

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

Наименование дисциплины	ФДТ.01 Здоровый человек и его окружение
Направление подготовки	34. 03. 01 Сестринское дело
Направленность (профиль)	Медико-организационная и педагогическая деятельность медицинской сестры (брата)
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 10 **Диспансеризация здоровых детей**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Здоровый человек и его окружение»

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

 Савина Г.Я.

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

 Шишалова Т.Н.
 Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Здоровый человек и его окружение» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с формированием здоровья ребенка в младшем и старшем школьном возрасте.
- 2. Учебные вопросы**
1. Комплексная оценка здоровья.
 2. Декретированные сроки наблюдения детей различного возраста.
 3. Составляющие разделы комплексной оценки здоровья.
 4. Критерии здоровья. Группы здоровья

3. Теоретическая часть

Комплексная оценка состояния здоровья детей. Профосмотры. Группы здоровья. Диспансеризация здоровых и больных детей

Комплекс профилактических мероприятий участкового врача-педиатра направлен на формирование гармоничного физического и нервно-психического развития детей, широкого внедрения санитарно-гигиенических и профилактических норм в повседневную жизнь семьи.

Основой профилактической деятельности является диспансеризация – метод активного динамического наблюдения не только за больными, но и за здоровыми детьми медицинским персоналом детской поликлиники.

Профилактическая деятельность в ДП начинается с патронажа беременной врачом акушер-гинекологом ЖК совместно с участковым врачом-педиатром. В кабинете здорового ребенка ДП участковый врач-педиатр и медицинская сестра проводят занятия с будущей матерью по наблюдению и уходу за новорожденным ребенком.

В детскую поликлинику в городе или другую ЛПО на селе, где будет наблюдаться ребенок, сообщается о дате выписки новорожденного из родильного дома. Участковый врач-педиатр и медицинская сестра ДП посещают новорожденного в течение 3 дней после выписки из родильного дома, за исключением случаев рождения в семье первого ребенка, двойни, отсутствия у матери молока, тогда патронажное посещение осуществляется в первый день после выписки. В дальнейшем участковая медсестра посещает ребенка на дому через 1-2 дня в течение первой недели и еженедельно - в течение первого месяца жизни.

При первичном посещении врач особое внимание обращает на состояние кожных покровов ребенка, пупочной ранки и родничков, оценивает бытовые условия, социальное благополучие семьи, выполнение рекомендаций по уходу и вскармливанию, проводит изучение социального, генетического, биологического анамнеза, определяет группы здоровья, группы «риска», составляется план наблюдения.

Участковый врач-педиатр повторно посещает ребенка на дому на 14-й, 21-й день жизни, а затем мать и ребенок посещают детскую поликлинику, начиная с 4 недели жизни.

Особого наблюдения со стороны участкового врача-педиатра заслуживает **группа «риска»:**

- дети из двоен;
- недоношенные дети;
- дети, родившиеся с массой тела более 4-х кг;
- с родовой травмой;
- дети, родившиеся у матерей с патологией беременности, родов или перенесших инфекционное заболевание во время беременности;
- дети из социально-неблагополучных семей.

На первом году жизни участковый врач-педиатр наблюдает здорового ребенка с периодичностью 1 раз в месяц, оценивая физическое и нервно-психическое развитие, врач дает рекомендации матери по вскармливанию, организации режима дня, закаливанию, физическому воспитанию, профилактике рахита и другим вопросам.

Участковая медицинская сестра посещает здорового ребенка первого года жизни на дому не реже одного раза в месяц.

В возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев (декретивные возраста) участковый врач-педиатр оформляет эпикриз, с учетом данных осмотра и состояния здоровья ребенка, физического и нервно-психического развития в динамике, антропометрических измерений и составляет план наблюдения и оздоровления ребенка на последующий период.

На 2-ом году жизни ребенок наблюдается врачом-педиатром с периодичностью 1 раз в квартал. Медицинская сестра посещает ребенка первых 2-х лет жизни на дому не реже 1 раза в квартал.

На 3-м году жизни ребенок осматривается участковым врачом-педиатром и патронажной сестрой 1 раз в 6 месяцев с профилактической целью. В данной возрастной группе при проведении осмотров детей уделяется внимание организации режима, проведению закаливающих мероприятий, физическому воспитанию, рациональному питанию, нервно-психическому и физическому развитию. Антропометрическое измерение ребенку проводится два раза в год. В конце 3-го года жизни (период раннего возраста) участковый врач-педиатр оформляет эпикриз с оценкой состояния здоровья ребенка, динамикой физического, нервно-психического развития, планом лечения и оздоровления на последующий период. За детьми в возрасте от 3 до 7 лет, не посещающими ДДУ, участковый врач-педиатр обеспечивает профилактическое наблюдение не реже 1 раза в год с заключительным осмотром перед поступлением в школу. В детской поликлинике организуется кабинет здорового ребенка.

Функции кабинета здорового ребенка

- Оказание помощи участковым врачам-педиатрам в подготовке и проведении занятий в «Школе молодых матерей, отцов»;
- Проведение индивидуальных и коллективных бесед с родителями детей раннего возраста по вопросам охраны здоровья ребенка;
- Разработка памяток, санитарных бюллетеней, учебно-методической литературы по вопросам охраны здоровья матери и ребенка;
- Обучение родителей методике ухода за детьми разных возрастных групп (комплексам массажа, гимнастики, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма, организации режима дня, профилактике рахита);
- Совместно с участковым педиатром и участковой медицинской сестрой проведение индивидуальной подготовки детей для поступления в детское дошкольное учреждение;
- Обучение участковых медицинских сестер методике массажа, гимнастики, закаливающих процедур для проведения профилактической работы с детьми;
- Осуществление преемственности в работе с ЦГЭ и ОЗ, для изучения и внедрения в практическую работу новых материалов по формированию ЗОЖ среди родителей и детей;
 - Ведение необходимой медицинской документации установленного образца по учету и отчетности работы кабинета здорового ребенка.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей предполагает использование диспансерного метода. Профилактические осмотры являются важным звеном диспансеризации и проводятся для своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья детей и организации, необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Виды профилактических осмотров

- Врач-педиатр осуществляет профилактический осмотр ребенка по месту жительства или в ДДУ;
- Углубленный профилактический осмотр осуществляется после проведения лабораторных и функционально-диагностических исследований;

- Комплексные профилактические осмотры состояния здоровья ребенка оценивает бригада врачей-специалистов.

Выделяют 3 группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам в поликлинике:

- дети до 7-летнего возраста, не посещающие ДДУ;
- дети, посещающие ДДУ;
- школьники.

В ДП выделяются профилактические дни приема только здоровых детей первой группы. Детям, посещающим образовательные учреждения, проводятся обязательные углубленные обследования в соответствии с декретивными возрастными группами:

- перед поступлением в ДДУ;
- за год до поступления в школу;
- перед поступлением в школу;
- после окончания первого года обучения;
- перед переходом к предметному обучению;
- в пубертатном периоде (14-15 лет);
- перед окончанием школы 10-11-й класс (16-17 лет).

После окончания профилактических осмотров осуществляется комплексная оценка состояния здоровья детей. При выявлении заболеваний ребенок подлежит диспансерному наблюдению в ДП.

Критерии оценки результатов диспансеризации:

- выздоровление;
- улучшение;
- состояние без перемен;
- ухудшение.

В конце года на каждого диспансерного больного участковым врачом оформляется этапный эпикриз с отражением его состояния здоровья и эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий за год наблюдения. Данная работа детально изучается и анализируется и по ее результатам намечаются мероприятия направленные на повышение качества диспансеризации.

В детской поликлинике осуществляется прием здоровых детей, детей, страдающих хроническими, инфекционными заболеваниями без острых проявлений, реконвалесцентов после острых заболеваний.

Дети с острыми заболеваниями должны наблюдаться участковым врачом-педиатром на дому. Участковый врач активно (без вызова) посещает больных детей на дому до полного выздоровления или госпитализации. Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача-педиатра по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком. В особых случаях обследование ребенка осуществляется на дому.

Госпитализация детей в стационар осуществляется по клиническим показаниям. В направлении на госпитализацию указывается диагноз, длительность и характер течения заболевания, проведенное обследование и лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе, аллергоанамнез, перенесенные инфекционные заболевания, сведения об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в ДДУ или в школе.

При отказе родителей от госпитализации, карантине и других причин для больного ребенка организуется стационар на дому. Наблюдение за здоровьем ребенка после выписки из стационара осуществляет участковый врач-педиатр. При выявлении у ребенка хронической патологии его берут на диспансерный учет.

Группу здоровья определяет педиатр, учитывая осмотры специалистов. При исследовании состояния здоровья ребенка учитываются в качестве основополагающих следующие критерии:

- I критерий – наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе,

II критерий – уровень физического развития и степень его гармоничности,
III критерий – уровень нервно–психического развития,
IV критерий – резистентность организма,
V критерий – функциональное состояние органов и систем,
VI критерий – наличие или отсутствие хронических болезней или врожденных пороков развития. I критерий обуславливает здоровье, II–VI критерии характеризуют здоровье.

Комплексная оценка с определением группы здоровья проводится по совокупности перечисленных критериев. Группа здоровья дает более широкое представление о состоянии здоровья ребенка, чем диагноз.

Первая (I) группа здоровья объединяет детей, не имеющих отклонений по всем избранным для оценки критериям здоровья, не болевших или редко болевших за период наблюдения, имеющих отставание в нервно–психическом развитии не более чем на 1 эпикризный срок, а также детей, имеющих единичные морфологические отклонения (аномалии ногтей, деформация ушной раковины и др.), не влияющие на состояние здоровья ребенка и не требующие коррекции.

Вторую (II) группу здоровья составляют также здоровые дети, но имеющие "риск" формирования хронических заболеваний. В раннем возрасте принято выделять 2 подгруппы среди детей со II группой здоровья.

II–А “угрожаемые дети”, имеющие отягощенный биологический, генеалогический или социальный анамнез, но не имеющие отклонений по всем остальным критериям здоровья.

II–Б группа “риска” – дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические изменения, часто болеющие дети (4 и более раз в год), дети с аномалиями конституции и другими отклонениями в состоянии здоровья.

Для отнесения детей раннего и дошкольного возраста ко II группе здоровья можно использовать перечень следующих основных отклонений в развитии и состоянии здоровья:

- ребенок от многоплодной беременности,
- недоношенность, переносимость, незрелость,
- перинатальное поражение ЦНС,
- внутриутробное инфицирование,
- низкая масса тела при рождении,
- избыточная масса тела при рождении (более 4 кг),
- рахит (начальный период, 1-я степень, остаточные явления),
- гипотрофия 1-й ст.,
- дефицит или избыток массы тела 1-й и II-й степени,
- аномалии конституции (экссудативно–катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно–артритический диатезы),

- функциональные изменения сердечно–сосудистой системы, шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению АД, изменение ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой,

- частые острые заболевания, в т.ч. респираторные,
- понижение содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы, угроза анемии,
- тимомегалия,
- дисфункция ЖКТ – периодические боли в животе, нарушение аппетита и др.,
- вираж туберкулиновых проб,

- состояние реконвалесценции «после перенесенных острых инфекционных и неинфекционных заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния (в т.ч. острой пневмонии, болезни Боткина, острых нейроинфекций и др.),

- состояние после неотложных хирургических вмешательств.

Третья (III) группа здоровья объединяет больных детей с наличием хронических болезней или врожденной патологии в состоянии компенсации, т.е. с редкими, нетяжелыми по характеру течения обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего самочувствия и поведения, редкими интеркуррентными заболеваниями, наличием функциональных отклонений только одной, патологически измененной системы или органа (без клинических проявлений функциональных отклонений других органов и систем).

Четвертая (IV) группа включает в себя детей с хроническими болезнями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, которое определяется наличием функциональных отклонений не только патологически измененного органа, системы, но и других органов и систем, с частыми обострениями основного заболевания с нарушением общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжными реконвалесцентными периодами после интеркуррентного заболевания.

Пятая (V) группа – дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, тяжелыми врожденными пороками развития в состоянии декомпенсации, т.е. угрожаемые по инвалидности или инвалиды.

101. **Особенности оказания медицинской помощи подросткам.**

Функции врача-педиатра подросткового кабинета. Передача подростков в поликлинику для взрослого населения. Периодические медосмотры подростков и учащейся молодежи. Обязанности и права врача-педиатра детской поликлиники.

Оказание амбулаторно-поликлинической помощи подросткам в возрасте 15-17 лет осуществляется детскими организациями здравоохранения (отделениями) по месту жительства, по месту временного проживания, а также по месту учебы (работы).

Детские организации здравоохранения (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, собирают, обобщают и анализируют информацию о состоянии и проблемах соматического, психического, репродуктивного здоровья подростков на основе которой формируют задачи по охране здоровья подростков.

В штаты детских организаций здравоохранения (отделений), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, вводятся должности врачей-терапевтов подростковых и создаются подростковые кабинеты. Врач-терапевт подростковый проводит лечение и медицинскую профилактику заболеваний среди подростков, оказывает методическую помощь другим врачам-специалистам. Должностные обязанности врача-терапевта подросткового определяются руководителем организации здравоохранения.

Основным медицинским документом подростка является «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у), которая оформляется в 15 лет. В форму 025/у, из истории развития ребенка (форма 112/у) вносятся уточненные диагнозы, данные о профилактических прививках, реакции Манту, данные диспансерного наблюдения у врачей-специалистов, результаты обследования, выписки из стационаров, в которых ребенок находился на обследовании и лечении до 15 лет. В дальнейшем вносятся результаты медицинских осмотров, данные обследования, лечения и консультаций подростка. Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма 025-1/у) не заполняется.

Все подростки подлежат диспансерному наблюдению. Основным элементом диспансеризации подростков являются медицинские осмотры, которые проводятся один раз в год. Для планирования проведения медицинских осмотров составляются списки

подростков, отдельно на юношей и девушек, с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса, места учебы (работы). Учет подростков осуществляет участковая медицинская сестра детской организации здравоохранения (отделения).

Медицинские осмотры подростков проводятся организованно по месту учебы (работы) или индивидуально в течение года по месту жительства или по месту временного проживания. Графики медицинских осмотров утверждаются руководителем детской организации здравоохранения или организации здравоохранения, имеющей в структуре детское отделение. Графики организованных медицинских осмотров согласовываются с руководителями учреждений образования, в которых подростки обучаются, или с руководителями учреждений (предприятий), в которых подростки работают.

Медицинские осмотры проводятся в следующем объеме.

Юноши в возрасте 15-17 лет:

- осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- врача-хирурга (с проведением андрологического осмотра);
- врача-невролога;
- врача-офтальмолога;
- врача-оториноларинголога;
- врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- других врачей-специалистов - по медицинским показаниям;
- антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- анализ крови (гемоглобин лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи;
- электрокардиограмма в 16 лет.

Медицинские осмотры юношей в возрасте 16 лет совмещаются с медицинским освидетельствованием при приписке к призывному участку.

Девушки в возрасте 15 и 17 лет:

- осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- врача-хирурга;
- врача-невролога;
- врача-офтальмолога;
- врача-оториноларинголога;
- врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- врача-акушер-гинеколога;
- других врачей-специалистов - по медицинским показаниям;
- антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи.

Девушки в возрасте 16 лет:

- осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- врача акушер-гинеколога;
- других врачей-специалистов – по медицинским показаниям;
- антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи.

Рентгенофлюорографическое обследование органов грудной клетки подросткам проводится в соответствии с актами законодательства Республики Беларусь.

По результатам медицинских осмотров врачом-терапевтом подростковым (врачом-педиатром участковым) дается оценка состояния здоровья подростка, определяется группа здоровья и медицинская группа для занятий физической культурой. При необходимости подростки направляются на дополнительное обследование и консультации. Подростки, имеющие хронические заболевания, берутся на диспансерный учет у врачей-специалистов. Результаты медицинского осмотра вносятся в список подростков, подлежащих медицинскому осмотру. Подростку выдается справка о результатах медицинского осмотра, которая представляется им по месту учебы (работы).

По решению УЗО и комитета по здравоохранению Мингорисполкома стационарное лечение и консультации подростков могут проводиться в детских организациях здравоохранения или в организациях здравоохранения для взрослого населения в соответствии с материально-технической базой и оснащением медицинской техникой. Гинекологическая помощь девушкам оказывается в женских консультациях по месту жительства, по месту временного проживания или по месту учебы (работы).

Медицинская помощь юношам допризывного и призывного возраста оказывается в соответствии с законодательством Республики Беларусь. В детских организациях здравоохранения (отделениях) лечение и медицинскую профилактику заболеваний среди юношей допризывного и призывного возраста организует и осуществляет врач-терапевт подростковый, который работает в тесном контакте с военным комиссариатом.

В детских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, проводится врачебная профессиональная консультация подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Им выдается медицинская справка (форма 086/у), для поступления на учебу в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического, среднего специального и высшего образования. Подросткам, принимаемым на работу, проводятся предварительные медицинские осмотры.

По достижении подростком 18 лет в детской организации здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, составляется переводной эпикриз (приложение 1) и подросток передается под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

Для приема подростков из детской организации здравоохранения (отделения) создается комиссия, состав которой утверждается приказом главного врача организации здравоохранения для взрослого населения. В состав комиссии входят заместитель главного врача организации здравоохранения для взрослого населения (председатель комиссии), заместитель главного врача детской организации здравоохранения (заведующий педиатрическим отделением), заведующие терапевтическими отделениями, врач-хирург, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог организации здравоохранения для взрослого населения.

Ежемесячно по графику, утвержденному приказом главного врача детской организации здравоохранения и согласованному с главным врачом организации здравоохранения для взрослого населения или приказом главного врача организации здравоохранения, имеющей в структуре детское отделение, представляется следующая медицинская документация на рассмотрение комиссии:

- переводной эпикриз на подростка в возрасте 18 лет;
- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у);
- лечебная карта призывника (форма 053/у) - на юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военными комиссариатами после приписки к призывному участку и не закончивших лечения (обследования).

Передача медицинской документации на подростков в организацию здравоохранения (отделение) для взрослого населения оформляется актом передачи (приложение 1). К акту передачи прилагается список подростков, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

В списке должна быть указана следующая информация:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество;
- число, месяц и год рождения;
- домашний адрес;
- место учебы (работы);
- диагноз, поставленный в детской организации здравоохранения;
- дата передачи медицинской документации;
- замечания комиссии.

По достижении 18-летнего возраста или завершении обучения в образовательном учреждении дети, состоящие на учете в ДП, переводятся под наблюдение в территориальные поликлиники.

Особенности профилактических осмотров детей декретированных возрастов. Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями.

Диспансеризация детей «декретированных» возрастов осуществляется бригадой специалистов, утвержденной приказом главного врача, в составе: отоларинголог, офтальмолог, хирург-ортопед, стоматолог. Другими специалистами дети консультируются по направлению участкового педиатра, по показаниям.

1-й месяц жизни Помимо врача-педиатра, наблюдающего ребенка постоянно, в профилактический осмотр будут включаться врачи-специалисты: хирург, невролог, ортопед, офтальмолог.

3-й месяц жизни В этом возрасте проводится очередной профилактический осмотр у врачей-специалистов (кроме педиатра, наблюдающего ребенка ежемесячно) – это обычно невролог, ортопед и ЛОР-врач. Проводится также оценка мышечного тонуса, развитие физическое и психомоторное, формирование первых навыков, оценка развития скелета и суставов. Из лабораторных исследований проводятся анализы крови и мочи для исключения патологий внутренних органов.

6-й месяц жизни Проводится прицельный осмотр педиатром, неврологом и сдаются лабораторные анализы для исключения отставаний в физическом или нервно-психическом развитии.

9-й месяц жизни Кроме осмотра педиатра проводится осмотр врачом-стоматологом и хирургом.

12-й месяц жизни В годовалом возрасте ребенок проходит расширенный профилактический осмотр педиатра и врачей-специалистов. Ребенка консультируют невролог, ортопед, хирург, ЛОР-врач, окулист.

Наблюдения за ребенком после года

После года, в связи с расширением двигательной активности ребенка, увеличением количества его социальных контактов и активным освоением коммуникаций, необходимо своевременное выявление врожденных и приобретенных заболеваний на ранних стадиях, а также максимально полное проведение инструментальной и лабораторной диагностики, адекватных методов лечения и полноценного оздоровления, а также профилактики различных патологий.

В возрасте 2-3-х лет периодические осмотры ребенка проводит педиатр (раз в полгода)

В возрасте 3-х лет проводят осмотр педиатра и специалистов, обычно это хирург и ортопед, офтальмолог, ЛОР-врач, стоматолог, невролог, дерматолог и логопед. Эти специалисты исключают различные патологии со стороны соматического и психического

здоровья, а дополняется заключение данными лабораторных обследований – сдается общий анализ крови и мочи, кал на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз.

Далее аналогичные осмотры с этим же набором специалистов и исследований проводятся в возрасте 5-6 лет и затем перед поступлением в школу (в 6-7 лет). По окончании первого класса обязателен осмотр ребенка педиатром, хирургом и ортопедом, окулистом и ЛОР-врачом, неврологом, стоматологом, гинекологом/урологом. Также сдаются анализы - общий анализ крови и мочи, кал на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз. Это обследование помогает составить представление о влиянии школьных нагрузок на здоровье ребенка.

В пятом классе, наряду с педиатром, ребенка обследуют хирург, ортопед, окулист, ЛОР-врач, стоматолог, невролог, эндокринолог и гинеколог\уролог. Сдается стандартный набор анализов, а также проводится ЭКГ. Аналогичные осмотры в 11-12 лет (седьмой класс), в 14-15 лет (девятый класс), а в десятом классе добавляется флюорографическое исследование легких.

Принципы диспансерного наблюдения детей с ХНИЗ.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Критерии здоровья детей и подростков. Группы здоровья.

Диспансеризация детей декретированных возрастов – один из основных разделов профилактической работы участкового педиатра. С целью оптимизации сбора информации о состоянии здоровья детей и ее систематизации в практической педиатрии используется методика комплексной оценки состояния здоровья, которая проводится в определенные декретированные (эпикризные) сроки, регламентированные стандартом диспансерного наблюдения, принятым в Российской Федерации.

Для проведения комплексной оценки состояния здоровья используются следующие критерии здоровья:

1. 1. Констатация факта наличия хронического заболевания или врожденных пороков развития и определение степени компенсации патологического процесса.
2. 2. Оценка анамнеза (генеалогического, биологического, социального).
3. 3. Оценка физического развития; уровня и гармоничности нервно- психического развития, поведения ребенка.
4. 4. Определение степени резистентности и реактивности организма.
5. 5. Определение функционального состояния органов и систем с выявлением функциональных отклонений.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Исследовав и оценив все критерии здоровья, педиатр дает заключение о принадлежности ребенка к соответствующей группе здоровья.

- I группа — здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, не болеющие за период наблюдения, или имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и которые не нужно корректировать.
- II группа — дети с фактором риска возникновения патологии различных органов и систем, а также имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, измененную резистентность, у которых отсутствуют хронические заболевания Среди детей раннего возраста (первого года жизни) выделяют ПА и ПБ группы здоровья.

■ ПА группа (группа риска) — здоровые дети с минимальным риском формирования хронических заболеваний, т.е. с факторами риска только одного вида в онтогенезе (по данным биологического и генеалогического анамнезов), которые перечислены ниже.

- В пренатальном периоде: экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности и алкоголизм родителей, острые заболевания и операционные вмешательства во время беременности, возраст матери к моменту рождения ребенка менее 18 и старше 30 лет, токсикозы II и I половины беременности, угроза выкидыша, кровотечения, повышение или понижение АД во время беременности.
- В интранатальном периоде: быстрые затяжные роды, длительный безводный период, инструментальное ведение родов, патология плаценты и пуповины, неправильное положение плода, кровотечение в родах.
- Отягощенный генеалогический анамнез: в родословной ребенка отмечают муковисцидоз или мультифакториальные заболевания с определенной метаболической направленностью, а также на одного кровного родственника приходится 0,7 заболеваний.

■ ПБ группа (группа высокого риска) — здоровые дети с факторами риска 2-го вида или одновременной отягощенностью факторами риска всех 3 видов. К ним относят детей следующих групп.

◆ Родившихся при многоплодной беременности, недоношенных, переношенных, детей, родившихся с большой массой тела (4 кг и более), незрелых, детей с внутриутробным инфицированием.

- Детей, перенесших асфиксию, родовую травму, гемолитическую болезнь, острые тяжелые заболевания в ранний неонатальный период, а также детей с рахитом I степени (начальный период), выраженными остаточными явлениями рахита, гипотрофией I степени, дефицитом или избытком массы тела I и II степени.
- Детей с аллергической предрасположенностью к пищевым продуктам, лекарственным и другим веществам.
- Детей с пилороспазмом без явлений гипотрофии, некоторыми врожденными аномалиями, при которых нет необходимости в оперативном вмешательстве, с расширением пупочного кольца, расхождением прямых мышц живота, неопущением яичек в мошонку на первом или 2-м году жизни и др.
- Детей с малым размером большого родничка при рождении, с дефектами осанки, с уплощенной стопой.
- Детей с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы (шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению АД, изменение ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой).
- Детей с гипертрофией аденоидов, гипертрофией миндалин I-й степени, искривлением носовой перегородки при отсутствии нарушения носового дыхания, повторными заболеваниями бронхитами и пневмониями, частыми острыми респираторными заболеваниями.
- Детей с понижением содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы.
- Детей с тимомегалией.
- Детей с субкомпенсированным кариесом (6-8 кариозных зубов), аномалией прикуса, не требующей немедленной коррекции.
- Детей с отдельными невротическими реакциями, патологическими привычками, задержкой психического развития, косноязычием.
- Детей с дисфункцией желудочно-кишечного тракта.

- Детей с миопией слабой степени, с дальнозоркостью средней степени, аккомодационным косоглазием без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1 без нарушения бинокулярного зрения
- Детей с выражением туберкулиновой пробы.
- Детей в состоянии реконвалесценции после перенесенных острых заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния (в том числе после острой пневмонии, эпидемического гепатита, острых нейроинфекций и др.)
- III, IV и V группы — больные дети с хронической патологией, пороками развития в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. Все дети с III, IV и V группой здоровья должны быть на диспансерном учете по форме № 030/у.

У детей II—V групп могут быть отклонения только по одному или нескольким критериям (не обязательно по всем критериям здоровья). Группу здоровья определяют по самому тяжелому отклонению или диагнозу. В процессе наблюдения за ребенком он может быть отнесен к различным группам здоровья, в зависимости от динамики состояния здоровья.

Часто болеющих детей, а также детей, перенесших острую пневмонию, вирусный гепатит, хотя и относят ко II группе здоровья, в период реконвалесценции их берут на диспансерный учет по форме № 030/у.

При наличии нескольких заболеваний оценку группы здоровья производят по наиболее тяжелому из них. Разделение на группы здоровья позволяет проводить оценку состояния ребенка, как на момент обследования, так и при динамическом его контроле.

6 Виды профилактических осмотров, организация проведения их в детской поликлинике, образовательных учреждениях. Этапы проведения профилактических осмотров: доврачебный, врачебный, психолого-педагогический.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Комплексная оценка здоровья.
2. Декретированные сроки наблюдения детей различного возраста.
3. Составляющие разделы комплексной оценки здоровья.
4. Критерии здоровья. Группы здоровья

6. Тестовые задания

1. Категория детей, которые не подлежат нахождению в доме ребенка:
 - 1) [-] дети – сироты
 - 2) [-] дети, родители которых лишены родительских прав;
 - 3) [-] дети, родители которых находятся в местах заключения;
 - 4) [-] дети, родители которых по состоянию здоровья или по уровню материального состояния временно не могут содержать и воспитывать ребенка;
 - 5) [+] дети из неполной семьи
2. В основе формирования групп в доме ребенка лежит:
 - 1) [+] возраст детей;
 - 2) [-] группа здоровья детей;
 - 3) [-] длина тела детей;
 - 4) [-] масса тела детей;
 - 5) [-] данные лабораторного исследования
3. Формирование режима дня /сна и бодрствования /детей в доме ребенка зависит от:
 - 1) [+] возраста детей;
 - 2) [-] группы здоровья детей;
 - 3) [-] длины тела детей;
 - 4) [-] массы тела детей;

- 5) [-]данных лабораторных исследований
4. Основным медицинским документом в доме ребенка является:
 - 1) [+]медицинская карта ребенка;
 - 2) [-]свидетельство о рождении;
 - 3) [-]прививочная форма;
 - 4) [-]лист питания;
 - 5) [-]выписка из роддома
5. Питание детям в доме ребенка назначается в зависимости от:
 - 1) [+]возраста и степени упитанности ребенка
 - 2) [-]группы здоровья ребенка;
 - 3) [-]длины тела ребенка;
 - 4) [-]массы тела ребенка;
 - 5) [-]данных лабораторных исследований