родильный дом № 17
ул. 800-летия Москвы, 22 906-01-30

Северо-Восточный административный округ

Родильный дом № 5
ул. Стартовая, 3 475-21-76

Родильный дом № 11
ул. Костромская, 3 406-00-39

Восточный административный округ

Родильный дом № 20
(закрыт на капитальный ремонт)
ул. В. Первомайская, 57 465-93-08

Юго-Восточный административный округ

Родильный дом № 8
ул. Самаркандская, 3 709-01-10

Родильный дом № 15
ул. Шарикоподшипниковская, 3 674-64-76

Родильный дом № 18
ул. Гольяновская, 4а 360-63-14

Юго-Западный административный округ

Родильный дом № 4
ул. Новаторов, 3 936-14-63

Родильный дом № 10
ул. Азовская, 22 318-36-53

Родильный дом № 25
ул. Фотиевой, 6 137-39-93

Западный административный округ

Родильный дом № 2
ул. Олеко Дундича, 11 148-70-54

Родильный дом № 3
ул. Нежинская, 3 442-55-00

Северо-Западный административный округ

Родильный дом № 1
ул. Вилиса Лациса, 4 494-11-01

Родильный дом № 26
ул. Сосновая, 11 8-499-190-43-07, 8-499-190-52-71
8-499-190-52-36

Подчинены Департаменту здравоохранения

Акушерское отделение ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова
(закрыто на капитальный ремонт)
Ленинский просп., 8 237-40-23

Акушерское отделение клинической
инфекционной больницы № 1
Волоколамское ш., 63 8-499-190-07-11

Акушерское отделение клинической
инфекционной больницы № 2
8-я ул. Соколиной Горы, 15 365-57-92

Акушерское отделение городской больницы № 3
Зеленоградский АО, Медицинский комплекс 535-55-53

Акушерское отделение городской клинической больницы № 7
Коломенский пр-д, 4 8-499-782-30-64
8-499-782-33-22, факс 8-499-782-32-06

Акушерское отделение туберкулезной
клинической больницы № 7
ул. Барболина, 3 268-26-20

Городская больница № 8
4-й Вятский пер., 39 613-45-09

Акушерское отделение городской клинической больницы № 15
им. О.М. Филатова
(закрыто на капитальный ремонт)
ул. Вешняковская, 23 375-28-10

Акушерское отделение городской клинической больницы № 20
ул. Ленская, 15 471-18-55

Акушерское отделение городской клинической больницы № 29
Госпитальная пл., 2 360-00-67

Акушерское отделение городской клинической больницы № 36
ул. Фортунаатовская, 1 369-75-92

Акушерское отделение городской клинической больницы № 67
ул. Саяма Адила, 2 8-499-199-97-31
8-499-199-91-79
8-499-199-92-81

Акушерское отделение городской клинической больницы № 68
ул. Шкулева, 4 178-08-46



Акушерское отделение городской клинической больницы № 70
Федеративный просп., 17 303-06-83

Центр планирования семьи и репродукции
Севастопольский просп., 24а 331-69-67, 332-28-65

Подчинены Управлению здравоохранения в округах

Западный административный округ

Акушерское отделение городской клинической больницы № 72
ул. Оршанская, 16 149-33-59

Северо-Западный административный округ

**Акушерское отделение клинической
инфекционной больницы № 1**
Волоколамское ш., 63 8-499-190-07-11
8-499-193-83-83

Подчинены Минздравсоцразвития РФ и РАМН

Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН
ул. Академика Опарина, 4 438-77-47

ПО ВОПРОСАМ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА ГОРОДА МОСКВЫ

В 2007 году впервые Правительством Москвы в рамках реализации Комплексной программы дополнительных мер по поддержке семей с детьми, созданию благоприятных условий развития семейных форм воспитания и становления личности ребенка на 2007 год предусмотрено выделение финансовых средств для централизованной закупки лекарственных препаратов и расходных материалов, применяемых при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Департаментом здравоохранения был издан приказ об организации работы по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета города Москвы.

Лечение бесплодия методом ЭКО за счет средств бюджета города Москвы проводится пациенткам, имеющим постоянное место жительства (постоянно зарегистрированным) в городе Москве.

В настоящее время направление на лечение бесплодия методом ЭКО за счет средств бюджета осуществляется при: возрасте женщины на момент включения в реестр от 22 до 38 лет (включительно), зарегистрированном браке, отсутствии у супружеской пары общих детей, отсутствии необходимости коммерческого использования донорской спермы, донорских ооцитов и суррогатного материнства.

Программой лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета предусмотрено бесплатное проведение двух попыток ЭКО, в том числе обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, бесплатная процедура переноса эмбрионов, бесплатные приемы врачей-специалистов Центра планирования семьи и репродукции. Для включения в реестр пациенток, нуждающихся в проведении процедуры ЭКО, для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета города Москвы необходимо обратиться в женскую консультацию по месту постоянной регистрации.

На основании направлений врачей женских консультаций сведения о пациентках — жительницах города Москвы, нуждающихся в проведении процедуры ЭКО, окружными акушерами-гинекологами представляются в общегородской реестр.

Окончательное решение о проведении пациентке за счет средств городского бюджета процедуры ЭКО принимается комиссионно, в соответствии с установленными критериями.

Процедура ЭКО за счет средств городского бюджета в настоящее время проводится в Центре планирования семьи и репродукции (Севастопольский просп., 24а).

Очередность вызова на прием в Центр планирования семьи и репродукции осуществляется окружным акушером-гинекологом с учетом возраста пациенток, длительности наблюдения пациентки по поводу бесплодия. В дальнейшем сроки проведения этапов лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий определяются врачами-специалистами Центра планирования семьи и репродукции. Программа по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета города Москвы будет продолжена и в 2008 году.

Центр планирования семьи и репродукции
Севастопольский просп., 24а 331-69-67
332-28-65

ПО ВОПРОСАМ УСЫНОВЛЕНИЯ, ОПЕКУНСТВА И ДРУГИМ ФОРМАМ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ (ПРИЕМНЫЕ И ПАТРОНАТНЫЕ СЕМЬИ)

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, Департамента семейной и молодежной политики города Москвы
ул. Шаболовка, 48, стр. 1.

Прием информации по формированию банка данных о детях (ежедневно 10.00–16.00, каб. 2) 958-18-72

Прием кандидатов в опекуны, усыновители, приемные родители (пн 14.00–17.00, чт 10.00–13.00, каб. 8) 958-18-72

Региональный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, Московской области
1-й Спасоалиевский пер., 2 238-04-65

Федеральный оператор государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей
ул. Тверская, 11 629-08-84

УПОЛНОМОЧЕННЫЕ СЛУЖБЫ ПО ПАТРОНАТНОМУ ВОСПИТАНИЮ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Центральный административный округ

ГОУ детский дом № 19
Колпачный пер., 6, стр. 5;
Спартаковская пл., 10, стр. 3
Терновская Мария Феликсовна 924-76-64, 267-74-19

Северный административный округ

ГОУ специальный (коррекционный) детский дом № 26 (VII вид)
ул. Беломорская, 26а
Никонова Марина Александровна 458-97-98, 457-70-31

Северо-Восточный административный округ

ГОУ детский дом № 59
ул. Декабристов, 8, корп. 3
Немтинова Ирина Альбертовна 907-93-56, 907-93-55

Восточный административный округ

ГОУ специальный (коррекционный) детский дом № 46 (V вид)
ул. Байкальская, 48
Шевченко Ольга Анатольевна 469-40-69



Юго-Восточный административный округ

ГОУ школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей № 55
 ул. Маршала Чуйкова, 26 175-35-00
 Соболева Людмила Александровна 175-15-40

Южный административный округ

ГОУ детский дом № 71
 Гурьевский пр-д, 27, корп. 3 398-40-11
 Пилютик Вера Васильевна 398-19-77

ГОУ специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, № 72 (VII вид)
 Нахимовский просп., 4а 113-07-54
 Минакова Марина Вячеславовна 113-46-81, 113-07-33

Юго-Западный административный округ

ГОУ детский дом № 37
 ул. Вильнюсская, 7, корп. 3 421-25-58
 Сьюнькова Ольга Порфирьевна 423-46-22

Западный административный округ

ГОУ специальный (коррекционный) детский дом № 2 (VII вид)
 ул. Шолохова, 6, корп. 3 732-66-50
 Хрыкина Надежда Михайловна 732-56-12, 732-79-74

ГОУ специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей № 8 (VIII вид)
 ул. Новозаводская, 19а 148-36-21, 148-56-97
 Меньшов Вадим Анатольевич 148-53-82

Северо-Западный административный округ

ГОУ детский дом № 12
 ул. В. Петушкова, 19, корп. 1 948-50-10, 948-50-09
 Петушков Юрий Васильевич

Зеленоградский административный округ

ГОУ санаторный детский дом № 14
 Зеленоград, корп. 1426 537-04-95
 Воронцовская Евгения Ивановна 537-04-97, 537-04-96

КОМИТЕТ ОБЩЕСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ

ул. Новый Арбат, 36/9 633-60-10, факс 633-60-09
 www.mos.ru, www.kosmoskva.ru, www.mosportal.ru

Телефон прямой связи Комитета общественных связей города Москвы с жителями города 974-22-55

«Горячая линия» по вопросам предоставления информации о работодателях, создающих дополнительные рабочие места для инвалидов и молодежи в возрасте до 18 лет (в т.ч. детей-инвалидов) 8-499-723-15-90

УЧРЕЖДЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫЕ КОМИТЕТУ

Московский центр труда и занятости молодежи «Перспектива»
 1-й Пехотный пер., 4 8-499-158-09-21
 www.delovie.ru факс 8-499-193-40-09

Московский городской правовой центр «Защита»
 ул. Коровий Вал, 3, стр. 5 959-89-40
 www.czaschita.ru тел./факс 959-89-41

Московский городской центр условий и охраны труда
 ул. Коровий Вал, 3, стр. 5 237-02-19
 www.mcot.ru факс 959-89-33

Центр социально-профессиональной адаптации и переподготовки граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей 371-37-33
 Ленинский пр-т, 42
 www.mcsav.ru

Учреждение «Трудовой арбитражный суд для разрешения коллективных трудовых споров»
 Протопоповский пер., 25 688-82-92, 688-66-01
 www.trudsud.ru факс 688-43-92

Центр квотирования рабочих мест
 Шелепихинское ш., 17, корп. 1 707-25-51
 www.kwota.ru 707-27-18
 тел./факс 707-27-01

Женский деловой центр
 ул. Автозаводская, 5, стр. 1 510-10-26, 675-40-54
 www.wbcenter.ru

ГУ «Дом общественных организаций» (Центр по связям с общественными объединениями)
 ул. Мосфильмовская, 40 8-499-783-44-00
 www.mosportal.ru 8-499-783-44-39
 тел./факс 956-41-17

ГУ «Дом детских общественных организаций»
 Милютинский пер., 16, стр. 3, 4, 5 8-499-190-16-05
 www.ddmos.ru

Центр «Социальное партнерство»
 ул. Шухова, 17, корп. 2 237-00-92, тел./факс 237-00-72
 www.spcenter.ru

ГУП «Мосгортруд»
 Лялин пер., 14, стр. 1 247-16-99, тел./факс 245-21-02

ГУ «Академия детского творчества»
 ул. Новый Арбат, 15/1 633-51-64, 620-20-90

Региональная благотворительная детско-юношеская общественная организация инвалидов «Общество детей-инвалидов «Наитие»
 ул. Старобитцевская, 17, корп. 1 711-47-36

Общероссийская общественная благотворительная организация «Союз семей военнослужащих России»
 ул. Перерва, 72 741-75-30

Региональная общественная организация «Художественный центр «Дети Мари»»
 Дмитровский пер., 2/10 692-48-70

Региональная благотворительная общественная организация помощи детям-сиротам «Солнечный круг»
 Электрический пер., 12 253-27-40

АНО «Детский и подростковый клуб «Счастливая семья» (психологический центр «Счастливая семья»)
 ул. Лестева, 21, корп. 2 954-80-33

Региональная общественная организация «Независимый благотворительный

Центр помощи пережившим сексуальное насилие «Сестры»
 «Горячая линия» 901-02-01

Международная общественная организация «Союз социальной защиты детей»
 ул. Солнечногорская, 5, корп. 1 456-40-04

Международная общественная благотворительная организация «Международный центр «Будущее женщины»»
 ул. Мосфильмовская, 40 939-94-05
 e-mail: mjc@list.ru



ВОПРОСЫ СОДЕЙСТВИЯ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Московская служба занятости — многофункциональный комплекс оказания государственных услуг по обеспечению занятости населения и социальной помощи при безработице, в первую очередь гражданам, испытывающим трудности в поиске работы.

К основным мероприятиям службы занятости относятся:

- трудоустройство и подбор персонала, включая организацию ярмарок вакансий;
- регистрация граждан в качестве безработных с выплатой пособия по безработице, предоставлением материальной помощи и направлением на досрочную трудовую пенсию;
- профессиональная ориентация и психологическая помощь при поиске работы;
- профессиональное обучение безработных с выплатой стипендий;
- организация общественных работ и временного трудоустройства граждан, ищущих работу;
- временная занятость учащейся молодежи в свободное от учебы время и в период каникул;
- организация самозанятости граждан.

Прием населения осуществляется в Центрах занятости населения административных округов и их территориальных отделах, адреса и телефоны которых приведены ниже.

Управление государственной службы занятости населения города Москвы

107078, Докучаев пер., 12
Общественная приемная:
e-mail uszmos@labor.ru, www.labor.ru

679-47-23

ЦЕНТРЫ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ

Центральный округ

ул. Николоямская, 49, стр. 3
(ст. м. «Китай-город»,
«Площадь Ильича»)

911-14-29

Отдел «Таганский»

ул. Покровка, 41, (ст. м. «Китай-город»)

917-23-79

Отдел «Якиманка»

Старомонетный пер., 9, стр. 1
(ст. м. «Третьяковская»)

951-14-64

Отдел «Пресненский»

ул. 2-я Брестская, 39, стр. 3
(ст. м. «Белорусская»-кольцевая)

250-96-59

Отдел «Басманный»

Лялин пер., 14/16, стр. 1
(ст. м. «Курская»)

917-00-21

Северный округ

ул. Куусинена, 2
(ст. м. «Полежаевская»)

8-499-195-02-85

Отдел «Дмитровский»

Дмитровское ш., 131, корп. 2
(ст. м. «Петровско-Разумовская»)

484-43-55

Отдел «Головинский»

ул. Онежская, 15 (ст. м. «Водный стадион»)

153-11-10

Отдел «Коптевский»

ул. Б. Академическая, 22б
(ст. м. «Войковская»)

450-03-34

Северо-Восточный округ

ул. Суцеский Вал, 14/22, корп. 1, 2
(ст. м. «Рижская», «Савеловская»)

8-499-973-13-19

Отдел «Бабушкинский»

ул. Печорская, 11 (ст. м. «Бабушкинская»)

470-62-33

Отдел «Марьино Роща»

ул. Суцеский Вал, 14/22, корп. 1
(ст. м. «Рижская», «Савеловская»)

8-499-978-02-26

Отдел «Останкинский»

ул. Годовикова, 6 (ст. м. «Алексеевская»)

616-25-85

Отдел «Отрадное»

Алтуньевское ш., 40г
(ст. м. «Отрадное»)

904-11-88

Отдел «Лосиноостровский»

ул. Малыгина, 1, корп. 2
(ст. м. «Бабушкинская», «Медведково»)

475-03-49

Восточный округ

ул. Суворовская, 27, стр. 1
(ст. м. «Преображенская площадь»)

963-51-39

Отдел «Ивановский»

ш. Энтузиастов, 98, корп. 8
(ст. м. «Новогиреево»)

918-95-29

Отдел «Перовский»

ул. 3-я Владимирская, 12, корп. 1
(ст. м. «Перово»)

305-43-10

672-03-06

Отдел «Соколиная Гора»

Окружной пр., 34, корп. 2
(ст. м. «Шоссе Энтузиастов», «Электrozаводская»)

918-39-39/38

Отдел «Гольяновский»

ул. Кусковская, 23, стр. 1 (ст. м. «Перово»)

309-27-91

Отдел «Новокосинский»

ул. Новокосинская, 17, корп. 3
(ст. м. «Новогиреево»)

702-78-58, 702-59-11

Отдел «Новогиреевский»

ул. Кусковская, 23, корп. 1 (ст. м. «Перово»)

309-03-92

Отдел «Преображенский»

ул. Стромынка, 13 (ст. м. «Преображенская площадь»,
«Сокольники»)

269-45-33/32

Юго-Восточный округ

ул. Юных Ленинцев, 9, стр. 1
(ст. м. «Текстильщики»)

179-57-09

Отдел «Люблино»

ул. Верхние поля, 3, стр. 2
(ст. м. «Текстильщики», «Волжская», «Кузьминки»)

349-19-70

Отдел «Текстильщики»

2-й Саратовский пр., 8, корп. 2
(ст. м. «Текстильщики»)

173-97-43

Отдел «Лефортово»

ш. Энтузиастов, 20б (ст. м. «Авиамоторная»,
«Шоссе Энтузиастов»)

362-05-78

Отдел «Марьино»

Новочеркасский бульв., 47 (ст. м. «Марьино»)

349-27-00

Отдел «Выхино-Жулебино»

ул. Моршанская, 2, корп. 1
(ст. м. «Выхино»)

705-56-12/05-49



Южный округ

ул. 5-я Кожуховская, 8, корп. 2
(ст. м. «Автозаводская») 675-82-28

Отдел «Царицынский»
ул. Луганская, 8 (ст. м. «Царицыно») 321-86-76
321-51-20

Отдел «Варшавский»
Варшавское ш., 114, корп. 3 (ст. м. «Варшавская») 316-68-74, 316-76-21

Отдел «Южный»
ул. Воронежская, 16/7
(ст. м. «Домодедовская») 397-97-70

Отдел «Братеевский»
ул. Ключевая, 22, корп. 2
(ст. м. «Каширская») 340-31-95/98

Отдел «Нагорный»
Варшавское ш., 68, корп. 1
(ст. м. «Варшавская») 8-499-613-23-14

Отдел «Автозаводский»
ул. 5-я Кожуховская, 8, корп. 2
(ст. м. «Автозаводская») 675-82-75

Отдел «Бирюлевский»
ул. Липецкая, 9 (ст. м. «Царицыно») 328-85-24/17

Юго-Западный округ

Ломоносовский просп., 15
(ст. м. «Университет») 930-08-39

Отдел «Академический»
ул. Профсоюзная, 17, корп. 2
(ст. м. «Профсоюзная») 129-89-39

Отдел «Севастопольский»
Севастопольский просп., 15, корп. 3
(ст. м. «Академическая») 123-00-78

Отдел «Воронцовский»
ул. Одесская, 23, корп. 1 (ст. м. «Каховская», «Севастопольская»,
выход через м. «Каховская») 310-90-63

Отдел «Ясенево»
ул. Голубинская, 31, корп. 1 (ст. м. «Ясенево») 421-45-22

Отдел «Бутово»
ул. Грина, 1, корп. 1
(ст. м. «Бульвар Дмитрия Донского») 711-18-09

Западный округ

Мичуринский просп., 31, корп. 1
(ст. м. «Проспект Вернадского») 932-67-33/32

Отдел «Кунцево»
Рублевское ш., 40, корп. 3
(ст. м. «Крылатское») 415-28-35

Отдел «Солнцево»
Новопеределкино, ул. Лукинская, 5
(ст. м. «Проспект Вернадского») 733-18-70

Отдел «Раменки»
ул. Никулинская, 11
(ст. м. «Юго-Западная») 432-51-33

Отдел «Дорогомилово»
Рублевское ш., 40, корп. 3
(ст. м. «Крылатское») 412-87-84

Северо-Западный округ

ул. Народного Ополчения, 33, корп. 3
(ст. м. «Октябрьское поле») 8-499-192-27-56

Отдел «Хорошевский»
ул. Маршала Жукова, 17, корп. 2
(ст. м. «Полежаевская») 8-499-195-26-22

Отдел «Тушинский»
ул. Планерная, 7, корп. 1
(ст. м. «Планерная») 494-60-93

Отдел «Сходненский»
ул. Василия Петушкова, 17
(ст. м. «Сходненская») 948-98-09

Отдел «Митинский»
Пятницкое ш., 45
(ст. м. «Тушинская») 794-10-36

Отдел «Строгинский»
ул. Исаковского, 2, корп. 2
(ст. м. «Щукинская») 750-81-08, 750-75-75

Зеленоградский округ

Центр занятости населения
Зеленоград, корп. 1818 8-499-717-31-74

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ

Московский центр труда и занятости молодежи «Перспектива»
1-й Пехотный пер., 4 (ст. м. «Щукинская») www.delovie.ru 8-499-190-16-05

Женский деловой центр
ул. Автозаводская, 5, стр. 1 (ст. м. «Автозаводская») www.wbcenter.ru 675-77-29, 675-36-24

Московский городской правовой центр «Защита»
ул. Коровий Вал, 3, стр. 5 (ст. м. «Добрынинская») www.czaschita.ru 959-89-40/41, 959-99-88

**ПО ВОПРОСАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ**

Центр детского творчества детей и молодежи «На Вадковском»
Вадковский пер., 3 8-499-972-62-28
8-499-972-62-37, 8-499-972-61-55

Детско-юношеский центр «Пресня»
Глубокий пер., 7 252-67-36, 205-48-33

Центр детей и юношества «Россия молодая»
просп. Мира, 43 681-03-65, 684-36-83, 681-95-71

Центр внешкольной работы
ул. Русаковская, 10, стр. 6 8-499-264-91-32, 8-499-264-70-65

Дом детского творчества «На Таганке»
ул. Рабочая, 30 678-21-46, 678-50-61, 678-00-94

Дворец творчества детей и молодежи «На Миуссах»
ул. Александра Невского, 4 250-29-09, 251-82-74, 250-53-96

Центр детского творчества «На Набережной»
Фрунзенская наб., 48, стр. 1 8-499-242-56-85

Центр детского творчества «Москворечье»
ул. Бахрушина, 17 235-59-28, 235-31-46



- Дворец творчества детей и молодежи**
Огородная Слобода, 6 628-08-71, 621-33-70, 628-41-51
- Краснопресненская детская художественная школа**
ул. Красина, 27 251-49-21, 255-96-14, 254-23-93
- Центр эстетического воспитания детей**
Покровский бульв., 10 917-81-28
- Детский оздоровительно-образовательный центр «Истра»**
МО, Одинцовский р-н, пос. Жаворонки 747-07-06
- Центр молодежного творчества «Гермес»**
ул. Учинская, 10, стр. 1 484-48-25, 484-74-55, 484-99-33
- Детско-юношеский центр досуга**
ул. Дубнинская, 21 488-32-47, 488-23-85
- Дом детского творчества**
3-й Новомихалковский пр-д, 24 154-31-21, 154-00-41
- Центр творчества детей и юношества «Сокол»**
ул. Песчаная, 5 8-499-157-04-61, 8-499-157-08-82
- Центр внешкольной работы**
ул. Тимирязевская, 28 977-45-91, 977-37-70
- Художественная школа**
Дмитровское ш., 34, к. 2 488-78-01
- Центр эстетического воспитания детей и юношества**
ул. Михалковская, 18а 154-81-66
- Детско-юношеский центр «Войковский»**
Ленинградское ш., 10 159-99-88, 150-59-17
- Поликультурный центр**
ул. Правды, 3а 614-01-18
- Детский оздоровительно-образовательный центр «Северный»**
3-й Новомихайловский пр-д, 24 154-31-21, 154-00-41
- Центр патриотического воспитания**
ул. Пилота Нестерова, 9а 614-91-07
- Центр творчества детей и подростков «Останкино»**
ул. Новомосковская, 10/16 615-42-39, 602-21-58, 615-42-39
- Дом юного техника**
Ярославское ш., 2, к. 2 188-78-44, 406-92-31, 406-89-06
- Дом детского творчества**
ул. Радужная, 13 180-55-14, 189-26-73
- Центр детского творчества «Бабушкинский»**
ул. Осташковская, 7 185-49-69, 185-00-60
- Детско-юношеский центр «Отрадное»**
Северный бульв., 17а 404-08-88, 402-77-27
- Центр детского и юношеского творчества «Бибирево»**
ул. Лескова, 7 909-50-48, 909-50-03, 909-09-18
- Центр эстетического воспитания детей «Иверия»**
ул. Снежная, 28 180-43-16, 180-43-06, 656-55-29
- Детско-юношеский центр «Медведково»**
ул. Тихомирова, 8а 476-76-43, 479-99-27
- Центр развития творчества детей и юношества**
ул. Снежная, 2б 189-05-69, 189-58-45, 180-05-75
- Школа искусств**
ул. Дежнева, 8, к. 2 477-11-44
- Центр дополнительного образования детей**
ул. Яблочкова, 3 618-89-01
- Детский оздоровительно-образовательный центр**
ул. Касаткина, 23 682-62-62, 683-93-96
- Центр детского творчества «На Молодцова»**
ул. Молодцова, 29 473-52-66, 473-07-92
- Центр детского творчества «Марьяна Роша»**
1-й Стрелецкий пр-д, 5 656-21-65, 689-43-00, 656-22-00
- Детский юношеский центр «Северный»**
7-я Северная линия, 13 8-499-767-78-55 (78-63)
- Центр детского (юношеского) технического творчества «Пилот»**
ул. Корнейчука, 55а 406-89-06, 406-92-31
- Центр детского творчества**
ул. Псковская, 2, к. 3 909-25-21
- Детский оздоровительно-образовательный центр «Северо-Восток»**
ул. Молодцова, 21 477-04-77, 473-02-27
- Центр детского творчества «Свиблово»**
ул. Амундсена, 14
- Центр детского творчества «Алексеевский»**
ул. Новоалексеевская, 8 687-75-67, 687-74-58
- Центр развития творчества детей и юношества им. А.В. Косарева**
ул. 5-я Парковая, 60 164-47-19, 163-91-32
- Дворец творчества детей и молодежи «Восточный»**
1-я Владимирская ул., 20 672-67-72, 306-25-59
- Дворец творчества детей и молодежи**
ул. Б. Черкизовская, 15 161-15-06, 161-14-56
- Центр внешкольной работы «Гольяново»**
ул. Байкальская, 28 466-86-38
- Дом детского и юношеского туризма и экскурсий «Родина»**
ул. Чечулина, 3а 308-40-03, 308-19-22
- Центр дополнительного образования детей «Черкизовский Парк»**
ул. Большая Черкизовская, 103/105 161-53-23, 161-42-92
- Дворец пионеров и школьников им. А.П. Гайдара**
ул. Шкулева, 2 179-78-88, 179-65-11
- Центр детского творчества «Южнопортовый»**
ул. Трофимова, 15а 679-18-10, 679-24-75
- Центр детского творчества «Рязанский»**
ул. Зарайская, 70 171-24-87, 170-86-92
- Центр развития творчества детей и юношества «Жулебино»**
ул. Моршанская, 6;
Жулебинский бульв., 23 705-57-56, 704-54-18
- Центр творчества детей и юношества «Некрасовка»**
ул. 1-я Волская, 1, к. 3 706-73-07, 706-88-52
- Центр развития творчества детей и юношества**
2-й Карачаровский пр-д, 1/1 174-43-57, 174-72-45
ул. Юных Ленинцев, 79, к. 2 172-28-97
- Детский образовательно-оздоровительный центр «Юго-Восточный»**
ул. Ташкентская, 33, к. 2
- Центр детского творчества «Печатники»**
ул. Гурьянова, 2, к. 4
- Центр внешкольной работы «На Сумском»**
Сумской пр-д, 6б 312-76-06
- Дом детского творчества «Исток»**
Северное Чертаново, 7г 310-81-04, 310-81-05



Детская школа искусств «Тутти»
ул. Красного Маяка, 4а 314-60-24, 314-42-32

Корабельно-ладейный центр «Петрофлот»
ул. Бехтерева, 21 8-499-614-77-27

Центр детского творчества «Досуг»
Варшавское ш., 53, к. 3 8-499-255-052

Детско-юношеский центр
ул. Дорожная, 18а 381-83-84

Детско-юношеский центр «Виктория»
ул. Газопровод, 4а 381-78-43, 381-78-38

Детская школа искусств «Родник»
ул. Кантемировская, 15 322-78-56, 322-54-17

Центр детского творчества «Царицыно»
Кавказский бульв., 12а 325-01-75, 325-39-83

Центр развития творчества детей и юношества «Радужный»
ул. Мусы Джалиля, 12, к. 2 396-97-16, 395-27-05

Дом детского и юношеского туризма и экскурсий
ул. Бирюлевская, 7а 327-41-39, 326-38-83

Центр детского творчества «Юный техник»
ул. Нагатинская, 22, к. 2 8-499-616-02-88

Московский городской центр дополнительного образования
детей «Детский телевизионный учебный центр»
ул. Маршала Захарова, 14, к. 2 394-00-12, 394-07-73

Центр детского творчества «Логос»
ул. Каптийская, 10а 321-09-57, 325-44-47
Павелецкий пр-д, 7/4 235-65-46

Детский оздоровительно-образовательный центр
ул. Коломенская, 5, п. 3 8-499-614-82-83

Центр детского творчества
ул. Кржижановского, 4а 125-69-97, 125-23-59, 125-29-33

Дом пионеров и школьников «Севастополец»
ул. Б. Черемушкинская, 38 124-86-22, 125-35-17

Центр дополнительного образования «Диалог Наук»
Университетский просп., 5 137-05-15, 938-10-91

Детско-юношеский центр «Зюзино»
ул. Б. Юшуньская, 14 318-03-73

Центр внешкольной работы «Аргус»
ул. Б. Черемушкинская, 7а 127-57-02

Центр юношеского научно-технического творчества «Исток»
ул. Теплый Стан, 15, к. 9 339-75-10, 337-13-33

Детская школа искусств «Юность»
ул. Новочеремушкинская, 64 331-41-66, 331-37-01

Детская школа искусств «Аккорд»
Новосеневский просп., 32, к. 2 422-87-83, 421-83-66

Центр эстетического воспитания детей «Моцарт»
ул. Старобитцевская, 17б 711-28-18, 711-92-36

Центр детского и юношеского туризма
и экскурсий «Черемушки»
ул. Ясногорская, 5, к. 2 426-27-26, 426-08-67, 425-59-97

Центр внешкольной работы «Ясенево»
пр-д Карамзина, 9, к. 2 422-63-00, 422-62-88

Центр творческого развития и гуманитарного
образования детей «Лидер»
ул. Архитектора Власова, 7, к. 3 120-72-96

Центр дополнительного образования
детей «Дистантное Обучение»
ул. Академика Челомея, 8б 936-31-04, 935-00-42

Центр развития творчества детей и юношества «Планета»
просп. 60-летия Октября, 4 135-32-51, 135-26-10
135-27-12

Центр внешкольной работы «Патриот»
ул. Б. Черемушкинская, 7а 127-38-94

Центр внешкольной работы
ул. Б. Юшуньская, 14 318-19-63, 318-18-45

Детско-юношеский центр «Кекушин-Каратэ»
ул. Губкина, 6, стр. 1 134-24-30

Детский оздоровительно-образовательный
центр «Юго-Западный»
Новосеневский просп., 3, к. 2 426-31-88, 426-02-55

Центр детского творчества «Созвездие»
ул. 26 Бакинских Комиссаров, 3, к. 4 434-20-01
434-31-04, 433-26-83

Центр внешкольной работы «Раменки»
ул. Раменки, 17, к. 2 931-36-36, 932-65-00

Центр детского творчества «Матвеевское»
ул. Веерная, 38, к. 1 442-36-61, 442-95-43

Центр детского творчества «Солнцево»
ул. Богданова, 5б 435-21-44, 435-27-92

Детская художественная школа «Солнцево»
ул. 50 лет Октября, 29б 435-39-57, 435-03-82

Центр детского и юношеского творчества «Киевский»
ул. Поклонная, 16 148-55-15, 148-04-59

Центр внешкольной работы им. А.С. Макаренко
ул. Поклонная, 16 148-08-35

Дом детского творчества «Рублево»
ул. Набережная, 19 8-499-727-10-85

Центр внешкольной работы «Синегория»
ул. Партизанская, 45 140-81-86

Центр развития творчества детей и юношества «Аминьево»
ул. Артамонова, 11 443-42-49, 443-20-45, 449-06-65

Детская школа искусств «Вдохновение»
Мичуринский просп., 9б 8-499-726-58-07

Дом детского творчества «Кунцево»
ул. Молодогвардейская, 2, к. 3 149-74-48, 141-98-26

Центр дополнительного образования детей «Источник»
Осенний бульв., 16, к. 5 412-57-16, 412-05-18

Детский оздоровительно-образовательный
центр «Детский Парк «Фили»
ул. Б. Филевская, 9 449-62-73, 145-72-92

Центр внешкольной работы «Март»
Мичуринский просп., 29, к. 3 932-20-38

ГОУ центр детского творчества «Ново-Переделкино»
ул. Чоботовская, 9 731-99-34

Станция юных техников «Солнцево»
ул. Волынская, 8, к. 2 435-35-33, 435-32-04

Центр развития творчества детей и юношества «Можайский»
ул. Говорова, 7 8-499-726-79-98

Центр дополнительного образования «Калейдоскоп»
ул. Покрышкина, 11 735-78-88



Детский оздоровительно-образовательный центр «Западный»
ул. Молодогвардейская, 47, стр. 2 416-31-84

Детский (юношеский) центр «Патриот»
ул. Матросова, 31

Детский оздоровительно-образовательный центр
ул. Никулинская, 5 232-75-99

Центр внешкольной работы «Синяя Птица»
пр-д Донелайтиса, 20, к. 1 949-01-59, 949-94-33

Центр детского и юношеского творчества «Строгино»
Строгинский бульв., 7, к. 3 750-11-01, 756-93-57

Дворец творчества детей и молодежи «Хорошево»
ул. Маршала Тухачевского, 20, к. 1 192-91-72, 197-51-23

Центр детского и юношеского творчества «Тушино»
ул. Вилиса Лациса, 23, к. 3 494-05-64, 496-55-21

Детский экологический центр
ул. Маршала Бирюзова, 5 (шк. № 147) 8-499-198-44-92

Детско-юношеский центр «Норд-Вест»
Строгинский бульв., 17, к. 2 757-88-16

Центр внешкольной работы
Ангелов пер., 2, к. 2 753-84-66, 751-99-94

Центр детского творчества «Детский музыкальный театр «Домисолька»
ул. Маршала Бирюзова, 5 8-499-198-83-01
ул. Тухачевского, 20, к. 1.

Зеленоградский дворец детей и молодежи
Зеленоград, пл. Колумба, 1 531-14-61

Детско-юношеский центр «Ведогонь»
Зеленоград, корп. 617 534-60-08

Детско-юношеский центр «Восток»
Зеленоград, корп. 907 532-95-11

Детско-юношеский центр «Орленок»
Зеленоград, корп. 359 534-32-31

Детско-юношеский центр «Следопыт»
Зеленоград, корп. 436 536-24-44

Детско-юношеский центр «Союз»
Зеленоград, корп. 1108 530-73-11

Детско-юношеский центр «Каравелла»
Зеленоград, корп. 1551, 1804а, 1628 537-24-53

Детский оздоровительно-образовательный центр «Зеленоградец»
Зеленоград, пл. Колумба, 1 530-00-66

КУДА ПОЙТИ В ТЕАТР?

ГУП города Москвы «Московская дирекция театрально-концертных и спортивно-зрелищных касс» (МДТЗК) является билетно-информационной системой, активно способствующей проведению социальной политики Правительства Москвы в области культуры по привлечению в театры, концертные залы, кинотеатры, музеи, цирки москвичей и гостей столицы.

На сегодняшний день в единой информационной системе продажи билетов одновременно доступна информация о 3500 культурных мероприятиях. Помимо этого, здесь можно приобрести билеты в музеи, на спортивные мероприятия, а также на увлекательные экскурсии (на 1-3 дня) по Золотому кольцу и другим достопримечательным местам России.

В связи с объявленным в столице Годом ребенка, МДТЗК с начала 2007 года регулярно выпускает афишу «Театральная Москва для детей и юношества» и детскую киноафишу.

В рамках акции «Всей семьей в театр» совместно с Департаментом культуры города Москвы осуществлен выпуск специализированной афиши для детской аудитории.

МДТЗК располагает самым широким ассортиментом (свыше 100 000) театрально-концертных билетов на детские новогодние спектакли, елочные представления, молодежные дискотеки по ценам, доступным для всех категорий зрителей. Готовится к выпуску специальная «Новогодняя афиша».

Московская дирекция театрально-концертных и спортивно-зрелищных касс
109012, Старопанский пер., 1/5 698-39-28
e-mail: mdtk@mail.ru факс 623-05-69

ДОМА КУЛЬТУРЫ, КУЛЬТУРНЫЕ ЦЕНТРЫ

Дом культуры «Стимул»
Сибирский пр., 2, стр. 5 670-94-96

Дом культуры «Зодчие»
ул. Партизанская, 23 141-72-64

Творческий центр «Москворечье»
Каширское ш., 52 324-35-14

Центр культуры и искусства «Меридиан»
ул. Профсоюзная, 61 333-30-56

Городской социокультурный центр «Надежда»
ул. Саянская, 6б 305-91-80, факс 307-12-21

ДЕТСКИЕ ТЕАТРЫ И КОНЦЕРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Московский театр юного зрителя
Мамоновский пер., 10 699-53-60

Московский камерный театр кукол
ул. Бажова, 9 181-20-44

Московский театр кукол
ул. Спартаковская, 26/30 267-42-88

Московский театр теней
Измайловский бульв., 60/10 681-15-16

Московский государственный академический театр п/рук. Геннадия Чихачева
ул. Новокузьминская, 1 371-16-95

Московский театр кукол «Жар-птица»
ул. Стромынка, 3 268-16-27

Московский театр «Уголок бабушки Дурова»
ул. Дурова, 4 631-30-47

Московский театр клоунады п/рук. Терезы Дуровой
ул. Павловская, 6 237-16-89

Московский детский музыкальный театр «Экспромт»
ул. Макаренко, 2/21 621-03-11

Московский театр кошек Куклачева
Кутузовский просп., 25 8-499-249-65-70

Московский театр «Тень»
ул. Октябрьская, 5 681-35-90

Московский театр спортивно-зрелищных представлений «Каскадер»
ул. М. Бронная, 12 290-69-53

Московский театр иллюзии
ул. Вешняковская, 16а 374-03-11



ГОРОДСКИЕ БИБЛИОТЕКИ

Центральная
универсальная научная библиотека им. Н.А. Некрасова
ул. Бауманская, 58/28, стр. 14
e-mail: Library@nekrasovka.ru 916-90-68

Центральная
городская библиотека —
мемориальный центр
«Дом Гоголя» 291-15-50
Никитинский бульв., 7а
e-mail: vikulova@list.ru

Центральная городская детская библиотека им. А.П. Гайдара
Ростовская наб., 5
e-mail: lib@gaidarovka.ru 248-69-24

Центральная городская юношеская
библиотека им. М.А. Светлова 254-62-79
ул. Б. Садовая, 1
e-mail: svetlovka@inbox.ru

Московская городская деловая библиотека
ул. Бориса Галушкина, 19, корп. 1 683-56-46

ПАРКИ КУЛЬТУРЫ И ОТДЫХА

ЦПКиО им. М. Горького 237-11-00
Крымский Вал, 9

ПКиО «Измайловский» 166-79-09
Народный просп., 17

ПКиО «Фили» 146-05-31
ул. Б. Филевская, 32, корп. 3

ПКиО «Сокольники» 268-64-30
Сокольнический Вал, 1

Московский городской сад
«Эрмитаж» 699-75-38
ул. Каретный ряд, 3

ПКиО «Лянозовский» 908-35-00
ул. Угличская, 13

ПКиО «Бабушкинский» 184-34-22
ул. Менжинского, 6

ПКиО «Кузьминки» 172-28-84, 175-33-69
ул. Заречье, стр. 1

ПКиО «Красная Пресня» 256-33-42
ул. Мантулинская, 5, стр. 2

Сад им. Н.Э. Баумана 261-58-83
ул. С. Басманная, 15

ПКиО «Люблино» 350-12-60
ул. Тихая, 23

ПКиО «Перовский» 368-26-10
ул. Лазо, влад. 7

ПКиО «Таганский» 912-27-17
ул. Таганская, 40/42

ПКиО «Северное Тушино» 497-03-80
ул. Свободы, 56

ДЕТСКИЕ И ГОРОДСКИЕ КИНОТЕАТРЫ

«Вымпел» 184-41-09
ул. Коминтерна, 8

«Искра» 976-14-44
ул. Костякова, 10

«Молодежный» 177-91-07
ул. Люблинская, 11

«Полет» 492-81-25
ул. Нелидовская, 10

«Салют» 125-04-48
ул. Кедрова, 14

«Юность» 194-02-75
ул. Маршала Рыбалко, 1/4

ГУП «Московское кино» 369-77-51
Окружной пр-д, 16

КАФЕ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ
НА ДЕТСКИЙ И СЕМЕЙНЫЙ ОТДЫХ

Центральный административный округ
ООО фирма «Флокса», ресторан «Семь пятниц»
ул. Воронцовская, влад. 6, стр. 1 912-12-18

ЗАО «Чудо Град», кафе «Сорренто»
Земляной Вал, 9 (ЦПКиО им. Горького) 953-58-85
220-54-94

ООО «Алеко», кафе «Касбар» 246-02-46
Турчанинов пер., 3/1

ООО «Ресторан «Джан Луиджи» 109-71-37
ул. Рочдельская, 11/15, стр. 1

ЗАО «Грацинт», рестораны «Вилла Роза» и «Тибон» 951-40-80
ул. Пятницкая, 52

ООО «Борода» 781-96-60
ул. Арбат, 9, стр. 1

ЗАО «Ланч» 202-67-04
ул. Арбат, 16, стр. 2

ООО «ИнтерРусСервис» 205-83-26
ул. Арбат, 44, стр. 1

ГУК ресторан Государственного театра киноактера 290-19-23
ул. Поварская, 33

ООО «Пицца экспресс Лимитед» 937-81-00
Смоленская пл., 3

ООО «Фастленд», кафе «Му-Му» 241-13-64
ул. Арбат, 45

ООО «Пан Пасифик Энтерпрайзес», кафе «Альпийская терраса» 208-18-10
Б. Козловский пер., 4, стр. 4

ООО «Саренгети», Ресторан «Хижина» 540-16-14, 632-22-71
ул. Бакунинская, 70, стр. 1

ООО «Кипрея», кофейня «Шоколадница» 953-99-44
Климентовский пер., 10, стр. 1

ООО «Кипрея», кофейня «Шоколадница» 951-30-63
ул. Валовая, 8

ООО «Белое солнце» 910-40-58
Александровский сад

ООО «Студия «Гиперборея +» 505-70-45
Славянская пл.

ООО «Сервис Центр», кафе «Арлекино» 609-08-40, 650-96-22
ул. Воздвиженка, влад. 3



| | | | |
|---|----------------------------|---|-----------------|
| ООО «Солнышко» ул. В. Красносельская, влад. 15-17 | 264-94-33 | ООО «Фирма Престон» Крымский Вал, 9, ЦПКиО им. Горького | 953-58-85 |
| ООО «Фаст Фуд Компани» Сретенский бульв., 4/1 | 623-66-87 | ООО «Еврофуд 3», кафе «Капучино Экспресс» ул. Б. Ордынка, 20/4 | 749-02-15 |
| ООО «Евроидел Гарант», кафе «НЕТ НЭЙМ» Панкратьевский пер., 2 | 956-88-69, 231-48-21 | ЗАО «Третий Рим», ресторан «Акварель» Крымский Вал, 10 | 238-12-16 |
| ООО «Айкидо Спорт» ул. Краснопрудная, 12 | 264-95-36 | ООО «Росинтер Ресторантс», кафе «Фрайдис» Ленинский просп., 1/2 | 238-32-00 |
| ООО «Интер Салон Ренессанс», кафе «Шоколадница» Рождественка, 5/7, стр. 2 | 937-46-39 | ООО «Фирма «Ард», ресторан «Вильям Басс» ул. М. Якиманка, 9 | 778-18-74 |
| ООО «Галерея Алекс», кафе «Шоколадница» просп. Мира, 29 | 680-85-15 | ООО «Традиция», кафе «Дача на Покровке» Покровский бульв., 16-18, стр. 4-4а | 364-17-69 |
| ООО «Галерея Алекс», кафе «Шоколадница» просп. Мира, 69 | 631-20-00 | ООО «ФЕМ-Ф», «Мир пиццы» Смоленская площадь, 6а | 241-11-87 |
| ООО «Брау», ресторан «Главпивторг» ул. Кузнецкий Мост, 21/5 | 624-19-96 | ООО «Марципан +», кафе и ресторан «ЭСТЕРХАЗИ» ул. Маросейка, 7/8, стр. 1 | 748-11-56 |
| ООО «Альянс Альт», кафе «Шенонсо» Трехпрудный пер., 6 | 209-42-36 | ООО «Апшу» Климентовский пер., 10, стр. 1 | 953-99-44 |
| ООО «Студия «Гиперборея +» Тверской бульв., влад. 22 | 505-70-45 | Северный административный округ | |
| ООО «Фолекс Менеджмент» ул. Б. Грузинская, 5, территория Московского зоопарка | 205-92-11 | ООО «Бани Менеджмент» ул. Дубнинская, 6 | 707-60-44 |
| ЗАО «Готов идти» ул. Б. Грузинская, 5, территория Московского зоопарка | 295-92-11, 205-92-11 | ООО «Кэмилфо», кафе «Вятский дворик» ул. Вятская, 41 | 509-42-41 |
| ООО «Флэм-Ф», ресторан «Джон Булл Паб» ул. Красная Пресня, 23, стр. 1 | 241-14-43, 252-55-40 | ООО «Данборг», Ресторан «Иль-Патио» Ленинградский просп., 80 | 229-36-87 |
| ООО «Аней-Бази», ресторан «Труффальдино» ул. Марксистская, влад. 20, стр. 1 | 912-77-30 | Северо-Восточный административный округ | |
| ООО «Русагрохолдинг», «Крошка Картошка» ул. Абельмановская, влад. 21, стр. 1 | 746-88-75, 8-926-573-52-90 | ГУК города Москвы «Лианозовский парк культуры и отдыха», молодежно-досуговый центр ул. Углическая, 13 | 908-35-00 |
| ЗАО «Клуб», детский клуб «Арлекино» ул. В. Радищевская, 19/3, стр. 1 | 915-11-06 | ООО «Альянс-Форте», кафе «Базилик» просп. Мира, 120, корп. 1 | 136-59-98 |
| ООО «Студия «Гиперборея+» Страстной бульв. | 8-903-738-14-62 | ООО «Агрополис», кафе «Плюс» ул. Ярославская, влад. 8 | 186-17-97 |
| ЗАО «Москва-Макдоналдс» Газетный пер., 9/17 | 956-98-18 | ООО «Маг+», ресторан «Зеленое яблоко» ул. Римского-Корсакова, влад. 2а | 969-55-75 |
| ЗАО «Москва-Макдоналдс» ул. Б. Бронная, 29 | 755-60-27 | Восточный административный округ | |
| ООО «А.Ж.К.» Савельева ул., 5, детско-юношеский центр Детского парка «Усадьба Трубецких в Хамовниках» | 637-04-25 | ООО «Фирма «Алик», ресторан «Язуа» ул. Стромынка, 22 | 268-62-04 |
| ООО «Интерплюс 2000», ресторан «Генацвале» ул. Пречистенка, 12 | 202-04-45 | ООО «Росинтер Ресторантс», ресторанный комплекс «Зурбаган» ул. Б. Черкизовская, влад. 6, стр. 1 | 8-499-161-15-68 |
| ЗАО «Москва-Макдоналдс» Комсомольский просп., 28 | 782-88-17 | ООО «Старый друг», кафе-бар «Гризли» ул. Н. Первомайская, влад. 65 | 965-79-60 |
| ООО «Теври» ул. Савельева, 5, детский парк «Усадьба Трубецких в Хамовниках» | 203-43-27 | ООО «Жемчужина», ресторан «Золотой ананас» ул. Б. Семеновская, 11, стр. 3 | 545-57-27 |
| ООО «Теври» Новодевичий сквер | 203-43-27 | Юго-Восточный административный округ | |
| ЗАО «Чудо-Град» Крымский Вал, 9, ЦПКиО им. Горького | 953-58-85 | ООО «Самокат-Кэттеринг», летнее кафе при спортивно-досуговом комплексе ул. Самокатная, 2, стр. 1 | 8-916-683-27-92 |
| | | ООО «Фреш-Резерв», ресторан «Тарас Бульба» ул. Красноказарменная, 6 | 776-85-57 |



ООО «Тифани», ресторан «Тифани»
ул. Нижегородская, 58, стр. 3 678-82-41

Южный административный округ

ООО «НЭТ-галери», корчма «Тарас Бульба»
Ленинский просп., 37 954-64-66

ООО «Прокофконсалдинг», кофейня «Копучинофф»
просп. Андропова, 37 106-72-47

ООО «Арма», ресторан «Манна»
просп. Андропова, 48 612-72-47

Юго-Западный административный округ

Торговый комплекс «Бухарест», кафе-бар «Бухарест»
ул. Каховка, 27 121-72-10

ООО «Белладжио»,
ресторан «Капитан Флинт»
ул. Б. Черемушкинская, 1 8-985-999-99-89

ООО «Эллис-сервис», кафе «Штрудель»
ул. Профсоюзная, 102 8-926-206-85-51

ООО «Бильбао», ресторан «Портрет Хаус»
ул. Архитектора Власова, 20 580-26-51

Западный административный округ

ООО «Лиран Линк», кафе «Якитория»
ул. Коштыянца, 2, стр. 1 133-33-97, 138-28-34

ООО «Галерея Алкс», кофейня «Шоколадница»
Кузюзовский просп., 24 8-499-249-03-18

ООО «Фирма «Темпл Бар», ресторан «Темпл Бар»
Осенний бульв., 9 414-51-98

Северо-Западный административный округ

ООО «Фирма «Темпл Бар», ресторан «Темпл Бар»
ул. Митинская, 41 751-35-00

ООО «Галерея Алекс», кофейня «Шоколадница»
ул. Народного Ополчения, 49, корп. 1 8-499-740-61-63

Зеленоградский административный округ

ООО «Соль и Перец», ресторан «Соль и перец»
Зеленоград, корп. 403а 944-68-68

ООО Фирма «Прагма», кафе «Полином»
Зеленоград, корп. 317а 535-12-84

ПО ВОПРОСАМ ОРГАНИЗОВАННОГО ОТДЫХА ДЕТЕЙ В КАНИКУЛЯРНОЕ ВРЕМЯ

Департамент семейной и молодежной политики города Москвы
129090, просп. Мира, 20, корп. 1 680-64-79
www.dsmp.mos.ru 680-12-66

Департамент образования города Москвы
для детей, находящихся под опекой; из социально незащищенных
семей; детей-сирот 366-99-88

Департамент социальной защиты населения города Москвы
для детей из малообеспеченных семей, а также для детей, находя-
щихся в трудной жизненной ситуации 727-31-56

Департамент культуры города Москвы
ул. Неглинная, 8/10 625-91-01
www.komkultura.ru

Управления культуры административных
округов города Москвы

Центральный административный округ
ул. Красная Пресня, 13 255-67-37, факс 255-90-02
e-mail: kultura_centr@post.mos.ru

Северный административный округ
Кронштадтский бульв., 49а тел./факс 456-55-46
e-mail: uksao@uksao.ru

Северо-Восточный административный округ
ул. Руставели, 13/12, корп. 2 тел./факс 618-80-09
e-mail: kulturavsvao@rambler.ru

Восточный административный округ
ул. 9-я Парковая, 21, корп. 2 тел./факс 367-20-01
e-mail: ukvao@mail.ru

Юго-Восточный административный округ
ш. Энтузиастов, 15/16 362-42-95, факс 918-03-43
e-mail: kulturauvao@mail.ru

Южный административный округ
ул. Кантемировская, 20, к. 5 320-02-77
факс 320-29-10, 655-67-15
e-mail: ukvao@yandex.ru, sandler48@mail.ru

Юго-Западный административный округ
ул. Каховка, 21, к. 3 8-499-122-54-33
факс 8-499-744-38-41

Западный административный округ
Рублевское ш., 9 444-50-24, факс 444-54-04
www.ukzao.org.ru, e-mail: ukzao@ropnet.ru

Северо-Западный административный округ
ул. Свободы, 61-2 497-80-40
e-mail: ukzao@mail.ru факс 497-60-86, 497-97-98

Зеленоградский административный округ
Зеленоград, Центральный пр., 1 621-93-92, факс 535-04-44
e-mail: zelkult@mail.ru

Методический кабинет по учебным
заведениям искусств и культуры
689-24-32, факс 689-32-19

Московский институт социально-культурных программ
621-93-92, 628-65-27

ПО ВОПРОСАМ СПОРТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Департамент физической культуры и спорта
города Москвы (Москомспорт)

Милютинский пер., 18, стр. 4 651-99-00
«Горячая линия» 788-11-11
Единая справочная служба 788-11-11
www.mosport.ru



**Управления физической культуры и спорта
административных округов**

Центральный административный округ

ул. Гаврикова, 3/1, офис 97 264-94-70
e-mail: ladygin.vyu@mossport.ru

Северный административный округ

3-й Хорошевский пр-д, 4 940-33-61
e-mail: mossport-sao@inbox.ru

Северо-Восточный административный округ

ул. Милашенкова, 14 619-79-51
e-mail: svao@mossport.ru

Восточный административный округ

ул. 7-я Парковая, 16, к. 2 965-24-19
e-mail: vao_mossport@mail.ru

Юго-Восточный административный округ

ул. Краснодарская, 2, к. 1 350-56-69
e-mail: yuvao@mossport.ru

Южный административный округ

Каширское ш., 8, к. 1 613-94-76
e-mail: uao@mossport.ru

Юго-Западный административный округ

ул. Б. Черемушкинская, 2, к. 4 126-25-47
e-mail: uzaomossport66@mail.ru

Западный административный округ

ул. Герасима Курина, 44, к. 1 144-37-34
e-mail: zao@mossport.ru

Северо-Западный административный округ

ул. Живописная, 52 190-48-51
e-mail: szao_roman@mail.ru

Зеленоградский административный округ

Зеленоград, Центральный просп., 1, офис 211 535-05-43
e-mail: irina90698@mail.ru

**Центры физической культуры и спорта
административных округов**

Центральный административный округ

ул. Мантулинская, 24, стр. 1 609-32-53

Северный административный округ

ул. Весенняя, 4 905-47-41

Северо-Восточный административный округ

ул. Милашенкова, 14 619-88-19

Восточный административный округ

ул. Рудневка, 12 8-499-721-43-96

Юго-Восточный административный округ

Мячковский бульв., 14, к. 2 347-91-31

Южный административный округ

ул. Москворечье 320-30-13

Юго-Западный административный округ

ул. Профсоюзная, 30, к. 2 724-52-12

Западный административный округ

ул. Герасима Курина, 44, к. 1 8-499-730-56-86

Северо-Западный административный округ

ул. Лодочная, 31, к. 4 493-00-65

Зеленоградский административный округ

Зеленоград, корп. 418 535-05-43

ДЮСШ, СДЮШОР

Центральный административный округ

СДЮШОР № 21 «Басманный»

Волейбол

Базаев Владимир Александрович (директор),
Шатунов Николай Дмитриевич (завуч)
Б. Харитоньевский пер., 22/1 924-62-89
921-50-93 (бух.), 625-31-48 (дир.)

СДЮШОР № 22 «Глория»

Баскетбол

Духовный Михаил Иосифович (директор),
Хаджийска Валентина Алексеевна (зам. директора)
ул. Зоологическая, 26а 8-499-766-23-24
766-22-04, 766-23-71, 766-22-16, 766-21-03

СДЮШОР № 23 «Мещанское»

Плавание

Басова Татьяна Владимировна (директор),
Анрианова Наталья Анатольевна (зам. директора)
ул. Александра Невского, 4 250-87-29, 250-82-82

СДЮШОР № 24 «Таганская»

Легкая атлетика, плавание, х/гимнастика, теннис

Иванова Наталья Андреевна (директор),
Никитина Нина Васильевна (завуч)
109544, ул. Рабочая, 63 670-21-80, 670-21-60

СДЮШОР № 25 «Савеловская»

Дзюдо, художественная гимнастика

Антохин Геннадий Семенович (директор),
Радионова Елена Николаевна (завуч)
127015, ул. Вятская, 28/4 685-09-45
685-08-87, 685-09-57

СДЮШОР № 26 «Мещанское»

Легкая атлетика, спортивная аэробика

Коровин Лев Валентинович (директор),
Бараночникова Татьяна Константиновна (зам. директора)
107140, ул. В. Красносельская, 7а 916-615-63-92
факс 264-95-58

СДЮШОР № 27 «Сокол»

Конькобежный спорт, футбол

Ловков Виктор Иванович (директор),
Сахарова Наталья Евгеньевна (зам. директора)
ст. м. «Красносельская», 107140, ул. В. Красносельская, 7а 264-41-74,
264-66-45, 264-37-10

СДЮШОР № 28 «Пресненская»

Спортивная акробатика, прыжки на батуте,
акробатический рок-н-ролл

Степанова Ольга Петровна (директор),
Житенева Елена Николаевна (зам. директора по УВР)
123056, М. Тишинский пер., 11/12, адм. здание 253-17-42, 252-02-21, 253-19-45



ДЮСШ № 29 «Хамовники»*Акробатический рок-н-ролл*

Макаренко Валерий Иванович (директор),
 Бирюкова Ирина Юрьевна (зам. директора)
 119270, ул. 3-я Фрунзенская, 5 8-499-242-84-89
 8-499-257-21-73, 8-499-766-81-73, 8-499-242-84-87

СДЮШОР № 9 «Замоскворечье»*Дзюдо, самбо, скалолазание, стрельба из арбалета, пулевая стрельба*

Тизяев Валерий Алексеевич (директор),
 Шпилилова Наталья Вячеславовна (зам. по спортивно-методической работе),
 Сабуров Андрей Леонидович (зам. по спортивным сооружениям)
 ул. Мытная, 42/44, стр. 13 факс 237-15-71, 236-03-66
 237-49-95

РГШ-Столица*Сноуборд, горные лыжи, фристайл*

Назаров Сергей Анатольевич (директор),
 Середкин Михаил Владиславович (зам. директора)
 Бумажный пр-д, 14, стр. 1 257-33-65, 257-34-88

Северный административный округ**ДЮСШ № 70 «Молния»***Футбол, конькобежный спорт, бокс, тяжёлая атлетика*

Кирдянов Николай Викторович (директор),
 Шалимов Александр Иванович (завуч)
 ул. Лобненская, 13а 484-60-61, 484-61-74

СДЮШОР № 71 «Тимирязевская»*Баскетбол*

Баринов Валерий Викторович (директор),
 Мамкина Маргарита Николаевна (зам. директора)
 127591, ул. Дубнинская, 30а 900-01-08, 900-01-12
 900-32-55

СДЮШОР № 72 «Афина»*Спортивная гимнастика, настольный теннис*

Бельшев Владимир Андреевич (директор),
 Милостивая Ольга Семеновна (зам. директора по УВР)
 125008, бульв. Матроса Железняка, 22, корп. 2 153-71-02
 154-55-20, 154-52-92

СДЮШОР № 73 «Виктория»*Волейбол*

Ромейко Владимир Анатольевич (директор),
 Сивова Надежда Васильевна (зам. директора по УСР),
 Заводсков Александр Александрович (зам. директора по хоз. работе)
 125252, ул. Алабяна, 13 198-30-79, 198-11-09
 195-98-43, 943-87-92, факс 195-99-95

СДЮШОР № 74*Гимнастика художественная*

Климачева Бибинюр Каюмовна (директор),
 Васильева Елена Викторовна (зам. директора)
 125080, Волоколамское ш., 12 8-499-158-58-01
 8-499-158-17-71

ДЮСШ № 75 «Савеловская»*Футбол, мини-футбол, бокс*

Насонов Дмитрий Александрович (директор),
 Лямцева Светлана Анатольевна (завуч)
 ул. Вятская, 41 685-81-67, 977-79-70

СДЮШОР № 76*Плавание, футбол*

Объедков Владимир Викторович (директор),
 Косинский Владимир Федорович — футбол (завуч),
 Чикирякина Татьяна Викторовна — плавание (завуч воспитательной работе)
 127247, Бескудниковский бульв., 50а 487-50-84
 489-95-79

ДЮСШ № 77*Плавание*

Андрюшенков Алексей Борисович (директор),
 Борисова Елена Валентиновна (зам. директора)
 Керамический пр-д, 61, корп. 3 483-02-55, 483-17-30

ДЮСШ № 1*Хоккей с шайбой, фигурное катание*

Авачов Михаил Иванович (директор),
 Марясова Ольга Сергеевна (зам. директора по учебной работе)
 ул. Левобережная, 12, корп. 1 458-56-39, 458-10-84
 факс 459-68-92

Северо-Восточный административный округ**ДЮСШ № 80 «Бибирево»***Плавание, гандбол, футбол, баскетбол, танцевальный спорт, инвалидный спорт*

Никонов Сергей Николаевич (директор),
 Пугачева Евгения Геннадьевна (зам. директора)
 ул. Корнейчука, 28, корп. 2 707-05-82, 707-05-83
 707-05-86

СДЮШОР № 81 «Бабушкино»*Лыжные гонки, биатлон*

Метельский Александр Николаевич (директор),
 Котомкина Ольга Алексеевна (завуч),
 Казаков Евгений Иванович (зам. директора по УТР)
 Ярославское ш., 65 188-14-51
 182-57-47 (бух.), факс 188-27-95

ДЮСШ № 82*Футбол, плавание, легкая атлетика, мини-водное поло*

Тюрников Сергей Иванович (директор),
 Нефедова Екатерина Геннадьевна (завуч)
 ул. Инженерная, 5, корп. 1 900-98-63
 900-90-18, 900-90-41

ДЮСШ № 84*Волейбол*

Ларкина Людмила Юрьевна (директор),
 Жарикова Татьяна Вениаминовна (завуч)
 Ясный пр-д, 24, корп. 4 473-65-09, 473-94-56

ДЮСШ № 86*Художественная гимнастика, баскетбол, борьба греко-римская, вольная борьба*

Слонимский Виталий Семенович (директор),
 Боген Марина Владимировна (зам. по УВР),
 Громова Галина Андреевна (зам. по АХЧ)
 127254, ул. Яблочкова, 3 610-78-05, 636-86-71
 639-89-59, 639-87-23

ДЮСШ № 2*Хоккей с шайбой, фигурное катание, плавание, настольный теннис, синхронное плавание*

Иванов Олег Александрович (директор),
 Соловьева Татьяна Михайловна (зам. ген. директора)
 ул. Заповедная, 1 476-75-00
 476-76-07, факс 476-75-51

ДЮСШ № 85*Хоккей с шайбой, фигурное катание*

Морозов Николай Владимирович (директор),
 Малиц Владимир Николаевич (зам. директора)
 ул. Бестужевых, 9б 904-63-98

ДЮСШ № 83*Баскетбол, плавание, спортивные танцы*

Татьяна Викторовна Гомельская (директор),
 Гомельский Александр Александрович (зам. директора)
 ул. Белозерская, 14 707-05-51



Восточный административный округ**ДЮСШ «Косино»***Бокс, плавание*

Калинкин Александр Степанович (директор),
Филимонов Виктор Сергеевич (завуч)
ул. Николая Старостина, влад. 8а
703-09-80, 700-84-33
703-25-66, 703-05-60, 703-16-55, факс 703-22-23

СДЮШОР № 51*Спортивная гимнастика, спортивная акробатика, прыжки на батуте, спортивная аэробика*

Голяев Виталий Владимирович (директор),
Черкунова Людмила Константиновна (завуч)
105203, ул. 16-я Парковая, 11, стр. 1
461-15-32
461-56-92, 461-56-56, факс 463-39-17

СФК «Трудовые резервы»*Футбол, баскетбол, лыжные гонки, кикбоксинг*

Юзвинский Олег Николаевич (директор),
Переговцев Владимир Семенович (зам. директора),
Бакиев Розалин Закуанович (зам. директора),
Мухин Юрий Александрович (зам. директора)
105203, ул. Н. Первомайская, 52
965-78-20
965-78-28, 965-42-19, 965-41-01, 465-02-04

СДЮШОР № 53 «Вешняки»*Гандбол, спортивная акробатика*

Борисов Эдуард Леонидович (директор),
Тузиков Алексей Алексеевич (завуч)
ул. Молдагуловой, 20а
374-40-57, 374-31-82
факс 374-88-71

СДЮШОР № 54 «Ориента»*Спортивное ориентирование, шахматы, велоспорт (маунтинбайк), инвалидный спорт по слуху, бадминтон, спортивное ориентирование*

Кузьмин Алексей Рэмович (директор),
Антропова Надежда Викторовна (зам. директора по УВР)
Прохоров Александр Михайлович (зам. директора по АХЧ)
Федеративный пр-д, 37б
303-83-34, 303-83-39
факс 303-83-33

СДЮШОР № 56*Баскетбол*

Озеров Николай Иванович З.Т.Р. (директор),
Архипов Александр Павлович З.Т.Р. (завуч)
107241, Щелковское ш., 29
462-26-73

ДЮСШ № 57 «Перовец-Новокосино»*Футбол*

Стратилатов Валерий Владимирович (директор),
Белкин Сергей Анатольевич (завуч)
ш. Энтузиастов, 54, стр. 1
672-34-72

ДЮСШ № 58 «РГУФК»*Лыжные гонки, шахматы, спортивная гимнастика, самбо, стрельба из лука, тхэквондо*

Астахов Денис Борисович (директор),
Попов Дмитрий Владимирович (завуч)
Сиреневый бульв., 2
166-14-72

ДЮСШ № 3*Хоккей с шайбой, фигурное катание*

Яковенко Вячеслав Васильевич (директор),
Тараскина Марина Николаевна (завуч)
ул. Николая Старостина, 8
700-51-52, 700-53-74
700-90-61

Юго-Восточный административный округ**СДЮШОР № 61***Волейбол, спортивная гимнастика*

Савина Валентина Сергеевна (директор),
Рожков Николай Алексеевич (зам. директора по УВР),
Анохина Мария Васильевна (зам. директора по АХЧ)
115088, ул. 1-я Машиностроения, 16
675-76-69
675-74-91, 675-37-97, факс 675-40-97

ДЮСШ № 62*Плавание, художественная гимнастика*

Белявцев Валентин Алексеевич (директор),
Шурьгин Юрий Витальевич (завуч)
ул. Привольная, влад. 44
706-59-20, 706-59-21
706-75-47, факс 706-59-22

СДЮШОР № 63 «Смена»*Футбол, бокс, конный спорт*

Евсеев Владимир Петрович (директор),
Ибрагимов Ринат Мумирович (завуч)
«Капотня» ул. Тихая, 39, 2-й квартал 7а, стадион «Труд»
«Кузьминки-Люблино» ул. Заречье, влад. 7, парк
355-17-75, 350-25-62, 350-03-47, факс 352-22-57

СДЮШОР № 64*Плавание, борьба греко-римская, борьба вольная, лыжные гонки, отделение по греко-римской борьбе среди детей-инвалидов по слуху*

Остроумов Владимир Николаевич (директор),
Маркина Татьяна Петровна (завуч)
Есенинский бульв., 9, корп. 2; ул. Авиаторная, 40
673-29-39, 673-27-17, 357-15-81, 673-29-73
факс 673-25-65

СДЮШОР № 65 «Ника»*Волейбол, легкая атлетика*

Березин Леонид Юрьевич (директор),
Березина Елена Федоровна (зам. директора)
109439, ул. Академика Скрябина, 40, корп. 1
172-79-08
175-95-71, 172-67-33

ДЮСШ № 4*Хоккей с шайбой, фигурное катание, футбол, борьба греко-римская, плавание*

Ермаков Николай Александрович (директор),
Сорокина Жанна Геннадьевна (зам. директора)
109341, Маячковский бульв., 10 корп. 3
658-90-49
346-35-00, 346-36-00, 558-30-54
345-68-00, 706-75-45, факс 346-34-11

ЦО «МЭШ»*Ушу*

Музруков Глеб Николаевич (директор),
ул. Херсонская, 30, корп. 2
332-28-88, 332-29-55

Южный административный округ**СДЮШОР № 41 «Москворечье»**

Спортивная акробатика, прыжки на батуте, плавание, ОФП
Овчинников Михаил Федорович (директор),
Манина Антонина Федоровна (зам. дир. по учеб. работе)
115191, ул. Лестева, 3
954-03-85, 954-03-75
237-42-76, 237-46-44

СДЮШОР № 42*Борьба вольная, фехтование, гимнастика художественная, бокс, софтбол, бейсбол*

Мишуков Александр Владимирович (директор),
Тимофеев Владимир Григорьевич (зам. директора)
Россошанский пр-д, 4, корп. 4
381-42-28

ДЮСШ № 43*Биатлон, лыжные гонки, стрельба из лука*

Панкин Сергей Борисович (директор),
Острикова Ольга Артемовна (зам. директора по УВР)
117545, ул. Подольских Курсантов, 4а
382-61-47, факс 381-58-31

СДЮШОР № 44 «Царицыно»*Футбол, легкая атлетика, настольный теннис*

Афанасьев Андрей Геннадьевич (директор),
Мамыхин Геннадий Николаевич (зам. дир. по учеб.-спорт. работе)
ул. Лисичанская, 3
321-66-55, 325-00-84

СДЮШОР № 45 «Пролетарский самбист»*Дзюдо, самбо*

Носов Владимир Викторович (директор),
Чернова Людмила Викторовна (зам. директора)
ул. Садовники, 13, стр. 3
112-92-31, 112-03-45



СДЮШОР № 46 «Царицыно»

Борьба вольная, спортивная акробатика, женский футбол
Ковалев Михаил Васильевич (директор),
Попова Любовь Алексеевна (завуч)
ст. м. «Царицыно», 115569, ул. 3-я Радиальная, 8
321-50-66, 321-12-25, 321-39-46

ДЮСШ № 48 «Новая Лига»

Мини-футбол, фигурное катание, конькобежный спорт, н/теннис, бадминтон, горные лыжи, водно-моторный и водно-лыжный спорт
Зиняков Владимир Авенирович (директор),
Гуренков Елий Иосифович (зам. директора по УТР),
Попова Надежда Ивановна (зам. по ОВР)
261-67-30

СДЮШОР № 49 «Тринта»

Баскетбол
Башкирова Валентина Григорьевна (директор),
Осокин Валерий Сергеевич (завуч)
117152, Загородное ш., 2а
952-26-73, 958-09-77
954-15-78, 952-48-88

СДЮШОР ЦО «Чертаново»

Футбол, мини-футбол
Шевернев Борис Николаевич (директор ЦО),
Макаршин Михаил Дмитриевич (зам. директора ЦО),
Абаев Виктор Борисович (зам. директора ЦО),
Шоповаленко Эдуард Васильевич (директор СДЮШОР),
Цуцков Алексей Вячеславович (зам. директора СДЮШОР),
Курякова Ольга Юрьевна (зам. директора СДЮШОР)
ул. Чертановская, 7-3
311-62-12, 311-81-21, 311-75-69

СДЮШОР «Русь»

Хоккей с шайбой
Куликов Николай Иванович (директор),
Абдулхаев Ринат Жафярович (завуч)
Ореховый бульв., 25; ул. Воронежская, 13/3
399-13-27
399-47-97, 393-40-09, 397-43-38

ДЮСШ № 5

Хоккей с шайбой
Бахмутов Игорь Анатольевич (директор),
Грачева Надежда Викторовна (завуч)
ул. Булатниковская, 26
383-90-01, 383-87-78
384-36-43, факс 383-90-92

ДЮСШ № 47

Плавание, дзюдо
Смирнов Владимир Викторович
Каширское ш., 94, корп. 1
343-20-06
741-94-26 (дир.), 328-77-76, 393-40-09

Юго-Западный административный округ**ДЮСШ № 30**

Плавание
Крылатых Вадим Юрьевич (директор),
Артемьев Алексей Алексеевич (завуч)
«Юность» — ул. Бакулева, 5
«Лотос» — ул. Вильнюсская, 6
438-84-77, 438-89-55, 438-95-66, 438-95-77

СДЮШОР № 31 «Черемушки»

Легкая атлетика
Углова Людмила Николаевна (директор),
Шепелев Вячеславович Васильевич (завуч)
ул. Кржижановского, 4а
125-55-29, 125-66-00, 125-67-15

СДЮШОР ЦО «Самбо-70»

Самбо, дзюдо, сумо, карате, спортивные танцы
Лебедев Олег Владимирович (генеральный директор),
Шашков Андрей Анатольевич (директор)
117133, ул. Академика Виноградова, 4б
339-69-44
339-50-55, 339-86-44, 339-86-88, факс 339-77-11

ДЮСШ № 32 «Узкое»

Лыжные гонки
Тютвинов Алексей Алексеевич (директор),
Астафьева Жанна Георгиевна (завуч)
пр-д Карамзина, 9, корп. 1, 17
423-00-46, 423-23-23

СДЮШОР № 33

Спортивная гимнастика
Масленникова Надежда Викторовна (директор),
Чупина Тамара Петровна (завуч)
ул. Кравченко, 6
8-499-138-03-87

ДЮСШ № 35

Гимнастика художественная, борьба греко-римская, спортивное ориентирование, тхэквондо
Качнов Виталий Анатольевич (директор),
Колосова Наталья Борисовна (завуч)
117420, Новочеремушкинская, 64, корп. 6
332-22-22
331-39-44, 331-39-22, факс 331-39-00

СДЮШОР «Нагорная»

ВМХ, маунтинбайк
Манько Алексей Васильевич (директор),
Трушина Галина Ивановна (зам. по УТР)
117186, Нагорный бульв., 39а (юр. адрес)
117342, ул. Введенского, 3
122-12-33, 122-93-73, факс 8-499-122-95-91

ДЮСШ № 37 «Коньково»

Фигурное катание
Аксенов Эдуард Михайлович (директор),
Лелюх Владимир Сергеевич (зам. директора по УТР)
ул. Профсоюзная, 97, корп. 1
424-30-14, 335-90-42

ДЮСШ № 6 «Ясенево»

Хоккей с шайбой, фигурное катание
Бахмутов Анатолий Григорьевич (директор)
ул. Голубинская, 28, корп. 3
423-58-22, 423-07-27
факс 423-10-52, 421-33-00, 423-80-66

Западный административный округ**СДЮШОР № 92**

Бадминтон, гольф
Ромахина Татьяна Константиновна (директор),
Митяева Любовь Васильевна (завуч)
Солнцевский просп., 9
439-10-50

СДЮШОР ЦО «Олимп»

Волейбол, борьба вольная
Енюшин Виталий Юрьевич (ген. директор),
Курылев Юрий Александрович (директор),
Поспелова Ирина Валентиновна (завуч)
119454, ул. Удальцова, 67
133-17-28, 432-98-11
факс 131-80-74

ДЮСШ № 93 «На Можайке»

Лыжные гонки, настольный теннис, бокс
Богдан Валерий Александрович (директор),
Рожков Владимир Иванович (завуч)
ул. Гришина, 8, корп. 3
446-14-15, 440-38-98
факс 446-08-70

СДЮШОР № 94

Футбол, академическая гребля, гребля на байдарках и каноэ, женский футбол
Греков Александр Иванович (директор),
Григорьева С.Е. (зам. директора)
121500, ул. Василия Ботылева, 41
8-499-727-40-05
8-499-727-40-11

ДЮСШ № 95

Вольная борьба, легкая атлетика
Марковский Геннадий Александрович (директор),
Трунова Марина Николаевна (зам. директора)
121087, Б. Филевская, 6
145-03-14, 148-94-53

ДЮСШ № 96 «Борец»

Дзюдо, самбо, греко-римская борьба, сумо
Куринной Игорь Игоревич (директор),
Пиняскин Андрей Михайлович (зам. директора)
119634, Боровское ш., 37, корп. 1
733-57-67



СДЮШОР ЦО «Спарта»*Греко-римская борьба*Миронов Геннадий Васильевич (директор),
ул. Маршала Тимошенко, 36, корп. 2149-55-40
149-29-68, 149-28-94**ДЮСШ № 7***Хоккей с шайбой, фигурное катание на коньках, синхронное плавание, плавание, водное поло*Христофориди Георгий Харлампович (директор),
Голева Светлана Анатольевна (зам. директора)
119634, ул. Чоботовская, 4733-22-77, 732-15-71
732-43-18**ДЮСШ «Виктория»***Водно-лыжные виды спорта*Носачев Сергей Николаевич (директор)
Милютинский пер., 18

8-499-190-12-47, 729-10-67

Северо-Западный административный округ**СДЮШОР № 101***Лыжные гонки, гандбол*Вахрушев Юрий Леонидович (директор),
Усыкова Вера Александровна (зам. директора)
125363, ул. Сходненская, 15

490-16-81

ДЮСШ № 102*Лыжные гонки, биатлон, гандбол*Студеникина Светлана Ивановна (директор),
Дианова Елена Александровна (зам. директора)
123098, ул. Маршала Василевского, 1, корп. 1

8-499-196-07-55

ДЮСШ № 103 «Южное Тушино»*Регби, борьба греко-римская*Брызгалин Алексей Алексеевич (директор),
Пшеничных Сергей Михайлович (зам. директора)
125373, ул. Василия Петушкова, 10

949-55-48

948-01-03, 948-00-58, факс 948-03-07

ДЮСШ № 104 «Жемчужина»*Плавание, современное пятиборье, водное поло*Клейменов Геннадий Викторович (директор),
Чепрасова Светлана Андреевна (зам. директора)
ул. Генерала Белобородова, 29

794-41-08, 794-02-42

ДЮСШ № 8*Хоккей с шайбой, фигурное катание, плавание*Рыбальский Павел Иосифович (директор),
Чекрышкина Юлия Анатольевна (зам. директора)
ул. Генерала Глаголева, 10, стр. 3

8-499-199-17-65

8-499-199-16-06

Зеленоградский административный округ**СДЮШОР № 111***Лыжные гонки, греко-римская борьба, волейбол, баскетбол*Юлгушев Марат Рифатович (директор)
124482, Зеленоград, корп. 348-Б

534-20-86, 536-64-22

СДЮШОР № 112*Футбол, легкая атлетика, худож. гимнастика*Тулупов Михаил Викторович (директор)
Баранов Геннадий Алексеевич (зам. директора)
124575, Зеленоград, корп. 907

531-96-21

бух. 531-16-17

ДЮСШ № 10*Хоккей с шайбой, фигурное катание на коньках, керлинг, плавание, настольный теннис, регби*Бойко Евгений Валентинович (директор),
Хрущева Наталья Николаевна (зам. директора)
124498, Зеленоград, Озерная аллея, 4, 6

534-23-02

ДЮСШ № 114 «Рекорд»*Дзюдо, самбо*Абросимов Михаил Анатольевич (директор),
Костиков Борис Анатольевич (зам. по УТР)
Зеленоград, корп. 1613

8-499-738-26-69

ВЕТЕРИНАРНАЯ ПОМОЩЬ**КОМИТЕТ ВЕТЕРИНАРИИ ГОРОДА МОСКВЫ**

115419, ул. Донская, 37, корп. 3

пн-пт 9.00-18.00

«горячая линия»

www.moskomvet.ru

633-77-07, 633-78-30, 633-77-14

633-78-30, 612-12-12

Ветеринарные подразделения оказывают весь спектр услуг:

- терапия,
- хирургия (операции всех категорий сложности),
- рентген-диагностика,
- стоматология,
- родовспоможение, акушерство и гинекология,
- физиотерапия,
- УЗИ-диагностика,
- ЭКГ-исследование,
- клинико-диагностические исследования (исследование крови, мочи, кала),
- вакцинация с выдачей ветеринарных паспортов на животных,
- оформление ветеринарных сопроводительных документов для вывоза животного любым видом транспорта,
- оформление ветеринарных сопроводительных документов на животное для выставки,
- отовидеоскопия,
- санитарная стрижка животного,
- чипирование животных и идентификация чипов,
- консультации по уходу за животными, содержанию и кормлению,
- люминесцентная диагностика,
- ветеринарная аптека.

**НЕОТЛОЖНАЯ (КРУГЛОСУТОЧНАЯ)
ВЕТЕРИНАРНАЯ ПОМОЩЬ****Северный административный округ****ГУ «Мосветстанция» (карантинирование животных по бешенству, эвтаназия)**

ул. Юннатов, 16а

612-12-12, 614-74-61

Северо-Восточный административный округ**Бабушкинская участковая ветлечебница (эвтаназия)**

Хибинский пр-д, 2, стр. 1, 2

188-99-65, 188-96-83

Восточный административный округ**Станция по борьбе с болезнями животных**

ул. Старый Тай, 10а

375-38-11, 370-05-29

Южный административный округ**Советская участковая ветлечебница**

Старокаширское ш., 2, корп. 3

8-499-613-16-57

8-499-613-61-46

Красногвардейская участковая ветлечебница (выезд на дом)

ул. Каспийская, влад. 40

321-43-64, 321-70-83

Юго-Западный административный округ**Бутовская участковая ветлечебница**

ул. Скобелевская, 46

716-78-90, 716-78-72



ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 № 1206 «Об утверждении Порядка назначения и выплаты ежемесячных компенсационных выплат отдельным категориям граждан».

2. Федеральный закон от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

3. Федеральный закон от 21.12.1996 № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

4. Закон города Москвы от 04.06.1997 № 16 «Об организации работы по опеке, попечительству и патронату в городе Москве».

5. Федеральный закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

6. Федеральный закон от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

7. Закон города Москвы от 28.01.2004 № 4 «О молодежи».

8. Постановление Правительства Москвы от 06.04.2004 № 199-ПП «О порядке назначения и выплаты дополнительного единовременного пособия в связи с рождением ребенка молодым семьям».

9. Постановление Правительства Москвы от 06.04.2004 № 206-ПП «О ежемесячной компенсационной выплате отдельным категориям детей, оставшихся без попечения родителей».

10. Закон города Москвы от 03.11.2004 № 67 «О ежемесячном пособии на ребенка».

11. Закон города Москвы от 15.12.2004 № 87 «О порядке и размере выплаты денежных средств на содержание детей, находящихся под опекой (попечительством)».

12. Постановление Правительства Москвы от 28.12.2004 № 911-ПП «Об утверждении положений о порядке назначения и выплаты ежемесячного пособия на ребенка и о порядке учета и исчисления величины среднедушевого дохода, дающего право на получение ежемесячного пособия на ребенка».

13. Закон города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве».

14. Закон города Москвы от 30.11.2005 № 61 «О дополнительной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

15. Постановление Правительства Москвы от 13.12.2005 № 994-ПП «О втором этапе Московской программы «Молодой семье — доступное жилье» на 2006–2008 годы».

16. Постановление Правительства Москвы от 24.01.2006 № 37-ПП «Об утверждении положения о порядке назначения и предоставления денежных выплат семьям с детьми в городе Москве».

17. Постановление Правительства Москвы от 31.01.2006 года № 62-ПП «О Положении о порядке определения платы, взимаемой с родителей (законных представителей), за содержание детей в государственных образовательных учреждениях системы Департамента образования города Москвы, реализующих общеобразовательные программы дошкольного образования, дошкольных образовательных учреждений системы Департамента здравоохранения города Москвы и дошкольных образовательных учреждений системы Департамента социальной защиты населения города Москвы».

18. Постановление Правительства Москвы от 02.05.2006 № 306-ПП «Об итогах выполнения городских жилищных программ в 2005 году и о городских жилищных программах на 2006 год».

19. Закон города Москвы от 14.06.2006 № 29 «Об обеспечении права жителей города Москвы на жилые помещения».

20. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.06.2006 № 378 «Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире».

21. Федеральный закон от 05.12.2006 № 207-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».

22. Указ Президента Российской Федерации от 26.12.2006 № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».



23. Постановление Правительства Москвы от 27.12.2006 № 1038-ПП «Об утверждении Порядка оплаты труда приемных родителей».

24. Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию».

25. Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».

26. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 № 873 «О порядке выдачи государственного сертификата на материнский (семейный) капитал».

27. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 № 865 «Об утверждении Положения о назначении и выплате государственных пособий гражданам, имеющим детей».

28. Постановление Правительства Москвы от 23.01.2007 № 24-ПП «О Среднесрочной жилищной программе «Москвичам — доступное жилье» на период 2007–2009 гг. и задании на 2010 год».

29. Постановление Правительства Москвы от 13.02.2007 № 90-ПП «О порядке назначения и выплаты компенсации части родительской платы за содержание ребенка в государственных образовательных учреждениях, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования».

30. Постановление Правительства Москвы от 24.04.2007 № 315-ПП «Об уполномоченных органах, осуществляющих назначение и выплату единове-

ренного пособия при передаче ребенка на воспитание в семью».

31. Постановление Правительства Москвы от 15.05.2007 № 351-ПП «О дополнительных мерах социальной поддержки отдельных категорий родителей, опекунов (попечителей), занятых уходом за ребенком-инвалидом или инвалидом с детства до 23 лет».

32. Постановление Правительства Москвы от 15.05.2007 № 376-ПП «О мерах по реализации Закона города Москвы от 30 ноября 2005 года № 61 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в городе Москве».

33. Постановление Правительства Москвы от 19.06.2007 № 468-ПП «Об итогах выполнения городских жилищных программ в 2006 году и о городских жилищных программах на 2007–2008 годы».

34. Постановление Правительства Москвы от 02.10.2007 № 854-ПП «Об обеспечении жилыми помещениями в городе Москве детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из их числа».

35. Федеральный закон от 25.10.2007 № 233-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

Все вышеперечисленные нормативные акты можно найти в системах «ГАРАНТ», «КОНСУЛЬТАНТ ПЛЮС», на сайтах Правительства Российской Федерации (www.gov.ru), Правительства Москвы (www.mos.ru).

Использованы следующие сокращения:

| | |
|-----------------|---|
| РУСЗН | — районное управление социальной защиты населения |
| ЗАГС | — отдел записи актов гражданского состояния |
| ПФР | — территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации |
| Бюро МСЭ | — территориальный орган Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве» |
| ОВД | — орган внутренних дел |
| СКМ | — социальная карта москвича |
| МРОТ | — минимальный размер оплаты труда |
| ОУО | — окружное управление образования |



СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| ПРЕДИСЛОВИЕ. <i>Сельцовский А.П.</i> | 5 |
| Часть 1. ДЕТИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ | |
| ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. <i>Румянцев А.Г., Курцер М.А., Корсунский А.А., Тимакова М.В.</i> | 7 |
| Организация наблюдения за внутриутробным развитием ребенка. | 7 |
| Организация диспансерного наблюдения за здоровыми новорожденными детьми | 8 |
| Организация диспансерного наблюдения за здоровыми детьми первого года жизни | 12 |
| ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРНОГО И КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. <i>Дегтярев Д.Н., Лукина Л.И., Шунгарова З.Х.</i> | 16 |
| ПРАВИЛА ГИГИЕНЫ И УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. <i>Качалова О.В.</i> | 24 |
| ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. <i>Ильенко Л.И., Качалова О.В., Тимакова М.В.</i> | 37 |
| Характеристика грудного молока и обоснование обязательного кормления грудью детей до 6 месяцев | 37 |
| Кормление грудью детей после 6 месяцев | 52 |
| Противопоказания к грудному вскармливанию | 53 |
| Альтернативы грудному вскармливанию | 54 |
| Рекомендации родителям по грудному вскармливанию | 55 |
| Первые проблемы | 63 |
| ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. <i>Конь И.Я.</i> | 70 |
| ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. <i>Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Новокшенов А.А.</i> | 82 |
| Острые респираторные вирусные инфекции | 82 |
| Грипп | 82 |
| Парагрипп | 85 |
| Аденовирусная инфекция | 86 |
| Респираторно-синцитиальная инфекция (РС-инфекция) | 88 |
| Риновирусная инфекция | 89 |
| Реовирусная инфекция | 90 |
| Лечение гриппа и ОРЗ | 91 |
| Синдром крупа при острых респираторных вирусных инфекциях | 93 |
| Острые кишечные инфекции | 116 |
| Клинические критерии диагностики синдромов токсикоза | 118 |
| Клинические критерии постановки топического диагноза | 120 |
| Особенности кишечных инфекций у детей грудного возраста | 121 |
| Классификация острых кишечных инфекций по типу диареи | 140 |
| Основные принципы (протокол) лечения ОКИ у детей грудного возраста в зависимости от тяжести заболевания и типа диареи | 143 |
| ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ. <i>Шамшева О.В., Учайкин В.Ф.</i> | 154 |
| Теоретические основы вакцинопрофилактики | 154 |
| Характеристика вакцинных препаратов | 157 |
| Анатомические места и пути введения вакцин для эффективной и безопасной иммунизации | 159 |



| | |
|--|------------|
| Календарь профилактических прививок | 160 |
| Патология поствакцинального периода | 163 |
| Дифференциальный диагноз поствакцинальной патологии | 166 |
| Лечение поствакцинальной патологии | 168 |
| Лечение экстренных состояний | 169 |
| Профилактика поствакцинальной патологии | 170 |
| Мониторинг поствакцинальных осложнений | 172 |
| Вакцинация детей с отягощенным анамнезом | 173 |
| Вакцинация больных детей | 175 |
| Новые технологии вакцинаций | 178 |
| Профилактика инфекции вирусом папилломы человека (ВПЧ) | 178 |
| РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ. Кисина А.Г. | 180 |
| НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ. Блохин Б.М. | 182 |
| Острые заболевания верхних дыхательных путей | 182 |
| Обструкция нижних дыхательных путей | 183 |
| Отек легких | 184 |
| Расстройства дыхания во сне | 184 |
| Судорожный синдром | 185 |
| Менингококкцемия | 185 |
| Острая надпочечниковая недостаточность | 186 |
| Менингиты и энцефалиты | 186 |
| Инфекционный токсикоз | 187 |
| Гипертермический синдром | 188 |
| Острая сердечная недостаточность | 189 |
| Нарушения ритма сердца | 189 |
| Шоковые состояния | 190 |
| Термические поражения | 192 |
| Ранения и ушибы мягких тканей | 193 |
| Вывихи и переломы костей конечностей | 193 |
| Укусы ядовитых животных и насекомых | 194 |
| Неотложная помощь при острых отравлениях | 195 |
| Часть 2. ДЕТИ ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ | |
| ПРИНЦИПЫ БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ И ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ. Делягин В.М. | 196 |
| ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ. ИММУНОДЕФИЦИТЫ И ИХ ДИАГНОСТИКА В УСЛОВИЯХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УЧАСТКА. Делягин В.М. | 211 |
| ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 ДО 6 ЛЕТ. Румянцев А.Г., Делягин В.М. | 229 |
| Рост, развитие, принципы оценки, нормативы лабораторных показателей | 229 |
| Приложение 1 | 251 |
| Контроль за здоровьем: визит в 15-месячном возрасте | 253 |
| Контроль за здоровьем: визит в 18-месячном возрасте | 257 |
| Контроль за здоровьем: визит в 2-летнем возрасте | 261 |
| Контроль за здоровьем: визит в 3-летнем возрасте | 265 |
| Организация диспансерного наблюдения за здоровыми детьми третьего года жизни | 270 |
| Организация диспансерного наблюдения за здоровыми неорганизованными детьми дошкольного возраста | 272 |
| Контроль за здоровьем: визит в 4-летнем возрасте | 274 |



| | |
|---|------------|
| Контроль за здоровьем: визит в 5-летнем возрасте..... | 279 |
| Контроль за здоровьем: визит в 6-летнем возрасте..... | 284 |
| Анализы | 288 |
| Приложение 2 | 297 |
| «Вместе с Москвой — дружной семьей». Социальная поддержка семей с детьми | 301 |
| 1. Что полагается женщине в связи с беременностью и родами | 302 |
| 2. Что полагается семье в связи с рождением ребенка | 303 |
| 3. Если у вас малообеспеченная семья | 304 |
| 4. Если у вас студенческая семья | 305 |
| 5. Если у вас многодетная семья с 3–4 детьми..... | 307 |
| 6. Если у вас многодетная семья с 5–9 детьми..... | 309 |
| 7. Если у вас многодетная семья с 10 и более детьми | 311 |
| 8. Если у вас в семье ребенок-инвалид | 313 |
| 9. Если вы — одинокая мать (одинокий отец) | 316 |
| 10. Если ребенок потерял одного кормильца | 318 |
| 11. Если ребенок — круглый сирота | 319 |
| 12. Выплаты на детей военнослужащих срочной службы | 322 |
| 13. Выплаты на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов..... | 323 |
| 14. Если вы решили взять на воспитание в семью ребенка-сироту или ребенка, оставшегося без попечения родителей..... | 326 |
| 15. Если вы — опекун (попечитель) ребенка..... | 328 |
| 16. Если вы усыновили ребенка | 331 |
| 17. Если вы — приемный родитель | 333 |
| 18. Если вы — патронатный воспитатель..... | 335 |
| 19. Московская программа «Молодой семье — доступное жилье»..... | 337 |
| 20. Социальное обслуживание отдельных категорий семей с детьми | 339 |
| 21. Социальная карта москвича | 340 |
| 22. Паспорт здоровья ребенка..... | 341 |
| Куда звонить? | 344 |
| Перечень основных нормативных актов, регулирующих вопросы социальной поддержки семей с детьми в городе Москве..... | 371 |



**ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ
ЗА ЗДОРОВЬЕМ РЕБЕНКА**

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Под редакцией М.А. Курцера и А.Г. Румянцева

Ответственный за выпуск А.Э. Сулла

Выпускающий редактор Л. Волкова

Дизайн и верстка А. Гайс, С. Викулов

Подписано в печать 21.04.2008. Формат 84x108/16. Бумага офсетная №1
Гарнитура Minion Pro. Печать офсет. Усл. печ. л. 23,5. Тираж 12 000 экз. Заказ № 20223 (Кр-5м)
Издательство нормативно-правовой литературы. 105187, Москва, ул. Щербаковская, д. 53, корп. 16
Отпечатано в типографии ООО «Глобал Групп». Смоленск, ул. Маршала Еременко, д. 52

ISBN 978-5-9900919-2-4



9 785990 091924