

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по теме: **«Работа в детских дошкольных учреждениях и школах» -
практическое занятие – 4ч**

г. Владикавказ, 2020 г.

Составители:

д.м.н., проф. Касохов Т.Б., асс. Дидарова З.В.

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских болезней №2, д.м.н., проф. Калоева З.Д.

Зав. кафедрой детских болезней №1, д.м.н. Бораева Т.Т.

Одобрено на заседании ЦКУМС от 28 августа 2020 г., протокол №1.

Тема: «Работа в детских дошкольных учреждениях и школах».

Цель занятия: ознакомить аспирантов с особенностями работы медицинского персонала с детьми в ДОО и школьных учреждениях.

Мотивация темы: курс на приоритетное развитие амбулаторной помощи детскому населению является в России одним из ведущих стратегических направлений реформы здравоохранения. Раннее активное выявление заболеваний и комплексное лечение ребенка в поликлинических условиях – один из наиболее важных разделов профилактической работы участкового педиатра. Именно поэтому в тематический план обучения студентов педиатрического факультета включено изучение проблем диспансеризации детского населения.

Аспирант должен знать:

- содержание работы врача дошкольно-школьного отделения детской поликлиники;
- содержание работы врача-педиатра с детьми и подростками в поликлинике и на дому;
- принципы организации и сроки проведения диспансерных осмотров детей;
- роль узких специалистов в процессе диспансеризации;
- основную учетную документацию по диспансеризации детского населения;
- основные группы здоровья детей;
- принципы питания здоровых детей разного возраста;
- принципы питания больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- назначение и проведение комплексов массажа и гимнастики у детей дошкольного возраста;

- методику проведения лечебной физкультуры, массажа и физиотерапевтических методов лечения у детей с различными заболеваниями;
- методику проведения закаливания детей.

Аспирант должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- оценить нервно-психическое развитие ребенка дошкольного возраста;
- оценить нервно-психическое развитие ребенка-школьника;
- определить физкультурную группу для детей школьного возраста;
- измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование здорового и больного ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому; копрограмму;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания детей;
- произвести расчет и коррекцию питания больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- составить режим дня для здоровых детей раннего возраста;

- составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- оценить степень тяжести адаптации детей к дошкольно-школьным учреждениям;
- составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
- выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112) ребенка;
 - медицинскую карту (ф.026) ребенка;
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - этапный эпикриз на ребенка первого года жизни;
 - документацию при оформлении ребенка в детский сад, школу;
 - больничные листы и справки;
 - рецепты на молочную кухню;
 - провести анализ показателей работы врача школьно-дошкольного отделения

Хронокарта учебного времени.

Практическое занятие рассчитано на 3 часа,12 минут (147 минут) (1 занятие).

I. Вводный этап(5-8 минут)

1. Проверка присутствия ординаторов, обращение внимания на внешний вид и дисциплину, ответы на вопросы ординаторов.
2. Постановка цели практического занятия
3. Предъявление ординаторам мотивационного блока.

II. Контроль исходного уровня подготовки ординаторов (контроль базисных знаний) 25 минут.

III. Основной этап.

1. Самостоятельная работа ординаторов у постели больного ребенка 40 минут.

2. Разбор больного по теме семинара 50 минут.

IV. Этап проверки качества сформированной мыслительной и практической деятельности, заключительный контроль 30 минут.

Перерыв после каждого академического часа работы – 5 минут = 15 минут.

Вопросы для самоподготовки:

1. Цели и задачи диспансеризации.
2. Этапы диспансеризации.
3. Комплексная оценка состояния здоровья детей, определение групп здоровья, риска.
4. Как организуются диспансерные осмотры?
5. Как осуществляется планирование диспансеризации на участке?
6. Учет и основная документация диспансеризации.
7. Порядок и периодичность диспансерных осмотров дошкольников.
8. Порядок и периодичность диспансерных осмотров школьников.
9. Какие узкие специалисты и в какие сроки участвуют во всеобщей диспансеризации детей?
10. Как дети из группы риска наблюдаются на участке?

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. По каким параметрам оценивается физическое развитие детей?
2. Как оценивается нервно-психический статус детей?
3. Как производится оценка полового развития?
4. Что такое костный возраст?

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Цели и задачи дошкольно-школьного отделения детской поликлиники;
2. Какие узкие специалисты участвуют в процессе диспансеризации детского населения?

3. Как организуются диспансерные осмотры неорганизованных детей на участке?
4. Принципы организации диспансерного наблюдения за организованными детьми.
5. Сроки проведения диспансерных осмотров детей.
6. Какая учетная документация оформляется при диспансеризации детского населения?
7. Какие показатели, характеризующие диспансерную работу, рассчитываются участковым педиатром или врачом ДШО?
8. Какие группы здоровья вы знаете?
9. По какому принципу осуществляется распределение детей по группам здоровья?

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
2. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
3. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней / СПб.: ПИТЕР, 2010. – 752 с.
4. Мелехова Г.В., Ганузин В.М., Черная Н.Л. Врач детского дошкольного образовательного учреждения: Практическое руководство (под ред. Черной Н.Л.) Изд. 2-е, перераб., доп./ Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 416 с.

5. Подростковая медицина / Под ред. А.М. Куликова. - СПб.: ПИТЕР, 2006. – 544 с.
6. Поликлиническая педиатрия : учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
7. Руководство участкового педиатра / Под ред. Т. Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 352 с.
8. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
9. *Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.В.* Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских болезней / ЭЛБИ-СПб, 2005. – 520 с.
10. *Шабалов Н.П.* Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
11. *Стернин Ю. И., Безруков Н.К.* Часто и длительно болеющий ребенок / ИнформМед, 2008 . - 168 с. Участковый педиатр. Новое справочное руководство / Под ред. М. Ф. Рзынкиной, В. П. Молочного. - Ростов н/Д. Феникс, 2011. - 480 с.
12. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации / М., 2005.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Медицинское обеспечение дошкольников. Организация медицинских осмотров. Комплексная оценка состояния здоровья детей

Медицинское обеспечение обучающихся, воспитанников в ДОУ и школах регламентируется следующими документами:

- Приказом Минздрава России и Минобразования России от 30.06.1992 г. "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях".

- Приказом Минздравмедпрома России от 14.03.1995 г. "Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

- Приказом Минздравмедпрома России от 14.03.1996 г. "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии".

- Приказом Минздрава России от 07.05.1998 г. "О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям".

- Приказом Минздрава России от 05.05.1999 г. "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста".

- Приказом Минздрава России от 03.07.2000 г. "Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений".

Здоровье детей дошкольного и школьного возрастов социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, здоровья родителей, наследственности, условий жизни, воспитания ребенка в семье и в организованных коллективах.

для детей в возрасте от 2 месяцев и до 7 лет организуются детские ясли и сады. В современном обществе принято отдавать детей в ясли в возрасте старше 1,5 лет. Комплектование в группах проводится с учетом возраста и должно быть закончено к 1 сентября.

Существуют различные типы ДООУ:

- детские сады, ясли-сады общего типа;
- ясли сады санаторного типа для детей с выражеными туберкулиновыми пробами, имеющих контакт с больными туберкулезом;
- дома ребенка для детей без существенных отклонений в состоянии здоровья;

- дома ребенка для детей с грубыми органическими поражениями ЦНС;

Кроме того, создаются образовательные учреждения нового типа для детей от 3 до 10 лет:

- начальная школа - детский сад;

- начальная школа - детский сад компенсирующего вида для коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников и обучающихся;

- прогимназии с приоритетным осуществлением одного или нескольких направлений развития воспитанников и обучающихся (интеллектуального, художественно-эстетического, физического и др.).

Основные цели таких учреждений – обеспечение преемственности между дошкольным и начальным общим образованием, создание оптимальных условий для охраны и укрепления здоровья, физического и психического развития воспитанников и обучающихся.

В современном обществе функционируют специализированные (коррекционные) дошкольные учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата; интеллекта (умственно отсталые дети); с нарушением слуха, речи, зрения; группы детей с неврологическими и аллергическими заболеваниями.

Дошкольные учреждения могут работать как дневные с длительностью пребывания в них детей 9, 10 или 12 часов, как круглосуточные или как учреждения интернатского типа. Количество детей в группах устанавливается в зависимости от возраста: до 3-х лет – 10 детей, старше 3-х лет – 15 детей.

Лечебно-профилактическая работа в организованных образовательных учреждениях обеспечивается детской поликлиникой, в районе деятельности которой оно расположено, а также медицинскими работниками ДОУ и ООУ.

Организационно-методическое руководство и контроль медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях осуществляют

специальные отделения поликлиник – отделение организации медицинской помощи детям и подросткам.

Медицинское наблюдение за детьми в организованных коллективах осуществляется врачом и медсестрой в соответствии с их функциональными обязанностями.

Штатные нормативы врачей для обеспечения работы в дошкольных учреждениях устанавливаются из расчета:

- 1 педиатр на 180-200 детей в детских яслях (ясельных группах яслей/садов)
- 1 педиатр на 600 детей в детских садах.

Для непосредственного наблюдения за детьми в детских садах предусмотрена 1 должность медицинской сестры или фельдшера:

- на 400 детей в детских садах,
- на 50 детей в санаторных детских садах,
- на 100 детей в детских яслях,
- на 30 детей в санаторных детских яслях.

При наличии в детском саду 12 групп детей, в том числе четырех групп ясельного возраста устанавливается: 1,5 ставки старшей медицинской сестры и 0,5 ставки патронажной медицинской сестры. При наличии 6 групп – 1 ставка старшей медицинской сестры.

Контроль состояния здоровья на основе массовых скрининг-тестов предусматривает новый принцип организации углубленных осмотров, этапность обследования:

1 этап – обследование всех детей по скрининг-программе, которое проводится в основном средним медицинским персоналом образовательного учреждения;

II этап - обследование детей, выделенных с помощью скрининг-тестов, врачом общеобразовательного учреждения;

I этап - обследование школьников узкими специалистами поликлиники.

Скрининг-программа подразделяется на базовую и расширенную, представленные в медицинской карте ребенка для общеобразовательного учреждения.

Базовая скрининг-программа доврачебного медицинского обследования используется для мониторинга здоровья детей и содержит обязательный набор тестов:

1. анкетный тест;
2. индивидуальную оценку физического развития;
3. измерение артериального давления, с проведением нагрузочной пробы;
4. выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью комбинированного визуально-инструментального исследования;
5. исследование остроты зрения;
6. выявление предмиопии (склонность к близорукости) с помощью теста Малиновского;
7. выявление нарушений бинокулярного зрения;
8. выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи;
9. оценку уровня физической подготовленности, проведение динамометрии;
10. выявление протеинурии и гликозурии с помощью лабораторных скрининг-тестов – анализа мочи;

Расширенная скрининг-программа дополняет базовую и включает:

1. число заболеваний за год;
2. выявление невротических расстройств;
3. оценку нервно-психического развития.

Врачебно-педагогический этап включает осмотр ребенка с анализом данных скрининг-тестов и определение группы здоровья. Педиатр и педагог-психолог дают рекомендации по режиму адаптации в дошкольном учреждении и в возрасте 6-7 лет определяют функциональную готовность к обучению в школе. После осмотра детей, врач решает вопрос о

необходимости дополнительных исследований, консультации других специалистов (невропатолога, ЛОР-врача, кардиолога, нефролога, гастроэнтеролога, аллерголога и др.).

Специализированный этап осмотра проводится с привлечением врачей узких специальностей в декретированные сроки, которые проводятся в условиях детского учреждения. Кроме детей декретированных групп, врачи-специалисты осматривают и консультируют больных детей, состоящих на диспансерном учете в поликлинике. Консультации врачей других специальностей (дерматолог, кардиоревматолог, пульмонолог, аллерголог и др.) и дополнительные лабораторные исследования проводятся в детской поликлинике по показаниям.

Итогом профилактических углубленных осмотров детей является комплексная оценка состояния их здоровья с отнесением к одной из групп здоровья, которая дается на момент обследования. При этом острые заболевания, прошлые болезни (если они не хронические), возможность рецидива, стадия реконвалесценции, вероятность возникновения заболевания, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитываются.

При наличии нескольких заболеваний окончательная оценка производится по наиболее тяжелому заболеванию. При совокупности нескольких заболеваний, каждое из которых служит основанием для отнесения больного к III группе здоровья и снижает функциональные возможности организма, больного следует отнести к IV группе здоровья. При каждом последующем углубленном осмотре врач отмечает динамику в состоянии здоровья ребенка и решает вопрос о переводе его из одной группы здоровья в другую.

Плановые профилактические осмотры в ДОО проводятся в декретированные сроки: с 1-го до 2-х лет – 1 раз в квартал, с 2-х до 3-х лет – 2 раза в год, с 3-х до 7 лет – 1 раз в год.

Подготовка детей к поступлению в ДООУ должна начинаться с первых дней его жизни. Она осуществляется участковыми врачом и медсестрой, работниками кабинета здорового ребенка. 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;
- сифилис в заразном периоде, гонорея в период лечения.

Не менее чем за 2-3 месяца до поступления в ДООУ 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. Проводится исследование крови, мочи, исследование кала на наличие глистов, соскобы на яйца остриц (3-хкратно). После осмотра всеми специалистами и получения результатов анализов участковый врач составляет прогноз адаптации.

При оформлении документации на ребенка для ДООУ, в истории его развития (форма М 112/у) делается запись, когда началась и окончилась

подготовка к поступлению в ДООУ, какие проведены оздоровительные мероприятия и их результаты. Непосредственно перед поступлением в ДООУ врач оформляет заключение в медицинскую карту О2б/у-2000.

Оценку качества проведенной подготовки к поступлению в ДООУ определяет специальная комиссия (заведующий ОМПДиП, заведующий педиатрическим отделением).

Для облегчения адаптации в ДООУ проводятся следующие мероприятия:

1. Принимать нового ребенка следует в часы бодрствования (по режиму для данного ребенка).

2. В первые 1-2 дня не отпускать родителей, если ребенок сильно плачет, отказывается есть и спать.

3. Назначается укороченный день детям всех возрастов. Время пребывания ребенка в группе увеличивается постепенно на 1-2 часа в день, в зависимости от его поведения.

4. В первые дни кормить и укладывать спать так, как ребенок привык дома. Кормить осторожно, не настаивать в случае отказа от еды, компенсировать недоедание дома.

5. Новый для ребенка режим вводится постепенно, сдвигая его по сравнению с домашним на 10-15 минут в день.

6. Нового ребенка тепло одевать, следить, чтобы не переохлаждался. В связи с повышенным мочеиспусканием, слезоотделением и сухостью слизистых оболочек чаще предлагать ребенку теплое питье.

7. Разговаривать с ребенком ласково, все объяснять, предупреждать отрицательные эмоции, не давать ребенку долго плакать.

8. В первые дни организовать деятельность нового ребенка в стороне от детей, до тех пор, пока он сам не проявит интерес и желание играть рядом с детьми.

9. В период адаптации держать нового ребенка поближе к себе, общаться с ним каждые 2-3 минуты взглядом, чтобы успокоить и привлечь к игре.

10. Все занятия с новым ребенком проводить индивидуально, в групповые занятия вовлекать постепенно.

11. Поведение нового ребенка отмечать в листе адаптации. О трудных случаях адаптации информировать педагога, врача.

12. На физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений.

13. Направлять в ДОО ребенка, перенесшего какое-либо заболевание, можно не ранее, чем через 2 недели.

14. Вакцинация ребенку может проводиться не позднее, чем за месяц до поступления в ДОО или не ранее, чем через месяц после окончания периода адаптации.

Вопросы адаптации и дизадаптации

При переходе ребенка от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе ломаются психологический и динамический стереотипы, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации. Дизадаптация может сопровождаться у детей раннего возраста ОРИ, а у дошкольников – невротическими реакциями. Существует три степени дизадаптации – легкая, среднетяжелая и тяжелая.

Легкая степень дизадаптации отмечается в основном у детей в возрасте старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья. Нарушения в поведении отмечаются в течение 10-20 дней. Аппетит снижается незначительно. Сон ребенка дома, как правило, не нарушен, а в условиях ДОО 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.

Дизадаптация средней тяжести регистрируется обычно у детей, поступающих в ДОО 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 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, нарушение контактов, неустойчивое эмоциональное состояние длится в течение 20-40 дней. 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 дизадаптации тяжелой степени характерна значительная длительность (от 2 до 6 мес. и более) и выраженная тяжесть выше перечисленных проявлений. Из этой группы детей формируются часто и длительно болеющие дети, особенно если они начинают посещать ДОО в возрасте до 1,5 лет. У детей старшего возраста (после 1,5 лет) может наблюдаться другая форма тяжелой дизадаптации – длительные и тяжелые проявления неадекватного поведения, граничащего с преневротическим состоянием.

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 ДОО.

Контроль и регистрацию результатов наблюдения за детьми в ДОО осуществляет воспитатель. Оценивает уровень адаптированности врач или старшая медсестра. У детей раннего и ясельного возраста эмоционально-поведенческие реакции регистрируются ежедневно, у дошкольников – 1 раз в 3 дня. В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. Кратность осмотра врачом в период адаптации детей в возрасте до 3 лет не реже 1 раза в 5-6 дней, детей

3-7 лет – не реже 1 раза в 10-12 дней. По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает тяжесть этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

Подготовка детей к обучению в школе

Прием детей в 1 классы осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению.

В первые классы школы принимаются дети восьмого или седьмого года жизни по усмотрению родителей. Прием в школу детей седьмого года жизни осуществляется при достижении ими к 1 сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев. Обучение детей, не достигших 6,5 лет к началу учебного года, следует проводить в условиях или детского сада с соблюдением всех гигиенических требований по организации обучения детей с шестилетнего возраста.

Подготовка детей к поступлению в школу ведется постоянно во всем периоде дошкольного детства. В возрасте 3 лет, 5 лет, за год и в год поступления в школу проводятся углубленные осмотры с привлечением специалистов для выявления больных детей и проведения оздоровительных мероприятий.

Работа врача по определению готовности к школе проводится в 2 этапа и предусматривает оздоровление дошкольников и коррекцию развития школьно-необходимых функций.

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 ДОУ.

Контроль и регистрацию результатов наблюдения за детьми в ДОУ осуществляет воспитатель. Оценивает уровень адаптированности врач или

старшая медсестра. У детей раннего и ясельного возраста эмоционально-поведенческие реакции регистрируются ежедневно, у дошкольников – 1 раз в 3 дня. В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. Кратность осмотра врачом в период адаптации детей в возрасте до 3 лет не реже 1 раза в 5-6 дней, детей 3-7 лет - не реже 1 раза в 10-12 дней. По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает тяжесть этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

Подготовка детей к обучению в школе

Прием детей в 1-е классы осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению.

В первые классы школы принимаются дети восьмого или седьмого года жизни по усмотрению родителей. Прием в школу детей седьмого года жизни осуществляется при достижении ими к 1 сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев. Обучение детей, не достигших 6,5 лет к началу учебного года, следует проводить в условиях или детского сада с соблюдением всех гигиенических требований по организации обучения детей с шестилетнего возраста.

Подготовка детей к поступлению в школу ведется постоянно во всем периоде дошкольного детства. В возрасте 3 лет, 5 лет, за год и в год поступления в школу проводятся углубленные осмотры с привлечением специалистов для выявления больных детей и проведения оздоровительных мероприятий.

Работа врача по определению готовности к школе проводится в 2 этапа и предусматривает оздоровление дошкольников и коррекцию развития школьно-необходимых функций. Первое обследование с определением психофункциональной готовности к школе проводится осенью года, в котором ребенок пойдет в школу.

Повторный осмотр всех детей осуществляется перед поступлением их в школу (в апреле-мае) теми же специалистами. Одновременно проводится повторное психофизиологическое обследование детей, признанных не готовыми к школе при первом обследовании. Во время повторного исследования детей целесообразно проводить анкетирование родителей на предмет выявления у детей синдрома дефицита внимания и гиперактивности, который существенно затрудняет обучение этих детей и требует дополнительных медико-профилактических мероприятий.

Определение готовности детей к обучению в школе проводится врачом по медицинским и психофизиологическим критериям. Медицинские критерии – уровень биологического развития, состояние здоровья в момент осмотра, острая заболеваемость за предшествующий год.

Биологическую зрелость определяют по зубной формуле и расценивают, как замедление развития, соответствующее воз расту или ускоренное развитие.

Психофизиологические критерии – результаты выполнения теста Керна-Иерасека (нарисовать человека, срисовать короткую фразу «Он ел суп», группы точек), качество звукопроизношения (наличие дефектов), результат выполнения мотометрического теста. Каждое задание теста Керна-Иерасека оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

Ребенок считается готовым к школьному обучению в том случае, если его биологический возраст соответствует, или опережает паспортный, и если он получил в сумме 3-5 баллов за тест Керна-Иерасека и имеет положительный результат за выполнение мотометрического теста (положителен, если ребенок вырезает за 1 минуту $7/8$ круга диаметром 7 см).

Ребенок считается условно зрелым, если получает 6-9 баллов за тест Керна-Иерасека и имеет положительный результат за выполнение мотометрического теста.

Не готовыми к обучению считаются дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья, отстающие в биологическом развитии, а также не выполнившие тест Керна-Иерасека (9-15 баллов) независимо от выполнения других тестов при повторном исследовании, имеющие дефекты звукопроизношения.

Исследование проводится медицинской сестрой или воспитателем детского сада, а также медицинской сестрой или врачом поликлиники. Перед поступлением в школу (6-7 лет) педагог-психолог определяет интеллектуальный уровень развития и дает заключение о степени готовности к обучению в школе: «к обучению в школе готов», «подготовлен слабо», «не готов» и дает соответствующие рекомендации.

Организованные дети, не готовые к школьному обучению, по психофизиологическим показателям (незрелые), временно не допускаются в школу. Временная отсрочка от приема в школу рекомендуется детям с отставанием биологического развития:

1. Рост ниже среднего, ниже 10 центиля по местным стандартам физического развития;
2. Прибавка в росте за последний год менее 4 см;
3. Полное отсутствие постоянных зубов.

Организованные дети остаются в подготовительной группе на следующий год, а неорганизованных рекомендуют определить в подготовительную группу детского сада.

Дети, с выявленными отклонениями в состоянии здоровья и не подлежащие обучению в общеобразовательной школе, направляются в психолого-медико-педагогическую комиссию для решения вопроса об обучении ребенка в специальной (коррекционной) образовательной школе.

Оздоровительные мероприятия в ДОУ

План мероприятий по улучшению состояния здоровья школьников составляется после комплексных осмотров. Наибольшую группу, состоящих на диспансерном учете в ДОУ, составляют часто и длительно болеющие дети

(ЧБД). Основную группу часто болеющих в дошкольном учреждении составляют дети с патологией ЛОР органов.

Организация рационального питания

Питание – один из основных факторов внешней среды, определяющих нормальное развитие ребенка. Рациональное питание детей в детских учреждениях требует правильно организованного меню и сбалансированных норм потребления пищевых веществ и энергии.

Наиболее оптимальным соотношением Б:Ж:У в рационах детей дошкольного возраста является 1:1:4. Рекомендуется 4-х разовый прием пищи в дошкольном возрасте, в некоторых случаях (в санаторных и оздоровительных учреждениях и др.) – 5-ти разовый. Калорийность завтрака и ужина у детей должна составлять по 25% суточной калорийности рациона, обед рекомендуется делать более насыщенным – 35-40%, а полдник – более легким – 10-15% от общего количества калорий в сутки.

При построении конкретного рациона необходимо обеспечивать и определенные соотношения пищевых веществ животного и растительного происхождения. Для детей в возрасте от года до 3-х белки животного происхождения должны составлять 75%, дошкольного возраста (от 4 до 7 лет) – не менее 65%, растительные жиры – примерно 15% от общего количества жира. За счет углеводов должно удовлетворяться 60% суточной энергетической потребности организма. Усвояемость углеводов достигает 98%.

Оценка питания. Наиболее объективными показателями обеспечения детей рациональным питанием являются: хорошее общее состояние ребенка, соответствие его физического и нервно-психического развития возрасту, положительный эмоциональный тонус, достаточная активность, хорошая резистентность к заболеваниям. Наиболее правильным считается соответствие массы тела росту ребенка или определение индекса Кетле или соответствие массы тела ребенка его росту.

Организация учебных занятий в детском саду

В каждой группе детского сада проводится строго определенное количество занятий в неделю: в младшей и средней группах – 10, в старшей – 13, в подготовительной – 14.

В младшей (дети 4-го года жизни) и средней группах (дети 5-го года жизни) ежедневно 2 учебных занятия проводятся в первой половине дня и не должны превышать 15 минут. В старшей (дети 6-го года жизни) и подготовительной (дети 7-го года жизни) проводится ежедневно 3 учебных занятия продолжительностью 25 минут для детей старшей и 30 минут для детей подготовительной групп. Перерывы между занятиями составляют не менее 10 минут.

Занятия для детей старшего дошкольного возраста могут проводиться во второй половине дня после дневного сна, но не чаще 2-3 раз в неделю. Длительность этих занятий – не более 30 минут.

На знакомство с окружающим миром и развитие речи отводят 2-4 занятия (соответственно возрастным группам), на развитие элементарных математических представлений – 1, на рисование – 1-2, на лепку – 1, на аппликацию и конструирование – 1-2 занятия. В середине каждого занятия проводится физкультминутка.

Среди общего времени урока следует отводить 50% занятиям, требующим от детей умственного напряжения и 50% занятиям физкультурно-оздоровительного, эстетического цикла.

Занятия по наиболее трудным предметам, требующим повышенной познавательной активности и умственного напряжения детей, целесообразно проводить в первую половину дня, в дни наиболее высокой работоспособности (вторник, среда). Для профилактики утомления детей рекомендуется сочетать указанные занятия с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой, танцами и т.д.

Занятия с использованием компьютеров для детей 5-6 лет проводятся не чаще 2 раз в неделю. Продолжительность непрерывной работы с компьютером не более 10-15 минут. Длительность просмотра телевизора в

младшей и средней группах – не более 20 минут, в старшей и подготовительной – не более 30 минут.

На активную двигательную деятельность детей в режиме дня отводится не менее 3,5-4 часов в день. Двигательная активность в организованных формах деятельности должна составлять 45-50% всего объема суточной двигательной активности.

Физкультурные занятия для всех возрастных групп необходимо проводить не менее 3 раз в неделю. Одно из трех физкультурных занятий проводится круглогодично на открытом воздухе при наличии у детей спортивной формы, соответствующей погодным условиям и отсутствию у них медицинских противопоказаний. В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное число занятий физическими упражнениями организуется на открытом воздухе.

Занятия по дополнительному образованию (студии, кружки, секции) для детей старшей и подготовительной групп не допустимо проводить за счет времени, отведенного на прогулку и дневной сон. Они проводятся не чаще 2 раз в неделю, их продолжительность – не более 30 минут. Участие ребенка более чем в 2-х дополнительных занятиях нецелесообразно. Домашние задания дошкольникам не задаются.

В середине учебного года (январь) для детей средней, старшей и подготовительной групп организуются недельные каникулы, во время которых проводятся только эстетически-оздоровительные занятия (музыкальные, спортивные, изо). В летний период учебные занятия (кроме музыкальных и спортивных) не проводятся.

Медицинский контроль физического воспитания

Необходимым условием всестороннего развития, укрепления здоровья и повышения сопротивляемости организма детей является их правильное физическое воспитание.

дети, посещающие дошкольное учреждение, в зависимости от состояния здоровья, функционального состояния, могут иметь временные

ограничения в занятиях физкультурой. Для определения физической подготовленности проводятся функциональные пробы:

1. Определение времени задержки дыхания (пробы Штанге и Генча).
2. Проведение ортостатической пробы.
3. Проведение нагрузочной пробы.

На основании проведенных проб для индивидуального подхода при назначении различных средств физического воспитания целесообразно выделять 2 группы детей:

– основная группа – дети, не имеющие никаких медицинских и педагогических противопоказаний и ограничений для занятий в полном объеме программы физического воспитания;

– ослабленная группа - дети, имеющие ограничения временного характера в величине, интенсивности физической нагрузки и объеме закаливающих мероприятий. К ослабленной группе относят детей II и III групп здоровья, в основном – часто длительно болеющих.

Дети, отнесенные к ослабленной группе, должны иметь индивидуальные планы закаливающих мероприятий и получать более низкую физическую нагрузку, за счет уменьшения число повторений каждого упражнения. Обязательны ежедневные занятия утренней гимнастикой.

Дети ослабленной группы должны находиться под постоянным наблюдением медицинских работников и при положительных сдвигах в состоянии здоровья без задержки переводиться на общий режим дошкольного учреждения. Дети, отнесенные к ослабленной группе и за время пребывания в детском саду, не переведенные в основную, в школе должны заниматься по программе физического воспитания подготовительной группы.

Цель урока физического воспитания – достижение определенного уровня нагрузки на организм посредством усложняющихся физических упражнений, постоянной тренировки и закаливания организма.

Физкультурные занятия состоят из трех частей: вводной, основной и заключительной.

Задачи вводной части: повысить эмоциональную настроенность детей, активизировать их внимание, постепенно подготовить организм к предстоящей повышенной физической нагрузке.

Задачи основной части: обучение основным двигательным навыкам и их закрепление, развитие физических качеств, тренировка раз личных мышечных групп, тренировка и совершенствование физиологических функций организма (подвижные игры, бег, прыжки, лазание, спортивные игры и т.д.).

Задачи заключительной части: обеспечить постепенный переход от повышенной мышечной деятельности к спокойной, уменьшить двигательное возбуждение, сохранив при этом бодрое настроение детей.

Общая продолжительность физкультурного занятия: 3-4 года – 15-20 минут; 4-5 лет – 20-25 минут; 5-6 лет – 25-30 минут; 6-7 лет – 30-35 минут. Каждая из частей занимает соответственно: вводная – 2-6 минут, основная – 15-25 минут, заключительная – 2-4 минуты.

В основной части физкультурного занятия на общеразвивающие упражнения отводятся 3-7 минут, на основные виды движений – 8-12 минут, на подвижную игру 4-6 минут.

Оценка двигательной активности детей на занятии проводится путем вычисления общей, моторной плотности и построения физиологической кривой пульса. При определении общей плотности учитывается время, затраченное на выполнение движений, показ и объяснения учителя, перестроения и перестановку, уборку спортивного инвентаря (полезное время), за вычетом времени, затраченного на простои детей по вине учителя, неоправданные ожидания, восстановление нарушений дисциплины.

Противоэпидемическая работа

К противоэпидемическим мероприятиям, которые осуществляют врач и медсестра и проводимым в организованных коллективах относятся; раннее

выявление заболевших и их изоляция, взятие на учет и наблюдение за детьми, бывшими в контакте с инфекционными больными, своевременное проведение дезинфекции, медицинское наблюдение в течение максимального инкубационного периода, контроль за соблюдением карантина, обследование на носительство лиц, соприкасающихся с больным, оповещение соответствующих организаций об инфекционном заболевании, проведение профилактических прививок, санитарно-просветительная работа по профилактике инфекционных заболеваний, систематический контроль санитарного содержания ДОО. Противоэпидемическая работа заключается в следующем:

1. Соблюдение принципа групповой изоляции, как в помещении, так и во время пребывания ребенка на участке; общение допустимо только в старших группах на прогулке или на утреннике (при отсутствии карантина).

2. Ежедневное проведение утреннего осмотра детей медсестрой или воспитателем (опрос родителей, осмотр зева и кожных покровов ребенка, измерение температуры в ясельных группах у всех, в детском саду по показаниям, осмотр стула). Полученные сведения фиксируются в дневнике группы.

3. Немедленная изоляция заболевшего ребенка в изолятор до прихода родителей.

4. Лечение острых заболеваний на дому.

5. После перенесенного заболевания дети детей принимают в ДОО только по справке от участкового врача, в которой указан диагноз, длительность заболевания, контакты с инфекционными больными.

6. Дети, отсутствующие в детском коллективе более 3-х дней, принимаются в группу только после предъявления справки от участкового педиатра, разрешающей посещение ДОО, и после объективного осмотра врача ДОО. Такие же требования предъявляются к приему детей, отсутствующих в связи с отпуском родителей.

7. Вновь поступающие в ДООУ дети допускаются в группу только после осмотра врача ДООУ и на основании документов, выданных участковым врачом.

8. При обнаружении в ДООУ инфекционного заболевания проводятся дезинфекционные мероприятия. Об инфекционном заболевании докладывается в ГСЭН по телефону, заполняется экстренное извещение и направляется эпидемиологу, каждый случай регистрируется в специальном журнале.

9. Дети, находившиеся в контакте с больным, наблюдаются в течение карантинного срока ежедневно.

10. Ежедневно проводится текущая дезинфекция и контроль за ее выполнением, соблюдением санитарно-гигиенического режима в группах.

11. Персонал кухни ежедневно осматривается для выявления гнойничковых заболеваний кожи. Заболевшие изолируются. Регулярно контролируется ведение санитарных книжек работников ДООУ.

12. По плану проводятся профилактические прививки.

Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению. При нарушении срока начала прививок последние проводят по схемам, предусмотренным настоящим календарем и инструкциями по применению препаратов.

План профилактических прививок составляет врач и медсестра организованного коллектива в начале учебного года. Непосредственно перед прививкой ребенок осматривается врачом и делается запись в медицинскую карту ребенка 026/у-2000. Прививки проводятся с разрешения родителей ребенка; случаи отказов письменно оформляются в медицинской карте с подписями родителей и медицинского работника. Для проведения последующих прививок минимальный интервал составляет четыре недели.

Наряду с профилактическими прививками врач и медсестра ДОО не должны забывать и о мероприятиях, повышающих неспецифический иммунитет, включающих в себя: достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливание, правильное и полноценное питание, достаточный сон, правильное чередование труда и отдыха.

Медицинское обеспечение школьников

Медицинское наблюдение за детьми в организованных коллективах осуществляется врачом (1 штатная единица на 1200 школьников) и медсестрой (1 штатная единица на 600 учащихся) в соответствии с их функциональными обязанностями.

Комплексная оценка состояния здоровья детей

Плановые углубленные медицинские осмотры в ОСУ проводятся в первом полугодии учебного года в следующие возрастные периоды: 10, 12, 14-15, 16-17 лет. Углубленный осмотр 7-8 летних детей по окончании первого класса проводится в конце учебного года. Также как при проведении комплексных осмотров в ДОО, в школе используется базовая и расширенная скрининг-программы. Базовая программа содержит те же тесты, что и при обследовании до школьников. К расширенной скрининг-программе в школе добавляется:

1. оценка вторичных половых признаков;
2. оценка нарушений репродуктивного здоровья.

Расширенной скрининг-программой в 7-летнем возрасте предусматриваются осмотры следующими специалистами: хирург, ортопед, офтальмолог, эндокринолог, ЛОР-врач, дерматолог, невролог, логопед, стоматолог, педагог и психолог. С 10-летнего возраста, наряду с вышеперечисленными специалистами, девочек обязательно осматривает гинеколог, определяется степень развития вторичных половых признаков, всем детям делается ЭКГ. С 12-летнего возраста мальчиков осматривает андролог, также оценивается половое развитие, с 14 лет появляется оценка

репродуктивного поведения у лиц обоего пола, указывается ограничение деторождения.

Итогом профилактических углубленных осмотров детей является комплексная оценка состояния их здоровья с отнесением к одной из групп здоровья.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

1. Первый врачебный послеродовой патронаж здорового доношенного новорожденного осуществляется в:

- 1) первый день после выписки из роддома
- 2) первые два дня после выписки из роддома
- 3) первые три дня после выписки из роддома
- 4) первые четыре дня после выписки из роддома
- 5) первые семь дней после выписки из роддома

2. В течение первого года жизни (кроме периода новорожденности) участковый педиатр осматривает ребенка не реже:

- 1) 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 1 раз в 2 месяца
- 4) 1 раз в 3 месяца
- 5) 1 раз в 6 месяцев

3. На втором году жизни здоровые дети осматриваются педиатром:

- 1) 1 раз в месяц
- 2) 1 раз в 2 месяца
- 3) 1 раз в 3 месяца
- 4) 1 раз в 6 месяцев
- 5) 1 раз в год

4. Дети, болеющие острыми респираторными заболеваниями 5-6 раз в год, относятся к группе здоровья:

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей
- 4) четвертой
- 5) пятой

5. Показания для госпитализации детей в возрасте до 3 лет с острым стенозирующим ларингитом:

- 1) заметное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- 2) лающий кашель
- 3) цианоз или резкая бледность

- 4) осиплость голоса
- 5) снижение или отсутствие при аускультации шумов на вдохе
- 6) лихорадка с температурой тела выше 39(С, не купирующаяся жаропонижающими средствами
- 7) выраженные клинические признаки дегидратации

6. На втором году жизни здоровые дети осматриваются следующими специалистами:

- 1) педиатр 1 раз в квартал
- 2) педиатр 1 раз в 6 месяцев
- 3) стоматолог 1 раз в год
- 4) невролог 1 раз в год
- 5) окулист 1 раз в год
- 6) ЛОР 1 раз в год
- 7) хирург 1 раз в год

7. На третьем году жизни здоровые дети осматриваются следующими специалистами:

- 1) педиатр 1 раз в квартал
- 2) педиатр 1 раз в 6 месяцев
- 3) стоматолог 1 раз в год
- 4) окулист 1 раз в год
- 5) невропатолог 1 раз в год
- 6) логопед 1 раз в год
- 7) хирург 1 раз в год

8. Здоровые дети шестилетнего возраста должны осматриваться следующими специалистами:

- 1) педиатр 1 раз в 6 месяцев
- 2) педиатр 1 раз в год
- 3) окулист
- 4) отоларинголог
- 5) стоматолог
- 6) логопед
- 7) невропатолог
- 8) хирург
- 9) эндокринолог

9. Учеников 4 класса общеобразовательной школы должны осматривать следующие специалисты:

- 1) педиатр
- 2) офтальмолог
- 3) эндокринолог
- 4) хирург
- 5) стоматолог
- 6) невропатолог
- 7) отоларинголог

10. Оценка физического развития ребенка включает в себя:

- 1) соматометрические показатели
- 2) соматоскопические показатели
- 3) моторное развитие
- 4) функциональные показатели
- 5) биологический возраст

Эталоны ответов к тестам

1.

3

2.

2

3.

2

4.

2

5.

1,3,5,6,7

6.

1,3

7.

2,3,4,5,6

8.

2-9

9.

1,2,4,5,6,7

10.

1,2,4,5

Эталоны ответов к тестам

Ситуационные задачи.

Задача 1

Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику С., 18 дней. Ребенок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях), в 38 недель перенесла пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 гр., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизином (в/м 10 дней). Выписан домой на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Туттели». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.
3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.
4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.
5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Задача 2

К участковому педиатру на плановый профилактический прием пришла мать с девочкой 6 месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 гр., длина - 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Агуша» 220 мл на прием, каша 180-200 гр., фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 гр., длина - 67 см, окружность грудной клетки - 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1x1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2—3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.
2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?
3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.
4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка?
Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?
5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Задача 3

Диана К., возраст 4 года, посещает детский сад с 2 лет. Девочка осмотрена врачом педиатром в детском саду для написания эпикриза. Жалоб нет. Генеалогический анамнез: I.o. = 0,4, направленность генеалогического риска по обменным нарушениям. Социальный анамнез: благополучный. Биологический анамнез: на «Д» учете у педиатра не состоит, привита по возрасту, наблюдается у офтальмолога с диагнозом: миопия слабой степени. Физическое развитие: масса – 15 кг, длина – 99 см, Огр. – 53 см. НПР по

возрасту. Мышление, моторика, социальные контакты и речь без отклонений. Ребенок перенес дважды острые респираторные заболевания в течение года и острый бронхит. Привита по плану, реакция Манту отрицательная.

Состояние удовлетворительное. На осмотр реагирует положительно. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Подкожная клетчатка развита достаточно. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание пуэрильное, ЧД 24 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Осмотр специалистов: стоматолог – полость рта санирована; окулист – миопия легкой степени, без признаков прогрессирования.

Лабораторные исследования: кал на яйца глистов – отрицательный, соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

1. Оцените физическое развитие, наследственную отягощенность и резистентность ребенка.
2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.
3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.
4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте рекомендации по поводу миопии.
5. Когда планируется следующая вакцинация?

Задача 4

Вася П., 2 года 6 месяцев. Посещает д/ясли с 1,5 лет, осмотрен врачом ДДУ с профилактической целью для написания эпикриза.

Антропометрия: Психометрия:

Масса – 14 кг Кд. – 2г.6м.

Длина тела – 91 см Ра. – 2г.6м.

Огр. – 52 см Н. - 2г.6м.

Огол. – 50 см Ср. – 2г.6.м.

Зубы – 20 До. – 2г.6м.

И. – 2г.6м.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, $t = 36,6^{\circ}\text{C}$, активен. Сон спокойный. Аппетит не нарушен. Тургор тканей удовлетворительный. Нарушение осанки по типу сколиотической. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Слизистая полости рта розовая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 28 в мин. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, доступный пальпации. Мочеиспускание не нарушено. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Наблюдался у невролога с диагнозом: ПЭП, синдром нервно-рефлекторной возбудимости. Диагноз снят. Осмотрен следующими специалистами: невропатолог (в 2г.2 мес.): снят с учета. Здоров. Вакцинация: в 2 года 3 месяца «Пневмо –23», реакции на прививку не было.

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка.
2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.
3. Назначьте режим и диету для ребенка.
4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет включительно для данного ребенка.

Задача 5

Мальчик 13 лет, обучается в 7 классе школы, осмотрен медицинской сестрой перед проф. осмотром.

Получены следующие данные: масса тела 41 кг, рост 148 см., половая формула Ax_1P_1 . Проба Штанге 62 сек., проба Генча 25 сек. АД 110/60 мм. рт. ст., ортостатическая проба: ЧСС лежа 74 в мин., ЧСС стоя 86 ударов в мин.

1. Оцените физическое развитие мальчика.
2. Оцените степень полового развития и соответствие биологического возраста паспортному.
3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.
4. Какие врачебные скрининг-тесты необходимо провести ребенку?
5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее проводит?

Задача 6

Вы врач детского дошкольного учреждения. Четырехлетний мальчик А., посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребенок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойным, трудно засыпает, периодические подергивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребенок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи; заметно похудел.

Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, в дальнейшем - частые острые респираторные заболевания. В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен.

При осмотре: рост 104 см, масса 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия небных миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пузрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в мин., АД - 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень +1 см, селезенка не увеличена.

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного ребенка. Оценить физическое развитие.
2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические критерии адаптации вы знаете? Что означает понятие адаптации?
3. Консультации каких специалистов необходимы?
4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.

Эталоны ответов к задачам

Задача 1

1. Оцените состояние здоровья ребенка.

Состояние ребенка ближе к удовлетворительному, самочувствие несколько нарушено, вялый, аппетит сохранен.

2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.

Группа здоровья II, группа риска по Сотниковой I, реализация II группы риска.

3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.

ОРВИ у матери во время беременности на 8 и 32 неделях, пневмония накануне родов, позднее прикладывание к груди (через 2 дня).

4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.

Назначить оптимальный санитарно-гигиенический режим, по показаниям срочно госпитализировать. Провести беседу с родителями ребенка, предупредить о возможности развития заболевания, о необходимости выполнения всех медицинских рекомендаций. Патронаж медицинской сестры и осмотр врача — ежедневный, обязательна консультация заведующей отделением. Наблюдение до 1 месяца 2 раза в неделю на дому врачом и 1 раз в

неделю мед. сестрой. Далее 1 раз в месяц осмотр в поликлинике с антропометрией. Осмотр невропатологом в 1 месяц, до 3 месяцев осмотр ЛОР, окулиста, ортопеда. В возрасте 3 и 12 месяцев ребенку необходимо лаб. обследование (ан. крови, мочи, кал на я/гл). Прививки по индивидуальному календарю. Борьба с гипогалактией, своевременное введение прикормов. Через 1 месяц после пиодермии после осмотра педиатром, если ребенку не исполнится 2 месяца, сделать прививку от туберкулеза. Необходимо сдать анализ крови на реакцию Вассермана и ВУИ, посев кала на УПФ.

5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Рекомендуется проводить мероприятия по поддержке грудного вскармливания, ежедневно проводить туалет новорожденного, купание ежедневно в кипяченой воде, детское белье стирать отдельно с мылом, кипятить и проглаживать, ухаживать за пупочной ранкой, избегать переохлаждения и перегревания, уменьшить контакты с родственниками и знакомыми до 1 месяца. Ежедневно гигиеническая ванна, подмывать после дефекации и мочеиспускания, смазывать складки детским маслом 1-2 раза в день. Необходимо провести контрольное взвешивание для уточнения объема грудного молока. Примерная масса тела 3500 гр., расчетная формула суточного объема питания $1/5$ от массы тела = 700 мл. На 1 раз при 6-разовом кормлении (т.к. смешанное вскармливание) 110 мл. Необходимо проводить мероприятия по усилению лактации (массаж, сцеживание, усилить водный режим женщины, гомеопатические препараты, иглорефлексотерапия, гипноз, лекарственная терапия).

Задача 2

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.

Состояние удовлетворительное, ребенок активный, редко болеет. Группа здоровья II, имеются отягощенная наследственность по эндокринной и мочевыделительной патологии у матери, отмечены факторы риска во время беременности и родов (ОРВИ, роды дома, преждевременное излитие околоплодных вод), раннее искусственное вскармливание (с 2 мес.).

2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?

Ребенок повышенного питания, долженствующая масса тела 8400 гр., фактическая 8900 гр., избыток 500 гр. Физическое развитие ухудшено за счет избытка массы тела, НПР по возрасту (на 7 месяце следует следить, чтобы ребенок начал сидеть, лепетать, пить из чашки, есть с ложки, чтобы появились зубы).

3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.

Индекс Эрисмана = $\text{Огр.} - \text{длина тела}/2 = 44 \text{ см} - 67/2 = 5,5 \text{ см}$. (норма 13,5 -10 см до 1 года), указывает на дисгармоничное физическое развитие, избыток массы тела.

4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка? Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?

Риск трофических расстройств реализовался в паратрофию. У ребенка имеется отягощенная наследственность по эндокринной патологии по линии матери, раннее искусственное вскармливание, перекорм кашами (200 гр. вместо положенных 150 гр. на прием).

5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Повторный осмотр до 1 года специалистами (невропатолог, ЛОР, окулист, хирург). Анализ крови на сахар, консультация эндокринолога. В 12 мес. анализ крови, мочи, кал на я/гл. Прививки по возрасту, рациональное вскармливание, подсчет объема и каллоража пищи ежемесячно.

Задача 3

1. Оцените физическое развитие, наследственную отягощенность и резистентность ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. Умеренная отягощенность по обменным нарушениям, резистентность хорошая.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Диагноз: Миопия легкой степени. Группа здоровья II.

3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.

Стол № 15. Физкультурная группа – основная.

4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте рекомендации по поводу миопии.

Группа закаливания №1. Гимнастика для глаз; мебель №1.

5. Когда планируется следующая вакцинация?

Реакция Манту в 5 лет.

ЗАДАЧА 4

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. НПР по возрасту.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Нарушение осанки. Группа здоровья II.

3. Назначьте режим и диету для ребенка.

Режим группы. Стол № 15.

4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

Необходимы ЛФК, массаж, бассейн. Мебель № 0. Физкультурная группа основная, группа закаливания №1. Осмотр ортопеда, невропатолога, стоматолога, ЛОР, окулиста в 3 года.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет включительно для данного ребенка.

Реакция Манту в 3,4,5,6,7 лет. R2 полиомиелит в 3 года. RV кори, паротита, краснухи в 6 лет. R2 АДСМ в 7 лет, RV БЦЖ в 7 лет (если не состоит на учете у фтизиатра и 2 года имеет отрицательные реакции Манту).

ЗАДАЧА 5

1. Оцените физическое развитие мальчика.

Физическое развитие среднее, гармоничное.

2. Оцените степень полового развития и соответствие биологического возраста паспортному.

Половое развитие соответствует возрасту. Биологический возраст соответствует паспортному.

3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.

Функциональное состояние организма соответствует возрасту. АД в норме.

4. Какие врачебные скрининг-тесты необходимо провести ребенку?

Оценка НПР, биологического возраста, осанки, проба на сколиоз, оценка анкетного теста, оценка результатов скринингового исследования.

5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее проводит?

Необходима. Проводят педиатр (оценка по медицинским критериям) и педагог-психолог (тип личности, предпочтения по предметам).

ЗАДАЧА 6

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного ребенка. Оценить физическое развитие.

Группа здоровья II. Физическое развитие высокое, дисгармоничное.

2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические критерии адаптации вы знаете? Что означает понятие адаптации?

Адаптация тяжелой степени. Невротические реакции по гипердинамическому типу, соматовегетативные дисфункции, снижение массы тела, частые заболевания острыми инфекциями. Адаптация означает приспособление к новым условиям.

3. Консультации каких специалистов необходимы?

Невропатолога, ЛОР, психолога.

4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?

Ребенка перед поступлением в ДДУ необходимо было проконсультировать у невропатолога, провести обследование по поводу отдаленных последствий перенесенной перинатальной энцефалопатии. Необходимо было пройти курс терапии у ЛОР-врача по поводу гипертрофия небных миндалин II степени, затруднения носового дыхания. Провести курс общеукрепляющей терапии, закаливание. Провести вакцинацию вакциной «Пневмо-23».

5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.

В период адаптации прививки противопоказаны.

Приложение 1.

Схема диспансерного наблюдения за здоровыми детьми

Возраст	Осмотры специалистами	Дополнительные методы обследования	Эффект критерии
4 года	Педиатр – 1 раз в год	Те же	
5 лет	Педиатр, ЛОР, невропатолог, хирург, ортопед, стоматолог, логопед	Те же	
6 лет	Те же + офтальмолог	Те же	
1 класс	Педиатр – в конце учебного года, стоматолог – 1 раз в год	Антропометрия, острота зрения, анализ крови, анализ мочи, кал на я/глистов	Те же. Работоспособность. Группа здоровья
2 класс	Те же	Те же + измерение АД	
3 класс	Те же	Те же	
4 класс	Педиатр, офтальмолог, невропатолог, стоматолог, ЛОР, хирург, ортопед	Антропометрия, острота зрения, анализ крови общий, анализ крови на сахар, анализ мочи, кал на я/глистов, Измерение АД	
5 класс	Педиатр – 1 раз в год, стоматолог	Антропометрия, острота зрения, флюорография органов грудной клетки	
6 класс	Те же	Те же	
7-11 класс	Педиатр, офтальмолог, невропатолог, стоматолог, ЛОР, хирург, ортопед. Осмотр девочек гинекологом.	Антропометрия, острота зрения, анализ крови общий, определение группы крови и резус-фактора, реакция на свертываемость, анализ мочи, кал на я/глистов, измерение АД	Показатели НП. Работоспособность. Группа здоровья. Взрослую поликлинику