

МОДЕЛЬНАЯ ГЛАВА ДЛЯ УЧЕБНИКОВ

ИВБДВ

Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста



**Всемирная Организация
Здравоохранения**
Департамент Здоровья и Развития Ребенка
и Подростка (САН)



ЮНИСЕФ

2001

© Всемирная Организация Здравоохранения, 2001

Данный документ не является официальным изданием Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), и все права зарезервированы Организацией. Тем не менее, разрешается свободное изучение, сокращение, перепечатывание и перевод данного документа частями или целиком за исключением с целью продажи или для использования в коммерческих целях.

Мнения, изложенные в документах названными авторами, представляют точку зрения данных авторов.

Дизайн minimum graphics.
Напечатано во Франции.

Содержание

Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста	1
Неравенства в системе детского здравоохранения	1
Обоснование синдромного и основанного на фактах подхода к ведению больных	2
Составные части интегрированного подхода	3
Принципы интегрированного ведения больных	3
Адаптация руководств к условиям страны	4
Процесс ведения больных ИВБДВ	4
Амбулатория	4
Стационар	4
Подходящее ведение на дому	4
Амбулаторное ведение детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет	6
Оценка больного ребенка	6
Сбор анамнеза – общение с ухаживающим за ребенком	6
Проверка на наличие общих признаков опасности	6
Проверка на наличие основных симптомов	7
Кашель или затрудненное дыхание	7
Диарея	9
Лихорадка	12
Проблемы с ухом	15
Проверка статуса питания – нарушение питания и анемия	15
Оценка кормления ребенка	17
Проверка прививочного статуса	17
Оценка по другим проблемам	18
Процедуры лечения больного ребенка	18
Направление в стационар детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет	18
Лечение в амбулатории	19
Оральные лекарственные препараты	19
Лечение местных инфекций	23
Консультирование матери или ухаживающего за ребенком	23
Последующее наблюдение	25

Амбулаторное ведение младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев	26
Оценка больных младенцев	26
Проверка на наличие основных симптомов	26
Бактериальная инфекция	26
Диарея	27
Проблемы кормления или низкий вес	27
Проверка прививочного статуса	28
Оценка по другим проблемам	29
Процедуры лечения младенцев	29
Направление в стационар младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев	29
Лечение в амбулатории	29
Оральные лекарственные препараты	29
Лечение местных инфекций	30
Консультирование матери или ухаживающего за ребенком	30
Последующее наблюдение	31
Принципы ведения больных детей в небольшом стационаре	32

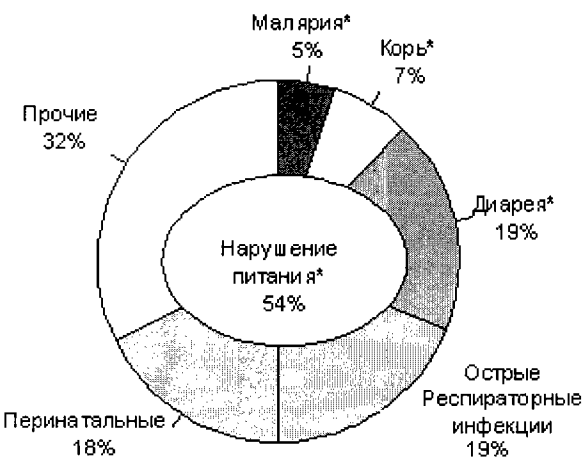
Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста

Неравенства в системе детского здравоохранения

Несмотря на то, что с 1970х годов ежегодное количество смертельных случаев среди детей в возрасте младше 5 лет снизилось почти на треть, такое снижение не было распределено равномерно по всему миру. По приведенным в *Отчете о Здравье в Мире 1999 года* данным, дети в странах с низким и средним достатком подвержены в 10 раз более высокому риску умереть, не достигнув 5-летнего возраста, по сравнению с детьми, проживающими в индустриально развитом мире. В 1998 году более чем в 50 странах детская смертность по-прежнему превышала 100 случаев на 1,000 живорожденных.¹

Каждый год в этих странах более 10 миллионов детей умирают, не достигнув 5-летнего возраста. Семь из 10 таких смертельных случаев вызваны острыми респираторными инфекциями (в основном, пневмонией), диареей, корью или нарушением питания – а также, часто сочетанием таких заболеваний (Рисунок 1).

Рисунок 1. Распределение 10.5 миллионов смертельных случаев среди детей в возрасте младше 5 лет во всех развивающихся странах, 1999 г.



¹ Всемирная Организация Здравоохранения. *Отчет о Здравье в Мире 1999 г. изменяя к лучшему*. Женева, ВОЗ, 1999 г.

² Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva, World Health Organization, 1996.

³ Всемирная Организация Здравоохранения. *Отчет Отдела Здравья и Развития Ребенка 1996-1997 гг.* Женева, ВОЗ, 1998 г.

Прогнозы, основанные на проведенном в 1996 году анализе *Глобального Бремена Заболевания*², указывают, что эти заболевания будут продолжать являться основными причинами детской смертности до 2020 года, если не будут предприняты гораздо более значительные усилия для борьбы с ними.

Детская и младенческая смертность являются чувствительными показателями неравенства и нищеты. Не удивительно, что наиболее часто и тяжело болеющие дети, страдающие от нарушения питания и подверженные наиболее высокому риску смертельного исхода вследствие своих заболеваний, принадлежат к наиболее незащищенным и непривилегированным слоям населения в странах с низким уровнем достатка. Однако, даже в странах со средним уровнем достатка и в так называемых индустриально развитых странах часто существуют географические районы с высоким уровнем детской смертности. В таких районах миллионы детей часто попадают в порочный круг нищеты и плохого здоровья – бедность приводит к плохому здоровью и плохое здоровье приводит к нищете.

Качество медицинской помощи является другим важным показателем неравенства в детском здравоохранении. Каждый день миллионы родителей обращаются за медицинской помощью для своих больных детей, приводя их в стационары, медицинские центры, к фармацевтам, врачам и традиционным лекарям. Проведенные исследования показывают, что многие медицинские работники неправильно оценивают и лечат больных детей, а также неправильно консультируют их родителей.³ В странах с низким уровнем достатка в медицинских учреждениях первого уровня такое диагностическое оборудование, как радиология и лабораторные службы, сведены к минимуму или вообще отсутствуют, лекарственные препараты и другие материалы также часто имеются в ограниченном количестве. Ограниченное количество расходных материалов и оборудования в сочетании с нерегулярным поступлением больных, предоставляет очень мало возможности для врачей на этом уровне системы здравоохранения для того, чтобы попрактиковаться в проведении сложных клинических процедур. Вместо этого, врачи часто основываются на анамнезе, признаках и симптомах для того, чтобы определить, как вести больного, максимально используя доступные ресурсы.

В таких условиях предоставление качественной медицинской помощи больным детям является серьезной задачей. Каким же образом можно изменить сложившуюся ситуацию? Опыт и научные факты показывают, что улучшение здоровья ребенка не обязательно зависит от использования сложных и дорогостоящих технологий, но скорее от применения

Улучшение здоровья ребенка не обязательно зависит от использования сложных и дорогостоящих технологий

эффективных стратегий, основанных на глобальном подходе и доступных большинству нуждающихся в медицинской помощи, которые учитывают существующий персонал и структуру систем здравоохранения, а также традиции и верования общины.

Обоснование синдромного и основанного на фактах подхода к ведению больных

Многие широко известные стратегии профилактики и лечения уже доказали свою эффективность для спасения детских жизней. Вакцинация в детском возрасте успешно позволила снизить смертность вследствие кори. Оральная регидратационная терапия способствовала значительному снижению смертности вследствие диареи. Эффективные антибактериальные препараты спасли миллионы детей от пневмонии.

Для достижения качественно новых результатов необходим более интегрированный подход к ведению больных детей.

Программы по охране здоровья детей должны делать больше, чем контроль одного заболевания, они должны заниматься в целом здоровьем и благосостоянием детей

Своевременное лечение малярии позволило большему количеству детей выздороветь и вести здоровый образ жизни. Даже скромные улучшения практики грудного вскармливания позволяют снизить детскую смертность.

Несмотря на то, что каждое из этих мероприятий подтвердило свою эффективность, собранные факты указывают на то, что для достижения качественно новых результатов необходим более

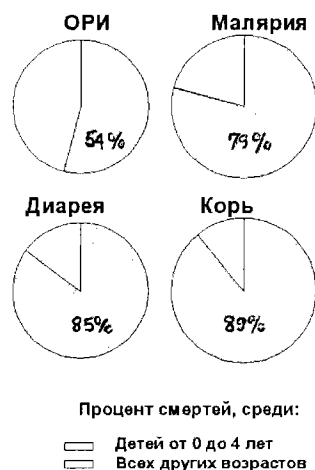
интегрированный подход к ведению больных детей. Программы по охране здоровья детей должны делать больше, чем контроль одного заболевания, они должны заниматься в целом здоровьем и благосостоянием детей. Поскольку у многих детей наблюдаются сразу несколько накладывающихся друг на друга признаков и симптомов различных заболеваний, выбор одного диагноза может быть затруднен, непрактичен или совсем неприемлем. Это особенно верно для медицинских учреждений первого уровня, где обследование проводится с помощью небольшого количества инструментов, с незначительным объемом или при отсутствии лабораторных исследований, а также при отсутствии рентгенологического исследования.

В середине 1990-х годов Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и многими другими организациями, институтами и частными лицами для решения этой задачи была разработана стратегия, названная Интегрированным Ведением Болезней Детского Возраста (ИВБДВ). Несмотря на то, что основной причиной для разработки стратегии ИВБДВ была необходимость оказания больным клинической помощи, стратегия также включает такие аспекты, как питание, иммунизация, а также другие важные элементы профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни. Задачей стратегии является снизить смертность, частоту и тяжесть заболеваний, инвалидность, а также способствовать улучшенному росту и развитию.

Клинические руководства ИВБДВ разработаны для детей в возрасте младше 5 лет – возрастная группа, подверженная наибольшему риску смертельного исхода вследствие наиболее распространенных детских болезней (Рисунок 2).

Руководства включают основанный на фактах синдромный подход к ведению больных, который поддерживает рациональное, эффективное и доступное использование лекарственных препаратов и диагностических инструментов. Основанная на фактах медицина подчеркивает важность оценки фактов, полученных в результате клинического исследования, и осторожное использование интуиции, несистематического клинического опыта, а также не опробованного патофизиологического мышления в процессе принятия клинических решений.⁵ В условиях

Рисунок 2. Соотношение Глобального Бремена Избранных Заболеваний у Детей в Возрасте Младше 5 Лет (Прогноз, 2000 г.)⁴



⁴ Адаптировано из Murray and Lopez, 1996

ограниченных лабораторных и клинических ресурсов синдромный подход является наиболее реалистичным и финансово эффективным способом ведения больных. Внимательная и систематическая оценка

наиболее распространенных симптомов и правильно выбранных клинических признаков предоставляет достаточно информации для проведения рационального и эффективного лечения.

Основанный на фактах синдромный подход может быть использован для того, чтобы определить:

- Проблему(ы) со здоровьем, которая(ые) могут быть у ребенка;
- Тяжесть состояния ребенка;
- Действия, которые можно произвести для оказания помощи ребенку (например, немедленно направить ребенка в стационар, вести с помощью существующих ресурсов или вести на дому).

В дополнение к перечисленному выше, стратегия ИВБДВ пропагандирует:

- Приведение лечебных мероприятий в соответствие с существующим персоналом и функциями системы здравоохранения; а также
- Активное вовлечение членов семьи и общины в процесс оказания медицинской помощи.

Родители, если их правильно информировать и

Внимательная и систематическая оценка наиболее распространенных симптомов и правильно выбранных клинических признаков предоставляет достаточно информации для проведения рационального и эффективного лечения.

консультировать, могут сыграть важную роль в улучшении здоровья своих детей, следуя советам, полученным от медицинского работника, соблюдая подходящую практику кормления и обращаясь к врачу, как только у ребенка появятся симптомы. Критическим примером необходимости оказания своевременной помощи является

Африка, где, приблизительно, 80 процентов детских смертей происходит дома, до того, как ребенок получает какой-либо контакт с медицинским учреждением.⁶

⁵ Chessare JB. Teaching clinical decision-making to pediatric residents in an ear of managed care. *Paediatrics*, 1998, 101 (4 Pt): 762-766

⁶ Oluwole D et al. Management of childhood illness in Africa. *British medical journal*, 1999, 320:594-595.

Составные части интегрированного подхода

Стратегия ИВБДВ включает как профилактические, так и клинические мероприятия, направленные на улучшение качества помощи, оказываемой в медицинских учреждениях, в системе здравоохранения и на дому. Ядром стратегии является интегрированное ведение болезней детского возраста с ударением на наиболее распространенные причины смертельного исхода.

Стратегия включает три основных компонента:

- Улучшение навыков ведения больных у медицинского персонала путем предоставления адаптированных к местным условиям руководств по интегрированному ведению болезней детского возраста и проведения мероприятий по пропаганде их использования;
- Общее улучшение системы здравоохранения необходимое для эффективного ведения болезней детского возраста;
- Улучшение практики ведения больных в семье и общине.

Принципы интегрированного ведения больных

Руководства ИВБДВ основаны на следующих принципах:

- Все больные дети должны быть обследованы на наличие **«общих признаков опасности»**, которые указывают на необходимость срочного направления или приема на стационарное лечение.

⁷ Степень чувствительности и специфичности определяет диагностическую ценность клинического признака по сравнению с так называемым золотым стандартом, который по определению имеет 100% чувствительность и 100% специфичность. Чувствительность определяет соотношение или процент детей с данным заболеванием, правильно выявленных с помощью этого признака. Другими словами, этот показатель измеряет, насколько чувствителен данный признак для выявления заболевания. (Чувствительность = правильные положительные результаты / [правильные положительные результаты + неправильные отрицательные результаты]). Специфичность определяет соотношение детей без данного заболевания, которые были правильно определены, как не страдающие данным заболеванием с помощью этого признака. (Специфичность = правильные отрицательные результаты / [правильные отрицательные результаты + неправильные положительные результаты]).

■ Всех больных детей следует **рутинно оценивать по основным симптомам** (для детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет: кашель или затрудненное дыхание, диарея, лихорадка, проблемы с ухом; для младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев: бактериальная инфекция и диарея). Детей также необходимо рутинно оценивать по **статусу питания, прививочному статусу, проблемам кормления, а также по другим возможным проблемам**.

■ Необходимо использовать только **ограниченное количество тщательно выбранных клинических признаков**, основываясь на фактах их чувствительности и специфичности⁷ для выявления заболевания.

Эти признаки были выбраны, учитывая условия и реалии медицинских учреждений первого уровня.

■ Сочетание отдельных признаков приводит к **классификации(ям) заболевания ребенка, а не к диагнозу**. Классификация(и) указывает(ют) на степень тяжести заболевания(й). Классификации говорят о необходимости выполнения определенных действий, основываясь на том, (а) должен ли ребенок быть срочно направлен для оказания ему медицинской помощи на другом уровне системы здравоохранения, (б) нуждается ли ребенок в проведении специального лечения (например, антибактериальное или противомаларийное лечение), или (в) можно ли ребенка безопасно вести на дому. **Классификации закодированы цветом**: розовый цвет указывает на необходимость направления в стационар или прием на стационарное лечение, желтый цвет указывает на необходимость начала проведения лечения, а зеленый цвет подразумевает лечение на дому.

■ Руководства ИВБДВ охватывают **почти все, за редким исключением, основные причины, по которым больной ребенок поступает в медицинское учреждение**. Ребенок, возвращающийся в медицинское учреждение с хронической проблемой или менее распространенным заболеванием, может нуждаться в специальном лечении. В руководствах не описывается ведение травм или других наиболее срочных видов неотложного лечения, необходимых при несчастных случаях и повреждениях.

■ Процедуры ведения больных ИВБДВ используют **ограниченное число основных лекарственных препаратов и поощряют активное участие ухаживающих за детьми в процессе лечения** детей.

■ Одним из основных компонентов руководств ИВБДВ является **консультирование ухаживающих за детьми** по вопросам ведения больных на дому, включая консультирование по вопросам кормления, жидкостям, а также по тому, когда следует вернуться в медицинское учреждение.

Адаптация руководств к условиям страны

Основополагающие принципы руководств ИВБДВ являются неизменными. Однако, в каждой стране клинические руководства ИВБДВ необходимо адаптировать таким образом, чтобы:

- Охватить все наиболее серьезные болезни детского возраста, обычно выявляемые в медицинских учреждениях первого уровня;
- Привести руководства в соответствие с национальными руководствами по лечению и другими установками; а также
- Сделать возможным внедрение ИВБДВ в систему здравоохранения и в практику семей, ухаживающих за своими детьми на дому.

Адаптация руководств ИВБДВ, обычно, координируется национальным регулирующим органом (например, Министерством Здравоохранения) и включает решения, принятые после тщательного рассмотрения национальными экспертами. Поэтому некоторые описанные ниже клинические признаки и детали клинических процедур могут отличаться от используемых в конкретной стране. Однако, общие принципы, используемые для ведения больных детей, полностью применимы во всех условиях.

Процесс ведения больных ИВБДВ

Ведение больного ребенка, поступившего в медицинское учреждение первого уровня, включает несколько важных элементов (смотрите Рисунок 3).

Амбулатория

- Оценка;
- Классификация и определение лечения;
- Направление в стационар, лечение или консультирование ухаживающего за ребенком (в зависимости от обнаруженной(ых) классификации(й));

- Последующее наблюдение.

Стационар

- Неотложная сортировочная оценка и лечение (НСОЛ);
- Диагноз, лечение и мониторинг изменения состояния больного.

Подходящее ведение на дому

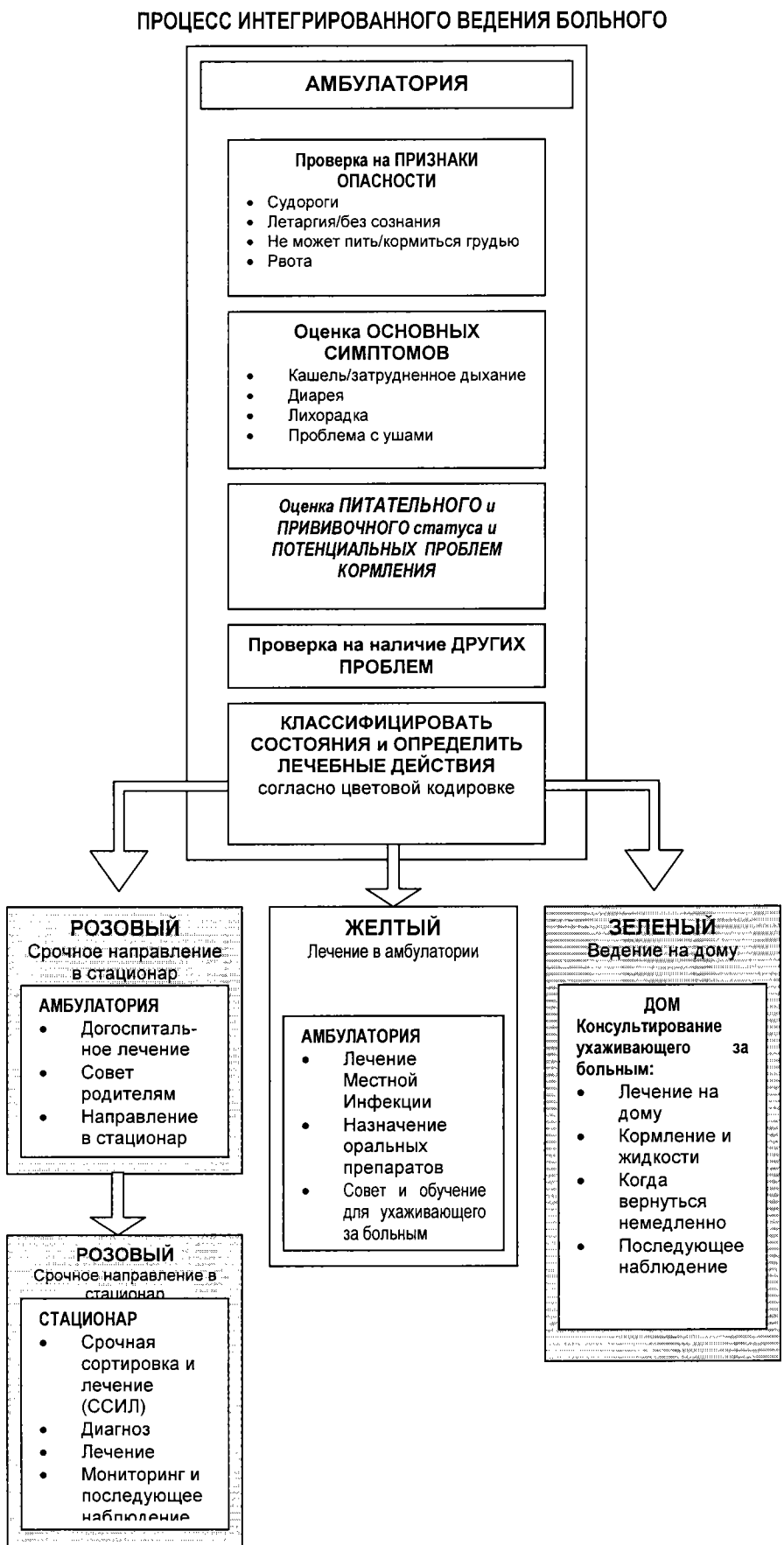
- Обучение матери или другого ухаживающего за ребенком тому, как давать оральные лекарственные препараты и лечить местные инфекции на дому;

- Консультирование матери или другого ухаживающего за ребенком по вопросам кормления (рекомендации по кормлению, проблемы кормления); жидкостям; когда следует вернуться в медицинское учреждение; по проблемам собственного здоровья матери.

В зависимости от возраста ребенка различные клинические признаки и симптомы имеют различную степень надежности, диагностической ценности и важности. Поэтому рекомендация выбора процедур ведения больных в руководствах ИВБДВ основана на двух возрастных категориях:

- Дети в возрасте от 2 месяцев до 5 лет
- Младенцы в возрасте от 1 недели до 2 месяцев

Рисунок 3. Ведение ИВБДВ больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет в амбулатории, стационаре первого уровня и на дому



Амбулаторное ведение детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет

Оценка больного ребенка

Процедура проведения оценки для данной возрастной группы включает несколько важных этапов, которые должны быть выполнены медицинским работником, включая: (1) сбор анамнеза и общение с ухаживающим за ребенком по проблеме у ребенка; (2) проверка на наличие общих признаков опасности; (3) проверка на наличие основных признаков; (4) проверка статуса питания; (5) оценка кормления ребенка; (6) проверка прививочного статуса; а также (7) оценка по другим проблемам.

Сбор анамнеза – общение с ухаживающим за ребенком

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза ■
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания
- Прививочный статус
- Другие проблемы

Очень важно наладить эффективное общение с матерью или ухаживающим за ребенком. Для того, чтобы не пропустить распространенные проблемы или признаки заболевания и нарушения питания, необходимо использовать правильные приемы общения. Использование правильных приемов общения помогает убедить мать или ухаживающего за ребенком, что ребенку будет оказана качественная медицинская помощь. В дополнение, успех лечения на дому зависит от того, насколько хорошо мать или ухаживающий за ребенком умеют проводить лечение и понимают его важность.

Ниже приведены этапы установления правильного общения:

- **Внимательно выслушайте ухаживающего за ребенком.** Это покажет ухаживающему за ребенком, что вы серьезно относитесь к его беспокойству.

- **Используйте понятные ухаживающему за ребенком слова.** Постарайтесь использовать местные слова и избегайте медицинской терминологии.

- **Предоставьте ухаживающему за ребенком время для ответа на вопросы.** Ухаживающему за ребенком может потребоваться время для того, чтобы обдумать ваш вопрос и решить, есть ли у ребенка данный клинический признак.

- **Задайте дополнительные вопросы, если ухаживающий за ребенком не уверен в ответе.** Ухаживающий за ребенком может быть не уверен в том, есть ли у ребенка данный симптом или клинический признак. Задайте дополнительные вопросы для того, чтобы помочь ухаживающему за ребенком дать четкие ответы.

Проверка на наличие общих признаков опасности

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности ■
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания
- Прививочный статус
- Другие проблемы

У поступившего в амбулаторию больного ребенка могут быть признаки, четко указывающие на наличие специфической проблемы. Например, у ребенка может быть втяжение грудной клетки или цианоз, которые указывают на тяжелую пневмонию. Однако, у некоторых детей могут быть серьезные, неспецифические признаки, называемые "общие признаки опасности", которые не указывают на конкретный диагноз. Например, у ребенка, который летаргичен или без сознания, может быть менингит, тяжелая пневмония, церебральная малярия или другое тяжелое заболевание. Необходимо внимательно следить за тем, чтобы не пропустить ни одного из таких общих признаков опасности, поскольку их наличие указывает на то, что ребенок тяжело болен и нуждается в немедленной помощи.

Приведенные ниже признаки опасности необходимо рутинно проверять у всех детей.

- **У ребенка были судороги во время данного заболевания.** Судороги могут быть вызваны лихорадкой. В таком случае, судороги не опасны для здоровья ребенка и только пугают мать. В



других случаях судороги могут быть связаны с менингитом, церебральной малярией или другими опасными для жизни проблемами. Все дети, у которых были судороги во время данного заболевания, должны расцениваться как серьезно больные.

- **Ребенок в бессознательном или летаргическом состоянии.** Ребенок без сознания, вероятнее всего, серьезно болен. Летаргичный ребенок, который не спит, но не реагирует нормально на звуки и движения, также может быть очень болен. Такие признаки могут быть обусловлены различными заболеваниями.

- **Ребенок не может пить или сосать грудь.** Ребенок, возможно, не может пить либо потому, что он очень слаб, либо он не может глотать. Не следует полностью полагаться на сведения, полученные от матери. Необходимо понаблюдать, как мать пытается кормить ребенка грудью или поить.

- **У ребенка рвота после любой пищи или питья.** Рвота сама по себе может быть признаком серьезного заболевания, однако, этот признак также необходимо отметить, поскольку такой ребенок не сможет принимать лекарственные средства или жидкости для регидратации.

Если у ребенка есть **один или несколько** таких признаков, его необходимо классифицировать как **серьезно больного**, и такой ребенок почти всегда нуждается в направлении в стационар. Для того, чтобы без промедления начать лечение тяжелых заболеваний, ребенка необходимо быстро оценить по наиболее важным причинам серьезного заболевания и смертельного исхода – острая респираторная инфекция (ОРИ), диарея и лихорадка (особенно, обусловленная малярией и корью). Кроме того, необходимо провести быструю оценку статуса питания, поскольку нарушение питания является еще одной основной причиной смертельного исхода.

Проверка на наличие основных симптомов

После проверки на наличие общих признаков опасности, медицинский работник должен проверить на наличие основных симптомов. В базовых клинических руководствах ИВБДВ приведены четыре следующих симптома: (1) кашель или затрудненное дыхание; (2) диарея; (3) лихорадка; и (4) проблемы с ухом.

Первые три симптома включены, поскольку они часто приводят к смертельному исходу. Проблемы с ухом включены, поскольку они считаются одной из основных причин детской инвалидности в странах с низким и средним уровнем достатка.

Кашель или затрудненное дыхание

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы** ■
- Кашель или затрудненное дыхание ■
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания**
- Прививочный статус**
- Другие проблемы**

Ребенка с кашлем или затрудненным дыханием сначала необходимо оценить по общим признакам опасности. У такого ребенка может быть пневмония или другая тяжелая респираторная инфекция. После проверки на наличие признаков опасности, необходимо расспросить ухаживающего за ребенком об этом основном симптоме.

Клиническая оценка

Для оценки больного ребенка с кашлем или затрудненным дыханием используются следующие три клинических признака:

- **Частота дыхания**, которая позволяет отличить детей с пневмонией от детей, у которых нет пневмонии;
- **Втяжение нижней стенки грудной клетки**, которая указывает на тяжелую пневмонию; а также
- **Стридор**, который позволяет выявить больных с тяжелой пневмонией, которые нуждаются в приеме на стационарное лечение.

Ни один клинический признак не обладает лучшим сочетанием чувствительности и специфичности для выявления пневмонии у детей в возрасте младше 5 лет, чем **частота дыхания, а именно, учащенное дыхание**. Даже аускультация, проведенная экспертом, менее эффективна, чем один этот признак.

Пороговые значения для определения учащенного дыхания (значение, начиная с которого частое дыхание расценивается как учащенное) зависят от возраста ребенка. Нормальная частота дыхания у детей в возрасте от 2 месяцев до 12 месяцев выше, чем у детей в возрасте от 12 месяцев до 5 лет.

Возраст ребенка	Пороговые значения для учащенного дыхания
От 2 месяцев до 12 месяцев	50 дыханий в минуту или более
От 12 месяцев до 5 лет	40 дыханий в минуту или более

Примечание: Специфичность признака частоты дыхания для выявления пневмонии зависит от доминирующего положения бактериальной пневмонии среди местного населения. В районах с высоким уровнем распространения вирусной пневмонии, частота дыхания имеет относительно низкую специфичность. Тем не менее, даже если использование частоты дыхания в некоторых случаях приводит к чрезмерному лечению, это незначительно по сравнению с рутинным использованием антибактериальных средств для лечения всех детей с острыми респираторными заболеваниями, как это происходит во многих медицинских учреждениях.

Термин **втяжение нижней стенки грудной клетки** обозначает движение вовнутрь костной структуры стенки грудной клетки во время вдоха и является важным признаком тяжелой пневмонии. Этот признак более специфичен, чем «межреберное втяжение», который включает только втяжение мягких тканей между ребер без участия костной структуры стенки грудной клетки.⁸ У ребенка есть втяжение грудной клетки только тогда, когда этот признак *постоянно наблюдается в покое*. Возбужденное состояние, заложенный нос или сосание груди, все это может вызвать временное втяжение грудной клетки.

Стридор – это хрипящий звук при вдохе ребенка (когда ребенок **вдыхает**). Дети со стридором в покое подвержены повышенному риску обструкции и должны быть направлены в стационар. У некоторых детей с легким крупом есть стридор только тогда, когда они плачут или возбуждены. Это не должно служить причиной для неоправданного направления таких детей в стационар. В некоторых случаях при выдохе ребенка (когда ребенок **выдыхает**) слышен астмоидный звук. Это не стридор. Астмоидный звук чаще всего бывает обусловлен астмой. Опыт показывает, что даже в районах с высокой заболеваемостью астмой смертность вследствие астмы встречается достаточно редко. В некоторых случаях, особенно, если у ребенка астмоидные звуки при выдохе, окончательное решение о том, есть ли у ребенка учащенное дыхание или нет, может быть принято после проведения теста с помощью

быстродействующего бронхолитика (если возможно). На этом уровне, не делается разницы между детьми с бронхиолитом и детьми с пневмонией.

Классификация кашля или затрудненного дыхания

Основываясь на сочетании перечисленных выше признаков, детей с кашлем или затрудненным заболеванием можно классифицировать по трем следующим категориям:

- Дети, нуждающиеся в направлении в стационар по возможной **тяжелой пневмонии или очень тяжелому заболеванию**.

Эта группа включает детей с любым общим признаком опасности или втяжением нижней стенки грудной клетки, или стридором в покое. Дети с **тяжелой пневмонией или очень тяжелым заболеванием**, вероятнее всего, инфицированы инвазивными бактериальными организмами и страдают заболеваниями, которые могут представлять опасность для жизни. Это оправдывает использование инъекционных антибактериальных препаратов.



- Дети, нуждающиеся в амбулаторном лечении с помощью антибактериальных препаратов, вследствие высокой вероятности наличия у них бактериальной **пневмонии**.

Эта группа включает всех детей с учащенным дыханием для своего возраста. Признак учащенного дыхания, как определяется ВОЗ, позволяет выявить около 80 процентов детей с пневмонией, которые нуждаются в лечении с помощью антибактериальных препаратов. Было доказано, что лечение, основанное на данной классификации, снижает смертность.⁹

⁸ Mulholland EK et al. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. *Pediatric infectious disease journal*, 1992, 11:77-81

⁹ Sazawal S, Black RE. Meta-analysis of intervention trials on case management of pneumonia in community settings. *Lancet*, 1992, 340(8818):528-533.

● Учащенное дыхание	ПНЕВМОНИЯ
---------------------	-----------

■ Дети, у которых просто **кашель или простуда** и которые не нуждаются в лечении с помощью антибактериальных препаратов.

Такие дети могут нуждаться в лечении с помощью безопасного средства для того, чтобы облегчить кашель. Ребенок с кашлем или простудой, обычно, выздоравливает через одну или две недели. Однако, ребенок с хроническим кашлем (более 30 дней) нуждается в дополнительной оценке (и, если необходимо, в направлении в стационар) для того, чтобы исключить наличие туберкулеза, астмы, астмоидного бронхита или другой проблемы.



Диарея

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы** ■
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея ■
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания**
- Прививочный статус**
- Другие проблемы**

Ребенка с диареей необходимо сначала оценить по общим признакам опасности. Необходимо расспросить ухаживающего за ребенком, есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание.

Диарея является следующим симптомом, который необходимо рутинно проверять у **каждого ребенка**, поступившего в медицинское учреждение. Ребенок с диареей может страдать от следующих трех потенциально смертельно опасных заболеваний: (1) острая водянистая диарея (включая холеру); (2) дизентерия (кровавая диарея); а также (3) затяжная диарея (диарея, продолжающаяся более 14 дней). Всех детей с диареей необходимо оценить по: (а) признакам обезвоживания; (б) продолжительности диареи у ребенка; а также (в) есть ли кровь в стуле, для того, чтобы определить, есть ли у ребенка дизентерия.

Клиническая оценка

Всех детей с диареей необходимо оценить для того, чтобы определить продолжительность диареи, есть ли

кровь в стуле, а также есть ли обезвоживание. Для того, чтобы определить степень обезвоживания используется несколько клинических признаков:

Общее состояние ребенка. В зависимости от степени обезвоживания ребенок с диареей может быть летаргичен или без сознания (это также является общим признаком опасности) или выглядеть беспокойным/раздражимым. Только те дети, которых никак нельзя успокоить, должны быть признаны беспокойными или болезненно раздражимыми.

Запавшие глаза. Глаза ребенка с обезвоживанием могут выглядеть *запавшими*. У ребенка с тяжелым нарушением питания и видимым истощением (то есть, у ребенка с маразмом) глаза могут постоянно выглядеть запавшими, даже если у ребенка нет обезвоживания. Несмотря на то, что признак «запавшие глаза» является менее надежным у ребенка с видимым истощением, он все равно может быть использован для классификации степени обезвоживания ребенка.

Реакция ребенка, когда ему предлагают пить.

Ребенок *не может пить*, если он не может набирать жидкость в рот и проглатывать ее. Например, ребенок не может пить, поскольку он летаргичен или без сознания. Ребенок *пьет плохо*, если ребенок ослаблен и не может пить без посторонней помощи. Ребенок может глотать жидкость только, если ее внести ему в рот. У ребенка есть признак *пьет с жадностью, жажда*, если ребенок явно хочет пить. Посмотрите, тянется ли ребенок к чашке или ложке, когда ему предлагают воду. Когда воду убирают, выглядит ли ребенок расстроенным потому, что еще хочет пить. Если ребенок пьет только, если ему активно предлагают воду и больше не хочет пить, значит у такого ребенка нет признака «пьет с жадностью, жажда».

Эластичность кожи. Проверьте эластичность кожи с помощью теста кожной складки. После отпускания, кожная складка расправляется либо *очень медленно* (более 2 секунд), либо *медленно* (складка остается в течение короткого мгновения) или *немедленно*. У ребенка с маразмом (тяжелое нарушение питания) кожная складка может расправиться медленно даже, если у ребенка нет обезвоживания. У ребенка с избыточным весом или с отеком кожная складка может расправиться немедленно даже, если ребенок обезвожен.

После того, как ребенок был оценен по степени обезвоживания, ухаживающего за ребенком необходимо спросить, как долго у ребенка продолжается диарея и есть ли кровь в стуле. Это позволит выявить детей с затяжной диареей и дизентерией.

Классификация обезвоживания

Стандартные процедуры для проверки реакции кожной складки
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Выберите место на животе ребенка посередине между пупком и боковой стенкой живота. Затем возьмите кожу в складку между большим и указательным пальцем. ▪ Расположите руку таким образом, чтобы кожная складка была параллельна телу ребенка, а не поперек его. ▪ Важно надежно захватить все слои кожи и подкожную ткань в кожную складку в течение 1 секунды и затем отпустить ее.

Основываясь на сочетании приведенных выше клинических признаков, дети с диареей классифицируются по трем следующим категориям:

■ Дети с **тяжелым обезвоживанием**, которые нуждаются в немедленном проведении внутривенного вливания, назогастральном или оральном восстановлении жидкости в соответствии с руководствами ВОЗ, описанными в Плане В (смотрите рисунок 4 под заголовком процедуры лечения).

У больных есть тяжелое обезвоживание, если у них в организме есть дефицит жидкости, превышающий 10 процентов общего веса тела. У ребенка тяжелое обезвоживание, если у него есть сочетание следующих двух признаков: летаргичен или без сознания, не может пить или пьет плохо, запавшие глаза или кожная складка расправляется очень медленно.

<p>Два из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Летаргичен или без сознания ● Запавшие глаза ● Не может пить или пьет плохо ● Кожная складка расправляется очень медленно 	<p>ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ</p>
---	-------------------------------------

■ Дети с **умеренным обезвоживанием**, которые нуждаются в активном оральном лечении с помощью раствора ОРС в соответствии с клиническими руководствами ВОЗ, описанными в Плане Б (смотрите рисунок 5 под заголовком Процедуры лечения).

В данную группу входят дети с сочетанием следующих двух признаков: беспокойный/раздражимый, запавшие глаза, пьет с жадностью/жажда, кожная складка расправляется медленно. У детей с умеренным обезвоживанием дефицит жидкости в организме составляет от 5 до 10 процентов от общего веса тела. Такая классификация включает как «легкое», так и «среднее» обезвоживание, то есть термины, используемые в большинстве пособий по педиатрии.

<p>Два из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Беспокоен, болезненно раздражим ● Запавшие глаза ● Пьет с жадностью, жажда ● Кожная складка расправляется медленно 	<p>УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ</p>
--	---------------------------------------

■ Дети с диареей, у которых **нет обезвоживания**.

У больных с диареей, но без признаков обезвоживания, обычно, есть дефицит жидкости в организме, однако, этот дефицит, обычно, не превышает 5 процентов общего веса тела. Несмотря на то, что у таких детей отсутствуют характерные признаки обезвоживания, им необходимо давать больше жидкости, чем обычно, в соответствии с разработанным ВОЗ Планом Лечение А с целью профилактики обезвоживания (смотрите рисунок 5 под заголовком Процедуры лечения).

<ul style="list-style-type: none"> ● Недостаточно признаков для классификации как умеренное или тяжелое обезвоживание 	<p>НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ</p>
--	---------------------------------

Примечание: Не следует рутинно использовать антибактериальные препараты для лечения диареи. Большинство эпизодов диареи вызываются нечувствительными к антибактериальным препаратам агентами, например, вирусами или бактериями, для которых сначала необходимо сделать посев культуры, чтобы определить их чувствительность к противомикробным препаратам. Более того, в большинстве лабораторий невозможно определить многие из наиболее важных бактериальных возбудителей диареи.

Примечание: Противодиарейные средства – включая противомоторные препараты (например, лоперамид, дифеноксилат, кодеин, настойка опиума), абсорбенты (например, каолин, аттапульгит, смектит), живые бактериальные культуры (например, *Lactobacillus*, *Streptococcus faecium*) и уголь – не имеют практического эффекта для лечения детей с острой диареей, а некоторые могут давать опасные побочные эффекты. Такие препараты никогда не следует давать детям в возрасте младше 5 лет.

Классификация затяжной диареи

Затяжная диарея – это эпизод диареи, с кровью в стуле или без нее, который начался как острое заболевание и продолжается в течение, по крайней мере, 14 дней. Затяжная диарея составляет примерно 15 процентов всех эпизодов диареи, однако, вызывает от 30 до 50 процентов смертельных случаев.¹⁰ Затяжная диарея, обычно, сопровождается потерей веса и, часто, серьезными некишечными инфекциями. Многие дети с затяжной диареей страдают от нарушения питания, что значительно увеличивает риск смертельного исхода. Затяжная диарея почти никогда не встречается у младенцев, находящихся на исключительном грудном вскармливании.

Затяжная диарея составляет, приблизительно, 15 процентов всех эпизодов диареи, однако, вызывает от 30 до 50 процентов смертельных случаев.

¹⁰ Black RE. Persistent diarrhea in children in developing countries. *Pediatric infectious diseases journal*, 1993, 12:751-761

Всех детей, у которых диарея продолжается в течение 14 дней или более, необходимо классифицировать, основываясь на наличии или отсутствии обезвоживания:

- Дети с **тяжелой затяжной диареей**, у которых также есть любая степень обезвоживания, нуждаются в проведении специального лечения и должны быть направлены в стационар.

Направление в стационар является необходимостью. Как правило, перед госпитализацией прежде всего необходимо начать лечение обезвоживания за исключением тех случаев, когда у ребенка есть еще другая тяжелая классификация.

● Есть обезвоживание	ТЯЖЕЛАЯ ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ
----------------------	--------------------------------



- Дети с **затяжной диареей**, у которых нет признаков обезвоживания, которых можно безопасно вести в амбулатории, по крайней мере, на начальном этапе.

Правильное кормление является наиболее важным аспектом лечения большинства детей с затяжной диареей. Задачами лечебного питания являются: (а) временно снизить в рационе питания объем молока животных (или лактозы); (б) обеспечить организм достаточным объемом энергии, белка, витаминов и минеральных веществ для того, чтобы способствовать процессу восстановления в поврежденной слизистой оболочке кишки, а также улучшить статус питания; (в) избежать использования продуктов питания и напитков, которые могут усилить диарею; а также (г) обеспечить во время периода выздоровления прием адекватного объема пищи для исправления любого нарушения питания.

Рутинное лечение затяжной диареи с помощью противомикробных средств не является эффективным. Некоторые дети, однако, страдают от некишечных (или кишечных) инфекций, требующих проведения специального противомикробного лечения. Затяжная диарея у таких детей не прекратится до тех пор, пока такие инфекции не будут правильно диагностированы и не будет проведено соответствующее лечение.

● Нет обезвоживания	ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ
---------------------	------------------------

Классификация дизентерии

Мать или ухаживающего за ребенком с диареей необходимо спросить, есть ли у ребенка кровь в стуле.

- Заболевание ребенка классифицируется как **дизентерия**, если мать или ухаживающий за ребенком подтверждают наличие крови в стуле ребенка.

● Кровь в стуле	ДИЗЕНТЕРИЯ
-----------------	-------------------

Нет необходимости обследовать стул или проводить лабораторные исследования для выявления дизентерии. Только в очных случаях необходимо сделать посев культурью патогенных бактерий. В большинстве случаев результаты посева

Дизентерия составляет около 10 процентов всех эпизодов диареи у детей в возрасте младше 5 лет, однако, дизентерия вызывает до 15 процентов всех смертельных случаев при диарее.

необходимо, как минимум, два дня. Несмотря на то, что «дизентерия» часто описывается как синдром кровавой диареи с лихорадкой, спазмами в животе, ректальными болями и слизистым стулом, такие признаки не всегда наблюдаются при кровавой диарее, и не обязательно определяют этиологию заболевания и подходящее лечение.

Кровавая диарея у детей, обычно, является признаком инвазивной кишечной инфекции, которая представляет повышенный риск заболеваемости и смертности. Дизентерия составляет около 10 процентов всех эпизодов диареи у детей в возрасте младше 5 лет, однако, дизентерия вызывает до 15 процентов всех смертельных случаев при диарее.¹¹

Дизентерия особенно тяжело протекает у младенцев и у детей с нарушением питания, у которых во время заболевания развивается клинически явное обезвоживание, а также у тех детей, которые не вскармливаются грудью. Дизентерия также оказывает статус питания более отрицательное влияние, по сравнению с острой водянистой диареей. Дизентерия наблюдается чаще и протекает тяжелее у детей с корью или у перенесших корь в течение предшествующего месяца. Эпизоды диареи, которые начинаются с дизентерии, имеют больше шансов стать затяжными, чем те эпизоды, которые начинаются без крови в стуле.

Всех детей с дизентерией (кровавая диарея) необходимо немедленно лечить с помощью антибактериального препарата, эффективного против *Shigella*, поскольку: (а) кровавая диарея у детей в возрасте младше 5 лет вызывается гораздо чаще *Shigella*, чем любым другим патогеном; (б) шигеллез вероятнее, чем другие причины диареи, приведет к развитию осложнений и к смертельному исходу, если срочно не начать проведение эффективного противомикробного лечения; а также (в) раннее лечение шигеллеза с помощью эффективного антибактериального препарата значительно снижает риск развития тяжелого заболевания или смертельного исхода.

¹¹ *The management of bloody diarrhoea in young children.* Document WHO/CDD/94.9 Geneva, World Health Organization, 1994

Лихорадка

Всех больных детей необходимо оценить по лихорадке. Лихорадка – это очень распространенный симптом и часто является основной причиной поступления детей в медицинское учреждение. Лихорадка может быть вызвана незначительными инфекциями, однако, может быть также наиболее очевидным признаком заболевания, представляющего

Сбор анамнеза
Общие признаки опасности

Основные симптомы ■

Кашель или затрудненное дыхание

Диарея

Лихорадка ■

Проблемы с ухом

Статус питания

Прививочный статус

Другие проблемы

опасность для жизни ребенка, в частности, малярии (особенно летальной формы малярии *P. falciparum*) или другой тяжелой инфекции, включая менингит, брюшной тиф или корь. Если ваше медицинское учреждение располагает ограниченными диагностическими возможностями, очень важно сначала выявить детей, нуждающихся в срочном направлении в стационар с проведением предварительного лечения перед направлением в стационар (противомалярийным или антибактериальным препаратом).

Клиническая оценка

У всех детей, поступивших в амбулаторию, необходимо измерить температуру тела. Лихорадка определяется как аксиллярная температура выше 37.5°C (38°C ректальная). В случае отсутствия термометра, наличие лихорадки определяется на ощупь. Лихорадка может быть также констатирована на основании анамнеза. Ребенка с лихорадкой необходимо оценить по следующим признакам:

Ригидность затылочных мышц. Ригидность затылочных мышц может быть признаком менингита, церебральной малярии или другого очень тяжелого фебрильного заболевания. Если ребенок в сознании и бодрствует, проверьте на наличие ригидности затылочных мышц, прикасаясь к стопам ребенка и попросив его согнуть голову и посмотреть вниз или очень аккуратно наклонить голову ребенку вперед. Шея должна свободно сгибаться.

Риск заражения малярией и другими эндемическими инфекциями. В условиях, когда невозможно рутинно проводить микроскопические исследования или результаты таких исследований могут быть задержаны, необходимо определить степень риска заражения малярией. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) было предложено определение степени риска заражения для стран и районов с риском заражения малярией, вызываемой *P. falciparum*. Местность с высокой степенью риска заражения малярией является как местность, в которой более 5 процентов всех случаев фебрильных заболеваний у детей в возрасте от 2 до 59 месяцев являются

малярийными заболеваниями. *Местность с низкой степенью риска заражения малярией* определяется как местность, в которой менее 5 процентов случаев фебрильных заболеваний у детей в возрасте от 2 до 59 месяцев являются малярийными заболеваниями, но где, однако, риск заражения малярией нельзя рассматривать как незначительный. Если в данном районе, обычно, не наблюдается случаев малярии и завозная малярия встречается очень редко, в такой местности *нет риска заражения малярией*. Степень риска заражения малярией зависит от времени года. Национальная программа по борьбе с малярией, обычно, определяет районы с различной степенью риска заражения малярией в стране.

Если в данной местности наблюдаются другие эндемические инфекции, представляющие опасность для здоровья детей в возрасте младше 5 лет (например, геморрагическая лихорадка Денге или возвратный тиф), необходимо также оценить степень риска заражения такими инфекциями. В таких случаях национальное руководство здравоохранением адаптирует клинические руководства ИВБДВ под местные условия.

Насморк. При низкой степени риска заражения малярией ребенок с лихорадкой и насморком не нуждается в проведении лечения с помощью противомаларийного средства. У такого ребенка лихорадка, вероятнее всего, вызвана обыкновенной простудой.

Продолжительность лихорадки. Большинство случаев лихорадки, вызванных вирусными инфекциями, проходят через несколько дней. Лихорадка, присутствующая каждый день в течение более пяти дней, может указывать на наличие у ребенка более тяжелого заболевания, например, брюшного тифа. Если лихорадка присутствует в течение более пяти дней, очень важно проверить, наблюдалась ли лихорадка каждый день.

Корь. Учитывая высокий риск возникновения осложнений и смертельного исхода при кори, детей с лихорадкой необходимо оценить по признакам текущей или перенесенной кори (в течение последних трех месяцев). Смертельные случаи при кори бывают вызваны пневмонией и ларинготрахеитом (67 процентов), диареей (25 процентов), только корью и в некоторых случаях энцефалитом. Другие осложнения (обычно не смертельные) включают конъюнктивит, средний отит и язвы во рту. Корь может привести к тяжелой инвалидности, включая слепоту, тяжелое нарушение питания, хроническое заболевание легких (бронхоэктаз и повторная инфекция), а также неврологическая дисфункция.¹²

Выявление острой (текущей) кори основывается на наличии лихорадки с генерализованной сыпью, а также, по крайней мере, одного из следующих признаков: покраснение глаз, насморк или кашель.

Мать необходимо расспросить о том, болел ли ребенок корью в течение последних трех месяцев (недавний случай кори). Несмотря на значительные успехи иммунизации, достигнутые во многих странах, по-прежнему наблюдается значительное число заболеваний корью и смертельных случаев. Несмотря на то, что прививку необходимо делать в возрасте 9 месяцев, детям редко делают эту прививку (вследствие якобы существующих противопоказаний, недостатка прививочного материала или нарушения холодовой цепи) или задерживают иммунизацию. В дополнение, большое количество случаев кори происходит на ранних этапах жизни ребенка (в возрасте между 6 и 8 месяцами), особенно среди городского населения и беженцев.

Если ребенок болен корью в данный момент или перенес это заболевание в течение последних трех месяцев, такого ребенка необходимо оценить по возможным осложнениям. Корь разрушает поверхностный слой эпителия и нарушает работу иммунной системы организма, а также снижает уровень витамина А в организме. Все это приводит к увеличению чувствительности к инфекциям, вызываемым пневмококками, грам-отрицательными бактериями и аденовирусами. Во время заболевания корью может также наблюдаться повышение активности вируса герпеса, дрожжевых грибов Кандида и паразитов малярии. Очень важно проверить каждого ребенка с текущей или недавно перенесенной корью на наличие возможных осложнений во рту или в глазах. Другие возможные осложнения, например, пневмония, стридор в покое, диарея, нарушение питания и инфекция уха, оцениваются в соответствующих разделах клинических руководств ИВБДВ.

Перед тем, как классифицировать лихорадку, проверьте на наличие очевидных причин лихорадки (например, боль в ухе, ожог, абсцесс и т.д.).

¹² World Health Organization. *Technical basis for the case management of measles*. Document WHO/EPI/95. Geneva, WHO, 1995

Классификация лихорадки

■ Всех детей с лихорадкой и любым общим признаком опасности или ригидностью затылочных мышц необходимо классифицировать как **очень тяжелое заболевание** и срочно направить в стационар сразу после проведения лечения с помощью антибактериальных препаратов (такая же процедура, как и для детей с тяжелой пневмонией или очень тяжелым заболеванием).

Примечание: В районах, где распространена малярия *P. falciparum*, таким детям перед направлением в стационар необходимо также дать дозу противомалярийного препарата (хинин внутримышечно).

<ul style="list-style-type: none"> ● Любой общий признак опасности или ● Ригидность затылочных мышц 	ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ФЕБРИЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
---	--

Дальнейшие классификации будут зависеть от степени риска заражения малярией в вашей местности.

- В местности или во время сезона с **высокой степенью риска заражения малярией** заболевание детей с лихорадкой и без общих признаков опасности или ригидности затылочных мышц необходимо классифицировать как **малярия**.

Презумптивное (основанное на предположении) лечение малярии должно проводиться всем детям, поступающим в медицинское учреждение с лихорадкой или с лихорадкой в анамнезе во время данного заболевания. Несмотря на то, что значительное число детей, которых лечат против малярии, в действительности страдают от другого фебрильного заболевания, презумптивное лечение малярии для данной категории детей оправдывается высокой степенью риска заражения малярией, а также возможностью того, что другое заболевание может способствовать прогрессированию малярийной инфекции. Эта рекомендация направлена на максимальное увеличение чувствительности для обеспечения того, чтобы как можно большее число истинных больных малярией получили противомалярийное лечение.¹³

<ul style="list-style-type: none"> ● Лихорадка (в анамнезе или горячий на ощупь или температура 37.5°C или выше) 	МАЛЯРИЯ
---	---------

- В местности или во время сезона с **низкой степенью риска заражения малярией** заболевание детей с лихорадкой (или лихорадка в анамнезе) и без общих признаков опасности или ригидности затылочных мышц необходимо классифицировать как **малярия**, только в том случае, если у них нет насморка (признак ОРВИ), нет кори и нет других очевидных причин лихорадки (пневмония, воспаление горла и т.д.)

Наличие признаков другой инфекции снижает вероятность того, что заболевание ребенка

вызвано малярией. Таким образом, в местности или во время сезона с низкой степенью риска заражения малярией детям, у которых есть признаки другой инфекции, не следует давать противомалярийные средства.

<ul style="list-style-type: none"> ● НЕТ насморка и ● НЕТ кори и ● НЕТ других причин лихорадки 	МАЛЯРИЯ
---	---------

- В местности или во время сезона с **низкой степенью риска заражения малярией** заболевание детей с насморком, корью или клиническими признаками другой возможной причины лихорадки необходимо классифицировать как **Лихорадка. Малярия маловероятна**. Такие дети нуждаются в проведении последующего наблюдения. Если лихорадка у таких детей продолжается более 5 дней, их необходимо направить в стационар для проведения дополнительной оценки с целью определения причин затяжной лихорадки. Если возможно, в условиях с низкой степенью заражения малярией рекомендуется провести простой лабораторный тест на наличие малярии.

<ul style="list-style-type: none"> ● ЕСТЬ насморк или ● ЕСТЬ корь или ● ЕСТЬ другая причина лихорадки 	ЛИХОРАДКА. МАЛЯРИЯ МАЛОВЕРОЯТНА
--	------------------------------------

¹³ *Management of uncomplicated malaria and the use of antimalarial drugs for the protection of travellers. Report of an informal consultation, Geneva, 18-21 September 1995. Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document WHO/MAL/96.1075 Rev 1 1997; available on request from Division of Control of Tropical Diseases (CTD)).*

- В местности или во время сезона, когда **нет риска заражения малярией**, необходимо попытаться отделить случаи возможной бактериальной инфекции, которые требуют проведения антибактериального лечения, от случаев вирусной инфекции без осложнений. В таких случаях наличие насморка практически не имеет никакой диагностической ценности.

Если у ребенка нет очевидных причин лихорадки, например, пневмонии, инфекции уха или воспаления горла – его заболевание необходимо

классифицировать как **возможная бактериальная инфекция** и лечить соответственно.

● Очевидная причина лихорадки	ВОЗМОЖНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ
-------------------------------	----------------------------------

- В местности или во время сезона, когда **нет риска заражения малярией**, если у ребенка нет клинических признаков или очевидной инфекции, необходимо классифицировать его состояние как **лихорадка без осложнений**.

Такие дети нуждаются в проведении через 2 дня последующего наблюдения и дальнейшей оценки. Как и в других случаях, всех детей, у которых лихорадка продолжается более пяти дней, необходимо направить в стационар для дополнительной оценки.

● НЕТ очевидной причины лихорадки	НЕОСЛОЖНЕННАЯ ЛИХОРАДКА
--	-------------------------

Примечание: Детям с высокой лихорадкой, определяемой как аксиллярная температура выше 39.5°C или ректальная температура выше 39°C, необходимо дать одну дозу парацетамола для борьбы с гипертермией.

Классификация кори

Всех детей с лихорадкой необходимо проверить на наличие признаков текущей или недавно перенесенной кори (в течение последних трех месяцев), а также осложнений при кори.

- Классификация **тяжелая корь с осложнениями** есть у ребенка с корью и любым общим признаком опасности или тяжелым стоматитом с глубокими и обширными язвами во рту или тяжелыми осложнениями на глаза, например, помутнение роговицы. Таких детей необходимо срочно направить в стационар.

● Любой общий признак опасности или ● Помутнение роговицы или ● Глубокие или обширные язвы во рту	ТЯЖЕЛАЯ ОСЛОЖНЕННАЯ КОРЬ
---	--------------------------

- Заболевание детей с менее тяжелыми осложнениями кори, например, гнойные выделения из глаза (признак конъюнктивита) или неглубокие и необширные язвы во рту,

классифицируется как **корь с осложнениями на глаза или рот**. Таких детей можно безопасно лечить в амбулатории. Лечение включает витамин А, тетрациклиновую мазь для детей с гнойными выделениями из глаза, а также генцианвиолет для детей с язвами во рту.

Детей с классификациями пневмония, диарея или инфекция уха, А ТАКЖЕ корь с осложнениями на глаза или рот необходимо лечить по другой(им) классификации(ям), А ТАКЖЕ давать витамин А. Поскольку корь нарушает работу иммунной системы организма, таких детей также, возможно, потребуются направить на лечение в стационар.

● Гнойные выделения из глаз или ● Язвы во рту	КОРЬ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ – ГЛАЗА, РОТ
--	----------------------------------

- Если после полного обследования у ребенка не было обнаружено никаких признаков осложнений при кори, заболевание ребенка классифицируется как **корь**. Таких детей можно эффективно и безопасно лечить на дому с помощью витамина А.

● Корь в настоящее время или в течение последних 3 месяцев	КОРЬ
--	------

Проблемы с ухом

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы** ■
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом ■
- Статус питания**
- Прививочный статус**
- Другие проблемы**

Проблемы с ухом – это следующее, что необходимо проверить у всех детей, поступивших в амбулаторное медицинское учреждение. Ребенка с проблемой с ухом в первую очередь необходимо оценить по общим признакам опасности, кашлю или затрудненному дыханию, диарее и лихорадке. У ребенка с проблемой с ухом может быть инфекция уха. Несмотря на то, что инфекции уха редко приводят к смертельному исходу, они являются основной причиной глухоты в районах с низким уровне доходов населения, что в свою очередь приводит к проблемам при обучении.

Клиническая оценка

Если невозможно провести отоскопию, ищите следующие простые клинические признаки:

Болезненное припухание за ухом. Наиболее серьезным осложнением при инфекции уха является глубокая инфекция сосцевидного отростка, мастоидит. Это, обычно проявляется в виде болезненного припухания за одним из ушей ребенка. У младенцев болезненное припухание может также присутствовать и над ухом. Если имеется болезненность и припухание, признак считается положительным и не должен быть спутан с увеличенными лимфатическими узлами.

Боль в ухе. На ранних стадиях острого отита у ребенка может быть боль в ухе, которая обычно делает ребенка раздражительным, и он часто потирает это ухо.

Гнойные выделения из уха. Это еще один важный признак инфекции уха. Если мать сообщает о выделениях из уха ребенка, медицинский работник должен проверить на наличие гнойных выделений из уха и узнать, как долго они продолжаются.

Классификация проблем с ухом

Основываясь на приведенных выше простых клинических признаках, состояние ребенка можно классифицировать следующим образом:

■ Заболевание детей с болезненной припухлостью сосцевидного отростка классифицируется как **мастоидит**, и их необходимо направить на лечение в стационар. Перед тем, как направить таких детей в стационар, им необходимо дать дозу антибактериального препарата и одну дозу парацетамола при боли.

● Болезненное припухание за ухом	МАСТОИДИТ
----------------------------------	-----------

■ Заболевание детей с болью в ухе или выделениями из уха (или гнойными выделениями) в течение менее 14 дней классифицируется как **острая инфекция уха**, и таких детей необходимо лечить в течение пяти дней с помощью такого же антибактериального препарата первого ряда, как и при пневмонии.

● Выделения из уха менее 14 дней или ● Боль в ухе	ОСТРАЯ ИНФЕКЦИЯ УХА
--	---------------------

■ Если у ребенка есть выделения из уха (или гнойные выделения) в течение более 14 дней, заболевание ребенка классифицируется как **хроническая инфекция уха**. Сушите ухо такого ребенка турундой. Обычно, лечение с помощью антибактериальных препаратов в таких случаях не рекомендуется, поскольку оно является дорогостоящим и его эффективность не доказана.

● Выделения из уха более 14 дней	ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ УХА
----------------------------------	--------------------------

■ Если у ребенка не обнаружено признаков инфекции уха, состояние ребенка классифицируется как **нет инфекции уха**, и такие дети не нуждаются ни в каком специальном лечении.

● НЕТ боли в ухе и НЕТ видимых выделений из уха	НЕТ ИНФЕКЦИИ УХА
---	------------------

Проверка статуса питания – нарушения питания и анемия

После проведения оценки по общим признакам опасности и по четырем основным симптомам, **всех** детей необходимо оценить по нарушению питания и анемии. Существует две основных цели при проведении рутинной оценки статуса питания у больных детей: (1) выявить детей с тяжелым нарушением питания, которые подвержены повышенному риску смертельного исхода и нуждаются в срочном направлении в стационар для проведения активного лечения; а также (2) выявить детей с недостаточным ростом вследствие текущего

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания**
- Прививочный статус
- Другие проблемы

несбалансированного рациона питания и повторяющихся эпизодов инфекции (остановка роста), которым поможет проведение консультаций по

вопросам кормления и решение проблем кормления. Всех детей необходимо также оценить по анемии.

Клиническая оценка

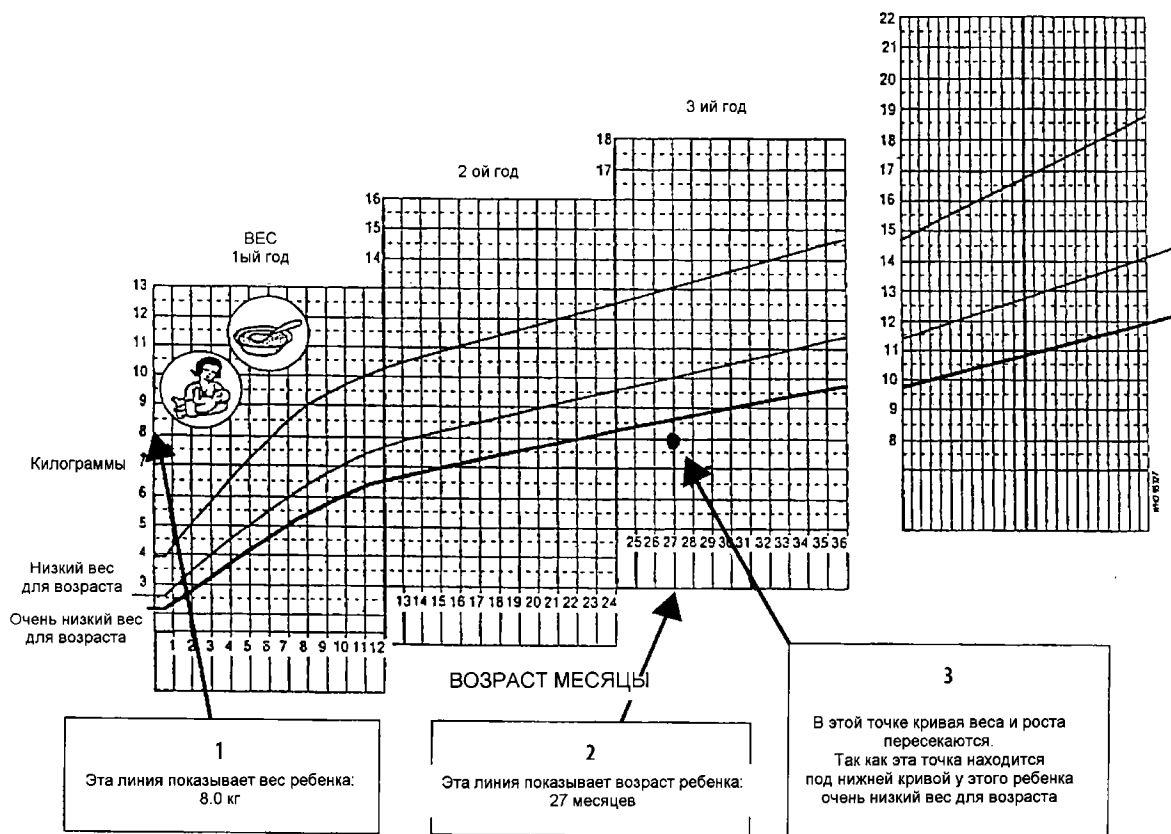
Поскольку во многих амбулаторных медицинских учреждениях трудно найти мерные линейки для измерения роста, статус питания необходимо оценить, осматривая и ощущая следующие клинические признаки:

Видимое тяжелое истощение. Это состояние определяется как тяжелое похудание плеч, ягодиц и ног, с явно выступающими ребрами и указывает на наличие маразма.

Отек обеих стоп. Наличие отека (скопление жидкости) в обеих стопах может указывать на наличие у ребенка квашиоркора. У детей с отеком обеих стоп

могут быть другие заболевания, например, нефротический синдром, однако, нет необходимости различать эти другие заболевания в условиях амбулатории, поскольку в любом случае необходимо направить такого ребенка в стационар.

Бледность ладоней. Несмотря на то, что этот клинический признак менее специфичен, чем многие другие клинические признаки, включенные в руководства ИВБДВ, он позволяет врачам выявить больных детей с тяжелой анемией, часто вызываемой малярийной инфекцией. При возможности, специфичность диагноза анемии может быть значительно увеличена с помощью простого лабораторного теста (например, исследование на гемоглобин).



классифицировать детей в одну из следующих категорий:

Классификация статуса питания и анемии

Используя приведенные выше простые клинические признаки, медицинский работник может

■ Дети с **тяжелым нарушением питания или тяжелой анемией** (с видимым тяжелым истощением или тяжелой бледностью ладоней, или отеком обеих стоп) подвержены повышенному риску смертельного исхода вследствие различных тяжелых заболеваний и нуждаются в срочном направлении в стационар, где можно внимательно

следить за их лечением (специальное кормление, антибактериальное лечение или переливание крови и т.д.).

<ul style="list-style-type: none"> ● Видимое тяжелое истощение или ● Выраженная бледность ладоней или ● Отек обеих стоп 	<p>ТЯЖЕЛОЕ НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ ИЛИ ТЯЖЕЛАЯ АНЕМИЯ</p>
--	--

рisku развития проблем кормления и нарушения питания по сравнению с более старшими детьми, необходимо оценить их кормление. Если в процессе оценки были выявлены проблемы, мать необходимо консультировать по вопросам кормления ребенка в соответствии с рекомендуемыми национальными клиническими руководствами ИВБДВ (смотрите приведенный ниже раздел).

- Дети с **анемией** или **низким (или очень низким) весом** для возраста также подвержены повышенному риску тяжелого заболевания и должны быть оценены по проблемам кормления. Такая оценка должна выявить важные распространенные проблемы кормления, которые могут быть исправлены, если обеспечить ухаживающему за ребенком эффективную консультацию и приемлемые рекомендации по кормлению, основываясь на возрасте ребенка.

<ul style="list-style-type: none"> ● НЕ (очень) низкий вес для возраста и нет других признаков нарушения питания 	<p>НЕТ АНЕМИИ И НЕ (ОЧЕНЬ) НИЗКИЙ ВЕС</p>
---	--

Детей, заболевание которых классифицируется как **анемия**, необходимо лечить с помощью оральных препаратов железа. Во время лечения ребенка необходимо осматривать каждые две недели (последующее наблюдение) и в это время назначать дополнительно (по 14 дней) лечение с помощью препаратов железа. Если через два месяца лечения бледность не исчезает, ребенка необходимо направить в стационар для дальнейшей оценки. Препараты железа не следует давать детям с тяжелым нарушением питания, которых необходимо направить в стационар. В районах, где анкилостомы, власоглавы и аскариды являются основными доказанными причинами анемии и нарушения питания, рекомендуется проводить каждые четыре-шесть месяцев регулярную дегельминтизацию с помощью мебендазола. Мебендазол – это недорогое лекарственное средство, и оно безопасно для детей.

Оценка кормления ребенка

Всех детей **в возрасте младше 2 лет** и всех детей, заболевание которых классифицируется как **анемия** или **низкий (или очень низкий) вес**, необходимо оценить по кормлению.

Оценка кормления включает опрос матери или ухаживающего за ребенком: (1) частота грудного вскармливания и ночные кормления; (2) типы дополнительных продуктов или жидкостей, частота кормления и является ли кормление активным; а также (3) практика кормления во время данного заболевания. Матери или ухаживающему за ребенком необходимо дать подходящий совет для того, чтобы помочь преодолеть все обнаруженные проблемы кормления (дополнительные подробности приведены в разделе по консультированию матери или ухаживающего за ребенком).

У всех детей в возрасте младше 2 лет необходимо оценить кормление, даже если у них нормальный Z-показатель.

<ul style="list-style-type: none"> ● Умеренная бледность ладоней или ● (Очень) низкий вес для возраста 	<p>АНЕМИЯ ИЛИ (ОЧЕНЬ) НИЗКИЙ ВЕС</p>
--	---

- Состояние детей, у которых нет низкого (или очень низкого) веса для возраста и нет других признаков нарушения питания, классифицируется как **нет анемии и не очень низкий вес**. Поскольку дети в возрасте младше 2 лет подвержены повышенному

Проверка прививочного статуса

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания
- Прививочный статус**
- Другие проблемы**

У **каждого больного ребенка**, поступившего в медицинское учреждение, необходимо оценить прививочный статус. Текущее заболевание не является противопоказанием для прививок. На практике больные дети могут даже сильнее нуждаться в защите, предоставляемой прививкой, чем здоровые дети. Защитная функция вакцины не ослабевает у больных детей.

Как правило, существует только четыре наиболее распространенные случая, которые являются противопоказанием для иммунизации больных детей:

■ Детям, которых необходимо **срочно направить в стационар**, не следует делать прививки. Не существует медицинских противопоказаний, однако, если ребенок умрет, на вакцину может быть неправомерно возложена вина за смертельный исход.

■ **Живые вакцины** (БЦЖ, корь, полиомиелит, желтая лихорадка) не следует давать детям с заболеваниями со сниженным иммунитетом вследствие злокачественного заболевания, при лечении иммунодепрессантами или при радиотерапии. Однако, все прививки, включая БЦЖ и желтую лихорадку, можно сделать детям, у которых есть ВИЧ инфекция или у которых подозревается эта инфекция, но еще не является симптоматической.

■ **АКДС2 / АКДС3** не следует давать детям, у которых были судороги или шок в течение трех дней после предыдущей дозы АКДС. Вместо АКДС ребенку можно сделать прививку ДС.

Наличие заболевания не является противопоказанием для прививок. Эффективность вакцины не уменьшается у больных детей.

■ **АКДС** не следует давать детям с повторяющимися судорогами или другим активным неврологическим заболеванием центральной нервной системы. Вместо АКДС ребенку можно сделать прививку ДС.

Оценка других проблем

В клинических руководствах ИВБДВ основное ударение сделано на пяти основных симптомах. В дополнение, этапы оценки каждого из основных симптомов учитывают несколько других распространенных проблем. Например, такие заболевания, как менингит, сепсис, туберкулез, конъюнктивит и различные причины лихорадки, например, инфекция уха и воспаление горла оцениваются в процессе ведения больных ИВБДВ. Если правильно использовать эти руководства, дети с такими заболеваниями должны получить презумптивное лечение или должны быть срочно направлены в стационар.

- Сбор анамнеза
- Общие признаки опасности
- Основные симптомы
- Кашель или затрудненное дыхание
- Диарея
- Лихорадка
- Проблемы с ухом
- Статус питания
- Прививочный статус
- Другие проблемы**

Тем не менее, медицинские работники по-прежнему должны рассматривать другие причины тяжелого или острого заболевания. Очень важно охватить другие жалобы ребенка и расспросить ухаживающего за ребенком (обычно мать) о его собственном здоровье. В зависимости от специфических условий в стране может понадобиться поднять другие специальные вопросы. Например, в странах, в которых недостаточность витамина А является распространенной проблемой, визиты больного ребенка в медицинское учреждение необходимо использовать для назначения ему дополнительной дозы витамина А.

Процедуры лечения для больных детей

Классификации ИВБДВ не обязательно являются специфическими диагнозами, однако, они указывают на то, какие действия необходимо предпринять. В руководствах ИВБДВ все классификации закодированы с помощью цвета: розовый цвет означает необходимость направления в стационар или приема на стационарное лечение, желтый цвет означает необходимость начала лечения, а зеленый цвет означает, что ребенка можно отправить домой после предварительной консультации о том, когда следует вернуться в медицинское учреждение. После завершения процедуры оценки и классификации следующим этапом является проведение лечения.

Направление в стационар детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет

Всех младенцев и детей с тяжелой классификацией (розовый цвет) необходимо направить в стационар сразу после завершения оценки и проведения необходимого лечения перед направлением в стационар. На Рисунке 4 перечислены условия, требующие срочного направления ребенка в стационар.

Примечание: Если у ребенка есть только тяжелое обезвоживание и нет никакой другой тяжелой классификации, а в амбулаторном медицинском учреждении можно сделать внутривенное вливание, необходимо попытаться регидратировать больного ребенка.

Успех направления тяжело больных детей в стационар зависит от эффективности консультирования ухаживающего за ребенком. Если ухаживающий за ребенком не согласен с решением о направлении ребенка в стационар, необходимо рассмотреть другие возможные варианты (лечить ребенка во время нескольких визитов в медицинском учреждении или на дому). Если ухаживающий за ребенком согласен с решением о направлении ребенка в стационар, ему необходимо дать краткое, четкое предписание для направления в стационар, а также предоставить информацию о том, что необходимо делать по дороге в стационар, особенно, если стационар находится в отдалении.

Направление в стационар должно включать:

- Имя и возраст ребенка;
- Дату и время направления в стационар;
- Описание проблем ребенка;
- Причину направления в стационар (симптомы и признаки, указывающие на наличие тяжелой классификации);
- Проведенное лечение;
- Любую другую информацию, которая может потребоваться медицинскому работнику в стационаре для того, чтобы оказать помощь ребенку, например, ранее проведенное лечение по данному заболеванию или прививки, которые следует сделать ребенку.

Срочные виды лечения перед направлением в стационар для детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет (смотрите Рисунок 4)

- Подходящий антибактериальный препарат
- Хинин (при тяжелой малярии)

- Витамин А
- Профилактика гипогликемии с помощью грудного молока или подслащенной воды
- Оральный противомалярийный препарат
- Парацетамол при высокой лихорадке (38.5°C или выше) или при боли
- Тетрациклиновая глазная мазь (при помутнении роговицы или гнойных выделениях из глаза)
- Раствор ОРС, чтобы мать могла давать его ребенку частыми глотками по дороге в стационар

Примечание: Первые четыре из приведенных выше видов лечения являются срочными, поскольку они могут предупредить возникновение серьезных последствий, например, развитие бактериального менингита или церебральной малярии, разрыв роговицы вследствие недостаточности витамина А или поражение головного мозга вследствие низкого уровня содержания сахара в крови. Другие перечисленные виды лечения также являются важными для предупреждения прогрессирования заболевания.

Несрочные виды лечения, например, сушение уха турундой или оральное назначение препаратов железа, необходимо отложить для того, чтобы не задерживать направление ребенка в стационар и не запутывать ухаживающего за ребенком.

Если ребенок не нуждается в **срочном** направлении в стационар, проверьте, нуждается ли ребенок в **несрочном направлении в стационар** для проведения дополнительной оценки; например, по кашлю, который продолжается более 30 дней, или по лихорадке, которая продолжается пять дней или более. Такие виды направления в стационар не являются срочными и перед тем, как направить ребенка в стационар, ему можно провести другие необходимые виды лечения.

Лечение в амбулатории

Процесс лечения, соответствующего каждой «амбулаторной» классификации (**желтый и зеленый цвет**), ясно описан в руководствах ИВБДВ. В процессе лечения используется минимальное количество доступных основных лекарственных препаратов (смотрите Рисунок 5).

Оральные лекарственные препараты

Всегда начинайте лечение с лекарственного препарата первого ряда. Эти препараты, обычно менее дорогостоящие, более доступные в данной стране, и их легче назначать больным. Используйте лекарственный препарат второго ряда (обычно более дорогостоящий и менее доступный) только в тех случаях, если лекарственный препарат первого ряда отсутствует или заболевание ребенка не реагирует на лечение с помощью препарата первого ряда. Медицинский

работник должен также обучить мать или ухаживающего за ребенком как давать оральные лекарственные препараты на дому.

■ **Оральные антибактериальные препараты.** На схеме ИВБДВ показано, в течение скольких дней, а также сколько раз в день следует давать ребенку антибактериальный препарат. Большинство антибактериальных препаратов следует давать в течение пяти дней. Только больные с холерой должны получать

КЛАССИФИКАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
	<p>Для всех больных детей перед направлением в стационар: Профилактика низкого уровня сахара в крови с помощью грудного молока или подслащенной воды.</p>
ПРИЗНАК ОПАСНОСТИ - СУДОРОГИ	Если у ребенка судороги, дайте диазепам (10 мг/2 мл раствора) в дозе 0,1 мл/кг или паральдегид в дозе 0,3-0,4 мл/кг ректально; если судороги продолжаются через десять минут, дайте вторую дозу диазепама ректально.
ТЯЖЕЛАЯ ПНЕВМОНИЯ ИЛИ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	<p>Дайте первую дозу подходящего антибактериального препарата. Два рекомендуемых выбора: котримоксазол и амоксициллин. Если ребенок не может принимать оральные препараты (шок, неукротимая рвота или бессознательное состояние), дайте первую дозу хлорамфеникола внутримышечно (40 мг/кг).</p> <p>Другие варианты внутримышечных антибиотиков для догоспитального лечения: бензилпенициллин и цефтриаксон.</p>
ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ФЕБРИЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	<p>Дайте одну дозу парацетамола при высокой лихорадке (38,5° C и выше).</p> <p>Дайте первую дозу хинина внутримышечно при тяжелой малярии, кроме случаев отсутствия риска заражения малярией.</p> <p>Дайте первую дозу подходящего антибактериального препарата.</p>
ТЯЖЕЛАЯ ОСЛОЖНЕННАЯ КОРЬ	<p>Дайте первую дозу подходящего антибактериального препарата.</p> <p>Дайте витамин А.</p> <p>Если есть помутнение роговицы или гнойные выделения из глаза, примените тетрациклиновую мазь.</p>
ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ	<p>ВОЗ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ В</p> <p>Если нет другой тяжелой классификации, ВВ жидкости должны быть введены в амбулатории согласно Плану Лечения В, ВОЗ. Введите ВВ жидкостей 100 мл/кг. Предпочтительным и коммерчески доступным является раствор Лактата Рингера. Физиологический раствор не исправляет ацидоза и не восполняет потери калия, но может быть использован. Цельные растворы глюкозы и декстрозы не допустимы к использованию при лечении тяжелого обезвоживания.</p> <p>Если внутривенное вливание невозможно, рекомендуется срочное направление в стационар для ВВ лечения.</p> <p>Если транспортировка в стационар занимает более 30 минут, жидкости должны быть даны через назогастральный зонд. Если это невозможно и ребенок может пить, дайте раствор ОРС орально.</p> <p>Примечание: в районах, где холера не может быть исключена у больных с тяжелым обезвоживанием в возрасте до 2 лет, рекомендованы антибактериальные препараты. Два рекомендованных выбора: котримоксазол и тетрациклин.</p>
ТЯЖЕЛАЯ ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ	Если нет другой тяжелой классификации, лечите обезвоживание перед направлением в стационар, используя План Лечения В, ВОЗ для умеренного обезвоживания и План Лечения В для тяжелого обезвоживания. Затем, направьте в стационар.
МАСТОИДИТ	<p>Дайте первую дозу подходящего антибактериального препарата. Два рекомендуемых выбора: котримоксазол и амоксициллин. Если ребенок не может принимать оральные препараты (шок, неукротимая рвота или бессознательное состояние), дайте первую дозу хлорамфеникола внутримышечно (40 мг/кг). Другие варианты внутримышечных антибиотиков для догоспитального лечения: бензилпенициллин и цефтриаксон.</p> <p>Дайте первую дозу парацетамола при боли.</p>
ТЯЖЕЛОЕ НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ ИЛИ ТЯЖЕЛАЯ АНЕМИЯ	Дайте первую дозу витамина А.

антибактериальные препараты в течение трех дней. Количество приемов антибактериального препарата в день может быть разным (два, три или четыре раза в день). Определите правильную дозу антибактериального препарата, основываясь на весе ребенка. Если вы не знаете вес ребенка, используйте его возраст. Всегда проверяйте, можно ли использовать один и тот же антибактериальный препарат для лечения различных классификаций, которые могут быть у ребенка. Например, один и тот же антибактериальный препарат можно использовать для лечения *пневмонии* и *острой инфекции уха*.

■ **Оральные противомаларийные препараты.** В разных странах используются различные оральные противомаларийные препараты. Во многих странах лекарственными препаратами первого и второго ряда являются соответственно хлорохин и сульфадоксин-пириметамин. Хлорохин следует давать в течение трех дней. На третий день дозу следует снизить, за исключением тех случаев, когда ребенок весит меньше 10 кг. В таком случае ребенку необходимо давать одинаковую дозу в течение всех трех дней.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЕ	
ПНЕВМОНИЯ	<p>Дайте подходящий антибактериальный препарат в течение пяти дней. Выбор антибактериального препарата основан на том факте, что большинство пневмоний бактериальной природы у детей вызываются <i>Streptococcus pneumoniae</i> или <i>Haemophilus influenzae</i>. Для лечения нетяжелых пневмоний можно использовать пятидневный курс орального лечения либо котримоксазолом, либо амоксициллином. Эти два препарата, обычно, являются эффективными против названных бактерий, оба относительно недороги, широко доступны и внесены в перечень основных лекарственных препаратов большинства стран. (Преимущество котримоксазола в том, что его принимают два раза в день, он доступен по цене и предписания выполняются хорошо. Было показано, что при двухразовом дневном приеме выполняемость предписаний достигает 70 процентов и выше. Амоксициллин почти в два раза дороже котримоксазола, и стандартная дозировка, обычно, дается три раза в день. Выполняемость предписаний при трехразовой дневной дозировке составляет 60 процентов и ниже).</p> <p>Смягчите горло и облегчите кашель с помощью безопасного средства.</p>
НЕТ ПНЕВМОНИИ. КАШЕЛЬ ИЛИ ПРОСТУДА	Смягчите горло и облегчите кашель с помощью безопасного средства
УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ	<p>ВОЗ План Лечения Б</p> <p>Дайте начальное лечение с помощью ОРС в течение четырех часов. Требующийся приблизительный объем ОРС (в мл) может быть рассчитан путем умножения веса ребенка (в кг) на 75; в течение этих четырех часов мать медленно дает ребенку рекомендованный объем ОРС чайной ложкой или глотками из чашки. Примечание: если ребенок находится на грудном вскармливании, кормление грудью должно продолжаться.</p> <p>Через четыре часа ребенка повторно оценивают, повторно классифицируют по степени обезвоживания, и должно начинаться кормление; раннее возобновление кормления важно для обеспечения потребности организма в калии и глюкозе.</p> <p>Если нет признаков обезвоживания, лечение ребенка переводится на План А. Если еще сохраняется умеренное обезвоживание, План Б должен быть повторен. Если у ребенка теперь тяжелое обезвоживание, лечение должно быть переведено на План В.</p>
НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ	<p>ВОЗ План Лечения А</p> <p>План А сконцентрирован на трех правилах лечения на дому: дайте дополнительные жидкости, продолжайте кормление и посоветуйте ухаживающему за больным, когда следует вернуться к врачу (если у ребенка появляется кровь в стуле, ребенок плохо пьет, состояние ухудшается или не улучшается через три дня).</p> <p>Жидкости необходимо дать с самого начала диареи; ребенок должен пить столько, сколько он хочет. Во многих случаях правильное домашнее лечение может предупредить обезвоживание. ОРС могут быть использованы на дому для предупреждения обезвоживания. Однако, другие обычно доступные в домашних условиях жидкости могут быть менее дорогими, более подходящими и почти так же эффективными. Многие</p>



жидкости, которые обычно пьет ребенок, могут быть также использованы для домашнего лечения, особенно когда их дают с пищей.

Рекомендуемая домашняя жидкость должна быть:

Безопасна при назначении в больших объемах. Необходимо избегать очень сладкого чая, сухих напитков и подслащенных фруктовых напитков. Из-за высокого содержания сахара эти напитки часто являются гиперосмолярными (менее 300 мОсм/л). Они могут вызвать осмотическую диарею, усиление обезвоживания и гипернатриемию. Также необходимо избегать жидкостей со слабительным действием и стимулянтов (например, кофе, некоторые медикаментозные чаи или вытяжки).

Проста в приготовлении. Рецепт должен быть хорошо известен, а приготовление не должно требовать много усилий или времени. Требующиеся ингредиенты и мерная посуда должна быть легко доступны и недороги.

Приемлема. Жидкость должна быть такой, чтобы мать с удовольствием хотела давать ее своему ребенку, больному диареей, и чтобы ребенок ее с готовностью принимал.

Эффективна. Жидкости, которые безопасны, являются также эффективными. Наиболее эффективными являются жидкости, содержащие углеводы, белок и немного соли. Тем не менее, почти такой же результат достигается при свободной даче жидкости одновременно с продуктами дополнительного питания, содержащими соль.

**КЛАССИФИКАЦИЯ
ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ**

ЛЕЧЕНИЕ

Поощряйте мать к продолжению грудного вскармливания.

Если есть йогурт, дайте его вместо любого животного молока, обычно употребляемого ребенком; йогурт содержит меньше лактозы и лучше переносится. Когда молоко животных давать необходимо, ограничьте его объем до 50 мл/кг в день; больший объем может усилить диарею.

Когда дается молоко, смешивайте его с детскими зерновыми кашами и не разводите молоко. По крайней мере, половина энергии, поступающей в организм, должна обеспечиваться другой пищей, а не молоком и молочными продуктами. Необходимо избегать продуктов, которые являются гиперосмолярными (это, обычно, продукты или напитки очень сладкого вкуса с добавлением сахарозы, такие, как сухие напитки или коммерческие фруктовые напитки). Они могут привести к усилению диареи.

Необходимо давать пищу часто малыми порциями, как минимум, шесть раз в день. Все дети с затяжной диареей должны получать дополнительно поливитамины и минеральные вещества (медь, железо, магний, цинк) ежедневно в течение двух недель.

ДИЗЕНТЕРИЯ

Четыре ключевых элемента лечения дизентерии:

- Антибактериальные препараты
- Жидкости
- Кормление
- Последующее наблюдение

Выбор антибактериального препарата основан на чувствительности образцов штаммов *Shigella*, изолированных в данной местности (налидиксовая кислота – препарат выбора во многих районах). Рекомендуемая продолжительность лечения – пять дней. Если через два дня (во время последующего наблюдения) улучшения не наблюдается, антибактериальный препарат должен быть заменен на другой.

МАЛЯРИЯ

Дайте оральным противомалярийный препарат. Выбор лечения первого или второго ряда для малярии *P. falciparum* в эндемических странах является важным решением, принимаемым органами здравоохранения (например, Министерством Здравоохранения) на основании

информации и технического совета программ по контролю за малярией. Базовые руководства ИВБДВ рекомендуют хлорохин как противомаларийный препарат первого ряда и сульфадоксин-пириметамин как препарат второго ряда.

Дайте одну дозу парацетамола при высокой лихорадке (38° С и выше).

**ЛИХОРАДКА. МАЛЯРИЯ
МАЛОВЕРОЯТНА**

**ВОЗМОЖНАЯ
БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

Дайте одну дозу парацетамола при высокой лихорадке (38.5° С и выше)
Лечите другие очевидные причины лихорадки.

**ЛИХОРАДКА БЕЗ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

**КОРЬ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ –
ГЛАЗА, РОТ**

Дайте первую дозу витамина А. Если есть помутнение роговицы или гнойные выделения из глаза, примените тетрациклиновую мазь. Если есть язвы во рту, лечите с помощью генцианвиолета.

**ТЕКУЩАЯ КОРЬ (ИЛИ В
ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3
МЕСЯЦЕВ)**

Дайте первую дозу витамина А.

ОСТРАЯ ИНФЕКЦИЯ УША

Дайте подходящий антибактериальный препарат в течение пяти дней.
Дайте одну дозу парацетамола при боли.
Сушите ухо турундой.

**ХРОНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ УША
АНЕМИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС**

Сушите ухо турундой.
Оцените кормление ребенка и, исходя из этого, проконсультируйте мать по вопросам кормления. Если есть бледность: дайте препараты железа; дайте оральный противомаларийный препарат при высоком риске заражения малярией. В районах, где распространены анкилостома и власоглав, дайте мебендазол, если ребенок в возрасте 2 лет или старше и он не получал дозу этого препарата в предыдущие шесть месяцев.

**НЕТ АНЕМИИ И НЕ ОЧЕНЬ
НИЗКИЙ ВЕС**

Если ребенку меньше 2 лет, оцените кормление и, исходя из этого, проконсультируйте мать по вопросам кормления

■ **Парацетамол.** Если у ребенка высокая лихорадка, дайте ему одну дозу парацетамола в медицинском учреждении. Если у ребенка боль в ухе, дайте матери достаточно парацетамола на один день лечения, то есть, четыре дозы. Объясните матери, что она должна давать ребенку одну дозу каждые 6 часов или до тех пор, пока не прекратиться боль в ухе.

■ **Железо.** Страдающий *анемией* ребенок нуждается в элементе железа. Детям в возрасте младше 12 месяцев дайте сироп. Детям в возрасте от 12 месяцев и старше дайте препараты железа в таблетках. Дайте матери достаточно препаратов железа на 14 дней лечения. Объясните матери, что она должна давать своему ребенку одну дозу в день в течение этих 14 дней. Попросите мать вернуться в медицинское учреждение через 14 дней для того, чтобы получить дополнительную порцию препаратов железа. Объясните также матери, что препараты железа могут окрасить стул ребенка в черный цвет.

Примечание: Если ребенок с умеренной бледностью получает противомаларийный препарат сульфадоксин-пириметамин (Фансидар), ему не следует давать таблетки препаратов железо/фолат до визита последующего наблюдения, запланированного через две недели. Использование препаратов железо/фолат может снизить эффективность сульфадоксин-пириметамина, который содержит противофолатные соединения. Сироп железа не содержит фолата, следовательно, ребенку можно давать одновременно сироп с препаратами железа и сульфадоксин-пириметамин.

■ **Противоглистные препараты.** Если в данной местности распространен анкилостомоз или трихоцефалез, ребенок с анемией в возрасте 2 года или старше может нуждаться в проведении лечения с помощью мебендазола. Такие инфекции способствуют развитию анемии вследствие потери из организма железа через кровотечение в кишечнике. Дайте ребенку одну дозу, 500 мг, мебендазола в медицинском учреждении.

■ **Витамин А.** Витамин А следует давать ребенку с *корью* или *тяжелым нарушением питания*. Витамин А помогает организму бороться с вирусом кори в глазу, а также в слое клеток, выстилающих легкие, кишечник, ротовую полость и горло. Витамин А может также помочь иммунной системе бороться с другими инфекциями. Витамин А существует в форме капсул и сиропа. Для определения дозы используйте возраст ребенка. Дайте ребенку две дозы. Первую дозу дайте ребенку в медицинском учреждении. Вторую дозу дайте матери, чтобы она дала ее ребенку на следующий день дома. Каждую дозу витамина А

следует записывать для того, чтобы избежать передозировки.

■ **Безопасное средство для лечения кашля и простуды.** Не существует фактов, доказывающих, что коммерческие средства для лечения кашля и простуды являются более эффективными, чем простые домашние средства для облегчения кашля или смягчения воспаленного горла. Нежелательно пытаться подавить кашель, поскольку кашель – это физиологический рефлекс для вывода выделений из нижней части дыхательных путей. Грудное молоко само по себе является эффективным средством для смягчения горла.

Лечение местных инфекций

Если у ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет есть местная инфекция, мать или ухаживающего за ребенком необходимо научить, как лечить эту инфекцию на дому.

Лечение глаза для детей, направляемых в стационар

Если ребенка необходимо направить в стационар и он нуждается в проведении лечения с помощью тетрациклиновой глазной мази, аккуратно вытрите глаз. Оттяните нижнее веко. Выдавите первую дозу тетрациклиновой глазной мази на нижнее веко. Доза, приблизительно, равна объему рисового зерна.

Необходимо предоставить указания, как:

- Лечить инфекцию глаза с помощью тетрациклиновой мази;
- Сушить ухо турундой для того, чтобы лечить инфекцию уха;
- Лечить язвы во рту с помощью генцианвиолета;
- Смягчать горло и облегчать кашель с помощью безопасного средства.

Консультирование матери или ухаживающего за ребенком

Осмотренный в медицинском учреждении ребенок нуждается в продолжении лечения, кормления и приема жидкостей на дому. Мать или ухаживающий за ребенком также должен уметь распознавать, улучшается ли состояние ребенка или ухудшается. Успех проведения лечения на дому зависит от того, насколько хорошо мать или ухаживающий за ребенком умеет проводить лечение, понимает его важность и

знает, когда следует вернуться назад к медицинскому работнику.

Этапы правильного общения были перечислены ранее. Некоторые советы очень простые; другие рекомендации включают обучение матери или ухаживающего за ребенком, как **выполнять определенное действие**. При обучении матери лечению ребенка используйте три основных этапа обучения: предоставьте информацию; покажите пример; предоставьте матери возможность попрактиковаться.

При обучении матери или ухаживающего за ребенком: (1) используйте понятные матери слова; (2) используйте знакомые ей вспомогательные средства; (3) обеспечивайте обратную связь, хвалите за то, что было сделано правильно и вносите необходимые изменения; (4) предоставьте возможность для дополнительной практики, если необходимо; а также (5) просите мать или ухаживающего за ребенком задавать вопросы и отвечайте на все вопросы. В заключение, очень важно проверить, как мать или ухаживающий за ребенком поняли ваши объяснения. Содержание конкретных рекомендаций будет зависеть от состояния и классификаций ребенка. Ниже перечислены основные элементы, которые необходимо включить в процесс консультирования матери или ухаживающего за ребенком:

- Дайте совет продолжать кормление и увеличить объем жидкостей во время болезни;
- Обучите, как давать оральные лекарственные препараты или как лечить местную инфекцию;
- Консультируйте по проблемам кормления (если есть);
- Дайте совет, когда следует вернуться в медицинское учреждение.

Дайте совет продолжать кормление и увеличить объем жидкостей во время болезни: В руководствах ИВБДВ приведены рекомендации по кормлению для различных возрастных групп. Эти рекомендации по кормлению являются подходящими как во время болезни, так и когда ребенок здоров. Во время болезни у ребенка аппетит и жажда могут быть снижены. Тем не менее, матерям и ухаживающим за детьми необходимо порекомендовать увеличить объем жидкостей и предлагать продукты питания, рекомендуемые для возраста ребенка, так часто, как рекомендуется, даже если ребенок съедает не всю порцию. После выздоровления правильное кормление поможет ребенку восполнить потерю веса и помогает предупредить нарушение питания. Когда ребенок здоров, правильное кормление служит профилактике заболеваний в будущем.

Обучите, как давать оральные лекарственные препараты или как лечить местную инфекцию на дому: При обучении матери или ухаживающего за ребенком, как давать оральные лекарственные препараты или как лечить местную инфекцию, необходимо следовать приведенным ниже простым этапам: (1) выберите подходящие лекарственные препараты и дозу для возраста или веса ребенка; (2) объясните матери или ухаживающему за ребенком, в чем заключается лечение и почему оно должно проводиться; (3) продемонстрируйте, как отмерить одну дозу; (4) опишите этапы проведения лечения; (5) наблюдайте, как мать или ухаживающий за ребенком практикуется в отмеривании одной дозы; (6) попросите мать или ухаживающего за ребенком дать одну дозу ребенку; (7) подробно объясните, как и сколько раз в день следует проводить лечение на дому; (8) объясните, что для проведения полного курса лечения необходимо использовать **ВСЕ** таблетки или сироп, даже если состояние ребенка улучшилось; (9) проверьте, как мать или ухаживающий за ребенком поняли ваши объяснения.

Консультируйте по проблемам кормления (если есть): Основываясь на природе выявленных проблем, очень важно дать правильный совет по питанию ребенка во время и после заболевания. Правильный совет, поощряющий грудное вскармливание, улучшенную практику дополнительного питания с помощью адаптированных к местным условиям продуктов питания, богатых энергией и питательными веществами, а также предложение детям в возрасте 2 года или старше питательных закусок, может противодействовать отрицательному влиянию инфекций на статус питания ребенка. Необходимо порекомендовать специальные и подходящие дополнительные продукты питания, а также четко объяснить частоту кормления, соответствующую возрасту ребенка. Поощряйте исключительное грудное вскармливание в течение первых четырех месяцев жизни, а также, если возможно, вплоть до возраста шесть месяцев; не рекомендуйте использование бутылок для кормления детей в любом возрасте; а также дайте совет, как решать наиболее важные проблемы грудного вскармливания. Такой совет должен включать оценку правильности прикладывания и сосания. Для детей с затяжной диареей необходимо дать специальные рекомендации по кормлению. Консультирование по вопросам кормления, соответствующее выявленным проблемам кормления, подробно описывается в национальных рекомендациях по кормлению ИВБДВ.

Дайте совет, когда следует вернуться в медицинское учреждение: Каждой матери или ухаживающему за ребенком, которые забирают ребенка домой, необходимо объяснить, когда следует вернуться назад в медицинское учреждение. Медицинский работник должен (а) обучить распознаванию признаков, при появлении которых

необходимо немедленно вернуться в медицинское учреждение для оказания помощи ребенку; (б) объяснить, когда следует вернуться для проведения последующего наблюдения; а также (в) запланировать следующий визит здорового ребенка или визит для прививок.

На приведенной ниже таблице перечислены конкретные сроки возвращения в медицинское учреждение, которые необходимо объяснить матери или ухаживающему за ребенком.

А. НЕМЕДЛЕННО

Объясните, что необходимо немедленно вернуться в медицинское учреждение, если у ребенка есть один из следующих признаков:

Любой больной ребенок	<ul style="list-style-type: none"> ■ Не может пить или сосать грудь ■ Состояние ухудшается ■ Появилась лихорадка
Если у ребенка нет пневмонии: кашель или простуда, также следует вернуться в медицинское учреждение, если:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Учащенное дыхание ■ Затрудненное дыхание
Если у ребенка диарея, также следует вернуться в медицинское учреждение, если	<ul style="list-style-type: none"> ■ Кровь в стуле ■ Плохо пьет

Б. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Если у ребенка есть:

Необходимо вернуться в медицинское учреждение для проведения последующего наблюдения не позже, чем через:

Пневмония	
Дизентерия	
Малярия, если лихорадка продолжается	2 дня
Лихорадка. Малярия маловероятна или Лихорадка без осложнений, если лихорадка продолжается	
Корь с осложнениями – глаза, рот	

Затяжная диарея	
Острая инфекция уха	5 дней
Хроническая инфекция уха	
Проблема кормления	
Любое другое заболевание, если состояние не улучшается	

Бледность	14 дней
-----------	---------

Низкий (очень низкий) вес для возраста	30 дней
--	---------

В. СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Объясните, когда следует вернуться в медицинское учреждение для следующей прививки в соответствии с графиком прививок.

Последующее наблюдение

Некоторые больные дети должны вернуться в медицинское учреждение для проведения последующего наблюдения. Во время визита последующего наблюдения, посмотрите, улучшается ли состояние ребенка с помощью назначенного лекарственного препарата или другого вида предписанного лечения. Организм некоторых детей может не реагировать на определенное антибактериальное или противомалярийное средство, и такие дети могут нуждаться в проведении лечения с помощью лекарственного препарата второго ряда. Дети с затяжной диареей также нуждаются в проведении последующего наблюдения для того, чтобы убедиться, что диарея прекратилась. Последующее наблюдение особенно важно для детей с проблемами кормления для того, чтобы убедиться, что они правильно питаются и набирают вес.

Когда ребенок поступает в медицинское учреждение для последующего наблюдения по какому-либо заболеванию, спросите мать или ухаживающего за ребенком, появилась ли у ребенка какие-нибудь *новые* проблемы. Если мать отвечает утвердительно, значит ребенок нуждается в проведении полной оценки: проверьте на наличие общих признаков опасности и оцените по всем основным симптомам, а также оцените статус питания ребенка.

Если у ребенка *нет новой* проблемы, используйте указания для последующего наблюдения ИВБДВ по каждой специфической проблеме:

- Оцените ребенка в соответствии с рекомендациями;
- Используйте информацию о признаках у ребенка для выбора подходящего вида лечения;
- Проведите лечение.

Примечание: Если у ребенка, поступившего в медицинское учреждение для проведения последующего наблюдения, есть несколько проблем и его состояние ухудшается или если ребенок возвращается несколько раз с хроническими проблемами, проводимое лечение против которых неэффективно, такого ребенка следует направить в стационар.

На схемах ИВБДВ приведены подробные указания по проведению последующего наблюдения для различных заболеваний. Рекомендуется проводить визиты последующего наблюдения для **больных детей, заболевание которых классифицируется как:**

- Дизентерия
- Малярия, если лихорадка продолжается
- Лихорадка. Малярия Маловероятна, если лихорадка продолжается
- Корь с осложнениями - глаза или рот
- Затяжная диарея
- Острая инфекция уха
- Хроническая инфекция уха
- Проблема кормления
- Бледность
- Очень низкий вес для возраста
- Любое другое заболевание, если состояние не улучшается

Амбулаторное ведение младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев

Оценка больных младенцев

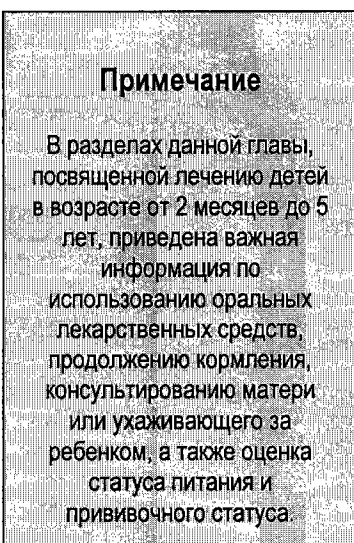
Несмотря на то, что в ведении больных младенцев (возраст от 1 недели до 2 месяцев) и детей (возраст от 2 месяцев до 5 лет) есть похожие элементы, некоторые клинические признаки, наблюдаемые у младенцев отличаются от признаков у более старших детей.

В оставшейся части данной главы описываются различия в ведении младенцев по сравнению с ведением детей. Например, очень важно следить за приведенными ниже клиническими признаками, поскольку заболевание младенца может быстро привести к смертельному исходу.

Процесс оценки включает следующие этапы:

- Проверка на наличие возможной бактериальной инфекции;
- Оценка, есть ли у младенца диарея;
- Проверка на наличие проблем кормления или низкого веса;
- Проверка прививочного статуса младенца;
- Оценка по другим проблемам.

Очень важно помнить, что приведенные выше руководящие принципы не распространяются на больных новорожденных в возрасте младше 1 недели. Во время первой недели жизни новорожденные младенцы часто страдают заболеваниями, связанными с рождением или родами, или находятся в состояниях, требующих специального ведения. Новорожденные могут страдать от асфиксии, сепсиса вследствие преждевременного разрыва оболочек плода, от другой внутриматочной инфекции или родовой травмы. У новорожденных также может быть затрудненное дыхание вследствие недоразвитых легких. В первую неделю жизни желтуха также требует специального ведения.



Проверка на наличие основных симптомов

Бактериальная инфекция

Поскольку признаки пневмонии и других серьезных бактериальных инфекций не могут быть легко различимы в данной возрастной группе, рекомендуется сначала оценить **всех** больных младенцев по признакам возможной бактериальной инфекции.

Клиническая оценка

Многие клинические признаки указывают на возможную бактериальную инфекцию у больных младенцев. Ниже приведены наиболее информативные и простые для оценки признаки:

Судороги (в процессе текущего заболевания). Оцените так же, как и у более старших детей.

Учащенное дыхание. Младенцы обычно дышат чаще, чем более старшие дети. Частота дыхания здорового младенца обычно составляет больше 50 дыханий в минуту. Таким образом, в данной возрастной группе значение 60 дыханий в минуту является пороговым значением для определения учащенного дыхания. Если в результате подсчета получилось 60 дыханий в минуту или более, необходимо повторить подсчет, поскольку частота дыхания младенца часто бывает нерегулярной. Младенец может иногда прекращать дыхание в течение нескольких секунд, а потом дышать учащенно. Если результат повторного подсчета также показывает 60 дыханий в минуту или более, у такого младенца есть учащенное дыхание.

Тяжелое втяжение грудной клетки. Легкое втяжение грудной клетки является нормальным явлением у младенца вследствие мягкости стенки грудной клетки. Тяжелое втяжение грудной клетки – это очень глубокое, легко заметное втяжение. Это признак наличия у младенца пневмонии или другой серьезной бактериальной инфекции.

Наличие **раздувания крыльев носа** (когда младенец вдыхает) и **кряхтящего дыхания** (когда младенец выдыхает) является признаком затрудненного дыхания и возможной пневмонии.

Наличие **выбухающего родничка** (когда младенец не плачет), **кожных гнойничков, покраснения пупка** или **гнойных выделений из уха** является признаком возможной бактериальной инфекции.

Наличие у младенца таких признаков, как летаргичен или без сознания, или делает меньше движений, чем обычно, также указывает на серьезное заболевание.

Температура тела (лихорадка или гипотермия) может также указывать на наличие бактериальной инфекции. Лихорадка (аксиллярная температура выше 37.5°C или ректальная температура выше 38°C) редко встречается в первые два месяца жизни. Наличие лихорадки у младенца может указывать на серьезную бактериальную инфекцию и может быть **единственным** признаком серьезной бактериальной инфекции. Организм младенцев может также реагировать на инфекцию снижением температуры тела ниже 35.5°C (36°C ректальная).

Классификация возможной бактериальной инфекции

Существует две возможные классификации бактериальной инфекции:

■ У больного младенца есть **возможная серьезная бактериальная инфекция**, если у него есть один из следующих признаков: учащенное дыхание, тяжелое втяжение грудной клетки, хрипящее дыхание, раздувание крыльев носа, выбухающий родничок, судороги, лихорадка, гипотермия, обширные или тяжелые кожные пустулы, покраснение пупка, распространяющееся на окружающую кожу, гнойные выделения из уха, летаргичность, потеря сознания или движения меньше, чем обычно. Такого младенца необходимо срочно направить в стационар после назначения ему бензилпенициллина внутримышечно (или ампициллина) с гентамицином, проведения профилактического лечения гипогликемии. Кроме того, посоветуйте матери держать младенца в тепле.

■ У больного младенца есть местная бактериальная инфекция, если у него есть немного кожных пустул или покраснение или гнойные выделения из пупка, однако, покраснение не распространяется на окружающую кожу. Такого младенца можно лечить на дому с помощью оральных антибактериальных препаратов, однако, необходимо провести последующее наблюдение через два дня.

<ul style="list-style-type: none"> ● Покраснение пупка или гнойные выделения или ● Кожные гнойнички 	<p>МЕСТНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ</p>
---	---------------------------------------

Диарея

Всех больных младенцев необходимо проверить на наличие диареи.

Клиническая оценка и классификация диареи

Процесс оценки, классификации и ведения диареи у больных младенцев примерно такой же, что и для более старших детей. Однако, проведение оценки жажды с помощью предложения жидкости не является надежным способом, поскольку признак "пьет плохо" не используется в качестве признака для классификации степени обезвоживания. В дополнение, всех младенцев с затяжной диареей или кровью в стуле необходимо направить в стационар, а не вести в амбулатории.

Проблемы кормления или низкий вес

Всех больных младенцев, поступающих в амбулаторные медицинские учреждения, необходимо оценивать по весу и адекватности кормления, а также по технике грудного вскармливания.

Клиническая оценка

Определите вес для возраста. Процесс оценки такой же, как и для более старших детей.

Оценка кормления. Процесс оценки кормления у младенцев приблизительно такой же, как и для более старших детей. Этот процесс включает три основных типа вопросов: (1) частота кормления грудью и ночные кормления; (2) виды дополнительных продуктов питания или жидкостей, частота их приема и является ли кормление активным или нет; а также (3) практика кормления во время данного заболевания.

<ul style="list-style-type: none"> ● Судороги или ● Учащенное дыхание или ● Выраженное втяжение грудной клетки или ● Раздувание крыльев носа или ● Хрипящее дыхание или ● Выбухающий родничок или ● Покраснение пупка и окружающей кожи или ● Лихорадка или гипотермия или ● Много или крупные кожные гнойнички или ● Летаргичен или без сознания или ● Двигается меньше обычного 	<p>ВОЗМОЖНАЯ СЕРЬЕЗНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ</p>
--	---

Грудное вскармливание: Признаки правильного прикладывания

- Подбородок младенца касается груди матери;
- Рот младенца широко раскрыт;
- Нижняя губа младенца вывернута наружу; и
- Большая часть ареолы видна выше рта младенца, а не ниже

Если у младенца есть трудности при кормлении или его кормят грудью реже 8 раз в 24 часа, или он получает другие продукты питания или жидкости, или у него низкий вес для возраста, то в таком случае у младенца необходимо оценить грудное вскармливание. Оценка грудного вскармливания

у младенца включает проверку прикладывания младенца к груди, эффективности сосания (медленное, глубокое сосание с небольшими перерывами), а также наличие язв или белого налета во рту (молочница).

Классификация проблем кормления или низкого веса

Основываясь на результатах оценки кормления и веса, заболевание младенца может быть классифицировано в одну из следующих трех категорий:

- **Не может есть – возможная серьезная бактериальная инфекция.** У младенца, который не может есть или не может приложиться к груди или не может эффективно сосать, есть проблема, представляющая опасность для жизни. Это может быть вызвано бактериальной инфекцией или другим заболеванием. Младенца необходимо направить в стационар после проведения такого же лечения перед направлением в стационар, как и для младенцев с возможной серьезной бактериальной инфекцией.

<ul style="list-style-type: none"> ● Не может кормиться или ● Не приложен к груди совсем или ● Не сосет грудь совсем 	<p>НЕ МОЖЕТ КОРМИТЬСЯ – ВОЗМОЖНАЯ СЕРЬЕЗНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ</p>
---	---

- У младенцев с проблемами кормления или низким весом есть такие проблемы кормления, как неправильное прикладывание к груди, неэффективное сосание, частота кормления грудью реже 8 раз в 24 часа, использование других продуктов питания или жидкостей кроме грудного молока, или низкий вес для возраста или молочница (язвы/белый налет во рту).

Соответствующее консультирование матери должно основываться на выявленной проблеме кормления: (а) если младенец неправильно приложен или неэффективно сосет, обучите

правильному расположению и прикладыванию; (б) если кормление грудью реже восьми раз в 24 часа, дайте совет матери увеличить частоту кормления; (в) если младенец получает другие продукты питания или напитки, дайте совет матери чаще кормить грудью, снизить объем других продуктов питания или напитков, а также кормить младенца из чашки; (г) если мать совсем не может кормить младенца грудью, направьте младенца в стационар для консультирования по вопросам грудного вскармливания и возможной релаксации, а также дайте совет, как правильно приготовить заменитель грудного молока. Если у младенца молочница, обучите ухаживающего за ребенком лечению молочницы на дому с помощью генциан-виолета. Обеспечьте последующее наблюдение по любой проблеме кормления или молочнице через два дня, а также через 14 дней по низкому весу для возраста.

<ul style="list-style-type: none"> ● Плохо приложен к груди или ● Сосет грудь неэффективно или ● Меньше 8 кормлений грудью за 24 часа или ● Получает другую пищу или жидкости или ● Низкий вес для возраста или ● Молочница 	<p>ПРОБЛЕМА КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>
---	---

- Младенцы, у которых **нет проблем кормления**, находятся на исключительном грудном вскармливании и получают, как минимум, восемь кормлений в 24 часа, а также их вес не классифицируется как низкий вес для возраста в соответствии со стандартными значениями.

<ul style="list-style-type: none"> ● Нет низкого веса других признаков неправильного кормления 	<p>НЕТ ПРОБЛЕМ КОРМЛЕНИЯ</p>
---	-------------------------------------

Оценка прививочного статуса

Так же, как и для более старших детей, у всех младенцев необходимо оценить прививочный статус. Наличие заболевания также не является противопоказанием для прививки.

Примечание: Не делайте прививку ОПВ 0 младенцу в возрасте старше 14 дней. Если младенцу еще не сделали прививку ОПВ 0 к возрасту 15 дней, прививку ОПВ необходимо сделать в возрасте 6 недель, как ОПВ 1.

Оценка других проблем

Так же, как и более старших детей, всех младенцев необходимо оценить по другим возможным проблемам, указанным матерью или обнаруженным во время обследования. Если обнаружена потенциально серьезная проблема или если в медицинском учреждении нельзя оказать помощь младенцу, такого младенца необходимо направить в стационар.

Процедуры лечения для младенцев

Направление в стационар младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев

Первым этапом лечения является проведение срочного(ых) вида(ов) лечения перед направлением в стационар. Возможные виды лечения перед направлением в стационар включают:

- Первая доза антибактериальных препаратов внутримышечно или орально.
- Поддержание младенца в тепле по дороге в стационар.
- Профилактика гипогликемии с помощью грудного молока или подслащенной воды
- Частые глотки раствора ОРС по дороге в стационар

Если младенец не нуждается в **срочном** направлении в стационар, проверьте, нуждается ли ребенок в несрочном направлении в стационар для дальнейшей оценки. Такое направление в стационар не является срочным. Любые другие необходимые виды лечения можно провести перед направлением в стационар.

Лечение в амбулатории

Клинические указания для младенца приведены в руководствах ИВБДВ. Выбор антибактериальных препаратов и дозировка отличаются от рекомендуемых для более старших детей. Исключение составляют планы лечения диареи с помощью жидкостей, а также указания по профилактике низкого уровня содержания сахара в крови. Разработанные ВОЗ планы лечения А, Б и В и руководства по профилактике низкого уровня сахара в крови используются как для младенцев, так и для более старших детей.

Оральные лекарственные средства

Первую дозу оральных лекарственных препаратов младенец всегда должен получить в медицинском учреждении. В дополнение, мать или ухаживающего за ребенком необходимо обучить, как давать оральный антибактериальный препарат на дому. То есть, обучить, как отмерить одну дозу, показать, как раскрошить таблетку и растворить ее в грудном молоке, а также объяснить график проведения лечения.

Примечание: Избегайте назначения котримоксазола младенцу в возрасте младше 1 месяца, если он недоношенный или желтушный. Вместо этого дайте младенцу амоксициллин или бензилпенициллин.

Рисунок 6. Срочные виды лечения перед направлением в стационар для больных младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев

КЛАССИФИКАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
	<p>Для всех младенцев перед направлением в стационар:</p> <p>Проведите профилактику низкого уровня сахара в крови с помощью грудного молока или подслащенной воды. Дайте совет матери, как держать младенца в тепле по дороге в стационар.</p>
СУДОРОГИ	<p>Если у ребенка судороги, дайте ему диазепам (10 мг/2 мл раствор) в дозе 0.1 мл/кг или паральдегид в дозе 0.3-0.4 мл/кг ректально; если судороги продолжаются после 10 минут, дайте вторую дозу диазепама ректально. Используйте Фенобарбитал (200 мг/мл раствор) в дозе 20 мг/кг для борьбы с судорогами у младенцев в возрасте младше 2 недель.</p>

КЛАССИФИКАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
ВОЗМОЖНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ НЕ МОЖЕТ ЕСТЬ – ВОЗМОЖНАЯ СЕРЬЕЗНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ	Дайте первую дозу антибактериальных препаратов внутримышечно. Рекомендуемыми препаратами являются гентамицин (2.5 мг/кг) и бензилпенициллин (50 000 единиц на кг) ИЛИ цефтриаксон ИЛИ цефотаксим.
ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ	Смотрите рекомендации для более старших детей, рисунок 4.
ДИЗЕНТЕРИЯ ИЛИ ТЯЖЕЛАЯ ЗАТЯЖНАЯ ДИАРЕЯ	Смотрите рекомендации для более старших детей, рисунок 4.

Рисунок 7. Лечение в амбулаторном медицинском учреждении больных младенцев в возрасте от 1 недели до 2 месяцев

КЛАССИФИКАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ
МЕСТНАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ	Дайте подходящий оральный антибактериальный препарат. Рекомендуемыми препаратами являются котримоксазол и амоксициллин. Лечите местные инфекции и обучите мать лечению на дому.
УМЕРЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ	Смотрите рекомендации для более старших детей, рисунок 5.
НЕТ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ	Смотрите рекомендации для более старших детей, рисунок 5.
ПРОБЛЕМА КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС	Дайте подходящий совет по кормлению. Если у младенца есть молочница, обучите мать лечению молочницы на дому.

Лечение местной инфекции

У *больного младенца* существует три вида местных инфекций, которые ухаживающий за ребенком может лечить на дому: покраснение или гнойные выделения из пупка, кожные пустулы или молочница. Эти местные инфекции необходимо лечить с помощью генцианвиолета.

Консультирование матери или ухаживающего за ребенком

Так же, как и для более старших детей, успех лечения на дому зависит от того, насколько хорошо мать или ухаживающий за ребенком знают, как проводить лечение, понимают его важность и знают, когда следует вернуться к медицинскому работнику.

Консультирование матери или ухаживающего за младенцем должно включать следующие основные элементы:

- Обучите, как давать оральные лекарственные препараты или как лечить местные инфекции.

■ Обучите правильному расположению и прикладыванию для грудного вскармливания:

- а) покажите матери, как держать младенца
- б) голова и тело младенца выпрямлены
- в) лицом к груди матери, нос младенца напротив соска
- г) тело младенца близко к телу матери
- д) поддерживается все тело младенца, а не только шея и плечи.

■ Покажите матери, как помочь ребенку приложиться к груди. Мать должна:

- а) коснуться своим соском губ младенца
- б) подождать пока младенец широко раскроет рот
- в) быстро придвинуть младенца к груди, нацеливая нижнюю губу ребенка на уровень значительно ниже соска.

■ Ищите признаки правильного прикладывания и эффективного сосания. Если прикладывание или сосание неправильное, попробуйте еще раз.

■ Дайте совет по продуктам питания и жидкостям: посоветуйте чаще кормить грудью, столько раз и так долго, сколько хочет младенец, днем и ночью, во время болезни и когда ребенок здоров.

■ Объясните, когда следует вернуться в медицинское учреждение:

Объясните, когда следует вернуться в медицинское учреждение для следующей прививки в соответствии с графиком прививок.

Последующее наблюдение

Если у ребенка **нет никакой новой проблемы**, используйте указания для последующего наблюдения ИВБДВ для каждой специфической проблемы:

- Оцените ребенка в соответствии с указаниями;
- Используйте информацию о признаках у ребенка для того, чтобы выбрать правильное лечение;
- Проведите лечение.

На схемах ИВБДВ приведены подробные указания о том, как проводить визиты последующего наблюдения при различных заболеваниях. Проведение визитов последующего наблюдения рекомендуется для младенцев, заболевание которых классифицируется как:

- Местная бактериальная инфекция
- Проблема кормления или низкий вес (включая молочницу)

А. НЕМЕДЛЕННО

Дайте совет, немедленно вернуться в медицинское учреждение, если у младенца есть любой из следующих признаков:

- Плохо сосет грудь или пьет
- Состояние ухудшается
- Появилась лихорадка
- Учащенное дыхание
- Затрудненное дыхание
- Кровь в стуле

Если у младенца есть: Необходимо вернуться для проведения последующего наблюдения не позже, чем через:

Местная бактериальная инфекция	2 дня
Любая проблема кормления	
Молочница	

Низкий вес для возраста	14 дней
-------------------------	---------

В. СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Принципы ведения больных детей в небольшом стационаре

Тяжело больных детей, направленных в стационар, необходимо оценить, используя опыт медицинского персонала и диагностические возможности стационара. Однако, первым этапом в оценке детей, направленных в стационар, должна быть медицинская сортировка больных – процесс быстрой оценки для того, чтобы определить, к какой из перечисленных ниже групп следует отнести больного ребенка:

- **Дети с неотложными признаками**, нуждающиеся в проведении неотложного лечения: обструкция дыхательных путей, тяжелый респираторный дистресс, общий цианоз, признаки шока, кома, судороги или признаки тяжелого обезвоживания.
- **Дети с приоритетными признаками**, которым следует уделить приоритетное внимание, когда они ждут своей очереди, для того, чтобы оценить и лечить их без промедления: видимое тяжелое истощение, отек обеих стоп, тяжелая бледность ладоней, любой больной младенец (в возрасте младше 2 месяцев), летаргическое состояние, постоянная раздражимость и беспокойство, сильные ожоги, любой вид респираторного дистресса или наличие срочного предписания из другого медицинского учреждения.
- **Несрочные больные**, у которых нет ни неотложных, ни приоритетных признаков.

Затем, в соответствии с определенным порядком очередности необходимо полностью внимательно обследовать больных детей, не пропуская ни одного важного признака. Для того, чтобы иметь возможность вести больных детей, небольшой стационар должен быть оборудован для проведения следующих лабораторных исследований:

- Гемоглобин или гематокрит
- Мазок крови на малярию
- Уровень глюкозы в крови
- Микроскопическое исследование СМЖ и мочи
- Определение группы крови и перекрестный тест на совместимость

В дополнение, для ведения младенца необходимо иметь возможность проводить исследование билирубина крови. Другие виды исследований (например, рентгенологические исследования грудной клетки или микроскопические исследования стула) не считаются основными, однако, могут оказаться полезными в сложных случаях.

Когда ребенок с тяжелой (розовый цвет) классификацией поступает в стационар, необходимо составить список возможных диагнозов. Не забывайте, что у больного ребенка часто бывает сразу несколько диагнозов или клинических проблем, требующих лечения. Приведенные в таблице на следующей странице диагнозы должны рассматриваться в первую очередь для каждой категории больных.

Больным детям проводится соответствующее лечение, основываясь на результатах диагностических процедур и согласно национальным клиническим руководствам. Более подробную информацию о ведении детей в стационарах первого уровня можно получить из публикации ВОЗ, озаглавленной *Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания: Руководства по ведению больных в стационарах первого уровня в развивающихся странах (WHO/FCH/CAN/00.1)*. В дополнение к описанию наиболее важных процедур лечения, в этом документе излагаются основные принципы проведения мониторинга изменения состояния ребенка. Ключевыми аспектами мониторинга изменения состояния больного ребенка являются:

- **Составление плана мониторинга.** Частота проведения мониторинга зависит от природы и тяжести клинического состояния ребенка.
- **Использование стандартной схемы для записи основной информации**, например, правильное назначение лечения, ожидаемые результаты, возможные отрицательные эффекты лечения, осложнения, которые могут возникнуть, возможные альтернативные диагнозы.
- **Доведение этих проблем до сведения ответственных сотрудников стационара**, а также, если необходимо, изменение лечения соответственно.

Рисунок 8. Возможные диагнозы для детей, направляемых в стационар по четырем основным симптомам

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ДИАГНОЗЫ			
Без сознания, летаргичен или судороги	Кашель или затрудненное дыхание	Диарея	Лихорадка
<ul style="list-style-type: none"> ● Менингит ● Церебральная малярия (только у детей в районах с риском заражения <i>P. falciparum</i>, часто сезонным) ● Фебрильные судороги (маловероятная причина бессознательного состояния) ● Гипогликемия (всегда ищите причину) ● Повреждение головы ● Отравление ● Шок (может вызвать летаргическое или бессознательное состояние, однако, редко вызывает судороги) ● Острый гломерулонефрит с энцефалопатией ● Диабетический кетоацидоз <p>Ниже перечислены возможные диагнозы для младенцев, направляемых в стационар в летаргическом состоянии:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Родовая асфиксия, гипоксическая ишемическая энцефалопатия, родовая травма ● Внутрочерепное кровоизлияние ● Гемолитическое заболевание новорожденного, керниктерус ● Столбняк новорожденных ● Менингит ● Сепсис 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пневмония ● Малярия ● Тяжелая анемия ● Сердечная недостаточность ● Врожденный порок сердца ● Туберкулез ● Коклюш ● Инородное тело ● Эмпиема ● Пневмоторакс ● Пневмоцистная пневмония 	<ul style="list-style-type: none"> ● Острая водянистая диарея ● Холера ● Дизентерия ● Затяжная диарея ● Диарея с тяжелым нарушением питания ● Инвагинация 	<ul style="list-style-type: none"> ● Малярия ● Септицемия ● Брюшной тиф ● Инфекция мочевыводящих путей ● ВИЧ инфекция ● Менингит ● Средний отит ● Остеомиелит ● Септический артрит ● Инфекция кожи и мягких тканей ● Пневмония ● Вирусные инфекции ● Заглочный абсцесс ● Синусит ● Корь ● Менингококковая инфекция ● Возвратный тиф ● Сыпной тиф ● Геморрагическая лихорадка Денге

Для получения дополнительной информации обращайтесь:

Департамент Здоровья и Развития Ребенка и Подростка (САН)

Всемирная Организация Здравоохранения

20, Авеню Аппиа

1211 Женева 27

Швейцария

Тел.: +41-22 791 26 68

Факс: +41-22 791 48 53

Электронная почта: cah@who.int

Адрес на интернет: <http://www.who.int/child-adolescent-health>