

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 УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.38 Основы формирования здоровья детей
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 8 Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения. Профилактическая работа

г. Ставрополь - 2025

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы формирования здоровья детей»:

Разработаны:

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

Шишалова 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

Шишалова Т.Н.

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с организацией работы и задачами дошкольно-школьного отделения, профилактической работой
- 2. Учебные вопросы**
1. Диспансеризация здоровых детей грудного, раннего возраста.
 2. Принципы диспансеризации детей в организованных коллективах. Диспансеризация здоровых детей дошкольного возраста.
 3. Содержание работы КЗР.

3. Теоретическая часть

Дошкольно-школьное отделение детской поликлиники

Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ДШО) являются одним из важных направлений деятельности врача. Ведь именно в дошкольном и школьном возрастах формируется здоровый образ жизни детей, происходит их социализация, укрепляется или, наоборот, снижается состояние здоровья ребенка. Организация работы ДШО и задачи врача ДШО построены таким образом чтобы предотвратить развитие негативных процессов в состоянии здоровья.

Дошкольно-школьные отделения ведут организационно-методическую работу по повышению квалификации медицинского персонала, обслуживающего детские коллективы, способствуют внедрению современных форм и методов работы в них, распространяют опыт лучших учреждений по диспансеризации здоровых детей и детей с отклонениями в состоянии здоровья.

Медицинское обеспечение учащихся и воспитанников образовательных учреждений возложено на дошкольно-школьное отделение детской поликлиники. Это отделение работает в тесном контакте со всеми остальными подразделениями детской поликлиники или же организуется в ее составе, а также с подростковой службой, отделом гигиены детей и подростков санитарно-эпидемических станций, Центрами здоровья, и другими организациями. Структура дошкольно-школьного отделения (ДШО) включает медицинские кабинеты в образовательных учреждениях, дневной стационар и стационар на дому.

Работу отделения возглавляет заведующий - квалифицированный врач-педиатр, имеющий практический опыт работы в детских дошкольных учреждениях или школах. Заведующий отделением подчиняется главному врачу поликлиники. В обязанности заведующего входят распределение нагрузки среди врачей, утверждение графиков их работы, внедрение научных достижений в практику работы учреждений.

Функции отделения:

- организация проведения плановой диспансеризации детей, посещающих дошкольные учреждения и школы;
- контроль за организацией режима дня и питания детей;
- организация физического воспитания и закаливания детей,
- проведение летних оздоровительных мероприятий,
- медико-педагогический контроль;

- активное наблюдение и лечение детей, находящихся на диспансерном учете;
- контроль за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- санитарно-просветительская работа среди родителей, школьников, воспитателей, педагогов, технического персонала;
- повышение квалификации медицинских кадров дошкольных учреждений и школ;
- анализ деятельности дошкольных учреждений, школ и самого отделения.

Непосредственным помощником заведующего является старшая медицинская сестра отделения. Она руководит работой среднего медицинского персонала, оказывает методическую и практическую помощь, контролирует качество работы и ведение медицинской документации в школах, следит за правильностью хранения медикаментов и прививочного материала, организует занятия для повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала, принимает участие в составлении отчетов по отделению.

Основные задачи ДШО:

- Медико-социальная подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения и контроль за течением адаптации.
- Профилактическая и лечебно-оздоровительная работа в образовательных учреждениях.
- Контроль за рациональным питанием детей в образовательных учреждениях.

Лечебно-профилактическая помощь детям осуществляется врачами и средним медицинским персоналом (фельдшером, медицинской сестрой), состоящими в штате ДШО детской городской поликлиники. Средний медицинский работник подчиняется врачу и работает под его непосредственным руководством.

В обязанности врача детских дошкольных учреждений, согласно существующим положениям, входит следующая профилактическая работа:

- периодический личный контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом, гигиеническими и закаливающими мероприятиями,
- за техникой массажа и гимнастики, за работой фотария и т. Д.;
- своевременное проведение профилактических прививок;
- внедрение в питание 10-дневного меню с индивидуализацией для различных групп детей с учетом здоровья и возраста,
- ежедневный контроль санитарного состояния пищеблока и технологической обработки блюд;
- инструктаж медицинской сестры по вопросам изготовления сырых соков;
- снятие проб со всех видов изготовленных блюд и оценка качества готовой продукции в журнале;
- осмотр всех вновь поступивших детей и вернувшихся после болезни не позднее 2-го дня пребывания ребенка в учреждении;
- распределение детей по группам и назначение им режимов дня с учетом возраста и здоровья;
- углубленный осмотр детей в декретированные сроки;
- активное обучение медицинских сестер вместе с заведующей яслями и детским садом, педагогом и старшей сестрой и ответственность за их медицинскую грамотность;

- активное участие в работе с родителями (занятия в очной школе матерей, родительские конференции, беседы и др.);

- индивидуальный инструктаж родителей вновь поступающих детей.

Медицинский надзор за санитарно-гигиеническими условиями в ДДУ осуществляется на основании требований, изложенных в соответствующих нормативных документах. Требования к участку - предусматривают создание максимальных условий для борьбы с гипокинезией, а также условий для общения детей и развития их познавательной деятельности. В ДОУ на земельном участке выделяют общие и групповые детские площадки, оборудованную физкультурную площадку, хозяйственную территорию, зеленые насаждения и площадь, занимаемую зданием учреждения. Групповые площадки у каждой группы свои, отделенные друг от друга кустарником. На каждой площадке устраивается теневой навес для защиты от солнца и осадков, травяное покрытие, закрывающаяся песочница, место с утрамбованным грунтом, отвечающее возрасту стационарное и переносное оборудование. По периметру участка располагается полоса деревьев и кустарников шириной 5 м. Требования к зданию - ДОУ должны иметь групповые помещения для детей раннего возраста, состоящие из приемной, столовой-игральной, спальни-веранды, туалетной, буфетной; групповые помещения для детей дошкольного возраста, включающие приемную-раздевальню, групповую комнату, спальню-веранду, туалетную, буфетную; медицинскую комнату с примыкающим к ней изолятором. Все групповые помещения и медицинский блок должны иметь отдельные выходы на участок. В здании обязательно имеется административно-хозяйственный блок.

Санитарно-гигиенические требования к помещениям.

Помещения убираются влажным способом при открытых окнах не менее 2 раз в день. Шкафчики для одежды ежедневно протираются и раз в неделю моются. Генеральная уборка всех помещений проводится еженедельно. Игрушки в младшей ясельной группе моются 2 раза в день (в остальных 1 раз) горячей водой, щеткой, мылом. Столы промываются горячей водой с мылом после каждого приема пищи. Постельное белье и полотенца меняются по мере загрязнения, но не менее 1 раза в неделю. Горшки после каждого использования моются проточной водой с помощью квача и обрабатываются в течение 30 минут 1% раствором хлорамина. Проветривание проводится систематически. Лучше всего использовать дозированное сквозное проветривание во время отсутствия детей в группе. Можно использовать проветривание смежных помещений. В теплое время года допустимо пребывание детей в группе во время проветривания. Температура в помещениях должна быть дифференцированной в зависимости от их назначения и возраста детей: в игровой-столовой 20-22 (ясли) и 18-20 (сад), в спальне-веранде 18, в раздевальной - 18-19, в изоляторе и медицинской комнате - 22, в туалетной - 20-22 градуса. Основные помещения должны иметь естественное освещение, на подоконниках не следует держать высокие широколистные комнатные цветы. Световой коэффициент должен составлять 1:5. Окна оборудуются шторами или жалюзи. Источники искусственного освещения включаются в соответствии с осветительным календарем. Удельная мощность должна составлять при лампах накаливания 30 Вт на кв. М., при лампах дневного света - 15-18 Вт на 1 кв.м. Мебель должна соответствовать возрасту и росту ребенка. В старшей дошкольной и подготовительной группах столы 2-х местных с меняющимся наклоном крышки, в остальных 4-местные. Для кормления детей

устанавливают 2-местные столы. Спальни оборудуются стационарными кроватями. В старших группах допускается использование встроенных кроваток. Одежные шкафы в раздевальной имеют индивидуальные ячейки с полками для головных уборов. В туалетных устанавливаются напольные и настенные индивидуальные ячейки для полотенец.

Подготовка детей к посещению ДОО проводится дифференцированно в зависимости от его состояния здоровья. Для направления в детские дошкольные учреждения существует ряд противопоказаний:

- все болезни в остром периоде;
- хронические болезни в период обострения, требующие специального лечения;
- перенесенные инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
- бактерионосительство (кишечные инфекции, дифтерия);
- все заразные и паразитарные заболевания глаз, кожи в период лечения и контроля наблюдения;
- злокачественная анемия, лейкомия, новообразования;
- недостаточность кровообращения любой степени;
- любые формы туберкулеза легких и других органов;
- частые судорожные припадки, эпилепсия;
- психоневрозы, психопатии;
- эндокринные заболевания, требующие индивидуального ухода, и лечения.

Подготовка ребенка в детский коллектив должна начинаться с первых дней его жизни. Она осуществляется участковыми врачом и медсестрой, работниками кабинета здорового ребенка и включает два раздела: общую и специальную подготовку. Под общей подготовкой подразумевают всю систему общественных мероприятий по наблюдению детей на педиатрическом участке. Специальная подготовка начинается с 3-месячного возраста. Участковая медсестра выясняет, будет ли ребенок посещать ДДУ и с какого возраста. На ребенка составляется план оздоровительных мероприятий в зависимости от уровня здоровья (по группе здоровья).

Особое внимание обращается на детей группы «риска» (с дефицитом массы, отставанием НПР более чем на 2 месяца, заболеваемостью ОРЗ на первом году более 3 раз и длительностью более 10 дней, с наличием аномалий конституции, аллергических заболеваний, анемии, рахита), с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития.

Вопрос о направлении детей данной группы в коррекционные (специализированные) ДДУ решается медико-педагогической комиссией. Участковому педиатру необходимо также обратить внимание на раннее, последовательное, совместно с невропатологом, лечение детей с энцефалопатией. Вопрос о возможности устройства этих детей в ДДУ должен решаться после заключения специалиста.

Решая вопрос о подготовке часто болеющего ребенка, участковый врач должен составить индивидуальный план оздоровления и дать родителям на руки памятку с рекомендациями по противорецидивному лечению. Работа по оздоровлению часто болеющих детей должна проводиться круглогодично, но с учетом сезонных особенностей. Летом необходимо максимально использовать природные оздоровительные факторы; весной и осенью, а также в период повышенной заболеваемости ОРЗ, таким детям на 2-3

недели назначается курс лечения травами с адаптогенным, гипосенсибилизирующим и антибактериальным действием. В эти периоды могут использоваться общеукрепляющие и симптоматические средства, общие и местные закаливающие мероприятия, элементы гимнастики и физкультурные занятия, обучение ребенка дыханию через нос, массаж биологически активных точек, назначение курсов УФО, аскорбиновой кислотой, витаминов группы В; может проводиться по рекомендации специалистов и специфическая профилактика (бронхо-мунал, исмиген).

Не менее, чем за 2-3 месяца до поступления в ДДУ обязательно проводится углубленный медицинский осмотр с участием специалистов хирурга, ортопеда, ЛОР, офтальмолога, невролога, дерматолога, логопеда (с 3-х лет), психолога, по показаниям осматривают ребенка и другие специалисты. Обязательно проводится исследование крови, мочи, исследование кала на наличие глистов, соскобы на яйца остриц (3-хкратно). После соответствующих оздоровительных мероприятий дети повторно осматриваются педиатром непосредственно перед поступлением в ДДУ.

Перед посещением ДДУ (не позднее, чем за месяц до поступления) должны быть выполнены вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи, а также ревакцинации АКДС и против полиомиелита. После осмотра всех специалистов и получения результатов анализов участковый врач оформляет заключение в форме 026/у - 2000, в которой указывается клинический диагноз (основной, сопутствующий), оценивается физическое и нервно-психическое развитие ребенка, устанавливается группа здоровья и медицинская группа для занятий физкультурой, прогноз адаптации и даются медицинские рекомендации по режиму, питанию и оздоровлению ребенка.

Кроме этого, наряду с паспортными данными ребенка и родителей, отмечаются особенности течения беременности и родов у матери, характер вскармливания, физическое и нервно-психическое развитие ребенка, перенесенные заболевания и состояния, полученные профилактические прививки и реакции на них, аллергологический анамнез, контакты с инфекционными больными. При оформлении документации на ребенка для ДДУ, в истории его развития (форма № 112/у) делается запись, когда началась и окончилась подготовка к поступлению в ДДУ, какие проведены оздоровительные мероприятия и их результаты.

Оценку качества проведенной подготовки к поступлению в ДДУ определяет специально выделенная в поликлинике комиссия (заведующий ДШО, заведующий педиатрическим отделением).

При переходе ребенка от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе ломаются психологический и динамический стереотипы, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации - дизадаптации. Наиболее сложно протекает период адаптации у детей в возрасте от 9 месяцев до 1 года 8 месяцев, так как к этому времени у детей уже формируются довольно устойчивые привычки. Дизадаптация может сопровождаться разнообразными отклонениями в состоянии здоровья. Основной формой ее проявления у детей раннего возраста являются ОРВИ, а у дошкольников чаще бывают невротические реакции.

В настоящее время участковый педиатр может предположительно прогнозировать тяжесть адаптации по данным анамнеза и состоянию здоровья ребенка. Наиболее тяжело будут адаптироваться дети с высокой степенью «биологического риска»; у них можно

ожидать повышение острой заболеваемости не только в период адаптации, но и по окончании этого периода. К этой группе относятся также дети с отягощенным генеалогическим анамнезом: сердечно-сосудистые заболевания в III и IV поколениях, различная бронхолегочная патология и аллергические заболевания. Степень риска у таких детей возрастает с присоединением социального неблагополучия. Особую группу составляют дети с различными проявлениями энцефалопатии, а также дети с дефицитом массы, рахитом, снижением гемоглобина до 100 г/л.

Дизадаптацию классифицируют по трем степеням тяжести - легкую, среднетяжелую и тяжелую. Основными параметрами оценки являются сроки нормализации поведения, частота и длительность заболеваний ребенка. При легкой дизадаптации нарушения в поведении отмечаются в течение 10-20 дней. Аппетит снижается незначительно. Сон ребенка дома, как правило, не нарушен, а в условиях ДУ он восстанавливается обычно в течение 7-10 дней. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются в течение 15-20 дней, а иногда и раньше. Взаимоотношения со взрослыми почти не нарушены, двигательная активность не снижается. Заболеваний в период адаптации может не быть. Легкая дизадаптация отмечается в основном у детей в возрасте старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья. Дизадаптация средней тяжести регистрируется обычно у детей, поступающих в ДУ в возрасте от 9 мес. До 1,5 лет, либо у детей любого возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья или неправильное воспитание в семье. При этой степени дизадаптации все нарушения в поведении ярко выражены и более длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются, как правило, не ранее 20-30 дней. Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 дней, также как и нарушение контактов до 20-40 дней, эмоциональное состояние неустойчиво в течение первого месяца. Отмечается значительная задержка двигательной активности, которая восстанавливается после 30-35 дней пребывания в учреждении. Взаимоотношения со взрослыми не нарушены. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо. Острое заболевание при дизадаптации средней тяжести возникает в виде респираторной инфекции, протекающей без осложнений. Для тяжелой дизадаптации характерны значительная длительность (от 2 до 6 мес. и более) и выраженная тяжесть всех проявлений. Так, дети до 1,5 лет, имеющие в анамнезе вредности биологического плана (токсикоз беременности у матери, осложнения в родах и др.) и отклонения в состоянии здоровья до поступления в ДУ, заболевают в первые 10 дней после поступления и затем продолжают болеть от 4 до 12 раз и более в течение первого года. Частота заболеваний снижается лишь на 2-ом году пребывания в ДУ, и дети постепенно начинают стабильно посещать группу и адекватно реагировать на обстановку. У детей более старшего возраста (после 1,5 лет) может наблюдаться другая форма тяжести дизадаптации - длительные и тяжелые проявления неадекватного поведения, граничащего с преневротическим состоянием. Ребенок начинает отставать в развитии речи и игровой деятельности на 1-2 квартала. В анамнезе таких детей регистрируются неблагоприятные как биологические, так и социальные факторы (нарушения режима, кормления, организация сна и бодрствования). В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. Кратность осмотра врачом в период адаптации детей до 3 лет не реже 1 раза в 5-6 дней, детей 3-7 лет - не реже 1 раза

в 10-12 дней. В этот период ребенку не проводят профилактические прививки и травмирующие процедуры, но целесообразно проводить мероприятия, направленные на мобилизацию защитных сил организма. Необходимо обеспечить ребенку условия постепенного привыкания к коллективу детей. Перевод на режим и питание, принятые в ДООУ, также следует проводить постепенно. Наблюдение за состоянием здоровья и поведением ребенка проводится воспитательницей группы (медсестрой) и фиксируется в листе адаптации.

В целях охраны нервно-психической сферы ребенка в первые дни целесообразно сократить время его пребывания в группе до 2-3 часов с последующим постепенным увеличением времени до полной продолжительности работы группы. С этой же целью следует удлинять время дневного и ночного сна на 1-1,5 часа. В первые дни к ребенку может быть допущена мать. Учитывая нарушения механизма терморегуляции, имеющиеся у многих детей в период адаптации, им необходимо обеспечить состояние теплового комфорта (путем некоторого утепления одежды).

Отдельным детям при тяжелой дизадаптации с целью повышения неспецифической реактивности показано назначение аскорбиновой кислоты, витамина А, оротата калия, настои элеутерококка или аралии в течение 10-15 дней. Детям с отягощенным семейным анамнезом в комплекс мероприятий целесообразно включать средства коррекции метаболических нарушений - липовую, пантотеновую кислоту, витамины А, Е, В_д, В_г. В ряде случаев невропатологом могут быть назначены седативные средства (фенобарбитал, элениум, седуксен, отвары валерианы, пустырника, шалфея, шишек хмеля).

Период адаптации можно считать законченным, когда поведение ребенка становится адекватным обстановке, появляется положительное эмоциональное состояние, хороший сон, аппетит, достаточные прибавки массы тела, заболеваемость не выше, чем у сверстников, длительно посещающих ДДУ. По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает тяжесть этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

Не менее ответственны обязанности школьного врача. Прежде всего, он должен иметь план профилактической работы на текущий год, который утверждается главным врачом детской поликлиники (больницы) и доводится до сведения педагогического совета школы. Кроме того, школьный врач:

- своевременно организует и проводит медицинские осмотры школьников,
- выносит заключение о состоянии здоровья,
- определяет медицинскую группу для занятий по физкультуре и назначает лечебно-оздоровительные мероприятия;
- проводит анализ результатов углубленного осмотра школьников и составляет план мероприятий, направленных на укрепление их здоровья; план рассматривается на педсовете и утверждается главным врачом поликлиники и директором школы;
- осуществляет контроль за физическим развитием школьников, посещает уроки физической культуры и занятия спортивной секции;
- контролирует режим учебной работы, отдыха и организации питания учащихся, уделяя особое внимание группам продленного дня;
- следит за проведением противозидемических мероприятий, осмотров детей перед профилактическими прививками;

- совместно с педагогическим персоналом проводит работу по профессиональной ориентации школьников с учетом состояния здоровья;

- выявляет учащихся, нуждающихся в освобождении от выпускных и переводных экзаменов, представляя соответствующие материалы на рассмотрение комиссии при поликлиниках;

- проводит санитарно-просветительную работу среди персонала школ, родителей и учащихся.

- контроль за приготовлением пищи и состоянием здоровья работников пищеблока;

Перечень медицинской документации в школе

1. Лицензия на оказание медицинских услуг.
2. Методические указания по диспансеризации детского населения.
3. Инструкция по проведению профилактических прививок.
4. Графики работы медицинских сотрудников школы (с подписью и печатью главного врача поликлиники).
5. Журнал контроля за санитарным состоянием детского учреждения (форма № 3013/у).
6. Медицинская карта ребенка (форма № 026/у-2000).
7. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030).
8. Листы здоровья в двух экземплярах (страница в классном журнале и вкладыш в профильный журнал).
9. Журнал учета движения детей по группам здоровья.
10. Карта профилактических прививок (форма № 063/у).
11. Журнал профилактических прививок.
12. Журнал туберкулинодиагностики.
13. Журнал осмотра детей на педикулез и кожные заболевания.
14. Журнал дегельминтизации.
15. Журнал учета острой заболеваемости (форма № 026/у-2000).
16. Журнал травматизма (форма № 071/у).
17. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у).
18. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у).
19. Карантинный журнал (форма № 061/у).
20. Экстренное извещение (форма № 058/у).
21. Направление на консультацию во вспомогательный кабинет (форма № 028/у).
22. Журнал учета санпросветработы (форма № 038/у).

Диспансеризация детей: цели, виды и особенности формирования программ.

Все родители желают своим детям здоровья. Как известно, предупредить развитие заболевания намного проще, чем лечить его. Избавить малышей и их родителей от неприятностей со здоровьем поможет комплексное профилактическое обследование – диспансеризация детей.

Диспансеризация в педиатрической практике – это плановое мероприятие, которое следует проводить регулярно. Оно предполагает всестороннее обследование здоровья и развития ребенка.

Основная задача диспансеризации – выявить возможные заболевания и патологии, оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка, а также профилактика болезней и выявление возможной предрасположенности к ним.

Необходимость прохождения диспансеризации закреплена законодательно Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н.

Все дети должны проходить обследования ежегодно, а углубленная диспансеризация проводится у детей в 1 год, 3 года, 6, 7, 10, 14, 15, 16 и 17 лет.

Список необходимых обследований велик. В него входят анализы крови, УЗИ, осмотры различных врачей-специалистов. Конкретный перечень зависит от возраста ребенка. Эффективность диспансеризации напрямую зависит от регулярности ее проведения. Чем чаще она проводится, тем лучше, однако в некоторых случаях диспансеризация строго обязательна – например, ребенок должен пройти ее перед поступлением в детский сад и общеобразовательную школу.

Программа диспансеризации детей: принципы формирования

Детская диспансеризация должна осуществляться с первых месяцев жизни.

Первое скрининговое обследование проводится уже в 1 месяц и включает прохождение нескольких видов УЗИ, сдачу анализов, а также посещение невролога, окулиста и ортопеда.

В 3 месяца программа исследования похожая, но несколько менее объемная.

По достижении 6-месячного возраста дети проходят проверку у педиатра, невропатолога, ЛОР-специалиста, окулиста, а также кардиолога.

После 1 года к ним присоединяются хирург, эндокринолог и стоматолог.

Перед поступлением в детский сад и школу помимо вышеперечисленных врачей требуется прием у логопеда и психолога – первый выясняет, нет ли у малыша проблем с речью, а второй определяет его готовность к школе или детскому саду. Кроме того, нужна также консультация иммунолога и ортодонта.

В 9-12 лет необходимо углубленное обследование с участием всех вышеперечисленных специалистов, а также гастроэнтеролога, уролога и дерматолога.

Помимо профилактических осмотров детская диспансеризация предполагает и лабораторные анализы – общий анализ крови, общий анализ кала, общий анализ мочи, кал на наличие глистов, а с 14 лет – флюорография грудной клетки.

От 1 до 2 лет диспансеризация детей проводится раз в квартал, от 2 до 3 лет – раз в полгода, затем одновременно в 3 года, в 5-6 лет, за год до школы, и в 6-7, непосредственно перед поступлением в школу.

Диспансеризация детей школьного возраста проводится в 7 лет, по окончании первого года обучения, в 10, 11-12, 14-15, 15-16 и 16-17 лет.

Виды диспансеризации

Родители должны знать, что рекомендации Министерства здравоохранения касаются лишь необходимого минимума, однако программу диспансеризации можно и нужно формировать самостоятельно – разумеется, посоветовавшись с педиатром. В сущности, педиатр – это основной врач, и к его выбору нужно подходить ответственно. Диспансеризация детей не обязательно должна проводиться в районной поликлинике, и если ваш педиатр вас в чем-то не устраивает, можно обратиться к другому. Диспансеризация детей необходима, хотя многие малыши и не любят бывать у врачей.

Чтобы свести к минимуму дискомфорт и для детей, и для родителей, можно обратиться в частную клинику, где осмотр пройдет быстрее – и, что немаловажно, в более приятной и комфортной атмосфере. Диспансеризация детей в частной поликлинике – это отсутствие утомительных очередей, удобное время приема и возможность проконсультироваться с высококвалифицированными врачами, которым важен именно результат, а не просто пометка в медкарте. Разумеется, в государственных поликлиниках тоже работают прекрасные специалисты, но большие нагрузки и «поточный метод» нередко просто не позволяют им уделять достаточное внимание каждому ребенку. Так, сегодня в государственных клиниках на осмотр одного пациента врач должен отводить от 8 до 10 минут: очевидно, это условие не позволяет уделить человеку достаточно внимания и учесть все нюансы. Кстати, нет необходимости проходить всех врачей за 1-2 дня. Педиатр в частной клинике поможет составить удобный график посещения специалистов, распределив все осмотры так, чтобы не вызвать стресс у ребенка.

Диспансеризация детей от 0 до 3 лет.

В это время основная цель диспансеризации – контроль развития малыша и своевременное выявление возможных патологий. Чем более всесторонним будет обследование, тем лучше. Конечно, можно ограничиться лишь самым базовым осмотром, но если оценка здоровья будет детальной и обширной, шанс избежать проблем в будущем резко повышается.

Ребенок проходит осмотр у педиатра, детского невролога, детского хирурга-ортопеда, детского оториноларинголога, детского офтальмолога, детского стоматолога. По результатам осмотра могут быть назначены дополнительные обследования у других специалистов. Также проводятся проверка профилактических прививок и лабораторные исследования – общий анализ крови и мочи, ЭКГ, комплексное УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа) и УЗИ почек.

Диспансеризация детей от 3 до 7 лет

В этот период ребенка ожидают сразу две больших перемены в жизни – детский сад и школа. Поэтому в программу диспансеризации включены новые пункты. Как и прежде, малыш проходит осмотр у педиатра, детского невролога, хирурга-ортопеда, детского отоларинголога, детского офтальмолога и стоматолога, а также сдает все привычные анализы.

Но в период с 3 до 7 лет необходимы также консультации логопеда, который выявляет и корректирует дефекты дикции, а также определяет степень предрасположенности к дисграфии и дислексии и дает рекомендации по их профилактике. Очень важно не упустить момент и исправить все недостатки именно в этом возрасте – у детей старшего возраста они поддаются коррекции с большим трудом.

Также требуется консультация детского психолога, который определит готовность ребенка к занятиям в коллективе, уровень его психологического развития, стрессоустойчивость. Эта консультация проводится в форме беседы с тестами, напоминающими игры.

Кроме того, с 3 лет нужно проходить осмотр у ортодонта и иммунолога.

Диспансеризация детей школьного возраста

Школа оказывает огромное влияние и на физическое, и на психологическое развитие ребенка. В это время ребенок превращается в подростка, проходя через период

полового созревания. Заметно возрастают нагрузки на различные системы органов. В частности, особого внимания требует зрение. За последние годы количество нарушений зрения у детей школьного возраста возросло практически вдвое. Причина в продолжительном использовании компьютера, планшетов и сотовых телефонов. Зачастую дети проводят дни напролет за просмотром телепередач или компьютерными играми. К тому же нагрузка на зрение ребенка в школе резко возрастает. Поэтому период с 7 до 10-11 лет является самым опасным для системы органов зрения. Именно в этом возрасте могут проявляться патологические изменения – например, близорукость.

Также необходимо добавить к обычным обследованиям у педиатра невролога, ЛОР-специалиста, офтальмолога, хирурга-ортопеда, стоматолога, психолога и эндокринолога, консультацию с урологом или гинекологом, гастроэнтерологом и дерматологом. Во время пубертатного периода могут активизироваться скрытые патологии, поэтому диспансеризация детей в возрасте 9-12 лет не простая формальность, а необходимый для поддержания здоровья шаг.

Кабинет здорового ребенка.

В структуру детской поликлиники или отделения такой поликлиники входит кабинет здорового ребенка (КЗР), цель которого организовывать в ней профилактическую работу со здоровыми детьми раннего возраста под руководством заведующего педиатрическим отделением и под контролем главной медицинской сестры детской поликлиники.

Положение о кабинете здорового ребенка

I. Общие положения

1.1. Кабинет здорового ребенка (далее - КЗР) организуется в составе детской поликлиники для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста (от 0 до 3 лет); неорганизованными детьми 3-7 лет; родителями, в том числе беременными женщинами и кормящими матерями.

1.2. В кабинете здорового ребенка работает фельдшер или медицинская сестра (назначается согласно приказу главного врача детского лечебно-профилактического учреждения).

1.3. Руководство работой КЗР осуществляет заведующий одним из педиатрических отделений детского лечебно-профилактического учреждения, в составе которого КЗР организован.

II. Задачи и функции кабинета здорового ребенка

Задачи кабинета здорового ребенка:

2.1. Повышение уровня знаний родителей и беременных женщин по охране жизни и здоровья, развитию и воспитанию ребенка раннего возраста.

2.2. Формирование сознательного и ответственного отношения родителей к профилактическим осмотрам и прививкам, четкому выполнению всех медикопедагогических назначений и рекомендаций, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

2.3. Пропаганда здорового образа жизни в семье

Функции кабинета здорового ребенка:

2.4. Обучение родителей и беременных женщин основным правилам воспитания здорового ребенка: режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход.

2.5. Обучение родителей методам повседневного контроля за состоянием здоровья и поведением детей раннего возраста, динамикой психомоторного развития ребенка.

2.6. Оказание методической помощи участковым врачам-педиатрам в организации и проведении в кабинете занятий школ молодых матерей, отцов.

2.7. Проведение индивидуальных и коллективных бесед с родителями детей раннего возраста, распространение памяток и буклетов по вопросам гигиенического образования и воспитания, охраны здоровья ребенка.

2.8. Проведение (совместно с участковыми врачами-педиатрами и участковыми медицинскими сестрами) индивидуальной подготовки детей и их родителей к поступлению в образовательные учреждения.

2.9. Обучение родителей методикам массажа, гимнастики, закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения прикорма.

2.10. Информирование участковых врачей-педиатров и медицинских сестер о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках, допускаемых родителями по уходу за детьми с отметкой в "Истории развития ребенка" (форма N 112).

2.11. Осуществление связи с центром профилактики с целью изучения и распространения новых материалов по вопросам развития и воспитания здорового ребенка.

2.11. Ведение рабочей документации.

III. Оснащение кабинета здорового ребенка

3.1. Оснащение кабинета здорового ребенка, укомплектованность инвентарем, оформление и методическое обеспечение осуществляется согласно "Перечню оборудования кабинета здорового ребенка":



1. Стол пеленальный.
2. Весы медицинские, ростомер.
3. Стол для проведения массажа.
4. Детский стол и стул для оформления игрового уголка.
5. Аптечка предметов ухода за ребенком и грудью матери.
6. Стенд "Гигиеническая ванна".
7. Кукла с набором одежды для новорожденного.

8. Стенд по организации сна и бодрствования ребенка первых трех месяцев жизни.
9. Стенд по режимам для детей первых трех лет жизни.
10. Шкаф по организации вскармливания и питания детей первого года жизни.
11. Стенд по организации питания детей 2-3 года жизни.
12. Стенд по массажу и гимнастике.
13. Стенд по закаливанию.
14. Два стенда с выставкой одежды детей 1, 2, 3 годов жизни.
15. Стенд - показатели нервно - психического развития 2- 3 года жизни.
16. Шкаф с выставкой игрушек для детей 1, 2, 3 годов жизни.
17. Игрушки для диагностики нервно -психического развития детей первых трех лет жизни.
18. Стенд по гигиене полости рта.
19. Стенд по устранению вредных привычек.

IV. Функциональные обязанности медицинского работника КЗР

1. Медицинская сестра или фельдшер КЗР непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения, в составе которого он организован.

2. Медицинская сестра или фельдшер КЗР имеет подготовку по профилактической работе с детьми раннего возраста.

3. Медицинская сестра или фельдшер КЗР проводит работу по гигиеническому образованию и воспитанию беременных женщин, будущих отцов, родителей, имеющих детей раннего возраста.

4. Медицинская сестра или фельдшер КЗД:

- проводит профилактическую работу по воспитанию здорового ребенка;
- обучает родителей методикам ухода за детьми, сохранению грудного вскармливания, организации режима дня, возрастным комплексам массажа, гимнастики, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения прикорма и докорма, при необходимости организует контрольное кормление;





- проводит индивидуальные и коллективные беседы с родителями детей, посещающих образовательные учреждения, по вопросам воспитания здорового ребенка;
- проводит занятия с беременными (в школах беременных), с молодыми матерями (в школах молодых матерей), отцами (в школах отцов) при КЗР;
- обучает родителей методам профилактики заболеваний;
- осуществляет совместно с участковым врачом-педиатром и участковой медицинской сестрой подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения;
- комплектует материалы для оформления КЗР, подбирает соответствующий набор наглядно-информационной литературы (таблиц, памяток, плакатов, пособий, выставок) по гигиеническому образованию и воспитанию детей и родителей;



- ведет учетно-отчетную документацию КЗР.

5. Медицинская сестра или фельдшер КЗР обязана повышать профессиональную квалификацию, имеет право получать квалификационную категорию.

6. Медицинская сестра или фельдшер КЗР несет ответственность за свою деятельность в соответствии с действующим положением и должностной инструкцией.

7. Для равномерного распределения нагрузки медицинской сестры или фельдшера КЗР профилактические приемы детей, не посещающих детские дошкольные учреждения, планируются в часы работы кабинета по предварительной записи.

Запись на прием в КЗР осуществляется:

- через Веб-регистратуру или по телефону регистратуры
- при личном обращении в регистратуру или по направлению врача педиатра участкового, фельдшера доврачебного кабинета;
- путем межкабинетной записи на приеме у врача педиатра участкового.

8. Врачи педиатры участковые обязаны обеспечивать направление в КЗР детей первого года жизни не менее 5 раз, второго года жизни не менее 4 раз, третьего года жизни не менее 2 раз, неорганизованных детей 4-7 лет 1 раз в год.

9. В КЗР осмотр детей первого года жизни проводится медицинской сестрой или фельдшером после профилактического приема педиатра. Медицинская сестра или фельдшер КЗР разъясняет матери новые рекомендации педиатра и наглядно демонстрирует их, используя методические материалы кабинета.

Дети 2-го и 3-го года, неорганизованные дети 4-7 года жизни должны посетить кабинет по воспитанию здорового ребенка до профилактического приема у педиатра для диагностики уровня нервно - психического развития и оценки поведения в декретированные сроки.

10. Медицинская сестра или фельдшер КЗР проводит диагностику нервно - психического развития детей с предварительной оценкой по группам развития и назначениями на следующий возрастной период.

Данные об уровне нервно - психического развития медицинская сестра КЗР заносит в карту учета посещения КЗР (вкладыш), который должен быть вклеен и использоваться участковым врачом для комплексной оценки состояния здоровья ребенка.

V. Медицинская документация КЗР

1. Учетная форма N 112/у, вкладыш - карта посещений кабинета по воспитанию здорового ребенка.

2. Учетная форма N 038/у (журнал учета работы ЛПУ по медицинской профилактике).

Роль медсестры кабинета здорового ребенка в формировании физического и психологического благополучия ребенка

Обязанностью медсестры КЗР является оценка темпов физического и психомоторного развития в соответствии с возрастом ребенка, описание его развития на момент осмотра и формирование медико-педагогических рекомендаций в рамках своей компетенции. Правильная оценка базируется на знании анатомо-функциональных особенностей детского возраста, закономерностей возрастных изменений детской психики и локомоторного развития.

Работа медсестры КЗР условно включает 2 принципиальных направления: консультирование по вопросам развития ребенка во время ведения приема; проведение занятий в обучающих школах. Прием в КЗР организован с использованием системы ЕМИАС. Запись в кабинет осуществляют врачи-педиатры, специалисты (невролог, ортопед); родители также имеют возможность записаться самостоятельно. Прием ведут медсестры, желательна с высшим сестринским образованием.

При первичном посещении родителями с ребенком кабинета медсестра в процессе приема проводит сбор необходимой информации (анамнеза), осматривает ребенка и беседует с родителями.

Цель этого этапа – с помощью беседы с родителями на волнующие их темы и оценки темпов развития ребенка определить реальные и потенциальные сестринские проблемы и сформировать индивидуальный консультативный план работы с ними.

В определение понятия «консультирование» входит процесс коммуникации (синоним: взаимодействие), основанный на межличностном общении между медицинским работником и пациентом. В отличие от обычного общения такое взаимодействие имеет профессиональный характер, целью которого является формирование у пациента осознанной модели поведения, основанной на рациональном и самостоятельном отношении к своему здоровью или заболеванию. В практике работы КЗР эту модель медицинский специалист формирует у родителей ребенка.

Проведение консультации в педиатрии имеет ту особенность, что она происходит не напрямую, а опосредованно через родителей или их законных представителей, что делает модель консультирования более сложной, что также необходимо учитывать в процессе консультирования.

Эффективность коммуникации напрямую зависит от соблюдения следующих основных этических принципов:

- каждый человек важен, ценен как таковой и заслуживает уважения;
- каждый человек в состоянии отвечать за свои поступки;
- каждый человек имеет право принимать самостоятельные решения;

- каждый человек имеет право выбирать ценности и цели.

Эффективное общение основано на взаимодействии, а не сводится к прямой передаче информации. Успех консультирования зависит от навыков медицинского работника, умения во время беседы создать атмосферу взаимопонимания. Эффективная коммуникация устраняет возникшую у пациента неопределенность в понимании своего состояния. Она динамична и зависит от ситуации, динамизм подразумевает необходимость не только гибкости, но отзывчивости и участия при взаимодействии с пациентом.

Компоненты успешного консультирования включают:

- чувство присутствия;
- умение слушать;
- восприятие;
- проявление интереса и беспокойства;
- умение раскрываться самому;
- принятие и уважение чужих взглядов;
- сопереживание;
- искренность и др.

Очень важно получить отклик о том, как сообщение было принято и истолковано собеседником, было ли понято, и какое воздействие оказало на него.

Следует учитывать, что возраст пациентов, с которыми работает медсестра КЗР, охватывает 3 различных возрастных периода, имеющих свои анатомо-физиологические и психологические особенности: период младенчества (до 1 года, имеет несколько микропериодов), ранний детский возраст (1–3 года) и дошкольный возраст (3–6 лет). Каждый из периодов по-своему уникален, имеет свои возрастные, подчас условные, границы, характеристики и особенности.

Знание и понимание этих особенностей является хорошей базовой основой для эффективного консультирования. Особенно это касается 1-го года жизни, когда практически каждый месяц происходит смена режимов кормления, сна и бодрствования, расширяются формы общения и двигательная активность, меняются критерии оценки нервнопсихического развития.

По мере взросления ребенка у родителей возникают вопросы, связанные с его поведением, развитием речи и приобретением новых навыков. В соответствии с основными потребностями ребенка на каждом возрастном этапе определяются основные направления консультативной работы медсестры КЗР (см. таблицу). На основе полученной информации медсестра определяет этапы сестринского процесса с учетом индивидуальных особенностей ребенка, выделяет факторы риска и формирует основные рекомендации по уходу за ребенком.

Этапы формирования сестринского процесса в КЗР представлены на схеме (рис. 1). Подробнее остановимся на особенностях консультирования в период новорожденности – это двустороннее общение матери (родителей, опекунов) ребенка и медицинского работника, во время которого происходит сбор и передача информации, в частности, какие шаги необходимо предпринять для решения выявленных проблем и формирования мотивации к выполнению рекомендаций.

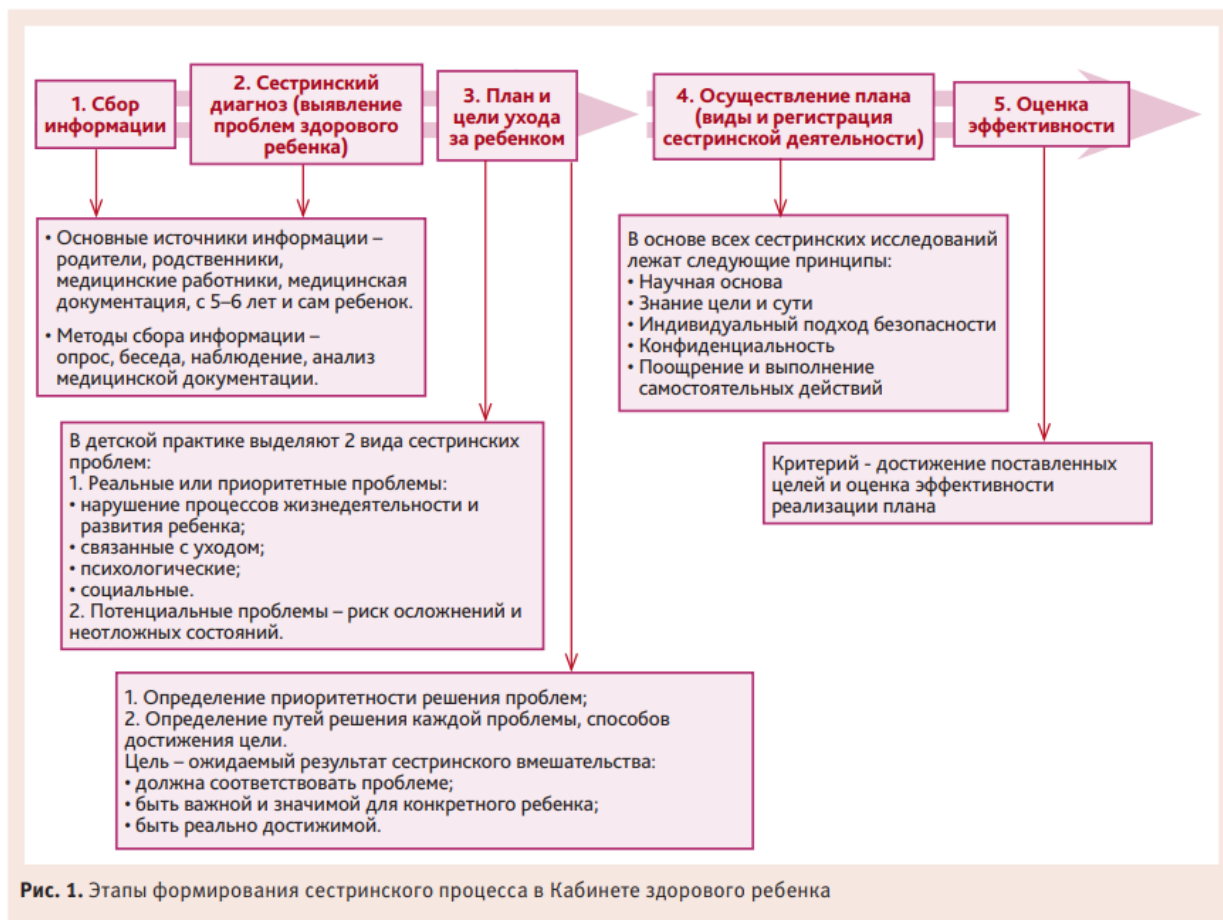
Особое внимание уделяется обследованию ребенка раннего возраста, вк люча я новорожденного.

Выделяется 2 этапа:

сбор анамнеза и осмотр/исследование.

I этап – сбор сестринского анамнеза:

- условия жизни, созданные для ребенка;
- проблемы и жалобы, волнующие мать;
- оценка состояния ребенка при рождении и выписке из роддома;
- вид вскармливания.



II этап – осмотр и оценка состояния новорожденного:

1. Общий осмотр (поведение, свойственное общему удовлетворительному состоянию; засыпание /просыпание; потягивание; поза; движения; мимика/выражение лица).

2. Оценка кожных покровов – чистота кожи – отсутствие/наличие высыпаний, их характер, количество, локализация; цвет кожных покровов – розовая, желтушная, «мраморность»; цианоз – акроцианоз, центральный цианоз; пятна на коже – послеродовые пятна, гемангиома; осмотр всех кожных складок на теле.

3. Осмотр слизистых оболочек – наличие/ отсутствие выделений из глаз, осмотр слизистой оболочки ротовой полости.

4. Оценка пупочной ранки.

5. Осмотр половых органов, ануса и промежности.

6. Осмотр грудных желез.
7. Оценка родничков и черепных швов.
8. Оценка дыхания и сердцебиения.
9. Оценка разведения тазобедренных суставов
10. Оценка врожденных рефлексов/параметров физического и психомоторного развития.

Появилась возможность знания и навыки в области педагогики и психологии, полученные медсестрами со средним и высшим образованием, применить при обучении родителей в КЗР. Профессиональная подготовка медсестер позволяет сформировать педагогическое направление для обучения родителей с учетом особенностей их мотивации, эмоционального состояния, эрудиции.

4. Практическая часть – нет

5. Вопросы для собеседования

1. Диспансеризация здоровых детей грудного, раннего возраста.
 2. Принципы диспансеризации детей в организованных коллективах.
- Диспансеризация здоровых детей дошкольного возраста.

Содержание работы КЗР.

6. Тестовые задания - нет