

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Здоровый человек и его окружение
Специальность	34.03.01 – Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 3	Организация работы поликлиники по профилактике неинфекционных заболеваний
---------------	--

Лекционный материал по дисциплине «Здоровый человек и его окружение»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских болезней
с курсом дополнительного

профессионального образования, д.м.н.,

профессор

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного

профессионального образования, зав.

кафедрой, д.м.н., профессор

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

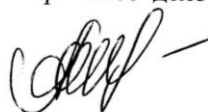
Декан факультета гуманитарного и медико-
биологического
образования



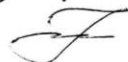
Безроднова С.М.



Безроднова С.М.



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Здоровый человек и его окружение»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с организацией работы поликлиники по профилактике инфекционных заболеваний.
Учебные вопросы	1. Формирование здоровья ребенка в антенатальном периоде. 2. Факторы, влияющие на рост и развитие плода. 3. Понятие об антенатальной охране плода, значение дородовых патронажей.

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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.