**Организация работы медицинского персонала**

**в загородных оздоровительных учреждениях и оздоровительных учреждениях дневного пребывания**

**Нормативно-правовая база по медицинскому обеспечению летнего отдыха и оздоровления**

- СанПиН 2.4.4.3.1.5.5-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей»;

- СанПиН 2.4.4.2599-10 «Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием детей в период каникул»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 363н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха» (изменения согласно приказу Минздрава России от 09 июня 2015 года №329н);

- Методические рекомендации МР 2.4.4.0011-10 «Методика оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 года № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

Комплект документов, необходимых для отъезжающего в детский оздоровительный лагерь

- медицинская справка для отъезжающего в детский оздоровительный лагерь о состоянии здоровья с указанием профилактических прививок, и др; (форма - 079/у);

- медицинская справка об эпидемиологическом окружении ребенка с отметкой об отсутствии заразных кожных заболеваний;

- информированное добровольное согласие (информированный отказ) на медицинское вмешательство;

- копия полиса обязательного медицинского страхования ;

- копия свидетельства о рождении.

В обязанности медицинских работников учреждения входят:

- наблю­дение за состоянием здоровья, физическим и психическим развитием детей, оказание им медицинской помощи;

- организация и проведение ме­дицинских осмотров детей, профилактических и лечебно-оздоровительных ме­роприятий, оценка их эффективности;

- контроль за выполнением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, организацией и качеством питания, соблюдением рационального режима деятельности детей;

- формиро­вание навыков здорового образа жизни у детей, а также ведение санитарно просветительской работы.

Перед заездом детей в загородное оздоровительное учреждение медицинским персоналом проводится организационно-подготовительная работа, которая включает в себя:

- осмотр помещений, территории учреждения, мест занятий физкультурой и спортом, купания, окружающей местности;

- контроль за полнотой оснащения медицинского кабинета и изолятора оборудованием, инструментарием, медикаментами, медицинской документацией;

- контроль за обеспечением дезинфицирующими средствами в достаточном количестве;

- проверка личных медицинских книжек на сотрудников и документов на детей;

- проведение медицинского осмотра детей перед заездом в оздоровительное учреждение: проверка наличия и полноты заполнения медицинской документации (ф. 079/у), осмотр кожных покровов, видимых слизистых, волосистой части головы. При выявлении признаков острого заболевания, чесотки, педикулеза ребенку не разрешается выезд в оздоровительное учреждение;

- сопровождение детей в пути следования к оздоровительному учреждению, имея средства для оказания неотложной помощи.

**Лечебно-профилактическая работа включает в себя:**

- проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного учреждения (или накануне открытия) с целью выявления признаков острого заболевания, чесотки, педикулеза;

- распределение детей на медицинские физкультурные группы;

- информирование сотрудников оздоровительного учреждения (начальника учреждения, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья детей;

- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

- проведение взвешивания детей и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены;

- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения в состоянии здоровья; активное выявление заболевших;

- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом;

- ежедневный амбулаторный прием, выявление забо­левших детей; своевременную их изоляцию, оказание первой меди­цинской помощи;

- при возникновении инфекционных заболеваний немедленно сообщать в Управление Роспотребнадзора по Рязанской области и в министерство здравоохранения Рязанской области;

- своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;

- при возникновении несчастных случаев оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в профильный стационар в соответствии с маршрутизацией;

- контроль за организацией питания детей: качеством поступающей продукции, условиями ее хранения, соблюдением сроков реализации, технологией приготовления, качеством готовой пищи, санитарным состоянием и содержанием пищеблока, мытьем посуды; отбор суточной пробы; контроль за выполнением суточных норм, режимом питания, организацией питьевого режима;

- контроль за выполнением режима дня;

- систематический контроль за санитарным состоянием и содержанием всех помещений и территории учреждения, соблюдение правил личной гигиены детьми и персоналом;

- организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;

- проведение работы по формированию здорового образа жизни с персоналом и детьми, организация «дней здоровья», игр, викторин на медицинскую тему;

- медицинский контроль: за организацией физического воспитания, проведением спортивных занятий, оздоровительных процедур; присутствие на всех спортивно-массовых мероприятиях, во время купания детей в реке, бассейне; за состоянием мест занятий физической культурой;

- участие в подготовке и проведении туристских походов (ознакомление с маршрутом, осмотр детей, проверка одежды, обуви, наличия головных уборов, санитарной сумки), проведение бесед о режиме в походе;

- участие в проведении банных дней, осмотр детей на педикулез, чесотку, микроспорию;

- ведение медицинской документации;

- подготовка отчета о работе и эффективности отдыха и оздоровления детей.

**Гигиенические требования к организации физического воспитания и оздоровительных мероприятий**

Мероприятия по физическому воспитанию организуются в соответствии с возрастом детей, состоянием их здоровья, уровнем физического развития и физической подготовленности.

Физкультурно-оздоровительная работа согласуется с меди­цинским работником и предусматривает следующие мероприятия:

- утренняя гимнастика;

- занятия физкультурой в кружках, секциях, обучение плаванию;

- общелагерные и отрядные прогулки, экскурсии и походы с играми на местности;

- спортивные соревнования и праздники;

- занятия на тренажерах.

Распределение на медицинские группы для занятий физ­культурой проводится медицинским работником. Детям основной медицинской группы разрешается участвовать во всех физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятиях без огра­ничения.

С детьми подготовительной медицинской группы проводятся физкультурно-оздоровительные мероприятия с учетом состояния здоровья и индивидуальной переносимости.

**Требования к организации питания**

Питание детей и подростков организуется на базе столо­вой, при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии их санитарным правилам, с выделением отдельного зала, инвентаря и посуды для детей и определения графика приема пищи.

Постоянный контроль за качеством поступающих продук­тов, сроком их реализации и условиями хранения осуществляет ме­дицинский работник или лицо его замещающее, прошедшее курс гигиенического обучения.

Закладка продуктов проводится по весу согласно меню-раскладке в присутствии медицинского работника.

Витаминизация готовых блюд проводится под контролем ме­дицинского работника и регистрируется в специальном журнале.

Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы медицинским работником. Оценка качества блюд проводится по органолептическим показателям (пробу снимают непосредствен­но из емкостей, в которых приготавливается пища). В бракеражном журнале необходимо отмечать закладку основных продуктов, вку­совые качества, готовность блюда и разрешение на выдачу.

Ежедневно оставляется суточная проба готовой пищи. От­бор и хранение суточных проб проводится под контролем медицин­ского работника. Пробу следует отбирать в объеме порции в стерильную банку с крышкой (гарниры отбираются в отдельную посу­ду) и хранить в специально отведенном в холодильнике месте при температуре от +2 до +6 °С.

**Основные направления оздоровительной деятельности**

**в детских оздоровительных учреждениях**

Оздоровительная работа в летних оздоровительных учреждениях реализуется по следующим направлениям, обусловливающим использование конкретных форм и методов:распорядок дня; питание; физическое воспитание; закаливающие мероприятия; оценка эффективности оздоровительной работы.

Медицинский контроль за физическим воспитанием в детском оздоровительном учреждении - это широкий комплекс мероприятий, который включает в себя:

Медицинское обследование детей;

Осуществление санитарно-гигиенического контроля за местами и условиями проведения закаливающих мероприятий, занятий физической культурой и спортом, соблюдением режима дня и мер профилактики травматизма во время занятий физическими упражнениями и трудовой деятельностью;

Организацию и проведение контроля за всеми формами физического воспитания и занятий спортом;

Организацию и контроль за проведением закаливающих мероприятий;

Медицинское обеспечение всех физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий;

Санитарно- просветительную работу с отдыхающими детьми и персоналом лагеря;

Ведение медицинской документации с целью учета и контроля за физическим воспитанием и оздоровлением детей;

Оценку эффективности оздоровительных мероприятий и выбор методов повышения их качества.

В первые дни работы оздоровительного учреждения проводится углубленный медицинский осмотр детей, на основании которого проводится подбор вида и интенсивности закаливающих воздействий и физических нагрузок в зависимости от возраста, состояния здоровья детей и их физической тренированности, определяется принадлежность к той или иной группе здоровья и медицинской группе по физкультуре.

Вместе с группой здоровья и физкультурной группой врач определяет двигательный режим, на основании которого регламентируется интенсивность проведения оздоровительных мероприятий, объем двигательной активности в лагере для каждого ребенка. В оздоровительном лагере выделяют два режима: **щадящий и тренирующий**. При этом учитывается и период пребывания в оздоровительном учреждении (адаптационный и основной).

**Щадящий р**ежим назначается:

- всем детям на период адаптации (продолжительность от 1 до 5 дней);

- детям, перенесшим интеркурентные (острые) заболевания;

- на весь период детям, которым повышение физических нагрузок противопоказано по состоянию здоровья (отнесенные к спец.группе, освобожденные от физкультуры).

В качестве адаптогена показаны утренние и вечерние прогулки с постепенным увеличением дистанции от 500 до 1000 м, ближние экскурсии ознакомительного характера (продолжительностью не более часа), настольные и другие малоподвижные игры на воздухе с постепенным повышением двигательной активности (от 30 до 60 мин). При обострении очагов хронической инфекции следует провести лечение по показаниям.

Медицинский персонал в первые дни смены знакомит сотрудников лагеря (начальника учреждения, воспитателей, инструкторов по физической культуре) с детьми «группы риска», которые нуждаются в щадящем режиме, особом внимании и индивидуальном подходе. Вовлечение этих детей в подвижные игры, их участие в спортивных мероприятиях, в пешеходных экскурсиях, купание в бассейне и открытом водоеме необходимо согласовывать с медицинскими работниками. Занятия физической культурой для них лучше организовать отдельно (эффективна лечебная физкультура), к занятиям в спортивных секциях и соревнованиям они не допускаются. Их необходимо привлекать к подготовке общественных мероприятий (в том числе спортивных) без принуждения. При выборе игр, занятий необходимо исходить из интересов ребенка.

**Тренирующий**режим:

По окончании периода адаптации в оздоровительном учреждении  тренирующий режим назначается детям, которые удовлетворительно справляются с физическими нагрузками, предусмотренными программой физического воспитания общеобразовательных школ. Этот режим предполагает использование всех форм двигательной активности в полном объеме. При этом разрешается проведение всего комплекса оздоровительных мероприятий: утренней гигиенической гимнастики, ежедневных прогулок и игр на воздухе, солнечных и воздушных ванн, купания в водоемах, дозированного бега, походов, экскурсий, занятий на тренажерах, в спортивных и спортивно-прикладных кружках и секциях, группах хореографии, лечебной гимнастики и др.

Текущий контроль за состоянием здоровья детей, коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья проводятся на протяжении всего пребывания в оздоровительном учреждении. Контроль заключается в систематической оценке переносимости оздоровительных и закаливающих процедур, оценке самочувствия во время физических нагрузок, прогулок и экскурсий. Расширение двигательного режима и увеличение интенсивности и продолжительности оздоровительных мероприятий допускаются при условии индивидуальной переносимости нагрузок. Иногда возникает необходимость ограничения физических нагрузок. Дети, перенесшие острые заболевания во время отдыха или незадолго до прибытия в лагерь, освобождаются от занятий физической культурой и спортом: при ангине, ОРЗ, ОРВИ, бронхите - на 1-2 недели, при остром отите - на 2-4 недели.

При необходимости проводятся врачебные консультации с целью выдачи индивидуальных рекомендаций для занятий различными видами спорта и оздоровительной физкультурой. При наличии жалоб, связанных с плохой переносимостью физкультурно-оздоровительных мероприятий, врачом решается вопрос соответствия физических нагрузок функциональным возможностям организма

Информацию о переносимости физической нагрузки и ее адекватности состоянию здоровья можно получить непосредственно в местах занятий физическими упражнениями в ходе проведения врачебно-педагогических (медико-педагогических) наблюдений за занятиями физической культурой. Для этого используются следующие приемы:

опрос о самочувствии на занятии, после занятия;

наблюдение за признаками утомления;

регистрация изменений ЧСС и АД в течение занятия.

Также во время медико-педагогического наблюдения осуществляется текущий санитарно-гигиенический контроль за местами и условиями проведения занятий и контроль за соблюдением мер профилактики травматизма. Обязательно проверяется наличие аптечки первой медицинской помощи в месте проведения занятий и спортивной формы. Дети на занятии должны быть одеты в удобную, достаточно легкую, не стесняющую движений, не мешающую дыханию и кровообращению одежду. Одежда должна соответствовать метеорологическим условиям и особенностям вида спорта, обувь – удобной, мягкой, эластичной, легкой и свободной, обязательно наличие хлопчатобумажного носка.

Утренняя гигиеническая гимнастика выполняется ежедневно всеми детьми, независимо от физкультурной группы и двигательного режима (щадящий, тренирующий), на открытом воздухе, в дождливую погоду на веранде или в помещении достаточного размера при открытых окнах. Целью проведения утренней гимнастики в лагере является более быстрое приведение организма в состояние бодрствования, закаливание организма, улучшение физического здоровья. Занятия утренней гигиенической гимнастикой имеют организующее и дисциплинирующее значение. Во время утренней гимнастики и последующих водных процедур активизируется деятельность кожных и мышечных рецепторов, вестибулярного аппарата, повышается возбудимость ЦНС, улучшается дыхание, кровообращение и обмен веществ, улучшается координация в деятельности нервно-мышечного аппарата.

Продолжительность утренней гимнастики - не менее 15 минут (СанПиН 2.4.4.1204-03). Упражнения должны выполняться в легкой и свободной одежде, спортивной обуви. Утренняя гигиеническая гимнастика сочетается с закаливанием (воздушные ванны в облегченной одежде). Форма одежды с коротким рукавом выбирается при температуре воздуха выше +20 градусов, с длинным рукавом - при температуре от +15 до +20 градусов, в шерстяном костюме при температуре от +10 до +15 градусов.

Комплекс составляется спортивным руководителем лагеря и состоит из 8-12 упражнений динамического характера. Упражнения должны быть нетрудными, хорошо знакомыми. Неприменимы статические упражнения, вызывающие сильное напряжение и задержку дыхания. Движения должны быть свободными, в спокойном темпе, с постепенно возрастающей амплитудой, с вовлечением в работу сначала мелких мышц, а затем более крупных мышечных групп. Особое внимание уделяется правильному дыханию, осанке. Комплекс упражнений корректируется в течение смены 1 раз в 7-10 дней в сторону постепенного увеличения нагрузки (за счет увеличения числа повторов, усложнения исходных положений, введения других упражнений). После завершения гимнастики проводятся водные процедуры (умывание, обтирание).

Если физическая подготовка детей находится примерно на равном уровне, предлагается единая дозировка, т. е. одинаковое количество повторений для всех детей. Исключение делается для ослабленных и выздоравливающих после болезни детей.

Рекомендуется следующая группировка детей по возрастам при проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, в том числе и утренней гимнастики: 6-9 лет, 10-11 лет, 12-13 лет, 14-15 лет, 16 лет и старше. Допускается проведение утренней гимнастики как всем детям одновременно, так и поотрядно. Следует помнить, что проведение занятия в группе из 30 и более разновозрастных детей повышает опасность травматизма и не позволяет следить за дозированием физической нагрузки ослабленным детям.

Гимнастику после дневного сна также необходимо проводить ежедневно всем детям, особенно в тех случаях, когда в условиях оздоровительного учреждения с дневным пребыванием детей дневной сон - отдых организован на раскладушках. Гимнастика выполняется непосредственно после пробуждения в спальном помещении в облегченной одежде (трусы, майка). В комплекс включаются 4-5 упражнений общетонизирующего и дыхательного характера с небольшим числом повторений, которые можно выполнять в исходном положении лежа и сидя (на постели) и стоя (у постели). Перед началом занятия дети убирают в ноги одеяла (подушки отсутствуют). Лежа выполняются потягивания, затем разминают плечевой пояс, туловище, ноги, и в заключении делается упражнение на дыхание. Затем дети встают и для профилактики плоскостопия ходят босиком по специальным тренажерам, коврикам и т.д. в этих же целях используют гимнастические палки, карандаши, салфетки и т.д. Полезно включать в комплекс элементы точечного самомассажа, рефлекторного раздражения стоп. Этот вид оздоровительной гимнастики хорошо сочетается с проведением закаливающих процедур (босохождение по влажным дорожкам, влажные обтирания, расширенное умывание). Все это занимает не более 8-15 минут.

**Противопоказаниями к участию в походах являются:**

все острые лихорадочные состояния;

период реконвалесценции после соматических и инфекционных заболеваний;

отставание в физическом развитии;

сколиоз 3 степени, косолапость, различные костно-суставные деформации;

органические поражения сердца, ревматизм;

понижение зрения свыше 6 диоптрий;

зубная боль;

наличие ссадин, потертостей на ногах, резко выраженные явления эпидермофитии стоп;

пахово-мошоночные грыжи;

менструация;

умственная отсталость у детей, требующих особого наблюдения;

остаточные явления парезов, параличей; явления ДЦП, рубцовые изменения, ограничивающие движения конечностей

**По окончании похода обязательно проводится медицинский осмотр участников**. При проведении любого массового физкультурно-спортивного мероприятия обязательно наличие в месте его проведения аптечки первой медицинской помощи.

**К участию в соревнованиях не допускаются**:

дети, освобожденные от физкультуры и отнесенные к спецмедгруппе;

дети, отнесенные к подготовительной физкультурной группой, если им противопоказаны упражнения, используемые в заявленном виде соревновательной деятельности;

дети с недомоганием и плохим самочувствием (а также девочки во время менструаций);

дети, не восстановившиеся после травматических повреждений, реконвалесценты после острых и обострений хронических заболеваний;

Медико-санитарное обеспечение массовых спортивных мероприятий как внутри лагеря, так и между командами соседних лагерей осуществляется медицинской службой того лагеря, на территории которого проводятся соревнования. Врач или медицинская сестра обслуживающие соревнования, входят в состав судейской коллегии на правах заместителя главного судьи по медицинской части. Решение медицинского работника, касающиеся его компетенции являются обязательными для коллегии судей.

В обязанности медицинского работника, обслуживающего физкультурное мероприятие, входят:

контроль за правильным оформлением медицинской документации (заявочные листы);

контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест соревнований;

контроль за состоянием спортивного инвентаря, оборудования, спортивной одежды, обуви участников соревнований;

наблюдение за условиями проведений соревнований и принятие соответствующих мер (вплоть до прекращения соревнований) в тех случаях, когда создавшееся положение угрожает здоровью и безопасности участников (например, резкое ухудшение погоды, другие непредвиденные обстоятельства);

наблюдение за состоянием здоровья спортсменов и решение вопросов о возможности продолжения участия в соревнованиях после травмы или заболевания;

организация и оказание первой медицинской помощи участникам и зрителям.

**Признаки утомления при физических напряжениях**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Утомление |
| Небольшое | среднее | Резкое |
| Окраска кожи лица | Небольшое покраснение | Значительное покраснение | Резкое покраснение или синюшность |
| Потливость | Небольшая | большая | Резкая – пот льет «ручьем» |
| Дыхание | Учащенное, ровное | Значительно учащенное, через рот | Сильно учащенное, поверхностное, через рот, одышка |
| Движения | Уверенные, четкие, походка бодрая | Нечеткие, ошибки в выполнении упражнений, неуверенная походка | Появление некоординированных движений, отставание при ходьбе, беге |
| Внимание | Хорошее, безошибочное выполнение упражнений | Неточность выпол-нения команд, ошиб-ки при выполнении упражнений и при перемене направлений при ходьбе и беге | Замедленноевыпол-нение команды, вос-принимается только громкая команда |
| Самочувствие | Жалоб нет | Жалобы на усталость, болезненость при движениях, сер-дцебиение, одышку | Те же плюс головная боль, жжение в груди, тошнота |

На соревнованиях ведутся «Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях» (формы 067/у) и «Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий» (форма 068/у). Спортивные мероприятия без участия медицинского персонала в лагере запрещаются. На все травмы заполняется «Извещение о травме» формы 092/у .

Дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья, допускаются к общественно-полезному труду после консультации врача. Отдельные виды труда (работа в наклон; работа, связанная с повышенной запыленностью, присутствием большого количества пыльцы растений; работа в условиях повышенной влажности) могут быть запрещены конкретному ребенку при наличии противопоказаний к ним.

Врач в течение сезона проводит текущий санитарно-гигиенический контроль за условиями трудовой деятельности детей, мероприятиями по профилактике травматизма, оценивает адекватность трудовых заданий возрасту, состоянию здоровья и тренированности детей.

**Профилактика травматизма в летнем оздоровительном лагере**

В зависимости от степени и длительности нарушения трудоспособности (здоровья) травмы бывают:

Легкие – без потери трудоспособности (здоровья) или с ограничением ее до 24 часов (ушибы, потертости, ссадины, повреждения связок и т.д.). Составляют 75-80 % случаев.

Средней тяжести – с потерей трудоспособности (здоровья) более 24 часов, но не требующие госпитализации пострадавшего.

Тяжелые – все состояния потребовавшие госпитализации; переломы крупных костей, вывихи и разрывы мышц.

Со смертельным исходом.

Расследование случаев как спортивного, так и бытового травматизма в лагере, повлекшего потерю работоспособности (здоровья) не менее одного дня, проводится медицинским работником совместно с педагогами. На основании анализа травм можно установить причины их возникновения и дать рекомендации по необходимым мерам профилактики. Медицинские работники летних оздоровительных учреждений должны не только контролировать создание надлежащих условий, исключающих травмоопасные ситуации, но и регулярно разъяснять педагогам и детям причины возникновения травм и методы их устранения в ходе санитарно-просветительной работы.

**Неотложная помощь при синдромах, наиболее часто встречающихся в педиатрической практике.**

Большинство неотложных состояний у детей, которые могут возникнуть и в период отдыха детей на базе загородных оздоровительных учреждений, требует решительных незамедлительных мероприятий, как в плане диагностики, так и в выборе лечебной тактики. Именно квалифицированное оказание помощи имеет решающее значение для их исхода.

**Анафилактический шок**

Анафилактический шок вызывают поступающие в организм чужеродные вещества. Различают реакции*немедленного и замедленного типа.* К реакциям немедленного типа относятся острые *анафилактические реакции* (тип I), цитотоксические и цитолитические реакции (тип II) или отсроченная реакция Артюса, т.е. формы сывороточной болезни (тип III). Анафилактические реакции могут протекать как выраженные местные, легкие общие и тяжелые общие реакции с анафилактическим шоком, могут наступать каждая отдельно или следовать друг за другом. Количество антигена при этом не имеет значения, анафилактический шок наступает в течение нескольких секунд после введения антигена внутривенно, от нескольких минут до часа после подкожной, внутримышечной инъекции или приема лекарства внутрь.*Анафилактоидные реакции* отличаются от анафилактических отсутствием антител, по клиническим же проявлениям дифференцировать их невозможно. Они могут возникать вследствие стимуляции гуморального или клеточного иммунитета.

*Аллергенами,* часто приводящими к развитию анафилактического или анафилактоидного шока, являются:

− *лекарственные средства:* антибиотики (пенициллин, стрептомицин), сульфаниламиды, местные анестетики (прокаин), йодсодержащие соединения (контрастные вещества), антипиретики, гепарин, плазмозаменители (декстран, желатин);

− *чужеродные белки:* вакцины, антисыворотки, донорская кровь, фракции плазмы, экстракты органов (инсулин, свежие клетки), стрептокиназа и аспарагиназа, экстракты аллергенов (для диагностики и лечения), яды насекомых (пчел, ос), змеиный яд.

**Клиника.** В зависимости от тяжести аллергической реакции и пути введения аллергена возможны как смерть, наступающая через 5 мин после укуса осы, так и умеренные местные или общие реакции, возникающие после проведения диагностических кожных тестов.

Умеренные общие проявления: зуд в глазах, ринит, чиханье, кашель, покраснение кожи, крапивница, отек лица, бронхоспазм и боль. Они бывают единственным симптомом анафилактической реакции, но могут оказаться и предвестниками угрожающего жизни шока.

Начальными симптомами шока могут быть: зуд кожи головы, чувство жара, зуд всего тела, жжение в области языка и под языком, в глотке, на ладонях и подошвах, затем генерализованная крапивница или эритема кожи и слизистых оболочек, отек Квинке разной локализации. За ними следует катастрофическое падение артериального давления с плохим общим самочувствием, появляется слабость и, наконец, нарушение сознания. Кожа бледная, бледно-серая с цианотичным оттенком, систолическое и диастолическое артериальное давление не определяется, тахикардия до 200 ударов в минуту, тоны сердца приглушенные. Происходит нарушение дыхания, обусловленное бронхоспазмом и отеком слизистой оболочки бронхов (отек гортани). Могут возникать сильные коликообразные боли в животе как проведение вегетативной реакции и возможного отека слизистой оболочки кишечника. На фоне прогрессирующей потери сознания возможны судороги, сопровождающиеся непроизвольным мочеиспусканием, дефекацией и последующей остановкой дыхания центрального генеза. Исход может быть смертельным.

**Лечение.**

1. Уложить больного в положение с приподнятым ножным концом, повернуть его голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Обеспечить поступление свежего воздуха или ингалировать кислород.

2.  адреналин внутримышечно из расчета 10 мкг/кг (0,01 мл/кг адреналина 1:1000), при необходимости повторные введения через 5–15 мин;

3.  инфузионная терапия: изотонические кристаллоиды болюсно из расчета 20 мл/кг, при необходимости повторные введения;

4. хлоропирамин внутримышечно или внутривенно медленно, рекомендуемые начальные дозы в возрасте от 1 до 12 мес — 0,25 мл, от 1 до 6 лет — 0,5 мл, от 6 до 15 лет — 0,5–1 мл. Повторные дозы могут быть повышены, но не более 2 мг/кг;

5. гидрокортизон внутримышечно или внутривенно медленно в возрасте до 6 мес — 25 мг, от 6 мес до 6 лет — 50 мг, от 6 до 12 лет — 100 мг, старше 12 лет — 200 мг.

6. антигистаминные препараты не показаны при проведении интенсивной терапии анафилактического шока!

7. При отсутствии эффекта и сохраняющейся артериальной гипотензии на фоне массивной инфузии показано назначение прессорных аминов (допамин 5-10 мкг/кг в мин., добутамин 5 – 10 мкг/кг в мин.)

8. При сохраняющемся бронхоспазме (несмотря на введение адреналина) показано назначение эуфиллина в стартовой дозе 6 мг/кг, в/в, струйно в течение 10 – 20 мин.! Разводить только р-ром NaCl 0,9%;

9. При необходимости – проведение комплекса сердечно - легочной реанимации.

Госпитализация в реанимационное отделение после проведения комплекса неотложных лечебных мероприятий.

Во всех процедурных, хирургических и прочих кабинетах, в медпунктах необходимо иметь набор медикаментов для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке.

**Отек Квинке**

*Неотложная помощь*

1. Немедленно прекратить поступление аллергена.

2. Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в:

–2,5% раствор прометазина (пипольфена) 0,1-0,15 мл/год жизни или

–2% раствор хлоропирамина (супрастина) 0,1-0,15 мл/год жизни.

3.Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 1-2 мг/кг в/м или в/в.

4.По показаниям при нарастающем отеке гортани с обтурационной дыхательной недостаточностью проведение интубации или коникотомии.

**Крапивница**

*Неотложная помощь*

1. Немедленно прекратить поступление аллергена.

2. Назначить антигистаминные препараты внутрь или в/м.

3. При распространенной или гигантской крапивнице с лихорадкой ввести 3% раствор преднизолона 1-2 мг/кг в/м или в/в.

4. Провести энтеросорбцию активированным углем в дозе 1 г/кг в сут.

Госпитализация в соматическое отделение показана при отсутствии эффекта от проводимой терапии. Также подлежат госпитализации больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон.

**Гипертонический криз у детей.** Основная цель терапии – максимально быстрое снижение (в течение часа) диастолического АД до 100 мм рт. ст.

Лекарственная терапия:

* Каптоприл (Капотен) 0,5 – 2,0 мг/кг. Сублингвально и перорально каждые 6 часов.
* Лазикс в/в струйно 1 – 2 мг/кг
* Нифедипин (адалат, коринфар) 0,25 – 0,5 мг/кг (макс. до 20 мг). Сублингвально или разжевать
* Клофелин (катапрессан, клонидин, гемитон) 2 – 6 мкг/кг, ½ дозы в/в, ½ - в/м. При в/в введении необходимо развести физ. ра-ром до 10 мл.

**Гипертермический синдром**

Лихорадка – защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на воздействие патогенных раздражителей и характеризующаяся перестройкой процессов терморегуляции, приводящей к повышению температуры тела, стимулирующей естественную реактивность организма.

В зависимости от степени повышения температуры тела у ребенка выделяют: субфебрильную температуру – 37,2-38,0°С; фебрильную – 38,1-39,0°С; гипертермическую – 39,1°С и выше.

Наиболее частыми причинами лихорадки у детей являются: инфекционно-токсические состояния; тяжелые метаболические расстройства; перегревание; аллергические реакции; посттрансфузионные состояния; применение миорелаксантов у предрасположенных детей; эндокринные расстройства.

Гипертермический синдром следует считать патологическим вариантом лихорадки, при котором отмечается быстрое и неадекватное повышение температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем. Часто предшествуют инфекции верхних дыхательных путей или заболевания, сопровождающиеся поносом, тошнотой и рвотой, апатия, отказ от еды, недостаточный прием жидкости. Прогрессирующий подъем температуры тела, трудно поддающийся воздействию антипиретиков, постепенно наступающая сомнолентностъ, судорожная готовность, мягкий быстрый пульс, горячее тело и холодные конечности, падение артериального давления, учащенное поверхностное дыхание – часто признаки эксикоза.

**Клиника.** В процессе диагностики у ребенка с лихорадкой практически важно различить «красную» и «белую» гипертермию, а также выяснить ее причину.

У детей чаще встречается прогностически более благоприятная «красная» гипертермия (теплопродукция соответствует теплоотдаче): кожные покровы умеренно гиперемированы, горячие, влажные, конечности теплые; учащение пульса и дыхания соответствуют повышению температуры (на каждый градус свыше 37°С одышка становится больше на 4 дыхания в мин, а тахикардия – на 20 ударов в мин); поведение ребенка обычное, несмотря на повышение температуры до фебрильных и гипертермических цифр.

Для «белой» гипертермии характерны следующие признаки: кожа бледная, «мраморная», с цианотичным оттенком ногтевых лож и губ, положительным симптомом «белого пятна»; конечности холодные; чрезмерная тахикардия, одышка; нарушения поведения ребенка – безучастность, вялость, возможны возбуждение, бред и судороги. Эффект от жаропонижающих средств при «белой» гипертермии недостаточен.

При повышении температуры тела у больного ребенка необходимо решить вопрос: надо ли снижать температуру? В соответствии с рекомендациями ВОЗ, жаропонижающую терапию исходно здоровым детям следует проводить при температуре тела выше 38,5 °С, Однако если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от степени выраженности гипертермии, отмечается ухудшение состояния, озноб, миалгии, нарушения самочувствия, бледность кожных покровов и другие проявления токсикоза, антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно.

Дети из «группы риска по развитию осложнений на фоне лихорадки» требуют назначения жаропонижающих лекарственных средств при «красной» лихорадке при наличии температуры выше 38 °С, а при «белой» – даже при субфебрильной температуре.

В группу риска по развитию осложнений при лихорадочных реакциях включаются дети:

– первых трех месяцев жизни;

– с фебрильными судорогами в анамнезе;

– с патологией ЦНС;

– с хроническими заболеваниями сердца и легких;

– с наследственными метаболическими заболеваниями.

**Лечение**

*При «красной» гипертермии*

1. Ребенка раскрыть, максимально обнажить; обеспечить доступ свежего воздуха, не допуская сквозняков.

2. Назначить обильное питье (на 0,5-1 л больше возрастной нормы жидкости в сутки).

3. Использовать физические методы охлаждения:

–обдувание вентилятором;

–прохладная мокрая повязка на лоб;

– холод (лед) на область крупных сосудов;

–можно усилить теплоотдачу водочно-уксусными обтираниями: водку, 9% столовый уксус, воду смешиваютв равных объемах (1:1:1). Обтирают влажным тампоном, дают ребенку обсохнуть; повторяют 2-3 раза.

4.Назначить внутрь (или ректально):

–парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или в свечах ректально 15-20 мг/кг или

–ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг (для детей старше 1 года).

5. Если в течение 30-45 мин температура тела не снижается, ввести антипиретическую смесь внутримышечно:

–50% раствор метамизола натрия детям до года – в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года – 0,1 мл/год жизни;

Применение ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и метамизола натрия (анальгина) в педиатрической практике должно быть ограничено. Ацетилсалициловая кислота может вызвать развитие синдрома Рея, летальность при котором превышает 50%, метамизол – анафилактический шок и агранулоцитоз со смертельным исходом.

– 2,5% раствор прометазина прометазина (пипольфена) детям до года – в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года – 0,1-0,15 мл/год жизни.

Допустима комбинация лекарственных средств в одном шприце.

6. При отсутствии эффекта через 30-60 мин можно повторить введение антипиретической смеси.

*При «белой» гипертермии*

Одновременно с жаропонижающими средствами дать сосудорасширяющие препараты внутрь или внутримышечно:

– папаверин или дротаверин в дозе 1 мг/кг внутрь;

– 2% раствор папаверина детям до 1 года – 0,1-0,2 мл, старше 1 года 0,1-0,2 мл/год жизни или раствор дротаверина в дозе 0,1 мл/год жизни, или 1% раствор дибазола в дозе 0,1 мл/год жизни;

– можно также использовать 0,25% раствор дроперидола в дозе 0,1-0,2 мл/кг (0,05-0,25 мг/кг) в/м.

При гипертермическом синдроме температура тела контролируется каждые 30-60 мин. После понижения температуры тела до 37,5°С лечебные гипотермические мероприятия прекращаются, так как в дальнейшем она может понижаться без дополнительных вмешательств.

Дети с гипертермическим синдромом, а также с некупирующейся «белой» лихорадкой после оказания неотложной помощи должны быть госпитализированы. Выбор отделения стационара и этиотропной терапии определяется характером и тяжестью основного патологического процесса, вызвавшего лихорадку.

**Судорожный синдром**

Судороги – внезапные непроизвольные приступы тонико-клонических сокращений скелетных мышц, сопровождающиеся нередко потерей сознания.

Наиболее частые причины судорог у детей:

1. Инфекционные: менингит и менингоэнцефалит; нейротоксикоз на фоне ОРВИ; фебрильные судороги.

2. Метаболические: гипогликемические; гипокальциемические.

3. Гипоксические: аффективно-респираторные; при гипоксически-ишемической энцефалопатии; при выраженной дыхательной недостаточности; при выраженной недостаточности кровообращения; при коме III любой этиологии и др.

4. Эпилептические: идиопатическая эпилепсия.

5. Структурные: на фоне различных органических изменений в ЦНС (опухоли, травмы, аномалии развития и др.).

**Эпилептический приступ**

Эпилепсия – хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся повторными пароксизмальными расстройствами сознания и судорогами, а также нарастающими эмоционально-психическими изменениями.

**Клиника.** Основными клиническими формами являются: большой судорожный припадок и малые эпилептические приступы. Большой судорожный припадок включает продром, тоническую и клоническую фазы, постприступный период.

Продром – различные клинические симптомы, проявляющиеся за несколько часов или дней до возникновения припадков: двигательное беспокойство, лабильное настроение, повышенная раздражительность, нарушения сна.

Приступ классически начинается у ребенка с крика (начальный крик), вслед за которым наблюдается потеря сознания (нередко до комы) и судороги. Тоническая фаза судорог длится 10-20 с и характеризуется тоническим напряжением мышц лица, разгибателей конечностей, мышц туловища, челюсти при этом плотно сжаты, глазные яблоки отклоняются вверх и в сторону. Цвет лица в начале бледный, позднее становится красновато-цианотичным. Зрачки широкие, не реагируют на свет. Дыхание отсутствует. Клоническая фаза длится от 30 с до нескольких минут и проявляется короткими флексорными сокращениями различных мышечных групп туловища, В обеих фазах судорожного синдрома может возникнуть прикусывание языка и губ.

В дальнейшем судороги постепенно урежаются, мышцы расслабляются, дыхание восстанавливается, больной в сопоре, неподвижен, рефлексы угнетены, нередко непроизвольное отхождение мочи и кала. Через 15-30 мин наступает сон или ребенок приходит в сознание, полностью амнезируя припадок.

Эпилептический статус – состояние, при котором наблюдаются непрерывные повторные припадки, и в период между приступами не наступает полного восстановления сознания. Всегда представляет ургентное состояние и характеризуется нарастанием глубины нарушенного сознания с формированием отека головного мозга и появлением расстройств дыхания и гемодинамики. Развитие эпилептического статуса провоцирует прекращение или нерегулярность противосудорожного лечения, резкое снижение дозировок противоэпилептических препаратов, а также сопутствующие заболевания, особенно острые инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы и др.

**Лечение.**

1. Уложить больного на плоскую поверхность (на пол) и подложить под голову подушку или валик; голову повернуть набок и обеспечить доступ свежего воздуха.

2. Восстановить проходимость дыхательных путей: очистить ротовую полость и глотку от слизи, вставить роторасширитель или шпатель, обернутый мягкой тканью, чтобы предотвратить прикусывание языка, губ и повреждение зубов.

3. Если судороги продолжаются более 3-5 мин, ввести 0,5% раствор диазепама в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м или в мышцы дна полости рта.

4. При возобновлении судорог и эпилептическом статусе обеспечить доступ к вене и ввести 0,5% раствор седуксена в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг).

5. Ввести 25% раствор сульфата магния из расчета 1,0 мл/год жизни, а детям до года – 0,2 мл/кг в/м или 1% раствор фуросемида 0,1-0,2 мл/кг (1-2 мг/кг) в/в или в/м.

6. При отсутствии эффекта ввести 20% раствор оксибутирата натрия (ГОМК) 0,5 мл/кг (100 мг/кг) на 10% растворе глюкозы в/в медленно (!) во избежание остановки дыхания.

Госпитализация после оказания неотложной помощи в стационар, имеющий неврологическое отделение, при эпилептическом статусе – в реанимационное отделение. В дальнейшем необходим подбор или коррекция базисной терапии эпилепсии.

**Фебрильные судороги**

Фебрильные судороги – судороги, возникающие при повышении температуры тела свыше 38 °С во время инфекционного заболевания (острые респираторные заболевания, грипп, отит, пневмония и др.).

Наблюдаются, как правило, у детей в возрасте до 5 лет, пик заболевания приходится на первый год жизни. Чаще всего к их возникновению предрасполагает перинатальное поражение ЦНС.

**Клиника.** Характерные признаки фебрильных судорог:

– обычно судороги наблюдаются на высоте температуры и прекращаются вместе с ее падением, продолжаются недлительно – от нескольких секунд до нескольких минут;

– характерны генерализованные тонико-клонические припадки, сопровождающиеся утратой сознания, реже развиваются односторонние и парциальные, отсутствуют очаговые неврологические нарушения;

– противосудорожные препараты требуются редко, хороший эффект оказывают антипиретики.

Дифференциальный диагноз фебрильных судорог у детей проводится, в первую очередь, с судорожным синдромом при менингите и менингоэнцефалите, для которого характерны анамнез, типичный для ОРВИ или другого инфекционного заболевания, и следующие клинические проявления:

–менингеалоные симптомы – Кернига, Брудзинского, Гийена, Лессажа, симптом треножника, ригидность затылочных мышц; гиперестезия – повышенная чувствительность к громкой речи, свету, прикосновениям, особенно к инъекциям;

–выявление в ранние сроки очаговой симптоматики (может отсутствовать при менингитах): локальные судороги, парезы, параличи, расстройства чувствительности, симптомы поражения черепно-мозговых нервов (отвисание угла рта, сглаженность носогубной складки, косоглазие, потеря слуха, зрения) и др.; постепенное развитие комы.

При менингоэнцефалите пик судорожного приступа, как правило, не связан с гипертермией, часто требуются повторные введения противосудорожных препаратов.

**Лечение.**

1. Уложить больного, голову повернуть набок, обеспечить доступ свежего воздуха; восстановить дыхание: очистить ротовую полость и глотку от слизи.

2. Проводить одновременно противосудорожную и антипиретическую терапию:

–ввести 0,5% раствор диазепама в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м или в мышцы дна полости рта;

–при отсутствии эффекта через 15-20 мин введение диазепама повторить;

–при возобновлении судорог назначить 20% раствор оксибутирата натрия (ГОМК) в дозе 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/и или в/в медленно на 10% растворе глюкозы;

–жаропонижающая терапия (см. раздел «Лихорадка»).

Госпитализация ребенка с фебрильными судорогами, развившимися на фоне инфекционного заболевания, в инфекционное отделение. После приступа фебрильных судорог ребенку назначают фенобарбитал 1-2 мг/кг в сутки внутрь длительностью на 1-3 месяца.

**Утопление**Неотложная помощь:

Необходимо помнить, что в условиях низких температур гибель клеток головного мозга может наступать далеко за пределами 5 минут. Поэтому необходимо руководствоваться деонтологическим принципом – борьба за жизнь до последнего вздоха, до последнего удара сердца!. После прекращения мозгового кровотока запасы кислорода в мозге исчерпываются через 15 секунд, а запасы глюкозы, гликогена и внутриклеточного АТФ – через 5 минут.

Человек вообще, а ребёнок в частности, аспирирует слишком мало воды, чтобы проявились ожидаемые особенности. Поэтому отсутствует существенная разница в терапии при утоплении в пресной или в морской воде.

После извлечения из воды необходимо приступить к немедленной сердечно – лёгочной реанимации. Параллельно проводится согревание пострадавшего, т.к. при температуре в прямой кишке ниже 30ºС СЛР безуспешна

В ближайшие 24 часа пострадавший должен быть доставлен в больницу!

**Отравление**Выяснить каким веществом произошло отравление, в каком количестве, время отравления, пути поступления яда.

Патогномоничные симптомы отравлений

|  |  |
| --- | --- |
| Симптом  | Типичные случаи |
| ЗапахПотливость ЛихорадкаГипотермияКомаДелирийАтаксияАномальные движенияСудорогиЗрачкиОжоги ртаСердечные аритмииТахикардияБрадикардияГастроинтестинальныеПаралитический илеусРеспираторные ГематурияГипотензияАнемия (бледность)Желтуха | Керосин, мышьяк, фосфор, органофосфаты (чесночный запах), камфора, хлоралгидрат, алкогольПовышение: органофосфаты, цианиды (горький миндаль), салицилатыСнижение: атропин, парацетамолСалицилаты, антихолинергические, керосин, камфораОпиаты, барбитуратыБарбитураты, опиаты, диазепам, салицилаты, органофосфаты, СО, керосин, антиконвульсанты, трициклические антидепрессантыСалицилаты, антигистаминные, барбитуратыПиперазин, керосин, антихолинергические, фенотиазины, антигистаминные, органохлориныФенотиазиныОрганофосфаты, органохлорины, фенотиазины, фенол, камфора, амфетамин, атропин, керосин, антигистаминные, аминофиллин, бензилбензоат, салицилаты, стрихнин, свинецМиоз: опиаты, органофосфаты, хлоралгидрат, ранняя барбитуровая комаМидриаз: атропин, антигистаминные, симпатомиметикиЕдкие вещества, йодДигиталис, фенол, фенотиазины, теофиллин, керосин, СО, трициклические антидепрессантыАтропин, теофиллинДигиталис, β-блокаторы, хинидинРастительные продукты (касторовое масло), железо, камфора, нафталин, парацетамол, салицилаты, пищевые яды; геморрагический гастроэнтерит – железо, салицилаты, фенол, мышьяк; флюоресцирующая рвота – фосфорОпиаты, антихолинергическиеГипервентиляция: салицилаты, атропинГиповентиляция: барбитураты, опиатыДистресс: керосинНафталин, змеиный яд (укус)Железо, барбитураты, антихолинергические, фенотиазины, опиаты, фосфорЖелезо, нафталин, свинец, змеиный яд (укус)Железо, мышьяк, нафталин, фосфор, парацетамол |

Неотложные мероприятия:

1.Удаление невсосавшегося яда: рвотные средства, промывание желудка, адсорбенты. Эффективность имеется лишь в ближайшие минуты после отравления и совсем неэффективны спустя 1 час после отравления. Категорически запрещено использовать данные методики при угнетении сознания, при отравлении веществами, дающими обжигающие испарения, а адсорбенты кроме того противопоказаны при кишечной непроходимости.

Объём жидкости для промывания желудка должен составлять 1 – 2 мл/кг (максимум 4 мл/кг) тёплой воды на процедуру до чистых вод. Общий объём жидкости для промывания желудка не должен превышать 150 мл/кг.

Активированный уголь эффективен только в течение первых минут после поступления токсигена и неэффективен спустя 1 час после отравления. Однократная стартовая доза 1 – 2 г/кг с поддержанием эффекта 0,25 – 0,5 г/кг 4 – 6 – 12 – 24 ч. Назначают его до промывания желудка, вызывания рвоты и аспирации.

Полифепан. Суточная доза для взрослых – 4,8 – 6,4 г (12 – 16 таблеток), для детей – 3,8 – 4,0 г. Разовая доза для взрослых 0,5 – 1 г/кг, для детей до 1 года – по 1 чайной ложке на приём, 1-7 лет – по 1 десертной ложке, старше 7 лет – 1 столовая ложка. Приём ведётся 3-4 раза в сутки. Курс лечения – 3-7 дней.

2. Нейтрализация всосавшегося яда: применение антидотов в соответствии с видом отравляющего вещества.

При отравлении препаратами железа и салицилатами назначают пищевую соду.

При отравлении аспирином или нефтепродуктами применяют сгущённое молоко.

При отравлении метанолом или этиленгликолем назначается этанол (вводится в/в и внутрь). Доза насыщении 600 мг/кг (в/в 10% раствор, перорально – 50%). Далее необходимо вводить микроструйно со скоростью 100 -120 мг/кг в час. Цель терапии – поддержание концентрации этанола в крови на уровне 100 мг%.

При отравлении наркотиками антидотом является налоксон, вводится в/в. Стартовая доза у подростков – 0.4 мг (1 мл). детям младшего возраста вводится 0,01 мг/кг. При отсутствии эффекта через 2 мин. Дополнительно вводится повторно 0,3 мг/кг.

ФОС, ингибиторы антихолинэстеразы. Антидот – атропин, вводится в/в в стартовой дозе 0,05 мг/кг (1 – 4 мг). Далее введение каждые 2 – 5 мин. В дозе мг до достижения эффекта.

Парацетамол. Не позднее 36 часов от момента отравления назначается ацетилцистеин внутрь в виде 5% раствора. Доза насыщения 140 мг/кг, далее введение каждые 4 часа в дозе 70 мг/кг 17 раз!

Клофелин. Антидот – метоклопрамид (церукал). Доза насыщения – 0,5 мг/кг. Поддерживающая доза 0,25 мг/кг за 4 – 5 часов.

Угарный газ. Необходима инсуфляция 100% кислорода. Быстро доставить в стационар для проведения ГБО.

Бензодиазепины. При отравлении используют флюмазенил (анексат). Стартовая доза – 0,05 – 0,1 мг/кг. Суточная доза 1 – 10 мг. Действие флюмазенила длится 2 - 5 часов.

3. Удаление всосавшегося яда проводиться в стационаре.

**Электротравма**

Факторы, определяющие тяжесть электротравмы:

- напряжение

- сила тока

- тип тока: переменный хуже, чем постоянный

- длительность контакта

- путь тока в теле: хуже полная петля(руки – ноги) и верхняя петля (рука –
 рука), т.к. ток проходит через сердце

- состояние кожи: влажная кожа хуже, т.к. имеет низкое сопротивление
- индивидуальная чувствительность

Клиническая картина:

- после тяжёлого поражения – кардиопульмональная синкопа (внезапная остановка сердца и дыхания);

- гиповолемический шок при токе высокого напряжения из-за большой потери жидкости в зону поражения;

- острая церебральная недостаточность (отёк головного мозга, судороги, психические и сенсорные расстройства);

- острая дыхательная недостаточность;

- переломы костей в связи с падением, либо судорожным сокращением мышц;

- местные проявления в виде термического ожога, коагуляционного некроза и геморрагий.

Неотложная помощь:

Выключить электрический ток или отбросить от пострадавшего провод (использовать только дерево, резину, пластмассу)

Оценка витальных функций

Обеспечение безопасности пострадавшего и лиц, оказывающих помощь

Сердечно-лёгочная реанимация

Иммобилизация шейного отдела позвоночника

Немедленная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии независимо от состояния пациента

**Укусы змей**

Токсичные белки яда содержат нейротоксины, кардиотоксины и геморрагины. После укуса жертвы змея ещё долго находится близко к месту происшествия (в радиусе около 6 м). обычно змея выделяет яд в количестве, в несколько раз превышающем смертельную дозу для взрослого человека.

Клиническая картина:

Синдром интоксикации (тошнота, рвота, головная боль, боль в животе)

Синдром поражения ЦНС (угнетение сознания вплоть до комы, нарушение зрения)

Синдром недостаточности кровообращения (тахикардия, артериальная гипотензия, повышенное потоотделение)

Геморрагический синдром (геморрагическое пропитывание тканей в области укуса, нарушение свёртывания крови, ДВС-синдром)

Местные проявления (боль в месте укуса, отёк, нарушение функции конечности)

Неотложная помощь:

Уложить пострадавшего, обеспечить полный покой, согреть, оказать моральную поддержку

Над местом укуса наложить повязку (не слишком тугую), чтобы по возможности ограничить лимфоток. Каждый час повязку ослаблять и перемещать проксимальнее.

Над каждым следом ядовитых зубов делаются разрезы длиной 1 см и глубиной 0,5 см (при этом следует избегать проникновения режущего инструмента в подкожные ткани (в т.ч. жировую клетчатку). Затем из раны тщательно отсасывается отделяемое любым способом (ртом можно отсасывать если нет поражения слизистой полости рта). Такие действия в течение часа позволяют удалить из раны более 50% яда.

Иммобилизация конечности (минимизация лимфотока и распространения яда)

Транспортировка в ближайшее ЛПУ.

Категорически запрещено:

- проводить криотерапию путём локальной аппликации пакетов со льдом

- накладывать жгут на конечность.

При развитии анафилактического шока немедленно должны быть начаты противошоковые мероприятия: введение адреналина (эпинефрина) 10 мкг/кг в/в, преднизолона 3 – 5 мг/кг в/в, начата инфузия раствора NaCl 0,9% в дозе 15 – 20 мл/кг. Обязателен мониторинг ЧСС, АД, микроциркуляции, почасового темпа диуреза, уровня сознания.

**Инородное тело дыхательных путей**

Чаще всего инородными телами дыхательных путей являются орехи, семечки, мелкие игрушки.

В основе патогенеза частичная или полная обтурация просвета гортани (трахеи), рефлекторный ларингоспазм, асфиксия из-за выраженного нарушения проходимости верхних дыхательных путей.

Клиническая картина.

Дифференциальная диагностика локализации инородного тела ВДП

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика  | Инородное тело гортани и трахеи | Инородное тело бронхов |
| Голос Кашель Одышка Шумное дыханиеУчастие вспомогательной мускулатуры в акте дыханияЦианоз Аускультация лёгких | Охрипший Грубый, лающийИнспираторная Стонущее Характерно Выраженный Ослабление дыхания с 2-х сторон | Не изменёнСухой, мучительныйЭкспираторная или смешаннаяДистантные свистящие хрипыНе характерно Незначительный или отсутствуетОслабление дыхания с поражённой стороны |

 Неотложная помощь

Осмотр ротовой полости и ротоглотки.

Механическое удаление инородного тела

Дети до 1 года. Ребёнок укладывается животом вниз, лицом на предплечье врача (позиция «всадника»), который указательным и средним пальцами фиксирует голову и шею младенца. Предплечье врача должно быть опущено на 60º. Ребром ладони правой руки наносят 4 коротких удара между лопатками ребёнка.

 

Дети старше 1 года.

Если ребёнок в сознании:

Если ребёнок стоит, необходимо встать на колени за его спиной, расположить руки под мышками ребёнка, обхватывая его грудную клетку.

Расположить руки таким образом, чтобы внутренняя сторона большого пальца находилась на передней брюшной стенке (в области эпигастрия) на уровне середины линии, соединяющей мечевидный отросток с пупком.

Выполнить 5 резких толчков в вертикальном направлении.

Выполнять следует каждое нажатие резким и толчкообразным движением с намерением облегчить обструкцию.

Продолжить серии из 5 толчкообразных нажатий до тех пор, пока инородное тело не будет удалено или не будет принято решение о неэффективности данного метода.

После выполнения приёма Хеймлиха показан повторный осмотр ротовой полости и ротоглотки.



Ребёнок без сознания:

Уложите ребёнка на твёрдую поверхность.

Выполните тройной приём Сафара (переразгибание головы в атлантозатылочном суставе, открывание рта, выведение вперёд нижней челюсти).

Встаньте на колени лицом к ребёнку.

Разместите основание ладони одной руки на животе посередине расстояния между пупком и мечевидным отростком, вторую руку поместите поверх первой.

Надавите двумя руками на живот внутрь и вверх. Каждое нажатие вверх должно быть осуществлено точно по средней линии живота, а не сбоку от неё, и с достаточной силой, чтобы вытолкнуть инородное тело

Повторяйте толчкообразные нажатия на переднюю брюшную стенку до тех пор, пока инородное тело не будет удалено или до принятия решения

**Примерный перечень лекарственных средств для медицинского применения и медицинских изделий, используемых медицинским пунктом оздоровительного учреждения для оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  | (из расчета на 100 детей) |
| № | Наименование | Единица измерения | Количество |
| 1. | Аммиак | мл | 100 |
| 2. | Вазелин борный - 25,0 | банка | 1 |
| 3. | Троксевазин 2% - гель | тюбик | 1 |
| 4. | Гидрокортизон (мазь) 1% - 10,0 | тюбик | 1 |
| 5. | Тетрациклиновая мазь глазная - 10,0 | тюбик | 1 |
| 6. | Натрия хлорид 0,9% | флакон | 1 |
| 7. | Натрия гидрокарбонат - 100,0 | упаковка | 1 |
| 8. | Нафтизин | флакон | 5 |
| 9. | Этанол (Спирт этиловый) - 150,0 | флакон | 1 |
| 10. | Борная кислота (спиртовой раствор) | флакон | 2 |
| 11. | Бриллиантовый зеленый (спиртовой раствор) | флакон | 5 |
| 12. | Горчичники | упаковка | 5 |
| 13. | Йод (спиртовой раствор) | флакон | 5 |
| 14. | Калия перманганат - 10,0 | флакон | 1 |
| 15. | Адреналин гидрохлорид 1% | упаковка | 1 |
| 16. | Лидокаин аэрозоль | флакон | 2 |
| 17. | Анальгин 50% | упаковка | 1 |
| 18. | Водорода пероксид | флакон | 2 |
| 19. | Сульфацетамид | тюбик-капельница | 1 |
| 20. | Валерианы лекарственной корневищ с корнями настойка | флакон | 1 |
| 21. | Гексавит | упаковка | 1 |
| 22. | Диазолин 0,1 драже | упаковка | 1 |
| 23. | Димедрол 1% | упаковка | 1 |
| 24. | Димедрол 0,05 | упаковка | 1 |
| 25. | Зубные капли 10 мл | флакон | 1 |
| 26. | Ингалипт | флакон | 1 |
| 27. | Кордиамин 15 мл | флакон | 1 |
| 28. | Кофеин-бензоат натрия 10% | упаковка | 1 |
| 29. | Левомицетин сукцинат 0,5 | флакон | 2 |
| 30. | Магния сульфат 25% | упаковка | 1 |
| 31. | Новокаин 0,5% | упаковка | 1 |
| 32. | Но-шпа 2% | упаковка | 1 |
| 33. | Преднизалон 30 мг | упаковка | 1 |
| 34. | Парацетамол 0,5 | упаковка | 3 |
| 35. | Сальбутамол аэрозоль | флакон | 1 |
| 36. | Энтеродез 5,0 | пакет | 50 |
| 44.\* | Натрия хлорид 0,9% | флакон | 2 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Нумерация соответствует оригиналу. - Примечание изготовителя базы данных. |
| 37. | Супрастин 2% - 1,0 | упаковка | 1 |
| 38. | Активированный уголь | упаковка | 2 |
| 39. | Бинты стерильные 5 x 7 | штук | 25 |
| 40. | Бинты стерильные 7 х 14 | штук | 15 |
| 41. | Бинты нестерильные 7 x 14 | штук | 10 |
| 42. | Бинт сетчатый | штук | 10 |
| 43. | Бинт эластичный | штук | 2 |
| 44. | Бумага компрессная | лист | 5 |
| 45. | Вата медицинская | кг | 0,75 |
| 46. | Лейкопластырь (2 см, 5 см) | упаковка | 1/1 |
| 47. | Марля медицинская | метров | 15 |
| 48. | Салфетки стерильные 5 х 5 см | упаковка | 12 |
| 49. | Салфетки кровоостанавливающие Колетекс-Гем с фурагином 6 x 10 | штук | 15 |
| 50. | Салфетки кровоостанавливающие Колетекс-Гем с фурагином с липкими краями 6 x 10 | штук | 10 |
| 51. | Салфетки Колетекс с фурагином 6 x 10 | штук | 15 |
| 52. | Салфетки Колетекс с фурагином с липкими краями 6 x 10 | штук | 10 |
| 53. | Салфетки Колетекс с прополисом и фурагином 6 x 10 | штук | 15 |

**Рекомендуемый стандарт оснащения медицинского пункта оздоровительного учреждения**

###### Приложениек приказуМинистерства здравоохраненияи социального развитияРоссийской Федерацииот 16 апреля 2012 года № 363н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (из расчета на 100 детей) |
| N п/п | Наименование | Количество, шт. |
| 1. | Кушетка медицинская | 1 |
| 2. | Кровать | 3 |
| 3. | Столик хирургический | 1 |
| 4. | Стол письменный | 1 |
| 5. | Стол | в соответствиис количествомпалат |
| 6. | Стулья | 4 |
| 7. | Тумбочка прикроватная | 3 |
| 8. | Тумбочка для спирометра | 1 |
| 9. | Холодильник для медикаментов | 1 |
| 10. | Шкаф медицинский со стеклом для инструментов и медикаментов | 1 |
| 11. | Шкаф для хранения запасов медикаментов | 1 |
| 12. | Аппарат для измерения кровяного давления | 1 |
| 13. | Биксы разные | 1 |
| 14. | Лоток почкообразный | 1 |
| 15. | Лоток прямоугольный | 1 |
| 16. | Медицинская сумка | 1 |
| 17. | Носилки санитарные | 1 |
| 18. | Сухожаровой шкаф | 1 |
| 19. | Шины Крамера | 2 |
| 20. | Шины Дитерихса | 2 |
| 21. | Весы медицинские | 1 |
| 22. | Ростомер | 1 |
| 23. | Корнцанг прямой | 1 |
| 24. | Зажим Бильрота | 2 |
| 25. | Зеркало ушное | 1 |
| 26. | Зеркало носовое | 1 |
| 27. | Игла Дюфо | 1 |
| 28. | Набор трахеотомический | 1 |
| 29. | Пинцет анатомический | 1 |
| 30. | Пинцет хирургический | 1 |
| 31. | Пинцет кривой | 1 |
| 32. | Роторасширитель | 1 |
| 33. | Скальпель со съемными одноразовыми лезвиями | 1 |
| 34. | Языкодержатель | 1 |
| 35. | Ларингоскоп | 1 |
| 36. | Интубационная трубка | 1 |
| 37. | Глазные стеклянные палочки | 30 |
| 38. | Катетер венозный Браунюля N 18 G, 20 G, 22 G | 1 |
| 39. | Катетер урологический N 8-10 | 1 |
| 40. | Клеенка подкладная | 2 |
| 41. | Мензурки градуированные | 3 |
| 42. | Перчатки хирургические | 10 |
| 43. | Перчатки резиновые хозяйственные | 2 |
| 44. | Пипетки глазные | 6 |
| 45. | Пробирки стерильные для взятия мазков из зева и носоглотки | 10 |
| 46. | Одноразовая система для переливания | 1 |
| 47. | Шприц 2,0 (разового употребления) | 10 |
| 48. | Шприц 5,0 (разового употребления) | 3 |
| 49. | Шприц 10,0 (разового употребления) | 3 |
| 50. | Шприц 20,0 (разового употребления) | 3 |
| 51. | Банки медицинские | 10 |
| 52. | Бритва (одноразовый станок) | 3 |
| 53. | Горшки | 2 |
| 54. | Грелки резиновые | 2 |
| 55. | Груша резиновая | 1 |
| 56. | Динамометр становой или ручной детский | 1 |
| 57. | Жгут резиновый | 2 |
| 58. | Зонды желудочные с воронкой | 1 |
| 59. | Кружка Эсмарха (резиновая) | 1 |
| 60. | Наконечник к ней | 3 |
| 61. | Ножницы хирургические | 1 |
| 62. | Ножницы обыкновенные | 1 |
| 63. | Плевательница | 2 |
| 64. | Подушка кислородная | 1 |
| 65. | Секундомер | 1 |
| 66. | Термометры медицинские | 20 |
| 67. | Термометры водяные | 2 |
| 68. | Фонендоскоп | 1 |
| 69. | Шпатели металлические | 3 |
| 70. | Шпатели одноразовые | 100 |
| 71. | Шприц Жане 150 мл | 1 |
| 72. | Спирометр (с комплектом стерилизующихся мундштуков) | 1 |
| 73. | Противопедикулезная укладка | 1 |
| 74. | Постельное белье в соответствии с количеством коек в изоляторе |  |
| 75. | Графин для воды | 1 |
| 76. | Ведро педальное эмалированное | 1 |
| 77. | Бак для замачивания посуды | 1 |
| 78. | Емкости для разведения и хранения дезинфекционных растворов | 3 |
| 79. | Лампа настольная | 1 |
| 80. | Плитка электрическая | 1 |
| 81. | Посуда | в соответствиис количествомкоек в изоляторе |
| 82. | Таз эмалированный | 1 |
| 83. | Холодильник бытовой | 1 |
| 84. | Часы песочные | 1 |
| 85. | Часы настольные | 1 |
| 86. | Чайник электрический | 1 |
| 87. | Шкаф платяной | 1 |

**Примерный перечень утвержденной и рекомендуемой**

**медицинской документации детского**

**оздоровительного учреждения**

1.Поотрядная картотека, составленная с учетом медицинских справок

ф. 079-у (карт) на каждого ребенка.

2.Амбулаторный журнал ф. 074-у.

3.Журнал учета соматических и инфекционных заболеваний ф. 060/у.

4.Журнал наблюдений за контактными детьми.

5.Тетрадь санитарно-гигиенических осмотров детей на педикулез (поотрядно).

6. Журнал учета санитарно-просветительной работы ф. 038-у.

7. Журнал бракеража продуктов и продовольственного сырья, поступающего

 на пищеблок.

8.Журнал бракеража готовой пищи.

9. Журнал контроля санитарного состояния лагеря ф. 308-у.

10. Журнал изолятора (дневники, истории болезни) ф. 125-у.

11.Журнал ежедневного осмотра работников пищеблока на гнойничковые

 заболевания и журнал здоровья работников пищеблока.

12.Ведомость контроля за рационом питания.

13.Журнал учета температурного режима холодильного оборудования.

14.Журнал ежедневного учета оздоровительных процедур

15.Извещение о травме ф. 092/у

16. Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях ф. 067/у

17.Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий ф. 068/у.

**АМБУЛАТОРНЫЙ ЖУРНАЛ**

Форма №074/у

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя | Дата обращения | Номер отряда | Причинаобращения | ДиагнозОказанная помощь | примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ УЧЕТА СОМАТИЧЕСКИХ И**

**ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Форма №060/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия, имя | Номер отряда | Диагноз при поступлении | Дата поступления в изолятор | Дата выписки из изолятора | Дата и место госпитализации  | Диагноз окончательный | примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТАКТНЫМИ ДЕТЬМИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО больного,ДиагнозДата госпитализации | Дата начала и срок окончания карантина | Фамилия, имя контактных больных | возраст | Даты осмотра | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ТЕТРАДЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ (ПООТРЯДНО)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия, имя | Результаты осмотра по датам | мероприятия | примечание |
| 15.06 | 22.06 | 30.06 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ УЧЕТА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

ф. № 038/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата | Форма работы: лекция, беседа, вечер вопросов, кино, радио - информация, выступлениепо телевидению, распро-странение литературы | ТЕМА | Фамилия и должностьлектора | Место проведения (наименование предприятия, учреждения, клубаи т. д.) | Адрес | Число слушателей (посетителей) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ БРАКЕРАЖА СКОРОПОРТЯЩИХСЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТОЛОВУЮ**

Приложение №2

к СанПиН 2.4.4.3155-13

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата и час поступления продоволь-ственного сырья и пищевых продуктов | Наиме-нование пищевых продуктов | Количество поступившего продоволь-ственного сырья и пищевых продуктов (в килограммах, литрах, штуках) | Номер товарно-транс-портной накладной | Условия хранения и конечный срок реа-лизации (по марки-ровочному ярлыку) | Дата и час фактической реализации продоволь-ственного сырья и пищевых продуктов по количеству (в килограммах, литрах, штуках) | Подпись ответст-венного лица | Приме-чание\* |

**ЖУРНАЛ БРАКЕРАЖА ГОТОВОЙ КУЛИНАРНОЙ ПРОДУКЦИИ**

Приложение № 5

к СанПиН 2.4.4.3155-13

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата и час изготовления блюда | Время снятия бракеража | Наименование блюда, кулинарного изделия | Результаты органолептической оценки и степени готовности блюда, кулинарного изделия | Разрешение к реализации блюда, кулинарного изделия | Подписи членов бракеражной комиссии | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ**

Форма № 308/у

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Дата посе-щения | Обнаруженные нарушения санитарного состояния и противоэпид. режима  | Предложенные мероприятия | Назначенный срок выполнения | Ф.И.О. врача | Дата и результат проверки выполнения |
|  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ ИЗОЛЯТОРА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О. | Отряд, группа | Возраст | Когдапринят | Длительностьпребывания (в течении дня) | Диагноз | Когда и кудавыбыл | Примечания |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ ЗДОРОВЬЯ И ЕЖЕДНЕВНОГО ОСМОТРА РАБОТНИКОВ ПИЩЕБЛОКА НА ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Приложение №13

к СанПиН 2.4.4.3155-1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О. работника <\*> | Должность | Месяц/дни <\*\*>: |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:

<\*> Список работников, отмеченных в журнале на день осмотра, должен соответствовать числу работников на этот день в смену.

<\*\*> Условные обозначения: Зд. - здоров; Отр. - отстранен от работы; Отп. - отпуск; В - выходной; б/л - больничный лист.

**ЖУРНАЛ УЧЕТА ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА В ХОЛОДИЛЬНОМ ОБОРУДОВАНИИ**

Приложение N 3
к СанПиН 2.4.4.3155-13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование единицыхолодильного оборудования | Месяц/числа: (t в о С) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЖУРНАЛ ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА**

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Температура | Количество детей, охваченных | примечание |
| Воды | Воздуха | Обтиранием | Обливанием | Солнечными ваннами | Купанием | Физической культурой |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

**О ТРАВМЕ**

Форма № 092/у

имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место работы (учебы), должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Наименование и адрес спорт организации и коллектива

физкультуры, где состоит членом пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Наименование и адрес физкультурной базы, где получена травма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Время получения травмы 20 \_\_ г. месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

число \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Повреждение произошло во время занятий, тренировок,

соревнований (подчеркнуть и указать вид спорта) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.Спортивный разряд\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Обстоятельства, при которых произошло повреждение, и причины,

их обусловившие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Локализация и характер повреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Заключение о тяжести повреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Оказанная медпомощь (какая, кем, когда и где) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Госпитализирован (куда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Наименование мед.учреждения, направившего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Принятые меры по профилактике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ЖУРНАЛ**

**РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ**

Форма № 067/у

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ м-ц 20\_\_\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата и час регистрации | Фамилия, имя,отчество | Год рождения | Пол | Домашний адрес | К какой организацииили физкультурному коллективу принад- лежит пострадавший | Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования(вписать) | Вид спорта,упражнения,при которомпроизошла травма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Стаж (лет,месяцев) в этом виде спорта | Спортив-ныйразряд или квалифи-кация | Диагноз забо- левания, травмы(локализация и характер повреждения | Причина, вызвавшая повреждения | Данная травмапервичная илиповторная (вписать) | Оказаннаямедпомощь | Фамилия и должность оказавшего медпомощь | Примечание |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |

**ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Форма № 068/у

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата и часыпроведения мероприятий | Наименованиемероприятий | Наимено-ваниеорганиза-ции | Название спортивногообъекта | Число участников | Санитарная оценка условийпроведения мероприятия | Число отстранен-ных от участия всоревнованиях |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число обращенийна медпункт | Из числа участниковполучили спортивные травмы | Госпитализировано | Претензии ксудейскому аппарату и оргкомитетуи как они разрешены | Фамилия врача, медсестры,обслуживавшего мероприятие | Приме-чание |
| участ-ников | прочих | тяжелые | средней тяжести | участни-ков | прочих |  |  |  |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 116 | 17 |

**Список литературы:**

1. СанПиН 2.4.4.3.1.5.5-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей»;

2. СанПиН 2.4.4.2599-10 «Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием детей в период каникул»;

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 363н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха» (изменения согласно приказу Минздрава России от 09 июня 2015 года №329н);

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 2016 года № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»;

5. Методические рекомендации МР 2.4.4.0011-10 «Методика оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей»;

6. Вельтищев Ю.Е., Шаробаро В.Е., Степина Т.Г. (ред). Неотложные состояния у детей Справочник — М.: Медицина, 2004;

7. Алгоритм оказания неотложной помощи в педиатрии (учебное пособие для студентов медицинских вузов. 2-е издание, дополненное и переработанное. — Краснодар: КубГМУ, 2013).