

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ им. С.Б. Даниярова  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

# ПИТАНИЕ И АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Учебно-методическое пособие для тренеров

Бишкек - 2023

---

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**  
**ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ им. С.Б. Даниярова**  
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**



# **ПИТАНИЕ И АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

Учебно-методическое пособие для тренеров

Бишкек – 2023

---

---

Печатается по решению научно-технического совета КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова от 05.03.2020 г.

**Рецензенты:**

Низамов Ф. – советник по здравоохранению ЮНИСЕФ, Узбекистан

Шоонаева Н.Д. – д.м.н., заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

**Составители:**

К.А. Узакбаев, А.С. Ешходжаева, Р.Б. Асылбашева, В.К. Шукурова, И.В. Болоцких, Э.Т. Кабылова

Питание и анемия у женщин репродуктивного возраста и девочек-подростков: учебно-методическое пособие / А.С. Ешходжаева, Р.Б. Асылбашева, В.К. Шукурова, И.В. Болоцких, Э.Т. Кабылова. – Б., 2020. – 127 с.

Учебно-методическое пособие «Питание и анемия у женщин репродуктивного возраста и девочек-подростков» для тренеров разработано с целью улучшения качества обучения медицинских работников ПМСП в программах непрерывного медицинского образования.

Выражается глубокая признательность Проекту USAID SPRING в Кыргызской Республике за возможность использовать предоставленные материалы в обучающих целях.



Данный документ был подготовлен для Агентства США по международному развитию (USAID) в соответствии с условиями контракта 7200AA18COO70, заключенного с некоммерческой организацией ДжэйЭсАй Рисерч энд Трейнинг Инститьют (JSI Research&Training Institute.Inc. (JSI)). Содержание данного продукта является ответственностью JSI и не обязательно отражает точку зрения Агентства США по международному развитию (USAID) или Правительства США.

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений .....	4
Введение .....	5
Программа .....	7
Занятие 1 .....	9
Занятие 2 .....	15
Занятие 3 .....	18
Занятие 4 .....	24
Занятие 5 .....	29
Занятие 6 .....	32
Занятие 7 .....	51
Занятие 8 .....	54
Занятие 9 .....	57
Занятие 10 .....	65
Занятие 11 .....	67
Занятие 12 .....	78
Занятие 13 .....	86
Занятие 14 .....	93
Занятие 15 .....	100
Занятие 16 .....	107
Занятие 17 .....	111
Занятие 18 .....	112
Занятие 19 .....	114
Список литературы .....	116

---

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>ЖиФК</b>	Железо и фолиевая кислота
<b>ЖРВ</b>	Женщины репродуктивного возраста
<b>ИМТ</b>	Индекс массы тела
<b>КГМИПиПК</b>	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им.С.Б. Даниярова
<b>КДГРВ</b>	Кормление детей грудного и раннего возраста
<b>КР</b>	Кыргызская Республика
<b>МЗ</b>	Министерство здравоохранения
<b>МЛА</b>	Метод лактационной аменореи
<b>ПМСП</b>	Первичная медико-санитарная помощь
<b>ЮНИСЕФ, UNICEF</b>	Детский фонд ООН

---

## ВВЕДЕНИЕ

Данное учебно-методическое пособие предназначено для подготовки фасилитаторов/ тренеров, обладающих необходимыми теоретическими знаниями и практическими навыками для проведения обучения медицинских работников ПМСП вопросам питания и анемии у девочек-подростков и женщин во взаимосвязи с их жизненным циклом. Врачи и медсестры будут применять полученные знания и навыки для консультирования девочек-подростков, женщин репродуктивного возраста, беременных женщин во время девяти родовых посещений медработника и родильниц во время послеродовых посещений для того, чтобы помочь женщинам научиться заботиться о своих собственных пищевых потребностях во время беременности и лактации.

### Цель

Цель данного пособия заключается в изучении вопросов, касающихся питания женщин и девочек-подростков: статуса питания, причин недостаточного питания, влияния недостаточного питания на жизненный цикл разных поколений, последствий несоразмерного веса и дефицита питательных микроэлементов, а также мероприятий, направленных на улучшение питания женщин. Пособие также ознакомит участников с клиническим руководством по скринингу, диагностике, профилактике и лечению анемии у детей, взрослых и беременных женщин, применяемом в системе первичной медико-санитарной помощи.

### Задачи курса: знания и навыки

После прохождения тренинга участники приобретут следующие знания и навыки:

#### Знания.

1. Ключевые факторы, способствующие полноценному питанию женщин и девочек-подростков.
  2. Причины недостаточного питания женщин и девочек-подростков.
  3. Общая обстановка с питанием женщин в Кыргызской Республике.
  4. Последствия недостаточного питания для девочек-подростков, женщин и их детей грудного возраста.
  5. Жизненный цикл и мероприятия, которые необходимы для обеспечения достаточного питания у детей грудного и раннего возраста и доподросткового возраста.
  6. Общие рекомендации по рациону питания и определение доступных продуктов питания, которые могут обеспечить семью основными питательными веществами.
  7. Рекомендуемые практики питания для девочек-подростков, беременных женщин и матерей в период грудного вскармливания.
  8. Дополнительные потребности в питательных веществах во время беременности, в период грудного вскармливания.
  9. Оптимальный межродовой интервал для улучшения статуса питания женщин.
  10. Критерии метода лактационной аменореи (МЛА).
  11. Основные причины анемии и мероприятия, которые доказали свою эффективность в снижении распространенности анемии.
-

12. Профилактика, диагностика и лечение анемии у детей, небеременных женщин репродуктивного возраста, беременных женщин и кормящих матерей, а также людей пожилого возраста.

*Навыки:*

Консультирование девочек-подростков, беременных женщин и матерей в период грудного вскармливания по вопросам питания и анемии с использованием следующих навыков:

- «Слушать и узнавать».
  - «Укреплять доверие и оказывать поддержку».
  - «3-шаговое консультирование (оценка, анализ, действие)».
-

**ПРОГРАММА**  
**обучающего семинара для медицинских работников**  
**«Вопросы питания и анемии у женщин и девочек-подростков»**

ВРЕМЯ	ТЕМА
<b>1 ДЕНЬ</b>	
9.00-9.45	Занятие 1. Приветствие, знакомство, ожидания, цели и задачи. Предкурсовое тестирование.
9.45-10.30	Занятие 2. Ситуация с питанием женщин и девочек-подростков в Кыргызской Республике.
10.30-10.45	Перерыв
10.45-11.30	Занятие 3. Питание на протяжении всего жизненного цикла.
11.30-12.35	Занятие 4. Основные общие требования к питанию.
12.35-13.00	Занятие 5. Питание девочек-подростков.
13.00-14.00	Перерыв
14.00-15.30	Занятие 6. Особые требования к питанию во время беременности.
15.30-15.45	Перерыв
15.45-16.10	Занятие 7. Особые требования к питанию во время грудного вскармливания.
16.10-16.30	Занятие 8. Роль оптимального межродового интервала в питании женщин. Подведение итогов дня.
<b>2 ДЕНЬ</b>	
9.00-9.45	Занятие 9. Как консультировать. Часть I.
9.45-10.30	Занятие 10. Как консультировать. Часть II – 3-шаговое консультирование, использование наблюдательного листа и формы оценки питания девочек-подростков и женщин.
10.30-10.45	Перерыв
10.45-11.30	Занятие 10. Как консультировать. Часть II – 3-шаговое консультирование, использование наблюдательного листа и формы оценки питания девочек-подростков и женщин (продолжение).
11.30-12.15	Занятие 11. Причины анемии и мероприятия по снижению анемии.
12.15-13.00	Занятие 12. Профилактика и лечение анемии у детей.
13.00-14.00	Перерыв
14.00-14.45	Занятие 12. Профилактика и лечение анемии у детей (продолжение).
14.45-15.30	Занятие 13. Профилактика и лечение анемии у женщин репродуктивного возраста.
15.30-15.45	Перерыв
15.45-16.30	Занятие 14. Профилактика и лечение анемии во время дородового и послеродового наблюдения. Подведение итогов дня.



<b>ВРЕМЯ</b>	<b>ТЕМА</b>
<b>3 ДЕНЬ</b>	
9.00-9.45	Занятие 15. Профилактика и лечение анемии у людей старше 50 лет.
9.45-10.30	Занятие 16. Клиническая практика. Оценка питания беременных женщин и женщин во время кормления грудью, девочек-подростков.
10.30-10.45	Перерыв
10.45-13.00	Занятие 16. Клиническая практика. Оценка питания беременных женщин и женщин во время кормления грудью, девочек-подростков (продолжение).
13.00-14.00	Перерыв
14.00-14.45	Занятие 17. Информационные сообщения для профилактики и лечения анемии.
14.45-15.30	Занятие 18. Разработка и представление плана действий.
15.30-15.45	Перерыв
15.45-16.30	Занятие 19. Послекурсовое тестирование с разбором ответов. Закрытие семинара. Выдача сертификатов.

## ЗАНЯТИЕ 1

### ПРИВЕТСТВИЕ, ЗНАКОМСТВО, ОЖИДАНИЯ. ПРЕДКУРСОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Время: 45 минут

#### Подготовка

- Подготовьте тестовые вопросы для предкурсового тестирования: **Раздаточный материал 1.1.**
- Подготовьте флипчарт с задачами тренинга.
- Приготовьте руководство для тренеров.

**Задача обучения 1:** Определить сильные и слабые стороны в знаниях участников о питании и анемии у женщин и девочек-подростков.

**Методология:** Предкурсовое тестирование.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Поприветствуйте участников, когда они придут, и попросите их сесть полукругом (в форме буквы U) или в круг.
2. Как только участники сядут на свои места, раздайте им вопросник с тестами и попросите их заполнить его в индивидуальном порядке.
3. Попросите участников написать их код/дату рождения на листе ответов.
4. Проверьте все ответы, как можно быстрее в тот же день, и определите темы, которые вызвали разногласия или путаницу и нуждаются в прояснении. Участники должны иметь в виду, что эти темы будут обсуждаться более подробно в ходе тренинга.

**Задача обучения 2:** Познакомиться с участниками и тренерами; обсудить ожидания участников, сравнить их с задачами тренинга и подробно рассмотреть приоритеты/направленность курса.

**Методология:** Игра в паре.

**Предлагаемое время:** 20 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Разрежьте рисунки или фотографии полезных продуктов для питания девочек-подростков и женщин пополам, смешайте их и разложите на полу. Попросите каждого участника взять одну половину рисунка или фотографии. Попросите участников найти совпадающие половинки. После того как это будет сделано, попросите пары познакомиться друг с другом по имени, рассказать, где они работают, какая их любимая еда, а также рассказать об одном из своих ожиданий от тренинга.
2. Участники, выходя парами, должны представить своих партнеров и рассказать о том, что их партнер ожидает от тренинга в то время, когда они стоят вместе.
3. Напишите ожидаемые результаты участников на флипчарте, не повторяя одинаковых ожиданий. Когда все закончат, они могут вернуться на свои места.

4. Повесьте подготовленный флипчарт с Задачами тренинга.
  5. Попросите участников сопоставить их ожидания от тренинга с задачами курса и обсудить сходства и различия. Направляйте их.
  6. Повесьте флипчарт с задачами и ожидаемыми результатами в одной стороне комнаты, для того, чтобы он оставался там до конца тренинга.
  7. Кратко рассмотрите повестку дня тренинга. Раздаточный материал 1.2.
  8. Озвучьте все вопросы, связанные с логистикой тренинга.
-

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 1.1

### Тестовые вопросы для проверки уровня знаний

Выберите из предлагаемых вариантов только один правильный ответ!

#### 1. К профилактике анемии у детей относится:

- А) саплементация препаратами железа или порошковыми добавками
- Б) прием однократной дозы противоглистного препарата
- В) отсроченное пережатие пуповины
- Г) рациональное питание
- Д) все вышеперечисленное

#### 2. Плановое обследование детей до 2 лет на анемию проводится:

- А) в 6 месяцев, в 12 месяцев, в 24 месяца
- Б) в 3 месяца (у недоношенных), в 6 месяцев, в 12 месяцев, в 24 месяца
- В) в 3 месяца (у недоношенных), в 6 месяцев, в 12 месяцев, в 16 месяцев, в 24 месяца
- Г) в 2 месяца (у недоношенных), в 6 месяцев, в 12 месяцев, в 24 месяца
- Д) в 12 месяцев, затем каждые 6 месяцев

#### 3. Критерием диагноза анемии у детей является следующее:

- А) у детей до 2 лет уровень Hb ниже 110 г\л, у детей старше 2 лет уровень Hb ниже 120 г\л
- Б) у детей до 5 лет уровень Hb ниже 110 г\л, у детей старше 5 лет уровень Hb ниже 120 г\л
- В) у детей до 6 месяцев уровень Hb ниже 110 г\л, у детей старше 6 месяцев уровень Hb ниже 120 г\л
- Г) у детей до 12 месяцев уровень Hb ниже 110 г\л, у детей старше 12 месяцев уровень Hb ниже 120 г\л
- Д) уровень Hb для детей всех возрастов составляет 110 г\л

#### 4. На приеме ребенок 12 месяцев, вес 11 кг, рост 78 см, Hb 100 г/л, медицинский работник должен назначить:

- А) лечение
- Б) саплементацию
- В) рациональное питание
- Г) дегельминтизацию
- Д) А+В+Г

#### 5. На приеме ребенок 12 месяцев, вес 11 кг, рост 78 см, Hb 100 г/л. Медицинский работник диагностировал анемию. Как он должен назначить препарат, содержащий в 5 мл 50 мг железа?

- А) по 5 мл 3 раза в день
  - Б) по 5 мл 2 раза в день
  - В) 5 мл 1 раз в день
  - Г) 2,2 мл 1 раз в день
  - Д) 2,5 мл 1 раз в день
-

**6. К контролю лечения анемии относится:**

- А) обследование на уровень Hb через 1 месяц и через 3 месяца от начала лечения
- Б) обследование на уровень Hb через 14 дней, через 1 месяц и через 3 месяца
- В) патронаж через 14 дней и обследование на уровень Hb через 1 месяц и через 3 месяца
- Г) патронаж через 1 месяц, обследование на уровень Hb через 3 и 6 месяцев
- Д) ничего из перечисленного

**7. К профилактике ЖДА у женщин фертильного возраста относятся следующие мероприятия:**

- А) консультации по рациональному питанию
- Б) назначение ежедневно 30 мг элементарного железа и 2,8 мг (или 2800 мкг) фолиевой кислоты в течение 3-х месяцев 2 раза в год с перерывом в 3 месяца
- В) назначение еженедельно 60 мг элементарного железа и 2,8 мг (или 2800 мкг) фолиевой кислоты в течение 3-х месяцев 2 раза в год с перерывом в 3 месяца
- Г) назначение после менструации на 10 дней 60 мг элементарного железа и 400 мкг фолиевой кислоты
- Д) А+В

**8. Критерием диагноза анемии у женщин репродуктивного возраста служит:**

- А) уровень Hb ниже 100 г/л
- Б) уровень Hb ниже 110 г/л
- В) уровень Hb ниже 115 г/л
- Г) уровень Hb ниже 120 г/л
- Д) уровень Hb ниже 130 г/л

**9. Критерием диагноза анемии у беременных служит:**

- А) уровень Hb ниже 105 г/л в 1 триместре и ниже 100 г/л во 2 и 3 триместре
- Б) уровень Hb ниже 110 г/л в 1 и 3 триместре и ниже 105 г/л во 2 триместре
- В) уровень Hb ниже 120 г/л в 1 триместре и ниже 110 г/л во 2 и 3 триместре
- Г) уровень Hb ниже 105 г/л во всех триместрах
- Д) уровень Hb ниже 110 г/л во всех триместрах

**10. К профилактике анемии у беременных относится:**

- А) рациональное питание
- Б) еженедельное назначение препаратов железа в дозе 60 мг элементарного железа и 400 мкг фолиевой кислоты до родов и в течение трех месяцев после родов
- В) ежедневное назначение препаратов железа в дозе 60 мг элементарного железа и 400 мкг фолиевой кислоты во время беременности и в течение трех месяцев после родов
- Г) А+В
- Д) А+Б

**11. Что такое «окно возможностей» в 1000 дней?**

- А) период от рождения ребенка до достижения им 2 лет 7 месяцев
  - Б) период от зачатия до достижения ребенком 2 лет
-

- В) период от 1 года до 3 лет 7 месяцев
- Г) период от рождения одного ребенка до рождения следующего ребенка
- Д) ни один из ответов неверен

**12. Ключевые факторы, влияющие на полноценное питание – это:**

- А) соблюдение санитарно-гигиенических нормативов
- Б) забота и уход семьи
- В) наблюдение и профилактика здоровья населения
- Г) обеспечение качественных продуктов питания для населения
- Д) все ответы верны

**13. Выберите НЕверное утверждение:**

- А) употребление йодированной соли важно для всей семьи
- Б) кормящая грудью женщина нуждается в большем количестве железа, чем беременная
- В) женщины, которые кормят грудью, должны есть больше, чем обычно
- Г) причиной анемии могут быть глистные инвазии
- Д) печень, мясо и рыба содержат легкоусвояемое железо для человеческого организма

**14. Выберите верное утверждение:**

- А) употребление чая вместе с железом и фолиевой кислотой может помочь при анемии
- Б) витамин С может снижать усвоение железа из пищи
- В) мытье рук после использования туалета и перед приготовлением/употреблением пищи не оказывает влияния на анемию
- Г) во время беременности необходим один дополнительный прием пищи или «здоровый перекус» в день
- Д) цитрусовые, фрукты, помидоры и овощи богаты энергией

**15. К продуктам, богатым витамином А, относятся:**

- А) яблоко, айва, инжир, банан
- Б) редька, морковь, тыква, капуста
- В) черешня, гранат, арбуз, виноград, клубника, малина
- Г) А+Б
- Д) А+Б+В

**16. Для того чтобы ребенок грудного возраста имел полноценное питание, необходимо:**

- А) проводить профилактику инфекций
- Б) поощрять членов семьи к тому, чтобы они снизили загруженность матери в домашних делах
- В) поощрять раннее начало грудного вскармливания
- Г) поощрять надлежащие гигиенические практики
- Д) все вышеперечисленное

**17. Рекомендуемые практики питания для девочек-подростков:**

- А) употреблять разнообразные продукты питания каждый день
- Б) избегать употребления чая/кофе одновременно с приемом пищи
- В) выпивать как минимум 8 стаканов воды в течение дня
- Г) делать перекусы между приемами пищи
- Д) все вышеперечисленное

**18. Что не относится к навыкам «Слушать и узнавать» при консультировании?**

- А) использовать невербальные навыки
- Б) перефразировать слова пациентки
- В) устранять физические барьеры
- Г) при проведении обратной связи, если пациентка отвечает неверно, тут же прервать ее и дать верную информацию
- Д) использовать зрительный контакт

**19. У 7-месячного ребенка весом 8 кг выявлена умеренная анемия. В какой дозе ему необходимо назначить препарат железа в пересчете на элементарное железо?**

- А) по 45 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев
- Б) по 50 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев
- В) по 50 мг 1 раз в день в течение 1 месяца
- Г) по 16 мг 1 раз в день в течение 3 месяцев
- Д) по 24 мг 1 раз в день в течение 3 месяцев

**20. Чем богаты цитрусовые (лимоны, апельсины, мандарины), томаты, болгарский перец?**

- А) витаминами группы В
- Б) витамином С
- В) фолиевой кислотой
- Г) клетчаткой
- Д) железом

**Правильные ответы**

1	Д	6	В	11	Б	16	Д
2	А	7	Д	12	Д	17	Д
3	Б	8	Г	13	Б	18	Г
4	Д	9	Б	14	Г	19	Г
5	Г	10	Г	15	Г	20	Б

## ЗАНЯТИЕ 2

### СИТУАЦИЯ С ПИТАНИЕМ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Время: 1½ часа

#### Задачи:

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Определять ключевые факторы, способствующие полноценному питанию женщин и девочек-подростков, а также возможные причины недостаточного питания женщин и девочек-подростков.
2. Обмениваться национальными данными о питании девочек-подростков и женщин.
3. Описать причины проблем питания:
  - 1) анемия,
  - 2) худые женщины, которые не набирают много веса во время беременности,
  - 3) отсутствие разнообразного питания во время беременности,
  - 4) женщины, которые имеют избыточный вес или страдают ожирением.

#### Подготовка

- Подготовьте карточки со словами или иллюстрациями следующего содержания: продукты питания; микроэлементы; практики по наблюдению; медицинские услуги; водоснабжение, санитария и гигиена (ВСГ).
- Подготовьте флипчарт «Статус питания женщин в Кыргызской Республике, 2012».
- Подготовьте 4 флипчарта со следующими заголовками:
  - 1) анемия,
  - 2) недостаточный вес во время беременности,
  - 3) отсутствие разнообразного питания во время беременности,
  - 4) женщины с избыточным весом.

**Задача обучения 1:** Определить ключевые факторы, способствующие полноценному питанию женщин и девочек-подростков, а также причины недостаточного питания женщин и девочек-подростков.

**Методология:** Мозговой штурм.

**Предлагаемое время:** 5 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Напишите на флипчарте «Ключевые факторы полноценного питания» и попросите участников назвать ключевые факторы, способствующие полноценному питанию женщин или девочек-подростков.
2. Напишите на другом флипчарте «Причины недостаточного питания» и попросите участников назвать возможные причины недостаточного питания женщин или девочек-подростков.



3. Дождитесь, пока участники не назовут следующее:

- а. Ключевые факторы, способствующие полноценному питанию девочек-подростков и женщин: продукты питания; микроэлементы; практики по наблюдению; медицинские услуги; водоснабжение, санитария и гигиена (ВСГ); *а также социально-культурные нормы.*
- б. Причины: *анемия, дефицит других микроэлементов, а также недостаточный или избыточный вес.*

**Задача обучения 2:** Ознакомиться с национальными данными по питанию женщин и девочек-подростков.

**Методология:** Дискуссия.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Покажите флипчарт с таблицей «Статус питания женщин в Кыргызской Республике, 2012».
2. Уточните, знают ли участники, что такое ИМТ и как его рассчитать.

**Статус питания женщин в Кыргызской Республике, 2012 год**

Возраст женщины	ИМТ <18.5 (%)	ИМТ в норме (%)	ИМТ > 25 (%)	Анемия (%)
15–19 лет	17.8	76.4	5.8	34.5
20–29 лет	7.9	73.6	18.4	38.3
30–39 лет	2.7	49.4	47.9	37.9
40–49 лет	1.8	26.5	71.6	28.3
В городской местности	8.1	59.9	32.1	34.2
В сельской местности	6.8	55.3	37.9	35.8
Самый низкий уровень благосостояния	6.9	53.1	40.1	38.8
Самый высокий уровень благосостояния	8.5	61.3	30.2	32.7

3. Основываясь на этой информации, попросите группы ответить на следующие вопросы:

- а) Какие женщины, наиболее вероятно, будут слишком худыми? Ответ: 15-19 лет, обеспеченные.
- б) Какие женщины, наиболее вероятно, будут иметь избыточный вес? Ответ: Старше, живущие в сельской местности, женщины с более низким достатком.
- в) Какие женщины, наиболее вероятно, будут иметь анемию? Ответ: 20-39 лет, женщины с более низким достатком.
- г) Удивляют ли вас какие-то из этих выводов? Почему «да» и почему «нет»?

4. Обсудите и подведите итоги.

**Задача обучения 3:** Опишите возможные причины:

- 1) анемии,
- 2) недостаточного веса во время беременности,
- 3) отсутствия рационального питания во время беременности,
- 4) избыточного веса у женщин.

**Методология:** Работа в группах.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Поделите участников на 4 группы.
2. Разместите в комнате 4 флипчарта со следующими заголовками: 1) анемия, 2) женщины с недостаточным весом во время беременности, 3) отсутствие рационального питания во время беременности, 4) женщины, которые имеют избыточный вес.
3. Попросите группы перечислить возможные причины этих проблем питания. Участники должны сначала свериться с флипчартом о статусе питания женщин в стране и затем подумать о причинах проблем в их области.
4. Распределите флипчарты по одному на каждую группу.
5. У каждой группы есть 3 минуты для того, чтобы написать как можно больше причин, которые они знают (без повторения уже перечисленных).
6. Через 3 минуты тренер просит группы подойти к следующему флипчарту и повторить упражнение.
7. Повторите этот процесс для всех четырех флипчартов.
8. Каждая группа зачитывает вслух все пункты, перечисленные на их флипчарте.
9. Дождитесь, пока группы не перечислят все возможные причины, указанные в таблице (Материал для тренера 2.1).
10. Подведите итоги, спросив у участников, какие проблемы могут быть решены посредством взаимодействия между учреждениями здравоохранения и семьями. Какие из них требуют поддержки или вмешательства со стороны других секторов?

<b>ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО ПИТАНИЯ</b>			
<b>Анемия</b>	<b>Недостаточный вес во время беременности</b>	<b>Отсутствие рационального питания во время беременности</b>	<b>Избыточный вес</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие продуктов, богатых железом</li> <li>• Отсутствие препаратов железа</li> <li>• Отсутствие медицинских услуг</li> <li>• Чай и кофе вместе с едой предотвращают усвоение железа</li> <li>• Отсутствие витамина С (для улучшения усвоения железа)</li> <li>• Гельминты</li> <li>• Высокая частота наступления беременности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное питание (качество, количество, частота)</li> <li>• Отсутствие разнообразных продуктов питания</li> <li>• Отсутствие практики наблюдения</li> <li>• Социокультурные нормы</li> <li>• Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотики, курение)</li> <li>• Переработанные продукты и «фаст-фуд» (особенно среди подростков)</li> <li>• Недовольство по поводу образа своего тела (особенно среди подростков)</li> <li>• Гельминты</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное питание (качество, количество, частота)</li> <li>• Отсутствие разнообразных продуктов питания</li> <li>• Отсутствие практики наблюдения</li> <li>• Социокультурные нормы</li> <li>• Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, наркотики, курение)</li> <li>• Большой объем работы</li> <li>• Отсутствие благоприятных условий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточное питание (качество, количество, частота)</li> <li>• Отсутствие разнообразных продуктов питания</li> <li>• Отсутствие практики наблюдения</li> <li>• Социокультурные нормы</li> <li>• Отсутствие физических упражнений</li> </ul>

## ЗАНЯТИЕ 3

### ПИТАНИЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА

Время: 45 минут

#### Задачи:

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Перечислить последствия недостаточного питания для женщин, девочек-подростков и детей грудного возраста.
2. Предотвращать недостаточное питание на протяжении всего жизненного цикла.

#### Подготовка

- Флипчарт с рисунком «Жизненный цикл недостаточного питания» (**Раздаточный материал 3.1**).
- 2 флипчарта:
  - 1) последствия недостаточного питания для девочек-подростков или женщин, и
  - 2) последствия недостаточного питания для детей грудного возраста.
- Карточки, на которых написано одно последствие недостаточного питания для девочек-подростков/женщин и детей грудного возраста (**Раздаточный материал 3.2**).
- 3 флипчарта для работы в группах (**Раздаточный материал 3.3**).

**Задача обучения 1:** Предотвращать недостаточное питание на протяжении всего жизненного цикла: грудной ребенок с недостаточным питанием, ребенок раннего возраста, ребенок доподросткового возраста, подросток, взрослая/беременная женщина.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 20 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Нарисуйте 5 кругов на флипчарте (Раздаточный материал 3.1).
2. Напишите в первом кругу «Грудной ребенок с недостаточным питанием» и задайте вопрос: «В контексте жизненного цикла, кто следует после ребенка грудного возраста с недостаточным питанием?»
3. Когда участники ответят, напишите во втором кругу «Ребенок до 2-х лет с недостаточным питанием» и соедините стрелкой первый и второй круги.
4. Задайте вопрос: «Кто следует за ребенком раннего возраста до двух лет с недостаточным питанием?»
5. Когда участники ответят, напишите в третьем кругу «Ребенок доподросткового возраста до 10-ти лет с недостаточным питанием» и соедините второй и третий круги.
6. Повторите тот же процесс в отношении подростков (до 19 лет) и взрослых/беременных женщин (укажите их в отдельных кругах и соедините все круги стрелками).

7. Спросите: «Кто следует после девочки-подростка с недостаточным питанием, у которой наступила беременность?».
8. Объясните, что данная диаграмма представляет собой жизненный цикл недостаточного питания.

### РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 3.1

#### Жизненный цикл недостаточного питания



**Примечание:** Некоторые девушки беременеют в первый раз в подростковом возрасте. Беременная девушка-подросток и растущий ребенок конкурируют за питательные вещества. Когда беременная девушка-подросток не завершила свой собственный цикл роста, ей грозит опасность более сложных родов, в случае, если у нее узкий таз.

**Мама-подросток:** нуждается в дополнительном уходе, дополнительной пище и отдыхе, по сравнению с беременной женщиной более старшего возраста. Ее собственному организму, который все еще растет, необходимо питание, так же, как и ее растущему ребенку.

**Полноценное питание женщины – это ключевой фактор выживания и роста ребенка.**

1. Повесьте два флипчарта:
  - 1) Последствия недостаточного питания для девочки-подростка или женщины, и
  - 2) Последствия недостаточного питания для ребенка.
2. Спросите у участников: «Каковы последствия недостаточного питания для девочки-подростка или женщины?»
3. По мере того как участники будут называть последствия, крепите карточки, на которых написаны упомянутые последствия, к флипчарту (**Раздаточный материал 3.2**).

4. Спросите у участников: «Каковы последствия недостаточного питания для ребенка?»
5. По мере того как участники будут называть последствия, крепите карточки, на которых написаны упомянутые последствия, к флипчарту.
6. Обсудите и подведите итоги.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 3.2

### Возможные последствия недостаточного питания

ДЕВОЧКА-ПОДРОСТОК/ЖЕНЩИНА	РЕБЕНОК ГРУДНОГО ВОЗРАСТА
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия</li> <li>• Дефицит кальция</li> <li>• Дефицит йода</li> <li>• Дефицит фолиевой кислоты</li> <li>• Повышенный риск осложнений и материнской смертности</li> <li>• Повышенный риск инфекций из-за ослабленной иммунной системы</li> <li>• Более высокий риск рождения мертвого плода</li> <li>• Снижение способности ухаживать за детьми</li> <li>• Трудные роды из-за тонкой костной структуры</li> <li>• Вялость и слабость</li> <li>• Более низкая производительность труда</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышенный риск внутриутробной и младенческой смертности</li> <li>• Низкий вес при рождении</li> <li>• Преждевременные роды</li> <li>• Врожденные дефекты</li> <li>• Кретинизм</li> <li>• Неправильное развитие мозга</li> <li>• Повышенный риск инфекций и заболеваний</li> </ul>

**Задача обучения 2:** Описать действия, необходимые для того, чтобы дети грудного возраста, дети раннего возраста и дети до подросткового возраста имели полноценное питание.

**Методология:** Работа в группах.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Разделите участников на 3 группы.
2. Попросите одну группу сосредоточить свое внимание на действиях, необходимых для того, чтобы ребенок грудного возраста (до 6 месяцев) имел полноценное питание; попросите вторую группу сосредоточить свое внимание на действиях, необходимых для того, чтобы ребенок раннего возраста (до двух лет) имел полноценное питание; и затем попросите третью группу сосредоточить свое внимание на действиях, необходимых для того, чтобы ребенок до подросткового возраста (до 10 лет) имел полноценное питание.

**Примечание:** действия в отношении девочек-подростков и женщин будут рассмотрены на следующих занятиях.

3. Каждая группа представит свою работу всей группе участников.

4. Во время того, когда каждая группа будет презентовать свою работу, прикрепите картинку (или карточку) к соответствующему кругу цикла недостаточного питания:
  - 1)ребенок грудного возраста (от 0 до 6 месяцев) с полноценным питанием,
  - 2)ребенок раннего возраста (до 2-х лет) с полноценным питанием,
  - 3)ребенок доподросткового возраста с полноценным питанием (до 10 лет).
5. Разберите **Раздаточный материал 3.3**: Действия, которые могут прервать цикл недостаточного питания.
6. Обсудите и подведите итоги.

### **Основное содержание**

- Действия, направленные на улучшение показателей выживания детей, нужно предпринимать задолго до того, как женщина забеременеет.
- Действия следует начать с улучшения статуса здоровья женщин и решения их экономических и социальных проблем.

## **РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 3.3**

### **Действия, которые могут прервать цикл недостаточного питания**

#### **1. Действия, необходимые для того, чтобы ребенок грудного возраста имел полноценное питание**

##### **А. Улучшить здоровье и питание женщины во время беременности:**

- Увеличение потребления пищи.
  - Необходим один дополнительный прием пищи или «здоровый перекус» (т.е. еда между приемами пищи, такая, как яблоки, сухофрукты, йогурт или кефир) каждый день;
  - Во время кормления грудью рекомендуется два дополнительных приема пищи или «здоровых перекуса» каждый день.
- Поощрение употребления различных видов местных продуктов, как описано выше. Примечание: все продукты безопасны для употребления во время беременности и грудного вскармливания.
- Поощрение начала дородового наблюдения на раннем сроке беременности, так, чтобы беременная женщина смогла получить препараты железа и фолиевой кислоты (и другие рекомендованные препараты) сразу после того, как она узнала о беременности, и продолжать их прием по меньшей мере в течение 3-х месяцев после рождения ребенка.
- Профилактика и раннее обращение по поводу лечения инфекций. Например,
  - дегельминтизация беременных женщин во время второго или третьего триместра;
  - профилактика и просвещение по вопросам ИППП и передачи ВИЧ-инфекции.
- Поощрение надлежащих гигиенических практик.
- Отказ от употребления кофе/чая вместе с едой.
- Отказ от алкоголя, курения и наркотиков.

##### **Б. Планирование рождения детей позволит восстановить запасы питательных веществ матери в промежутке между грудным вскармливанием и следующей беременностью.**

##### **В. Снизить расход энергии путем:**

- отсрочки первой беременности к 20 годам или старше;

- поощрения семей к тому, чтобы они помогли женщине и снизили ее загруженность, особенно на поздних сроках беременности;
  - более частого отдыха, особенно на поздних сроках беременности;
  - снижения тяжелого труда.
- Г. Поощрение оптимальной практики грудного вскармливания и практики медицинских услуг посредством:
- поощрения раннего начала грудного вскармливания;
  - исключительно грудного вскармливания с рождения и до 6 месяцев включительно.
- Д. Другие, не связанные с кормлением, действия:
- поощрение надлежащей гигиенической практики;
  - посещение занятий по мониторингу и стимуляции роста и иммунизации.
- Е. Поощрять участие мужчин, так чтобы они:
- сопровождали своих жен/партнеров во время посещения врача для дородового наблюдения и напоминали им о том, что нужно принимать таблетки с железом и фолиевой кислотой;
  - обеспечили дополнительное питание для своих жен /партнеров во время беременности и лактации;
  - помогали с домашними делами, чтобы уменьшить объем работы их жен/партнеров;
  - способствовали тому, чтобы роды их жен/партнеров проходили в медицинском учреждении;
  - организовали безопасную транспортировку до медицинского учреждения (при необходимости) для родоразрешения;
  - поощряли своих жен/партнеров к тому, чтобы они прикладывали детей к груди сразу после рождения;
  - поощряли своих жен/партнеров к тому, чтобы они давали детям первое густое желтоватое молоко (молозиво) сразу после рождения.

### **Примечание: ВИЧ и питание**

Если женщина является ВИЧ-инфицированной, она нуждается в дополнительном питании, которое даст ей больше энергии. ВИЧ дает дополнительную нагрузку на ее организм и может привести к снижению ее аппетита. Важно употреблять в пищу разнообразные продукты питания. ВИЧ-инфицированные беременные женщины должны посещать учреждения, которые занимаются профилактикой передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

2. Действия, необходимые для того, чтобы ребенок раннего возраста (до 2-х лет) имел полноценное питание:

- Поощрение своевременного введения прикорма в возрасте 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2-х лет или дольше.
- Употребление различных групп продуктов питания при каждом приеме пищи. Например, таких как:
  - Продукты животного происхождения: мясные продукты, такие как курица, рыба, печень, яйца и молоко, а также молочные продукты (Примечание: продукты животного происхождения нужно начинать вводить с 6 месяцев).

- Основные продукты питания: зерновые, такие как кукуруза, рис, гречневая крупа; корнеплоды и клубнеплоды, такие как картофель и бобовые, такие как бобы, чечевица, горох; земляной орех и семена, такие как кунжут.
- Фрукты и овощи, богатые витамином А, такие как темно-зеленые листовые овощи, морковь и тыква; другие фрукты и овощи, такие, как бананы, ананас, арбуз, помидоры, баклажаны и капуста.
- Необходимо проверить, соответствует ли прикорм (его частота, количество, густота – консистенция и разнообразие), практика кормления по требованию и гигиеническая практика возрасту ребенка.
- Обеспечение питательными микроэлементами в соответствии с местными протоколами.
- Добавление растительных масел и жиров, таких как семена масличных культур, топленое масло и сливочное масло в овощи и другие продукты питания, что улучшит усвоение некоторых витаминов и обеспечит дополнительную энергию. Младенцам нужно только очень небольшое количество (не более половины чайной ложки в день) масла или жира.
- Использование йодированной соли.
- Частое кормление больного ребенка в течение 2-х недель после выздоровления.
- Практика кормления по требованию и практика ухода за ребенком.

*Другие, не связанные с кормлением, действия:*

- Поощрение надлежащей гигиенической практики.
  - Посещение занятий по мониторингу и стимуляции роста и иммунизации.
  - Дегельминтизация.
  - Профилактика и лечение инфекций.
  - Обеспечение препаратом с витамином А каждые 6 месяцев.
  - Обеспечение ранней стимуляции и ухода.
3. Действия, необходимые для того, чтобы ребенок до подросткового возраста (до 10-ти лет) имел полноценное питание. Способствовать надлежащему росту путем:
- увеличения потребления пищи и ее разнообразия;
  - поощрения употребления различных видов местных продуктов:
    - Продукты животного происхождения: мясные продукты, такие как курица, рыба, печень, яйца и молоко, а также молочные продукты;
    - Основные продукты питания: зерновые, такие как кукуруза, рис, гречневая крупа; корнеплоды и клубнеплоды, такие как картофель и бобовые, такие как бобы, чечевица, горох; земляной орех и семена, такие как кунжут;
    - Фрукты и овощи, богатые витамином А, такие как темно-зеленые листовые овощи, морковь, и тыква; другие фрукты и овощи, такие как бананы, ананас, арбуз, помидоры, баклажаны и капуста;
  - использования йодированной соли;
  - профилактики и раннего обращения по поводу лечения инфекций;
  - поощрения того, чтобы родители предоставляли дочерям и сыновьям одинаковый доступ к образованию – уровень недостаточного питания снижается, когда девочки/женщины более образованны;
  - поощрения надлежащих гигиенических практик;
  - поощрения физической активности.
-



## ЗАНЯТИЕ 4

### ОСНОВНЫЕ ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПИТАНИЮ

Время: 2 часа

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Назвать продукты питания, необходимые для всей семьи, и те питательные вещества, которые содержатся в каждом из продуктов.
2. Описать, какие продуктовые группы (и питательные вещества) меньше всего присутствуют в рационе кыргызских семей.

#### Подготовка

- Изображение Пирамиды Питания (**Раздаточный материал 4.1**).
- «Что считать порцией» (**Раздаточный материал 4.2**).
- 2 комплекта карточек с названиями или иллюстрациями местных продуктов.
- 8 флипчартов со следующими заголовками: «Энергия», «Белок», «Железо», «Фолиевая кислота», «Кальций», «Витамин А», «Витамин С» и «Йод».
- **Дополнительные материалы** (ознакомьтесь с дополнительными материалами для использования в процессе работы).

**Задача обучения 1:** Назвать продукты питания, необходимые для всей семьи, и те питательные вещества, которые содержатся в каждом из продуктов.

**Методология:** Слушать и демонстрация.

**Рекомендуемое время:** 50 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Покажите плакат с нарисованной Пирамидой Питания (Раздаточный материал 4.1). Спросите, что такое Пирамида Питания и как ее можно объяснить? Для кого эти рекомендации? Почему продукты распределены так, а не иначе?
2. Объясните, какие продукты нарисованы на плакате, что такое «порция» и сколько порций рекомендовано съесть каждому здоровому человеку в день.
3. Затем попросите участников вспомнить и расписать свой рацион питания за прошедший день, подсчитать количество принятых продуктов в порциях и составить свою пирамиду (Раздаточный материал 4.2).
4. После поделите участников на группы.
5. Разместите 8 флипчартов (на стене или на полу) со следующими заголовками: «Энергия», «Белок», «Железо», «Фолиевая кислота», «Кальций», «Витамин А», «Витамин С» и «Йод».
6. Раздайте каждой группе карточки с названиями или рисунками местных продуктов и попросите каждую группу прикрепить свои карточки с продуктами на соответствующий флипчарт.
  - Энергия (хлебобулочные изделия, зерновые – рис и овсяная крупа, картофель)
  - Белок (мясо, молочная группа, яйца, бобовые – чечевица, нут, белая фасоль)
  - Железо (печень, мясо, темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль, яичный желток)

- Фолиевая кислота (зеленые листовые овощи, свекла, фасоль, нут, чечевица, миндаль, грецкие орехи)
- Кальций (молочная группа, темно-зеленые листовые овощи, брокколи)
- Витамин А (фрукты и овощи темно-желтого или оранжевого цвета, темно-зеленые листовые овощи, морковь, тыква, листья корнеплодов (тыквы, редьки, свеклы, репы)
- Витамин С (цитрусовые, ягоды, все фрукты, помидоры, болгарский (зеленый и красный) перец, капуста)
- Йод (йодированная соль, рыба, морская капуста, хурма)

**Задача обучения 2:** Описать, какие продуктовые группы (и питательные вещества) меньше всего присутствуют в рационе кыргызских семей.

**Методология:** Мозговой штурм.

**Рекомендуемое время:** 10 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Какие продуктовые группы реже присутствуют в рационе кыргызских семей? Овощи и фрукты; семьи с низким достатком могут есть меньше мяса и молочных продуктов.
  2. Каких питательных веществ им не хватает? Железо, фолиевая кислота, кальций, витамин А, витамин С, йод.
  3. Объясните важность употребления разнообразных продуктов питания, для того чтобы получить все необходимые питательные вещества.
  4. Обсудите и подведите итоги.
-

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 4.1

Жир, соль, сахар, сладости (свести к минимуму)



## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 4.2.

### Что считать порцией

ГРУППА ПРОДУКТОВ	1 ПОРЦИЯ
Хлеб, крупы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 кусочек хлеба;</li> <li>– 1 маленькая булочка;</li> <li>– 1 чашка (30 г) зерновых хлопьев на завтрак;</li> <li>– 1/4 тарелки (или 1/2 чашки) гречки, овсянки, риса, макарон из твердых сортов пшеницы;</li> <li>– 3–4 маленьких или 2 больших крекера.</li> </ul>
Овощи	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 чашка (или 1/2 тарелки) листовых овощей (лук, петрушка, салат, укроп, шпинат и др.);</li> <li>– 1/2 чашки (или 1/4 тарелки) сырых или вареных овощей;</li> <li>– 1 стакан свежевыжатого овощного сока.</li> </ul>

Фрукты	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 среднего размера фрукт (апельсин, яблоко, груша и др.);</li> <li>– 1/2 грейпфрута;</li> <li>– 1 кусочек дыни;</li> <li>– 1 стакан фруктового сока;</li> <li>– 1/2 чашки ягод;</li> <li>– 1/2 чашки порезанных свежих или консервированных фруктов;</li> <li>– 1/4 чашки сухофруктов (4-5 штук кураги, чернослива или инжира).</li> </ul>
Молочные продукты	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 стакан молока, йогурта, айрана, кефира;</li> <li>– 40 г сыра твердых сортов.</li> </ul>
Мясо, яйца, орехи, бобовые	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 2 яйца;</li> <li>– 30 г мяса или рыбы;</li> <li>– 1/2 чашки (1/4 тарелки) бобовых (горох, фасоль и другие бобы).</li> </ul>
Жиры и простые углеводы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– сливочное масло и маргарин;</li> <li>– различные сладости – конфеты, пастила, выпечка;</li> <li>– сладкие газированные напитки.</li> </ul> <p><b>Употреблять как можно меньше!</b></p>

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### Сбалансированное питание во время беременности

Поступление в организм необходимого количества различных питательных веществ вместе с пищей можно обеспечить за счет полноценного сбалансированного питания, поэтому не всем беременным женщинам в обязательном порядке необходимо назначать специальные витамины для беременных, за исключением фолиевой кислоты и йода.

Полноценное сбалансированное питание означает, что:

- рацион питания должен включать в себя все группы продуктов;
- в каждой группе продуктов должно быть разнообразие;
- предпочтение должно отдаваться сезонным фруктам, ягодам и овощам;
- предпочтение должно отдаваться местным продуктам, особенно овощам и фруктам;
- рекомендуемые продукты следует употреблять в пищу в соответствующем количестве, которое определяется индивидуально для каждого человека в зависимости от массы тела, физической активности и возможных проблем с обменом веществ.

В каждой группе продуктов важен выбор продуктов. В группе зерновых продуктов предпочтение следует отдавать продуктам из цельного зерна.

Зерновые культуры должны составлять более половины рациона, но рекомендуется, чтобы большинство продуктов были цельнозерновыми. Цельнозерновые продукты и картофель являются источником сложных углеводов. В них содержится значительное количество витаминов, минералов и пищевых волокон. При приготовлении этих

продуктов не рекомендуется добавлять слишком много жира, например, не следует жарить картофель во фритюре.

Овощи и фрукты являются источником витаминов, минералов и антиоксидантов. В день рекомендуется съесть по крайней мере пять порций фруктов и овощей (минимум 400–500 г), причем доля овощей должна быть больше. Надо следить за тем, чтобы не менее половины овощей были сырыми, термически необработанными, кроме того, необходимо сократить потребление консервированных, соленых и сильно обжаренных в большом количестве жира овощей. Лучше отдавать предпочтение тушеным и вареным овощам (в супах) или слегка обжаренным овощам. Большинство фруктов должны быть свежими, а употребление консервированных фруктов следует ограничить. Необходимо отдавать предпочтение 100% сокам вместо сокосодержащих напитков и нектаров, в которых доля фруктов меньше, но при этом добавлены сахара, подсластители и другие нежелательные вещества.

Молочные продукты особенно рекомендуются к употреблению, поскольку они являются источником белка, кальция, йода и других питательных веществ. Тем не менее следует избегать жирных молочных продуктов и сладких йогуртов, которые содержат много сахара или искусственных подсластителей. Предпочтение отдается неподслащенным кисломолочным продуктам, например, кефиру, пахте, натуральному йогурту. Творог является ценным источником белка (помните, что в зернистом твороге также есть соль). Сыр тоже относится к важным источникам белка и кальция, однако из рациона следует исключить сырные изделия, так как они могут содержать трансжирные кислоты.

При выборе белковых продуктов предпочтение отдается постному мясу и яйцам. Мясо является важным источником железа. Рекомендуется щадящий способ приготовления мяса – тушение, запекание в духовке; нельзя допускать образования румяной корочки. Следует избегать таких мясных изделий, как колбасы, копчености и ветчина, поскольку содержание в них белка значительно меньше, но при этом они содержат много соли и жира и зачастую нежелательные пищевые добавки. В свою очередь, рыба является важным пищевым источником  $\omega$ -3 жирных кислот и витамина D. Рыбу рекомендуется употреблять в пищу два раза в неделю, причем один раз – жирную рыбу.

При выборе растительного масла важно отдавать предпочтение маслам с достаточным количеством мононенасыщенных жирных кислот (оливковое и рапсовое масло), а также льняному маслу, богатому  $\omega$ -3 жирными кислотами. Хорошим источником белка также являются продукты растительного происхождения – бобовые (бобы, чечевица, горох), орехи и семена.

---

## ЗАНЯТИЕ 5

### ПИТАНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Время: 25 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Перечислить рекомендуемые практики питания для девочек-подростков.

#### Подготовка

- 4 флипчарта с заголовком «Рекомендуемые практики питания девочек-подростков».
- **Раздаточный материал 5.1:** Рекомендуемые практики питания для девочек-подростков.

**Задача обучения 1:** Перечислить рекомендуемые практики питания для девочек-подростков.

**Методология:** Работа в группах.

**Предлагаемое время:** 25 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Поделите участников на 4 группы.
2. Расположите по всей комнате четыре флипчарта с одинаковым заголовком: «Рекомендуемые практики питания для девочек-подростков».
3. Попросите каждую группу обсудить рекомендуемые практики питания для девочек-подростков и написать их на флипчарте.
4. Через 10 минут каждая группа поделится своей работой.
5. Попросите другие группы добавить только те пункты, которые не были уже упомянуты.
6. Раздайте и обсудите **Раздаточный материал 5.1**.
7. Подведите итоги в большой группе.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 5.1

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
1. Употреблять разнообразные продукты питания каждый день.	<p>Девочки-подростки должны есть разнообразные продукты, в частности продукты животного происхождения. Рекомендуемые продукты: печень, мясо, темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль, яйцо (источники железа); молочная группа, темно-зеленые листовые овощи и брокколи (источники кальция); хлебо-булочные изделия и зерновые (рис и овсянка); картофель (для энергии); цитрусовые фрукты, апельсины, помидоры и овощи, особенно морковь и тыква.</p> <p>Девочкам-подросткам необходимы здоровые перекусы между приемами пищи.</p>
	<p>Необходимо выпивать как минимум 8 стаканов воды в течение дня.</p> <p>Употребление цитрусовых (витамин С) улучшает усвоение железа.</p> <p>Рекомендуется добавлять йодированную соль в обычные продукты питания семьи.</p>
2. Девочкам-подросткам следует избегать следующего: употребления чая/кофе одновременно с приемами пищи, чтобы улучшить усвоение железа; употребления переработанных продуктов/ фаст-фуда; новомодных продуктов; пропусков приемов пищи, нерегулярного приема пищи; питаться вне дома; вредной пищи, газированных напитков.	
3. Обучать правильному питанию в школах	
4. Советовать девочкам-подросткам обращаться за медицинской помощью	<p>Раннее лечение инфекций</p> <p>Лечение анемии</p> <p>Услуги по охране репродуктивного здоровья девочек-подростков</p> <p>Обеспечение питательными веществами</p> <p>Отказ от алкоголя, курения, пассивного курения и запрещенных лекарств (наркотиков)</p> <p>Продвижение физической активности</p>
5. Поощрять соблюдение надлежащей гигиенической практики	<p>Мыть руки с мылом и под проточной водой после посещения туалета и перед обработкой и приемом пищи</p>
6. Оказывать поддержку девочкам-подросткам	<p>Отцы должны играть активную роль в том, чтобы их дочери получали медицинскую помощь и помощь в области питания</p> <p>Предотвращение изоляции от семьи</p> <p>Уменьшение нагрузки на девочку-подростка</p>

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
	Содействие участию девочки-подростка в школьных программах или молодежных клубах
	Если дочь является ребенком с ограниченными возможностями, старайтесь записать ее на специальные программы
	Поощрение равного доступа к образованию
	Отсрочка замужества и ранней беременности (до наступления 20 лет)
	Формирование положительного образа тела
	Оказание эмоциональной поддержки
	Объяснение, что такое менструация



## ЗАНЯТИЕ 6

### ОСОБЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Время: 1,5 часа

#### Задачи:

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Назвать дополнительные потребности в питательных веществах беременной женщины.
2. Назвать источники питательных веществ из Пирамиды Питания.
3. Объяснить, что такое сбалансированное питание.
4. Перечислить практики питания беременных женщин.

#### Подготовка

- Флипчарт с таблицей «Примеры продуктов-источников энергии и белка. Краткий обзор повышенных пищевых потребностей во время беременности».
- Флипчарт с таблицей «Увеличение пищевых потребностей во время беременности».
- **Раздаточный материал 6.1:** Рекомендуемые практики питания для беременных женщин.
- Флипчарт с таблицей «Обеспечение препаратами (железо, фолиевая кислота, кальций); Когда? И сколько?».
- Карточки с наименованиями и изображениями местных продуктов.
- Национальный клинический протокол «Дородовый и послеродовый уход».
- Дополнительные материалы (ознакомьтесь с дополнительными материалами для использования в процессе работы).

**Задача обучения 1:** Назвать дополнительные потребности в питательных веществах беременной женщины.

**Методология:** Мозговой штурм; Демонстрация.

**Рекомендуемое время:** 30 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Спросите участников: «Как вы думаете, какие дополнительные потребности в питательных веществах есть у беременной женщины?» (Ответы: *больше энергии, белка и микроэлементов*); Какие продукты обеспечивают больше энергии? (Ответы: *хлеб, крупы, картофель*).
2. В среднем, сколько дополнительной энергии (килокалорий) необходимо беременной женщине? (Ответ: *350 ккал*)
3. В среднем, сколько дополнительного белка (граммов) необходимо беременной женщине? (Ответ: *25 граммов*)
4. Продемонстрируйте дополнительные потребности в энергии и белке у беременной женщины.

Во время беременности потребность в необходимой энергии возрастает совсем немного (см. таблицу ниже). В этот период следует потреблять примерно на 5–15% больше

калорий, чем до беременности. Дополнительные калории необходимо получать именно в течение последних месяцев беременности.

### Потребность в дополнительной энергии по триместрам беременности

Этап беременности	Количество потребляемой в день энергии необходимо увеличить на
Первый триместр (первые три месяца)	100 ккал
Второй триместр (вторые три месяца)	300 ккал
Третий триместр (третьи три месяца)	300 ккал

Во время беременности очень важно обеспечивать организм необходимым количеством **белка**, который является основным веществом для формирования тканей матери и плода. В течение первой половины беременности потребности в количестве белка такие же, как у остальных женщин – 0,8 до 1,0 г/кг/сут., или 10–15% от общего количества потребляемой энергии. Во второй половине беременности следует потреблять 1,1 г/кг белка.

Особое внимание следует уделять беременным девочкам-подросткам, которые должны потреблять 1,5 г/кг белка. Рекомендованными источниками белка в рационе являются молочные продукты с пониженным содержанием жира, рыба и постное мясо. Растительные белки – бобовые, орехи и семена – также играют важную роль, однако их биологическая ценность ниже, чем у продуктов животного происхождения. Например, 100 граммов приготовленного мяса содержат около 25–35 г белка, 120 г рыбы – 25–30 г белка, одно яйцо – 6 г белка, кусочек сыра – 15 г белка, 100 г творога – 18 г белка, 150 г бобов (небольшая тарелка) – 15 г белка.

Углеводы необходимы в качестве источника энергии для матери и плода. Потребность в углеводах не отличается от количества, рекомендуемого населению в целом (которое составляет 50–60% от общего количества потребляемой энергии). Надлежащее количество и выбор углеводов помогают контролировать концентрацию глюкозы в крови, а также защищают от кетоза. Рекомендованными источниками углеводов в рационе являются цельнозерновые продукты и картофель. Картофель рекомендуется варить или запекать в духовке, а не жарить в масле или во фритюре.

Необходимо следить за тем, чтобы употребляемое количество сахара не превышало 5% от потребляемой энергии, т.е. 25 граммов (5 чайных ложек). Чрезмерное потребление сахара повышает риск возникновения ожирения. Во время беременности следует избегать подслащенных напитков и лимонадов, поскольку они увеличивают риск преэклампсии и преждевременных родов.

**Жиры** представляют собой неотъемлемую часть рациона питания и одновременно являются источником энергии, а также необходимы для многочисленных обменных процессов.

Беременные женщины не должны менять количество жиров в рационе. Требуемое количество жиров связано с общим количеством потребляемой энергии (рекомендуемое количество жиров составляет 30% от общего потребления энергии). Большое значение имеет выбор жиров.  $\omega$ -3 жирные кислоты – эйкозапентаеновая (ЭПК) и, в особенности, докозагексаеновая кислота (ДГК) – необходимы для развития головного мозга и сетчатки глаз плода. Они снижают риск преждевременных родов, а также уменьшают вероятность сердечно-сосудистых заболеваний у ребенка и перинатальной депрессии у матери в будущем.

Омега–3 жирные кислоты особенно важны в рационе во втором и третьем триместрах. Рекомендуемое количество ДГК составляет 200–300 мг/сут. Такое количество можно обеспечить, включая в рацион рыбу 2 раза в неделю (в общей сложности 150–300 г приготовленной рыбы), причем один раз в неделю надо потреблять жирную рыбу (например, сельдь, форель, лосось, сардины). Следует обратить внимание на выбор рыбы и способ приготовления. Рыбу рекомендуется тушить, готовить на пару или в духовке; не рекомендуется выбирать соленую, маринованную или копченую и вяленую рыбу.

Следует ограничить в рационе количество насыщенных жиров, которые поступают в организм со сливочным маслом, сливками, жирным мясом и пальмовым жиром. Кроме того, из рациона следует исключить трансжирные кислоты, которые часто входят в состав частично гидрогенизированных растительных жиров, обычно содержащихся в молочных и кондитерских изделиях.

В пищу следует употреблять необходимое количество **пищевых волокон** (30–35 г в день). Пищевые волокна нужны для профилактики запоров и, таким образом, для снижения риска заболевания геморроидальных вен. Они уменьшают риск гестационного диабета и преэклампсии, а кроме того, вместе с богатыми волокнами продуктами в организм поступают минералы, витамины и другие биологически активные вещества. Основными источниками пищевых волокон являются цельнозерновые продукты (например, цельнозерновой хлеб, цельнозерновая каша, цельнозерновые макароны), бобовые, сушеные и свежие фрукты, овощи, орехи и семена.

Во время беременности можно дополнительно употреблять отруби только по рекомендации специалиста, так как они уменьшают всасывание железа, кальция и других минералов и могут привести к увеличению риска кишечной непроходимости. Необходимое количество волокон может поступать в организм со сбалансированным питанием.

По сравнению с потреблением энергии потребность в определенных витаминах и минералах возрастает значительно больше, поэтому беременным женщинам следует уделять особое внимание качеству пищи и сбалансированному рациону. У большинства женщин потребность в дополнительных питательных веществах повышается только после четвертого месяца беременности, однако организм дополнительно нуждается в определенных микронутриентах, таких как фолиевая кислота, йод и железо, еще до зачатия и на ранних сроках беременности.

Суточное количество микронутриентов, которые должны поступать в организм с пищей и/или пищевыми добавками, рекомендуемое ВОЗ женщинам в период беременности и кормления грудью, показано ниже.

**Рекомендуемое количество витаминов и минеральных веществ в день в период беременности и лактации**

МИКРОНУТРИЕНТЫ	ВОЗ
Витамин А, мкг	800,0
Тиамин (витамин В1), мг	1,4
Рибофлавин (витамин В2), мг	1,4
Ниацин (витамин В3), мг	18,0
Витамин В6, мг	1,9
Витамин В12, мкг	2,6

МИКРОНУТРИЕНТЫ	ВОЗ
Витамин С, мг	55,0
Витамин D, мкг	5,0
Витамин Е, мг	15,0
Фолиевая кислота, мкг	600,0
Железо, мг	27,0
Цинк, мг	10,0
Медь, мг	1,15
Селен, мкг	30,0
Йод, мкг	250,0
Кальций, г	1,5–2,0

**Фолиевая кислота** необходима для материнского эритропоэза, синтеза ДНК, роста плода и плаценты и развития спинного мозга плода непосредственно в первый месяц беременности.

Следует отметить, что закрытие нервной трубки происходит на 3–й или 4–й неделе беременности, когда женщина зачастую еще не знает о своем состоянии, и питание большинства женщин не обеспечивает организм необходимым количеством фолатов. (Фолиевая кислота и фолаты имеют схожую химическую структуру; принято говорить, что фолиевая кислота содержится в синтетических препаратах, а фолаты – в пище.) Доказано, что применение фолиевой кислоты в количестве 400 мкг/сут снижает риск развития ДНТ.

Женщины репродуктивного возраста должны потреблять фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сут. Женщинам, планирующим беременность, следует начать принимать фолиевую кислоту уже до беременности, чтобы достичь стабильного уровня этого вещества в нужный момент, и продолжать курс по крайней мере до 12 полных недель беременности. Женщинам с повышенным риском (неблагоприятный анамнез *spina bifida*, сахарный диабет, синдром мальабсорбции, целиакия, прием антиконвульсантов) рекомендуется принимать фолиевую кислоту в количестве 4 мг/сут. Кроме того, риск нехватки или дефицита фолиевой кислоты возрастает у курящих и злоупотребляющих алкоголем женщин.

В пищу следует употреблять продукты, которые содержат большое количество фолатов. Основными источниками фолиевой кислоты в рационе питания являются зеленые листовые овощи, брокколи, шпинат, брюссельская капуста, листовая капуста, зеленый салат, говяжья печень, а также бобовые (чечевица, бобы, фасоль и горох), свекла, апельсины и помидоры. Важно включать в ежедневный рацион свежие, термически необработанные овощи, поскольку при термической обработке фолиевая кислота теряет свои полезные свойства.

Основная часть **витамина D** вырабатывается в коже под влиянием солнечного излучения, а также он поступает в организм с пищей. Для образования витамина D очень важно бывать на свежем воздухе. В зависимости от типа кожи достаточное количество витамина D можно получать в середине дня, проводя на солнце 5–10 минут с открытым лицом и руками, при этом не используя солнцезащитный крем. В теплое время года с апреля по сентябрь достаточный уровень витамина D можно обеспечить, проводя на солнце по 20–30 минут 2–3 раза в неделю.

Главным пищевым источником витамина D является рыба. С молочными продуктами можно получать лишь небольшое количество витамина D. В группе риска дефицита витамина D находятся женщины, которые не проводят много времени на свежем воздухе, не употребляют в пищу рыбу и имеют ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>.

**Йод** является жизненно важным элементом, который поступает в организм с различными продуктами питания и депонируется в щитовидной железе, где он принимает участие в биосинтезе гормонов щитовидной железы. В период до беременности, а также во время беременности и кормления грудью следует принимать достаточное количество йода, чтобы обеспечить потребности беременной женщины и нормальное развитие центральной нервной системы плода. Во время беременности нужно принимать йод для синтеза гормонов материнской щитовидной железы, которые, в свою очередь, необходимы для развития центральной нервной системы плода и, следовательно, для нормального развития нервной системы ребенка. Гормоны щитовидной железы обеспечивают запрограммированное и скоординированное развитие центральной нервной системы плода и ребенка, поэтому дефицит йода следует устранить как одну из причин нарушений развития и ментальных расстройств. Если во время беременности в организм поступают более низкие дозы этого элемента, чем рекомендовано, щитовидная железа беременной женщины не производит достаточного количества гормонов щитовидной железы, что ведет к нарушениям когнитивного и/или поведенческого развития ребенка. Плод наиболее чувствителен к дефициту йода на ранней стадии беременности. Очень важно обеспечивать организм необходимым количеством йода до беременности, поэтому женщинам репродуктивного возраста следует ежедневно получать достаточное количество йода.

Женщинам необходимо принимать йод еще до наступления беременности, а также во время беременности и кормления грудью – от 150 до 250 мкг йода в день. Поэтому чаще всего рекомендуется принимать надлежащую дозу в виде витаминных препаратов с активным веществом – калия йодидом. Дозы для женщин с патологией щитовидной железы должны подбираться индивидуально после консультации с эндокринологом.

Получение йода с пищей зависит от различных факторов:

- от концентрации йода в пище и почве;
- от применения йодсодержащих дезинфицирующих средств в пищевой промышленности;
- от применения йодсодержащих удобрений в сельском хозяйстве.

Главными пищевыми источниками йода являются рыба, морепродукты, а также молочные продукты. Большое значение также имеет использование йодированной соли. Рекомендуется использовать йодированную соль при приготовлении пищи дома. Обычно пищевое потребление йода является недостаточным. Использование йодированной соли в рационе, а также употребление морепродуктов (два раза в неделю) и молочных продуктов способны обеспечить до 100 мкг/сут, поэтому следует дополнительно принимать 100–150 мкг/сут йода в виде препаратов.

Дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, получают достаточное количество йода только в том случае, если мать принимает надлежащую дозу йода.

Во время беременности возрастает потребность в **железе**. Особенно это актуально для второй половины беременности в связи с повышенной потребностью в железе тканей плода и плаценты и с увеличением объема крови и эритроцитов. В то же время в период беременности по физиологическим причинам значительно повышается

всасывание железа, а также женщина не теряет кровь с менструациями. Важно определить, получает ли беременная женщина достаточное количество железа с пищей. Всасывание железа существенно различается и зависит от типа продукта, от других одновременно употребляемых продуктов и физиологических потребностей. Железо в форме гема усваивается гораздо лучше, поэтому важно регулярно употреблять в пищу постное красное мясо, а также рыбу. Многие продукты растительного происхождения, такие как цельнозерновые продукты и овощи, тоже содержат много железа, однако биодоступность из этих продуктов намного ниже. Витамин С (например, сок цитрусовых) значительно усиливает всасывание железа, в то время как черный и зеленый чай, кофе, цельнозерновые продукты и содержащие кальций продукты его уменьшают. Поэтому, чтобы обеспечить всасывание железа, важно не употреблять железосодержащие продукты вместе с продуктами, которые препятствуют его всасыванию (например, чай и молочные продукты), а соблюдать 2-часовой интервал. Важную роль играет нормальная концентрация ферритина в плазме крови еще до наступления беременности и во время беременности. Если запасы железа не являются достаточными, дополнительно следует принимать железосодержащие препараты. Нехватка железа может уменьшить образование гемоглобина, а анемия, в свою очередь, связана с ослаблением иммунитета и повышением риска инфекций, снижением работоспособности, когнитивными и эмоциональными расстройствами в послеродовой период, повышенным риском материнской смертности, риском преждевременных родов и низкого веса при рождении, а также риском отслоения плаценты и увеличения кровопотери после родов. Плод относительно защищен от дефицита железа благодаря транспортным белкам плаценты. Если железа было недостаточно, то у детей чаще наблюдается железодефицитная анемия в 3-месячном возрасте, нарушено психомоторное и/или умственное развитие, имеется негативное влияние на социально-эмоциональное поведение, возможна связь с заболеваниями, которые развиваются позже во взрослой жизни.

Во время беременности в плоде накапливается 30 г **кальция**, причем большая его часть (25 г), накапливается в скелете. В период беременности возрастает потребность в кальции и включаются физиологические процессы регуляции – повышается всасывание и использование кальция в организме. Поэтому рекомендуемое количество кальция для беременных женщин является таким же, как и для остальных женщин – 1000 мг в день.

Следует учитывать, что биодоступность кальция зависит от витамина D, поэтому очень важно обеспечить организм достаточным количеством витамина D. Больше кальция (1300 мг) требуется беременным девочкам-подросткам и в случае повторной беременности.

Основным источником кальция в рационе являются молочные продукты, так как им присуща очень высокая биодоступность кальция. Молочные продукты предлагаются в большом разнообразии – молоко, кефир, пахта, ряженка, йогурт, сыр, творог (около 300 мг кальция содержится в стакане молока или кефира или йогурта, в ломтике сыра, в 200 г творога). Надо помнить о том, что в йогуртах часто содержится значительное количество добавленного сахара, поэтому лучше отдавать предпочтение натуральному йогурту без сахара. Другими источниками кальция являются мелкая рыба с костями, миндаль, бобовые, брокколи и тыквенные семечки.

**Витамин В 6** участвует в ферментативных процессах метаболизма аминокислот, а также служит катализатором многих реакций, включая производство нейротрансмиттеров.

Витамин В 6 помогает уменьшить тошноту и рвоту. Его основными пищевыми источниками являются мясо (говядина, свинина и курица) и рыба (тунец, лосось), а также бобовые, овес, бананы, сливы, авокадо и картофель. Во время беременности дополнительное количество не требуется.

**Витамин В12** участвует в различных энзимных реакциях, а также он необходим для синтеза метионина и тетрагидрофолата. Витамин В12 содержится только в продуктах животного происхождения, например, в мясе, особенно в говядине (в том числе в печени), в молоке и молочных продуктах, в рыбе – скумбрии, сельди, тунце. Дефицит В12 может наблюдаться у веганов или после операций желудочно-кишечного тракта. В таких случаях рекомендуется принимать витамин В12 дополнительно. Этот витамин вместе с фолиевой кислотой необходим для развития головного мозга плода, причем как для когнитивного, так и для моторного развития. Во время беременности дополнительное количество не требуется.

**Витамин С** является антиоксидантом, необходимым для синтеза коллагена, а также для предотвращения преэкламптической токсемии. Организму беременной женщины дополнительно требуется 10 мг витамина С в сутки, и это количество необходимо обеспечить за счет продуктов питания. Много витамина С содержится в капусте, помидорах, перце, брокколи, клубнике, ананасах, цитрусовых, черной смородине и киви.

**Витамин А** необходим для формирования кожи и слизистых оболочек (в том числе слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей), костей и зубов, а также для развития зрительной и иммунной функций. Дефицит витамина А является нежелательным, но и слишком высокие дозы этого витамина (3000 мг или 10 000 МЕ в сутки) оказывают тератогенное действие. Женщины, которые принимают медикаменты или пищевые добавки с витамином А или ретинолом, должны прекратить их прием до наступления беременности. Во время беременности также нельзя использовать препараты с витамином А, в том числе и препараты рыбьего жира, поскольку дополнительное применение этого витамина может повлечь за собой его переизбыток, что является фактором риска для развития плода.

Витамин А содержится в продуктах животного происхождения, например, в рыбе (лососе, тунце, сельди, скумбрии), морепродуктах, яйцах, молоке и молочных продуктах, особенно в сырах. Концентрация витамина А наиболее высока в печени, поэтому беременным женщинам не рекомендуется употреблять в пищу печень и ее продукты. В свою очередь, продукты растительного происхождения, например, тыква, морковь, красный перец, шпинат, салат и абрикосы преимущественно содержат каротины (провитамины витамина А), которые не представляют опасности для беременности.

**Витамин Е** является важным антиоксидантом, который обеспечивает формирование здоровых клеток и развитие плода, а также защищает беременную женщину от воздействия токсинов. Витамин Е поступает из кровотока матери в кровоток плода на 12-й неделе беременности. Рекомендуемое количество витамина Е во время беременности составляет 15 мг в день. Иногда, если ребенок рождается преждевременно, он испытывает нехватку витамина Е, но в целом дефицит этого вещества наблюдается очень редко. В настоящее время больше обсуждается возможная токсичность витамина Е во время беременности.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что прием данного витамина сверх рекомендуемой дозы может вызвать осложнения при родах и повысить риск сердечно-сосудистых заболеваний у ребенка. Этот витамин содержится в растительных маслах

(оливковым, подсолнечном и рапсовом), цельнозерновых продуктах, яичном желтке, орехах, а также тыквенных, подсолнечных и кунжутных семечках.

**Витамин К** необходим для здоровья костей и коагуляционного гомеостаза. Дефицит витамина К грозит беременным женщинам, страдающим выраженной рвотой и болезнью Крона, а также после операций желудочно-кишечного тракта. Витамин К в избытке содержится в темно-зеленых листовых овощах – брокколи, салате, шпинате, и в меньшей степени также в продуктах животного происхождения, сыре и яйцах.

Дефицит **меди** может иметь тератогенный эффект. Пониженное количество минералов в рационе питания способно повысить риск анемии. Много меди содержится в морепродуктах – устрицах и ракообразных, цельнозерновых продуктах, бобах, орехах и субпродуктах животного происхождения. Пищевыми источниками меди также являются темно-зеленые листовые овощи и сухофрукты.

Во время беременности плод накапливает 1 г **магния** в день. Достаточное количество магния в рационе необходимо для профилактики мышечных спазмов в ногах и преэклампсии. Пищевыми источниками магния являются орехи, бобовые, цельнозерновые продукты, темно-зеленые листовые овощи.

У беременной женщины увеличивается объем крови, что, в свою очередь, повышает гломерулярную фильтрацию **натрия**. Компенсационные механизмы поддерживают баланс воды и электролитов. Во время беременности не рекомендуется сильно сокращать употребление в пищу натрия, а также применять диуретики. Рекомендуется ограничить количество соли в рационе питания, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, лучше выбирать йодированную соль. Рекомендуемое количество составляет 1,5–2,3 г натрия в день, что эквивалентно 4–5 г поваренной соли в день. Такое количество соли наряду с употреблением в пищу белка и достаточного количества жидкости необходимо для обеспечения адекватного количества циркулирующей крови, что очень важно для предотвращения обезвоживания и преждевременных схваток. Однако следует учитывать, что большинство людей ежедневно употребляют гораздо больше соли, чем рекомендовано, поскольку большая часть соли поступает в организм с продуктами питания и лишь незначительная часть представляет собой добавленную соль. Именно поэтому рекомендуется ограничить потребление поваренной соли.

Дефицит **цинка** в рационе не служит толчком для немедленной мобилизации цинка из костей матери, поэтому у плода быстро наступает дефицит этого элемента. Дефицит цинка имеет выраженный тератогенный эффект, а его последствиями являются врожденные аномалии и нарушения развития головного мозга. Источники цинка в рационе включают в себя красное мясо, морепродукты и нерафинированные цельнозерновые продукты.

В день в организм должно поступать от 2,1 до 2,5 литров жидкости, главным образом в виде **воды**. Количество воды следует увеличивать по мере прогрессирования беременности и повышения веса беременной женщины. В последние месяцы беременности необходимое количество воды возрастает на 300 мл в день. Требуемое количество воды зависит от массы тела женщины. Рекомендуемый общий объем воды из пищи и напитков составляет 35 мл/кг в день и должен быть не менее 1,5 л в день. Больше количество воды требуется в жаркую погоду или при занятиях тяжелым физическим трудом. Достаточное количество воды необходимо не только для обеспечения жизненно важных функций организма, но и для уменьшения риска инфекций мочевыводящих путей, камней в почках и запоров.



Большое количество **кофеина** в рационе препятствует развитию плода. Рекомендуется не употреблять больше 200 мг кофеина в день. Количество кофеина в продуктах питания и напитках варьирует, поэтому приведем несколько примеров: 200 мг кофеина содержится в 2 чашках кофе и в 4 небольших кружках черного или зеленого чая. Беременным женщинам нельзя употреблять кофеиносодержащие энергетические напитки.

Доказано, что употребление **алкоголя** во время беременности наносит вред ребенку. У детей, которые подвергаются тяжелому пренатальному воздействию алкоголя, возрастает риск различных физических и психических заболеваний до и после родов, а также в более позднем возрасте. У таких детей также повышен риск нарушений роста. В результате употребления матерью алкоголя у ребенка могут возникнуть неврологические расстройства, которые влекут за собой серьезные проблемы с обучением и поведением. В свою очередь, у детей, которые подвергаются меньшему воздействию алкоголя, могут развиваться схожие симптомы в более легкой форме.

Специалистам иногда не удается прийти к единому мнению о том, способен ли алкоголь в небольших дозах нанести вред ребенку. Хотя доказано, что чем выше доза алкоголя, тем больше риск для плода, безопасная доза алкоголя, не являющаяся вредной для ребенка, не установлена. Поэтому единственным «безопасным уровнем» является полное воздержание от употребления алкоголя во время беременности и лактации. Доказано, что при употреблении более одной дозы алкогольного напитка в день во время беременности возрастет риск преждевременных родов и пониженного веса при рождении.

Последствия употребления алкоголя зависят от того, на какой стадии беременности он употребляется. В первые 3 месяца повышен риск структурных пороков развития, а в последующие месяцы возрастет риск задержки роста и патологического развития мозга.

Важно отметить и другие факторы. Снижение IQ у генетически чувствительных потомков также наблюдается после воздействия небольшой дозы алкоголя. Полагая, что алкоголь в небольших дозах не вредит ребенку, женщина может скрыть свои алкогольные пристрастия, что может привести к чрезмерному употреблению алкоголя. Поэтому особенно важно, чтобы врачи обращали внимание на эту проблему и выясняли привычки употребления алкоголя.

Основываясь на современных знаниях, а также учитывая неопределенность относительно безопасного порога употребления алкоголя, в период планирования беременности, во время беременности и в период кормления грудью женщины должны исключить употребление любого вида и количества алкоголя.

#### Примеры содержания энергии и белка в продуктах питания

ЭНЕРГИЯ (ККАЛ)	БЕЛОК
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 белая булочка (35 г) = 90 ккал</li> <li>• 1 чашка риса = 265 ккал</li> <li>• 1 чашка пюре или нарезанного картофеля = 135 ккал</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 г приготовленной фасоли = 125 ккал + 9 грамм белка</li> <li>• 100 грамм вареной говядины = 126 ккал + 24 грамм белка</li> <li>• 1 яйцо = 77 ккал + 6 грамм белка</li> </ul>

5. Задайте вопрос участникам: Какие из этих белковых продуктов могут быть труднодоступными для малообеспеченных женщин? Какие из них являются

дешевыми? (Ответ: Фасоль (бобовые), яйца, некоторые части мяса дешевле; Почему бы не употреблять переработанное мясо? Переработанное мясо ассоциируется с высоким кровяным давлением (гипертония), болезнями сердца, раком желудка и кишечника; переработанное мясо имеет большое количество нитратов).

**Задача обучения 2:** Назвать источники питательных веществ из Пирамиды Питания.

**Методология:** Дискуссионная группа.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

**Примечание:** Дискуссионные группы формируются из трех участников, сидящих рядом друг с другом. Дискуссионные группы позволяют участникам обсудить свою немедленную реакцию на представленную информацию, давать определения, а также поделиться примерами и опытом. Как правило, нет необходимости делать заметки; ответы всей группе даются в устной форме.

1. Сформируйте дискуссионную группу из 3-х участников.
2. Покажите флипчарт: «Увеличение потребности в питательных веществах во время беременности». По каждому питательному веществу попросите участников свериться с Пирамидой Питания и с флипчартами с карточками (с флипчартами, которые использовались на Занятии 4 и которые показывают продукты, содержащие энергию, белок, железо, фолиевую кислоту, витамин А и йод).
3. Попросите 6 дискуссионных групп назвать продукты, которые содержат одно из питательных веществ, указанных в таблице ниже.
4. После того как каждая дискуссионная группа перечислит продукты, напишите их в колонке «Хорошие источники питания».
5. Спросите у участников, какое питательное вещество было добавлено в таблицу. (цинк.) Затем спросите, какие продукты содержат цинк. (Зерновые, такие как зародыши пшеницы и отруби, молоко и молочные продукты, мясо и мясные продукты.)
6. Обсудите и подведите итоги.

УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ		
Питательное вещество	Увеличение на:	Хорошие пищевые источники
Энергия	350 ккал	Хлебобулочные изделия, зерновые (рис и овсяная крупа), картофель
Белок	25 граммов	Мясо, молочная группа, яйца, бобовые (чечевица, нут, белая фасоль)
Железо	9 мг	В основном мясная группа, но также темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль
Фолиевая кислота	200 мкг	Зеленые листовые овощи, свекла, фасоль, нут, чечевица, миндаль, грецкие орехи
Витамин А	70 РАЕ	Темно-желтые или оранжевые овощи и фрукты, темно-зеленые листовые овощи, морковь, тыква, листья корнеплодов (листья тыквы, а также листья редьки, свеклы, репы)
Йод	70 мкг	Йодированная соль, рыба, морская капуста и хурма

УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ		
Питательное вещество	Увеличение на:	Хорошие пищевые источники
Цинк	3 мг	Зерновые продукты (зародыши пшеницы, отруби); молоко и молочные продукты; мясо и мясные продукты

**Задача обучения 3:** Перечислить практики питания беременных женщин.

**Методология:** Работа в группах.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

**Инструкции к работе:**

- Сформируйте 4 рабочие группы, попросите эти рабочие группы разработать 3 или 4 рекомендации по питанию для беременных женщин, относительно следующего:
  - разнообразный рацион питания,
  - медицинские услуги,
  - практики по уходу и
  - гигиена.
- Попросите каждую группу презентовать свою работу.
- Раздайте **Раздаточный материал 6.1:** Практики питания беременных женщин; рассмотрите и сравните рекомендации, предложенные рабочими группами.

### **РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 6.1: РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
1. Во время беременности вам нужен один дополнительный прием пищи для поддержания ваших сил.	Беременные женщины должны есть разнообразные продукты, в частности продукты животного происхождения: печень, мясо, темно-зеленые листовые овощи, изюм, чернослив, фасоль, яичный желток (для железа); молочная группа; темно-зеленые листовые овощи и брокколи (для кальция); хлебобулочные изделия и зерновые (рис и овсянка); картофель (для энергии), помидоры и овощи, особенно морковь и тыква.
	Беременные женщины должны есть больше, чем обычно.
	Беременные женщины должны есть больше во время последних трех месяцев беременности.
	Показывайте приблизительный объем пищи в граммах или в чайных чашках. Женщине, которая уже обладает избыточным весом, нужно есть больше разнообразных продуктов, и необязательно увеличивать объем пищи.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
<p>2. Все женщины, начиная с момента планирования беременности, до 12 недель беременности должны получать добавку фолиевой кислоты.</p>	<p>Фолиевая кислота снижает риск развития дефектов нервной трубки.</p>
<p>3. Ежедневные пероральные добавки железа и фолиевой кислоты должны быть частью планового дородового наблюдения, начатого как можно раньше и продолжающегося на протяжении всей беременности. В регионах, где распространенность анемии у беременных высока (40% и более), добавки должны продолжаться в течение 3 месяцев в послеродовом периоде.</p>	<p>У беременных женщин потребность в железе увеличивается. Недостаточное потребление железа приводит к анемии и, соответственно, к тому, что женщина будет чувствовать себя нездоровой и уставшей.</p>
	<p>Препараты железа и фолиевой кислоты имеют большое значение для предотвращения анемии у беременных женщин, они помогут сохранить здоровье женщины и ребенка.</p>
	<p>Принимайте таблетки вместе с едой, чтобы уменьшить характерные побочные эффекты, такие как тошнота, боли в животе и запоры.</p>
<p>4. Нужно есть продукты, богатые железом, каждый день во время беременности с целью профилактики анемии.</p>	<p>Это нормально, что при приеме препаратов железа стул бывает темного цвета.</p>
	<p>Продукты, богатые железом, включают в себя печень, субпродукты, мясо.</p>
	<p>Мясо птицы умеренно богато железом.</p>
	<p>Другие источники железа: темно-зеленые листовые овощи, сушеные бобы (горох), соевые бобы, арахис, курага.</p>
	<p>Употребление фруктов во время приемов пищи улучшает усвоение железа.</p>
<p>5. Прирост веса рекомендуется (см. таблицу ниже).</p>	<p>Откажитесь от употребления чая и кофе вместе с пищей.</p>
	<p>Плод, плацента и амниотическая жидкость вместе могут весить около 5 кг к концу беременности.</p>
	<p>Беременной женщине необходимо увеличить свои запасы энергии (жиров), чтобы поддерживать грудное вскармливание после рождения ребенка (рекомендуется исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев, и продолжать, пока ребенок не достигнет 2-х лет).</p>
<p>Лактация требует больше дополнительной энергии, и мать, у которой слишком низкий вес, может ослабеть из-за того, что кормит грудью, но, несмотря на это, она будет в состоянии производить достаточное количество грудного молока.</p>	

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
6 Не ограничивайте питье воды, пейте по мере возникновения жажды.	Для безопасности проводите обработку питьевой воды в домашних условиях: кипячение, фильтрация. Вся очищенная вода должна храниться в чистом и соответствующем сосуде с узким горлышком и краном и/или крышкой.
7. Не ограничивайте физическую активность.	<p>Физическая активность поддерживает здоровье сердца и кровообращение.</p> <p>Физическая активность улучшит способность женщины к родам. Ходьба – хорошее упражнение для беременных женщин.</p> <p>Женщины должны избегать подъема тяжестей или тяжелого труда на поле во время последних месяцев беременности.</p> <p>У женщины должна быть возможность отдыха хотя бы один раз в день.</p>
8. Поговорите с медицинским работником о том, чтобы получить противогельминтное лечение для предотвращения анемии во время 2-го или 3-го триместра.	<p>Гельминты могут вызвать анемию, которая приводит к усталости и плохому состоянию здоровья.</p> <p>Ношение обуви помогает предотвратить заражение гельминтами.</p>
9. Мойте руки с мылом и под проточной водой после посещения туалета, перед тем, как трогать руками и есть пищу.	<p>Надлежащее соблюдение санитарно-гигиенических норм помогает предотвратить заражение гельминтами, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мытье рук с мылом перед приготовлением пищи.</li> <li>• Мытье рук с мылом во время приема пищи или кормления.</li> <li>• Мытье рук с мылом после посещения туалета и смены подгузника.</li> <li>• Поддержание чистоты окружающей среды (использование унитазов и искоренение практики открытой дефекации).</li> </ul>
10. Готовьте еду, используя йодированную соль, таким образом, вы поддерживаете здоровье семьи.	Беременные женщины должны употреблять йодированную соль, чтобы их ребенок был здоровым.

### Допустимый набор массы тела во время беременности

ИМТ до наступления беременности и набор массы тела во время беременности являются независимыми факторами риска для здоровья и матери и ее потомства. Как с высоким, так и с низким ИМТ ассоциированы неблагоприятные последствия, включая широкий спектр осложнений для матери и плода, негативное воздействие на здоровье и развитие потомства, повышенную восприимчивость к ожирению в детстве и развитие НИЗ в зрелом возрасте.

Вероятность того, что ребенок во взрослом возрасте будет иметь избыточный вес, увеличивается на 8% с каждым дополнительным килограммом, набранным матерью во время беременности сверх желательной прибавки в весе. Тем не менее более

высокий риск связан с повышенным ИМТ матери до наступления беременности, чем с чрезмерным набором веса во время беременности.

Нормализация веса до наступления беременности и приемлемое питание женщины в период беременности являются безопасной и экономически выгодной стратегией – ограничивая прибавку в весе во время беременности, можно снизить вышеупомянутый риск развития неинфекционных заболеваний.

#### Наличие рекомендаций по гестационному набору массы тела

Классификация ВОЗ	ИМТ	Набор массы тела (кг) в течение беременности	Темп прироста веса, 2 и 3 триместр (среднее значение/неделя) (кг)
Дефицит массы тела	< 18,50	13–18	0,5–0,6
Нормальная масса тела	18,50–24,99	10–15	0,4–0,5
Избыточная масса тела	≥ 25,00	8–10	0,2–0,3
Ожирение	≥ 30,00	6–9	0,2–0,3

**Примечание.** Основано на предложенных ВОЗ пороговых значениях ИМТ.

*Источник:* Rasmussen & Yaktine [97, стр. 2].

**Индекс массы тела (ИМТ)** – это простое **вычисление** с использованием роста и веса человека.

$$\text{Формула ИМТ} = \text{кг/м}^2,$$

где кг – это вес человека в килограммах, а м<sup>2</sup> – это его рост в квадратных метрах.

#### Дополнительная литература

Развитие плода зависит от питательных веществ во время беременности, в том числе от всех микронутриентов, циркулирующих в материнской крови. Вес и питание матери напрямую влияют на здоровье ребенка во взрослом возрасте и могут оказывать существенное воздействие на глобальную эпидемию ожирения и неинфекционных заболеваний.

#### Последствия недоедания (нутритивного дефицита) во время беременности для плода/ребенка

Научные исследования подтверждают ассоциативную связь между перенесенной нехваткой энергии и инсулинорезистентностью, нарушенной толерантностью к глюкозе, гипертензией, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и ожирением у потомства в зрелом возрасте. Исследования в развивающихся странах указывают на наличие связей между хроническим недоеданием (задержкой линейного роста) и нарушенным метаболизмом глюкозы с развитием сахарного диабета 2 типа. Большое значение играет период, на который приходится нутритивный дефицит: существует гипотеза о том, что недостаточное поступление питания на ранних этапах гестации ведет к гипертензии, в то время как недостаточность энергии на поздних этапах гестации может приводить к ожирению и нарушенной толерантности к глюкозе или инсулинорезистентности в зрелом возрасте.

Недоедание в первом триместре ведет к рождению малорослых младенцев; недоедание во втором триместре ведет к тому, что младенцы рождаются малорослыми и худыми; а недоедание на поздних сроках беременности ассоциировано с малой окружностью головы. Исследования показывают, что умеренное ( $\leq 30\%$ ) ограничение в пище во время беременности приводит к уменьшению веса при рождении, так называемому “догоняющему росту”, и предрасположенности к ожирению. Более суровое (50%) ограничение в пище приводит к эндокринным и метаболическим нарушениям и связанному с этим малому весу при рождении, сокращению бета-клеточной массы, секреции инсулина и, вероятно, инсулинорезистентности у потомства. Крайняя нехватка пищи (70%) ассоциирована с ограничением внутриутробного роста, гиперфагией взрослых, гиперинсулинемией, гипертензией, гиперлептинемией и ожирением.

### **Влияние материнского ожирения**

Ожирение до и после зачатия повышает риск осложнений, связанных с беременностью, таких как артериальная гипертензия и гестационный диабет, а также являются непосредственной причиной макросомии, которая может изменить метаболизм глюкозы и липидов у ребенка и вызвать гипертензию.

Риск возникновения у женщины ГД является одной из наиболее распространенных проблем беременности, связанных с ожирением. Этот риск значительно повышается, если беременная женщина имеет повышенный ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup>. Риск ГД у матерей с ожирением третьей степени (ИМТ  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>) увеличивается в 8,5 раза по сравнению с матерями, имеющими нормальный вес. ГД повышает следующие риски: ограниченный рост плода, чрезмерный рост плода или макросомия (вес при рождении  $>4000$  г), предрасположенность к ожирению на протяжении всей жизни, нарушенная толерантность к глюкозе и развитие сахарного диабета II типа в дальнейшей жизни, метаболические расстройства у младенца.

Беременные женщины, страдающие ожирением, могут одновременно испытывать нехватку целого ряда питательных веществ в результате употребления пищи с недостаточным содержанием микроэлементов. У беременных женщин может наблюдаться дефицит микроэлементов и в то же время – избыточная масса тела/ ожирение. Такие обстоятельства могут повлиять на здоровье в долгосрочной перспективе, усиливая риск развития неинфекционных заболеваний у ребенка. Во время беременности и кормления грудью матери с повышенной массой тела требуется больше микроэлементов по причине специфических физиологических изменений, в том числе воспалений и оксидативного стресса из-за ожирения.

### **Надлежащее питание при планировании беременности и во время беременности – основа здорового начала жизни**

#### **Влияние дефицита минералов и витаминов на беременность и плод у женщин с ожирением**

Дефицит железа у беременных женщин является наиболее распространенным на фоне дефицита всех других минералов, а самой часто встречающейся разновидностью анемии является железодефицитная анемия (гемоглобин  $<110$  г/л), что может иметь серьезные последствия для матери и младенца. Анемия до зачатия и на ранних сроках беременности связана с нарушениями развития плода, преждевременными родами и низким весом при рождении.

---

Системная нехватка железа или недостаточность железа чаще встречается у женщин, страдающих ожирением, нежели у женщин с нормальной массой тела. Возможные объяснения заключаются в следующем: низкое потребление железа с пищей, повышенная потребность в железе и/или нарушение всасывания железа у людей с ожирением. Важным шагом к снижению анемии у новорожденных является более позднее наложение зажима на пуповину.

Витамины группы В играют важную роль в регуляции энергетического метаболизма, помогают уменьшить резистентность к инсулину и являются необходимыми для роста человека, в том числе для развития нервной системы и мозга.

Нехватка фолиевой кислоты (фолатов) вызывает анемию, а дефицит фолатов связан с дефектами нервной трубки, ограниченным развитием плода в дородовой период и другими пороками развития плода, преждевременными родами и низким весом при рождении. Дефекты нервной трубки (ДНТ) относятся к числу наиболее распространенных наследуемых аномалий плода. В исследованиях доказано, что прием биологически активных пищевых добавок фолиевой кислоты в период до зачатия может предотвратить до 46% случаев ДНТ. Сравнение детей, рожденных от женщин с нормальным весом, и детей, рожденных от женщин с ожирением, показывает, что последние подвержены более высокому риску ДНТ. Кроме того, у детей, рожденных от женщин с ожирением из низких социально-экономических слоев, также наблюдается повышенный риск ДНТ, и они, скорее всего, не принимают фолиевую кислоту в форме препаратов.

Доказано, что дефицит фолатов также является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Фолаты, как и другие витамины группы В, участвуют в метаболизме гомоцистеина. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что гомоцистеин может способствовать развитию атеросклероза, поражая внутреннюю стенку артерий и провоцируя образование тромбов. Уровень гомоцистеина зависит от генов, а также от получаемых с пищей фолатов, витамина В6 и витамина В12. Кроме того, низкий уровень фолиевой кислоты связан с повышенным риском фатальной ишемической болезни сердца и инфаркта в течение жизни.

У страдающих ожирением беременных женщин, по сравнению с женщинами, имеющими нормальный вес, выше риск нехватки витамина D. Ожирение снижает биодоступность витамина D. Доказано, что жировая ткань имеет собственную потребность в витамине D (жирорастворимом витамине), и во время беременности витамин D берется из материнских запасов. Также установлено, что чем выше запас жировой ткани у матери, тем выше потребность в витамине D. Достаточный материнский уровень витамина D необходим для развития опорно-двигательного аппарата, головного мозга и иммунной системы плода. Нехватка или дефицит витамина D могут негативно повлиять на рост костей ребенка и привести к такому долгосрочному нарушению здоровья костей, как остеопороз, независимо от послеродового нутритивного статуса ребенка. Кроме того, нехватка или дефицит витамина D повышают другие риски: задержку роста плода, низкий вес при рождении, а также риск неонатальной тетании, гипокалиемии, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета I типа и рака в последующей жизни. Для матери нехватка или дефицит витамина D связаны с повышенным риском преэклампсии, преждевременных родов, резистентности к инсулину, гестационного диабета, дисфункции иммунной системы и бактериального вагиноза.

Предполагается, что у женщин с ожирением, особенно у тех, которые принадлежат к низкому социально-экономическому слою, может наблюдаться одновременная нехватка



нескольких микронутриентов. Причины дефицита в большинстве случаев являются схожими, а именно: недостаточное питание/абсорбция, повышенная потребность в микронутриентах в связи с избыточной жировой тканью. Чем выше ИМТ, тем серьезнее риск множественной нехватки микронутриентов. Микронутриенты играют важную роль в регуляции энергетического метаболизма. Они помогают снизить резистентность к инсулину, а также необходимы для роста человека, в том числе для развития нервной системы и мозга.

### **Безопасность рациона питания**

Во время беременности иммунная система женщины в какой-то мере находится в подавленном состоянии, в результате чего возрастает риск заражения, в т.ч. пищевыми инфекциями. Очень важно соблюдать все правила гигиены при приготовлении пищи, а также уделять особое внимание термической обработке яиц, мяса и рыбы.

Заражение токсоплазмозом становится возможным при попадании в организм простейших, относящихся к виду *Toxoplasma gondii*, которые содержатся в термически необработанных продуктах животного происхождения. Овощи и ягоды также могут быть заражены цистами токсоплазм в результате контакта с инфицированной почвой. Все фрукты и овощи, которые соприкасались с землей, необходимо тщательно вымыть. Во время беременности следует избегать употребления в пищу необработанного или слегка термически обработанного мяса. Цисты не погибают при замораживании или копчении мяса. Чтобы избежать инфицирования *Toxoplasma gondii*, необходимо соблюдать следующие правила:

- мыть руки с мылом;
- подвергать мясо достаточной термической обработке;
- тщательно мыть кухонные принадлежности после их использования для приготовления пищи.

Листерия вызывается бактерией *Listeria monocytogenes*, которая присутствует в неправильно хранящихся продуктах питания. При температуре холодильника она размножается очень медленно. Бактерия может инфицировать плод, проникнув в него через плацентарный барьер. Чтобы избежать возможного инфицирования, следует придерживаться стандартных требований гигиены:

- не употреблять в пищу непастеризованное молоко и его продукты;
- не покупать продукты питания с истекшим сроком реализации и соблюдать режим хранения;
- не употреблять в пищу мягкие сыры (бри, камамбер и т.п.), изготовленные из непастеризованного молока (указывается на упаковке продукта).

Термически необработанные продукты животного происхождения также повышают риск других инфекций, например, сальмонеллеза.

Общие рекомендации:

- не употреблять в пищу термически необработанные продукты животного происхождения;
- сырое мясо; недостаточно термически обработанные мясные продукты – колбасу, ветчину; термически необработанную рыбу, морепродукты, которые часто присутствуют в составе суши; сушеную рыбу; непастеризованное молоко; сырые яйца;

- не употреблять в пищу термически необработанные и пророщенные семена, зерно и фасоль;
- не оттаивать замороженное мясо и не мариновать мясо при комнатной температуре, а делать это в холодильнике;
- избегать употребления в пищу мягких сыров, таких как бри, фета, голубые сыры, если нет полной уверенности в том, что они изготовлены из пастеризованного молока;
- термически необработанные овощи, листья салата и фрукты необходимо тщательно вымыть перед употреблением;
- продукты, которые росли в земле или близко к земле, надо хранить отдельно от других продуктов;
- употреблять пищу сразу после ее приготовления;
- следует придерживаться строгих требований гигиены – мыть руки, правильно хранить продукты, использовать отдельные кухонные принадлежности для термически необработанных и приготовленных продуктов.

### **Прием витаминов, минералов и других пищевых добавок во время беременности**

Сбалансированное правильное питание до беременности и во время нее обеспечивает организм всеми необходимыми питательными веществами, за исключением фолиевой кислоты и йода. Применение специальных диетических продуктов питания и пищевых добавок не требуется. Сбалансированное питание содержит тысячи биологически активных веществ. В состав биологически активных пищевых добавок входит лишь небольшая часть необходимых микронутриентов, поэтому они не могут перевесить значение сбалансированного рациона. К тому же их применение влечет за собой риск передозировки, особенно если беременная женщина одновременно принимает несколько препаратов.

Прием медикаментов во время беременности. Во время беременности медикаменты – как рецептурные, так и безрецептурные лекарства и биологически активные пищевые добавки – следует принимать только под строгим наблюдением врача!

Питание беременной женщины для предотвращения детской аллергии. Нет доказательств того, что исключение отдельных продуктов питания во время беременности снижает риск аллергии у ребенка в более позднем возрасте. Прием пребиотиков и пробиотиков также не уменьшает риска детской аллергии. Таким образом, для предотвращения аллергии у ребенка не рекомендуется ограничивать рацион питания, поскольку в результате может возникнуть нехватка важных питательных веществ. Если беременная женщина сама страдает пищевой аллергией, то она все же должна исключить продукты, которые вызывают аллергическую реакцию.

### **Обобщение рекомендаций:**

- цель – нормальный ИМТ до наступления беременности;
- энергетические потребности во время беременности возрастают лишь на 10–15%, а потребности в микронутриентах становятся значительно выше. Важно придерживаться полноценного и сбалансированного рациона питания, отдавая предпочтение полезным продуктам;
- следует питаться регулярно, т.е. равномерно распределять приемы пищи в течение дня, однако число приемов пищи можно подбирать индивидуально;

- необходимо немного увеличить количество потребляемого белка;
- следует принимать 1000 мг кальция в день, предпочтительно с пищей;
- следует обеспечить организм минералами и витаминами за счет полноценного питания;
- необходимо регулярно включать в меню овощи, фрукты, продукты из цельного зерна, молочные продукты с пониженным содержанием жира, постное мясо, жирную рыбу.

Надо следить за тем, чтобы в рационе было много растительных продуктов и умеренное количество продуктов животного происхождения;

- необходимо потреблять достаточное количество воды;
- продукты, содержащие много насыщенных жиров, а также высококалорийные сладости и закуски разрешается употреблять в пищу в редких случаях и в небольшом количестве;
- выбирая йодированную соль, следует использовать ее умеренно, не превышая 5 г в день.

Дополнительно следует принимать:

- препараты йода – в дозе 150 мкг в день, начиная с планирования беременности и в течение всего периода беременности и лактации;
- фолиевую кислоту – 400 мкг в день, начиная с планирования беременности до полных 12 недель беременности;
- железосодержащие препараты в течение всей беременности и 3 месяца после родов.

При планировании беременности, а также во время беременности и в период лактации нельзя употреблять алкоголь, наркотические и психотропные вещества, табачные изделия, электронные сигареты.

Стараться исключать токсины, которые как вредные вещества могут попадать в организм с пищей – из-за технологий, используемых при обработке пищевых продуктов, а также из воды и окружающей среды.

Рекомендуются регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности.

## ЗАНЯТИЕ 7

### ОСОБЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Время: 25 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Назвать дополнительные потребности в питательных веществах женщин в период лактации.
2. Перечислить рекомендуемые практики питания для женщин в период грудного вскармливания.

#### Подготовка

- Флипчарт с таблицей: Увеличение потребности в питательных веществах во время грудного вскармливания. **Раздаточный материал 7.1:** Рекомендуемые практики питания для женщин в период грудного вскармливания.

**Задача обучения 1:** Назвать дополнительные потребности в питательных веществах матери в период лактации.

**Методология:** Мозговой штурм; Дискуссионные группы.

**Рекомендуемое время:** 10 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Спросите у участников: Как вы думаете, какие дополнительные потребности в питательных веществах испытывает женщина в период лактации? (Ответы: *Больше энергии, белка и микроэлементов.*)
2. Сформируйте дискуссионные группы из 3 участников. (Дискуссионным группам не нужно делать записи; они просто обсудят вопросы между собой и устно поделятся своим мнением с остальными участниками.)
3. Покажите флипчарт: «Увеличение потребности в питательных веществах во время грудного вскармливания».
4. Спросите у дискуссионных групп, почему увеличивается потребность в питательных веществах у женщин во время грудного вскармливания.

**Ответы:**

- 1) *Женщинам нужно дополнительное питание для поддержания их собственного здоровья и сил.*
- 2) *Питательные вещества и энергия могут расходоваться из запасов их организма, оставляя женщин слабыми и без резервов.*
5. Спросите у дискуссионных групп, почему кормящей женщине необходимы дополнительно 400-500 ккал?

**Ответ:** *Матери, кормящие своего ребенка исключительно грудным молоком, нуждаются в дополнительных калориях для поддержания грудного вскармливания.*

6. Попросите три дискуссионные группы поделиться своими комментариями.

7. Спросите у дискуссионных групп, производит ли женщина с недостаточным питанием достаточно грудного молока.

Ответы:

1) *Женщина с низким весом и недостаточным питанием произведет достаточное количество молока (его качество будет лучше, чем качество любого другого детского питания), если ребенок часто сосет грудь.*

2) *Если женщина страдает от тяжелого недоедания, направьте ее в соответствующее медицинское учреждение.*

8. Попросите три другие дискуссионные группы поделиться своими комментариями.

9. Обсудите и подведите итоги.

<b>УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>		
<b>Питательное вещество</b>	<b>Увеличение на:</b>	<b>Хорошие пищевые источники</b>
Энергия	400–500 ккал	<i>Больше порций хлеба, зерновых (риса или овсянки) или картофеля</i>
Белок	25 г	<i>Мясо, молочная группа, яйца, бобовые (чечевица, нут, белая фасоль)</i>
Витамин А	600 RAE	<i>Овощи и фрукты темно-желтого или оранжевого цвета, темно-зеленые листовые овощи, морковь, тыква, листья корнеплодов (листья тыквы, а также листья редьки, свеклы, репы). Достаточно половины большой моркови или 100 граммов приготовленной пюрированной тыквы</i>
Фолиевая кислота	100 мкг	<i>Зеленые листовые овощи, свекла, фасоль, нут, чечевица, миндаль, грецкие орехи</i>
Йод	140 мкг	<i>Йодированная соль, рыба, морская капуста, хурма</i>
Цинк	4 мг	<i>Зерновые продукты (зародыши пшеницы, отруби); молоко и молочные продукты; мясо и мясные продукты</i>

**Задача обучения 2:** Перечислить рекомендации для женщин в период грудного вскармливания.

**Методология:** Рабочие группы.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Сформируйте 5 групп, попросите рабочие группы разработать 3 или 4 рекомендации по питанию для женщин в период грудного вскармливания (10 минут).
2. Раздайте Раздаточный материал 7.1: Рекомендуемые практики питания для женщин в период грудного вскармливания; рассмотрите и сравните рекомендации, предложенные рабочими группами (5 минут).

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 7.1

### Рекомендуемые практики питания для женщин в период грудного вскармливания

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРАКТИКА	ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
<p>1. Женщине в период кормления грудью необходимы два дополнительных приема пищи в день для поддержания собственного здоровья и здоровья ребенка.</p>	<p>Для того чтобы сохранить свое здоровье (и здоровье ребенка), кормящие женщины должны есть разнообразные продукты, в частности, продукты животного происхождения (мясо, молоко, яйца и т.д.) фрукты и овощи.</p> <p>Дополнительное питание будет восполнять потери питательных веществ во время беременности и родов.</p>
<p>2. Продолжайте прием препаратов железа и фолиевой кислоты в течение 3-х месяцев после родов для восполнения запаса железа.</p>	
<p>3. Витамин А</p>	<p>В период лактации женщине необходимо больше витамина А, который она может получить из моркови, тыквы и абрикосов.</p>
<p>4. Готовьте еду, используя йодированную соль, таким образом, вы поддерживаете здоровье семьи.</p>	
<p>5. Используйте МЛА в качестве метода планирования семьи. Он эффективен, когда:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• У женщины не возобновилась менструация</li> <li>• Ребенок находится на исключительно грудном вскармливании</li> <li>• Ребенку меньше 6 месяцев.</li> </ul> <p>Если эти 3 условия отсутствуют, используйте другие методы планирования семьи для предотвращения слишком ранней повторной беременности.</p>	<p>Метод лактационной аменореи – это современный метод планирования семьи; более 98% эффективности, если все 3 условия соблюдены.</p>
<p>6. Посетите медицинское учреждение, чтобы узнать о методах семейного планирования для предотвращения слишком ранней повторной беременности.</p>	<p>Не ждите, пока ребенку исполнится 6 месяцев, чтобы решить, какой метод планирования семьи использовать.</p>

## ЗАНЯТИЕ 8

### РОЛЬ ОПТИМАЛЬНОГО МЕЖРОДОВОГО ИНТЕРВАЛА В ПИТАНИИ ЖЕНЩИН

Время: 20 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Обсудить, почему межродовой интервал важен в питании женщины.
2. Назвать рекомендованный промежуток времени между рождением детей и критерии использования Метода лактационной аменореи (МЛА).

#### Подготовка

- Флипчарт со шкалой межродового интервала.

**Задача обучения 1:** Обсудить, почему межродовой интервал важен в питании женщины.

**Методология:** Мозговой штурм.

**Рекомендуемое время:** 5 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Спросите у участников, почему межродовой интервал важен в питании женщины

*Ответы:*

- 1) Он позволяет матери восстановить ее запасы питательных веществ перед тем, как забеременеть снова.
  - 2) Дает время для роста и развития самого младшего ребенка, без соперничества с новым ребенком.
2. Обсудите и подведите итоги

**Задача обучения 2:** Назвать рекомендованный промежуток времени между рождением детей и критерии использования Метода лактационной аменореи (МЛА).

**Методология:** Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Спросите у участников, каков рекомендуемый интервал между рождением детей? После прослушивания комментариев обратитесь к графику (см. ниже), показывающему рекомендуемые практики, которые приводят к оптимальному межродовому интервалу; позвольте участникам заполнить число месяцев.
2. Объясните, что рекомендованный промежуток времени между рождением детей составляет 3 года.
3. Попросите участников коллективно обсудить, что такое МЛА и критерии МЛА.
4. Опишите метод лактационной аменореи и критерии его приемлемости, а также что делать, когда эти критерии не выдерживаются (для того, чтобы продолжать предохраняться от беременности).
5. Покажите таблицу с методами контрацепции, которые можно применять в послеродовом периоде (**Раздаточный материал 8.1**).

6. Обсудите и заполните пробелы в знаниях.

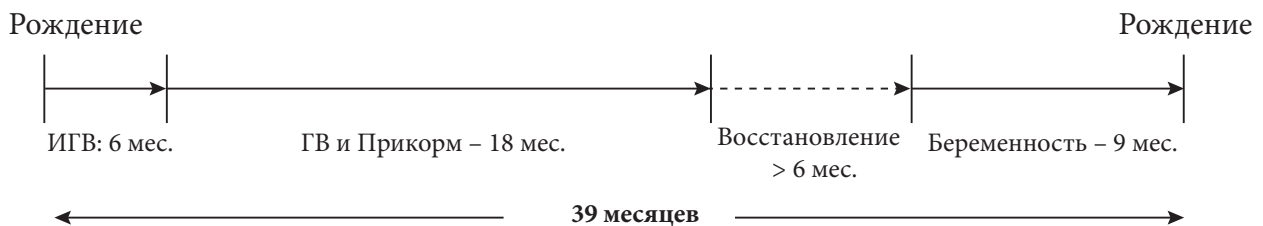
**Основное содержание**

Уже давно признано, что короткий интервал между родами (время, прошедшее с момента предыдущего рождения) связан с повышенным риском неблагоприятных исходов беременности, таких как преждевременные роды и низкий вес при рождении.

В последнее время исследования показали связь между коротким интервалом между родами и повышенным риском заболеваний у потомства, включая детский аутизм и шизофрению, и снижение риска лейкемии у детей. Механизм, лежащий в основе этих исследований, неизвестен, но исследователи предположили, что короткие межродовые интервалы могут не позволить полное восстановление материнских микроэлементов во время зачатия, могут привести к усилению стресса у матери и могут увеличить воздействие детских инфекций от непосредственных старших братьев и сестер (Interbirth Interval Is Associated With Childhood Type 1 Diabetes Risk, 2012)

Источник: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282800/>

Межродовой интервал должен составлять по меньшей мере 39 месяцев (больше трех лет).



**Примечание:** Для достижения наилучших результатов для матери и ребенка рекомендуемый интервал между беременностями составляет 39 месяцев, включая: шесть месяцев исключительно грудного вскармливания, затем по крайней мере 18 месяцев грудного вскармливания с прикормом и по крайней мере шесть месяцев без грудного вскармливания и без беременности.

**Метод лактационной аменореи**

Грудное вскармливание – существенный фактор для выживания ребенка. Оно имеет много преимуществ как для матери, так и для ребенка, включая содействие межродовому интервалу.

М = Метод

Л = Лактационной

А = Аменореи

Эффективность МЛА более 98% при наличии 3 следующих условий:

1. У женщины не возобновилась менструация.
2. Практика исключительно грудного вскармливания – кормить только грудным молоком, по требованию ребенка, не более 4 часов между кормлениями и не менее 8 раз в сутки, с обязательным ночным кормлением.
3. Ребенку не должно исполниться 6 месяцев.

**Примечание:** когда женщина больше не отвечает хотя бы одному из 3 критериев, в любой момент во время первых шести месяцев, она должна незамедлительно



начать использовать другой метод планирования семьи с целью предотвращения беременности.

### Другие методы планирования семьи и грудное вскармливание

МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ	УСЛОВИЯ	ВЛИЯНИЕ НА ЛАКТАЦИЮ
ВМС	Вводится в первые 48 часов после родов, либо через 4 недели	Не влияет
Методы естественного планирования семьи	После установления менструации	Не влияет
Презервативы мужские и женские, спермициды	в любое время после родов	Не влияет
Контрацептивы прогестинового ряда: инъекционные или имплантаты	через 6 недель после родов	Не влияет
Комбинированные оральные контрацептивы	через 6 месяцев после родов	Эстроген, содержащийся в контрацептиве, снижает выработку молока.
Добровольная хирургическая стерилизация	сразу или интервально	Не влияет

**Примечание:** Беременность в возрасте до 18 лет увеличивает риски для здоровья матери и ребенка.

## ЗАНЯТИЕ 9

### ПРИЧИНЫ АНЕМИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ АНЕМИИ

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Описать различные причины анемии.
2. Описать мероприятия, которые проводятся на протяжении всего жизненного цикла с целью профилактики анемии.
3. Перечислить различные причины анемии в их регионе и определить подходящие меры для снижения анемии.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 9.1:** Возможные причины анемии.
- **Раздаточный материал 9.2:** Мероприятия по снижению анемии.
- **Раздаточный материал 9.3:** Распространенность анемии в Кыргызской Республике.
- Флипчарт.

**Задача обучения 1:** Опишите различные причины анемии.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 10 минут.

Инструкции к работе:

1. Ознакомьтесь с **Раздаточным материалом 9.1**.
2. Нарисуйте 4 круга на флипчарте (согласно Раздаточному материалу 9.1, круги представляют: дефицит питательных веществ, генетику, малярию и гельминтов, а также воспалительный процесс).
3. Попросите участников предположить основные причины анемии.
4. Распределите по категориям ответы в соответствующие поля, не указывая категории.
5. После того как все ответы будут даны, раздайте Раздаточный материал 9.1.
6. Спросите у участников: Какие 4 категории были выделены?
7. Обсудите и подведите итоги.

**Задача обучения 2:** Описать мероприятия, которые проводятся на протяжении всего жизненного цикла с целью профилактики анемии.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 10 минут.

Инструкции к работе:

1. Ознакомьтесь с **Раздаточным материалом 9.2**.
2. Нарисуйте горизонтальную и вертикальную линии так, чтобы они встретились в центре и поделили флипчарт на 4 квадрата, каждый из которых будет представлять

основные причины анемии: дефицит питательных веществ, генетику, малярию и гельминтов, а также воспалительный процесс.

3. Попросите участников предложить мероприятия по борьбе с этими причинами анемии. На втором флипчарте также нарисуйте горизонтальную и вертикальную линии, которые пересекаются в центре и делят флипчарт на 4 квадрата. Каждый квадрат будет представлять 4 важные возрастные группы, для которых эти мероприятия будут проводиться, а именно: дети, беременные женщины, женщины репродуктивного возраста и девочки-подростки.
4. По мере того как участники будут перечислять мероприятия, впишите эти мероприятия на первом флипчарте в квадрат, где указана причина, связанная с этими мероприятиями. В то же время попросите участников перечислить возрастные группы, для которых эти мероприятия будут проводиться, и впишите эти ответы в соответствующие квадраты на втором флипчарте.
5. После того как все ответы будут даны, раздайте **Раздаточный материал 9.2**.
6. Спросите у участников: «Вы перечислили все возможные мероприятия? Что вы пропустили?»
7. Обсудите и подведите итоги.

**Задача обучения 3:** Перечислить различные причины анемии в вашем регионе и определить подходящие мероприятия для снижения анемии.

**Методология:** Малые группы по областям.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Попросите участников сформировать группы по региону/району.
  2. Заранее подготовьте флипчарт с таблицей из Раздаточного материала 9.3 и обсудите ее с участниками.
  3. На основе данной информации попросите группы определить основные области, где анемия является проблемой как для детей в возрасте 6-59 месяцев, так и для женщин репродуктивного возраста.
  4. Перечислите три основные причины анемии в их области.
  5. Раздайте Раздаточный материал 9.3.
  6. Попросите каждую группу перечислить три причины анемии в их области и сказать, почему они выбрали именно эти три причины.
  7. Обсудите и подведите итоги.
-

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 9.1

1. Недостаточное поступление железа, дефицит запасов (депо) и потери:
  - недостаточное поступление биологически доступного железа с пищей;
  - дефицит железа у вегетарианцев;
  - дефицит депо железа у недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении (менее 2500 г);
  - синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности, преждевременная (до прекращения пульсации ее сосудов) или поздняя перевязка пуповины (приводит к недополучению новорожденным 30-40 мг железа);
  - повышенная потребность организма в железе (во время беременности и кормления грудью, у детей в периоды интенсивного роста и развития);
  - нарушение всасывания железа из-за желудочно-кишечных заболеваний (синдром нарушенного кишечного всасывания, аллергический отек слизистой оболочки, лямблиоз, инфицированность *Helicobacter* и использование чрезмерного количества растительных волокон, белка, кальция, танинов, оксалатов, фосфатов и полифенолов в продуктах питания, а также сниженное потребление аскорбиновой кислоты и других стимуляторов/катализаторов всасывания железа);
  - патологическая потеря железа (у младенцев в первый год их жизни – при кормлении их цельным коровьим молоком, у женщин – потери крови во время менструации и родов);
  - недостаточный интергенетический интервал между родами;
  - дефицит витамина А, витамина В12 и фолиевой кислоты.
2. Инфекции и воспаления
  - Гормон гепсидин (универсальный регулятор клеточного содержания железа) ответственен за развитие анемии при хронических заболеваниях. Уровень гепсидина растет при инфекциях или воспалении, уменьшая всасывание железа в тонком кишечнике и блокируя его выход из макрофагов.
  - Инфекции вызывают повышенное разрушение эритроцитов.
  - Глистные инфекции, такие как анкилостомы, ленточный червь и круглые черви, вызывают потерю крови в кишечнике.
  - Малярия разрушает эритроциты и нарушает их воспроизводство.
3. Генетические факторы
  - Наследственные аномалии гемоглобина, такие как талассемия и серповидно-клеточная анемия.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 9.2

### Мероприятия, проводимые на протяжении жизненного цикла женщины

**Дети от рождения до 2 лет** – отсроченное пережатие пуповины, исключительно грудное вскармливание, своевременный и обогащенный прикорм, вакцинация, порошковые питательные микроэлементы, инфекционный контроль.

**Дети от 2 до 5 лет** – обогащенный прикорм, порошковые питательные микроэлементы, препараты ЖиФК, дегельминтизация, инфекционный контроль.

---

**Девочки-подростки** – препараты железа и фолиевой кислоты, планирование семьи, межродовой интервал, фортификация продуктов питания, консультирование по вопросам питания.

**Женщины репродуктивного возраста** – прием препаратов железа и фолиевой кислоты, дегельминтизация, фортификация продуктов питания, консультирование по вопросам питания.

**Беременные женщины** – прием препаратов железа и фолиевой кислоты, дегельминтизация, фортификация продуктов питания, консультирование по вопросам питания.

**Женщины в период лактации** – межродовой интервал, отсроченное пережатие пуповины, исключительно грудное вскармливание, фортификация продуктов питания, консультирование по вопросам питания.

### РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 9.3

#### Распространенность анемии в Кыргызской Республике (МДИ 2012)

РЕГИОН	АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЦЕВ (%)	АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (%)
Вся Кыргызская Республика	42.6	35.2
Бишкек	45.2	34.7
Иссык-Куль	49.2	50.9
Джалал-Абад	28.2	29.8
Нарын	48.6	39
Баткен	44.2	<b>31.6</b>
<b>Ошская область</b>	<b>34.9</b>	<b>33.3</b>
Талас	<b>58.4</b>	<b>41.4</b>
Чуй	<b>58.5</b>	<b>39.2</b>
Город Ош	25.6	17.4

#### Дополнительные материалы

#### Ключевые практики перорального приема препаратов железа и фолиевой кислоты

##### Как улучшить усвояемость препаратов ЖиФК:

- Принимать ЖиФК вместе с аскорбиновой (витамин С) или лимонной кислотой, которые есть в цитрусовых и других фруктах (таких как апельсин, клубника), в овощах (таких как капуста, помидоры, болгарский перец, шпинат и др.), а также в кисломолочных продуктах.
- Запивать препараты ЖиФК такими напитками, как компот (напиток из сухофруктов), сок, кипяченая вода, настой из ягод или фруктов.
- Между приемом препаратов ЖиФК и употреблением чая или кофе должен быть промежуток в 1-2 часа. Данные напитки снижают полезные свойства ЖиФК.

**Побочные эффекты ЖиФК и как с ними справляться:**

ЕСЛИ У ВАС:	СРЕДСТВО ИСПРАВЛЕНИЯ
Черный стул	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ничего не предпринимайте.</li> <li>• Железо, которое не усвоилось, окрашивает ваш стул в черный цвет.</li> <li>• Это нормально и не опасно. Это значит, что ваш организм получает достаточно железа.</li> </ul>
Дискомфорт в желудке, тошнота, диарея или запор	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принимайте препараты ЖиФК во время еды.</li> <li>• Поделите таблетки ЖиФК пополам и принимайте каждую половину в разное время дня.</li> </ul>
Если вы пропустили ежедневную дозу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пропустите эту дозу и примите вашу очередную дозу на следующий день. Не принимайте две дозы одновременно.</li> </ul>
Дети в доме	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Храните препараты ЖиФК вне доступа детей.</li> </ul>

**Ключевые практики консультирования по вопросам анемии**

- Рекомендуется употреблять разнообразные продукты питания, в соответствии с Пирамидой Питания, с добавлением продуктов, богатых железом, для детей и беременных и небеременных женщин.
- Наилучшие продукты для увеличения или поддержания запасов железа в организме содержат легкоусвояемую гемовую форму железа. Это мясо (говядина, баранина) и внутренние органы (язык, печень, почки).
- Наиболее богатое содержание фолата имеется в таких продуктах, как цитрусовые, фрукты и овощи с зелеными листьями, горох, соевые бобы.
- Рекомендуется употреблять продукты, способствующие всасыванию железа (таблица ниже), особенно продукты, богатые витамином С.
- Между употреблением продуктов, богатых железом, или препаратов железа и продуктов, которые тормозят всасывание железа, такие как чай или кофе, высокофитатных продуктов (зерновые злаки (хлопья) и кукуруза), продуктов, содержащих полифенол (чай, зеленые листовые овощи), молока и яиц должен быть промежуток в 1-2 часа.
- Биодоступность железа в продуктах питания увеличится, если использовать следующие практики питания:
  - о Использовать муку пророщенных злаков (они содержат амилазу, повышают запас энергии и плотность питательных веществ);
  - о Использовать процессы, такие как проращивание, ферментация и/или вымачивание (для того, чтобы уменьшить содержание фитата в продуктах).
- Практикуйте исключительно грудное вскармливание до шести месяцев и продолжайте грудное вскармливание до двух лет наряду с введением надлежащего прикорма.
- В случае раннего прекращения грудного вскармливания (отнятия от груди/отлучения от груди):
  - о Использовать железосодержащие адаптированные смеси для кормления, пока ребенок не достигнет 12-месячного возраста.
  - о Не рекомендуется давать детям цельное коровье молоко до достижения ими 12 месяцев.

- Используйте фортифицированные продукты. (Фортификация/обогащение – это добавление микронутриентов и минералов в обычные продукты питания, такие как крупы, масло, сахар, молоко и соль).
- Используйте порошковые питательные микроэлементы в дополнение к продуктам с семейного стола.
- Если это политика/программа: Необходима периодическая саплементация препаратами ЖиФК девочек, достигших половой зрелости, и женщин фертильного возраста.
- Проследите за тем, чтобы ваш ребенок получил высокую дозу витамина А в возрасте между 6 месяцами и 5 годами два раза в год.
- Проследите за тем, чтобы ваш ребенок получил противогельминтный препарат два раза в год.
- Обязательно используйте туалет и поощряйте других, включая детей, использовать туалет. Мойте руки после посещения туалета, чтобы снизить инфекционный фон. Туалет должен быть использован для утилизации детских фекалий.
- Обращайтесь за надлежащей и своевременной медицинской помощью в случае диареи и пневмонии.

#### Содержание железа (мг) в продуктах питания (в 100 граммах)

(КР «Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение», приказ МЗ КР №392 от 08.07.2015 г.)

\*Продукты животного происхождения содержат наиболее усвояемую форму железа (мясо).

\*\* Продукты, способствующие всасыванию железа.

БОГАТЫЕ ЖЕЛЕЗОМ		УМЕРЕННО БОГАТЫЕ ЖЕЛЕЗОМ		БЕДНЫЕ ЖЕЛЕЗОМ	
Продукт (100 г)	Железо (мг)	Продукт (100 г)	Железо (мг)	Продукт (100 г)	Железо (мг)
Печень свиная*	29.7	Баранина*	4.3	Огурцы	0.9
Печень говяжья*	9.0	Говядина*	4.8	Тыква	0.8
Почки говяжьи*	7.0	Яйцо куриное*	2.5	Морковь **	0.8
Мозги говяжьи*	6.0	Колбаса*	1.9	Гранат**	0.8
Желток*	5.8	Осетрина*	1.8	Клубника**	0.7
Язык говяжий*	5.0	Сосиски*	1.7	Грудное молоко	0.7
Халва тахинная	50.1	Свинина*	1.6	Треска	0.6
Халва подсолнечная	33.2	Курица*	1.5	Ревень	0.6
Яблоки сушеные	15.0	Крупа овсяная	4.3	Салат**	0.6
Груши сушеные	13.0	Кизил**	4.1	Виноград**	0.6
Чернослив	13.0	Персики**	4.1	Бананы**	0.6
Курага	12.0	Крупа пшеничная	3.9	Клюква	0.6

БОГАТЫЕ ЖЕЛЕЗОМ		УМЕРЕННО БОГАТЫЕ ЖЕЛЕЗОМ		БЕДНЫЕ ЖЕЛЕЗОМ	
Продукт (100 г)	Железо (мг)	Продукт (100 г)	Железо (мг)	Продукт (100 г)	Железо (мг)
Урюк	11.7	Мука гречневая	3.2	Лимон**	0.6
Какао-порошок	11.7	Шпинат	3.3	Апельсин**	0.4
Шиповник**	11.0	Изюм	3.0	Мандарин**	0.4
Черника**	8.0	Абрикосы	2.6	Творог	0.4
Овсяная мука	5.0	Яблоки**	2.5	Кабачки	0.4
		Груши**	2.3	Брусника	0.4
		Сливы**	2.1	Ананас**	0.3
		Черная смородина	2.1	Сливочное масло	0.1
		Крыжовник	1.6	Коровье молоко	0.1
		Малина**	1.5	Сливки	0.1
		Манная крупа	1.6		
		Свекла	1.4		
		Вишня**	1.4		
		Рис	1.3		
		Картофель**	1.2		
		Капуста**	1.2		
		Мед	1.1		

**Продукты, способствующие всасыванию железа**

ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ	СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ	АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО
Печень, мясо, рыба	+++	«Фактор мяса»
Апельсины, груши, яблоки	+++	Витамин С
Сливы, бананы	++	Витамин С
Цветная капуста	++	Витамин С
Салат, помидоры, зеленый болгарский перец, огурцы	+	Витамин С
Морковь, картофель, свекла, тыква, брокколи, помидоры, капуста	++	Лимонная, яблочная кислоты
Кефир, квашеная капуста	++	Витамин С и кислоты
Кобылье молоко, бозо и др. национальные напитки	++	Витамин С и кислоты

**Содержание аскорбиновой кислоты (витамина С) в 100 граммах продуктов**

Содержание витамина С	Продукты питания
Очень высокое (более 3,0 мг)	Шиповник сухой и свежий, красный и зеленый болгарский перец, смородина черная, петрушка, укроп.
Высокое (2,0-3,0 мг)	Капуста цветная и белокочанная, апельсины, клубника, шпинат, щавель, смородина белая, лимон.



Содержание витамина С	Продукты питания
Умеренное (1,0-1,9 мг)	Печень, лук зеленый, брюква, зеленый горошек, томаты, редис, картофель молодой, салат, кабачки, дыня, мандарины, крыжовник, кизил, малина, брусника, черешня, вишня, клюква, смородина красная, капуста квашеная.

### Продукты, тормозящие всасывание железа

ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ	СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ	АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО
Зерновые злаки и кукуруза	- - -	Фитаты, пищевые волокна
Чай, зеленые листовые овощи	- - -	Полифенолы, танин
Молоко, сыр	- -	Кальций, фосфаты
Шпинат	-	Полифенолы, оксалаты
Яйцо и яичный порошок	-	Фосфопротеин, альбумин

## ЗАНЯТИЕ 10

### КАК КОНСУЛЬТИРОВАТЬ: ЧАСТЬ I

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Дать определение навыкам «Слушать и узнавать».
2. Дать определение навыкам «Укрепление доверия и оказание поддержки».

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 10.1:** Навыки «Слушать и узнавать».
- **Раздаточный материал 10.2:** Навыки «Укрепление доверия и оказание поддержки».

**Задача обучения 1:** Определите навыки «Слушать и узнавать».

**Методология:** Работа в парах.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Поделите участников на пары. Попросите их, чтобы они в течение 2-х минут разговаривали друг с другом на любую тему одновременно. Затем спросите у всей группы:
  - Что вы чувствовали, когда говорили одновременно с другим человеком?
  - Запомнили ли вы что-то из того, что он/она сказал/а?
2. В тех же парах попросите пары повторить упражнение в течение 1-2 минут, но в этот раз пусть они слушают друг друга с большей долей концентрации (не делайте заметки, но слушайте внимательно).
3. Спросите у всей группы:
  - Сколько из того, что вы рассказали, ваш партнер понял правильно?
  - Как вы себя чувствовали, когда вы что-то рассказывали и видели, что вас слушают?
4. Что вы делали для того, чтобы убедиться, что ваш собеседник вас слушает?
  - а. Используйте ответы и жесты, которые показывают вашу заинтересованность.
  - б. Используйте невербальное общение.
5. Объясните, что навыки «Слушать и узнавать» – это первый ряд навыков, которыми необходимо овладеть для того, чтобы стать хорошим консультантом.
6. Рассмотрите вместе со всеми Раздаточный материал 10.1: Навыки «Слушать и узнавать» и подведите итоги.

**Задача обучения 2:** Опишите навыки «Укрепление доверия и оказание поддержки».

**Методология:** Мозговой штурм.

**Рекомендуемое время:** 20 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Попросите участников, перед тем как начать консультацию для матери/опекуна, задать себе вопрос: «Что нужно сделать, чтобы мать/опекун почувствовала вашу поддержку и стала вам доверять?»
2. Обсуждайте, пока каждый из навыков из Раздаточного материала 10.2 не будет упомянут.
3. Ознакомьте участников с Раздаточным материалом 10.2: Навыки «Укрепление доверия и оказание поддержки».
4. Обсудите и подведите итоги.

**РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 10.1****Навыки «Слушать и узнавать»**

1. Используйте полезное невербальное общение.
  - Пусть ваша голова будет на одном уровне с пациентом.
  - Проявляйте внимание (зрительный контакт).
  - Устраняйте барьеры (компьютер, телефон, таблицы и заметки).
  - Не торопитесь.
  - Прикасайтесь к людям, насколько это позволяют культурные нормы.
2. Задавайте вопросы, которые позволяют девочкам-подросткам или женщинам предоставить подробную информацию.
3. Используйте ответы и жесты, которые показывают ваш интерес.
4. Выслушайте проблемы пациента.
5. Отражайте словами то, что было сказано пациентом.
6. Не используйте слова осуждения.

**РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 10.2****Навыки «Укрепление доверия и оказание поддержки»**

1. Примите с пониманием то, что думает и чувствует девочка-подросток/женщина (для того чтобы установить атмосферу доверия, позвольте девочке-подростку/женщине рассказать о том, что ее волнует, перед тем как уточнить информацию).
  2. Признайте и похвалите девочку-подростка/женщину за то, что она делает правильно.
  3. Окажите практическую помощь.
  4. Предоставьте немного информации, но по существу.
  5. Используйте простой язык.
  6. Используйте соответствующие карточки консультирования или другие материалы.
  7. Сделайте одно или два предложения, не командуйте.
-

## ЗАНЯТИЕ 11

### КАК КОНСУЛЬТИРОВАТЬ: ЧАСТЬ II – 3-ШАГОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ЛИСТА И ФОРМЫ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И ЖЕНЩИН

Время: 90 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Продемонстрировать 3-шаговое консультирование (оценка, анализ и действие), а также использование **Памятки медицинского работника 11.2: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин** и **Памятки медицинского работника 11.3: Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин**.
2. Практиковать консультирование беременных и кормящих женщин.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 10.1:** Консультирование и назначение препаратов в профилактических целях во время посещений в ходе дородового и послеродового наблюдения.
- Приготовьте 3 копии **Памятки медицинского работника 10.2: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин** и **Памятки медицинского работника 10.3: Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин** для каждого участника.
- Используйте подготовленные флипчарты с обзором навыков «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки».

**Задача обучения 1:** Продемонстрировать 3-шаговое консультирование (оценка, анализ и действие) и использование **Памятки медицинского работника 10.2: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин**.

**Методология:** Демонстрация.

**Рекомендуемое время:** 30 минут.

#### Инструкции к работе:

**Примечание:** Фасилитаторам нужно заранее попрактиковаться, перед тем как показывать консультирование на примере.

1. Спросите у участников: «Какова цель консультирования?» (Ответы: *Предоставление информации и оказание поддержки девочкам-подросткам, беременным или кормящим женщинам, а также содействие в продвижении рекомендуемых практик.*)
2. Напишите на флипчарте слова: «Оценка», «Анализ» и «Действие» по вертикали.
3. Попросите участников следовать **Памятке медицинского работника 10.2: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин**.
4. Продемонстрируйте шаг оценки на примере визита беременной женщины, Айши, к консультанту.

5. Информация для Фасилитатора и Айши:
  - Айша на 4-м месяце беременности, это ее первая беременность. Ей 19 лет.
  - Айша впервые посещает медицинского работника.
  - Она не знает, где будут проходить ее роды.
  - Она ест дважды в день.
  - Она не хочет набирать слишком много веса, так как думает, что так ей будет легче рожать.
  - Она не знает свой показатель гемоглобина.
6. Фасилитатор/Консультант заполняет Памятку медицинского работника 10.2: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин.
7. Демонстрация приостанавливается в этот момент, в это время Фасилитатор/Консультант громко анализирует ситуацию с Айшой.
8. Затем Фасилитатор/Консультант переходит к шагу «Действие».
9. После демонстрации участники заполняют Памятку медицинского работника 10.3: Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин и изучают его вместе с Фасилитатором. Скажите о том, что раздел по анемии в данном листе будет полезен на занятиях, связанных с анемией.

### **Основное содержание**

#### **Шаг 1: Оценка. Консультант должен:**

- Поздороваться с Айшой и представиться.
- Позволить Айше представить себя.
- Задать вопросы, которые поощряют Айшу к тому, чтобы она говорила, используя навыки «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки».
- Выслушать, что беспокоит Айшу, и изучить ее общее состояние.
- Благоклонно отнестись к тому, что Айша делает без выражения несогласия или согласия, и похвалить Айшу за то, что она делает правильно.
- Заполнить **Памятку медработника 10.2**: Форма оценки питания девочек-подростков и женщин (объясняя при этом Айше, что он/она делает заметки, просто для того, чтобы запомнить, что она говорила).
  - Имя и возраст.
  - Болела ли Айша недавно чем-либо? Если болеет в настоящее время, уделите внимание болезни.
  - Вес, рост, ИМТ.
  - Принимает ли Айша препараты железа и фолиевой кислоты.
  - Дополнительные прием(ы) пищи.
  - Продукты питания, которые она употребляет каждый день.
- Спросить о гигиене (например, «Давай постараемся вспомнить все надлежащие гигиенические практики»).
- Спросить, есть ли другие проблемы.

#### **Шаг 2: Анализ**

- Айша не проходила дородовое наблюдение до настоящего момента.
-

- Айша ест всего два раза в день.
- Айша испытывает тревогу по поводу родов.

**Шаг 3: Действие. Консультант должен:**

- Похвалить Айшу за то, что она пришла в медицинский центр.
- Поздравить Айшу с ее беременностью.
- Объяснить важность приема препаратов ЖиФК.
- Объяснить, когда и как принимать препараты ЖиФК.
- Обсудить важность частоты, количества и разнообразия питания.
- Рекомендовать Айше ввести один дополнительный прием пищи в день.
- Поговорить с Айшой о том, что прирост веса важен для здоровья ее ребенка.
- Рассказать о небольших легко выполнимых действиях (по времени), таких как: есть чаще, иметь один дополнительный прием пищи и употреблять разнообразные продукты.
- Попросить Айшу устно повторить согласованное поведение.
- Сказать Айше, что Консультант будет вести последующее наблюдение за ней в ходе ее следующих посещений каждый месяц.
- Посоветовать учреждения, где Айша может найти поддержку (посещение образовательных бесед или Групп поддержки).
- Поблагодарить Айшу за ее время.

**Задача обучения 2:** Практика 3-шагового консультирования: Питание девочек-подростков, беременных и кормящих женщин.

**Методология:** Практика.

**Рекомендуемое время:** 60 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Раздайте и рассмотрите вместе содержание **Раздаточного материала 11.1:** Консультирование и назначение препаратов в профилактических целях во время девяти посещений в ходе дородового наблюдения (согласно национальному клиническому протоколу).
2. Поделите участников на группы из трех человек: Мать, Консультант и Наблюдатель.
3. Раздайте Консультантам **Памятку медицинского работника 10.2:** Форму оценки питания девочек-подростков и женщин.
4. Раздайте Наблюдателям **Памятку медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.
5. Проработайте пример из практики 1: попросите «матерей» малых групп собраться вместе.
6. Прочтите описание примера из практики ТОЛЬКО «матерям» и попросите их вернуться к своим рабочим группам. Примечание: «матери» должны быть уверены, что они предоставили всю информацию, описанную в их примере из практики.
7. **ПОДЧЕРКНИТЕ**, что участники должны придерживаться той минимальной информации, указанной в их примерах из практики, и не приукрашивать.

8. Консультант в каждой группе (из трех) спрашивает «мать» о ее ситуации, практикуя 3 шага консультирования «Оценка, анализ и действие» и применяя при этом навыки «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки».
9. В каждой рабочей группе задачей Наблюдателя является запись того, какие навыки использует Консультант, используя при этом *Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин* и предоставление комментариев после работы с примером из практики.
10. Участники в группах меняются ролями и повторяют вышеуказанные шаги для работы с Примерами из практики 2 и 3.
11. Обсудите и подведите итоги.

### Примечание:

Если вы играете роль «матери»:

- Придумайте себе имя и скажите его вашему «медработнику».
- Ответьте на вопросы медработника, согласно вашей «истории». Не давайте всю информацию сразу.
- Если ваш медработник хорошо применяет навык «Слушать и узнавать», и у вас есть ощущение, что он заинтересован, вы можете рассказать ей/ему больше.

Если вы «медицинский работник»:

- Поздоровайтесь с «девочкой-подростком/женщиной» и представьтесь. Спросите ее имя и далее обращайтесь к ней по имени.
- Задайте один или два открытых вопроса для того, чтобы начать разговор и узнать в целом, как она себя чувствует.
- Объясните, что вы хотели бы узнать о том, как она себя чувствует и питается. Заполните **Памятку медицинского работника 10.2**: Форму оценки питания девочек-подростков и женщин в то время, пока вы слушаете (шаг консультирования «Оценка»).
- Постарайтесь похвалить девочку-подростка/маму за то, что она делает правильно. Завершите шаг консультирования «Анализ», определите приоритеты и вместе согласуйте то, что девочка-подросток/женщина может постараться сделать (шаг консультирования «Действие»).

Если вы наблюдатель:

- Проследите за работой в парах при помощи **Памятки медицинского работника 10.3**: Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин и проследите, как идет процесс 3-шагового консультирования: оценка, анализ и действие.
- Обратите внимание, какие из навыков «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки» использует медработник.
- После окончания ролевой игры похвалите медработника за то, что он сделал правильно, и вместе рассмотрите Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.

### Пример из практики № 1

Вам 17 лет. Вы с удовольствием учитесь в школе, но вы знаете, что другие девушки вашего возраста собираются выйти замуж. Вы начали встречаться с друзьями и

---

---

попробовали курить и пить алкоголь. Вы хотите продолжить обучение. Вы так заняты своими домашними делами и учебой, что вы просто едите "на ходу". Вы хотели бы, чтобы в школе вам давали более подробную информацию о половом воспитании.

Для Консультанта: ИМТ равен 17.5

### **Пример из практики № 2**

Вам 30 лет и у вас 5 детей. Вы кормите грудью ребенка, которому 6 недель. Иногда бывает трудно обеспечить достаточно еды, чтобы накормить вашего мужа и всех ваших детей. Поэтому иногда вы едите меньше.

### **Пример из практики № 3**

Вы на 5-м месяце беременности третьим ребенком. Вы так заняты, что у вас нет времени посетить медицинского работника для прохождения дородового наблюдения. Кроме того, двое ваших других детей родились здоровыми, и вы чувствуете себя опытной и уверенной.

---



## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 10.1

### Консультирование и назначение препаратов в профилактических целях во время посещений в ходе дородового и послеродового наблюдения

КОНСУЛЬТАЦИЯ	ДЕЙСТВИЯ И НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ	КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПИТАНИЮ
1 посещение до 12 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вес, рост, измерьте и вычислите ИМТ</li> <li>• Назначьте:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– 60 мг из расчета элементарного железа (в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов)</li> <li>– 400 мкг фолиевой кислоты (в течение всей беременности и 3-х месяцев после родов)</li> <li>– 200 мг йодида калия (в течение всей беременности и периода лактации)</li> <li>– При высоком риске развития преэклампсии с 12 недель 75 мг аспирина ежедневно</li> </ul> </li> </ul>	<p>Консультирование по питанию, в т.ч.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Как принимать препарат железа – нельзя запивать его чаем или кофе, запивать следует большим количеством воды или сока, между приемами пищи.</li> <li>– Один дополнительный прием пищи</li> </ul>
2-е посещение через 2 недели после первого	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	Консультирование по питанию
3-е посещение в 20 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> <li>• Дегельминтизация: Альбендазол 400 мг однократно или Мекбендазол 500 мг однократно во втором или третьем триместре (только по эпидемиологической ситуации)</li> </ul>	Консультирование по питанию
4-е посещение 26 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	Консультирование по питанию
5-е посещение в 30 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	<p>Консультирование по питанию</p> <p>Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции</p>
6-е посещение в 34 недели	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	<p>Консультирование по питанию</p> <p>Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции</p>
7-е посещение в 36 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	<p>Консультирование по питанию</p> <p>Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции</p>
8-е посещение в 38 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> <li>• Прекратите пить аспирин за 15 дней до даты родов</li> </ul>	<p>Консультирование по питанию</p> <p>Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции</p>

КОНСУЛЬТАЦИЯ	ДЕЙСТВИЯ И НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ	КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПИТАНИЮ
9-е посещение в 40 недель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> </ul>	Консультирование по питанию Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции
Послеродовое посещение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контроль приема препаратов</li> <li>• После 3-х месяцев после родов перейти на прием препарата железа 60 мг из расчета элементарного и 2,8 мг фолиевой кислоты 1 раз в неделю в течение 3-х месяцев, затем следует 3-месячный перерыв и так далее, весь фертильный период</li> </ul>	Консультирование по питанию, 2 дополнительных приема пищи Консультирование по грудному вскармливанию и контрацепции

## ПАМЯТКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА 10.2:

## Форма оценки питания девочек-подростков и женщин

	Имя девочки-подростка/женщины				Возраст девочки-подростка/женщины				Дата			
Наблюдение за девочкой-подростком/женщиной												
Как вы себя чувствуете сегодня?												
Больна				Здорова				Выздоровливает				
Девочка-подросток/женщина:												
Вес		Рост		ИМТ		ЖиФК		Ге-могло-бин		Ане-мия		
Беременная женщина												
Прирост веса с последнего посещения (если у беременной низкий ИМТ)				1 дополнительный прием пищи				Железо и фолиевая кислота				
				Да		Нет		Да		Нет		
Препарат йода				Да				Нет				
Кормящая женщина												
2 дополнительных приема пищи				Железо и фолиевая кислота								
Да		Нет		Да		Нет						
Расскажите мне о вашем рационе питания вчера, что вы ели и пили (начиная с момента, когда вы проснулись и до того, как вы легли спать)												
Хлеб, зерновые (рис, каши), картофель		Бобовые (горох, орех)		Овощи-фрукты, богатые витам.А (морковь, тыква, зеленые листовые)		Другие овощи, фрукты (капуста, помидоры)		Мясные продукты		Молоко, молочные продукты	Яйца	Жидкости
Гигиена												
Моеет руки ПЕРЕД ЕДОЙ (перед употреблением/кормлением/приготовлением еды); ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ (собственной/ребенка/животного)						У вас есть водопроводная вода?						
Да			Нет			Да		Нет				
Другие проблемы (отметьте ПРИЧИНЫ, лежащие в основе проблем)												

## ПАМЯТКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА 10.3:

**Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин**

ФИО Консультанта: \_\_\_\_\_

ФИО Наблюдателя: \_\_\_\_\_

Дата посещения: \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА

( Да и  Нет)

**Совершил ли Консультант следующие действия?**

- Представил себя
- Выяснил, чем пациент болел недавно
- Оценил вес
- Оценил рост
- Оценил индекс массы тела
- Оценил уровень гемоглобина

**Если это ребенок:**

- Оценил грудное вскармливание
- Оценил прикорм
- Оценил кормление по требованию

**Если это девочка-подросток или женщина репродуктивного возраста:**

- Оценил разнообразие питания
- Проверил, принимает ли подросток препараты железа и фолиевой кислоты

**Если это беременная женщина:**

- Оценил прирост веса
- Проверил, есть ли у женщины в рационе один дополнительный прием пищи в день
- Проверил, принимает ли женщина препараты ЖФК согласно протоколу

**Если это кормящая женщина:**

- Проверьте, есть ли у женщины 2 дополнительных приема пищи в день
- Проверьте, принимает ли женщина препараты ЖФК в течение трех месяцев после родов

**Если это пожилой человек:**

- Проверьте, принимает ли пожилой человек витамин В12

**Рацион питания вчера – воспроизвести в памяти 24 часа:**

- Еда и питье (начиная со времени, когда ребенок/женщина репродуктивного возраста/девочка-подросток/беременная женщина/кормящая женщина/пожилой человек проснулся (лась), и до момента отхода ко сну).

**Гигиена:**

- Проверьте соблюдение норм гигиены, моет ли руки перед едой (перед употреблением/кормлением/приготовлением еды); после дефекации (собственной/ребенка/животного).
- Узнайте о наличии водопроводной воды.

**АНАЛИЗ****( Да и  Нет)****Выполнил ли Консультант следующие действия?**

- Определил какие-либо проблемы
- Определил первоочередность проблем (если больше одной)
- Записал выявленные проблемы: \_\_\_\_\_

**Действие****( Да и  Нет)****Выполнил ли Консультант следующие действия?**

- Похвалил женщину за соблюдение рекомендованных практик
- Представил один или два варианта (с четко установленными сроками), подходящие для решения выявленных проблем, учитывая возраст ребенка
- Помог девочке-подростку/женщине/пожилому человеку выбрать один или два варианта, с помощью которых она может попытаться решить свои трудности
- Использовал Карточки консультирования, наиболее подходящие к ситуации ребенка/ девочки-подростка/ женщины/ пожилого человека, и обсудил данную информацию с женщиной
- Попросил устно повторить согласованное поведение
- Записал согласованное поведение: \_\_\_\_\_
- Спросил у девочки-подростка/ женщины/ пожилого человека, есть ли у нее какие-либо вопросы/опасения
- Направил к специалисту при необходимости
- Посоветовал учреждения, где женщина может найти дополнительную поддержку
- Обговорил дату/время следующего посещения
- Поблагодарил девочку-подростка/ женщину/ пожилого человека за ее время

**( Да и  Нет)****Использовал ли Консультант навыки «Слушать и узнавать»:**

- Держал голову на одном уровне с женщиной
  - Проявлял внимание (зрительный контакт)
  - Устранил барьеры (таблицы и заметки)
  - Не торопился
  - Прикасался к людям, насколько это позволяют культурные нормы
  - Задавал открытые вопросы
-

- Использовал ответы и жесты, которые показывали интерес
- Отразил в ответ то, что было сказано девочкой-подростком/ женщиной/ пожилым человеком
- Не использовал слова осуждения
- Выделил женщине достаточно времени для разговора

**Использовал ли Консультант навыки «Укрепление доверия и оказание поддержки»:**

- Благоклонно отнесся ко всему, что девочка-подросток/ женщина/ пожилой человек думает и ощущает
- Выслушал то, что волнует девочку-подростка/ женщину/ пожилого человека
- Признал и похвалил девочку-подростка/ женщину/ пожилого человека за то, что она делает правильно
- Оказал практическую помощь
- Предоставил немного информации, но по существу
- Использовал простой язык
- Предложил один или два варианта, не командовал

**Наблюдательный лист для оценки анемии**

( Да и  Нет)

**Выполнил ли Консультант следующие действия?**

- Измерил или сделал вид, что измерил уровень гемоглобина
- Предоставил точный протокол по анемии
- Назначил антигельминтную терапию при необходимости (детям старше 5 лет и беременным женщинам, живущим в районах с высоким уровнем распространенности гельминтов)
- Рассказал матери ребенка или женщине репродуктивного возраста / подростку / беременной женщине/ кормящей матери / пожилому человеку о рационе питания, включающем продукты, богатые железом и улучшающие усвоение железа
- Обсудил побочные эффекты терапии железом
- Рассказал о последующем наблюдении
- Предложил измерить уровень гемоглобина во время последующего посещения
- Направил пациента к терапевту или гематологу
- Предоставил информацию о плане по обеспечению препаратами для лечения анемии

## ЗАНЯТИЕ 12

### ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Время: 90 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Изучить Национальный протокол по скринингу, профилактике и лечению анемии у детей.
2. Практиковать 3-шаговое консультирование матерей с детьми, страдающих анемией.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 12.1:** Распечатка алгоритма Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у детей.
- **Памятка медицинского работника 12.2:** Форма оценки КДГРВ и анемии.
- **Памятка медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.
- **Флипчарты.**
- Кукла-ребенок, представляющая ребенка с анемией.
- Листки бумаги с указанием уровня гемоглобина, в соответствии с описанием Примера из практики.
- Имитация препарата железа и мерная ложка для демонстрации рекомендуемой дозы препарата.

**Задача обучения 1:** Изучить Национальный протокол по скринингу, профилактике и лечению анемии у детей.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Объясните, что согласно Медико-демографическому исследованию 2012, в Кыргызской Республике высокая распространенность анемии среди детей:
  - 43 процента детей в возрасте от 6 до 59 месяцев страдают анемией;
  - самая высокая распространенность анемии в Таласской и Чуйской областях, самая низкая – в городе Ош и Джалал-Абадской области.
2. Напишите три заголовка на флипчарте – профилактика, скрининг и лечение – оставляя место между заголовками для ответов участников. Спросите участников о профилактике, скрининге и лечении анемии и запишите их ответы соответственно.
3. Спросите у участников, какие есть способы профилактики анемии у детей грудного и раннего возраста.
4. Покажите флипчарт, который был использован во время Занятия 11 и где были перечислены основные мероприятия для детей.
5. Рассмотрите протокол по профилактике анемии среди здоровых детей грудного и раннего возраста (у которых уровень Hb выше 110 г/л):

- Для новорожденных рекомендуется отсроченное пережатие пуповины; не ранее чем в промежутке между 1–3 минутами после рождения.
  - В отношении новорожденных с очень низкой массой тела при рождении (менее чем 1.5 кг) и недоношенных детей в возрасте от 2 до 24 месяцев, посоветуйте их матерям давать им препарат железа в дозировке 2 мг/кг ежедневно; уточните торговую марку препарата железа и дозировку (например 1/2 чайной ложки и т.п.).
  - В отношении детей грудного и раннего возраста от 6 до 23 месяцев, живущих в районах с высокой распространенностью детской анемии (40% и выше), посоветуйте матерям добавить в рацион детей 2 мг/кг элементарного железа ежедневно; уточните марку препарата железа и дозировку (например 1/2 чайной ложки и т.п.).
  - В отношении детей грудного и раннего возраста от 6 до 23 месяцев, живущих в районах с низкой распространенностью детской анемии, посоветуйте матерям добавить в рацион детей 12.5 мг элементарного железа ежедневно.
  - В отношении детей старше 59 месяцев (5 лет) в районах, где распространенность гельминтных инфекций, передаваемых через почву, более 20%, посоветуйте матерям давать детям противогельминтный препарат один раз в год (см. протокол). Уточните марку противогельминтного препарата и дозировку.
  - В отношении детей старше 59 месяцев (5 лет) в районах, где распространенность гельминтных инфекций, передаваемых через почву, более 50%, посоветуйте матерям давать детям противогельминтный препарат два раза в год (см. протокол). Уточните марку противогельминтного препарата и дозировку.
6. Спросите у участников, когда они должны исследовать уровень гемоглобина у детей. Рассмотрите следующее, если не было упомянуто в ответах:
- У недоношенных детей – до наступления 3-месячного возраста;
  - У детей, родившихся в срок – в возрасте от 6 месяцев.
7. Спросите, на каком отрезке уровень гемоглобина указывает на анемию:
- У детей, родившихся в срок, в возрасте от 6 до 59 месяцев, когда их уровень гемоглобина ниже 110 г/л.
  - У детей, родившихся в срок, старше 59 месяцев, когда их уровень гемоглобина ниже 120 г/л.
  - Уровень гемоглобина ниже 70 г/л указывает на анемию тяжелой степени.
8. Попросите участников рассказать о протоколе лечения анемии у детей в возрасте от 6 до 23 месяцев. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты или ответы были неправильными.
- Рекомендуйте матерям давать детям препарат железа в дозировке: 2 мг элементарного железа на кг веса в течение трех месяцев. Уточните марку препарата железа (в виде сиропа) и дозировку.
  - Продемонстрируйте, как и в каком количестве давать препарат железа (используя имитацию препарата железа).
  - Рекомендуйте матерям кормить своих детей продуктами, богатыми питательными веществами, и фруктами, а также не давать детям чай во время еды.
  - Если у ребенка грудного/раннего возраста уровень гемоглобина ниже 70 г/л, направьте его на осмотр к педиатру или гематологу.



- В отношении детей с тяжелой степенью анемии посоветуйте матерям давать детям препарат железа в дозировке: 3 мг железа на кг веса в течение трех месяцев. Покажите участникам Таблицу 1 в протоколе.
9. Объясните, что детям с анемией в возрасте старше 59 месяцев (пяти лет), согласно протоколу, нужно давать 30 мг элементарного железа и 250 мкг фолиевой кислоты в течение трех месяцев.
10. Попросите участников рассказать о протоколе последующих действий в отношении детей, которые прошли лечение препаратом железа. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты:
- Через 14 дней после начала лечения, оцените состояние ребенка и то, как мать соблюдает назначенное лечение.
  - Через 4 недели после начала лечения проверьте уровень гемоглобина.
  - Если уровень гемоглобина улучшился (уровень гемоглобина равен или выше 110 г/л), посоветуйте матери продолжать давать препарат железа в течение еще двух месяцев.
  - Общий курс лечения препаратом железа составляет три месяца.
11. Спросите у участников, как они узнают о том, что назначенное лечение препаратами железа не приносит положительных результатов для ребенка.
12. Если необходимо, объясните, что повышение гемоглобина меньше чем на 10 г/л, по сравнению с первоначальным уровнем до начала лечения, означает, что лечение неэффективно.
13. Спросите у участников, какие могут быть возможные причины отсутствия улучшения.
14. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты:
- недостаточное количество препарата железа – мать может не давать необходимую дозу препарата;
  - нерегулярный прием или отказ принимать препарат железа;
  - другие причины.
15. Обсудите протокол действий в отношении детей, у которых уровень гемоглобина не улучшается после 30 дней лечения препаратом железа:
- если ребенок не получает назначенную дозу препарата железа, проконсультируйте мать по корректной дозировке препарата и обсудите причины, почему она не дает препарат в назначенной дозе (например, из-за побочных эффектов);
  - если несоблюдение лечения исключается, ребенка нужно направить к педиатру или гематологу для уточнения формы и причин анемии;
  - в случае, если уровень гемоглобина ребенка грудного/раннего возраста ниже 70 г/л, направьте ребенка к педиатру или гематологу для уточнения формы и причин анемии.
16. Спросите у участников, что они посоветуют матери после того, как ребенок успешно завершит лечение препаратом железа и у него больше не будет анемии.
17. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
- В отношении детей грудного и раннего возраста младше 24 месяцев, живущих в районах с низкой распространенностью анемии, посоветуйте матерям добавить в их рацион 12.5 мг элементарного железа ежедневно.
-

- В отношении детей грудного и раннего возраста от 6 до 23 месяцев, живущих в районах с высокой распространенностью детской анемии (40% и выше, если им сообщили о высокой распространенности), посоветуйте матерям добавлять в рацион своих детей 2 мг/кг элементарного железа ежедневно.
  - Посоветуйте матерям кормить своих детей пищей, богатой микроэлементами, фруктами, и не давать чай детям младше 2-х лет.
18. Обсудите показания, при которых ребенок должен быть направлен на госпитализацию.
- Если у ребенка тяжелая степень анемии и есть признаки декомпенсации сердечно-сосудистой системы;
  - Если состояние ребенка ухудшилось через одну или две недели после начала лечения, или не улучшилось через 4 недели после начала лечения.
19. В соответствии с **Раздаточным материалом 12.1**, попросите участников открыть Руководство к разделу по скринингу, профилактике и лечению анемии у детей грудного и раннего возраста и вместе с **Раздаточным материалом 12.2** рассмотрите алгоритм вместе с участниками.
20. Спросите у участников, есть ли у них вопросы. Ответьте на все вопросы перед тем, как перейти к следующему действию.

**Задача обучения 2:** Практика 3-шагового консультирования матерей с детьми, страдающими анемией.

**Методология:** Практическая работа.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

#### **Инструкции к работе:**

1. Попросите участников выстроиться в три колонны. Скажите, что участников из всех трех рядов попросят сыграть три роли: Мать с ребенком, Медицинский работник/Консультант, и Наблюдатель.
2. Попросите группу «матерей» выйти вместе с фасилитаторами из комнаты, где им будет зачитан «Кейс стади» – Пример из практики.
3. Раздайте 2 материала «Медицинским работникам/Консультантам»: **Раздаточный материал 12.1**, **Памятку медработника 12.2** и листок бумаги, на котором указан уровень гемоглобина.
4. Раздайте **Памятку медицинского работника 10.3** Наблюдателям.
5. Практическая работа с Примером из практики 1: прочтите описание примера из практики только «матерям» и попросите их вернуться к своим рабочим группам. Примечание: «матери» должны быть уверены, что они предоставляют всю информацию, описанную в их примере из практики.
6. Подчеркните, что участники должны придерживаться той минимальной информации, указанной в их Примерах из практики, и не приукрашивать.
7. Медицинский работник/Консультант в каждой группе спрашивает «мать», почему она пришла в клинику, практикуя при этом 3 шага консультирования «Оценка, анализ и действие» и применяя навыки «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки». Медработник/Консультант может использовать алгоритм из **Раздаточного материала 12.1** и **Памятку медработника 12.2: Форма оценки КДГРВ и анемии для определения последующих действий**. Во

время консультирования Медицинский работник/Консультант использует информацию с флипчарта, использованного на Занятии 11, о ключевых мероприятиях по снижению анемии у детей.

8. Когда начнется обсуждение уровня гемоглобина, Медицинский работник/Консультант раскроет листок бумаги с уровнем гемоглобина.
9. В каждой рабочей группе задачей Наблюдателя является запись того, какие навыки применяет Медработник/Консультант, используя при этом Наблюдательный лист (**Раздаточный материал 10.3**), для предоставления комментариев после работы с примером из практики.
10. Участники в группах меняются ролями и повторяют вышеуказанные шаги для рассмотрения Примеров из практики 2 и 3.
11. Обсудите и подведите итоги.

### Примечание:

Если Вы играете роль «Матери»:

- Придумайте себе и своему ребенку имена и скажите их «Медработнику/Консультанту».
- Ответьте на вопросы Медработника/Консультанта, согласно вашей «истории». Не давайте всю информацию сразу.
- Если Медработник/Консультант просит вашего разрешения сделать лабораторный анализ уровня гемоглобина, вы должны согласиться.
- Если Медработник/Консультант хорошо применяет навыки «Слушать и узнавать» и у вас есть ощущение, что он заинтересован, вы можете рассказать ей/ему больше.

Если вы играете роль «Медицинского работника/Консультанта»:

- Поздоровайтесь с «матерью» и представьтесь. Спросите ее имя и далее обращайтесь к ней по имени.
- Задайте один или два открытых вопроса для того, чтобы начать разговор и узнать в целом, как она и ее ребенок себя чувствуют.
- Используйте **Памятку медицинского работника 12.2: Форма оценки КДГРВ и анемии для сбора дополнительной общей информации** (шаг консультирования «Оценка»).
- Объясните, что вы хотели бы узнать, почему она пришла в медицинскую клинику (шаг консультирования «Оценка»). Всегда спрашивайте мать, согласна ли она измерить уровень гемоглобина ее ребенка (шаг консультирования «Оценка»).
- Следуйте протоколу, после того как вы узнали уровень гемоглобина, указанный на листе бумаги (шаг консультирования «Анализ»).
- Определите приоритеты и придите к соглашению о том, что мать может постараться сделать (шаг консультирования «Действие»).
- Помните о том, чтобы упомянуть ключевые мероприятия по снижению анемии у детей, перечисленные на флипчарте во время Занятия 11. В частности, Медработник/Консультант должен подчеркнуть важность массовой дегельминтизации и ключевых практик водоснабжения, санитарии и гигиены.

Если вы Наблюдатель:

- Проследите за работой в парах при помощи Раздаточного материала 10.3: Наблюдательный лист и за тем, как проходит 3-шаговое консультирование: оценка,

анализ, действие, а также при помощи Наблюдательного листа для оценки анемии.

- Обратите внимание, какие из навыков «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки» использует медработник.
- После ролевых игр похвалите медработника за то, что он сделал правильно, и вместе рассмотрите Наблюдательный лист (**Раздаточный материал 10.3**).

### **Пример из практики №1**

Мать: Вы мама, живущая в Чуйской области, и вы принесли своего 6-месячного ребенка в медицинскую клинику для очередного осмотра. Это ваш второй ребенок, между вашим первым и вторым ребенком разница в полтора года. Вы регулярно кормите его грудным молоком, и он нормально растет. Вы жалуетесь на то, что ваш ребенок вялый в последнее время.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 90 г/л.

### **Пример из практики №2**

Мать: Вы мама, живущая в Таласской области, и вам дали препарат элементарного железа, чтобы вы давали его своему 6-месячному ребенку, так как врач сказал, что у него анемия. Вы вернулись в клинику для повторного контрольного осмотра через 4 недели. Если Медицинский работник/Консультант спросит вас, вы скажете, что перестали давать своему ребенку препарат железа, потому что он вызвал у него запор. Ваш ребенок по-прежнему очень вялый.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 95 г/л.

### **Пример из практики №3**

Мать: Вы мама, живущая в Таласской области, вашему ребенку сейчас 9 месяцев. Медицинский работник проконсультировал вас во время последнего посещения о том, как важно давать вашему ребенку препарат железа, и вы следовали назначенному лечению. Ваш ребенок стал намного более бодрым и активным. Через три месяца вы вновь пришли в клинику для посещения медработника.

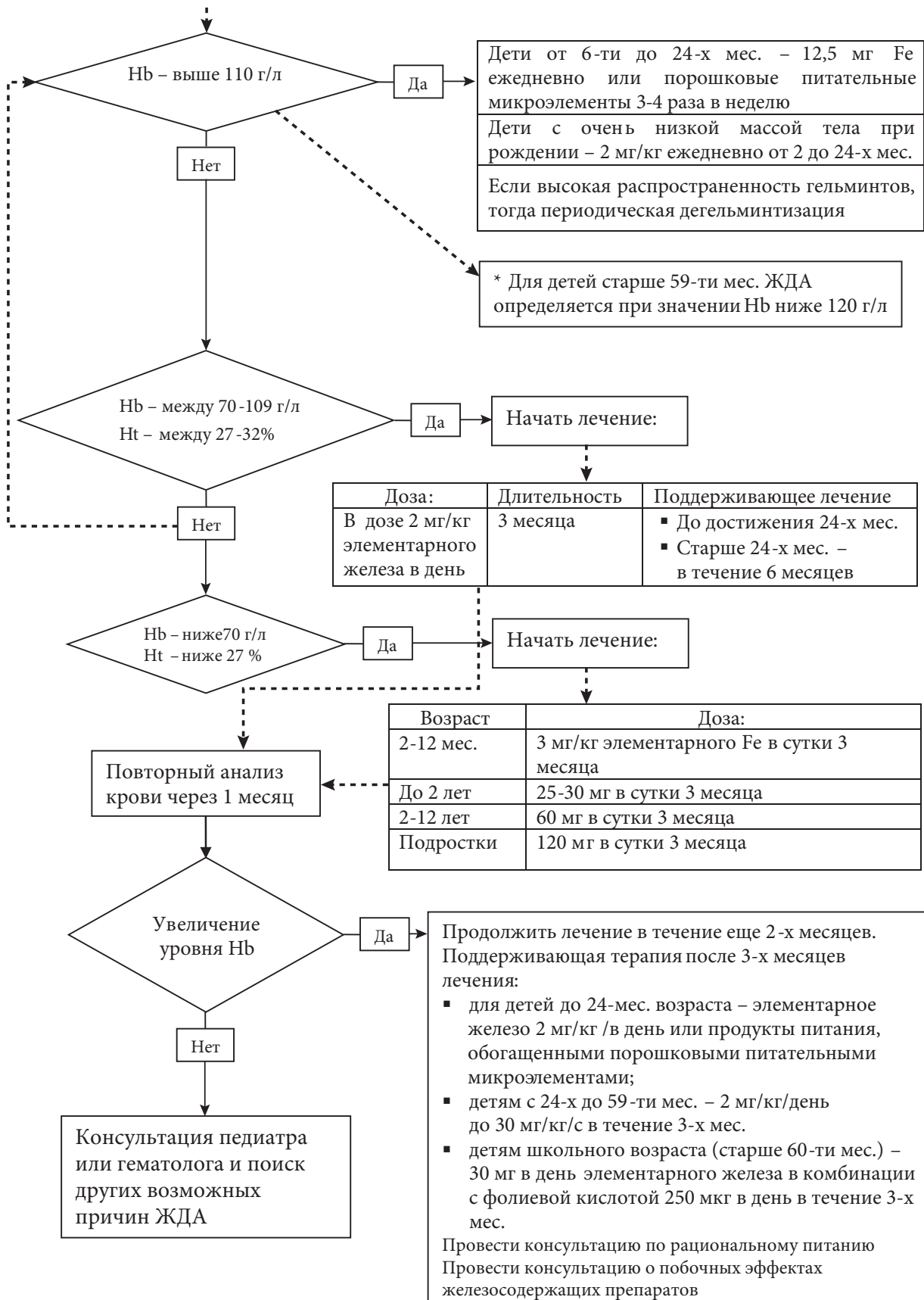
Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 110 г/л.

### **Основное содержание**

- Процесс 3-шагового консультирования включает в себя:
  - Оценку клинического состояния ребенка и подготовку к оценке на предмет анемии: спрашивайте, слушайте и наблюдайте.
  - Анализ порядка действий согласно протоколу и обсуждение с пациентом методов профилактики и лечения анемии.
  - Действие – иницируйте соответствующее лечение, проконсультируйте пациентку в отношении дозировки, продолжительности приема, побочных эффектов, а также возможных изменений в образе жизни.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 12.1

### Алгоритм протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у детей



## ПАМЯТКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА 12.2: ОЦЕНКА КДГРВ

Округлите или напишите ответы соответственно

	Имя матери/попечителя		Имя ребенка			Возраст ребенка (в месяцах)		(Имя ребенка) Ваш первый ребенок?					
Наблюдения матери/ попечителя													
Заболевание ребенка	Ребенок болен					Ребенок не болен			Ребенок выздоравливает				
Уровень гемоглобина		Профилактика			Лечение анемии			Дегельминтиза- ция					
Расскажи- те мне о грудном вскармли- вании	На грудном вскармливание в настоящее время		Частота: сколько раз в день и ночь			Если Нет: когда прекратили ГВ?		Как проходит ГВ? (отметьте любые затруднения)					
Расскажите мне о жидкостях, которые ваш ребенок получил вчера	Ваш ребенок пьет другие жидкости?		Какие			Частота: сколько раз в день		Количество: сколько (См. 250 мл)					
	Другое молоко												
	Другие жидкости, включая воду												
Прикорм вчера	Возраст ребенка	Разнообразие						Частота	Кол-во	Густота/ текстура			
		Основ- ная еда: Хле- бобу- лочные изде- лия, зер- новые (рис, кукуру- за)	Бобо- вые (фа- соль, орехи, семена)	Фрук- ты- овоци, бога- тые вита- мином А	Другие овоци, фрук- ты	Про- дукты живот- ного происх.	Моло- ко, мо- лочные про- дукты				Яйца	ПП = Прием пищи П = пе- рекус	# боль- ших ложек или часть 250 мл чашки: ¼, ½, ¾, пол- ная
Кривая роста растет	Да		Нет			Выравнивается/Статична							
Другие проблемы (обратите внимание на ПРИЧИНЫ проблем)													
Мать/попечитель помогает ребенку	Кто помогает ребенку, когда он ест?												
Гигиена	Моет руки ПЕРЕД ЕДОЙ (едой/кормлением/подготовкой еды); ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ (самостоятельной/ребенка/животного)  Да Нет												

## ЗАНЯТИЕ 13

### ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Изучить национальный протокол по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста.
2. Практиковать 3-шаговое консультирование женщин репродуктивного возраста, страдающих анемией.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 13.1:** Распечатка на одном листе алгоритма протокола протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста.
- **Памятка медицинского работника 10.2:** Форма оценки питания женщин и девочек-подростков.
- **Памятка медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.
- **Флипчарт.**
- Листки бумаги с указанием уровня гемоглобина, в соответствии с описанием Примера из практики.

**Задача обучения 1:** Изучить национальный протокол по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 20 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Объясните, что согласно Медико-демографическому исследованию 2012, 35 процентов женщин репродуктивного возраста (ЖРВ) в Кыргызской Республике страдают анемией.
2. Укажите, что у женщин, живущих в Таласской, Чуйской и Нарынской областях, уровень анемии варьирует от 39 до 51 процента.
3. Напишите три заголовка на флипчарте – профилактика, скрининг и лечение – оставляя место между заголовками для ответов участников. Спросите участников о профилактике, скрининге и лечении анемии и запишите их ответы соответственно.
4. Спросите у участников, какие есть методы профилактики анемии у женщин репродуктивного возраста.
5. Покажите флипчарт, который был использован во время Занятия 11 и где были перечислены основные мероприятия для женщин репродуктивного возраста.
6. Если не было упомянуто, объясните, что из-за высокой распространенности анемии среди ЖРВ, рекомендуется назначение еженедельной дозы препарата

- железа – 60 мг элементарного железа вместе с 2,800 мкг (2.8 мг) фолиевой кислоты в течение трех месяцев дважды в год, с трехмесячным интервалом между лечением.
7. Спросите у участников, когда они должны исследовать уровень гемоглобина у женщин репродуктивного возраста.
  8. Рассмотрите следующее, если не было упомянуто в ответах:
    - a. Проверьте уровень гемоглобина девочек-подростков в возрасте между 15 и 17 годами один раз в год во время обращения в медицинское учреждение. Если девочка-подросток не обращалась в медицинское учреждение, тогда при первой же возможности.
    - b. Проверьте уровень гемоглобина у всех женщин в возрасте от 18 до 25 лет.
  9. Спросите, на каком отрезке уровень гемоглобина указывает на анемию у ЖРВ:
    - a. Если уровень гемоглобина ниже, чем 120 г/л;
    - b. Уровень анемии ниже 70 г/л указывает на анемию тяжелой степени.
  10. Попросите участников рассказать о протоколе лечения небеременных ЖРВ, страдающих анемией. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты или ответы были неправильными:
    - В отношении женщин, страдающих умеренной анемией, рекомендуется принимать по 60 мг элементарного железа дважды в день (120 мг/день всего) и 400 мкг фолиевой кислоты ежедневно в течение 3-х месяцев.
    - В отношении женщин с тяжелой степенью анемии, посоветуйте женщинам принимать по 60 мг элементарного железа три раза в день (180 мг/день в общей сложности) и 400 мкг фолиевой кислоты ежедневно в течение 3-х месяцев.
    - Посоветуйте женщинам, какой препарат железа принимать и в какой дозе.
    - Рекомендуйте женщинам употреблять продукты с богатым содержанием питательных веществ, есть фрукты во время приемов пищи и не пить чай вместе с едой.
  11. Спросите участников о протоколе последующего наблюдения за ЖРВ, которые проходят лечение препаратами железа. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - Через 14 дней после начала лечения оцените клиническое состояние женщины и то, как она соблюдает предписанное лечение.
    - Через 4 недели после начала лечения проверьте статус гемоглобина.
    - Если уровень гемоглобина улучшается (уровень гемоглобина повысился до 120 г/л или выше), посоветуйте женщине продолжать принимать препарат железа в течение еще двух месяцев.
    - Общий курс лечения препаратом железа составляет три месяца.
  12. Спросите у участников, как они узнают о том, что назначенное лечение препаратами железа не приносит положительных результатов.
  13. Если необходимо, объясните, что если уровень гемоглобина не повышается по сравнению с первоначальным уровнем до начала лечения, лечение препаратами железа неэффективно.
  14. Спросите у участников, что они посоветуют, если лечение препаратом железа неэффективно. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты:
-



- Определите возможные причины отсутствия улучшения.
  - В случае анемии тяжелой степени (70 г/л и ниже) направьте женщину к терапевту или гематологу.
15. Рассмотрите некоторые из причин, почему назначенное лечение препаратом железа может не приносить улучшения:
- Недостаточное количество препарата железа – женщина может не принимать препарат в нужной дозе.
  - Нерегулярный прием или отказ принимать препарат железа.
  - Другие причины.
16. Упомяните, что женщину нужно проконсультировать, если она не принимает назначенную дозу препарата железа. Если несоблюдение лечения исключается, женщина должна быть направлена к терапевту или гематологу для уточнения причин.
17. Спросите у участников, что они посоветуют женщине, когда она завершит лечение препаратом железа и у нее не будет анемии.
18. Если не упомянуто участниками, укажите, что женщина должна вернуться к принятому протоколу профилактики, то есть еженедельно принимать 60 мг элементарного железа вместе с 2,800 мкг (2.8 мг) фолиевой кислоты в течение трех месяцев дважды в год, с трехмесячным интервалом между курсами профилактики.
19. Обсудите показатели, при которых небеременная женщина должна быть направлена на госпитализацию.
- Если у женщины тяжелая степень анемии и есть признаки декомпенсации сердечно-сосудистой системы.
  - Если состояние женщины ухудшилось через одну или две недели после начала лечения, или не улучшилось через 4 недели после начала лечения.
20. В соответствии с **Раздаточным материалом 13.1**, попросите участников открыть Руководство к разделу по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста и рассмотрите алгоритм вместе с участниками.
21. Спросите у участников, есть ли у них вопросы. Ответьте на все вопросы перед тем, как перейти к следующему действию.

**Задача обучения 2:** практиковать 3-шаговое консультирование женщин репродуктивного возраста, страдающих анемией.

**Методология:** Практика.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Попросите участников выстроиться в три колонны. Скажите, что участников из всех трех рядов попросят сыграть три роли: Женщина репродуктивного возраста (ЖРВ), Медицинский работник/Консультант и Наблюдатель.
  2. Попросите группу «ЖРВ» выйти вместе с фасилитаторами из комнаты, где им будет зачитан Пример из практики.
  3. Раздайте 2 материала «Медицинским работникам/Консультантам» **Раздаточный материал 13.1**, **Памятку медработника 10.2** и листок бумаги, на котором указан уровень гемоглобина.
-

4. Раздайте **Памятку медицинского работника 10.3** Наблюдателям.
5. Практическая работа с Примером из практики 1: прочтите описание примера из практики только «ЖРВ» и попросите их вернуться к своим рабочим группам. Примечание: «ЖРВ» должны быть уверены, что они предоставляют всю информацию, описанную в их примере из практики.
6. Подчеркните, что участники должны придерживаться той минимальной информации, указанной в их Примерах из практики, и не приукрашивать.
7. Медицинский работник/Консультант в каждой группе спрашивает «женщину репродуктивного возраста», почему она пришла в клинику, практикуя 3 шага консультирования «Оценка, анализ и действие» и применяя навыки «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки». Медработник может использовать алгоритм из **Раздаточного материала 13.1** и **Памятку для медработника 10.2**: Форма оценки питания и анемии у женщин и девочек-подростков для определения последующих действий. Во время консультирования Медицинский работник/Консультант использует информацию с флипчарта, использованного на Занятии 11, о ключевых мероприятиях по снижению анемии у ЖРВ.
8. Когда начнется обсуждение уровня гемоглобина, Медицинский работник/Консультант раскроет листок бумаги, где указан уровень гемоглобина.
9. В каждой рабочей группе задачей Наблюдателя является запись того, какие навыки применяет Медработник/Консультант, используя при этом Наблюдательный лист (**Раздаточный материал 10.3**), для предоставления комментариев после работы с примером из практики.
10. Участники в группах меняются ролями и повторяют вышеуказанные шаги для рассмотрения Примеров из практики 2 и 3.
11. Обсудите и подведите итоги.

**Примечание:**

Если вы «ЖРВ»:

- Придумайте себе имя и скажите его вашему «Медработнику/Консультанту».
- Ответьте на вопросы медработника, согласно вашей «истории». Не давайте всю информацию сразу.
- Если Медработник/Консультант попросит вашего разрешения сделать лабораторный анализ уровня гемоглобина, вы должны согласиться.
- Если ваш медработник хорошо применяет навыки «Слушать и узнавать» и у вас есть ощущение, что он заинтересован, вы можете рассказать ей/ему больше.

Если вы «Медицинский работник/Консультант»:

- Поздоровайтесь с «ЖРВ» и представьтесь. Спросите ее имя и далее обращайтесь к ней по имени.
- Задайте один или два открытых вопроса для того, чтобы начать разговор и узнать в целом, как она себя чувствует.
- Используйте **Памятку медицинского работника 10.2**: Форма оценки КДГРВ и анемии для сбора дополнительной общей информации (шаг консультирования «Оценка»).

- Объясните, что вы хотели бы узнать, почему она пришла в медицинскую клинику (шаг консультирования «Оценка»).
- Всегда спрашивайте, согласна ли она измерить уровень ее гемоглобина (шаг консультирования «Оценка»).
- Следуйте протоколу, после того как вы узнали уровень гемоглобина, указанный на листе бумаги (шаг консультирования «Анализ»).
- Определите приоритеты и придите к соглашению о том, что женщина может постараться сделать (шаг консультирования «Действие»).
- Помните о том, чтобы упомянуть ключевые мероприятия по снижению анемии у ЖРВ, перечисленные на флипчарте во время Занятия 11. В частности, Медработник/Консультант должен подчеркнуть важность массовой дегельминтизации и ключевых практик водоснабжения, санитарии и гигиены, особенно среди девочек-подростков.

Если вы Наблюдатель:

- Проследите за работой в парах при помощи Раздаточного материала 10.3: Наблюдательный лист и за тем, как проходит 3-шаговое консультирование: оценка, анализ, действие, а также при помощи Наблюдательного листа для оценки анемии.
- Обратите внимание на то, какие из навыков «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки» использует медработник.
- После ролевых игр похвалите медработника за то, что он сделал правильно, и вместе рассмотрите Наблюдательный лист для анализа ролевых игр.

### **Пример из практики №1**

Женщина: Вы из Нарынской области (39% женщин с анемией). Вы пришли в клинику, потому что вы чувствуете себя немного уставшей.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина 100 г/л.

### **Пример из практики №2**

Женщина: Вы 30-летняя замужняя женщина из Нарына. Вы работаете на поле. У вас дома двое детей, 7-ми и 8-ми лет. При рождении они были маленькими для своего возраста. Вы едите один раз в день, в основном мучное и картофель, без овощей. Вы пришли в клинику, потому что у вас нет аппетита, и вы чувствуете себя очень-очень уставшей.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина 70 г/л.

### **Пример из практики №3**

Женщина: Вам 15 лет и у вас недавно началась менструация. Вы также заметили, что у вас есть глисты в кале. Вы не знаете, что вам делать, и это ваше первое посещение медицинского учреждения.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина 110 г/л.

---

**Основное содержание**

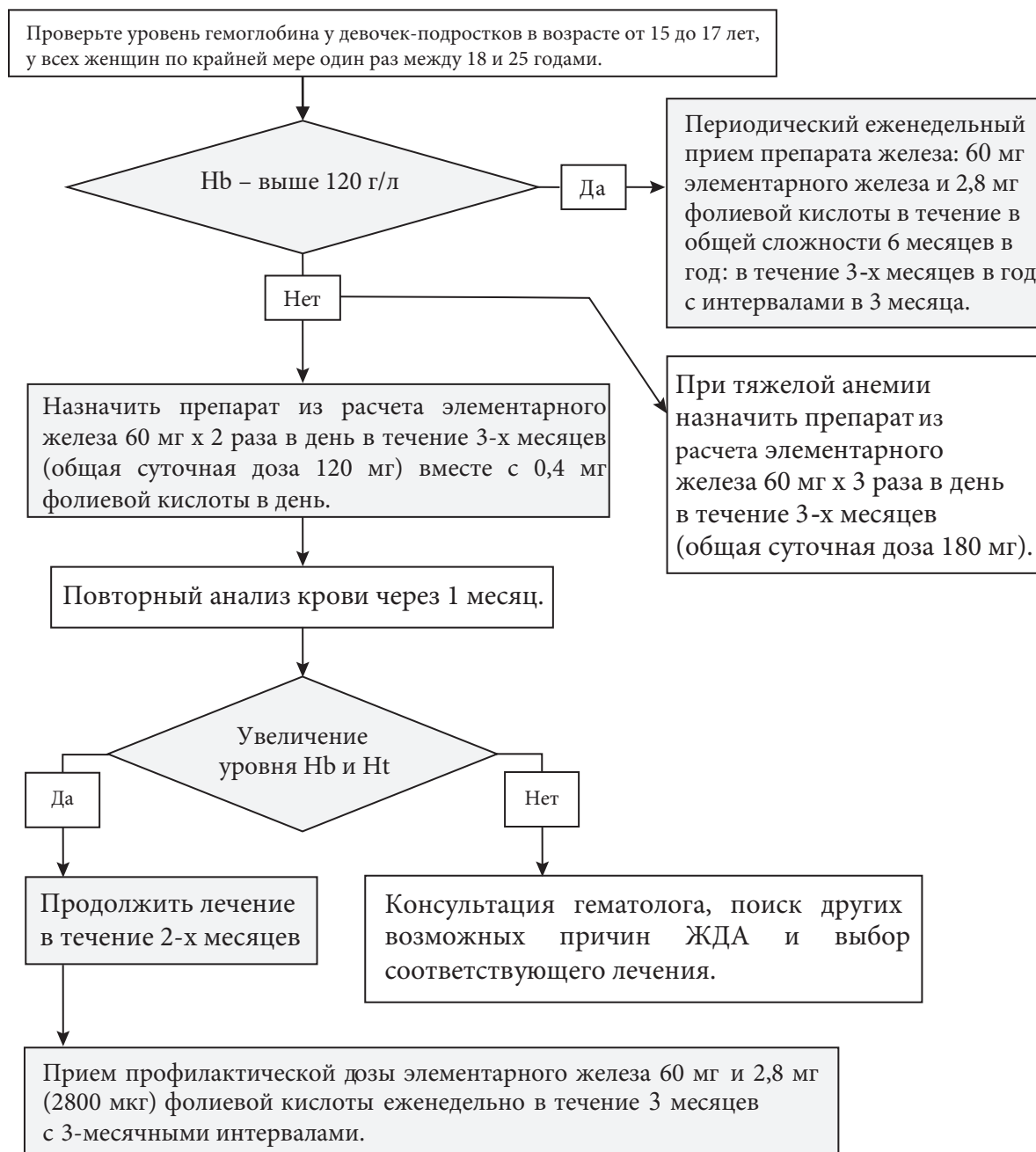
- Процесс 3-шагового консультирования включает в себя:
    - Оценку клинического состояния ЖРВ и подготовку к оценке на предмет анемии: спрашивайте, слушайте и наблюдайте.
    - Анализ порядка действий согласно протоколу и обсуждение с ЖРВ методов профилактики и лечения анемии.
    - Действие – иницилируйте соответствующее лечение, проконсультируйте пациентку в отношении дозировки, продолжительности приема, побочных эффектов, а также возможных изменений в образе жизни.
-

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 13.1

### Раздел Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста.

Смотрите руководство, раздел Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста.

### Раздаточный материал 13.1: Алгоритм Протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у женщин репродуктивного возраста



## ЗАНЯТИЕ 14 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Время: 45 минут

### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Ознакомиться с национальным протоколом по скринингу, профилактике и лечению анемии у беременных женщин.
2. Практиковать 3-шаговое консультирование беременных женщин, страдающих анемией.

### Подготовка

- **Раздаточный материал 14.1:** Алгоритм протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у беременных женщин.
- **Памятка медицинского работника 10.2:** Форма оценки питания женщин и девочек-подростков.
- **Памятка медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.
- **Флипчарт.**
- Листки бумаги с указанием уровня гемоглобина, в соответствии с описанием Примера из практики.

**Задача обучения 1:** Ознакомить участников с национальным протоколом по скринингу, профилактике и лечению анемии у беременных женщин.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 20 минут.

### Инструкции к работе:

1. Напишите три заголовка на флипчарте – профилактика, скрининг и лечение – оставляя место между заголовками для ответов участников. Спросите участников о профилактике, скрининге и лечении анемии и запишите их ответы соответственно.
2. Спросите участников о том, как проводится профилактика анемии у беременных женщин.
3. Покажите флипчарт, который был использован во время Занятия 11 и где были перечислены основные мероприятия для беременных женщин.
4. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
  - Беременной женщине необходимо принимать 30 мг элементарного железа (60 мг, там где показатель распространенности анемии выше чем 40%) и 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты ежедневно.
  - Необходимо начать принимать препараты железа и фолиевой кислоты с самого раннего срока беременности, насколько это возможно.
  - В идеале препараты железа надо принимать между приемами пищи, запивая соком или кипяченой водой. Не следует запивать препараты железа чаем. Если

- прием препаратов между приемами пищи вызывает тошноту, тогда посоветуйте принимать препарат железа во время еды.
- Женщинам следует назначать единовременную разовую дозу антигельминтной терапии по эпидемиологической ситуации согласно КП.
5. Спросите у участников, когда они должны проверить статус анемии у беременных женщин.
  6. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - Уровень гемоглобина у всех беременных женщин должен быть исследован не позже, чем в первом триместре беременности.
    - Повторное измерение уровня гемоглобина у всех беременных женщин проводится на 28 и 38 неделях беременности.
  7. Спросите, на каком отрезке времени уровень гемоглобина у беременных женщин указывает на анемию. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - В первом и третьем триместрах, если уровень гемоглобина ниже, чем 110 г/л.
    - Во втором триместре, если показатель гемоглобина ниже, чем 105 г/л.
    - Уровень гемоглобина ниже 70 г/л указывает на анемию тяжелой степени.
  8. Спросите участников о протоколе лечения анемии у беременных женщин. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - Посоветуйте женщине принимать по 60 мг элементарного железа два раза в день (в общей сложности 120 мг/сут) в комбинации с 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты ежедневно в течение трех месяцев.
    - При тяжелой степени анемии посоветуйте женщине принимать по 60 мг элементарного железа три раза в день (всего 180 мг/сут) и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты ежедневно в течение трех месяцев.
    - Посоветуйте, какие препараты железа и фолиевой кислоты лучше принимать и в каких дозах.
    - Не рекомендуйте пациентке пить чай одновременно с препаратом железа; скажите, что между приемом препарата и употреблением чая должно пройти полчаса или более.
  9. Спросите участников о протоколе последующего наблюдения за беременными женщинами, которые проходят лечение препаратами железа.
  10. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - Через 14 дней после начала лечения оцените клиническое состояние женщины и то, как она соблюдает предписанное лечение.
    - Через 4 недели после начала лечения проверьте уровень гемоглобина.
    - Если уровень гемоглобина повышается, посоветуйте женщине продолжать принимать препарат железа в течение еще двух месяцев.
    - Проверьте уровень гемоглобина по окончании лечения.
  11. Спросите у участников, как они узнают о том, что назначенное лечение препаратами железа не приносит положительных результатов.
  12. Если необходимо, объясните, что если уровень гемоглобина не повышается по сравнению с первоначальным уровнем до начала лечения, лечение препаратами железа неэффективно.
-

13. Рассмотрите некоторые из причин, почему назначенное лечение может не принести улучшение:
  - Недостаточное количество препарата железа – беременная женщина может не принимать препарат в нужной дозе.
  - Нерегулярный прием или отказ принимать препарат железа.
  - Другие причины.
14. Спросите участников об алгоритме действий в том случае, когда у женщин не наблюдается улучшения после приема препаратов железа и фолиевой кислоты.
15. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
  - Если женщина принимает препарат в ненадлежащей дозе, проконсультируйте ее и направьте к терапевту или гематологу.
  - Если несоответствие лечения исключается, направьте женщину к терапевту или гематологу для уточнения формы и причин анемии.
  - В случае анемии тяжелой степени (70 г/л и ниже) направьте женщину к терапевту или гематологу для уточнения формы и причин анемии.
16. Спросите у участников, что они посоветуют женщине, когда она завершит лечение препаратом железа и у нее не будет анемии.
17. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
  - Посоветуйте беременной женщине возобновить профилактику анемии и принимать 30 мг элементарного железа (60 мг, там где показатель распространенности анемии выше, чем 40%) и 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты ежедневно.
  - Необходимо измерять уровень гемоглобина ежемесячно до родоразрешения.
18. Обсудите показатели, при которых беременная женщина должна быть направлена на госпитализацию.
  - Если у беременной женщины тяжелая степень анемии и есть признаки декомпенсации сердечно-сосудистой системы.
  - Если состояние женщины ухудшилось через одну или две недели от начала лечения, или не улучшилось через 4 недели от начала лечения.
19. В соответствии с **Раздаточным материалом 14.1**, попросите участников открыть Руководство к разделу по скринингу, профилактике и лечению анемии у беременных женщин и рассмотрите вместе с участниками алгоритм действий.
20. Спросите у участников, есть ли у них вопросы. Ответьте на все вопросы перед тем, как перейти к следующему действию.

**Задача обучения 2:** Практика 3-шагового консультирования беременных женщин с анемией.

**Методология:** Практическое занятие.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

**Инструкции к работе:**

1. Попросите участников выстроиться в три колонны. Скажите, что участников из всех трех рядов попросят сыграть три роли: Беременная женщина, Медицинский работник/Консультант и Наблюдатель.
-



2. Попросите группу «Беременные женщины» выйти вместе с фасилитаторами из комнаты, где им будет зачитан пример из практики.
3. Раздайте 2 материала «медицинским работникам/консультантам» **Раздаточный материал 14.1, Памятку медработника 10.2** и листок бумаги, на котором указан уровень гемоглобина.
4. Раздайте **Памятку медицинского работника 10.3** Наблюдателям.
5. Практическая работа с Примером из практики 1: прочтите описание примера из практики только «беременным женщинам» и попросите их вернуться к своим рабочим группам. Примечание: «беременные женщины» должны быть уверены, что они предоставляют всю информацию, описанную в их примере из практики.
6. Подчеркните, что участники должны придерживаться той минимальной информации, указанной в их Примерах из практики, и не приукрашивать факты.
7. Медицинский работник/Консультант в каждой группе спрашивает «беременную женщину», почему она пришла в клинику, практикуя при этом 3 шага консультирования «Оценка, анализ и действие» и применяя навыки «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки». Медработник/Консультант может использовать алгоритм из **Раздаточного материала 14.1** и **Памятку медработника 10.2: Форма оценки питания женщин и девочек-подростков** для определения последующих действий. Во время консультирования Медицинский работник/Консультант использует информацию с флипчарта, использованного на Занятии 11, о ключевых мероприятиях по снижению анемии у беременных женщин, так же, как и информацию о ключевых практиках по снижению анемии.
8. Когда начнется обсуждение уровня гемоглобина, Медицинский работник/Консультант раскроет листок бумаги, где указан уровень гемоглобина.
9. В каждой рабочей группе задачей Наблюдателя является запись того, какие навыки применяет Медработник/Консультант, используя при этом Наблюдательный лист (**Раздаточный материал 10.3**), для предоставления комментариев после работы с примером из практики.
10. Участники в группах меняются ролями и повторяют вышеуказанные шаги для рассмотрения Примеров из практики 2 и 3.
11. Обсудите и подведите итоги.

### **Примечание:**

Если вы «Беременная женщина»:

- Придумайте себе имя и назовите его «Медработнику/Консультанту».
- Ответьте на вопросы медработника, согласно вашей «истории». Не давайте всю информацию сразу.
- Если Медработник/Консультант попросит вашего разрешения сделать лабораторный анализ уровня гемоглобина, вы должны согласиться.
- Если ваш медработник хорошо применяет навык «Слушать и Узнавать» и у вас есть ощущение, что он заинтересован, вы можете рассказать ей/ему больше.

Если вы «Медицинский работник»:

- Поздоровайтесь с «беременной женщиной» и представьтесь. Спросите ее имя и далее обращайтесь к ней по имени.
-

- Задайте один или два открытых вопроса для того, чтобы начать разговор и узнать в целом, как она себя чувствует.
- Используйте **Памятку медицинского работника 10.2**: Форма оценки питания женщин и девочек-подростков для сбора дополнительной общей информации (шаг консультирования «Оценка»).
- Объясните, что вы хотели бы узнать, почему она пришла в медицинскую клинику (шаг консультирования «Оценка»).
- Всегда спрашивайте, согласна ли она измерить уровень ее гемоглобина (шаг консультирования «Оценка»).
- Следуйте протоколу, после того как вы узнали уровень гемоглобина, указанный на листе бумаги (шаг консультирования «Анализ»).
- Определите приоритеты и придите к соглашению о том, что женщина может постараться сделать (шаг консультирования «Действие»).
- Помните о том, чтобы упомянуть ключевые мероприятия по снижению анемии у беременных женщин, перечисленные на флипчарте во время Занятия 11, так же, как и ключевые практики по снижению анемии. В частности, Медработник/Консультант должен подчеркнуть важность массовой дегельминтизации и ключевых практик водоснабжения, санитарии и гигиены.

Если вы Наблюдатель:

- Проследите за работой в парах при помощи Раздаточного материала 10.3: Наблюдательный лист и за тем, как проходит 3-шаговое консультирование: оценка, анализ, действие, а также при помощи Наблюдательного листа для оценки анемии.
- Обратите внимание, какие из навыков «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки» использует медработник.
- После ролевых игр похвалите медработника за то, что он сделал правильно, и вместе рассмотрите Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у женщин и девочек-подростков.

### Анализ примера из практики №1

**Беременная женщина:** Вам 20 лет, вы беременны и вы вновь пришли в клинику для последующего наблюдения за ходом вашего лечения препаратами железа и фолиевой кислоты. Это ваша первая беременность. Вы не принимали препарат железа, так как он вызывает у вас тошноту, и ваш стул окрасился в черный цвет, и это вас беспокоит.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 100 г/л.

### Анализ примера из практики №2

**Беременная женщина:** Вы на 4-м месяце беременности. Это ваша вторая беременность. Ваша первая беременность закончилась выкидышем на 12 неделе. Вы принимали препараты железа и фолиевой кислоты в течение трех месяцев, как вам назначил доктор. Вы ввели один дополнительный прием пищи в свой ежедневный рацион по рекомендации врача, но испытываете небольшую тошноту и рвоту. Вы вернулись для наблюдения за ходом вашего второго триместра и хотите знать, что вам нужно делать в течение оставшегося срока беременности.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 107 г/л.

---

**Анализ примера из практики №3**

Беременная женщина: Вы из Таласа (где уровень распространенности анемии среди женщин 41%) и вы на 4 месяце беременности. Вы пришли в клинику для первого посещения врача в ходе дородового наблюдения.

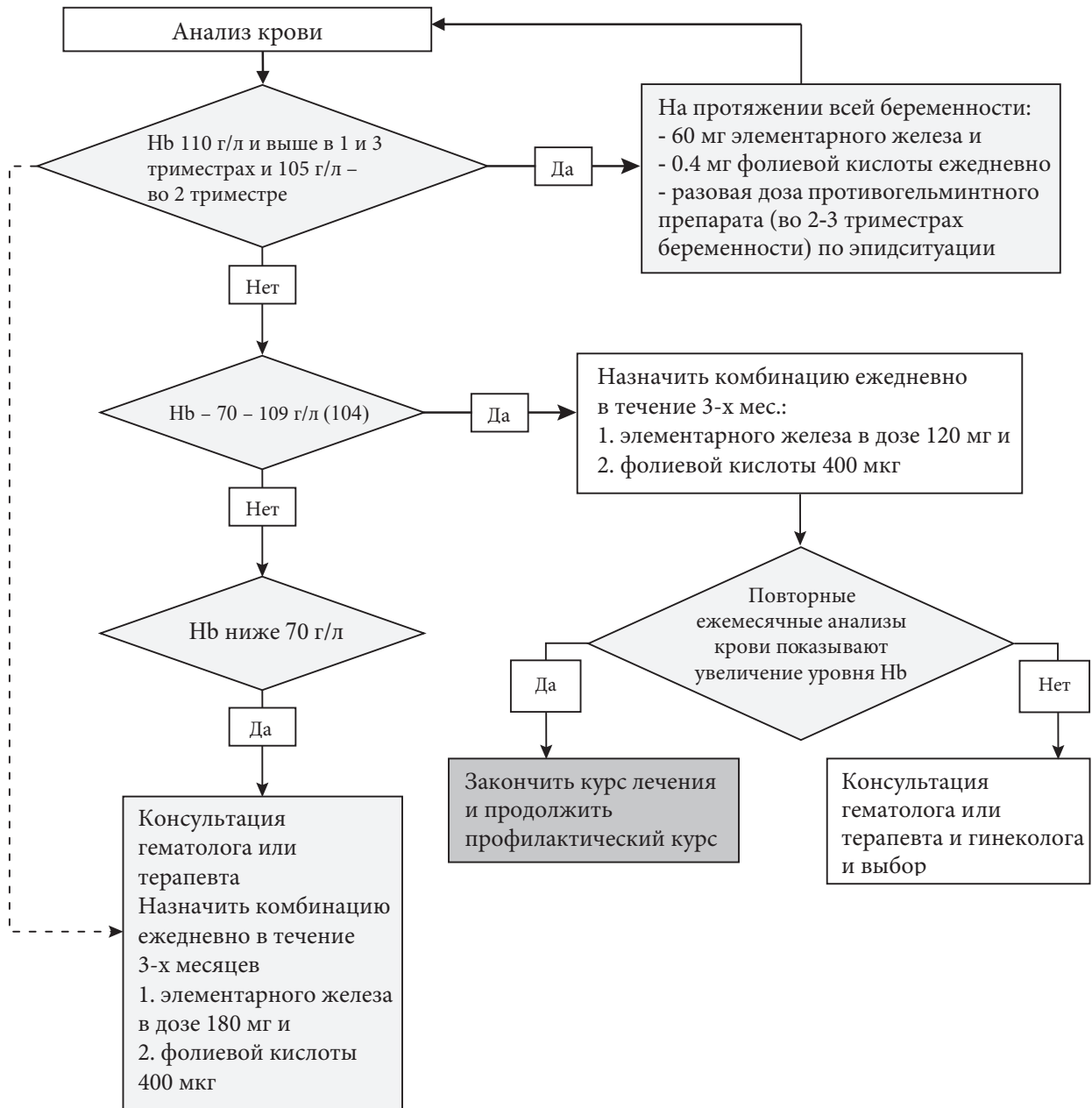
Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 110 г/л.

**Основное содержание**

- Процесс 3-шагового консультирования включает в себя:
    - Оценку клинического состояния беременной и подготовку к оценке анемии: спрашивайте, слушайте и наблюдайте.
    - Анализ порядка действий согласно протоколу и обсуждение с беременной женщиной методов профилактики и лечения анемии.
    - Действие – иницируйте соответствующее лечение, проконсультируйте пациентку в отношении дозировки, продолжительности приема, побочных эффектов, а также возможных изменений в образе жизни.
-

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 14.1

### Алгоритм Протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у беременных женщин



## ЗАНЯТИЕ 15

### ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Ознакомиться с национальным протоколом по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.
2. Практиковать 3-шаговое консультирование людей старше 50-ти лет, страдающих анемией.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 15.1:** Копия раздела из Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.
- **Раздаточный материал 15.2:** Алгоритм по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.
- **Памятка медицинского работника 10.2:** Форма оценки питания женщин и девочек-подростков.
- **Памятка медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания и анемии у девочек-подростков и женщин.
- Флипчарт.
- Листки бумаги с указанием уровня гемоглобина, в соответствии с описанием Примера из практики.

**Задача обучения 1:** Ознакомить участников с национальным протоколом по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.

**Методология:** Мозговой штурм; Интерактивная презентация.

**Рекомендуемое время:** 20 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Напишите три заголовка на флипчарте – профилактика, скрининг и лечение – оставляя место между заголовками для ответов участников. Спросите участников о профилактике, скрининге и лечении анемии и запишите их ответы соответственно.
2. Объясните, что люди старше 50-ти лет подвержены анемии из-за плохого питания и/или плохого усвоения железа.
3. Изучите лекарства, которые принимает пациент старше 50-ти лет. В инструкции, приложенной к таблетированным препаратам железа и фолиевой кислоты, есть информация о лекарственном взаимодействии железа и фолиевой кислоты с другими медикаментами. Если инструкция не доступна, обратитесь к фармацевту. Препараты железа могут влиять на абсорбцию многих лекарственных препаратов (например, препаратов для лечения заболеваний крови, болезни Паркинсона, заболеваний щитовидной железы, различных антибиотиков и т.д.). Абсорбция железа также уменьшается при приеме препаратов цинка, кальция и антацидов. Препараты фолиевой кислоты снижают уровень содержания в

крови препаратов для эпилепсии (дозы которых должны быть увеличены, чтобы сохранить их эффективность).

4. Скажите, что лицам старше 50-ти лет следует принимать 30 мг элементарного железа, 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты и 2.4 мкг витамина В12 ежедневно в качестве меры профилактики. Однако выполнение данной рекомендации согласно Протоколу не является обязательным. Скажите о том, что препарат фолиевой кислоты не следует принимать без витамина В12.
5. Подчеркните, что выполнение данной рекомендации приветствуется, но не является обязательным.
6. Объясните, что люди старше 50-ти лет могут принимать и другие лекарства, поэтому, когда вы даете им еще одну таблетку, то в результате они, возможно, не будут соблюдать лечение. Людям старше 50-ти лет рекомендуется принимать железо и фолиевую кислоту и витамин В12 одновременно в растворе для перорального применения или в таблетке. Если известно, что препараты, принимаемые пациентом, вызывают побочные эффекты, тогда направьте пациента к гематологу.
7. Спросите, почему людям старше 50-ти лет необходимо употреблять продукты, способствующие усвоению железа.
8. Если не было упомянуто в ответах, укажите, что люди старше 50-ти лет производят меньше желудочной кислоты, которая необходима, чтобы производить витамин В12 и абсорбировать железо.
9. Спросите у участников, какие они знают продукты, которые улучшают усвоение железа и благодаря чему они это делают.
10. Рассмотрите следующее, если не было упомянуто в ответах:
  - Цитрусовые фрукты, такие как лимоны, апельсины, мандарины и помидоры, обеспечивают организм витамином С, который усиливает абсорбцию железа, в силу того, что это кислотообразующие продукты, они усиливают усвоение витамина В12.
  - Болгарский перец, клубника, картофель и цветная капуста также являются хорошими источниками витамина С и способствуют усвоению железа.
  - Чай и кофе препятствуют усвоению железа, их следует употреблять только между приемами пищи.
11. Спросите, при каких показателях уровень гемоглобина у людей старше 50-ти лет указывает на анемию. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах
  - Если у мужчин уровень гемоглобина ниже 130 г/л
  - Если у женщин уровень гемоглобина ниже 120 г/л.
12. Спросите участников о протоколе лечения анемии у людей старше 50-ти лет. Рассмотрите следующие ответы, если участники не упомянули их:
  - Посоветуйте людям старше 50-ти лет принимать 30 мг элементарного железа с 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты и 2.4 мкг витамина В12 в виде раствора для перорального применения ежедневно в течение 6 месяцев.
  - Советуйте людям старше 50-ти лет принимать раствор железа и фолиевой кислоты между приемами пищи, запивая соком или водой. Убедите их не принимать чай вместе с препаратом железа.

13. Спросите участников о протоколе последующего наблюдения за людьми старше 50-ти лет, которые проходят лечение препаратами железа. Рассмотрите следующее, если участники не упомянули в своих ответах:
    - Через 14 дней после начала лечения оцените клиническое состояние человека и то, как он/она соблюдает предписанное лечение.
    - Через 4 недели после начала лечения проверьте уровень гемоглобина.
    - Если уровень гемоглобина улучшается (уровень гемоглобина повысился на 20 г/л), посоветуйте продолжать принимать препарат железа в течение еще пяти месяцев.
    - Проверьте уровень гемоглобина через 3 и 6 месяцев от начала лечения.
  14. Спросите у участников, как они узнают о том, что назначенное лечение препаратами железа неэффективно.
  15. Если необходимо, объясните, что если уровень гемоглобина не повышается после 4-х недель лечения как минимум на 20 г/л, по сравнению с первоначальным уровнем до начала лечения, врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения.
  16. Рассмотрите некоторые из причин, почему назначенное лечение препаратами железа/фолиевой кислоты/витамином В12 может не принести улучшение:
    - Недостаточное количество препарата железа – пациент может не принимать препарат в правильной дозе.
    - Нерегулярный прием или отказ принимать препарат железа из-за побочных эффектов, таких как запор.
    - Возможно, дефицит железа не является причиной анемии.
  17. Спросите участников о протоколе действий, в том случае, когда у людей старше 50-ти лет не наблюдается улучшения после приема препаратов железа.
  18. Рассмотрите следующие ответы, если они не были упомянуты:
    - Если человек старше 50-ти лет принимает препарат в ненадлежащей дозе, проконсультируйте его и направьте к терапевту или гематологу.
    - Если человек старше 50-ти лет не принимает надлежащую дозу препарата из-за запора, поощрите его к тому, чтобы он продолжил лечение и назначьте ему 50-100 мл лактулозы. Как только запор прекратится, сократите объем лактулозы вдвое.
    - Если в рационе питания человека старше 50-ти лет мало железосодержащих продуктов, посоветуйте ему обогатить свое питание, включив в него мясные продукты.
    - Если несоблюдение лечения исключается, направьте его к терапевту или гематологу для уточнения формы и причин анемии.
  19. В случае анемии тяжелой степени (70 г/л и ниже) направьте человека старше 50-ти лет к терапевту или гематологу для уточнения формы и причин анемии.
  20. Объясните, что у людей старше 50-ти лет, которые остро страдают от недостаточного питания, анемия приобретает наиболее тяжелые формы. Если это так, спросите, как следует лечить пациента.
  21. Если уже не было упомянуто, объясните, что пероральный прием препаратов железа не следует начинать до тех пор, пока:
    - Аппетит пациента не был восстановлен.
-

- Пациент не начал набирать вес через 14 дней с момента начала коррекции питания.
22. Обсудите показатели, при которых человек старше 50-ти лет должен быть направлен на госпитализацию:
- Если у человека старше 50-ти лет тяжелая степень анемии и есть признаки декомпенсации сердечно-сосудистой системы.
  - Если состояние человека старше 50-ти лет ухудшилось через одну или две недели от начала лечения, или не улучшилось через 4 недели от начала лечения.
23. В соответствии с **Раздаточным материалом 15.1**, попросите участников открыть Руководство к разделу по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей пожилого возраста и, используя **Раздаточный материал 15.2**, рассмотрите алгоритм вместе с участниками.
24. Спросите у участников, есть ли у них вопросы. Ответьте на все вопросы перед тем, как перейти к следующему действию.

**Задача обучения 2:** Практика 3-шагового консультирования людей старше 50-ти лет, страдающих анемией.

**Методология:** Практическая работа.

**Рекомендуемое время:** 25 минут.

### Инструкции к работе:

1. Попросите участников выстроиться в три колонны. Попросите участников из всех трех рядов сыграть три роли: Пожилой пациент, Медицинский работник/Консультант и Наблюдатель.
2. Попросите группу «Пациенты старше 50-ти лет» выйти вместе с фасилитаторами из комнаты, где им будет зачитан «Кейс стади» – Пример из практики.
3. Раздайте 3 материала «медицинским работникам/консультантам» **Раздаточный материал 15.2**, **Памятку медработника 10.2** и листок бумаги, на котором указан уровень гемоглобина.
4. Раздайте **Памятку медицинского работника 10.3** Наблюдателям.
5. Практическая работа с Примером из практики 1: прочтите описание примера из практики только «пациентам старше 50-ти лет» и попросите их вернуться к своим рабочим группам. Примечание: «пациенты старше 50-ти лет» должны быть уверены, что они предоставляют всю информацию, описанную в их примере из практики.
6. Подчеркните, что участники должны придерживаться той минимальной информации, указанной в их Примерах из практики, и не приукрашивать.
7. Медицинский работник в каждой группе спрашивает «человека старше 50-ти лет», почему она пришла в клинику, практикуя 3 шага консультирования «Оценка, анализ и действие» и применяя навыки «Слушать и узнавать», «Укрепление доверия и оказание поддержки». Медработник может использовать алгоритм из **Раздаточного материала 15.2** и **Памятку медработника 10.2:** Форма оценки питания женщин и девочек-подростков для определения последующих действий. Во время консультирования Медицинский работник/Консультант использует информацию о ключевых практиках по снижению анемии так же, как и информацию о ключевых пищевых потребностях людей старше 50-ти лет, приведенную в протоколе.



8. Когда начнется обсуждение уровня гемоглобина, Медицинский работник/Консультант раскроет листок бумаги, где указан уровень гемоглобина.
9. В каждой рабочей группе задачей Наблюдателя является запись того, какие навыки применяет Медработник/Консультант, используя при этом Наблюдательный лист (**Раздаточный материал 10.3**), для предоставления комментариев после работы с примером из практики.
10. Участники в группах меняются ролями и повторяют вышеуказанные шаги для рассмотрения Примеров из практики 2 и 3.
11. Обсудите и подведите итоги.

**Примечание:**

Если вы «человек старше 50-ти лет»:

- Придумайте себе имя и скажите его вашему «Медработнику/Консультанту».
- Ответьте на вопросы медработника, согласно вашей «истории». Не давайте всю информацию сразу.
- Если Медработник/Консультант попросит вашего разрешения сделать лабораторный анализ уровня гемоглобина, вы должны согласиться.
- Если Медработник/Консультант хорошо применяет навыки «Слушать и Узнавать» и у вас есть ощущение, что он заинтересован, вы можете рассказать ей/ему больше.

Если вы «Медицинский работник/Консультант»:

- Поздоровайтесь с «человеком старше 50-ти лет» и представьтесь. Спросите его имя и далее обращайтесь к нему по имени.
- Задайте один или два открытых вопроса для того, чтобы начать разговор и узнать в целом, как он/она себя чувствует.
- Используйте **Памятку медицинского работника 10.2**: Форму оценки питания женщин и девочек-подростков для сбора дополнительной общей информации (шаг консультирования «Оценка»).
- Объясните, что вы хотели бы узнать, почему он пришел в медицинскую клинику (шаг консультирования «Оценка»).
- Всегда спрашивайте, согласен ли он измерить уровень его гемоглобина (шаг консультирования «Оценка»).
- Следуйте протоколу, после того как вы узнали уровень гемоглобина, указанный на листе бумаги (шаг консультирования «Анализ»).
- Определите приоритеты и придите к соглашению о том, что человек старше 50-ти лет может постараться сделать (шаг консультирования «Действие»).

Если вы Наблюдатель:

- Проследите за работой в парах при помощи **Раздаточного материала 10.3**: Наблюдательный лист и за тем, как проходит 3-шаговое консультирование: оценка, анализ, действие, а также при помощи Наблюдательного листа для оценки анемии.
  - Обратите внимание, какие из навыков «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки» использует медработник.
  - После ролевых игр похвалите медработника за то, что он сделал правильно, и вместе рассмотрите Наблюдательный лист.
-

### Пример из практики №1

Пожилой человек: Вы человек старше 50-ти лет, который пришел в клинику, чтобы забрать свои лекарства от диабета и артериального давления. Вы чувствуете себя нехорошо, у вас плохой аппетит и вы плохо спите.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 130 г/л.

### Пример из практики №2

Человек старше 50-ти лет: Вы 75-летняя женщина, которая пришла в медицинское учреждение для контрольного осмотра, после того как медработник дал вам препараты железа, фолиевой кислоты и В12 для лечения вашей умеренной анемии. Вы принимали препараты железа и фолиевой кислоты, но вы не смогли принимать витамин В12 и сейчас вы чувствуете слабость, головокружение и усталость.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 107 г/л.

### Пример из практики №3

Человек старше 50-ти лет: Вы 70-летний мужчина и вы пришли в клинику для проверки здоровья.

Медработник/Консультант раскроет листок бумаги, где будет указан уровень гемоглобина – 140 г/л.

### Основное содержание

- Процесс 3-шагового консультирования включает в себя:
  - **Оценку** клинического состояния человека старше 50-ти лет и подготовку к оценке анемии: спрашивайте, слушайте и наблюдайте.
  - **Анализ** порядка действий согласно протоколу и обсуждение с пациентом методов профилактики и лечения анемии.
  - **Действие** – иницируйте соответствующее лечение, проконсультируйте пациента в отношении дозировки, продолжительности приема, побочных эффектов, а также возможных изменений в образе жизни.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 15.1

**Раздел Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.**

Смотрите руководство, раздел Национального протокола по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей старше 50-ти лет.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 15.2

Алгоритм по скринингу, профилактике и лечению анемии у людей пожилого возраста

- Проверить уровень гемоглобина у людей старше 50-ти лет во время их посещения врача.
  - Повторно измерить уровень гемоглобина через один месяц после начала лечения.
-

- Анемия у людей пожилого возраста определяется при уровне гемоглобина ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин.

**Профилактика:**

- 30 мг элементарного железа, 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты и 2.4 мкг витамина В12 ежедневно.
- Людям старше 50-ти лет важно использовать вещества, усиливающие всасывание железа, такие как лимонная кислота.

**Лечение:**

- Людям старше 50-ти лет с умеренной или среднетяжелой анемией по 30 мг элементарного железа, 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты и дополнительно 2.4 мкг витамина В12.
  - Оценка эффективности терапии проводится через 14 дней (клинически) и 4 недели (лабораторно) от начала лечения.
  - Через 4 недели, если гемоглобин повысился больше, чем на 20 г/л, продолжите поддерживающее лечение по 30 мг элементарного железа в комбинации с 400 мкг (0.4 мг) фолиевой кислоты ежедневно еще два месяца.
  - В случае отсутствия положительного результата от проводимого лечения и исключения дефектов лечения больного следует направить к гематологу или терапевту для уточнения причины анемии.
  - Люди пожилого возраста с тяжелой анемией (Hb ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы гематологом или терапевтом.
-

## ЗАНЯТИЕ 16

### КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Время: 180 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Практиковать 3-шаговое консультирование девочек-подростков, беременных женщин и кормящих матерей.
2. Проанализировать сильные и слабые стороны клинической практики консультирования.

#### Подготовка

- Приготовьте копии **Памятки медицинского работника 10.2:** Форма оценки питания девочек-подростков и женщин и **Памятки медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания девочек-подростков и женщин.
- Используйте подготовленные флипчарты с обзором навыков «Слушать и узнавать» и «Укрепление доверия и оказание поддержки».
- **Раздаточный материал 16.1:** Сводная таблица для консультирования в ходе клинической практики.

**Задача обучения 1:** Практика 3-шагового консультирования девочек-подростков, беременных женщин и кормящих матерей.

**Методология:** Практическая работа.

**Рекомендуемое время:** 125 минут.

#### Инструкции к работе:

1. На месте проведения практического занятия повторите 3-шаговый процесс консультирования и навыки «Слушать и узнавать», «Укреплять доверие и оказывать поддержку».
2. Разделите участников на пары: один человек будет консультировать, решать проблемы, договариваться с беременной женщиной или кормящей матерью, в то время как другой будет следить за беседой с помощью наблюдательного листа, для того чтобы позже дать свои комментарии.
3. Попросите консультанта использовать **Памятку медицинского работника 10.2:** Форма оценки питания девочек-подростков и женщин.
4. Попросите наблюдателя заполнить **Памятку медицинского работника 10.3:** Наблюдательный лист для оценки питания девочек-подростков и женщин.
5. Пары меняются ролями: теперь второй участник будет консультировать, решать проблемы, договариваться с беременной женщиной или кормящей матерью, в то время как тот, кто раньше был консультантом, будет следить за обсуждением, используя наблюдательный лист, для того чтобы позже дать свои комментарии.
6. Определите основные пробелы в знаниях, для заполнения которых нужно больше времени для практики и наблюдения на местах.

**Основное содержание:**

- 3-шаговый процесс консультирования включает в себя:
  - **Оценку** веса, роста, ИМТ, гемоглобина (если пациент знает), приема препаратов ЖиФК, практик питания и клинического состояния беременной женщины или кормящей матери: спрашивайте, слушайте и наблюдайте.
  - Анализ каких-либо проблем: определите проблему и если их больше, чем одна – определите их первоочередность, ответьте на вопросы беременной женщины или кормящей матери.
  - Действие – обсудите, дайте небольшое количество существенной информации, окажите практическую помощь девочке-подростку, беременной или кормящей женщине, договоритесь о выполнимых действиях, которые она может предпринять.

**Задача обучения 2:** Анализ сильных и слабых сторон клинической практики консультирования.

**Методология:** Обмен комментариями.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

**Инструкции к работе:**

1. После проведения практики, в большой группе, попросите каждую пару участников обобщить свой опыт консультирования посредством заполнения Сводной таблицы (см. ниже) (крепится к стене или размещается на полу).
2. Используйте Сводную таблицу для того, чтобы отметить опыт клинической практики каждой пары. Нарисуйте эту таблицу на флипчарте и поместите ее там, где ее будет видно на протяжении всего тренинга. Добавьте дополнительные столбцы для других занятий по консультированию.
3. На таблице: имена участников; имена девочек-подростков/женщин
  - **ОЦЕНКА:** разнообразие питания, вес, рост, ИМТ, гемоглобин (если пациент знает), саплементация, заболевания.
  - **АНАЛИЗ:** проблемы выявлены, приоритеты определены.
  - **ДЕЙСТВИЕ:** предложите варианты/альтернативы девочке-подростку/женщине; договоритесь о несложных выполнимых действиях – придите к ограниченному по времени соглашению.
4. Участники получают отзывы и дают свои комментарии.
5. Фасилитаторы и участники определяют основные пробелы в знаниях, для заполнения которых нужно больше времени для практики/наблюдения в месте тренировочной практики.
6. Попросите каждого участника написать одно предложение, описывающее их опыт, на стикере. Когда они закончат, они могут прикрепить этот стикер к стене. Фасилитатор поделит эти стикеры на категории и прочтет их содержание обратно участникам. Откройте обсуждение всей группы и спросите их: Что они узнали из практического опыта? Как они будут применять эти знания, когда они вернутся к своей работе?
7. Или спросите у трех Консультантов:
  - 1) «Как вы себя чувствовали?» «Уверенно?»

2) «С какими трудностями вы столкнулись?»

8. Спросите у трех Наблюдателей:

1) «Применил ли Консультант навыки «Слушать и Узнавать»? Уточните.

2) «Будет ли пациент следовать согласованным действиям?», «Что еще необходимо принять во внимание?»

9. Обсудите и подведите итоги.

---



## ЗАНЯТИЕ 17

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Перечислить информационные сообщения для профилактики и лечения анемии.

#### Подготовка

- Флипчарты.

**Задача обучения 1:** научить перечислять информационные сообщения для профилактики и лечения анемии.

**Методология:** Мозговой штурм, работа в группах.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Проведите мозговой штурм: «Какие ключевые сообщения по профилактике и лечению анемии необходимо довести до людей?»
2. Ответы запишите на флипчарте, подведите итоги.
3. Проведите работу в малых группах. Разделите участников на три группы:
  - Прием каких продуктов улучшает усвояемость железа и фолиевой кислоты?
  - Прием каких продуктов тормозит всасывание железа?
  - Побочные эффекты препаратов железа.

Используйте **Раздаточный и Дополнительный материалы** предыдущих занятий.

4. Обсудите и подведите итоги.



## ЗАНЯТИЕ 18

### ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ТРЕНИНГА

Время: 45 минут

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Подготовить и представить План действий для района/области.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 18.1:** Шаблон плана тренинга по питанию и анемии у девочек-подростков и женщин.

**Задача обучения 1:** Подготовить и представить План действий для района/области.

**Методология:** Работа в группах.

**Рекомендуемое время:** 45 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Сгруппируйте участников, в зависимости от места их работы, и попросите каждую группу обсудить, как они начнут использовать в своей работе то, что узнали на тренинге.
2. Раздайте **Раздаточный материал 18.1:** «Шаблон плана тренинга по питанию и анемии у девочек-подростков и женщин» для использования при составлении своих планов.
3. Попросите участников найти время, чтобы встретиться вместе в их конкретных группах в течение недели.
4. Попросите группы по областям/районам представить свои Планы действий.
5. Попросите других участников дать свои комментарии, высказать свои предложения/добавления.
6. Соберите копии различных Планов действий (**Раздаточный материал 18.1**).
7. Передайте Планы действий организаторам, медицинским учреждениям и Министерству здравоохранения.



## ЗАНЯТИЕ 19

### ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА ЗНАНИЙ УЧАСТНИКОВ И ОЦЕНКА ТРЕНИНГА

**Время: 45 минут**

#### Задачи

После завершения данного занятия участники смогут:

1. Определить сильные и слабые стороны в знаниях участников о питании и анемии у девочек-подростков и женщин.
2. Провести оценку тренинга.

#### Подготовка

- **Раздаточный материал 19.1:** Итоговая оценка знаний участников.
- **Раздаточный материал 19.2:** Форма оценки тренинга.

**Задача обучения 1:** После завершения тренинга определить сильные и слабые стороны в знаниях участников о питании и анемии у девочек-подростков и женщин.

**Методология:** Письменная оценка.

**Рекомендуемое время:** 30 минут.

#### Инструкции к работе:

1. Раздайте участникам копии форм оценки знаний (Раздаточный материал 1.1) и попросите их заполнить в индивидуальном порядке.
2. Попросите участников указать их дату рождения на форме с итоговым анализом, для того чтобы сопоставить формы с предварительным и итоговым анализом.
3. Исправьте все тесты, касающиеся тем, которые до сих пор вызывают путаницу и их необходимо прояснить.
4. Сообщите результаты предварительного и итогового анализа участникам и сравните/рассмотрите ответы.

**Задача обучения 2:** Провести оценку тренинга.

**Методология:** Письменная оценка.

**Рекомендуемое время:** 15 минут.

#### Инструкции к тренингу:

1. Объясните участникам, что их предложения будут использованы для улучшения будущих тренингов.
2. Раздайте участникам формы для оценки проведенного тренинга и попросите их написать свои комментарии.
3. Скажите участникам, что им не нужно указывать свое имя на оценочных формах.
4. Поставьте отметку в соответствующем квадрате: неудовлетворительно, хорошо, очень хорошо.

## РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ 19.1

### Оценка проведенного тренинга

Поставьте ✓ в клетке, которая отражает ваше мнение о следующем:

	Неудовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо
Задачи обучения			
Использованные методики			
Использованные материалы			
Полезен для вашей работы			
Клиническая практика			

1. Какие темы, по вашему мнению, были наиболее полезными?

2. Есть ли у вас предложения по улучшению тренинга?

Другие комментарии

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания. Доклад Секретариата ВОЗ, 2012.
  2. Глобальная стратегия охраны здоровья детей, женщин и подростков (2016-2030 гг.), ООН, 2015, [www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org)
  3. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control, ISBN 978-92-4-151306-7 © World Health Organization, 2017.
  4. Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2018 (Draft issued for public consultation in May 2018).
  5. REPLACE: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4. Geneva: World Health Organization; 2018.
  6. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
  7. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
  8. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014.
  9. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
  10. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
  11. United Nations Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2010.
  12. Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2015.
  13. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results. Geneva: WHO, 2011.
  14. independent Expert Review Group (iERG). Every Woman Every Child: a post-2015 vision. The third report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: WHO, 2014.
  15. UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. New York: United Nations, 2012.
  16. Countdown to 2015. Fulfilling the health agenda for women and children. The 2014 report. Geneva and New York: WHO and UNICEF, 2014.
  17. Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations, 2015.
  18. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO, 2014.
-