

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616.9-053.2-084.3-036.22 (075.8)

ББК 55.1 я73

Д48

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 25.05.2011 г., протокол № 9

А в т о р ы: доц. А. А. Астапов; доц. И. Г. Германенко; доц. Н. В. Галькевич; ассист. Р. Н. Манкевич

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. инфекционных болезней и детских инфекций Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. А. А. Ключарева; зав. каф. эпидемиологии Белорусского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, проф. Г. Н. Чистенко

Диспансеризация и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях у детей : учеб.-метод. пособие / А. А. Астапов [и др.]. – Минск : БГМУ, 2011. – 36 с.

ISBN 978-985-528-472-8.

Рассмотрены вопросы наблюдения, обследования и оздоровления больных детей, перенесших инфекционные заболевания, даны критерии эффективности диспансеризации. Представлены противоэпидемические мероприятия при наиболее часто встречающихся в Республике Беларусь инфекционных заболеваниях.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов педиатрического, 4–5-го лечебного и 3–4-го курсов медико-профилактического факультетов.

УДК 616.9-053.2-084.3-036.22 (075.8)

ББК 55.1 я73

Учебное издание

Астапов Анатолий Архипович
Германенко Инна Геннадьевна
Галькевич Наталья Витальевна
Манкевич Римма Николаевна

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. А. Астапов
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 26.05.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,7. Тираж 99 экз. Заказ 681.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-472-8

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Список сокращений

АСЛ-О — антистрептолизин-О

АЛАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспартатаминотрансфераза

ВЭБ — вирус Эбштейна–Барр

ВГС, ВГА, ВГВ — вирус гепатита С, А, В

ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза

ДИКБ — детская инфекционная клиническая больница

ЛПВП — липопротеиды высокой плотности

ЛПНП — липопротеиды низкой плотности

ОБП — органы брюшной полости

ПКФ — патогенная кишечная флора

ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЩФ — щелочная фосфатаза

a/VCA IgM, a/EBV-EA — антитела к вирусу Эбштейна–Барр

HBsAg — поверхностный антиген вируса гепатита В

Диспансеризация детей, перенесших инфекционные заболевания

Основным принципом охраны здоровья детей является профилактическое направление, которое заключается в обеспечении активного медицинского наблюдения за ними во все периоды детства, в том числе и в стадии реконвалесценции после перенесенных заболеваний.

Совершенствование лечебно-профилактической помощи детям, решение вопросов диспансеризации тесно связаны с развитием специализированной медицинской помощи.

Основные обязанности по наблюдению за здоровым и больным ребенком возлагаются на участкового педиатра (врача общей практики) при активном наблюдении врачей-специалистов по показаниям.

Участковый педиатр решает следующие задачи:

- планирует конкретные лечебные и противоэпидемические мероприятия;
- определяет показания для госпитализации детей;
- извещает территориальный Центр гигиены и эпидемиологии о случае инфекционного заболевания на участке (ф. 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»);
- осуществляет диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими инфекционные заболевания.

В настоящее время под **диспансеризацией** понимают систему организационных и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, заключающуюся в наблюдении за здоровыми детьми с проведением комплекса профилактических мероприятий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка и предупреждение заболеваний.

Диспансеризация детей, перенесших инфекционные заболевания, заключается в периодических осмотрах, активном динамическом наблюдении за реконвалесцентами до полного выздоровления и хроническими больными с целью профилактики обострений и ухудшения состояния здоровья, включая различные методы диагностики, лечения и их оздоровления.

Распространенность инфекционных заболеваний среди детского населения продолжает оставаться достаточно высокой. Однако не во всех случаях возникает необходимость наблюдения за реконвалесцентами после выздоровления. В то же время имеется ряд заболеваний, которые могут сопровождаться развитием осложнений, остаточных явлений поражения той или иной системы и даже переходом в хроническую форму.

В круг обязанностей участкового педиатра совместно с инфекционистом и врачами-специалистами входит наблюдение за следующими группами детей:

- реконвалесценты инфекционных болезней с поражением центральной и периферической нервной системы (бактериальные и вирусные менингиты и менингоэнцефалиты, периферические параличи и парезы);
- реконвалесценты воздушно-капельных инфекций, протекающих с осложнениями (скарлатина и др.);
- реконвалесценты вирусных гепатитов, больные с хроническими вирусными гепатитами и циррозами печени, дети, рожденные от матерей с гепатитом В, С и ВИЧ-инфекцией;
- реконвалесценты острых кишечных заболеваний;
- реконвалесценты некоторых других инфекционных болезней;
- больные ВИЧ-инфекцией.

Заболевания этих групп характеризуются различной этиологией и патогенезом, клинической картиной и прогнозом, и, естественно, неодинаковой, а иногда принципиально различной тактикой диспансерного наблюдения.

Лечебно-оздоровительные мероприятия раннего периода реконвалесценции, проводимые на этапе инфекционного стационара и продолжающиеся на последующих этапах, включают в себя режимные мероприятия, лечебное питание, лечебную физкультуру, фармакологическую коррекцию, физиотерапевтические и психотерапевтические методы.

Почему за больными, перенесшими инфекционные заболевания, требуется диспансерное наблюдение?

Поражения нервной системы, вызванные инфекционными агентами, занимают важное место в структуре заболеваний нервной системы и остаются одной из основных причин летальности и инвалидизации больных. Минимизация и ликвидация последствий перенесенных заболеваний, снижение показателя выхода на инвалидность должны стать основной задачей наблюдения за больными в период реконвалесценции.

Поражения ЦНС могут быть вызваны различными возбудителями: бактериальными, вирусными, паразитарными — и проявляться воздействием инфекционных агентов и их токсинов на мозговые оболочки (менингит), вещество головного мозга (энцефалит) и их сочетаниями (менингоэнцефалит). Некоторые проявления (синдромы), такие как судороги, гипоксия в свою очередь могут усугублять поражение нервной системы.

Наблюдение осуществляет участковый педиатр при активном привлечении врачей-специалистов, в первую очередь, невролога.

Восстановительный период может занимать продолжительное время. В это время кроме лечебных мероприятий, направленных на ребенка, следует уделять большое внимание психологической поддержке семьи. Принципы наблюдения за детьми, перенесшими поражение ЦНС, представлены в табл. 1.

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими **воздушно-капельные инфекции**, осуществляется участковым педиатром и врачами-специалистами в зависимости от наличия осложнений со стороны определенных органов и систем. Наиболее частыми возбудителями воздушно-капельных инфекций в Республике Беларусь являются вирусы ветряной оспы, краснухи, паротита, в недавнем прошлом — кори, а также бактерии, вызывающие скарлатину, коклюш, паракоклюш, дифтерию. В большинстве случаев регистрируется легкое и среднетяжелое течение, после чего наступает полное выздоровление. Однако в ряде случаев развиваются ранние или поздние осложнения, требующие госпитализации и в дальнейшем динамического наблюдения за реконвалесцентами.

Наиболее частым осложнением вирусных инфекций является поражение нервной системы в виде энцефалитов. Такие больные должны наблюдаться у педиатра и невролога (см. табл. 1).

Тяжелое течение **коклюша (паракоклюша)** с частыми пароксизмами кашля приводит у некоторых больных к выраженной гипоксии и развитию гипоксической энцефалопатии, сопровождающейся симптомами угнетения и очаговой неврологической симптоматикой. Чаще страдают дети раннего возраста, особенно недоношенные. Такие дети требуют пристального наблюдения как педиатра, так и невролога.

У детей, перенесших **скарлатину** в среднетяжелой и тяжелой форме, вероятно развитие как ранних осложнений, выявляемых в остром периоде болезни, так и поздних, развивающихся спустя 3–4 недели после выздоровления (гломерулонефрит, кардит, васкулит, эндокардит). Реконвалесценты скарлатины должны наблюдаться также нефрологом, кардиологом в зависимости от развившегося осложнения (табл. 2).

При **токсических формах дифтерии** могут развиваться ранние и поздние осложнения, которые затрагивают различные органы и системы организма. Поражение сердца характеризуется токсической миокардиодистрофией и миокардитами. Полное выздоровление при благоприятных обстоятельствах наблюдается через 4–6 месяцев, в течение которых необходимо активное диспансерное наблюдение педиатром совместно с кардиологом. Поражения почек обычно кратковременны, однако, изменения тубулоинтерстициальной ткани могут приводить к развитию почечной недостаточности, требующей пристального внимания нефролога. Особенностью токсического поражения нервной системы при дифтерии является развитие нейропатий. При раннем поражении отмечаются мононевриты и полиневриты. При поздних осложнениях возникают полирадикулоневриты, характеризующиеся парезами и параличами конечностей, шеи и туловища. Возможно развитие центральных параличей. Восстановительный период длителен и требует активного участия невролога, врача ЛФК, физиотерапевта (табл. 1).

Поражение печени вирусной этиологии у детей встречается достаточно часто. Значение данной нозологии в инфектологии связано с тяжестью клинических проявлений, длительностью течения некоторых форм и нередкими тяжелыми последствиями заболеваний данной группы, что обуславливает социальный аспект в виде формирования ранней инвалидности, необходимости длительного медикаментозного лечения, а иногда и привлечения методов трансплантологии. Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими вирусные гепатиты, представлена в табл. 3.

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими **кишечные инфекции**, обусловлено возможным продолжением бактериовыделения при отсутствии клиники заболевания, развитием вторичных ферментопатий (чаще лактазной недостаточности), длительного дисбиоза кишечника. В тяжелых случаях перенесенная кишечная инфекция может послужить причиной задержки физического развития ребенка. Наблюдение осуществляет педиатр совместно с инфекционистом, при необходимости — с гастроэнтерологом (табл. 4).

Некоторые инфекционные заболевания характеризуются частыми рецидивами (**герпетическая инфекция**), значительным негативным воздействием на иммунную систему и органы ЖКТ (**инфекционный мононуклеоз**), отсроченным с момента воздействия инфекционного агента поражением суставов и нервной системы (**болезнь Лайма**) и др. Схема диспансерного наблюдения за больными, перенесшими эти и некоторые другие инфекции, приведена в табл. 5.

Принципы наблюдения за **ВИЧ-инфицированными детьми** и детьми, рожденными от ВИЧ-матерей, оговорены в соответствующих нормативных актах МЗ Республики Беларусь и в данном руководстве не приводятся.

Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими нейроинфекции

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Нейроинфекции (вирусные энцефалиты, менингоэнцефалиты, бактериальные менингиты)	Педиатр, инфекционист, невролог — первый раз через 1–1,5 месяца после выписки из стационара, затем 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, затем 1 раз в 6 месяцев, при необходимости частота осмотров может быть увеличена. Окулист — через 1 и 3 месяца после выписки, затем 1 раз в 6 месяцев. Сурдолог — в первые 3 месяца после выписки	Психомоторное развитие, наличие очаговых неврологических симптомов	ЭЭГ через 3, 6 месяцев после выписки, далее 2 раза в год (по показаниям — чаще). Ультразвуковая транскраниальная доплерография 1 раз в 3 месяца на 1-м году наблюдения, затем 2 раза в год. МРТ по показаниям. НСГ (нейросонография) — детям до 1 года 1 раз в 3 месяца	Восстановительное лечение в зависимости от основного неврологического синдрома (курсы антигипоксантов, препаратов, улучшающих мозговое кровообращение; средства, стимулирующие ЦНС; средства, улучшающие периферическое кровообращение; витамины группы В). Освобождение от физкультуры на 6 месяцев, затем ЛФК при сохранении остаточных явлений	Отсутствие остаточных явлений. Наблюдение неврологом не менее 3 лет, при наличии органической патологии ЦНС — индивидуально в течение 5 лет
Внутриутробная инфекция с поражением ЦНС	Педиатр — ежемесячно. Невролог — 1 раз в 3 месяца на первом году, далее — по показаниям. Окулист (глазное дно) — 1 раз в год (по показаниям чаще). Сурдолог — 1 раз в год (по показаниям чаще)	Обращают внимание на позу, двигательную активность, акт сосания, рвоту, срыгивания, реакцию на звук и свет, состояние черепных швов, темп	ЭЭГ через 3, 6 месяцев после выписки, далее 2 раза в год (по показаниям чаще). Ультразвуковая транскраниальная доплерография 1 раз в 3 месяца на 1-м году наблюдения, затем 2 раза в год; МРТ по показаниям.	Охранительный режим. В зависимости от преобладающего синдрома — курсы антигипоксантов; препаратов, улучшающих мозговое кровообращение; средства, стимулирующие ЦНС; средства, улучшающие периферическое	Соответствующее возрасту нервно-психическое, моторное развитие. Отсутствие остаточных явлений. Наблюдение неврологом не менее 3 лет, при наличии органической

Окончание табл. 1

Нозологическая форма (шифр по МКБ-10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
		психомоторного и физическое развития	НСГ детям до 1 года — 1 раз в 3 месяца	кровообращение; витамины группы В. Фитотерапия	патологии ЦНС — индивидуально в течение не менее 5 лет
Инфекционные заболевания периферической нервной системы	Педиатр — в течение месяца после выписки. Невролог — в течение месяца после выписки. Ортопед — 1 раз в год не менее 2 лет, по показаниям до 5 лет. Иммунолог — при затяжном, рецидивирующем течении, хронизации 2 раза в год	Наличие и выраженность рефлексов, моторика	ЭМГ-контроль через 60 дней от начала паралича, затем 1 раз в 3 месяца на первом году, 2 раза в год на 2-м году наблюдения. Иммунограмма 1 раз в год	Курс восстановительного лечения в неврологическом стационаре. При вакциноассоциированном полиомиелите — в инфекционном стационаре	Наблюдение в течение 3 лет с оформлением инвалидности при наличии остаточных явлений, ограничивающих трудоспособность. Снятие с учета через 1 год после стойкого исчезновения остаточных явлений при остром течении заболевания; через 1 год после стойкого исчезновения рецидива. При остаточных явлениях — оформление инвалидности

Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими воздушно-капельные инфекции

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Скарлатина (А. 38)	Участковый педиатр — через 3 недели после выздоровления. Кардиолог, нефролог, ЛОР — по показаниям. При наличии заболеваний ОРЛ в семье — кардиолог через 1 месяц после выздоровления	Термометрия, общее состояние (наличие слабости, потливости), клинические данные, лабораторные исследования	Через 3 недели после выздоровления — ОАК, ОАМ, по показаниям — ЭКГ, БАК (С-реактивный белок, АСЛ-О)	Санация хронических очагов инфекции, закаливающие процедуры. При наличии в семье заболеваний острой ревматической лихорадки — первичная профилактика ревматизма пенициллинами пролонгированного действия	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 1 месяц при среднетяжелом течении; через 3 месяца — при тяжелом течении и при отсутствии жалоб и клинико-лабораторных изменений
Паротитная инфекция (В 26.0–В 26.9): – эпидемический паротит (В 26.9); – паротитный панкреатит (В 26.3);	Участковый педиатр после выписки из стационара — 1 раз перед снятием с учета. Участковый педиатр, гастроэнтеролог — 1 раз в 3 месяца в течение 6 месяцев, далее — 1 раз в 6 месяцев.	Болезненность живота, характер стула	ОАК, ОАМ + диастаза мочи ОАК + амилаза крови 1 раз в 3 месяца, ОАМ + диастаза мочи 1 раз в 3 месяца, копрограмма 1 раз в 3 месяца; УЗИ ОБП, эндокринолог — по показаниям ОАК,	Диета П (аналог стола № 5 по Певзнеру), по показаниям — ферментные препараты	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета при отсутствии жалоб и клинико-лабораторных изменений через 1 месяц после перенесенного паротита, через 1 год — после панкреатита, через 2 года — после перенесенного орхита

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
– паротитный орхит (оофорит) (В 26)	Эндокринолог, уролог (гинеколог) — 1 раз в 6 месяцев		ОАМ + диастаза мочи, УЗИ яичек (яичников). При необходимости — исследование половых гормонов, консультация уролога (детского гинеколога, хирурга)		
Дифтерия (А 36.0–А 36.9): – локализованная и распространенная формы; – субтоксическая, токсическая дифтерия зева I–III ст.	Участковый педиатр (при необходимости кардиолог, невролог, ЛОР-врач, нефролог) — через 1 и 3 месяца после выписки, далее — каждые 3 месяца до снятия с учета	Осмотр зева, тоны сердца, неврологический статус	ОАК, ОАМ, ЭКГ при каждом осмотре	При локализованной форме — освобождение на 1 месяц от занятий физкультурой, затем 3 месяца ЛФК; при субтоксической и токсической форме I ст. — освобождение на 6 месяцев, при токсической форме II–III ст. — освобождение на 1 месяц, затем 9 месяцев ЛФК. Общеукрепляющие препараты; при наличии осложнений — лечение и наблюдение у врача-специалиста (кардиолог, невролог, нефролог, ЛОР-врач)	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей и остаточных явлений. Снятие с учета при отсутствии жалоб и клинико-инструментальных изменений через 3 месяца при локализованной форме, через 6 месяцев — при субтоксической и токсической форме I ст., через 9 месяцев — при токсической форме II–III ст.

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Коклюш, паракклюш	При наличии осложнений и резидуальных изменений дети первого года с неблагоприятным преморбидным фоном наблюдаются участковым педиатром или инфекционистом через 2, 6 и 12 месяцев; неврологом — через 2, 6, 12 месяцев, пульмонологом — через 2, 6 месяцев	Одышка, наличие астенического синдрома, аускультация, психомоторное развитие, наличие неврологических проявлений	ОАК, рентгенография органов грудной клетки, ЭЭГ — по показаниям	Охранительный режим, по показаниям — антигипоксанта, препараты, улучшающие мозговое кровообращение	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей и остаточных явлений. Снятие с учета при отсутствии жалоб, неврологических нарушений и клинико-лабораторных изменений

Примечание. Дети, перенесшие коревой, краснушный энцефалит (корь — В 05, краснуха — В 06) — см. табл. 1.

Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими вирусные гепатиты

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Острый вирусный гепатит А (В 15.0–В 15.9)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — через 10 дней; 1, 3, 6 месяцев	Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, размеры и консистенция печени	БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин, тимоловая проба); по показаниям — ГГТП, ЩФ, глюкоза, амилаза, общий белок, протеинограмма, холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, коагулограмма	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру) 1 месяц, далее — общий стол. Освобождение от занятий физкультурой на 2 месяца, затем ЛФК. При сохранении проявлений холестаза или цитолиза — гепатопротекторы (препараты урсодезоксихолевой кислоты) 1 месяц	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 6 месяцев после выписки из стационара при отсутствии остаточных клинических явлений и полной нормализации биохимических проб
Острый вирусный гепатит В (В 16.0–В 16.9)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый врач) — через 10 дней; 1, 3, 6, 9, 12 месяцев; при сохранении HBsAg, повышении АлАТ и/или билирубина через 3 месяца — инфекционист областного уровня (г. Минск, диспансерный кабинет ДИКБ)	Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, размеры и консистенция печени и селезенки	При каждом посещении БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин); через 1 месяц и далее — ГГТП (при необходимости); определение HBsAg через 3, 6, 9, 12 месяцев	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру) 1 месяц, далее — общий стол. Освобождение от занятий физкультурой на 2 месяца, затем ЛФК. При сохранении проявлений холестаза или цитолиза, признаках хронизации — гепатопротекторы 1 месяц	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 12 месяцев после выписки из стационара при нормальных показателях БАК и отсутствии признаков хронизации

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Острый вирусный гепатит С (В 17.1)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый врач) — через 10 дней; 1, 3, 6, 9, 12 месяцев; при сохранении РНК ВГС, повышении АлАТ и/или билирубина через 3 месяца — инфекционист областного уровня (г. Минск, диспансерный кабинет ДИКБ)	Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, размеры и консистенция печени и селезенки	Через 10 дней после выписки — осмотр, БАК (АлАт, АсАт, билирубин). Через 1 месяц — осмотр, БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин, при необходимости — ГГТП); ПЦР ВГС в качественной реакции (в случае положительной реакции — количественный анализ в ПЦР ВГС и решение вопроса о проведении этиотропной терапии). Через 3, 6, 9 месяцев — осмотр, БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин, при необходимости — ГГТП); ПЦР ВГС в качественной реакции, анти-ВГС, в случае отрицательного предыдущего результата (в случае положительной реакции — количественный анализ в ПЦР ВГС и решение вопроса о проведении этиотропной терапии). Через 12 месяцев — осмотр, БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру) 1 месяц, далее — общий стол. Освобождение от занятий физкультурой на 60 дней, затем ЛФК. При сохранении проявлений холестаза или цитолиза — гепатопротекторы (препараты урсодезоксихолевой кислоты) 1 месяц. По показаниям — препараты интерферона-альфа и рибавирин	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 12 месяцев после выписки из стационара при отсутствии признаков хронизации и нормальных показателей БАК; отрицательная ПЦР ВГС, анти-ВГС

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
			при необходимости — ГГТП); ПЦР ВГС в качественной реакции, анти-ВГС		
Хронический вирусный гепатит В (В 18.0–В 18.1)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый врач) — 1 раз в год. Инфекционист областного уровня (г. Минск, диспансерный кабинет ДИКБ) — 1 раз в 3–6 месяцев; при нормальных показателях АлАТ, АсАТ и в фазу интеграции — 1 раз в 6 месяцев; при повышении АлАТ, АсАТ, в фазу репликации — 1 раз в 3 месяца	Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, размеры и консистенция печени и селезенки	БАК (билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба) — 1 раз в 3–6 месяцев. УЗИ ОБП — 1 раз в год. HBsAg, HBeAg, анти-HBe, ДНК ВГВ, анти-HBs, анти-HBcorIgM, анти-HBcortot — 1 раз в год. По показаниям — анти-HDV, альфа-фетопроtein	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру). При постановке диагноза — ЛФК до 3 месяцев, затем спецмедгруппа — 3–6 месяцев, подготовительная — через 6 месяцев, основная — через 12 месяцев. Курсы гепатопротекторов длительностью 1–1,5 месяца 1–2 раза в год (по показаниям — более длительные и/или частые). Препараты флавоноидов Sulfonium marianum (расторопши) в рекомендуемых производителями дозах. Противовирусная терапия — по показаниям	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. С учета не снимаются

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Хронический вирусный гепатит С (В 18.2)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в год. Инфекционист областного уровня (г. Минск, диспансерный кабинет ДИКБ) — 1 раз в 3–6 месяцев. При нормальной активности АлАТ, АсАТ и отрицательной РНК ВГС — 1 раз в 6 месяцев; при положительной РНК ВГС — 1 раз в 3 месяца	Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, размеры и консистенция печени и селезенки	БАК (билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, ГГТП) — 1 раз в 3–6 месяцев. УЗИ ОБП — 1 раз в 6 месяцев. Ультразвуковая доплерография — 1 раз в год. РНК ВГС качественная — 1 раз в год. РНК ВГС количественная — при решении вопроса этиотропной терапии. Этиотропная терапия: при решении вопроса о проведении этиотропного лечения — количественная ПЦР на РНК ВГС, определение генотипа ВГС; УЗИ щитовидной железы; определение гормонов щитовидной железы (свТ4, ТТГ, антител к пероксидазе); санация полости рта; компенсация всех хронических заболеваний. ОАК — 1 раз в 2 недели первые 2 месяца, затем — 1 раз в месяц.	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру). При постановке диагноза ЛФК до 3 месяцев, затем спецмедгруппа — 3–6 месяцев, подготовительная — через 6 месяцев, основная — через 12 месяцев. Курсы гепатопротекторов длительностью 1–1,5 месяца 1–2 раза в год (по показаниям — более длительные и/или частые). При синдромах цитолиза или холестаза — препараты урсодезоксихолевой кислоты 1 месяц. Препараты флавоноидов <i>Sulibium marianum</i> (расторопши) в рекомендуемых производителями дозах. Противовирусная терапия — по показаниям	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. С учета не снимаются

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
			<p>БАК (АлАТ, АсАТ, тимоловая проба, общий билирубин, ГГТП, моче- вая кислота, глюкоза, ЩФ) — 1 раз в месяц. Гормоны щитовидной железы ТТГ, свТ4, анти- ТПО — 1 раз в 3 месяца. РНК ВГС (качественная) при положительном результате — количественная через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после начала терапии, через 6 месяцев после отмены</p>		
Цирроз печени, ассоциированный с вирусами гепатитов В и С	Инфекционист по месту жительства, гастро-энтеролог — при каждом визите; участковый врач; инфекционист областного уровня (г. Минск, диспансерный кабинет ДИКБ). Дети старше 3 лет с циррозом печени классов А и В (по Child) — 1 раз в 6 месяцев. Дети первых	Рост, вес, физическое развитие при каждом визите. Аппетит, диспепсия (тошнота, рвота), симптомы астенизации, цвет кожи, наличие венозной сети, «сосудистых звездочек», размеры и консистенция печени	ОАК (+ тромбоциты), МНО — при каждом визите. БАК (АлАТ, АсАТ, билирубин, тимоловая проба, альбумин, креатинин) — при каждом визите. ГГТП, ЩФ, глюкоза, α -амилаза, общий белок, протеинограмма, холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, коагулограмма, железо, общая железосвязывающая	Диета — стол П (аналог стола № 5 по Певзнеру). Освобождение от занятий физкультурой постоянно. Курсы гепатопротекторов длительностью 1–1,5 месяца 1–2 раза в год (по показаниям — более длительные и/или частые). При синдромах цитолиза или	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. С учета не снимаются

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
	3 лет и дети с циррозом класса С (по Child) — 1 раз в 3 месяца или чаще, исходя из балла MELD/PELD: < 18 баллов — 1 раз в 3 месяца, 18–24 балла — 1 раз в месяц, ≥ 25 баллов — 1 раз в 2 недели; по показаниям — чаще. Консультация трансплантолога при прогнозируемой низкой 3-месячной выживаемости (балл MELD/PELD < 20)	и селезенки, наличие асцита, признаков портальной гипертензии	способность сыворотки, трансферрин — по показаниям; NA^+ , K^+ , $СГ$ — по показаниям. α -фетопротеин — 1 раз в 6 месяцев. ФЭГДС — 1 раз в 12 месяцев. УЗИ ОБП, УЗ-доплерография сосудов системы воротной вены — 2 раза в год, по показаниям — чаще. КТ брюшной полости, холангиография, спленопортография — по показаниям. Пункционная биопсия печени — по показаниям	холестаза — препараты урсодезоксихолевой кислоты 1 месяц. Препараты флавоноидов <i>Sulibium marianum</i> (расторопши) в рекомендуемых производителями дозах. По показаниям — этиотропная терапия	

Примечание. Хронический гепатит D — см. наблюдение больных с хроническим гепатитом В. Дети, рожденные матерями с ВГС (ВГС-экспоненция: (Z 20.5) наблюдаются согласно инструкции по применению «Схема обследования детей, рожденных матерями с гепатитом С», утвержденной МЗ Республики Беларусь 28.12.2007 г., регистрационный № 056-0807. Больные ВИЧ/СПИДом (В 20–В 24) и ВИЧ-экспонированные дети наблюдаются согласно приказу МЗ Республики Беларусь № 1008 от 24.09.2010 г. «Об утверждении клинических протоколов». HBeAg — антиген инфекционности вируса гепатита В; анти-HBe — антитела к антигену инфекционности вируса гепатита В; ДНК ВГВ — дезоксирибонуклеиновая кислота вируса гепатита В; анти-HBs — антитела к поверхностному антигену вируса гепатита В; анти-HBcIgM — антитела к сердцевидному антигену вируса гепатита В; анти-HDV — антитела к вирусу гепатита D; анти-ВГС — антитела к вирусу гепатита С.

Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими кишечные инфекции

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Дизентерия (А 03.0–А 03.9)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в месяц. Наблюдению подлежат дети, посещающие дошкольные учреждения, школы-интернаты, специализированные санатории, детские дома	Аппетит, симптомы астенизации, характер стула, локальное изменение кишечника	ОАК, копрограмма и рН кала; при хроническом течении — посев кала на ПКФ перед снятием с учета	Диета с исключением молочных продуктов при лактазной недостаточности; бактериофаг дизентерийный (по показаниям), пробиотики, ферменты (при наличии изменений в копрограмме)	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета при остром течении через 1 месяц, при хроническом течении — через 3 месяца при отсутствии жалоб, нормализации характера стула, копрограммы, отрицательном посеве кала на дизентерию. При сохранении клинико-бактериологических изменений — наблюдение до их исчезновения
Сальмонеллез (А 02.0–А 02.9)	Инфекционист (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в месяц. Наблюдению подлежат дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, специализированные санатории, детские дома	Аппетит, локальное изменение кишечника, характер стула	Посев кала на ПКФ, копрограмма и рН кала перед снятием с учета	Диета с исключением молочных продуктов при лактазной недостаточности. Сальмонеллезный бактериофаг (по показаниям). Пробиотики, ферменты (по показаниям). Освобождение от физкультуры на 1 месяц	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 3 месяца при отсутствии жалоб, нормализации стула, копрограммы, отрицательном посеве кала на сальмонеллез

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Брюшной тиф и паратифы (А 01.0–А 01.4)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в неделю в первые 2 месяца и 1 раз в 2 неделю в течение 3-го месяца	Аппетит, локальное изменение кишечника, размеры и консистенция печени и селезенки, характер стула	ОАК, посев кала и мочи на тифо-паратифозную группу 1 раз в месяц, а к концу 3-го месяца — реакция гемоагглютинации	Диета П (аналог стола № 5 по Певзнеру). Освобождение от физкультуры на 1 месяц, затем — подготовительная группа. Пробиотики по показаниям	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 3 месяца при отсутствии жалоб, нормализации стула, копрограммы, отрицательном посеве кала на тифо-паратифозную группу
Эшерихиозы (А 04.0–А 04.4)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в месяц	Аппетит, локальное изменение кишечника, характер стула	ОАК, копрограмма и рН кала перед снятием с учета	Диета с исключением молочных продуктов при лактазной недостаточности. Освобождение от физкультуры на 14 дней. Пробиотики по показаниям	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 1 месяц при отсутствии жалоб, нормализации стула, копрограммы
Вирусные диареи (А 08.0–А 08.5)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в месяц	Аппетит, локальное изменение кишечника, характер стула	Копрограмма и рН кала (по клиническим показаниям)	Диета с исключением молочных продуктов при наличии лактазной недостаточности; пробиотики	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 1 месяц при отсутствии жалоб, нормализации характера стула

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Холера (А 00.0–А 00.9)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в 10 дней в первый месяц, затем 1 раз в месяц в течение 5 месяцев, затем 1 раз в квартал	Аппетит, локальное изменение кишечника, характер стула	Посев кала на форму 000 в первый месяц 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в месяц со 2-го по 6-й месяцы, затем 1 раз в квартал	Диета с исключением молочных продуктов при лактазной недостаточности. Пробиотики, ферменты (при наличии изменений в копрограмме)	Отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 1 год при отсутствии выделения холерного вибриона в течение года через ВКК с участием главного врача поликлиники, инфекциониста, участкового педиатра, эпидемиолога
Кишечный иерсиниоз (А 04.6), псевдотуберкулез (А 28.2)	Инфекционист поликлиники (при отсутствии — участковый педиатр) — 1 раз в месяц	Аппетит, локальное изменение кишечника, характер стула	ОАК, БАК (АлАТ, тимоловая проба, ЩФ), ЭКГ (по показаниям)	Диета П (аналог стола № 5 по Певзнеру). Освобождение от физкультуры до нормализации лабораторных показателей, затем — подготовительная группа 1 год. Пробиотики, гепатопротекторы (по показаниям)	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 1 месяц при отсутствии жалоб, нормализации характера стула

Схема диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими некоторые другие инфекции

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Герпетическая инфекция (В 00.0–В 00.9): дети с иммунодефицитами, рецидивирующее течение инфекции (более 3 раз в год)	Участковый педиатр, инфекционист поликлиники — 1 раз в 3–6 месяцев (по показаниям)	–	ОАК, ОАМ, БАК (АлАТ, АсАТ), по показаниям — иммунограмма	Избегать провоцирующие факторы (гиперинсоляция, переохлаждение и др.). Освобождение от физкультуры на 1–3 недели в зависимости от степени тяжести рецидива, затем — подготовительная группа. Ацикловир при рецидиве, индивидуально — иммунокоррекция	Рецидивы менее 3 раз в год, улучшение иммунного статуса. С диспансерного учета до 18 лет не снимаются при сохранении рецидивирующего течения
Инфекционный мононуклеоз (В 27.0–В 27.9): – реконвалесценты; – хроническая ВЭБ-инфекция	Участковый педиатр, инфекционист поликлиники — через 1 и 3 месяца, по показаниям – через 6 месяцев. Психоневролог по показаниям. Участковый педиатр, инфекционист поликлиники — 2 раза в год. Психоневролог — по показаниям	Симптомы астенизации, периферические лимфатические узлы, размеры и консистенция печени и селезенки, частота ОРИ	ОАК, БАК (АлАТ, ГГТП, тимоловая проба) при каждом осмотре. При сохранении признаков активности инфекции — а/VCA IgM, а/EBV-ЕА IgG, кровь на ПЦР, иммунограмма через 3, 6, 12 месяцев; кровь на ВИЧ. У детей старше 13 лет в острый период болезни и через 6 месяцев — кровь на ВИЧ, сифилис. ОАК, ГГТП, БАК (АлАТ, тимоловая проба), а/VCA IgM, а/EBV-ЕА IgG, кровь на ПЦР, иммунограмма	Общеукрепляющие; иммунокоррекция при наличии изменений в иммунограмме Индивидуально с учетом поражения органов и систем	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 6 месяцев после выписки из стационара при отсутствии остаточных клинических явлений и нормализации биохимических проб. Дети с хроническим течением с диспансерного учета до 18 лет не снимаются

Нозологическая форма (шифр по МКБ–10)	Частота осмотра специалистами	Оценка жалоб и симптомов	Дополнительные методы исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации, снятия с учета
Токсоплазмоз (В 58.0–В 58.9): – острый; – хронический	Инфекционист — через 1, 3, 6 месяцев после лечения, затем — 2 раза в год; врачи-специалисты — по показаниям. Участковый педиатр, невролог, офтальмолог, инфекционист — 2 раза в год	–	ОАК, ОАМ, БАК (АЛТ, тимоловая проба) — 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, затем — 2 раза в год, по показаниям чаще; ЭКГ — по показаниям	Индивидуально в зависимости от поражения органов и систем. Освобождение от физкультуры на 1 месяц. Затем в зависимости от степени поражения органов и систем — спецмедгруппа или подготовительная группа. При хроническом течении — освобождение от физкультуры на 6 месяцев, затем ЛФК	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 10 лет при отсутствии жалоб и клинико-лабораторных изменений; при хроническом течении с учета не снимаются
Болезнь Лайма (А 69.2)	Участковый педиатр, инфекционист — через 3, 6, 12 месяцев и 2 года; невролог — по показаниям	Наличие симптомов астенизации, функция суставов, неврологический статус	ОАК, серологическое обследование (ИФА) — через 3, 6, 12 месяцев	Индивидуально в зависимости от поражения органов и систем. Освобождение от физкультуры на 1 месяц; при поражении суставов — ЛФК до восстановления функции суставов	Уменьшение или отсутствие жалоб, положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Снятие с учета через 2 года при отсутствии жалоб и клинико-лабораторных изменений

Примечание. Дети, перенесшие герпетический энцефалит — см. табл. 1.

Сроки допуска к занятиям физкультурой, тренировкам, спорту.

В Республике Беларусь занятия физическими упражнениями после перенесенных заболеваний определены Правилами безопасности занятий по физической культуре и спорту в учебных заведениях Республики Беларусь (общеобразовательные школы, гимназии, лицеи, колледжи, ПТУ, ССУЗ).

Врачебный контроль за физическим воспитанием детей и подростков предусмотрен Положением о врачебном контроле за лицами, занимающимися физической культурой, спортом и туризмом (приказ МСиТ Республики Беларусь, МЗ Республики Беларусь, МО Республики Беларусь от 03.08.1998 г. № 1136/219/482 «О совершенствовании врачебного контроля за детьми, подростками, учащимися и студентами»).

Полное прекращение занятий физическими упражнениями может носить только временный характер. Сроки возобновления после перенесенных заболеваний и травм определяются врачом индивидуально для каждого человека с учетом всех клинических данных (тяжесть и характер заболевания или травмы, степень функциональных нарушений, которые были вызваны заболеванием или травмой). Принимаются во внимание также пол, возраст, компенсаторные способности организма и другие индивидуальные особенности.

Для возобновления занятий после перенесенных ангины, острых респираторных инфекций, в т. ч. гриппа необходимо дополнительное медицинское обследование. Также нужно обращать внимание на состояние сердца и его реакцию на нагрузку. При каких-либо жалобах на сердце необходимо исключить упражнения на выносливость и избегать упражнений, вызывающих задержку дыхания, минимум в течение полугода. Следует опасаться охлаждений (лыжи, плавание и др.), поэтому занятия на улице на лыжах, коньках, а также плавание могут быть временно исключены. Зимой при занятиях на открытом воздухе необходимо дышать через нос.

После перенесенных скарлатины, дифтерии, кори, дизентерии занятия физкультурой разрешаются лишь при удовлетворительной реакции сердечно-сосудистой системы на функциональные пробы. Если были изменения со стороны сердца, то исключаются сроком до полугода упражнения на выносливость, силу и упражнения, связанные с натуживанием.

Примерные сроки возобновления занятий физическими упражнениями после некоторых острых заболеваний представлены в табл. 6.

**Сроки допуска к занятиям физической культурой и спортом
после перенесенных инфекционных заболеваний (количество дней
с начала посещения учебного заведения)**

Нозология	Допускается		
	к уроку физкультуры	тренировкам	соревнованиям
Ангина катаральная, фолликулярная, лакунарная	6–7	12–14	20–22
Ангина флегмонозная	14–15	20–21	30–35
Ветряная оспа	7–8	10–12	16–18
Гастроэнтерит и др. острые расстройства ЖКТ	2–3	5–6	10–12
Грипп, легкие и среднетяжелые случаи	4–5	6–8	10–12
Грипп, тяжелые случаи (нормальная температура не менее 7 дней)	10–12	18–20	30–40
Дизентерия	14–16	20–25	3–35
Дифтерия	30–35	40–50	60–75
Корь	14–16	20–21	25–30
Скарлатина (температура нормальная не менее 20 дней)	30–40	50–60	75–80
Вирусный гепатит	56–360	–	–

Противоэпидемические мероприятия

Противоэпидемические мероприятия врача-педиатра включают:

- обеспечение ранней диагностики заболеваний;
- своевременную госпитализацию и предупреждение распространения заболевания (если ребенок дома, ему обеспечивают адекватное лечение и контроль за соблюдением противоэпидемического режима);
- при установлении диагноза инфекционного заболевания немедленное направление в территориальный Центр гигиены и эпидемиологии экстренного извещения (форма 058/у);
- регистрацию всех случаев инфекционных заболеваний;
- проведение санитарно-просветительской работы среди окружающих больного лиц;
- при пищевых отравлениях изъятие остатков пищи и передачу их в территориальный Центр гигиены и эпидемиологии;
- участие в санитарно-оздоровительной и санитарно-просветительской работе по предупреждению инфекционных заболеваний.

Для решения поставленных задач врач должен знать длительность инкубационного периода некоторых инфекционных заболеваний (табл. 7), условия выписки из стационара, правила допуска в коллектив при инфекционных заболеваниях у детей (табл. 8); правильно осуществлять меди-

цинское наблюдение в очаге инфекционного заболевания (табл. 9); в целях осуществления первичной профилактики инфекционных заболеваний проводить вакцинацию в соответствии с календарем профилактических прививок (прил. 1 к приказу МЗ Республики Беларусь от 05.12.2006 г., № 913) (табл. 10).

Таблица 7

**Длительность инкубационного периода
некоторых инфекционных заболеваний**

Заболевание	Инкубационный период, дни		
	минимальный	средний	максимальный
Аденовирусная инфекция	2	5–7	12
Брюшной тиф	7	9–14	25
Ботулизм	6 ч*	5–7	12
Ветряная оспа	11	13–17	21
Вирусный гепатит А	7	20–30	50
Вирусный гепатит В	50	80–100	180
Герпетическая инфекция	2	4	12
Грипп	1	2–3	5
Дизентерия	1	2–3	7
Дифтерия	2	3–5	10
Инфекционный мононуклеоз	4	7–14	28
Иерсиниоз	1–2	5–7	18
Коклюш	2	2–14	21
Корь	8	9–10	17 (при введении иммуноглобулина — до 21)
Краснуха	11	16–21	24
Лептоспироз	2	7–14	30
Менингококковая инфекция	1	2–3	10
Парагрипп	Несколько часов	5–7	7
Полиомиелит	4	7–14	35
Псевдотуберкулез	3	5–10	14
Ротавирусная инфекция	12 ч	1–2	7
Сальмонеллез	6 ч	1–2	7
Стафилококковые болезни	2 ч	2–4	7
Скарлатина	1	2–7	12
Столбняк	1	7–14	21
Токсоплазмоз	3	30	Месяцы
Энтеровирусные болезни	1	5–7	14
Эпидемический паротит	11	15–21	26
Эшерихиоз	9 ч	3	10

* Высокая вероятность летального исхода.

**Условия выписки из стационара, правила допуска в коллектив
при инфекционных заболеваниях у детей**

Нозология	Условия выписки	Допуск в коллектив
Ботулизм	Больные выписываются через 7–10 дней после клинического выздоровления без дополнительного обследования	По выздоровлению
Брюшной тиф, паратифы А и В	Больные выписываются не ранее 21-го дня с момента нормализации температуры при проведении антибактериальной терапии и не ранее 14-го дня, если антибиотики не применялись и при отрицательных результатах контрольных бактериологических исследований. Изоляцию прекращают после исчезновения у пациентов клинических симптомов и получения отрицательных результатов 3-кратного бактериологического исследования испражнений и мочи, 1-кратного — желчи. Первое исследование проводят спустя 5 дней после нормализации температуры, следующие — с интервалом 5 дней. Дуоденальное зондирование выполняется при отсутствии противопоказаний, но не ранее чем через 12 дней после установления нормальной температуры. Обнаружение возбудителей при контрольном исследовании не является противопоказанием к выписке из стационара	Не ранее 1 месяца после выписки из стационара при отрицательных бактериологических посевах кала, мочи, желчи на тифо-паратифозную группу
Ветряная оспа	По выздоровлению и отпадению корочек, но не ранее чем через 5 дней с момента появления сыпи	После отпадения корочек, но не ранее чем через 2 недели от начала заболевания
Гемофильная инфекция	По выздоровлению	При отсутствии клинических проявлений
Гепатит А, Е	При положительной клинической динамике (нормальные границы печени, отсутствие жалоб, желтухи, нормализация уровня билирубина в крови). Допускается выписка при повышенной в 2–3 раза активности АлАТ, увеличении печени до 3 см	По выздоровлению, не ранее 6-го дня после выписки из стационара, без дополнительного обследования
Гепатит В	При положительной клинической динамике (нормальные границы печени, отсутствие жалоб, желтухи, нормализация уровня билирубина в крови). Допускается выписка при повышенной в 2–3 раза активности АлАТ, увеличении печени до 3 см. Наличие HbsAg в крови является противопоказанием для выписки	По выздоровлению, не ранее чем через 1 месяц при удовлетворительных клинико-биохимических показателях крови

Нозология	Условия выписки	Допуск в коллектив
Гепатит С	При положительной клинической динамике (отсутствие жалоб, желтухи, нормальные границы печени, нормализация уровня билирубина в крови). Допускается выписка при повышенной в 2-3 раза активности АлАТ, увеличении печени до 3 см	По выздоровлению, не ранее чем через 1 месяц при удовлетворительных клинико-биохимических показателях крови
Грипп	По выздоровлению	По выздоровлению
Дизентерия	Дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты и летние оздоровительные учреждения выписываются из стационара после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического обследования, проведенного через 1–2 дня после окончания лечения. В случае положительного результата бактериологического обследования курс лечения повторяют. Остальные дети выписываются после клинического выздоровления	Дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты и летние оздоровительные учреждения допускаются к посещению этих учреждений сразу после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении и при наличии отрицательного результата бактериологического анализа
Дифтерия	Клиническое выздоровление, после 2 отрицательных бактериологических посевов на дифтерию из зева, взятых через 3 дня после отмены антибиотиков с интервалом в 1–2 дня	По выздоровлению с 2 отрицательными бактериологическими анализами из зева на дифтерию
Инфекционный мононуклеоз	При отсутствии жалоб, нормализации размеров печени и селезенки, исчезновении налетов на миндалинах	По выздоровлению
Коклюш	По выздоровлению	По выздоровлению, но не ранее 25-го дня от начала заболевания. При прекращении кашля в более ранние сроки — при 2 отрицательных бактериологических посевах на коклюш
Корь	По выздоровлению	При отсутствии осложнений, не ранее 5-го дня после появления сыпи, при осложненном течении — не ранее 10-го дня
Краснуха	По выздоровлению, но не ранее чем через 7 дней от момента появления сыпи	По выздоровлению, но не ранее 7 дней от момента появления сыпи

Нозология	Условия выписки	Допуск в коллектив
Менингококковая инфекция	По выздоровлению и при одном отрицательном бактериологическом посева на менингококк слизи из носоглотки, проведенном через 3 дня после отмены антибиотиков	По выздоровлению, при одном отрицательном бактериологическом посева на менингококк слизи из носоглотки
Микоплазмоз респираторный	По выздоровлению	По выздоровлению
Эпидемический паротит	При отсутствии поражения других железистых органов и нервной системы, но не ранее 9-го дня от начала заболевания	По выздоровлению
Пищевая токсикоинфекция	По выздоровлению	По выздоровлению
Полиомиелит	По выздоровлению; изоляция больного прекращается не ранее 40-го дня от начала заболевания	По выздоровлению
Псевдотуберкулез, иерсиниоз	Не ранее 10-го дня после клинического выздоровления при нормальных анализах крови и мочи	По выздоровлению
ОРВИ	По выздоровлению	По выздоровлению
Сальмонеллез	Дети, посещающие ДДУ, выписываются из стационара после 2 отрицательных посевов кала на сальмонеллез, проведенных с интервалом в 1 день через 3 дня после отмены антибиотиков	По выздоровлению при 2 отрицательных посевах кала на сальмонеллез
Скарлатина	Клиническое выздоровление, но не ранее 10-го дня от начала заболевания и получения отрицательного результата бактериологического обследования	Не ранее 10-го дня от начала заболевания и получения отрицательного результата бактериологического обследования после клинического выздоровления
Токсоплазмоз	По выздоровлению	По выздоровлению
Хламидиоз респираторный	По выздоровлению	По выздоровлению
Энцефалит клещевой	По выздоровлению	По выздоровлению
Эшерихиозы	Дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты и летние оздоровительные учреждения, выписываются из стационара после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного через 1–2 дня после окончания лечения. Остальные дети выписываются после	Дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты и летние оздоровительные учреждения, допускаются в эти учреждения сразу после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении и при наличии отрица-

Нозология	Условия выписки	Допуск в коллектив
	клинического выздоровления. Клиническое выздоровление, после 3 отрицательных посевов кала на эшерихии, проведенных с интервалом в 1 день через 2 дня после отмены антибиотиков	тельного результата бактериологического анализа, а также по выздоровлению при 3 отрицательных посевах кала на эшерихиоз

Таблица 9

Противоэпидемические мероприятия в очаге

Инфекционное заболевание	Противоэпидемические мероприятия в очаге	
	Дезинфекционные мероприятия	Медицинское наблюдение
Ботулизм	Заключительная дезинфекция; уничтожение остатков продуктов, вызвавших заболевание	Контактных лиц наблюдают в течение 12 дней; обследование не проводится
Брюшной тиф и паратифы	Текущая и заключительная дезинфекция	Контактировавших наблюдают 21 день с ежедневной термометрией 2 раза в день, однократно проводят бактериологическое исследование испражнений, мочи и постановку реакции непрямой гемагглютинации. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в ДДУ в течение 21 дня со дня изоляции последнего больного
Ветряная оспа	Текущая дезинфекция не проводится. Проветривание, влажная уборка	В ДДУ устанавливают карантин на 21 день. Дети могут быть допущены в ДДУ в течение первых 10 дней инкубационного периода при точно установленной дате общения с больным. Обязательны ежедневная термометрия и осмотр. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в ДДУ в течение 21 дня со дня изоляции последнего больного
Гемофильная инфекция	Текущая и заключительная дезинфекция	Изоляция контактных проводится для новорожденных в роддомах, отделениях новорожденных. Для детей до 4-летнего возраста — разобщение
Гепатит А, Е	Текущая и заключительная дезинфекция	За контактными устанавливается медицинское наблюдение в течение 35 дней (50 дней). Дети в ДДУ и начальных классах осматриваются ежедневно, другие — 1 раз в неделю. Лабораторное обследование при появлении в коллективе повторных случаев по решению эпидемиолога (АлАТ, маркёры ВГА). Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в ДДУ в течение 35 дней (ВГА) и 50 дней (вирусный гепатит Е) со дня изоляции последнего больного

Инфекционное заболевание	Противоэпидемические мероприятия в очаге	
	Дезинфекционные мероприятия	Медицинское наблюдение
Гепатит В, С	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится	Медицинское наблюдение за контактными в течение 6 месяцев, осмотр врача сразу после изоляции больного, затем 1 раз в месяц. Обследование на маркёры ВГВ и АлАТ — по решению эпидемиолога. Прием в группу детей, перенесших в период карантина какое-либо заболевание, проводится при отрицательном результате обследования на HbsAg (при ВГВ) и нормальных показателях АлАТ
Грипп	Текущая дезинфекция. Проветривание, влажная уборка	Медицинское наблюдение осуществляется в течение 5 дней с осмотром носоглотки, оценкой общего состояния, измерением температуры тела. Проводятся режимно-ограничительные мероприятия в период эпидемического подъема
Дизентерия, сальмонеллез и другие кишечные инфекции	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение 7 дней после изоляции больного: термометрия 2 раза в день, выяснение жалоб (боли в животе, недомогание), характер и частота стула — в течение дня. Вопрос о необходимости исследований, их виде, объеме, кратности определяется врачом-эпидемиологом. В течение 7 дней после изоляции больного проводятся режимно-ограничительные мероприятия (прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДДУ, из которой изолирован больной, запрещается перевод детей из данной группы в другие и др.)
Дифтерия	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней с термометрией, осмотром зева, одномоментным обследованием на носительство дифтерийной палочки (посев слизи из зева и носа), в течение первых 3 дней контактных однократно осматривает врач-отоларинголог. Выявленные носители токсигенных штаммов изолируются. Устанавливаются режимно-ограничительные мероприятия в течение 7 дней
Инфекционный мононуклеоз	Влажная уборка, проветривание помещений	Карантин не накладывается. Медицинское наблюдение за контактными в течение 20 дней с момента изоляции
Коклюш	Влажная уборка, проветривание помещений	За контактными детьми первых 7 лет устанавливается медицинское наблюдение на 14 дней после изоляции заболевшего. Ежедневно 2 раза в день проводится опрос, оценка общего состояния и термометрия. Проводится 2-кратное бактериологическое обследование (сразу или через день). Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в ДДУ в течение 14 дней со дня изоляции последнего больного

Инфекционное заболевание	Противоэпидемические мероприятия в очаге	
	Дезинфекционные мероприятия	Медицинское наблюдение
Корь	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится. Влажная уборка, проветривание помещений	Медицинское наблюдение в течение 21 дня. Оно включает опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрию 1 раз в день, в ДДУ — 2 раза в день. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение 21 дня после изоляции последнего больного
Краснуха	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится. Влажная уборка, проветривание помещений	Медицинское наблюдение за контактными в течение 21 дня (осмотр кожных покровов, пальпация заднешейных лимфоузлов, термометрия). Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение 21 дня после изоляции последнего больного
Менингококковая инфекция	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится. Влажная уборка и проветривание	Ежедневное медицинское наблюдение в течение 10 дней: термометрия, осмотр зева, кожи. Осмотр ЛОР-врача для выявления менингококкового назофарингита. 2-кратное исследование на менингококк слизи из носоглотки на менингококк ребенка детям в ДДУ и персоналу, в школах — однократно. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение 10 дней после изоляции последнего больного
Микоплазмоз респираторный	Влажная уборка и проветривание	Изоляция и обследование контактных не проводятся
Эпидемический паротит	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится. Влажная уборка и проветривание	Медицинское наблюдение устанавливается на 21-й день с момента последнего общения; если общение было однократным и известна его точная дата — 10–21-й день. Оно включает опрос, пальпацию околоушных желез, термометрию 1 раз в день, в ДДУ — 2 раза в день. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение 21 дня после изоляции последнего больного
Пищевая токсикоинфекция	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение (осмотр, термометрия) за контактными устанавливается в течение 5 дней
Полиомиелит	Текущая и заключительная дезинфекция	В детском коллективе разобщение на 21 день с медицинским наблюдением (термометрия 2 раза в день, осмотр)
Псевдотуберкулез, иерсиниоз	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение (осмотр, термометрия) в течение 2 недель. У всех контактных посев кала на иерсиниоз 1 раз
ОРВИ	Влажная уборка и проветривание	Изоляция и обследование контактных не проводится. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение подъема заболеваемости

Инфекционное заболевание	Противоэпидемические мероприятия в очаге	
	Дезинфекционные мероприятия	Медицинское наблюдение
Сальмонеллез	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение (осмотр, термометрия, осмотр стула) в течение 7 дней. Однократно посев кала на сальмонеллез детям из ДДУ и закрытых коллективов. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в течение 7 дней после изоляции последнего больного
Скарлатина	Текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция не проводится. Влажная уборка и проветривание	Медицинское наблюдение за контактными 7 дней после изоляции больного: ежедневная термометрия, осмотр зева, кожи, опрос родителей о самочувствии. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в организованных коллективах детей до 10 лет в течение 7 дней после изоляции последнего больного. Дети, не болевшие скарлатиной, посещающие ДДУ и первые 2 класса школ, допускаются в коллектив в течение 7 дней с момента изоляции больного
Токсоплазмоз	Не проводится	Не проводится
Хламидиоз респираторный	Влажная уборка и проветривание	Не проводится
Энцефалит клещевой	Не проводится	Не проводится
Эшерихиозы	Текущая и заключительная дезинфекция	Медицинское наблюдение за контактными 7 дней после изоляции больного: ежедневно опрос о характере стула, осмотр, термометрия. Необходимость исследований определяет врач-эпидемиолог. Режимно-ограничительные мероприятия проводятся в организованных коллективах детей до 10 лет в течение 7 дней после изоляции последнего больного

Таблица 10

Календарь профилактических прививок**

Сроки иммунизации	Наименование профилактической прививки	Наименование вакцины
Первые 12 часов жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	ВГВ*
3–5-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза	БЦЖ* (БЦЖ-М*)
1 месяц	2-я вакцинация против вирусного гепатита В	ВГВ
3 месяца	1-я вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита	АКДС*(АаКДС*), ИПВ* или комбинированная вакцина АКДС (АаКДС) + ИПВ

Сроки иммунизации	Наименование профилактической прививки	Наименование вакцины
4 месяца	2-я вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита	АКДС (АаКДС), ИПВ или комбинированная вакцина АКДС (АаКДС) + ИПВ
5 месяцев	3-я вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита и вирусного гепатита В	АКДС (АаКДС), ИПВ, ВГВ или комбинированная вакцина АКДС (АаКДС) + ИПВ, ВГВ или комбинированная вакцина АКДС (АаКДС) + ИПВ + ВГВ
12 месяцев	Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи	Комбинированная вакцина КПК* (или моновакцины против кори, эпидпаротита, краснухи)
18 месяцев	1-я ревакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита	АКДС (АаКДС) ОПВ* или ИПВ
24 месяца	2-я ревакцинация против полиомиелита	ОПВ
6 лет	Ревакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи 2-я ревакцинация против дифтерии и столбняка	Комбинированная вакцина КПК* или моновакцины против кори, эпидпаротита, краснухи АДС*
7 лет	3-я ревакцинация против полиомиелита Ревакцинация против туберкулеза	ОПВ БЦЖ
11 лет	3-я ревакцинация против дифтерии	АД-М*
13 лет	Вакцинация против вирусного гепатита В (3-кратная) ранее не привитых	ВГВ
14 лет	Ревакцинация против туберкулеза	БЦЖ
16 лет и каждые последующие 10 лет до 66 лет включительно	Ревакцинация против дифтерии, столбняка	АДС-М* (АД-М)

Примечание. * ВГВ — вакцина против гепатита В; БЦЖ — вакцина против туберкулеза; БЦЖ-М — вакцина против туберкулеза с уменьшенным содержанием антигена; АКДС — адсорбированная (цельноклеточная) коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АаКДС — адсорбированная (ацеллюлярная) коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС — адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин; АДС-М — адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; ИПВ — инактивированная полиомиелитная вакцина; ОПВ — оральная полиомиелитная вакцина; КПК — комбинированная вакцина против кори, эпидемического паротита, краснухи; ** по решению местных органов здравоохранения могут проводиться профилактические прививки против ветряной оспы, гемфильной инфекции, ротавирусной инфекции, папилломавируса.

Литература

1. *Диспансерное* наблюдение детей с заболеваниями органов пищеварения : рук. для врачей / Д. Д. Мирутко [и др.]. Минск : АЛЬТИОРА-ЖИВЫЕ КРАСКИ, 2010. 24 с.
2. *Детские* инфекционные болезни. Лечебная практика : учеб. пособие / В. М. Цыркунов [и др.]. Минск : АСАР, 2009. 412 с.
3. *Лобзин, Ю. В.* Менингиты и энцефалиты / Ю. В. Лобзин, В. В. Пилипенко, Ю. Н. Громько. СПб. : Фолиант, 2006. 123 с.
4. *О мерах* по профилактике дифтерии : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 42 от 09.02.2000 г.
5. *О мерах* по совершенствованию профилактики и диагностике менингококковой инфекции : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 286 от 22.12.2004 г.
6. *О мерах* по совершенствованию профилактики острых кишечных инфекций : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 240 от 06.08.1999 г.
7. *О мерах* по совершенствованию эпидемиологического надзора за краснушной инфекцией : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 2 от 04.01.2006 г.
8. *О мерах* по усилению санитарно-эпидемиологического надзора за энтеровирусной инфекцией : письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 11-15/2541 от 23.06.2004 г.
9. *О совершенствовании* организации проведения профилактических прививок : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 913 от 05.12.2006 г.
10. *О совершенствовании* эпидемиологического надзора за корью : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 451 от 01.06.2006 г.
11. *О совершенствовании* эпидемиологического надзора за полиовирусными инфекциями в постсертификационном периоде в Республике Беларусь : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 912 от 05.12.2006 г.
12. *Об организации* медицинских мероприятий по профилактике клещевого энцефалита и Лайм-боррелиоза : приказ Комитета по здравоохранению Мингорисполкома № 171/26-с от 16.03.1999 г.
13. *Об утверждении* Санитарных правил 3.1.2.-16-4-2004 «Профилактика менингококковой инфекции» : постановление Главного Государственного Санитарного врача Республики Беларусь № 82 от 31.08.2004 г.
14. *Поликлиническая* педиатрия: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой. 2-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 720 с.
15. *Руководство* по инфекционным болезням / под ред. Ю. В. Лобзина. СПб. : Фолиант, 2000. 932 с.
16. *Справочник* врача-педиатра / под ред. А. Г. Румянцева, А. В. Картелишева, В. М. Чернова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 688 с.
17. *Технология* медицинской реабилитации детей с последствиями перенесенных нейроинфекций : схема восстановительного лечения : инструкция на метод / А. А. Астапов [и др.]. Минск : БГМУ, 2003. 9 с.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Диспансеризация детей, перенесших инфекционные заболевания	4
Противоэпидемические мероприятия	25
Литература.....	35

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ