

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Основы формирования здоровья детей
Специальность	34. 03. 01 Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

ТЕМА 3	Основные понятия о непрерывном медицинском наблюдении здоровых детей различных возрастов.
---------------	--

Лекционный материал по дисциплине «Основы формирования здоровья детей»

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, к.м.н.

Шिशалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шिशалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с диспансеризацией здоровых детей в условиях поликлиники, скринингом новорожденных
Учебные вопросы	1. Патронажи. Диспансеризация здоровых детей в условиях поликлиники 2. Скрининг болезней новорожденных и постнеонатальный комплекс.

Непрерывное медицинское наблюдение здоровых детей различных возрастов это динамическое диспансерное наблюдение, стройная система организационных и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, заключающаяся в систематическом наблюдении за здоровыми детьми с проведением соответствующих профилактических мероприятий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка и предупреждение заболеваний.

Диспансерное наблюдение за детьми

Диспансерное наблюдение включает антенатальную охрану плода, диспансерное наблюдение новорожденного ребенка, диспансерное наблюдение за неорганизованными детьми после окончания периода новорожденности, проводимое на профилактических приемах, диспансерное наблюдение за организованными детьми дошкольного и школьного возрастов.

Антенатальная (дородовая) охрана плода - комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, проводимых для обеспечения нормального внутриутробного развития организма от зачатия до рождения.

Охрана плода направлена на устранение факторов, отрицательно влияющих на формирование и развитие зародыша и плода, предупреждение врожденной патологии, снижение перинатальной смертности (смертность плода и новорожденного в период с 28-й недели беременности до 7-х суток жизни).

Антенатальная охрана плода во время беременности может быть успешной при тесном сотрудничестве врачей женских консультаций и участковых врачей педиатров, беременной и ее родственников. Необходимыми условиями антенатальной охраны плода являются подготовки к беременности (ведение преконцепционного периода); тщательное рациональное ведение беременности врачом акушером гинекологом, дородовое наблюдение за будущей матерью врачом педиатром кабинета здорового ребенка детской поликлиники. Женские консультации обязаны один раз в 10 дней посылать в детскую поликлинику сведения о беременных, взятых на учет. В этих сведе-

ниях помимо паспортных данных указывают срок беременности и предполагаемое время родов.

Дородовые патронажи в настоящее время стали неотъемлемой частью работы детской поликлиники по антенатальной охране плода и новорожденного. По результатам дородовых патронажей участковый педиатр определяет группу риска среди беременных, т.е. выявляет контингент будущих матерей, дети которых должны будут находиться под пристальным вниманием участкового врача и врачей соответствующих специальностей.

В условиях оптимальной организации работы детской поликлиники по дородовой охране плода проводят три патронажа. Первый и второй патронажи проводит патронажная медицинская сестра, третий — участковый педиатр.

Первый дородовой патронаж проводят при постановке беременной на учет в женской консультации в сроки 8–13 нед. Цель его заключается в выяснении условий труда и быта будущей матери, состояния здоровья и наличия вредных привычек у матери и отца. Задача первого дородового патронажа — знакомство участковой медицинской сестры с будущей матерью. При первом дородовом патронаже участковая медицинская сестра должна выяснить состояние здоровья беременной, узнать, как протекает беременность, какая она по счету, в каких условиях будущая мать живет и трудится. Особое внимание должно быть обращено на возможность токсического воздействия на плод вследствие употребления матерью никотина, алкоголя и других токсических веществ. Особое внимание медицинская сестра должна уделить беседе с беременной, ее мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает будущую мать в КЗР на занятия школы будущих матерей.

Медицинская сестра при первом дородовом патронаже должна дать беременной рекомендации: исключить профессиональные вредности; чередовать труд и отдых; избегать конфликтных ситуаций; наладить правильное питание в пределах допустимого для беременной; приобрести своевременно все необходимое для новорожденного.

Второй дородовой патронаж участковая медицинская сестра осуществляет в период декретного отпуска беременной на 30–32-й неделе.

Основная цель второго дородового патронажа — контроль выполнения назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных медицинской сестрой детской поликлиники при первом патронаже и в школе будущих матерей.

При втором дородовом патронаже выясняют самочувствие беременной, сроки декретного отпуска. Во время второго дородового патронажа уже прослеживается забота о будущем ребенке: проводится беседа о подготовке молочных желез матери к лактации, организации уголка новорожденного, подготовке для него белья, одежды. Кроме того, медицинская сестра уточняет адрес, по которому будут жить мать с ребенком.

Третий дородовой патронаж выполняет участковый педиатр по медицинским показаниям при сроках беременности 37–38 нед. Показаниями к выполнению этого патронажа служат: тяжелая соматическая патология беременной; неблагополучный акушерский анамнез; тяжелый гестоз; неблагоприятные социально-бытовые условия. О подобных пациентках в детскую поликлинику сообщает старшая медицинская сестра женской консультации или сотрудники кабинета здорового ребенка, где проводились 1 и 2 патронажи беременной. Третий дородовой патронаж выполняют по индивидуальной для каждого случая схеме.

Все данные по антенатальной профилактике заносят непосредственно в историю развития будущего ребенка.

Анализ этих данных дает возможность участковому врачу-педиатру воздействовать на состояние здоровья будущего ребенка путем разработки комплекса врачебных мероприятий, направленных на достижение в дальнейшем детьми более высокого уровня здоровья.

Наблюдение за новорожденным (группы риска, частота наблюдений в зависимости от группы риска, алгоритм записи, план наблюдения).

Здоровый новорожденный — ребенок, родившийся от практически здоровой матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, массой тела от 3 до 4,5 кг, массоростовым коэффициентом равным 60–80, нормально протекавшим периодом адаптации, максимальной убылью первоначальной массы тела не более 6–8%, находящийся на естественном вскармливании и выписанный из родильного дома на 5–6-е сутки. К новорожденным условно относят детей первого месяца жизни (до 28 дней).

После выписки из родильного дома новорожденного передают под наблюдение детской поликлиники. Сведения о выписке детей поступают ежедневно, их записывают в журнал регистрации новорожденных и в тот же день передают участковым врачам-педиатрам.

Врачебно-сестринский патронаж к новорожденному выполняют вне зависимости от прописки матери в первые трое суток после выписки из родильного дома, если новорожденный здоров, и обязательно в первые сутки, если у новорожденного есть отклонения в состоянии здоровья или он проживает в неблагоприятных условиях.

Первичный врачебно-сестринский патронаж

Первичный врачебно-сестринский патронаж проводят по определенной схеме. Участковый врач-педиатр должен уточнить и оценить социальный анамнез, собрать и оценить генеалогический и биологический анамнез, используя данные опроса матери, дородовых патронажей и сведений из обменной карты новорожденного. Выяснить физическое и нервно-психическое развитие ребенка, которые указывают на скрининговый этап исследования. Провести объективное исследование органов и систем новорожденного. После полного объективного обследования (врачебный этап) врач-педиатр должен сделать заключение, отражающее следующие моменты:

Первый момент (скрининговый) оценивают уровень физического развития новорожденного. Антропометрические данные новорожденного, полученные со слов матери и уточнённые в обменной карте новорожденного, сопоставляют с показателями физического развития детей для данного возраста, дают оценку физического развития – уровень физического развития (рост), нормотрофия, гипо или паратрофия, гармоничность и соматотип.

Второй момент (скрининговый) - по 5 группам НПР оценивается уровень нервно-психического развития. Оценка нервно-психического развития складывается в этом возрасте из оценки зрительного и слухового анализаторов, степени выраженности безусловных рефлексов и поведенческих реакций новорожденного. На этом же этапе оценивают физиологические рефлексы и поведение новорожденного.

Группы здоровья

Следующий момент уже относят к врачебным заключениям, и состоит он в определении группы состояния здоровья. Также как во всех возрастных группах состояние здоровья новорожденного оценивается по 5 группам. 1 группу составляют здоровые дети, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений. Во 2 группу входят новорожденные, имеющие некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения. В отличие от других возрастов эта группа состояния здоровья в периоде новорожденности разделяется на 2: А и Б.

Во 2А группу состояния здоровья относят детей, имеющих отягощенный биологический, генеалогический анамнез. Фактически это здоровые новорожденные, после окончания периода новорожденности они могут быть отнесены к 1 группе здоровья. 2Б группа состояния здоровья состоит из новорожденных, имеющих различные функциональные состояния, такие как перинатальные изменения ЦНС, врожденный рахит, большой или низкий вес и др. Третью, четвертую и пятую группы состояния здоровья составляют дети, имеющие хроническую патологию в различной степени компенсации. Здорового ребенка с 1 группой здоровья приглашают на профилактический прием в поликлинику в возрасте 1 мес.

Детей II–III группы здоровья нужно посещать чаще. Но в соответствии с приказом 396н от 13 июня 2019 г. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних все новорожденные осматриваются в первый день после выписки из родильного дома и месячном возрасте, а дополнительные патронажи выполняются после обращения родителей в поликлинику. Детей IV–V группы здоровья обязательно осматривают в первые сутки после выписки из отделения патологии новорожденных, затем осмотры проводятся в соответствии с основным заболеванием.

Всем новорожденным в родильном доме проводится неонатальный скрининг на муковисцидоз, гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию, фенилкетонурию. При отсутствии данных о его проведении скрининг проводится в поликлинике. Также в родильном доме или в поликлинике проводится аудиологический скрининг.

План диспансерного наблюдения

План диспансерного наблюдения новорожденного ребенка складывается из нескольких параметров:

1. Частота наблюдения педиатром
2. Частота наблюдения узкими специалистами, перечень которых имеется в приказе МЗ РФ № 396н от 13 июня 2019 г. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
3. Лабораторных и инструментальных методов исследования, представленных в тех же документах
4. План оздоровления новорожденного ребенка включает рекомендации по режиму дня, питанию, развитию психомоторных навыков и физическому развитию в соответствии с возрастом ребенка. План оздоровления составляется участковым врачом педиатром для каждого ребенка индивидуально, исходя

из существующих факторов риска и с обязательным учетом социальных факторов.

Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносят в историю развития ребенка (форма № 112/у). При последующих осмотрах оценивают адаптацию новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамику массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируют соблюдение правил ухода и вскармливания, выполнение назначенных мероприятий.

План диспансерного наблюдения до 1 года

К концу периода новорожденности участковый врач-педиатр составляет план диспансеризации **на первый год жизни** ребенка в зависимости от группы здоровья. В плане предусматривают:

- осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение);

- дополнительные обследования (анализы крови и мочи, по показаниям — биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.);

- проведение профилактических прививок;

- профилактические (профилактика анемии, рахита), корректирующие и оздоровительные мероприятия.

Матери дают рекомендации по профилактике гипогалактии, рациональному вскармливанию.

Врачебный контроль состояния здоровья детей раннего возраста

Осмотр врачами специалистами и проведение исследований регламентировано приказом МЗ РФ № 396н от 13 июня 2019 г. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Врачебный контроль состояния здоровья детей раннего возраста заключается в постоянном наблюдении в декретируемые возрасты. Декретированный возраст - это возраст ребенка, в котором он должен обязательно пройти профилактический медицинский осмотр. На 1 году жизни принято выделять 12 декретируемых возрастов, на 2 – 4, на 3 – 2, далее ребенок ежегодно в месяц своего рождения должен пройти профилактический медицинский осмотр. Диспансеризация детей «декретированных» возрастов осуществляется специалистами в составе: отоларинголога, офтальмолога, хирурга-ортопеда, стоматолога и других.

Диспансерное наблюдение за неорганизованными детьми после окончания периода новорожденности участковый педиатр осуществляет на про-

филактических приемах. Дети посещают детскую поликлинику в строго регламентированные сроки:

- на первом году жизни – ежемесячно, дети из диспансерных групп по плану диспансерного наблюдения, соответствующего каждой нозологии;
- на втором году жизни - один раз в квартал;
- на третьем году - один раз в 6 месяцев;
- на четвертом, пятом, шестом годах жизни - один раз в год в месяц своего рождения.

Слайд 9 Перечень исследований детей первого года жизни при профосмотре

Основная задача педиатра при профилактическом осмотре - определить уровень здоровья и развития, выявить наличие отклонений в состоянии здоровья у ребенка, назначить корректирующие мероприятия. Для качественного проведения профилактического осмотра рекомендуется использовать следующую последовательность действий:

- исследовать состояние здоровья по принятым критериям;
- провести комплексную оценку состояния здоровья с определением диагноза, оценки физического развития, группы здоровья, группы риска;
- дать рекомендации, в зависимости от состояния здоровья;
- оформить эпикриз в истории развития ребенка.

Схема записи медсестры

Перед профилактическим осмотром в поликлинике ребенок посещает кабинет здорового ребенка, где медсестра выясняет, как выполнялись рекомендации педиатра, наличие жалоб у матери, характер и особенности вскармливания ребенка. При осмотре обращается внимание на цвет кожи и слизистых, физиологические отправления, описываются выполняемые ребенком показатели нервно-психического развития, особенности его поведения.

Медсестра дает советы по уходу, вскармливанию, обучает мать элементам массажа, гимнастики, закаливания, оформляет свой патронаж в истории развития.

Во время каждого профилактического осмотра педиатр должен уточнить анамнез, проанализировать данные о перенесенных заболеваниях, изменения во вскармливании, социальных условиях за период с предыдущего осмотра, выявить жалобы.

Оценка физического развития и питания

В кабинете здорового ребенка или на приеме проводятся антропометрические измерения (масса тела, длина, окружность головы и груди). Оценивается рост ребенка как детерминированный показатель физического развития, гармоничность, соматотип и уровень упитанности по центильным таблицам.

В случае выявления дисгармоничности развития (несоответствие массы тела росту) для оценки степени дефицита или избытка массы тела используется таблица упитанности ребенка. В соответствии с ней нормальным соотношением массы к росту являются 25-75 центилей. До 10 центиля – дефицит массы тела 1 степени, до 3 – 2 степени, ниже 3 – 3 степени. И, соответственно, до 90 – избыток массы тела 1 степени, до 97 – второй, и больше 97 центиля – 3 степени.

Оценка нервно-психического развития

По данным медсестры кабинета здорового ребенка и из беседы с родителями, выясняется соответствие развития каждого показателям нервно-психического развития возрасту ребенка и в учетной карте обозначается возраст, в котором каждый из навыков достиг своего должного развития. Далее, если навыки соответствуют возрасту ребенка или один из них опережает свое развитие, выставляется 1 группа НПР, если один из навыков отстает на 1 эпикризный срок выставляется 2 группа и т.д. Детям, воспитывающимся в домашних условиях, чаще выставляется 1 или 2 группы нервно-психического развития.

Оценка поведения

В оценке поведения оцениваются настроение, засыпание, сон, аппетит, характер бодрствования, наличие отрицательных привычек, взаимоотношения с детьми и взрослыми.

Оценка поведения:

- без отклонений;
- незначительные (группа внимания) — отклонения по одному показателю;
- умеренные (группа риска) — отклонения в поведении по двум или трем показателям;
- выраженные (группа высокого риска) — отклонения по четырем или пяти показателям;
- значительные (диспансерная группа) — отклонения в поведении по шести и более показателям.

По результатам проведенного осмотра выставляется диагноз: «здоров», или «болен» (диагноз), а так же указывается группа здоровья (I, IIА, IIБ, III, IV, V), причем выше изложенные IIА, IIБ группы состояния здоровья выставляются ребенку до достижения им возраста 1 года.

Схема унифицированной записи

Все данные ежемесячно вносятся в историю развития в виде унифицированных записей. На приеме матери даются рекомендации по режиму, рациональному питанию, воспитанию, проведению закаливающих процедур - массажа, гимнастики. Решается вопрос о проведении профилактических прививок, а при наличии противопоказаний оформляется медицинский отвод. Обязательно указываются необходимые исследования и консультации специалистов, сроки следующего осмотра. С родителями проводится санитарно-просветительная работа.

Режимы и комплексы массажа и гимнастики

Возрастные режимы и комплексы массажа и гимнастики построены с учетом анатомо-физиологических особенностей растущего организма ребенка. Режим предполагает количество кормлений с интервалами между ними, количество периодов дневного сна, продолжительность ночного и дневного сна. Массаж оказывает на организм ребенка разностороннее, исключительно благотворное воздействие. Он оказывает существенное влияние на развитие положительных эмоций и становление двигательных реакций. Комплексы массажа и гимнастики разделяются либо поквартально либо по полугодиям жизни ребенка. Для детей первых 3 лет жизни принято выделять 7 возрастных режимов и комплексов массажа и гимнастики. Возможны отклонения от режима в пределах 15–20 мин. Большие отклонения нежелательны. Если родители проявляют разумную настойчивость, через сравнительно небольшое время у ребенка вырабатываются соответствующие условные рефлексy. При этих условиях выполнение режима дня уже не будет представлять никаких затруднений.

В истории развития ребенка (форма 112/у) врач может записать лишь номер назначенного возрастного режима и комплекса гимнастики и соответствующую коррекцию к нему.

Закаливающие процедуры можно проводить только у здоровых детей с достаточной резистентностью организма к средовым факторам. В процессе роста и развития ребенку можно проводить различные закаливающие процедуры. Первой закаливающей процедурой служат воздушные ванны. Начинают их с 2-месячного возраста. Через 1–2 нед. после воздушных ванн начи-

нают закаливание водой. Влажные обтирания начинают не ранее 2–3 мес., обливания — с 3–4 мес.

Перечень исследований детей 1-3 лет

Эту возрастную группу педиатр осматривает в декретированные сроки: на 2 году жизни поквартально, на 3 году жизни – 1 раз в полугодие. Двухлетнего здорового ребенка консультирует детский психиатр для выявления возникновения или нарушения психического развития, в 3-х летнем возрасте проводится профилактический медицинский осмотр с привлечением специалистов: педиатра, невролога, детского хирурга, детского стоматолога, офтальмолога, акушера-гинеколога, детского уролога-андролога. Общие анализы крови и мочи выполняют в трехлетнем возрасте.

Алгоритм записи в ф.112/у

В конце первого года жизни участковым педиатром оформляется этапный эпикриз, в котором отражены:

- анамнез (БА, ГА, СА и сведения за прошедший год);
- метрические данные: ФР, НПР;
- объективные данные: соматическое состояние и поведение ребенка.

Заключение: оценка уровня ФР и его гармоничность, группа НПР, диагноз (здоров, болен), группа здоровья. Рекомендации: медицинские – режим, питание, массаж, гимнастика, закаливание, педагогическое воспитание навыков у ребенка. Также обязательно составляется план обследования в соответствии с приказом 396н от 13 июня 2019 года, планируются профилактические прививки в соответствии с Национальным календарем.

Содержание профилактических осмотров неорганизованных детей от 1 до 3 лет и схема записи в истории развития остаются прежними.

Таким образом, динамическое наблюдение за новорожденными и детьми раннего возраста позволяет заложить основы здоровья детей в последующие возрастные периоды.

Критериями эффективности профилактической работы врача-педиатра являются: выполнение дородового патронажа беременных и врачебных патронажей детям первого года жизни; охват детей профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем; охват профилактическими осмотрами в декретированные сроки; динамика состояния здоровья детей, а также удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании.