

№ ПЕД-15

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

Зав. кафедрой – проф., д.м.н. КАЛОЕВА З.Д.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для практических занятий по дисциплине
«Поликлиническая и неотложная педиатрия. ОСК-2»**

Часть I

Владикавказ, 2020 г.

Печатается по решению ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

Составители:

д.м.н., проф. Калоева З.Д., к.м.н. К.М. Дзилихова

Рецензенты:

Зав.кафедрой педиатрии № 1 ФГБОУ ВО КубГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Шашель В.А.

Зав.кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. Бораева Т.Т.

Занятие №1 по теме: *«Профессионально-должностные обязанности участкового педиатра поликлиники, врача ДШО, врача неотложной и скорой помощи, других специалистов первичного звена здравоохранения. Задачи и формы проведения санитарно-просветительной работы. Социально-правовая помощь»*.

Мотивация темы: курс на приоритетное развитие амбулаторной помощи детскому населению и увеличение роли участкового педиатра является в России одним из ведущих стратегических направлений реформы здравоохранения как неотъемлемой части социально-экономических преобразований общества в целом. В связи с этим в программу подготовки студентов-педиатров входит изучение деятельности участкового педиатра поликлиники, врача ДШО, скорой помощи и других специалистов первичного звена здравоохранения.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- содержание работы врача неотложной и скорой помощи;
- содержание работы врача дошкольно-школьного отделения детской поликлиники;
- содержание работы врача-педиатра с детьми и подростками в поликлинике и на дому;
- принципы питания здоровых детей раннего возраста;
- правила организации профилактических осмотров детей в поликлинике и детских учреждениях;
- основные показатели деятельности педиатрического участка и способы их расчета;

Студент 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;
- определить физкультурную группу для детей дошкольного возраста;
- определить степень готовности детей к поступлению в школу;
- провести и оценить функциональные нагрузочные пробы по Шалкову, Штанге–Генча;
- 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 при соматических и инфекционных заболеваниях;
- произвести расчет и коррекцию питания детей первого года жизни;
- 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;
- владеть навыками гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
- 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:
- оформление дородового патронажа беременной;
- оформление первичного патронажа к новорожденному;
- передачу подростков;
- документацию при оформлении ребенка в детский сад, школу;
- больничные листы и справки;
- рецепты на молочную кухню;
- провести анализ показателей работы поликлиники;
- провести анализ показателей работы участкового педиатра;
- провести анализ показателей работы врача школьно-дошкольного отделения.

Содержание обучения:

1. Основные разделы работы участкового врача-педиатра.
2. Главные обязанности участкового педиатра.
3. Основные звенья профилактической работы на участке.
4. Задачи и формы проведения санитарно-просветительной работы.
5. Социально правовая помощь.
6. Организация профилактических осмотров.
7. Стандарты профилактической помощи.
8. Этапная система диспансеризации, просеивающая трехэтапная система, базовая и расширенная скрининг-программы

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Хронокарта учебного занятия:

1. переключка	5 мин
2. проведение контроля базисных знаний	40 мин
3. перерыв	15 мин
4. разбор узловых вопросов темы	45 мин
5. перерыв	15 мин
6. практическая часть (работа на приеме)	2 часа
7. итоговый тестовый контроль	15 мин.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Организация работы детской поликлиники

Среди амбулаторно-поликлинических учреждений наиболее распространенными являются поликлиники, они призваны оказывать внебольничную помощь населению, как в стенах учреждения, так и на дому.

Роль детских поликлиник в воспитании здорового поколения является ведущей в системе организации медицинской помощи детям. Уровень организации их работы в значительной мере определяет состояние здоровья детского населения. Средние типовые детские поликлиники в настоящее время строятся в расчете на 15 педиатрических участков для обслуживания 12-15 тысяч детского населения.

Первым этапом в организации работы детской поликлиники является проведение переписи детского населения, проживающего в районе ее функционирования. Перепись осуществляют участковые медицинские сестры. В

условиях крупного города при проведении переписи списки контингентов составляются по каждому дому отдельно, что позволяет при формировании педиатрических участков учитывать не только количество детей, подлежащих обслуживанию, но и отдаленность того или иного участка от поликлиники, наличие общежитий, этажность домов, оборудование лифтами. Список детей педиатрического участка вносится в журнал – «паспорт участка».

На каждого ребенка заполняется история развития (учетная форма 112/у), которая хранится в регистратуре по педиатрическим участкам. Соответственно участкам и картотеке историй развития создаются централизованные картотеки учетных форм № 63/у (карта профилактических прививок) и № 30/у (карта диспансерного учета), о чем на историях развития ставятся специальные отметки (маркировка, штампы, цветные рейтеры).

Изменение состава детей в течение года между проводимыми переписями детского населения отражается в журналах «выбывших» и «прибывших», хранящихся в регистратурах всех детских поликлиник.

Вторым этапом является организация работы подразделений поликлиники: регистратуры, кабинета учета и медицинской статистики, фильтра (или бокса), стола справок и кабинета доврачебного приема, кабинетов лабораторной и функциональной диагностики, лечебной гимнастики, физиотерапевтического кабинета, педиатрических отделений во главе с заведующим и старшими медицинскими сестрами, отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, отделения медико-социальной помощи (ОМСП), клиничко-экспертные комиссии (КЭК), дневного стационара; организация работы бригад детской неотложной помощи, а также работы специалистов узкого профиля по оказанию медицинской помощи детям на дому и в поликлинике.

Третий этап – определение и уточнение функциональных обязанностей всех групп медицинских работников детской поликлиники с учетом общих положений, определенных медицинским законодательством и местными условиями, составление планов работы, расписания приемов педиатров и специалистов узкого профиля, работающих по скользящему графику, развертывание работы по единой системе диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми.

Четвертый этап – включение детской поликлиники в систему организации медицинской помощи детям города и области через связь с родильными домами, женскими консультациями и поликлиниками для взрослых, расположенными на территории ее функционирования с главными специалистами района и города по различным видам специализированной медицинской помощи детям.

Основным звеном в работе детской поликлиники является педиатрический участок. Квалификация, человеческие и деловые качества участкового педиатра определяют уровень медицинской помощи детям. В работе участкового педиатра выделяется несколько основных разделов:

1. профилактическая работа;

2. противоэпидемическая работа;
3. лечебная работа;
4. работа с участковой медицинской сестрой;
5. санитарно-просветительная работа;
6. повышение квалификации и научная организация труда.

Организация работы участкового врача-педиатра детской городской поликлиники.

Ведущей организационной формой работы детских поликлиник является участковый принцип, обеспечивающий тесную связь медицинских работников с семьей ребенка.

Участковый врач-педиатр заботится о здоровье будущего ребенка задолго до его рождения, принимает все меры к созданию необходимых условий для правильного развития ребенка, осуществляет непрерывное наблюдение за состоянием его здоровья, организует рациональное вскармливание, физическое воспитание, закаливание ребенка. Зная условия и особенности жизни каждой семьи, участковый врач-педиатр находит соответствующие индивидуальные формы и наиболее эффективные методы воспитания здорового ребенка.

Функциональные обязанности участкового врача-педиатра закреплены «Положением об участковом враче-педиатре детской городской поликлиники (отделения)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения СССР 19 января 1983 г., Приказ №60.

Деятельность участкового врача-педиатра сложна, и очень разнообразна. Фактически он выполняет функции врача-профилактика, гигиениста, специалиста-терапевта, инфекциониста, организатора здравоохранения и многие другие.

Положение об участковом враче-педиатре детской городской поликлиники (отделения):

1. Участковый врач-педиатр назначается и увольняется главным врачом учреждения. Он работает под руководством заведующего отделением.

2. Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются:

- снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов;
- обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса профилактических мероприятий как специфического, так и неспецифического характера.

В этих целях участковый врач-педиатр:

- осуществляет постоянную связь с женской консультацией, преемственность в наблюдении за беременными женщинами (особенно из групп «риска»);
- посещает на дому новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома и контролирует посещение новорожденных на дому участковой медицинской сестрой;
- проводит прием детей в поликлинике; назначает детям режим, рациональное питание; проводит специфическую и неспецифическую профилактику рахита;

- оценивает физическое и нервно-психическое развитие детей; осуществляет профилактическое наблюдение за детьми согласно методическим рекомендациям;
- направляет детей на консультации к другим врачам-специалистам и на необходимые лабораторные исследования;
- планирует (совместно с участковой медицинской сестрой) профилактические прививки, своевременно и обоснованно оформляет медицинские отводы от них;
- осуществляет динамическое наблюдение за детьми, взятыми на учет, проводит их оздоровление совместно с другими врачами-специалистами и анализ эффективности диспансеризации;
- организует обследования, необходимые оздоровительные и профилактические мероприятия перед поступлением детей в дошкольные учреждения и школы;
- проводит учет и отбор детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном лечении;
- осуществляет передачу подростков в поликлинику для взрослых и военные комиссариаты;
- посещает больных на дому в день поступления вызова, и оказывает им необходимую лечебную помощь с назначением (при показаниях) физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры; обеспечивает наблюдение за больными детьми до выздоровления, госпитализации или разрешения посещать поликлинику; больного ребенка первого года жизни наблюдает ежедневно;
- направляет в установленном порядке ребенка на лечение в стационар, в необходимых случаях принимает все меры к немедленной госпитализации ребенка, информирует руководство поликлиники (от деления) обо всех тяжелых детях на участке, не госпитализированных по каким-либо причинам;
- извещает в установленном порядке санитарно-эпидемиологическую станцию о выявленных инфекционных больных и подозрительных на инфекционное заболевание;
- проводит комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний;
- систематически повышает свою квалификацию и внедряет в практику работы новейшие методы лечения и предложения по научной организации труда;
- проводит санитарно-просветительную работу по вопросам воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний;
- ведет утвержденную Министерством здравоохранения медицинскую документацию (таб. 1.1);
- осуществляет контроль за работой участковой медицинской сестры;
- организует на своем участке санитарный актив из населения и привлекает его к проведению санитарно-профилактических мероприятий;
- активно участвует в общественной жизни коллектива.

3. Участковый врач-педиатр работает по плану, составленному на основе анализа состояния здоровья детей, их заболеваемости.

Таб. 1.1. Перечень форм первичной медицинской документации, используемой в работе участкового врача-педиатра

№	Наименование формы	Номер
1.	История развития ребенка	112/у
2.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у
3.	Карта профилактических прививок	063/у
4.	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	25-2/у
5.	Талон на прием к врачу	25-4/у
6.	Санаторно-курортная карта для детей и подростков	076/у
7.	Медицинская справка на школьника, выезжающего в лагерь	079/у
8.	Медицинское заключение на ребенка (подростка) инвалида с детства в возрасте до 16 лет	080/у
9.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у
10.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ, о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у
11.	Медицинская карта ребенка	026/у
12.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у
13.	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у
14.	Направление на консультации и во вспомогательные кабинеты	028/у
15.	Карта лечашеся в кабинете лечебной физкультуры	042/у
16.	Карта больного, лечашеся в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у
17.	Дневник врача поликлиники (амбулатории), диспансера	039/у
18.	Дневник работы среднего медицинского персонала	039-1 /у
19.	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у
20.	Книга записи вызовов врача на дом	031 /у
21.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у
22.	Журнал учета профилактических прививок	064/у
23.	Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/у
24.	Журнал учета процедур	029/у
25.	Рецепт (взрослый, детский)	107/у
26.	Рецепт (бесплатно, оплата 20% стоимости)	108/у
28.	Справка для получения путевки	070

4. Участковый врач-педиатр имеет право:

- выдавать листки нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в соответствии с действующей инструкцией;
- давать распоряжения подчиненным ему средним и младшим медицинским работникам;
- вносить предложения о поощрения этих работников или наложении на них дисциплинарных взысканий за отдельные упущения в работе или нарушения правил внутреннего трудового распорядка.

Положение об участковой медицинской сестре детской городской поликлиники (отделения).

Помощь в работе участковому педиатру оказывает участковая медицинская сестра.

1. Участковая медицинская сестра детской городской поликлиники (отделения) работает под руководством участкового врача педиатра.

2. Участковая медицинская сестра назначается и увольняется главным врачом учреждения.

3. Участковая медицинская сестра:

- проводит дородовые патронажи к беременным женщинам своего территориального участка, активно выявляет нарушения самочувствия беременной и своевременно сообщает об этом акушеру-гинекологу женской консультации и участковому врачу-педиатру;

- совместно с участковым врачом-педиатром посещает новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома, обращая внимание на материально-бытовые, культурно-гигиенические условия жизни семьи, ее психологический климат;

- обеспечивает систематичность наблюдения за здоровыми детьми на дому;

- под руководством врача посещает на дому больных детей;

- оказывает помощь врачу при проведении медицинских осмотров детей (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, направления, листки нетрудоспособности, выписки, следит за очередностью приема);

- контролирует выполнение родителями лечебных назначений, обучает их технике правильного ухода за детьми;

- проводит ежемесячное планирование профилактических прививок детей, не посещающих дошкольные учреждения, приглашает детей на прививку в поликлинику;

- ведет работу по своевременной организации врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете, согласно плану диспансеризации; - выполняет по назначению врача лечебные процедуры на дому;

- проводит беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний;

- принимает участие в организации санитарно-просветительных выставок в поликлинике, уголков здоровья;

- ведет учет работы по установленной форме;

- ведет работу по подготовке общественного санитарного актива на участке, совместно с которым осуществляет мероприятия, направленные на профилактику травматизма детей на участке, рейды по проверке чистоты, организует встречи населения с врачом.

Медицинская сестра обязана систематически повышать свою квалификацию, изучать передовой опыт по организации работы медицинских сестер, применять его в своей работе, участвовать в работе совета медицинских сестер.

Организация работы заведующего педиатрическим отделением детской городской поликлиники.

Заведующий педиатрическим отделением детской поликлиники осуществляет непосредственное руководство деятельностью участковых врачей-педиатров, организует работу отделения и несет ответственность за качество и культуру обслуживания детей.

Заведующий педиатрическим отделением проводит свою работу совместно со старшей медицинской сестрой отделения. Его функциональные обязанности определены «Положением о заведующем педиатрическим отделением детской городской поликлиники», утвержденным приказом Минздрава СССР 19 января 1983 года, № 60.

Положение о заведующем педиатрическим отделением детской городской поликлиники.

1. На должность заведующего педиатрическим отделением назначается врач-педиатр со стажем работы по специальности не менее 5 лет, имеющий опыт практической работы и организаторские способности.
2. Заведующий педиатрическим отделением непосредственно подчиняется главному врачу учреждения (заместителю главного врача больницы по поликлиническому разделу работы, заведующему поликлинической).
3. Назначение и увольнение заведующего педиатрическим отделением проводится главным врачом поликлиники.
4. Заведующий педиатрическим отделением организует свою работу в соответствии с Положением о детской городской поликлинике, Настоящим Положением, приказами и инструкциями органов здравоохранения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц, действующим законодательством.
5. Заведующий педиатрическим отделением работает в тесном контакте со всеми остальными подразделениями поликлиники, с подростковым кабинетом городской поликлиники, врачом-физкультурным диспансером, противотуберкулезным диспансером, территориальной санитарно-эпидемиологической станцией, домом санитарного просвещения, военным комиссариатом.
6. Заведующий педиатрическим отделением согласовывает свою деятельность с районным управлением (отделом) народного образования, обществом Красного Креста, заведующими дошкольными учреждениями, директорами школ.
7. Заведующий педиатрическим отделением:
 - участвует в подборе и расстановке медицинских кадров;
 - осуществляет руководство и контроль за лечебно-профилактической и санитарно-просветительной работой врачей отделения;
 - принимает участие в составлении планов и графиков работы участковых врачей-педиатров, работающих в дошкольных учреждениях и школах, контролирует выполнение ими ежемесячных планов работы;
 - участвует в передаче подростков в городскую поликлинику;

- консультирует больных в поликлинике, на дому; дает рекомендации по лечению, обеспечивает своевременную госпитализацию больных детей, подлежащих стационарному лечению;
- контролирует обоснованность выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больными детьми на дому; анализирует основные качественные показатели и представляет отчеты о работе отделения в установленные сроки;
- обеспечивает проведение мероприятий по повышению квалификации врачей-педиатров и среднего медицинского персонала, проводит административные совещания, инструктаж вновь поступивших врачей и медицинских сестер;
- внедряет новые передовые формы медицинского обслуживания детей;
- участвует в отборе детей на санаторное лечение и в оформлении медицинских заключений на детей-инвалидов с детства;
- организует плановую диспансеризацию детей, посещающих дошкольные учреждения и школы;
- оценивает ежегодные медицинские осмотры детей дошкольного и школьного возрастов;
- осуществляет контроль за организацией режима в детских дошкольных учреждениях и школах;
- обеспечивает медико-педагогический контроль за детьми, занимающимися спортом;
- участвует в комплектовании медицинским персоналом дошкольных учреждений, выезжающих за город, пионерских лагерей, проводит систематическую проверку медицинской работы этих учреждений;
- доводит до сведения работников отделения приказы, распоряжения, инструктивно-методические указания вышестоящих органов и обеспечивает их своевременное выполнение, проводит прием сотрудников и населения в установленные дни и часы;
- ведет работу в коллективе по воспитанию добросовестного отношения к труду, внимательного и чуткого отношения к детям и родителям, чувства ответственности за порученное дело.

8. Заведующий педиатрическим отделением *имеет право:*

- отдавать распоряжения и указания работникам отделения;
- представлять работников отделения к поощрению и вносить предложения о наложении взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и неудовлетворительно выполняющих свои обязанности.

Заведующий педиатрическим отделением отчитывается о своей работе перед главным врачом (заместителем главного врача) и перед населением. В случае организации в детской городской поликлинике отделения по оказанию лечебно-профилактической помощи детям в школах и дошкольных учреждениях функции по контролю за медицинским обслуживанием детей этих учреждений возлагаются на заведующего отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

Педиатрический кабинет размещают в изолированном от шума помещении с достаточным освещением, хорошей вентиляцией и равномерной температурой воздуха (не ниже 20-22°C). Кабинет оборудуют столом для врача, стульями, пеленальным столиком для осмотра детей раннего возраста и кушеткой для осмотра старших детей, раковиной с подводкой горячей и холодной воды (умывальником), ростомером, детскими весами.

В педиатрическом кабинете должны быть:

- небольшой столик для медицинских инструментов;
- шпатели;
- сантиметровая лента;
- игрушки, наглядные пособия;
- специальные ящики для историй развития детей первого года жизни, хранящихся непосредственно в кабинете врача.

Кабинет здорового ребенка

Основными задачами кабинета здорового ребенка (КЗР) являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, уход и др.);
- санитарное просвещение родителей по гигиеническому воспитанию детей, профилактике заболеваний и отклонений в их развитии.

КЗР оказывает следующие виды медицинской помощи:

- ✓ ведение приема врачом (фельдшером);
- ✓ обучение матерей комплексам массажа, гимнастики, закаливающих процедур;
- ✓ разъяснение рекомендаций по вскармливанию,
- ✓ проведение контрольного взвешивания
- ✓ рекомендации по профилактике гипогалактии
- ✓ проведение работы по профилактике рахита, анемии;
- ✓ рекомендации по подготовке детей к поступлению в дошкольные учреждения, школу;
- ✓ проведение консультаций педагога-психолога по вопросам воспитания детей.

На базе КЗР организуется работа школы молодой матери, школа отцов. КЗР должен обеспечивать (и быть обеспеченным) методическими материалами, наглядными пособиями по вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний, вскармливанию. В КЗР должны быть таблицы физического и нервно психического развития, комплексы массажа, гимнастики, закаливания; выставки предметов ухода за ребенком, одежды, обуви, игрушек, схем профилактики рахита; стенд по подготовке ребенка в детское дошкольное учреждение.

Занятие по теме №2: "**Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях поликлиники, антенатальная профилактика, патронаж, определение групп здоровья и направленного риска**".

Мотивация темы: период новорожденности характеризуется несовершенством адаптационных механизмов, при котором даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным нарушениям здоровья ребенка. Именно в этот период жизни впервые проявляются последствия родовых травм, асфиксий, многие врожденные и наследственные заболевания, склонность к гнойно-септическим процессам. Смертность детей в периоде новорожденности занимает ведущее место в структуре детской смертности. Поэтому в план обучения студентов-педиатров включено изучение особенностей неонатального периода и схемы наблюдения новорожденных на участке.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- транзиторные состояния периода новорожденности;
- сроки проведения и задачи патронажей новорожденных на участке;
- принципы вскармливания новорожденных;
- особенности ухода за новорожденным ребенком;
- показатели нервно-психического развития в неонатальном периоде;
- сроки проведения и основные комплексы массажа и гимнастики у новорожденных детей;

Студент 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;
- измерить частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому; копрограмму;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания новорожденных детей;
- владеть навыками гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
- владеть приемами массажа и гимнастики для новорожденных детей;
- выписать рецепт ребенку;

- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - оформление первичного патронажа к новорожденному;
 - рецепты на молочную кухню;

Содержание обучения:

1. Дородовой патронаж в детской поликлинике.
2. Кабинеты и центры планирования семьи, медико-генетическое консультирование, взаимодействие с детской поликлиникой.
3. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке.
4. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома.
5. Профилактика гипогалактии.
6. Оценка «переходных» состояний у новорожденных.
7. Бесплатное питание.
8. Антенатальная профилактика.
9. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска.
10. Индекс отягощенности генеалогического анамнеза. Оценка биологического и социального анамнеза, прогнозирование патологических состояний, угрожающих жизни ребенка.
11. Диспансеризация детей с поражением ЦНС, гнойно-воспалительными заболеваниями, внутриутробными инфекциями, пороками развития.
12. Новорожденные группы высокого риска. Наблюдение за детьми с риском возникновения патологии ЦНС, ГВЗ, сепсиса, анемии и хронических расстройств питания

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.

3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
6. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Фоновые заболевания детей раннего возраста Учебное пособие для студентов, Владикавказ, 2010.
7. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Железодефицитная анемия у детей. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2011.
8. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
9. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Понятие новорожденный ребенок.
2. Какие анатомо-физиологические особенности периода новорожденности вы знаете?
3. Дайте определение понятию «недоношенный ребенок». Какие признаки недоношенности вы знаете?
4. При каких условиях недоношенный ребенок может быть выписан на участок?
5. Назовите основные транзиторные состояния периода новорожденности. Какие причины обуславливают их развитие?
6. Виды вскармливания.
7. Преимущества грудного вскармливания.
8. Что такое гипогалактия? Какие факторы могут привести к ее развитию?
9. Какое лечение вы можете назначить женщине с гипогалактией?
10. Расчет питания в периоде новорожденности.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Какая преемственность существует между роддомом и детской поликлиникой?
2. Как и в какие сроки осуществляются патронажи новорожденного ребенка на участке?
3. С какой целью и кем проводятся патронажи новорожденного?
4. Как оценивается физическое развитие новорожденных?
5. По каким параметрам происходит оценка нервно-психического статуса новорожденного?

6. Какие рекомендации по вскармливанию вы можете дать матери новорожденного ребенка?
7. Как правильно ухаживать за кожей и слизистыми ребенка?
8. Когда с новорожденным можно активно гулять на улице?

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Наблюдение за новорожденными детьми на педиатрическом участке

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

Выделяют следующие клинические группы новорожденных детей:

1. доношенные дети, родившиеся при сроке 38-40, недель беременности с массой тела более 2501 г, длиной 47 см и более, морфологически и функционально соответствующие гестационному возрасту.

2. Недоношенные дети, родившиеся при сроке беременности менее 38 недель, массой тела менее 2500 г, длиной менее 47 см. Недоношенные дети могут быть зрелые, незрелые, с внутриутробной гипотрофией.

3. Незрелые дети – дети несоответствующие по степени зрелости гестационному возрасту. Они могут быть доношенными и недоношенными.

4. Переношенные дети – дети, родившиеся при сроке беременности свыше 42 недель и имеющие клинические признаки переношенности.

5. Дети с внутриутробной гипотрофией – дети, у которых массо-ростовой показатель ниже нормы (норма 60-80) или имеются признаки задержки внутриутробного развития.

Формы задержки внутриутробного развития (ЗВУР):

- *гипотрофическая* – преимущественно дефицит массы по отношению к длине;

- *гипопластическая* – относительно пропорциональное уменьшение всех параметров физического развития;

- *диспрофическая (диспластическая)* – выраженные диспропорции, нарушение телосложения, трофические расстройства на фоне значительного снижения не только массы, но и длины тела и окружности головы.

Степени тяжести ЗВУР можно подразделить на:

легкую – снижение массы тела на 2 сигмы по сравнению с соответствующей гестационному возрасту при нормальной или умеренно сниженной длине; размеры головы не выходят за пределы М – 2 сигмы;

среднюю – снижение массы и длины тела на 2 и более сигмы по сравнению с соответствующей гестационному возрасту. У 75 % таких детей отмечается аналогичное уменьшение размеров головы;

тяжелую – значительное уменьшение всех параметров физического развития и особенно длины тела (на 3 и более сигм).

После выписки новорожденного из родильного дома ребенок передается под наблюдение в детскую поликлинику. Сведения о выписке детей поступают ежедневно, записываются в журнал регистрации новорожденных, и в тот же день передаются участковым педиатрам.

Врачебно-сестринский патронаж к новорожденному выполняется вне зависимости от прописки матери. Профилактическая работа с этой возрастной группой заключается в проведении первичного врачебно-сестринского патронажа в первые трое суток после выписки из родильного дома, если новорожденный здоров и обязательно в первые сутки – если у новорожденного имеются отклонения в состоянии здоровья или неблагоприятные условия проживания.

Первичный врачебно-сестринский патронаж проводится по определенной схеме.

Участковый педиатр должен уточнить и оценить социальный анамнез, собрать и оценить генеалогический и биологический анамнез, используя данные опроса матери, родовых патронажей и сведения из обменной карты новорожденного.

Особое внимание уделяется вскармливанию новорожденного:

- оцениваются навыки и знания матери о кормлении ребенка грудью для выявления трудностей и проблем со вскармливанием;

- осматриваются грудные железы матери. При необходимости даются рекомендации:

- как правильно располагать и прикладывать ребенка к груди;
- кормить ребенка по требованию (до 8-12 раз в сутки) без ночных перерывов;
- не давать новорожденному никакой иной пищи, кроме грудного молока;
- не пользоваться сосками, пустышками.

При объективном обследовании новорожденного обращается внимание на:

- общее состояние, крик, активность сосания;

- состояние кожи, слизистых, наличие отеков, пастозности, цианоза, «переходные состояния», реакцию на введение БЦЖ;
- телосложение, питание;
- позу, мышечный тонус, двигательную активность;
- состояние костной системы: форма черепа, швы, роднички, стигмы дизэмбриогенеза, ключицы, врожденный вывих бедра;
- состояние органов дыхания: тип, частота, характер дыхания, форма трудной клетки, перкуссия, аускультация;
- состояние сердечно-сосудистой системы: границы сердца, звучность тонов, шумы, видимая пульсация, частота сердечных сокращений;
- осмотр живота:
- состояние пупочного кольца и пупочной ранки, размеры печени, селезенка, половые органы.
- выясняется частота и характер стула.

Антропометрические данные новорожденного сопоставляют с показателями физического развития детей для данного возраста, дается оценка физического развития.

Неврологическое обследование новорожденных имеет ряд особенностей, свойственных только этому возрастному периоду и совершается в определенной последовательности.

Вначале проверяют все рефлексы в положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз, в последнюю очередь - в положении на животе. Обращают внимание на положение головы, туловища, конечностей, на выраженность спонтанных движений рук, ног. Определяют позу ребенка, форму черепа, его размеры, состояние черепных швов, размеры и состояние родничков, наличие кефалогематомы, родовой опухоли, а также кровоизлияний в кожу головы, лица, склеры глаз.

Для новорожденных характерна физиологическая, нерезкая флексорная гипертония конечностей, ноги слегка разведены в бедрах, кисти рук сжаты в кулачки. В разгибателях головы и шеи мышечный тонус несколько повышен, поэтому у новорожденных в норме имеется легкая тенденция к запрокидыванию головы назад. Лежа на спине, новорожденный самостоятельно поворачивает голову в стороны. В положении на животе он временами поднимает голову на 1-2 секунды.

На первой неделе жизни: ребенок жмурится и беспокоится при ярком свете, вздрагивает при громком звуке (звонок, хлопок), глазные яблоки плывут в сторону громкого звука; может определяться легкое сходящееся косоглазие;

- торможение преобладает над возбуждением;
- при пробуждении и голоде – крик и гримаса недовольствия;
- сон спокойный, просыпается, если мокрый;
- у груди матери, сытый и переодетый, – засыпает;

- все безусловные рефлексы – симметричны, из сухожильных рефлексов наиболее постоянными являются коленные;

- хорошо вызываются физиологические рефлексы: Бабкина, Робинсона, Моро, подошвенные, рефлексы подвешивания, опоры, выпрямления, автоматической ходьбы, Переса, Галанта, сосания, глотания. К 10 дню ребенок, положенный на живот, пытается поднять голову, задерживает взгляд на лице матери.

Наличие выраженного тремора рук, нистагма, симптома «заходящего солнца», судорог, ригидности затылочных мышц, парезов, параличей указывают на функциональное или органическое поражение нервной системы новорожденного.

Повторный врачебный патронаж к здоровому новорожденному участковый педиатр проводит на 14 и 21 день жизни ребенка; в месячном возрасте ребенок приглашается на профилактический прием в поликлинику. Детей II-V групп здоровья врач посещает, как правило, чаще.

Так, дети II группы здоровья осматриваются педиатром в первые сутки после выписки из родильного дома, на 10, 14 и 21 дни жизни. В месячном возрасте ребенок приглашается на прием в поликлинику.

Дети III группы здоровья посещаются в первые сутки после выписки из родильного дома, затем каждые пять дней в течение первого месяца жизни, далее – по основному заболеванию.

Дети IV-V групп здоровья обязательно осматриваются в первые сутки после выписки из отделения патологии новорожденных, затем – 2 раза в неделю в течение первого месяца жизни и далее по основному заболеванию.

Патронажная медицинская сестра на первом году жизни посещает ребенка 20-25 раз, в том числе, на первом месяце – в первые сутки после выписки, далее 2 раза в неделю. В течение второго и третьего месяца – по три посещения, в течение 4-6 месяцев – 2 раза в месяц и во втором полугодии – 1 раз в месяц. При подозрении на гнойно-воспалительные заболевания медсестра посещает новорожденного ежедневно в течение 10 дней. В течение первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами детской поликлиники только на дому.

К концу периода новорожденности участковый педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка, в зависимости от группы здоровья, групп риска.

В плане предусматриваются:

- проведение профилактических прививок;
- осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение);
- дополнительные обследования (анализы крови, мочи, по показаниям – биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.);
- профилактические (профилактика анемия, рахита), корригирующие и оздоровительные мероприятия.

При оказании медицинской помощи заболевшему новорожденному ребенку на дому участковый педиатр и медицинская сестра наблюдают его ежедневно до полного выздоровления. По показаниям ребенку на дому проводятся все необходимые лабораторные исследования, вызываются для консультаций специалисты узкого профиля. При затруднении в диагностике или дифференциальной диагностике выявленный у новорожденного ребенка патологии участковый педиатр обязан пригласить заведующего отделением или сотрудника кафедры медицинской академии. Оставлять ребенка с невыясненным диагнозом на дому, без оказания медицинской помощи или проведения консультации врач не имеет права.

Антропометрические данные новорожденного сопоставляют с центильными показателями физического развития детей, дается оценка физического развития. С месячного возраста оценка нервно-психического развития проводится согласно разработанным таблицам.

При последующих осмотрах оценивается адаптация новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамика массы тела, особенности поведения и НПР, контролируются соблюдение правил ухода, вскармливания, назначенного лечения.

Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносятся в историю развития ребенка ф. 112/у. К концу периода новорожденности участковый педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка, в зависимости от группы здоровья. В плане предусматриваются: проведение профилактических прививок, осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение), дополнительные обследования (анализы крови, мочи, биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.), корригирующие и оздоровительные мероприятия. Матери даются рекомендации по профилактике гипогалактии, рациональному вскармливанию.

На приеме проводится объективный осмотр ребенка по всем органам и системам и выставляется диагноз: «здоров», «угрожаем по какой-либо патологии» (группа риска) или «болен» (диагноз), а так же указывается группа здоровья (I, II, III, IV, V), группа риска.

Все данные ежемесячно вносятся в историю развития в виде унифицированных записей. В конце первого года жизни участковым педиатром оформляется этапный эпикриз, в котором отражены:

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

Заключение: оценка уровня ФР и его гармоничность, группа НПР, диагноз (здоров, пограничное состояние, болен), группа здоровья, группа риска.

Рекомендации: медицинские, педагогические.

В итоге комплексной оценки состояния здоровья новорожденному должна быть выставлена группа здоровья (группа риска) и составлен план оздоровительных а возможно, и лечебных мероприятий на предшествующий год.

При последующих осмотрах оценивается адаптация новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамика массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируются соблюдение правил ухода и вскармливания.

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок С., 14 дней. При патронаже мать ребенка пожаловалась педиатру на то, что ребенок последние несколько дней стал беспокойным, плохо спит, не выдерживает перерыв между кормлением. Ребенок кормится грудью 7 раз строго по часам (через 2 часа с ночным перерывом).

При осмотре патологии со стороны органов и систем не выявлено. При кормлении грудь берет активно, сосет около 10 минут. Стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание до 20 раз в сутки.

Вопросы:

1. С чем связано состояние ребенка? 2. Какое исследование необходимо провести для уточнения причины состояния? 3. Какие рекомендации необходимо дать матери?

Задача №2

Девочка 15 дней. При осмотре педиатром на участке выявлено: пупочная ранка сухая, кожные покровы чистые, на языке - белый налет. Отмечается нагрубание грудных желез, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Из половой щели скудные кровянистые выделения. По другим органам и системам без особенностей.

Вопросы:

1. Чем вызваны выше описанные симптомы? 2. Является ли это состояние патологическим? 3. Какова тактика участкового врача в этом случае?

Задача №3

Первичный врачебный патронаж к новорожденному в возрасте 7 дней. Девочка от молодой здоровой матери, 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины (тошнота до 16 недель). Родилась на 38 неделе беременности с массой тела 2960 г, длиной 49 см. при осмотре: активна, крик громкий, эмоциональный, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. Кожа чистая, слабая иктеричность кожи лица и туловища. Пупочная ранка под сухой корочкой, без воспалительной реакции, сосуды не пальпируются. Большой родничок 1,5 x 2,0 см, на уровне костных краев. Ногти переросли кончики пальцев. Пульс 146 уд/мин.

тоны сердца звучные, ритмичные. Частота дыхания 42 в 1 мин с апноэ по 2-3 сек. В легких дыхание проводится равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см. селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Большие половые губы закрывают мальте. Рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус нормальный. Волосистой покров выражен только на голове.

Вопросы:

1. Каким должно быть заключение врача при первом врачебном патронаже?
2. Оцените признаки морфологической и функциональной зрелости плода.

Задача №4

Вторичный врачебный патронаж к здоровому ребенку в возрасте 21 дня. Мать жалуется на беспокойство, плохой сон ночью громкий требовательный крик. Грудь и соску хватает жадно, охотно пьет воду до 250 мл/сут. Беременность и роды без патологии. Масса тела при рождении 3600 г, длина - 52 см. Ранний неонатальный период без особенностей. Максимальная убыль массы тела 7%. Масса тела при выписке на 6 день не восстановлена. Мать кормит ребенка строго по часам, 5 раз в сутки с ночным перерывом 8 ч. Считает лактацию достаточной. Стул 1-2 раза в сутки густой кашицей. На 21 день масса тела 3840 г, контрольное кормление — 60 мл из одной груди. При сцеживании после кормления выделилось 10 мл молока. Во время и после кормления беспокойна, крик раздраженный. При осмотре: кожа чистая, розовая, на слизистой полости рта — скудная молочница. Пупок сухой, чистый, сосуды не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка на груди, животе уменьшена, лицо округлое. Внутренние органы без патологии; неврологический статус — без особенностей.

Вопросы:

1. Какова предполагаемая причина беспокойства?
2. Оцените режим и состояния питания новорожденного.
3. Каков рациональный режим питания?
4. Оцените лактацию матери, дайте советы.
5. Ваш диагноз?

Задача №5

Первичный врачебный патронаж к новорожденной девочке в возрасте 16 дней. Ребенок от «пожилой» первородящей матери (30 лет), страдающей инсулинзависимым сахарным диабетом с 7-летнего возраста. Получает 80 Ед инсулина в сутки. Во время беременности эндокринологом наблюдалась нерегулярно. Колебания уровня сахара в крови от 5,5 до 8,2 ммоль/л. Роды произошли на 39 неделе. Родилась в гипоксии, 6/8 баллов по шкале Апгар. Масса тела 4240 г, длина 52 см. Выписка из родильного дома была задержана в связи с развитием сердечной недостаточности в первые дни после рождения. Обследована. Данных за врожденный порок сердца нет.

При объективном исследовании — вялая, кожные покровы желтушные, голени, кисти и стопы пастозны. Толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка — 2 см, на уровне соска — 1 см. Лицо округлой формы. Голова маленькая, конечности короткие; уши, плечи, спина покрыты пушковыми волосами. Границы сердца расширены, тоны ритмичные, приглушены, 180 в 1 мин. Легкие без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка — на 0,5 см. Мышечная гипотония и гипорефлексия.

Вопросы:

1. Оцените неблагоприятные факторы, повлиявшие на плод во внутриутробном периоде.
2. Каков предполагаемый диагноз?

Задача №6.

Ребенок 9 дней.

Данные анамнеза: родился от 1-й, нормально протекавшей беременности, в срок, с массой тела 3050 г, длиной 50 см. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка быстро зажила. В родильном доме у ребенка отмечался физиологический катар кожи с обильным шелушением. Выписан из родильного дома на 5-е сутки с массой тела 2950 г. Находился на грудном вскармливании. На коже молочной железы мамы имелись мелкие гнойнички.

На 6-й день жизни у ребенка на лице появились единичные пустулы величиной с булавочную головку, наполненные желтоватым содержимым. Мать не придавала этому значения. Ребенка не купали.

Данные объективного осмотра: через 3 дня после выписки из родильного дома участковым педиатром отмечено наличие у ребенка множественных гнойничков на голове, туловище, ягодицах, конечностях. На лице имелись подсохшие пустулы с образованием корочек. Температура тела не повышалась, дыхание в легких чистое, пуэрильное, число дыханий 44 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, частота сердечных сокращений 144 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см., селезенка не пальпируется. Грудь сосет охотно, стул 3-4 раза в день без патологических примесей.

Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Назовите факторы, способствующие развитию данного заболевания. 3. Каким возбудителем чаще всего вызывается это заболевание? 4. Назначьте лечение. 5. Тактика участкового педиатра.

Самостоятельная работа:

Первичный патронаж к новорожденному. Оформление первичного патронажа к новорожденному по схеме.

Приложение №1.

ПЕРВИЧНЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ К НОВОРОЖДЕННОМУ

« _____ » _____ 20 г. в возрасте _____, на день
выписки из роддома

Жалобы матери _____

Характер вскармливания _____

Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____

Телосложение _____

Кожные покровы _____

Зев _____, слизистые _____

Состояние питания _____

Костная система (швы, роднички, череп, ключицы, состояние тазобедренных суставов) _____

Дыхание (ЧД, характер, форма грудной клетки, перкуссия, аускультация) _____

Сердечно-сосудистая система (видимая пульсация, звучность тонов, ритм) _____

Пупочная ранка _____

Живот _____ печень _____

Селезенка _____ половые органы _____

Мочеиспускание _____

Характер стула _____

Условия, режим, уход за новорожденным _____

Заключение _____

Занятие по теме №3: "**Организация лечебно-профилактической помощи недоношенным детям. Особенности выделения групп риска и дифференцированная тактика их ведения**".

Мотивация темы: период новорожденности характеризуется несовершенством адаптационных механизмов, при котором даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным нарушениям здоровья ребенка, особенно у недоношенных и незрелых детей. Смертность детей в периоде новорожденности занимает ведущее место в структуре детской смертности. Поэтому в план обучения студентов-педиатров включено изучение особенностей неонатального периода и схемы наблюдения недоношенных новорожденных на участке.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- транзиторные состояния периода новорожденности;
- сроки проведения и задачи патронажей новорожденных на участке;
- принципы вскармливания новорожденных;
- особенности ухода за новорожденным ребенком;
- показатели нервно-психического развития в неонатальном периоде;
- сроки проведения и основные комплексы массажа и гимнастики у новорожденных детей;

Студент 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;
- измерить частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, пробы по Зимницкому; копрограмму;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания новорожденных детей;
- владеть навыками гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
- владеть приемами массажа и гимнастики для новорожденных детей;
- выписать рецепт ребенку;

- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - оформление первичного патронажа к новорожденному;
 - рецепты на молочную кухню;

Содержание обучения:

1. Особенности патронажа недоношенных детей на участке.
2. Критерии групп низкого и высокого риска.
3. Дифференцированная тактика ведения детей разных групп риска.
4. Особенности организации питания, режима, массажа, закаливания и прививок у недоношенных детей.
5. Критерии выписки недоношенных детей на педиатрический участок, особенности "переходных" состояний у них, особенности течения заболеваний и лечебной тактики у недоношенных, особенности профилактики и лечения фоновых состояний.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
6. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Фоновые заболевания детей раннего возраста Учебное пособие для студентов, Владикавказ, 2010.
7. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Железодефицитная анемия у детей. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2011.

8. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
9. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Дайте определение понятию «недоношенный ребенок». Какие признаки недоношенности вы знаете?
2. При каких условиях недоношенный ребенок может быть выписан на участок?
3. Назовите основные транзиторные состояния периода новорожденности. Какие причины обуславливают их развитие?
4. Расчет питания в периоде новорожденности.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Как и в какие сроки осуществляются патронажи недоношенного новорожденного ребенка на участке?
2. Как оценивается физическое развитие недоношенного ребенка?
3. По каким параметрам происходит оценка нервно-психического статуса недоношенного ребенка?
4. Какие рекомендации по вскармливанию вы можете дать матери новорожденного ребенка?

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Наблюдение за недоношенным ребенком

Недоношенность – одна из важнейших проблем здравоохранения во всем мире, которая является не только медицинской, но и социальной проблемой. По статистическим данным разных стран, от 3 до 11% всех новорожденных составляют недоношен⁴ые. На них приходится 60% случаев смертности. У детей, родившихся преждевременно, чаще диагностируются гемолитическая болезнь, ВУИ, асфиксия,

билирубиновая интоксикация, пороки развития, высок процент инвалидизации в результате родовых травм.

Недоношенным считается ребенок, родившийся до окончания срока беременности (менее 38 недель). Обычно к недоношенным принято относить детей, масса которых при рождении менее 2500 г, длина – менее 47 см. При установлении диагноза «недоношенный ребенок» указывается срок беременности в неделях (гестационный возраст новорожденного).

Факторы риска рождения недоношенного ребенка можно разделить на три большие группы: социально-экономические и демографические факторы, социально-биологические факторы, клинические факторы.

К социально-экономическим факторам относятся отсутствие или недостаточность медицинской помощи, плохое питание беременной женщины, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия. Профессиональные вредности, вредные привычки. Нежелательную беременность и др.

Социально-биологические факторы. Преждевременное рождение детей чаще отмечается у первородящих женщин в возрасте моложе 18 и старше 30 лет. Возраст отца моложе 18 и старше 50 лет также считают фактором риска. Имеют значение данные акушерского анамнеза:

предшествующее искусственное прерывание беременности, беременность, наступившая вскоре после родов.

Клинические факторы могут быть обусловлены заболеваниями матери: хроническими соматическими заболеваниями (особенно с явлениями декомпенсации или обострения во время беременности), хроническими гинекологическими заболеваниями, эндокринопатиями, патологией беременности: поздний гестоз, острые инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности, оперативные вмешательства (особенно лапаротомия), психические травмы, физические травмы, иммунологический конфликт между беременной женщиной и её плодом, плацентарная недостаточность, внутриутробные инфекции, хромосомные заболевания, аномалии развития

Патологические факторы, длительно действующие на мать в период беременности и приведшие к преждевременным родам, могут вызвать у плода задержку созревания всех систем организма, отставание в физическом развитии. У недоношенного ребенка также могут быть признаки ЗВУР.

Степень внутриутробной гипотрофии определяется по дефициту массы тела, причем за нормальную массу принимают нижнюю границу предела, соответствующего данному гестационному возрасту. Отношение дефицита массы тела к минимальной для этого гестационного возраста массе тела в процентах показывает степень внутриутробной гипотрофии.

Наблюдение недоношенных детей на участке

При оценке состояния недоношенного ребенка, необходимо выявить в какой степени он соответствует своему гестационному возрасту, что можно отнести за

счет самой недоношенности, а что является следствием различных патологических состояний.

Наряду с малой массой тела и малой длиной, недоношенных детей характеризует морфологическая и функциональная незрелость, которая и является основной причиной их высокой смертности. Незрелость проявляется периодами апноэ, длительной и выраженной желтухой, сниженной резорбцией питательных веществ в пищеварительном тракте, недоразвитием функции почек и печени, гипогликемией, коагулопатией, сниженной сопротивляемостью к инфекциям, несовершенной терморегуляцией, что может легко привести как к переохлаждению, так и к перегреванию. В дальнейшем развиваются поздний метаболический ацидоз, анемия, невротические нарушения, проявляются бронхолегочные дисплазии, ретинопатии, нарушение умственного развития.

Значительная часть недоношенных детей достаточно хорошо адаптируется к окружающим условиям, и в дальнейшем развивается нормально, некоторые из них переходят из одного патологического состояния в другое, и нет надежных критериев для прогноза, как пойдет развитие того или иного ребенка. По данным психиатров среди контингента умственно отсталых 26% дети, родившиеся недоношенными.

Недоношенные дети, как правило, переводятся из родильного дома на второй этап выхаживания в специализированные стационары или отделения патологии недоношенных. Выписка домой из стационара проводится в сроки от 10 дней жизни (при I степени недоношенности) до 40 и более (при III-IV степени). Она возможна после полной стабилизации всех функций ребенка – хорошее сосание, удовлетворительная прибавка в весе (масса 2200-2500 г), отсутствие заболеваний, достаточный уровень гемоглобина. Однако при хороших жилищно-бытовых условиях и семейных условиях можно выписать ребенка с массой 2000 г.

В связи с более трудной и длительной адаптацией недоношенного ребенка к внеутробной жизни, удлиняется и период новорожденности; у глубоко недоношенных детей он составляет около 1,5-2 мес.

Недоношенные – это дети из группы повышенного риска, т.е. угрожаемые по заболеваемости и смертности. Степень риска возрастает:

- у недоношенных с массой тела при рождении менее 1500 г,
- у детей, перенесших тяжелые инфекционные и неинфекционные заболевания,
- при раннем переводе на искусственное вскармливание,
- у находящихся в неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Первое посещение недоношенного ребенка участковым педиатром (совместно с зав. отделением) осуществляется в первый день поступления на участок; повторный осмотр – на следующий день. На первом месяце ребенок посещается педиатром 1-2 раза в неделю, от 1 до 6 мес. – 1 раз в 2 недели, с 6 до 12 мес. – 1 раз в месяц (по показаниям чаще).

В первые 3-4 месяца жизни, а также в период повышенной заболеваемости ОРВИ, ребенок осматривается врачом только на дому. В связи с более частым поражением ЦНС, опорно-двигательного аппарата, нарушениями зрения и слуха, недоношенные дети должны уже на первом месяце жизни, во время пребывания в ОПН, осматриваться специалистами: невропатологом, хирургом, ортопедом, окулистом и повторно, по их рекомендации, дети осматриваются амбулаторно.

При массе тела при рождении менее 1500 г, при патологическом течении беременности и родов – повторный осмотр этими специалистами – во втором полугодии и в возрасте одного года. Дети с выявленной патологией должны наблюдаться у соответствующих специалистов до возможной реабилитации.

Недоношенные, перенесшие тяжелую форму гемолитической болезни, нуждаются на протяжении первых трех месяцев в регулярном и более частом наблюдении невропатолога и отоларинголога. В реабилитации принимают участие врачи-физиотерапевты, специалисты ЛФК.

Физическое развитие (ФР) недоношенных детей имеет свои особенности, и зависит от массы при рождении и перенесенных заболеваний. Физиологическая потеря массы тела в первые дни составляет от 4-5 до 10-12%. Восстановление потери идет медленнее, чем у доношенных.

Оценка ФР на первом году жизни проводится ежемесячно, на втором – 1 раз в квартал, на третьем – 2 раза в год, затем 1 раз в год. В период интенсивного роста – 5 лет и 11-15 лет эта оценка проводится 2 раза в год.

Прибавка массы тела на первом месяце составляет при I степени недоношенности в среднем 300 г., при II степени – 180-190 г. При выхаживании в специализированном отделении прибавка массы может составлять 500-700 г при недоношенности I степени, 400-500 г при недоношенности II степени и 400-300 г при недоношенности III-IV степени. В последующем ежемесячно ребенок прибавляет в среднем 600-700 г в I полугодии и к концу года – до 400-500 г. Масса тела недоношенных к концу года составляет 7500-9500 г.

Рост недоношенных детей за первый год жизни увеличивается на 26,6-36 см, составляя к концу года 70-77 см.

Увеличение окружности головы у недоношенных детей всех весовых категорий в первом полугодии составляет 3,2-1,0 см в месяц. Во втором – 1,0-0,5 см. В возрасте одного года окружность головы составляет 44,5-46,5 см.

Окружность грудной клетки недоношенного новорожденного на 3-4 см меньше окружности головы, К 3-5 мес. размеры этих окружностей сравниваются, и в дальнейшем окружность грудной клетки превышает окружность головы. Для удобства оценки ФР необходимо пользоваться таблицами. Начало прорезывания зубов у недоношенных детей задержано: при сроке гестации более 34-35 недель первые зубы появляются в 6-7 месяцев, при сроке 30-34 недели – в 7-9 месяцев и при сроке гестации менее 30 недель – в 10-12 месяцев.

Основные психомоторные навыки у большинства недоношенных детей появляются в более поздние сроки, чем у доношенных. Позже появляются зрительные и слуховые сосредоточения, позже удерживают голову, позже появляется гуление, улыбка, узнавание окружающих, смех, навыки переворачивания, сидения, стояния, ходьбы, целенаправленные движения рук. Недоношенные дети позже начинают говорить. Отставание в психомоторном развитии зависит от степени недоношенности: при II степени – на 1-1,5 мес., при III-IV степени на 3-4 мес. К концу первого года жизни большинство детей с I степенью недоношенности догоняет своих сверстников, а к 2 годам с ними сравниваются и глубоко недоношенные. У длительно болеющих детей, при отсутствии необходимого ухода отставание в НПП более выражено.

Организация режима и внешней среды

Ввиду недостаточной зрелости многих органов и систем, функциональные возможности недоношенных детей снижены, поэтому они нуждаются в особенно тщательном уходе.

Режим сна и бодрствования у недоношенных детей должен быть щадящими. У детей с массой тела при рождении менее 1750 г, перевод на очередной режим может быть задержан на 1-2 и даже 3 мес. Поддерживание оптимальной температуры окружающей среды является одним из самых важных аспектов ухода за недоношенным ребенком.

Ребенка, родившегося с массой тела более 2000 г, нет необходимости укутывать. Детей, родившихся с массой тела менее 2000 г, одевают в предварительно согретое белье, а поверх одеяла укладывают грелки. Необходимо следить, чтобы ножки ребенка были постоянно теплыми. Обычно к концу первого месяца жизни большинство недоношенных детей уже не нуждается в специальном согревании.

Комната ребенка должна быть светлой, сухой и тщательно проветриваться не реже 3 раз в день. В связи с незрелостью механизмов терморегуляции в первые 1-1,5 мес. оптимальная температура помещения для недоношенного ребенка – 20-22°C, при переодевании, туалете, купании – 22-26°C.

Необходим тщательный уход за кожей ребенка. Гигиенические ванны недоношенному ребенку можно проводить через сутки после отпадения пуповины.купают детей ежедневно в кипяченой воде с добавлением марганцовокислого калия. Температура воды во время купания должна быть не ниже 38°C; ко второму месяцу жизни ее снижают до 37-37,5°C. Подмывать детей необходимо также обязательно теплой водой, складки кожи смазывать детским кремом или простерилизованным маслом. Воздушные ванны, контрастное обливание после купания проводятся со второй половины первого года.

При массе тела ребенка 2600-2700 г разрешены прогулки, сон на воздухе. В теплое время года чаще всего ребенка выносят на прогулку с 2-3 недельного

возраста. Летом ребенок все промежутки между кормлениями днем может проводить на свежем воздухе. В ветреные, дождливые и очень жаркие дни (при температуре более 30°C) – детям лучше спать в помещении при открытых окнах. Весной и осенью прогулки рекомендуются с 1-1,5 месячного возраста при массе тела ребенка не ниже 2500 г; начиная с 10-15 мин, их доводят до 1-1,5 часов один-два раза в день. Зимой прогулки разрешаются с 2-х месячного возраста, при массе тела не менее 2800-3000 г, температура воздуха не ниже 10°C и при отсутствии ветра. К пребыванию на свежем воздухе в прохладное время года надо приучать ребенка постепенно, начиная с 10-15 мин. Зимой он может спать на воздухе 2-3 раза в течение 40-60 минут с последующим осторожным развертыванием и продолжением сна в помещении. Если на воздухе ребенок беспокоен или у него побледнело лицо, посинели губы – прогулку следует прекратить.

Для правильного развития малыша большое значение имеет массаж и гимнастика, усложняющиеся по мере роста.

Приемы лечебной физкультуры для недоношенных:

- лечение положением способствует более правильной фиксации головы, шеи, туловища, тела, конечностей (редрессация "варусной" или "вальгусной" стопы);

- выкладывание на живот до кормления и при бодрствовании с 3-4 недельного возраста, при достижении ими массы тела 1100-1300 г. Выкладывание производят в распашонке с обнаженными ногами на плотную подстилку 3-4 раза в день за 15-20 минут до кормления, начиная с 2 минут, и постепенно доводят до 10-20 минут. В положении на животе ноги слегка приподнимают за стопы (положение "тачка").

Массаж живота у недоношенных детей начинают в возрасте 1 месяца (при массе 1700-1800 г). По показаниям: выраженная гипотония передней брюшной стенки, запор, можно проводить массаж и в более ранние сроки (с 2-х недельного возраста) независимо от массы тела. Массаж проводится круговыми поглаживаниями живота, ладонью по ходу часовой стрелки, при этом не массируют область печени. При массаже прямых мышц живота ладонью правой руки начинают движения сверху вниз от левого подреберья к лобку, а ладонь левой руки движется от лобка вверх к правому подреберью. Для массажа косых мышц ладони обеих рук располагают в верхних боковых отделах живота и двигают их по направлению к средней линии и вниз до соединения рук над лобком. Детям с массой тела 900-1500 г массаж живота проводится 1-2 пальцами и состоит из пальпации разных участков живота и небольших круговых движений по ходу часовой стрелки. Массаж проводится сухими и теплыми руками; для достаточной эффективности во время поглаживания необходимо затрачивать определенную силу, массируя ткани, а не ограничиваться только поверхностным поглаживанием кожи.

Приемы массажа поглаживание, растирание, вибрация, разминание; точечный массаж – одновременное надавливание и вращение пальцем на определенные рефлексогенные зоны.

Быстрые, отрывистые, относительно сильные надавливания вызывают возбуждение и напряжение мышц. Медленные, мягкие с постепенным нарастанием давления движения, с вибрацией, остановкой и последующим ослаблением давления (без отрыва от зоны) вызывают ослабление напряжения в отдельных группах мышц.

Особенности анемии недоношенных.

У недоношенных детей различают раннюю и позднюю анемию. Ранняя анемия недоношенных имеет сложный патогенез и развивается на 3-10 неделе их постнатальной жизни у 16,5-20% недоношенных, особенно при неблагоприятном преморбидном фоне (поздний токсикоз беременных, заболевания матери, кровотечения в период родов и др.). При исследовании периферической крови обнаруживают нормо- или гипохромную норморегенераторную анемию.

Выделяют три степени анемии недоношенных: легкая (I степень) – гемоглобин снижен до 110-83 г/л, эритроциты до $3,5-2,5 \times 10^{12}/л$ среднетяжелая (II степень) – гемоглобин снижается до 82-66 г/л, эритроциты до $3,0-2,4 \times 10^{12}/л$ и тяжелая (III степень) – гемоглобин ниже 66 г/л, эритроциты – ниже $2,4 \times 10^{12}/л$.

При объективном обследовании отмечается только бледность ребенка, однако при тяжелой форме, помимо выраженной бледности кожи становятся вялыми, менее активно сосут, хуже прибавляют в весе.

Основными причинами развития ранней анемии считают усиленный «физиологический» гемолиз эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин (HbF), недостаточную функциональную и морфологическую зрелость красного костного мозга, снижение продукции тканевых эритропоэтинов вследствие гиперкапнии, имевшей место при рождении ребенка. Большое значение имеет также дефицит многих необходимых для кроветворения веществ (белок, витамины С, Е, группы В, медь, кобальт) обеспечивающих всасывание, транспорт, обмен и фиксацию железа в молекуле гема, а также стабильность оболочек и мембран эритроцитов. Присутствует и дефицит железа в депо, временно компенсированный текущим гемолизом, но четко выявляемый путем обнаружения микроцитоза и гипохромии части эритроцитов, снижения концентрации сывороточного железа и количества сидероцитов в пунктате красного костного мозга. Как только неонатальные запасы железа истощаются, ранняя анемия переходит в позднюю анемию недоношенных, обычно во втором полугодии жизни. У некоторых недоношенных, имевших в неонатальном периоде кровотечение или недостаточную плацентарную трансфузию, а также у больных анемия может развиваться раньше.

Поздняя анемия недоношенных развивается после 3 месяцев постнатальной жизни, имеет выраженную клиническую картину. Дети обычно вялые, апатичные, кожа бледная, лицо одутловато, гипотония мышц, отмечается расширение границ сердца, систолический шум (дистрофия миокарда), выражена анорексия за счет снижения ферментативной деятельности ЖКТ, часто наблюдается рвота, увеличиваются паренхиматозные органы (печень, селезенка), появляются симптомы гиповитаминоза.

Анемия носит регенераторный гипохромный характер: цветовой показатель, среднее содержание гемоглобина в эритроците, сывороточное железо снижены, ОЖСС крови повышена, в анализе крови наблюдается анизоцитоз, полихроматофилия, микроцитоз эритроцитов.

При лечении анемии недоношенных в условиях поликлиники учитываются: степень анемии, активность костномозгового кроветворения (по количеству ретикулоцитов), фон на котором развилась анемия и возраст ребенка (см. часть 11, «Анемия»).

Специфическая профилактика рахита. У недоношенных детей существует большая опасность развития рахита, чем у доношенных. У глубоконедоношенных он встречается почти в 100% случаев. Возникновению рахита у недоношенных способствует слабая минерализация костей, малые запасы витамина Д в печени и ее функциональная незрелость, снижение реабсорбции солей в почках и функциональная неполноценность околощитовидных желез, сниженная реабсорбция жиров и жирорастворимых витаминов в кишечнике.

Для недоношенных детей характерно раннее развитие рахита; почти у половины из них симптомы заболевания появляются уже в конце первого месяца жизни. Преобладает острое течение рахита, рано появляются костные изменения в виде краниотабеса.

Основой профилактики рахита являются рациональное питание, режим, достаточная аэрация, использование массажа и гимнастики, предупреждение интеркуррентных заболеваний. Для специфической профилактики рахита целесообразно использовать препараты, содержащие витамин Д (холекальциферол). В настоящее время в России назначаются водорастворимый витамин Д (аквадетрим) и масляный витамин Д (вигантол), содержащие в 1 капле 500 МЕ. Водорастворимый витамин Д имеет преимущества: он быстрее всасывается из ЖКТ, оказывает лучший эффект, хорошо переносится и удобно дозируется (см. часть 11, «Рахит»).

Профилактические прививки недоношенным детям проводятся индивидуально. Недоношенным детям с массой менее 2000 г БЦЖ в роддоме не проводят, в последующем после стабилизации состояния, все прививки проводят по возрасту, согласно национального календаря прививок.

После перенесенной ОРВИ медицинский отвод от прививок оформляется на 2-3 мес.; при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях – до 6 мес. и более.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые задания.
2. Оформите первичный патронаж новорожденного по схеме.

Ситуационные задачи

Задача №1

На участок выписан девочка, родившаяся при сроке гестации 36 недель, с массой 2050 гр, в роддоме на 3 сутки отмечалась физиологическая убыль массы тела 200 гр.

При патронаже на 7 сутки жизни выявлено: состояние удовлетворительное, поза физиологическая на осмотр реагирует громким криком. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, верхний плечевой пояс покрыт лануго, пупочная ранка чистая. Пупочное кольцо расположено в нижней трети живота. Дыхание поверхностное, ЧД – 56 в 1 мин, аускультативно – пуэрильное дыхание. ЧСС – 132 в 1 мин, тоны сердца звучные, чистые. Живот мягкий, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул до 5 раз в сутки, жидкой кашицей с примесью зелени. Кормится грудью 7-8 раз в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу, большие половые губы не прикрывают малые. Мочеиспускание до 25 раз в сутки.

Вопросы: 1. Оцените состояние ребенка. 2. Какая степень недоношенности имеется у этого ребенка? 3. Укажите признаки недоношенности у данного ребенка. 4. Рассчитайте необходимый объем питания. 5. Какие специалисты и в какие сроки должны осмотреть этого ребенка?

Задача №2

Девочка 1 мес.

Данные анамнеза: девочка от 3-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине и маточным кровотечением во 2-й половине. Первые 2 беременности закончились медицинскими абортами, последний аборт был сделан за 6 месяцев до настоящей беременности. Роды преждевременные. Масса тела при рождении 2200 г, длина тела 40 см. Первый крик слабый.

Данные объективного осмотра: при осмотре в возрасте 1 месяца: масса 2800, длина 44 см; девочка малоподвижная, сонливая, грудь сосет вяло. Кожные покровы в области плечевого пояса покрыты пушковыми волосами. Подкожно-жировой слой слабо развит на туловище и конечностях. Дыхание аритмичное с апноэ по 4-5 секунд. Число дыханий 42 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Сухожильные рефлексы и рефлексы врожденного автоматизма повышены, спонтанный рефлекс Моро.

Задание: 1. Поставьте диагноз и определите степень тяжести состояния. 2. Какие причинные факторы этого состояния? 3. Какие клинические симптомы соответствуют диагнозу? 4. Назначьте кормление. 5. В чем особенность ухода за таким ребенком?

Задача №3.

Мальчик 20 дней.

Данные анамнеза: мальчик от 3-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания беременности. Первые 2 беременности закончились выкидышами. Роды на 26-й неделе беременности. Масса тела при рождении 1200 г, длина тела 31 см. Первый крик слабый. К груди не прикладывался. Кормится сцеженным женским молоком.

Данные объективного осмотра: при осмотре в возрасте 20 дней мальчик малоподвижный, сонливый. Масса тела ребенка 1300 г, длина тела 33 см. Кожные покровы желтушные, в области плечевого пояса покрыты пушковыми волосами. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях и лице. Дыхание аритмичное с апноэ по 5-6 секунд. Число дыханий 56 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердцебиений 170 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Рефлексы врожденного автоматизма не вызываются, сосательный и глотательный рефлексы отсутствуют. Сухожильные рефлексы снижены.

Задание. 1. Поставьте диагноз и укажите степень тяжести состояния. 2. Какие клинические признаки этого состояния? 3. Когда можно будет начинать прикладывать этого ребенка к груди? 4. Какие показания должен иметь ребенок для выписки его на участок? 5. Составьте план наблюдения этого ребенка на участке в течение 1 года жизни.

Занятие №4 по теме: "**Диспансерное наблюдение и вскармливание детей раннего возраста. Профилактика расстройств питания и гиповитаминозов**"

Мотивация темы: ранний период характеризуется интенсивным физическим развитием ребенка, активным процессом созревания всех органов и систем, а следовательно неустойчивостью регуляции их функций, при которой даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным нарушениям здоровья ребенка. Кроме того, быстрые темпы развития нервно-психических функций, активная познавательская деятельность ребенка диктуют необходимость особого внимания врача-педиатра к детям этой возрастной группы. Поэтому в план обучения студентов включены вопросы врачебного контроля за состоянием здоровья детей раннего возраста.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов и систем в раннем периоде;
- сроки проведения и задачи диспансерного наблюдения детей раннего периода;
- принципы вскармливания детей первого года жизни;
- особенности ухода за детьми раннего возраста;
- динамику показателей физического развития детей раннего возраста
- показатели нервно-психического развития детей раннего возраста;

- сроки и последовательность прорезывания зубов у детей;
- сроки проведения и основные комплексы массажа и гимнастики у детей раннего возраста;
- этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику рахита у детей;
- основную учетную документацию и правила ее оформления;
- оснащение и работу кабинета здорового ребенка;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез отметить факторы риска заболеваний раннего возраста;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- дать оценку нервно-психического развития детей раннего возраста;
- измерить частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты клинических анализов мочи и крови;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания детей раннего возраста;
- владеть навыками гигиенического ухода за грудными детьми и детьми раннего возраста;
- составить план мероприятий по профилактике рахита, анемии;
- владеть приемами массажа и гимнастики детей раннего возраста;
- выписать рецепт ребенку;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - оформление этапных эпикризов на ребенка первого года жизни;
 - оформление эпикриза на ребенка в 1 год;
 - рецепты на молочную кухню;

Содержание обучения:

1. Диспансеризация детей первого года жизни. Комплексная оценка состояния здоровья детей, определение групп здоровья, риска. Особенности их наблюдения на педиатрическом участке.
2. Диагностика, лечение и профилактика аномалий конституции.
3. Диагностика, профилактика и лечение спазмофилии.
4. Диагностика, лечение и особенности профилактики анемий у детей раннего возраста. Лабораторный контроль.
5. Ранняя диагностика, лечение, профилактика рахита у детей. Реабилитация.
6. Наблюдение и лечение детей с расстройствами питания в условиях поликлиники. Профилактика их развития, реабилитация.
7. Диагностика, лечение и профилактика гиповитаминозов у детей раннего возраста, гипервитаминоза витамина D. Диагностика.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
6. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Фоновые заболевания детей раннего возраста Учебное пособие для студентов, Владикавказ, 2010.
7. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Железодефицитная анемия у детей. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2011.
8. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
9. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Физическое развитие детей раннего возраста.
2. Оценка нервно-психическое развитие детей раннего возраста.
3. Виды вскармливания.
4. Типы смесей для искусственного вскармливания.
5. Сроки и правила введения прикорма.
6. Основные рекомендации по уходу за детьми раннего возраста (купание, одежда, прогулки, массаж, развитие).

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Перечислите основные звенья этиопатогенеза рахита.
2. Какие клинические проявления рахита вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования используются для постановки диагноза «рахит»?
4. Дайте классификацию рахита. Какие принципы положены в ее основу?
5. Назовите принципы методы профилактики и лечения рахита.
6. Этиология, патогенез спазмофилии.
7. Перечислите основные клинические и лабораторные методы диагностики спазмофилии.
8. Назовите лечебно-профилактические мероприятия, назначаемые больным спазмофилией на участке.
9. Этиология, клиника анемии у детей раннего возраста.
10. Лечение, профилактика анемий в условиях детской поликлиники.
11. Перечислите факторы риска развития гипотрофии у детей раннего возраста.
12. Дайте классификацию, опишите клинические проявления нарушений питания у детей.
13. Каковы основные лечебно-профилактические мероприятия при гипотрофии у детей раннего возраста?
14. Перечислите основные принципы диспансерного наблюдения детей с рахитом, анемией, гипотрофией и риском развития этих состояний.

Хронокарта учебного занятия:

▪ перекличка	5 мин
▪ проведение контроля базисных знаний	40 мин
▪ перерыв	15 мин
▪ разбор узловых вопросов темы	45 мин
▪ перерыв	15 мин
▪ практическая часть (работа на приеме)	2 часа
▪ итоговый тестовый контроль	15 мин.

Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми

Диспансеризация является основой здравоохранения. Под диспансеризацией в педиатрии понимается стройная система организационных и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, заключающаяся в систематическом наблюдении за здоровыми детьми с проведением соответствующих профилактических мероприятий, оптимальное развитие ребенка и предупреждение заболеваний.

В случае возникновения острого заболевания диспансерный период наблюдения предусматривает лечение больного до полного выздоровления. При хронических формах патологии осуществляется активное динамическое наблюдение с целью профилактики обострений и оздоровления пациента.

Весь комплекс профилактических мероприятий на участке совместно с педиатром осуществляют участковая медицинская сестра, медсестра кабинета здорового ребенка и медсестра прививочного кабинета. В диспансеризации здоровых детей принимают участие врачи-специалисты и лаборанты.

Диспансерное наблюдение за неорганизованными детьми после окончания периода новорожденности участковый педиатр осуществляет на профилактических приемах. Дети посещают детскую поликлинику в строго регламентированные сроки:

- на первом году жизни – ежемесячно, дети из групп риска должны осматриваться чаще;
- на втором году жизни – один раз в квартал;
- на третьем году – один раз в 6 месяцев;
- на четвертом, пятом, шестом годах жизни – один раз в год в месяц своего рождения.

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

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

Перед профилактическим осмотром в поликлинике ребенка на дому посещает медсестра и выясняет, как выполнялись рекомендации педиатра, наличие жалоб у матери, характер и особенности вскармливания ребенка. При осмотре обращается внимание на цвет кожи и слизистых, физиологические отправления, оценивается нервно-психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Медсестра дает советы по уходу, вскармливанию, обучает мать элементам массажа, гимнастики, закаливания, оформляет свой патронаж в истории развития и приглашает мать на прием к педиатру. Во время каждого профилактического осмотра педиатр должен уточнить анамнез, проанализировать данные о перенесенных заболеваниях, изменения во вскармливании, социальных условиях за период с предыдущего осмотра, выявить жалобы. На приеме ребенку проводятся антропометрические измерения (масса тела, длина, окружность головы и груди). Уровень и гармоничность физического развития оценивается по центильным таблицам.

По данным патронажа медсестры и из беседы с родителями, согласно показателям нервного развития, выставляется группа НГР, и оценивается поведение ребенка. После объективного осмотра врач выставляет диагноз: "здоров", "угрожаемый по какой либо патологии" (группа риска), или "болен" (диагноз), а так же указывает группу здоровья (I, IIА, IIБ, III, IV, V), группу риска.

На приеме матери даются рекомендации по режиму, по рациональному вскармливанию, виду закаливающих процедур и воспитанию ребенка. Кроме того, ребенку может быть назначен курс витамина Д, препараты железа и др. Решается вопрос о проведении профилактических прививок, а при наличии противопоказаний оформляется медицинский отвод. С родителями проводится работа. Все данные вносятся в историю развития в виде унифицированных записей.

Содержание профилактических осмотров неорганизованных детей от 1 до 7 лет и схема записи в истории развития остаются прежними. Особое внимание обращается на частоту, длительность и тяжесть острых заболеваний (для оценки резистентности), оценку функционального состояния организма ребенка и его поведение, оценку психологической готовности к ДОО и прогноз адаптации, проведение профилактических прививок.

Ведущее место в рекомендациях педиатра для детей этой возрастной группы занимают режимные моменты, изменения в питании, методы закаливания, физического воспитания, нервно-психическое развитие (в частности – развитие навыков речи). Выполнение данных рекомендаций контролируется на дому патронажной сестрой.

Осмотр детей врачами-специалистами и лабораторно-диагностические исследования

На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен: в 1 месяц - ортопедом, невропатологом; к 3 месяцу – офтальмологом, хирургом, отоларингологом, в 9 месяцев стоматологом; дети из групп риска осматриваются специалистами в более ранние сроки. Эти же специалисты осматривают ребенка и в годовалом возрасте. В возрасте 3-х месяцев проводят общий анализ крови и мочи. В возрасте 1 года эти исследования проводят повторно, дополняя их исследованием кала на яйца глистов.

На втором году жизни кроме педиатра ребенка осматривает стоматолог. В возрасте трех лет – все вышеперечисленные специалисты, а с четырех лет по показаниям – логопед и психиатр. Кроме того, у детей с 4 летнего возраста определяется острота слуха, зрения, проводится плантография, измеряется Ад.

Противоэпидемическая работа участкового врача-педиатра

Противоэпидемическая работа участкового врача-педиатра включает:

- учет детей, подлежащих прививкам, планирование прививочной работы на участке;
- работу с учетной формой М 63;
- контроль за подготовкой к прививкам детей с необычными реакциями на предыдущее введение вакцин;
- подготовку детей с аллергическими реакциями и с длительными медицинскими отводами к обсуждению на иммунологической комиссии
- оформление временных и постоянных медицинских отводов;
- контроль за состоянием привитых детей, учет необычных реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;
- профилактику и лечение поствакцинальных реакций и осложнений;
- наблюдение за инфекционными больными на дому, регистрация инфекционных заболеваний в санэпиднадзоре города, оформление госпитализации;
- взятие на учет и наблюдение за детьми, находившимися в контакте с больными в течение максимального инкубационного периода с проведением обследования на бактерионосительство и специфической профилактики (по показаниям);
- контроль за проведением текущей и заключительной дезинфекции;
- наблюдение за рекоквалесцентами инфекционных заболеваний, снятие с учета, мероприятия по реабилитации детей, перенесших инфекционные заболевания.

Среди многочисленных противоэпидемических мероприятий, способствующих снижению заболеваний, следует выделить активную профилактику, направленную на повышение невосприимчивости организма к инфекционным заболеваниям.

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. Прививки выполняются только в прививочном кабинете поликлиники (амбулатории) или в медицинском кабинете ДДУ, школы.

Любой прививке должен предшествовать сбор анамнеза о перенесенных накануне заболеваниях, реакциях на проведенные ранее прививки, аллергических реакциях на медикаменты и пищевые продукты, контактах с инфекционными больными. Для проведения прививки мать с ребенком приглашается в поликлинику

медицинской сестрой. Перед вакцинацией ребенок осматривается врачом (на ФАП – фельдшером) с проведением термометрии. Дети с аллергическими состояниями и хроническими заболеваниями должны быть осмотрены врачом.

После сбора анамнеза и осмотра в истории развития делается соответствующая запись, и дается письменное разрешение на прививку. После вакцинации ребенок наблюдается в поликлинике в течение 30-50 минут для контроля за возможными аллергическими реакциями. Данные о выполненной прививке фиксируются в истории развития медицинской сестрой, а так же в карте профилактических прививок (форма 063/у) и в журнале учета прививок.

На следующий день после прививки участковая медсестра должна посетить ребенка на дому для выявления осложнений вакцинации. При их выявлении отмечается характер (общие или местные), сроки появления. Плановая вакцинация может быть отложена из-за острых заболеваний или обострения хронических. В этих случаях в истории развития и карте профилактических прививок оформляется медицинский отвод. При нетяжелых ОРВИ, ОКИНЭ вакцинация проводится сразу же после нормализации температуры.

При обострении хронических заболеваний вакцинация производится после достижения полной или частичной ремиссии. Ребенка с хроническими заболеваниями перед вакцинацией желательно проконсультировать у соответствующего специалиста.

В ряде случаев прививки проводят в условиях стационара на фоне приема антигистаминных, противосудорожных или иных препаратов.

Необходимо учитывать также ряд противопоказаний к проведению прививок.

При наличии экстренных показаний для вакцинации (эпидемия, контакт с инфекционным больным) временные противопоказания к вакцинации игнорируются.

При нарушении сроков вакцинации допускается одновременное проведение нескольких вакцинаций отдельными шприцами в разные участки тела. Для проведения последующих прививок минимальный интервал между ними должны быть не менее четырех недель.

Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями. Случаи отказов от прививок письменно оформляются в медицинских документах с обязательными подписями, как родителей ребенка, так и медицинского работника.

Лечебная работа участкового врача-педиатра

Лечебная работа в ДП имеет свои особенности и подразделяется на:

- оказание медицинской помощи остро заболевшим детям на дому;
- долечивание детей-реконвалесцентов в ДП;
- лечение диспансерных больных.

Оказание медицинской неотложной помощи на дому — важная часть работы участкового педиатра; она составляет до 40% нагрузки.

Задание для самостоятельной работы:

- 1. Решите ситуационные задачи.**
- 2. Составьте эпикриз на ребенка в 1 год по схеме.**

Задача №1

Девочке 2 мес. Мать на приеме в поликлинике отмечает, что ребенок недавно стал «вздрагивать»: сон беспокойный, часто вскрикивает и просыпается. После сна на подушке остается «мокрое пятно», пот ребенка приобрел своеобразный кислый запах. Девочка осмотрена педиатром поликлиники: состояние ребенка расценено как удовлетворительное, не лихорадит, кожные покровы с небольшой опрелостью в паховой области, не гиперемированы. Неврологический статус — без особенностей. Тонус мышц конечностей не снижен, рефлексы в норме. На затылке - «облысение», края большого родничка податливы. ЧСС 132 в 1 мин, границы сердца не расширены, тоны сердца громкие, ясные. Дыхательная система – без изменений. Живот умеренно вздут, пальпируется край печени. Стул кашицеобразный 3 раза в день.

Девочка находится на грудном вскармливании, молока у матери достаточно. Мочится часто. Масса тела ребенка 4800 г. Из анамнеза известно, что девочка родилась от благополучно протекавшей беременности, здоровых родителей, масса тела при рождении 3300 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал благополучно. До настоящего времени не болела.

Вопросы: 1. Ваш клинический диагноз? 2. Какова схема обследования и лечения? 3. Диспансеризация на участке.

Задача №2

Осмотрена девочка 9 мес, из многодетной семьи, живущей в плохих материально-бытовых условиях, родилась недоношенной с массой тела 2100 г, длиной 44 см, от VII беременности, протекавшей с анемией и многоводием, роды наступили на 34 неделе после физической нагрузки. Закричала сразу после отсасывания слизи, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Выписана через 4 нед после лечения в отделении недоношенных по поводу пневмонии. После выписки из родильного дома питание девочки было неполноценным (манная каша). Прикормы вводились с нарушением сроков, мясного прикорма не получает. Детскую поликлинику мать посещает нерегулярно, прививки — с нарушением графика. При очередной вакцинации (АКДС) в процедурном кабинете девочка вскрикнула, после кратковременного апноэ посинела, затем побледнела, отмечалась мышечная гипотония. При объективном исследовании; температура тела 36,6°C, масса тела 7000 г, длина 63 см; кожа бледная, единичные синяки на конечностях; зев чистый, зубов нет.

Форма головы «квадратная», грудная клетка килевидная, живот «трехлопастный», выражены реберные «четки», гариссонова борозда, симптом

«складного ножа». Сидит неустойчиво, стоит с поддержкой. Поведение ребенка негативное, эмоциональный тонус снижен. Пульс 128 уд/мин ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина функционального характера. Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание пуэрильное. Частота дыхания 32 в 1 мин. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Диастаз прямых мышц живота. Стул регулярно 1 раз в день. Дизурических расстройств нет. Определяются симптомы Труссо, Люста, Хвостека.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какова неотложная помощь? 3. Предложите план обследования и лечения. 4. Диспансерное наблюдение на участке.

Задача №3

Девочка 10 мес. осмотрена участковым педиатром по поводу жалоб на бледность, снижение аппетита, вялость. Родилась доношенной (масса тела 3300 г, длина 49 см), от первой беременности, протекавшей с токсикозом, и срочных родов. С 3,5 мес. находилась на искусственном вскармливании, фруктовые и ягодные соки практически не получала, с 5 мес. вскармливается преимущественно кашами. Профилактика рахита не проводилась. Держать голову начала с 4 мес., сидеть с 9 мес., первые зубы прорезались в 8 мес., всего 4 зуба.

При осмотре: бледность, плаксивость, мышечная гипотония, живот увеличен в объеме, пупочное кольцо расширено, выступают лобные и затылочные бугры, при пальпации грудной клетки определяются реберные четки. Пульс 142 уд/мин., симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница сердечной тупости на уровне II ребра, правая – правая грудинная линия, левая – левая сосковая линия. Тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке нежный систолический шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., край ровный, гладкий. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 76 г/л, лейкоциты – $13,2 \cdot 10^9/л$, цветной показатель – 0,6, ретикулоциты – 2,8%, сегментоядерные – 29%, палочкоядерные – 2%, лимфоциты – 57%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? 2. Каковы возможные причины заболевания и факторы риска? 3. Предложите план дополнительного обследования. 4. Назначьте рациональное питание и медикаментозную терапию. 5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ДИСПАНСЕРНЫЙ ЭПИКРИЗ

Оформляется в 1 месяц (по окончании неонатального периода), в 1 год, затем ежегодно.

Отклонения в онтогенезе:

Генеалогический анамнез: изменения, индекс отягощенности, угроза риска для пробанда, реализация, дальнейший риск.

Социальный анамнез: группа риска в случае неблагополучия.

Биологический анамнез: сумма баллов перинатального риска, направленность, реализация риска, появление новых факторов, реализация риска, сведения за прошедший период, вскармливание, мероприятия по предупреждению реализации риска, вакцинация.

Резистентность: кратность заболеваний, индекс острой заболеваемости.

Физическое развитие: антропометрия, биологический возраст, половая формула.

Нервно-психическое развитие: психометрия. Для дошкольников - определение школьной зрелости (6-7 лет).

Функциональное состояние: поведение, эмоциональный статус, самочувствие, функциональное состояние органов и систем: ЧД, ЧСС, АД, стигмы и т. д. Интерпретация анализов и инструментальных исследований.

Заключения специалистов.

Заключение:

1. Уровень физического развития.
2. Уровень НПР.
3. Резистентность.
4. Диагноз.
5. Группа здоровья.

Рекомендации:

План дальнейшего наблюдения:

**Схема диспансерного наблюдения за здоровыми детьми
(Приказ Минздравсоцразвития РФ № 307 от 28 апреля 2007 г.)**

Возраст	Осмотры специалистами	Дополнительные методы обследования	Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учета
Новорожденный ребенок	Педиатр – на дому: <ul style="list-style-type: none"> • первые 3 дня после выписки из роддома; • в 20 дней; в поликлинике – в 1 месяц	По показаниям	Показатели физического и НПР. Данные клинического обследования. Группа здоровья
1 год	Педиатр – 1 раз в месяц (в поликлинике). Хирург-ортопед - в 1, 9, 12 мес; Офтальмолог – в 1 (+/-), 12 мес, невропатолог - в 1, 3, 6 (+/-), 12 мес, ЛОР - в 1 год, Стоматолог – в 9, 12 мес	Антропометрия – 1 раз в мес, анализ крови, анализ мочи – в 3 мес и 12 мес, аудиологический скрининг – в 1 мес; УЗИ тазобедренных суставов – в 1 мес, ЭКГ – в 1 год	Те же
2 года	Педиатр – 1 раз в квартал. Стоматолог	Антропометрия, анализ крови, анализ мочи, кал на я/глистов	Те же
3 года	Педиатр – 1 раз в полугодие. Хирург-ортопед, ЛОР, офтальмолог, стоматолог – в 3 года	Антропометрия, анализ крови, анализ мочи, кал на я/глистов	Те же

Занятие №8 по теме: «Диспансеризация подростков. Врачебно-военные комиссии. Формы организации работы с подростками в условиях детской поликлиники, подростковых центров и в поликлиниках для взрослых».

Мотивация темы: подростковый период характеризуется значительными гормональными перестройками в организме, особенностями нервно-вегетативных реакций, неустойчивостью эмоционального фона, обострением имеющихся хронических очагов инфекции, что может способствовать срыву адаптационных механизмов и отражаться на состоянии всех органов и систем. Поэтому наблюдение за состоянием здоровья в этом возрастном периоде является обязательным вопросом изучения для будущих участковых педиатров.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- содержание работы врача дошкольно-школьного отделения детской поликлиники;
- содержание работы врача-педиатра с подростками в поликлинике и на дому;
- основные группы здоровья детей;
- оценку физического и полового развития подростков;
- принципы организации и сроки проведения диспансерных осмотров подростков;
- принципы питания здоровых детей;
- принципы питания больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- методику проведения лечебной физкультуры, массажа и физиотерапевтических методов лечения у детей с различными заболеваниями;
- методику проведения закаливания детей;
- формы организации работы с подростками в условиях детской поликлиники
- задачи врачебно-военной комиссии;
- правила передачи подростков во взрослые поликлиники.

Студент 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;
- дать оценку полового развития подростка;
- определить физкультурную группу;
- 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 больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- 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) и историю болезни ребенка;
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - передачу подростков;

Содержание обучения:

1. Особенности работы врача-педиатра с подростками.
2. Позднее половое созревание и оценка половой зрелости.
3. Особенности диагностики и лечения острых и хронических заболеваний у подростков.
4. Социализация подростков.
5. Психосоматические нарушения.
6. Междисциплинарный подход к коррекции психосоматических нарушений, профилактика и лечение наркоманий, токсикоманий, алкоголизма. Психосоциальная адаптация подростков.
7. Врачебно-военные и другие комиссии.
8. Формы организации работы с подростками в условиях детской поликлиники, подростковых центров и в поликлиниках для взрослых

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

7. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
8. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.

9. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
11. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
12. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Фоновые заболевания детей раннего возраста Учебное пособие для студентов, Владикавказ, 2010.
13. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Железодефицитная анемия у детей. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2011.
14. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
15. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности органов и систем в подростковом возрасте.
2. Что такое «акселерация»?
3. Особенности физического развития в пубертатном возрасте.
4. Перечислите критерии оценки физического развития подростков.
5. Рациональное питание детей в подростковом возрасте.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Оценка половой зрелости подростков.
2. Сроки проведения и принципы организации диспансеризации подростков.
3. Формы организации работы с подростками в детской поликлинике.
4. Организация работы и задачи врачебно-военной комиссии.
5. Правила передачи подростков во взрослые поликлиники.

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

Блок информации

Целенаправленная работа по подготовке девушек к материнству и юношей к призыву в Вооруженные Силы начинается с 15-летнего возраста, т.е. с момента их передачи из детских лечебно-профилактических учреждений в учреждения для взрослых под наблюдение врача-терапевта подросткового. Отмечено, что подростковая медицинская служба получает в значительном проценте случаев подростков с той или иной хронической патологией, возникшей в детском возрасте. Кроме того, при проведении первичного углубленного осмотра подростков в поликлиниках для взрослых отмечается увеличение в несколько раз выявленной заболеваемости по сравнению с заболеваемостью, зарегистрированной в детских лечебно-профилактических учреждениях (8-10%). Необходимость своевременного выявления заболеваний в детском возрасте не вызывает сомнений. Рекомендуется врачам-педиатрам начинать заблаговременно, а не к моменту передачи юношей и девушек во взрослую медицинскую сеть, проводить лечебно-диагностическую и оздоровительную работу с мальчиками и девочками (особенно в период 11-14 лет). При этом следует уделить особое внимание детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, остроты зрения, функциональными заболеваниями ЦНС, заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и т.д. Передача подростков, достигших 15-летнего возраста, и медицинской документации на них из детских поликлиник в поликлиники для взрослых с целью обеспечения преемственности должна быть правильно организована и осуществлена. Приказом МЗ СССР N 387 от 10 апреля 1981 г. утверждена "Инструкция о передаче подростков из детских поликлиник в поликлиники для взрослых". В инструкции указывается, что передача подростков, достигших 15-летнего возраста, проводится по графику и в сроки, утвержденные главным врачом поликлиники для взрослых, согласованные с главным врачом детской поликлиники. Заранее в детской поликлинике составляются ежемесячные списки подростков, которым в течение предстоящего года исполнится 15 лет. На каждого из них к моменту достижения 15-летнего возраста составляется эпикриз, отражающий динамику физического и психического развития и их оценку, сведения о прививках и санациях полости рта, результаты диспансерного наблюдения, врачебные рекомендации. Подростки перед передачей их во взрослую сеть проходят комплексный профилактический осмотр с проведением необходимых диагностических исследований. Вся информация отражается в переводном эпикризе, который оформляется на каждого передаваемого подростка. Сюда же вносятся сведения о перенесенных заболеваниях. Передачу подростков следует проводить ежемесячно.

Для передачи подростков, достигших 15-летнего возраста, создается медицинская комиссия в составе председателя - главного врача городской поликлиники для взрослых; членов комиссии - врача-терапевта подросткового и врачей специалистов (хирурга, окулиста, невропатолога, ЛОР, психиатра)

городской поликлиники для взрослых, зав. педиатрическим отделением (врача-педиатра). Подростки, состоящие на диспансерном учете по поводу заболеваний, или имеющие какие-либо отклонения в состоянии здоровья, передаются комиссионно (очно) с участием врача-терапевта подросткового и врача-специалиста соответствующего профиля. Комиссия осматривает диспансерную группу больных подростков и оценивает полноту и качество оформления представленной медицинской документации: переводные эпикризы, учетные формы 112/У - индивидуальная карта развития ребенка, 063/У - карта профилактических прививок, 025-1/У - вкладной лист на подростка к индивидуальной карте амбулаторного больного. Здоровые подростки передаются также очно подростковому врачу-терапевту. Медицинская документация на подростков, имеющих патологию нетерапевтического профиля, передается врачу-специалисту поликлиники для взрослых по именному списку с указанием диагноза заболевания на момент передачи.

Для оценки эффективности проводимой работы детскими лечебно-профилактическими учреждениями по оздоровлению детей целесообразно пользоваться следующими критериями:

- полнота и своевременность передачи контингентов из детских лечебно-профилактических учреждений во взрослую сеть (в течение месяца со дня исполнения подросткам 15-летнего возраста);
- частота участия специалистов взрослой и детской поликлиник при передаче больных подростков во взрослую сеть;
- частота расхождения диагнозов детской и взрослой поликлиники, процент правильно оформленных медицинских документов, переданных из детской поликлиники во взрослую сеть (наличие эпикриза, листа уточненного диагноза, карты профилактических прививок).

С момента приема подростков-юношей под наблюдение в поликлиники для взрослых весь комплекс лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий среди допризывников и призывников в возрасте от 15 до 18 лет, а также получивших отсрочки по болезни организует и проводит врач-терапевт подростковый. Он непосредственно осуществляет диспансерное наблюдение больных подростков с заболеваниями внутренних органов и контролирует диспансеризацию, проводимую специалистами другого профиля. Диспансеризация - это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, в том числе и лиц подросткового возраста. Охвату диспансеризацией подлежат все подростки. Она включает: взятие на медицинский учет всех лиц подросткового возраста;

- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью активного раннего выявления заболеваний, отклонений в физическом и психическом развитии подростков, а также факторов повышенного риска развития заболеваний;

- проведение нуждающимся подросткам комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации с учетом их пола, возраста и состояния здоровья.

Первым программным документом по диспансеризации было методическое письмо Минздрава СССР (28.01.54 г.) "О применении диспансерного метода обслуживания населения в городских больницах и медико-санитарных частях". В этом письме были даны конкретные рекомендации по наблюдению за больными, страдающими основными внутренними заболеваниями, определены контингента, подлежащие диспансерному учету, сроки контрольных обследований при различных заболеваниях и т.д. Это методическое письмо явилось для практических врачей руководством по диспансеризации и создало единую систему. Был разработан и внедрен приказ МЗ СССР N 770 от 30.05.1986 г., который представляет синтез директивных и методических материалов по обеспечению всеобщей диспансеризации населения. В практике врача-терапевта подросткового диспансеризация является основным методом работы, а охвату диспансеризацией подлежат все прикрепленные к данному кабинету подростки (как больные, так и здоровые), т.е. особенностью диспансеризации подростков на современном этапе является то, что она всеобщая.

Одной из основных целей диспансеризации подростков в настоящее время является медицинская подготовка юношей к службе в ВС, а девушек - к здоровому материнству и трудовой деятельности.

Организация диспансеризации предусматривает три этапа:

I этап - регистрирующий. Он включает отбор контингентов на "Д" учет и их группировку и начинается при достижении 15-летнего возраста с момента передачи подростков из детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в поликлиники для взрослых, т.е. непосредственно в подростковый кабинет. Успех во многом зависит от правильной организации и соблюдения порядка передачи.

II этап - исполнения. Он состоит в проведении диспансерного наблюдения в соответствии с разработанным планом. В процессе II этапа проводятся: оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия и контрольные обследования за состоянием здоровья подростков; мероприятия, направленные на оздоровление условий труда и быта подростков; совершенствование организации их питания и физического воспитания; пропаганда среди подростков знаний о гигиене. В I и II этапах заключается основное содержание диспансеризации.

III этап - оценка эффективности и качества диспансеризации. Задачами первого этапа диспансеризации являются:

1. Своевременное и полное выявление больных с заболеваниями, требующими обязательного динамического наблюдения и профилактического лечения, т.е. выявление больных в начальных стадиях заболевания, когда они предъявляют еще

мало жалоб, а течение болезни можно прервать или замедлить. 2. Доведение до 100% своевременного взятия выявленных больных под диспансерное наблюдение.

Первый этап состоит из трех основных моментов:

- 1) комплексного обследования и оценки состояния здоровья подростка;
- 2) определения группы диспансерного ("Д") наблюдения и составления плана "Д" - наблюдения;
- 3) оформление медицинской документации.

В практике врача-терапевта подросткового существует несколько источников выявления отклонений в здоровье наблюдающихся ими подростков:

- 1) профилактические медицинские осмотры (периодические и предварительные);
- 2) амбулаторный прием обратившихся к врачу подростков;
- 3) стационарное лечение;
- 4) санаторно-курортное лечение;
- 5) направление из РВК.

В диспансеризации подростков при отборе контингентов больных должен преобладать активный путь, поскольку он позволяет выявлять больных в ранних стадиях заболевания и своевременно дает возможность проводить оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия. Например, периодические осмотры, которые проводятся не реже 1 раза в год бригадой специалистов (терапевтом, хирургом, окулистом, ЛОР-врачом, стоматологом, гинекологом и урологом, психиатром по показаниям). Период диспансерного наблюдения подростков составляет 3 года (с 15 до 17 лет включительно) и предусматривает для каждой возрастной группы три периодических медицинских осмотра (ПМО), лица старше 18 лет находятся под наблюдением участкового врача-терапевта. Первый ПМО проводится всем подросткам в 15-летнем возрасте, передаваемым из детских ДНУ в поликлиники для взрослых. Второй ПМО девушек и всех юношей проводится в возрасте 16 лет в сентябре-декабре месяцах, перед припиской. Третий ПМО проводится среди юношей в возрасте 17 лет в сентябре перед весенним призывом и в мае-июне следующего года перед осенним призывом, девушки его проходят в течение года.

Передача подростков осуществляется согласно приказу районного отдела здравоохранения совместно с врачами-специалистами детских поликлиник, подростковыми + врачами-терапевтами и врачами специалистами, участвующими в медицинском освидетельствовании призывников. Если комиссия найдет неудовлетворительным состояние обследования, лечения и оформления медицинских документов, то она имеет право потребовать в назначенный срок выполнения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и приведение в порядок медицинских документов.

Предварительные профилактические медицинские осмотры проводятся при поступлении в учебные заведения или на производство. Они позволяют дать врачебно-профессиональное консультативное заключение о возможности учебы или

работы по избранной специальности с учетом состояния здоровья. На всех призывников, признанных при первоначальной постановке на воинский учет (приписке) нуждающимися в лечении или врачебном наблюдении, врачи-специалисты, участвующие в медосвидетельствовании призывников, составляют списки в трех экземплярах и передают органам здравоохранения. В список N 1 включаются лица, нуждающиеся в лечении по поводу заболеваний, которые обуславливают временную негодность к военной службе, но к призыву могут быть вылечены до степени годности, и лица, которые для установления диагноза нуждаются в продолжительном обследовании и наблюдении, т.е. они нуждаются в лечении. В список N 2 вносятся лица с заболеваниями, которые не препятствуют несению военной службы, но требуют лечения и медицинского наблюдения, и в отношении таких призывников одновременно выносятся два решения: о годности к военной службе и о нуждаемости в лечении по списку N 2. Комплексное обследование проводится подросткам-школьникам, студентам, учащимся ПТУ и техникумов, а также работающим подросткам. Комплексное обследование включает: общий анализ крови и мочи, группу крови, анализ кала на яйца глистов; крупнокадровую флюорографию, измерение артериального давления и пульса, измерение роста и массы тела (оценку физического развития подростка); пневмотахометрию (спирографию); консультацию стоматолога, окулиста (глазное дно, цветоощущение, острота зрения), невропатолога, оториноларинголога, хирурга; осмотр терапевта, психиатра, уролога и гинеколога (по показаниям). Далее врачом-терапевтом подростковым дается комплексная оценка состояния здоровья подростка по результатам заключения специалистов, данных лабораторного и инструментального обследования, с учетом физического и полового развития.

Оценка состояния здоровья - это заключение об отсутствии заболевания или о наличии его. При выявлении патологии должен быть сформулирован диагноз в соответствии с требованиями международной классификации болезней, с позиции нозологической принадлежности и интранозологическими характеристиками (указанием характера течения заболевания и его степени активности, частоты обострений, имеющихся осложнений и обязательной функциональной оценкой системы, в которой выявлен патологический процесс). В зависимости от этих характеристик даже при одной и той же нозологической форме будут разными подходы как по частоте осмотра, объему проводимых лабораторно-инструментальных обследований, так и лечебно-оздоровительных мероприятий. Например, они будут различными при легком и среднетяжелом течении НЦЦ. Группировка диспансерных контингентов. Рекомендуется выделять три группы, однородных по состоянию здоровья.

1 группа - здоровые лица. Это подростки, не предъявляющие жалоб к своему состоянию здоровья, у которых современными методами обследования не выявляются отклонения от нормы.

II группа - практически здоровые. Это лица, перенесшие острые заболевания (ангину, пневмонию и т.д.) или имеющие хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, подростки не имеющие обострений в течение нескольких лет, полностью сохраняющие трудоспособность. В эту группу также входят подростки с пограничными состояниями: нарушения ритма сердца функционального генеза (синусовая тахикардия, синус брадикардия, единичная экстрасистолия, НАГ); лица с малым сердцем; частыми ОРЗ в анамнезе; дизентерией и гепатитом в анамнезе, дисбактериозом, доброкачественной протеинурией; нарушением менструального цикла у девушек, увеличением щитовидной железы I-II ст. без признаков нарушения ее функции; аллергическими кожными реакциями (пищевая и лекарственная); искривление носовой перегородки без нарушения дыхания.

III группа: а) больные подростки с компенсированным течением заболевания; лица, имеющие хронические заболевания, обостряющиеся 1-2 раза в год; с непродолжительными потерями трудоспособности; б) больные с субкомпенсированным течением заболевания, лица, имеющие хронические заболевания с частыми и длительными обострениями и продолжительными потерями трудоспособности; в) больные с декомпенсированным течением заболевания; лица с необратимыми патологическими изменениями, постоянно нетрудоспособные (инвалиды II группы), стойкая утрата трудоспособности. Выделение из общего числа диспансеризуемых однородных по состоянию здоровья и активности патологического процесса групп позволяет выработать для них единый план мероприятий лечебного, профилактического и оздоровительного характера и определить частоту контрольных обследований. Практически группировка диспансеризуемых выражается в формировании картотеки "Контрольных карт диспансерного наблюдения (ф. 030/у), заполненных на каждого больного и здорового подростка, взятого на "Д"-учет. Группировка диспансерных контингентов создает благоприятные условия для работы не только врачу, но и проверяющему эту работу заведующему отделением. Врач в порядке повседневной работы совместно с сестрой просматривает картотеку, вызывая на прием тех подростков, которым надлежит пройти очередное обследование. Правильное ведение картотеки является фактором, дисциплинирующим работу врача, организующим его клиническую деятельность и контролирующим правильное диспансерное наблюдение.

I группа (здоровые) нуждается в проведении общеукрепляющих оздоровительных мероприятий. Контроль за состоянием здоровья - в среднем 1 раз в год (комплексный профилактический осмотр).

Диспансерное наблюдение за I группой (практически здоровые) осуществляется по методическим рекомендациям и директивным документам в зависимости от нозологической формы.

II группа (практически здоровые) является самой многочисленной, неоднородной и динамичной. Для проведения планомерного диспансерного

наблюдения за подростками этой группы целесообразно разделить ее на три подгруппы.

А - практически здоровые подростки с врожденными и приобретенными аномалиями (сколиоз, плоскостопие, кифосколиоз, искривление носовой перегородки, аномалии развития бронхов и сосудов, пролапс митрального клапана и т.д.), а также имеющие хронические заболевания в стадии стойкой компенсации (хронический ринит, гайморит, конъюнктивит, дерматиты, поллиноз, лекарственная и пищевая аллергия, туберкулез после снятия с учета, первичная эмфизема легких, муковисцидоз и т.д.);

Б - реконвалесценты после ОРВИ, гриппа, острой пневмонии, бронхита, пиелонефрита, гломерулонефрита, гепатита, протекавших благоприятно и закончившихся выздоровлением;

В - реконвалесценты после перенесенных, перечисленных выше острых и затянувшихся заболеваний, протекавших с осложнениями. Оздоровление подростков II гр. Б и В является реальным резервом трудовых ресурсов и Вооруженных сил.

III А группа - больные подростки с компенсированным течением болезни, которым следует проводить курсы медикаментозной профилактики. Контрольные обследования - 2 раза в год. Обострения болезни 1-2 раза в год.

III Б группа - больные с суб- или декомпенсированным течением заболевания, немногочисленная, но очень тяжелая по составу, требует тщательного наблюдения и своевременного проведения лечебных и оздоровительных мероприятий. Эта группа особого наблюдения и контроля. Надо очень внимательно следить за правильным трудоустройством, проведением противорецидивных курсов медикаментозной терапии, своевременной госпитализацией, санаторно-курортным лечением и т.д. Контрольные осмотры больных - 4 раза в год.

Подростковому врачу-терапевту следует учитывать, что в процессе наблюдения за подростками и осуществления плана лечебно-оздоровительных мероприятий возможна перегруппировка контингентов наблюдения. Так, лица, перенесшие за время наблюдения острую пневмонию, закончившуюся выздоровлением, должны в течение ближайших 6 мес. наблюдаться во II группе учета и лишь при отсутствии признаков хронизации процесса переводятся в I группу.

Успех проведения второго этапа диспансеризации зависит не только от медицинских работников, но и от отношения к ней самих подростков. Поэтому чрезвычайную важность приобретают проведение санитарно-просветительной работы с диспансеризуемыми, повышение их санитарной грамотности,

пропаганда здорового образа жизни.

Необходимо проведение оздоровительных мероприятий, направленных на улучшение условий среды, труда и быта. Эта задача требует комплексного решения государственными, общественными и медицинскими организациями. Также

комплексно решаются и вопросы личной профилактики и трудоустройства, санаторно-курортного лечения и т.д.

Третий этап диспансеризации составляет анализ качества и эффективности диспансеризации.

Качество организации первого этапа диспансеризации характеризуется следующими показателями:

1. полнота охвата диспансерным учетом;
2. своевременность выявления заболеваний;
3. своевременность взятия на "Д"-учет.

Полнота охвата диспансерным учетом оценивается по формуле:

$$\frac{\text{Число подростков, состоящих на «Д»-учете в течение года}}{\text{Общее число подростков участка}} \times 100\%$$

В число подростков, состоящих на "Д"-учете, входят состоявшие на "Д"-учете на начало года плюс вновь взятые на учет, минус ни разу не явившиеся. Показатель должен стремиться к 100%.

Своевременность выявления заболеваний:

$$\frac{\text{Число больных, выявленных в ранних стадиях заболевания}}{\text{Общее число больных, выявленных в этом году}} \times 100\%$$

Показатель отражает общий уровень диагностики в данном ЛПУ и также должен стремиться к 100%.

По окончании года наблюдения составляют эпикриз, в котором указывают динамику заболевания в текущем году, характер и объем проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий, оценивают эффективность диспансеризации.

Показателями качества второго этапа являются:

1. соблюдение сроков осмотров;
2. полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Соблюдение сроков осмотров:

$$\frac{\text{Число подростков, у которых выдержаны сроки осмотров}}{\text{Общее число подростков, состоящих на "Д"-учете}} \times 100\%$$

Сроки осмотров считаются выдержанными, если больной явился не позднее чем через 1 мес. после вызова.

Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий:

Число больных, которым проведено данное мероприятие

----- x 100%

Общее число больных, нуждающихся в этом мероприятии

Показатель рассчитывают по виду мероприятий (стационарное лечение, трудоустройство и т.д.).

Так как целью диспансеризации является сохранение и укрепление здоровья диспансеризуемых, то об эффективности диспансеризации можно судить по показателям, характеризующим сдвиги в состоянии здоровья подростков. Критерии изменения в состоянии здоровья будут различны для здоровых и больных. Критериями эффективности диспансеризации в группе здоровых будут отсутствие заболеваний, сохранение здоровья (т.е. отсутствие перевода в группу больных) и улучшение физического развития.

В группе практически здоровых, критериями эффективности диспансеризации реконвалесцентов, перенесших острые заболевания, служит полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критериями эффективности диспансеризации больных хроническими заболеваниями являются:

- 1) наличие или отсутствие обострений заболевания;
- 2) временная утрата трудоспособности (в случаях и днях);
- 3) вывод о состоянии здоровья: улучшение, ухудшение, без перемен.

Обострение заболевания является абсолютным показателем, объективно характеризующим состояние здоровья диспансеризуемого. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности является отраженным показателем, который рассчитывается на основании числа обострений. Вывод об эффективности диспансеризации (улучшение, ухудшение, без перемен) делается на основании анализа показателей в динамике.

Кроме того, независимо от того, у какого специалиста подросток находится на диспансерном учете, врач-терапевт подростковый обязан знать о состоянии его здоровья и поддерживать тесную связь с соответствующим специалистом.

К необходимому условию повышения эффективности диспансеризации подростков относится: преемственность на всех ее этапах, четкое взаимодействие органов здравоохранения, военных комиссариатов, администрации учебных заведений, а также личная ответственность руководителей ЛПУ и главных специалистов за организационно-методическое руководство и осуществление оздоровления подростков и призывников.

Задание для самостоятельной работы: решите ситуационные задачи я тестового контроля.

Задача №1

Мадина А., 13 лет. Половая формула: $Ma_1 Ax_0 P_1 Me$ –

Задание: Дайте оценку полового развития девочки.

Задача №2

Артур Д., 12 лет. Половая формула: $Ax_2 P_1 V_2 L_1$

Задание: Дайте оценку полового развития.

Задача №3

Олег И., 15 лет. Генеалогический и социальный анамнезы без отягощения. Наблюдался во 2 группе здоровья. До 2-х лет состоял на «Д» учете у невропатолога с диагнозом: перинатальная энцефалопатия смешанного генеза. Снят с учета по выздоровлению. За время наблюдения до 3-х лет наблюдались ОРВИ 1-2 раза в год. В 3 года перенес острую пневмонию, получал лечение амбулаторно. В 5 лет – ветряная оспа, в 6 – скарлатина. Привит по возрасту. Занимается теннисом с 7 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. По органам и системам патологии не выявлено.

Данные антропометрии: Масса – 53 кг, рост – 174 см, окр. гр. – 80,5 см, окр. гол. – 55 см. Половая формула: $Ax_3 P_2 V_2 L_2$

Нервно-психическое развитие – без отклонений.

Задание: 1. Дайте заключение о физическом и половом развитии подростка.

2. Определите группу здоровья. 3. Дайте рекомендации по режиму, физкультурной группе.

Занятие №9 по теме: "Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения детской поликлиники".

Мотивация темы: наблюдение за состоянием здоровья ребенка, его формированием и развитием осуществляется не только врачами на участке, но и непосредственно в детских коллективах. В соответствии с этим в программу подготовки студентов-педиатров входит изучение структуры, задач, основной документации дошкольно-школьного отделения детской поликлиники, функциональных обязанностей педиатра и медицинской сестры ДУ в обеспечении лечебно-профилактической помощи организованным детям.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- Организацию, штаты дошкольно-школьного отделения детской поликлиники;
- основные задачи и направления деятельности ДШО;

- основные показатели, характеризующие работу отделения;
- организацию, принципы работы и задачи педиатра, работающего в детских коллективах;
- профессионально-должностные требования медицинской сестры ДШО;
- основную учетную медицинскую документацию ДШО и правила ее оформления;
- организацию и оборудование медицинского кабинета в детских организованных коллективах;
- принципы организации диспансеризации организованных детей;
- особенности организации работы с подростками;

Студент должен уметь:

- анализировать данные учетно-отчетной документации;
- собирать и оценивать анамнестические данные;
- осуществлять профилактическую работу, направленную на воспитание здорового ребенка;
- своевременно поставить диагноз;
- провести антропометрическое исследование и оценить физическое развитие ребенка;
- дать оценку нервно-психического развития ребенка;
- определить комплексную оценку состояния здоровья;
- организовать противоэпидемическую работу в очаге инфекционного заболевания;
- дать санитарно-гигиеническую оценку состояния основных помещений детских учреждений;
- определить физкультурную группу детей разного возраста и групп здоровья;
- определить степень готовности детей к поступлению в школу;
- произвести расчет и коррекцию питания детей дошкольно-школьного возраста, составить примерное меню на день;
- оформлять основную медицинскую документацию;
- оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе;
- проводить санитарно-просветительную работу в организованных коллективах;

Содержание обучения:

1. Дошкольно-школьное отделение детской поликлиники (организация, штаты, задачи, основные направления деятельности).
2. Профессионально-должностные требования врача и медицинской сестры ДШО.
3. Типы дошкольных детских учреждений.
4. Дифференцированная подготовка детей к поступлению в ДДУ.

5. Противоэпидемическая работа врача ДДУ.
6. Медицинское обслуживание детей в домах ребенка и детских домах.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
4. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
5. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
6. Приказ № 69 МЗ РФ 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
7. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности органов и систем в возрастном аспекте.
2. Физическое развитие детей.
3. Нервно-психическое развитие детей.
4. Особенности питания детей разных возрастных групп.
5. Критерии оценки биологического возраста ребенка.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Организация работы дошкольно-школьного отделения (ДШО) детской поликлиники.
2. Основные направления деятельности ДШО.
3. Профессионально-должностные требования врача и медицинской сестры ДШО.
4. Перечислите основные типы дошкольных детских учреждений.

5. Какие основные гигиенические требования предъявляются к ДДУ?
6. Как осуществляется организация и проведение плановых медицинских осмотров?
7. Расскажите о противоэпидемической работе врача ДДУ.
8. Как организуется медицинское обслуживание детей в домах ребенка и детских домах?
9. Как осуществляется подготовка детей к поступлению в детские организованные коллективы?
10. Какая медицинская документация ведется в детских учреждениях?

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

Блок информации.

ДОШКОЛЬНО-ШКОЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.

Медицинское обеспечение учащихся и воспитанников образовательных учреждений согласно приказу МЗ РФ № 319 от 28.04.06 г. возложено на дошкольно-школьное отделение детской поликлиники. Это отделение работает в тесном контакте со всеми остальными подразделениями детской поликлиники, а также с подростковой службой (подростковые кабинеты при поликлиниках для взрослых), с районным лечебно-физкультурным диспансером, отделом гигиены детей и подростков санитарно-эпидемических станций, Центрами здоровья, городским военкоматом 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.

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.

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.

Перечень медицинской документации в школе

1. Лицензия на оказание медицинских услуг (обновляется ежегодно).
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 № 02б/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 № 02б/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 № 0380/у).

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ШКОЛЕ

Снижение стоматологической заболеваемости возможно путем совместной работы систем здравоохранения, образования и общественного питания. Для осуществления плановых профилактических, а также лечебных мероприятий в организованных детских коллективах детская стоматологическая поликлиника использует помещения, предоставляемые для этих целей в указанных организациях, а также стоматологические кабинеты в школах с числом учащихся 800 и более.

Школьный стоматологический кабинет является первичным звеном, функционирование которого дает возможность регулярно проводить диагностику, профилактику и при необходимости — лечение стоматологических заболеваний. Преимуществами оказания лечебно-профилактической помощи в таких условиях являются возможность длительного диспансерного наблюдения за школьниками разного возраста и методического обеспечения их рационального питания, а также взаимодействие школьного врача-стоматолога с педагогическим коллективом и родителями.

Врач-стоматолог в школе организует:

- регулярный мониторинг стоматологической заболеваемости (профилактические осмотры полости рта — 2 раза в год);
- стоматологическое просвещение детей и педагогов: обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта, рекомендации по рациональному питанию, разъяснение факторов риска и причин возникновения стоматологических заболеваний и основных методов их профилактики;
- лечение кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта по показаниям;
- направление детей, нуждающихся в оказании других видов стоматологической помощи (хирургической, ортодонтической), в стоматологическую поликлинику.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

Основной формой профилактической работы врачей-педиатров являются осмотры детей. Этот вид медицинских услуг направлен на выявление факторов риска, отклонений от нормы в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных действий.

Виды профилактических медицинских осмотров:

- индивидуальное профилактическое консультирование: осмотр по обращаемости, обследование перед посещением спортивной секции, бассейна;
- групповое профилактическое консультирование: гигиеническое обучение и воспитание в «Школах пациентов» — для больных лиц, в «Школах здоровья» — для лиц с факторами риска;
- организованные профилактические медицинские осмотры (диспансеризация) для выявления ранних форм заболеваний и факторов риска и принятие оздоровительных мер;
- диспансерное динамическое наблюдение и оздоровление;
- профилактические оздоровительные услуги: занятия различными видами физической культуры, санаторно-курортное оздоровление, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.

Диспансеризация как метод медицинского обслуживания населения представляет собой активное организованное наблюдение за состоянием здоровья и проведение профилактики заболеваний. Профилактические осмотры детей и подростков осуществляются в соответствии с приказами МЗ РФ: № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров»; № 154 от 05.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»; № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»; № 487 от 29.07.2005 г. «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Основное назначение профилактических осмотров — выявление детей с функциональными отклонениями разных физиологических систем, коррекция этих отклонений и продолжение наблюдения. Таких пациентов из группы риска обследуют повторно во избежание прогрессирования функциональных нарушений и формирования болезни.

Другая цель — обеспечение детям с хронической патологией, имеющим III группу здоровья, систематического (не реже 2-х раз в год) диспансерного наблюдения, качественного обследования и лечения для предотвращения обострений и осложнений заболевания.

Важным результатом профилактических осмотров является вычленение группы школьников, не имеющих противопоказаний к вакцинации.

Углубленные профилактические медицинские осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, организуют врачи и средний медицинский персонал, прикрепленный к данному учреждению, а также администрация этого учреждения.

Форма проведения выбирается администрацией поликлиники и школы. При этом соблюдается право родителей присутствовать при осмотре ребенка. Директор, педагоги и родительский комитет школы помогают врачу в проведении диспансеризации. Совместно составляется график медицинского осмотра каждого класса. О дате классный руководитель заранее сообщает учащимся и их родителям. На основе результатов этих осмотров педагоги совместно с врачом намечают и осуществляют индивидуальный режим для учащихся с нарушениями здоровья.

По рекомендациям врача учитель физической культуры определяет степень физической нагрузки. Преподаватель трудового обучения также может индивидуально дозировать нагрузку. Классный руководитель получает информацию о посадочном месте этого ребенка в классе.

Повышение роли профессиональной ориентации направлено на активизацию адаптационных возможностей индивида не только в сфере труда, но и в широком социальном контексте его жизни. Выбор профессии — очень ответственный шаг, выбор учреждения для дальнейшего обучения этой профессии — один из первых серьезных выборов выпускника школы. Поэтому подросток должен быть осведомлен об особенностях состояния своего здоровья и специфике будущей профессиональной деятельности. Всем учащимся перед началом профильного обучения необходимо пройти медицинское освидетельствование, чтобы получить подготовку в отраслях науки и производства, соответствующих состоянию их здоровья. Некоторые подростки начинают трудовую деятельность еще в школе, в свободное от уроков время. Длительность рабочего дня для них зависит от характера и условий работы. Условия внешней среды на производстве, установленные для взрослых, не всегда приемлемы для подростков, они значительно хуже переносят шум, охлаждение, перегревание и другие воздействия. Поэтому необходимо заботиться о соответствующих гигиенических условиях, чистоте, правильном освещении рабочих мест.

Индивидуальное заключение о состоянии здоровья ребенка по результатам комплексного профилактического осмотра оформляет педиатр образовательного учреждения (или педиатр, ответственный за профилактический осмотр) по следующему алгоритму:

I. Оценка здоровья: оценка физического развития; оценка полового развития; оценка нервно-психического развития; диагноз (при наличии дефиниций болезни, по МКБ-10); комплексная оценка состояния здоровья (определение группы здоровья); определение медицинской группы физического воспитания.

II. Рекомендации: режим; питание; виды закаливания, допуск к занятиям спортом; задачи воспитания и обучения; допуск к трудовому обучению; заключение о возможности выполнения профилактических прививок; лечебно-оздоровительные мероприятия; порядок и кратность наблюдения педиатром и

врачами-специалистами; рекомендации по медико-психолого-педагогическому взаимодействию в организованном коллективе;
рекомендации семье ребенка.

Выводы, сделанные в соответствии с приведенным алгоритмом, заносят в форму № 026/У. В графе педиатрического осмотра наряду с антропометрическими сведениями указывается частота сердечных сокращений за 1 мин и результаты трехкратного измерения АД (с точностью до 2 мм рт.ст.). Каждый участвующий в медицинском осмотре специалист фиксирует результаты осмотра, диагноз (в соответствии с МКБ-10) или заключение «здоров». Результаты исследования крови, мочи, кала и флюорографии заносят в карту и учитывают при установлении диагноза, назначении коррекционных, лечебных, реабилитационных мер.

В строку «Заключительный диагноз» врач-педиатр вписывает полный клинический диагноз, учитывающий результаты осмотра врачей всех специальностей. Интегральные показатели (физическое и нервно-психическое развитие, физическая подготовленность, отнесение к группе здоровья, медицинской группе для занятий физкультурой) оценивают в соответствии с нормативными документами и центильными шкалами.

«Медико-педагогическое заключение» выносится совместно педиатром и педагогом на основании анализа динамики состояния здоровья в ходе обучения, но в медицинскую карту данные вносит только педиатр. В строку «Рекомендации» вписываются предложения по оздоровлению и реабилитации ребенка, коррекции нарушений здоровья, советы о переводе ребенка в образовательные учреждения других типов, о возможности обучения в учреждениях с повышенным содержанием образования.

В графу «Вид спорта» заносится спортивная или танцевальная секция, где желает заниматься ребенок. В графе «Рекомендации» содержится информация о возможности занятий данным видом спорта при имеющихся у него нарушениях здоровья и развития. В отсутствие отклонений, препятствующих спортивным занятиям, делается запись «Не противопоказано». При наличии противопоказаний или ограничений делается соответствующая отметка и даются рекомендации о видах спорта, не противопоказанных или рекомендованных при имеющихся нарушениях здоровья. В графе «Рекомендации» фиксируются необходимые действия для повышения уровня здоровья, адаптационных и функциональных возможностей юношей.

Этот этап работы позволяет оптимизировать электронная система «Москва», значительно уменьшая расход времени и трудозатрат врача. Представление данных в виде графиков и индексов дает возможность объективно оценить результаты диспансеризации. Благодаря интегральной оценке, проводимой этой программой, и отображающейся в виде количественных характеристик, врач может учесть тяжесть состояния пациента и риск заболеваемости, определить груз конституциональных проблем, активность саногенетических и патогенетических систем. Такая

информация позволяет пользователю программы оценить степень компенсированности состояния обследованного.

Отчет о профилактических осмотрах

С 2000 г. действует отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения «Отчет о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» (форма № 31). Результаты профилактических осмотров с указанием числа обследованных, находящихся на диспансерном учете, и данных о заболеваемости передаются в Бюро медицинской статистики.

Показатели физического развития (по половозрастным группам) также подвергаются статистическому учету по следующим параметрам: рост, масса тела, динамометрия обеих кистей рук, жизненная емкость легких, окружность грудной клетки в покое, весо-ростовой индекс, время задержки дыхания, артериальное давление, число детей с низким, высоким и средним уровнем физического развития.

Совокупные сведения позволяют оценить уровень здравоохранения и динамику состояния здоровья детского населения Российской Федерации.

Занятие по теме №10: *«Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в дошкольное учреждение в период адаптации, контроль за состоянием здоровья дошкольников в ДДУ. Медицинское обслуживание детей в домах ребенка и детских домах».*

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.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент 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.

Студент 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

Содержание обучения:

1. Дифференцированная подготовка детей к поступлению в ДДУ. Выделение детей группы риска по степени готовности к ДДУ и проведение их реабилитации.
2. Оздоровление детей с отклонениями в состоянии здоровья в период подготовки к ДДУ и период адаптации. Врачебный контроль периода адаптации.
3. Организация и проведение плановых профилактических осмотров. Роль скрининг-обследования. Распределение по группам здоровья. Комплексная оценка здоровья детей в условиях детского коллектива.
4. "Часто болеющий ребенок". Индекс кратности острой заболеваемости.
5. Противоэпидемическая работа, методы диспансеризации. Карантинные мероприятия и специфическая профилактика.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
6. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Фоновые заболевания детей раннего возраста Учебное пособие для студентов, Владикавказ, 2010.

7. Калоева З.Д., Каряева С.К., Дзилихова К.М., и др. Железодефицитная анемия у детей. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2011.
8. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
9. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

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?

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • перекличка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

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

Медицинское обеспечение обучающихся, воспитанников в ДООУ 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 выражением туберкулиновых проб, 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 не 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 ДООУ 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:

I 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 ДОО 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;
- бациллоносительство (кишечные инфекции, дифтерия);
- все заразные и паразитарные заболевания глаз, кожи в период лечения и контроля наблюдения;
- злокачественная анемия, лейкемия, 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 ДОО 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-х

кратно). 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 О26/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 ДООУ 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 ДООУ 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 ДООУ 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 ДООУ 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 ДООУ 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 ДООУ.

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 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 возрасту 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 различных 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 ДОО дети допускаются в группу только после осмотра врача ДОО и на основании документов, выданных участковым врачом.

8. При обнаружении в ДОУ 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 ДОУ.

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 ДОУ 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 ДОУ, 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.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые задания по теме.
2. Осмотрите ребенка, оформляющегося в детский сад, составьте прогноз адаптации.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Ребенка 2 лет мать собирается оформить в детские ясли.

Какие специалисты должны осмотреть ребенка, и какой объем исследований необходимо ему провести?

Задача №2

Из 52 неорганизованных детей на участке в истекшем году прошли диспансеризацию 48. У 5 детей впервые выявлено плоскостопие, у 7 – гипертрофия небных миндалин.

Вычислите показатели диспансеризации.

Задача №3

В школе проводится диспансеризация учащихся 8 классов. Какие мероприятия осуществляются мед. персоналом школы при этом?

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

1. Участковый педиатр осуществляет мероприятия по диспансеризации здоровых детей:

- а) всем детям на участке
- б) неорганизованным детям
- в) всем детям до 7 лет
- г) перед поступлением в дет.сад или школу

2. Стоматолог осматривает детей:

- а) ежегодно
- б) 1 раз в 2 года
- в) перед поступлением в дет.сад и школу
- г) при необходимости

3. Невропатолог проводит осмотр детей:

- а) ежегодно
- б) на 1-м году, перед школой и перед передачей во взрослую поликлинику
- в) 1 раз в 2 года
- г) по показаниям

4. Оториноларинголог осматривает детей:

- а) 1 раз в 2года
- б) ежегодно
- в) на 1-м году жизни, в 3 года, 5 лет, перед поступлением в школу, в III VI и VIII классах
- г) в 1 год, 4 года и 6 лет.

5. Врач-ревматолог осматривает детей на всех участках:

- а) перед поступлением в дет. дошкольно-школьные учреждения
- б) 1 раз в 2 года
- в) ежегодно
- г) по показаниям

6. Хирург (ортопед) проводит осмотр детей:

- а) ежегодно
- б) в 1 год, 3 года, 5 лет, 7 лет и в 8 классе
- в) на 1-м году 2 раза, в 3, 5, 6-7 лет, в III, VI и VIII классах
- г) по показаниям

7. Анализ ночи проводится детям:

- а) 1 раз в 2года
- б) 1 раз в год
- в) перед поступлением в детский сад и школу
- г) по показаниям

8. Анализ крови проводится детям:

- а) ежегодно
- б) 1 раз в 6 мес.
- в) перед поступлением в детский сад и школу
- г) 1 раз в 2 года

9. Исследование кала на яйца глистов проводится:

- а) 1 раз в 2 года
- б) 1 раз в год
- в) только перед поступлением в детский сад
- г) по показаниям

10. Обязательное измерение АД проводится:

- а) ежегодно всем детям с 2 лет
- б) по показаниям
- в) с 7 летнего возраста
- г) с 10 летнего возраста

11. Флюорография проводится детям:

- а) с 7 лет ежегодно
- б) с 13 лет
- в) с 15 лет
- г) не проводится вообще

12. К отчетно-учетной документации по диспансеризации относятся:

- а) ф.63
- б) ф.131
- в) ф.39
- г) ф.58

13. При выявлении у ребенка патологии на него заводится:

- а) ф.131
- б) ф.58
- в) ф.30
- г) ф.25

Схема диспансерного наблюдения за здоровыми детьми

Возраст	Осмотры специалистами	Дополнительные методы обследования	Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учета
4 года	Педиатр – 1 раз в год	Те же	Те же
5 лет	Педиатр, ЛОР, невропатолог, хирург, ортопед, стоматолог, логопед	Те же	Те же
6 лет	Те же + офтальмолог	Те же	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, успеваемость. Группа здоровья
2 класс	Те же	Те же + измерение АД	Те же
3 класс	Те же	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	Те же
5 класс	Педиатр – 1 раз в год, стоматолог	Антропометрия, острота зрения, флюорография органов грудной клетки	Те же
6 класс	Те же	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 НПР и физического развития. Работоспособность, частота заболеваний. Группа здоровья, Эпикриз для передачи во взрослую поликлинику.

Прогностическая таблица для определения исхода адаптации у дошкольников при поступлении в детский сад (А.А. Солнцев, 1983г.)

№	Признак	Границы признака	ПК
1.	Частота ОРВИ у ребенка в год	4 и более менее 4-х	14,5 -3,48
2.	Предшествующая адаптация к яслям	Легкая Отягощенная	-6,14 5,67
3.	Употребление алкоголя отцом	Редко Часто	-15,2 1,74
4.	Отношения между родителями	Резкие Спокойные	6,65 -3,38
5.	Откуда поступает ребенок в сад	Из яслей Из другого ДОО Из дома	-5,65 -0,44 11,32
6.	Отношение ребенка к другим детям	Дружелюбное Недружелюбное	-1,37 12,3
7.	Употребление алкоголя матерью	Часто Редко	3,39 -3,79
8.	Пол ребенка	Мальчик Девочка	2,79 -3,32
9.	Ориентация в новой среде	Быстрая Медленная	-1,25 6,54
10.	Возраст при поступлении в ясли	До года 1-2 года 3 года	-3,59 5,75 -4,40
11.	Возраст при поступлении в сад	3-4 года 5-6 лет	1,19 -4,40
12.	Курение отца.	Да Нет	1,65 -3,0
13.	Жилая площадь на 1 человека	9 кв. метров 6-7 и менее	-6,99 1,54
14.	Культурный уровень семьи	Высокий Низкий	-1,27 3,50
15.	Умственное развитие ребенка	Среднее Ниже среднего Выше среднего	1,32 -3,28 -3,01
16.	Аномалия родовой деятельности у матери	Да Нет	4,59 -0,85
17.	Естественное вскармливание	До 2-х мес. До 4-х мес. До 6 мес. До 1 года	3,71 0,63 -0,35 -1,43
18.	Наличие других детей в семье	Есть Нет	-1,42 1,57

19.	Масса тела при рождении	До 2500 г Свыше 2500 г	5,1 -0,42
20.	Физическое развитие	Гармоничное Негармоничное	-0,83 2,40
21.	Пневмония в возрасте до 2-х лет	Да Нет	2,70 -0,72

Заключение о прогнозе: благоприятный - ПК меньше (-13), среднеблагоприятный. - ПК в интервале от (+13) до (-13), неблагоприятный - ПК больше (+13).

Занятие №11 по теме: *Врачебный контроль при подготовке детей к поступлению в школу и в период адаптации в школе. Медицинское обслуживание учащихся общеобразовательных и специальных школ. Организация ежегодных профилактических осмотров детей в образовательных учреждениях и диспансеризация детей с хронической патологией*

Мотивация темы: определение школьной зрелости ребенка имеет большое значение для дальнейшей адаптации его к школьным нагрузкам, т.к. несоответствие ребенка по психофизиологическим критериям или уровню биологического развития неизбежно приводит к затруднениям в усвоении школьной программы, снижению резервных сил организма и ухудшению состояния его здоровья. В соответствии с этим в программу подготовки студентов-педиатров включено изучение вопросов врачебного контроля при подготовке детей к поступлению в школу.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- комплексную оценку состояния здоровья детей;
- критерии оценки уровня биологического развития;
- критерии оценки психофизиологической зрелости детей при поступлении в школу;
- роль участкового врача, врача ДУ, узких специалистов в процессе определения школьной зрелости;
- принципы формирования психофункциональной готовности детей к поступлению в школу;
- задачи педиатра в процессе наблюдения за детьми в адаптационном и периоде.

Студент должен уметь:

- собирать и оценивать анамнестические данные;
- осуществлять профилактическую работу, направленную на воспитание здорового ребенка;

- своевременно поставить диагноз;
- провести антропометрическое исследование и оценить физическое развитие ребенка;
- дать оценку нервно-психического развития ребенка;
- определить комплексную оценку состояния здоровья;
- оценить уровень биологической зрелости и соответствие его паспортному возрасту ребенка;
- определить степень готовности детей к поступлению в школу;
- составить план медико-педагогических мероприятий по улучшению состояния школьной зрелости ребенка;
- организовать врачебный контроль за состоянием здоровья ребенка в периоде адаптации к школе;
- оформить основную медицинскую документацию.

Содержание обучения:

1. Оценка физического развития ребенка дошкольного возраста.
2. Понятие «костный возраст», критерии оценки.
3. Оценка нервно-психического развития ребенка дошкольного возраста.
4. Оценка резистентности детей.
5. Группы здоровья (параметры оценки).
6. Психофизиологическая обследование детей дошкольного возраста (основные тесты, оценка результатов).
7. Факторы риска тяжести адаптации первоклассника.
8. Роль педиатра в процессе наблюдения за детьми в период адаптации к школе.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.

4. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
5. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
7. Здоровый образ жизни в системе профилактики заболеваний у школьников: Информационное письмо. – Казань, 2000.
8. Приказ № 69 МЗ РФ, 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
9. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Назовите основные параметры оценки физического развития ребенка дошкольного возраста.
2. Дайте определение понятиям «костный возраст», «зубной возраст» Назовите критерии оценки этих параметров.
3. Особенности нервно-психического развития ребенка дошкольного возраста и критерии его оценки.
4. Что такое резистентность организма?
5. По каким параметрам производится комплексная оценка состояния здоровья ребенка?
6. Какие группы здоровья вы знаете?

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Расскажите о методике и целях проведения психофизиологического обследования детей дошкольного возраста.
2. Какие тесты наиболее часто используются для определения школьной зрелости ребенка?
3. Перечислите факторы риска нарушения адаптации ребенка к школе.
4. Какие формы срыва адаптации вы знаете?
5. Какова роль педиатра в процессе наблюдения за детьми в период адаптации к школе?

6. Какие профилактические мероприятия могут быть рекомендованы для уменьшения тяжести адаптационных процессов?

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Подготовка детей к обучению в школе

Прием детей в 1 классы осуществляется на основании заключения психолога 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 коррекции 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.

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-педагогическую комиссию для решения вопроса об обучении ребенка в специальной (коррекционной) образовательной школе.

ДИАГНОСТИКА ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Критерии готовности ребенка к обучению в школе

I. Медицинские

Определение темпа морфо-функционального развития:

- а) зубная зрелость по отношению к паспортному возрасту;

Возрастные нормативы прорезывания постоянных зубов ($M \pm I\sigma$)

Возраст в годах	Мальчики	Девочки
6,0	от 1 до 5	от 1 до 6
6,5	от 3 до 8	от 3 до 9
7,0	от 5 до 10	от 6 до 11
7,5	от 8 до 12	от 8 до 13

Меньшее количество говорит о замедленном развитии, большее – об ускоренном.

- б) оценка физического развития (соответствие длины тела возрасту, соответствие массы длине тела);

- в) прибавка длины тела за последний год (не менее 4 см).

Определение уровня резистентности

Кратность заболеваний	Оценка
Отсутствие заболеваний в течение года	Высокая
1 – 3 заболеваний в год	Хорошая

4 – 5 заболеваний в год	Сниженная
6 – 7 заболеваний в год	Низкая
8 и более заболеваний в год	Очень низкая

Состояние здоровья (наличие функциональных отклонений и/или хронических или длительно текущих заболеваний).

Группа здоровья.

II. Психолого-педагогические

Определение школьной зрелости по психометрическому тесту Керна-Иерасека.

Сформированность школьных умений и навыков.

Освоение программы воспитания в детском саду в полном объеме.

Оценка качества звукопроизношения.

Результат выполнения мотометрического теста.

Оценка нервно-психического развития в 6 лет

Показатели	Норма	Отклонения
Мышление и речь	Умеет составить по картинке рассказ, отразить в нем события прошлого, настоящего и будущего, допустимы наводящие вопросы	При рассказе сюжета не может ответить на вопрос, как герой попал в данную ситуацию, чем все завершится.
Моторика	Общая: умеет прыгать в длину более 70см. Ручная: умеет аккуратно закрасить круг диаметром 2 см не более, чем за 70 сек.	Не умеет прыгать в длину с места или показывает результаты менее 70 см. Неаккуратно закрашивает круг (часто или грубо пересекает линию, много общих пробелов) или тратит на это более 70 сек.
Внимание и память	Внимателен, собран. Стихи, соответствующие возрасту, запоминает быстро, прочно или медленно, после многих повторений, но успешно.	Рассеян, невнимателен, часто «отключается», с трудом и непрочно запоминает стихи
Социальные аспекты	Умеет играть с другими детьми, не ссорясь и соблюдая правила игры	Часто ссорится с детьми, обижается, дерется, избегает других детей, любит играть в одиночестве. Не имеет друзей в детском саду, во дворе.
Психическое здоровье	Без отклонений	Наличие отклонений сомато-вегетативного, эмоционального, психомоторного характера.

Оценка школьной зрелости

К школьному обучению готовы:

1. а) биологический возраст соответствует паспортному;
- б) уровень резистентности высокий или хороший;

в) не имеет хронических заболеваний; группа здоровья 1,2.

2. а) тест Керна-Иерасека - от 3 до 5 баллов;

б) положительный результат мотометрического теста (ребенок вырезает за 1 минуту $7/8$ круга диаметром 7 см).

в) нет дефектов звукопроизношения;

г) НПП - без отклонений.

К школьному обучению условно готовы:

1. а) биологический возраст отстает от паспортного (опережает);

б) резистентность сниженная;

в) имеет функциональные отклонения и/или хронические заболевания в стадии компенсации;

2. а) тест Керна-Иерасека: от 6 до 7 баллов – «зреющий вариант А» -прогноз готовности благоприятный; от 7 до 9 баллов – «зреющий вариант Б»-прогноз готовности условно благоприятный;

б) имеет один или два дефекта произношения;

в) начальные отклонения в поведении и НПП.

Не готовы к обучению в школе:

1. а) биологический возраст не соответствует паспортному;

б) уровень резистентности низкий или очень низкий;

в) наличие заболеваний в стадии суб- и декомпенсации; группа здоровья IV,V:

- вегетососудистая дистония по гипо- или гипертоническому типу,
- порок сердца ревматический или врожденный,
- хронический бронхит, бронхиальная астма, хроническая пневмония (при обострении или отсутствии стойкой ремиссии в течение года);
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит, хронически гастродуоденит (в стадии обострения, с частыми рецидивами и неполной ремиссией);
- анемия (при содержании гемоглобина менее 100 г/л);
- гипертрофия небных миндалин III степени;
- аденоидные вегетации III степени, хронический аденоидит;
- тонзиллит хронический (токсико-аллергическая форма).

При этом учитывают медицинские показания к отсрочке поступления в школу детей шестилетнего возраста в связи с заболеваниями, перенесенными на протяжении последнего года: инфекционный гепатит, пиелонефрит, диффузный гломерулонефрит, миокардит неревматический, менингит эпидемический, менингоэнцефалит, туберкулез, ревматизм в активной фазе, болезни крови, острые респираторные вирусные заболевания 4 и более раз в год, эндокринные заболевания (зоб, сахарный диабет и пр.), неврозы (неврастения, истерия, логоневроз и пр.), задержка нервно-психического развития, детский церебральный паралич, травма

череп, перенесенная в текущем году, эпилепсия, эписиндром, энурез, экзема, нейродермит (при распространенных кожных изменениях), миопия с склонностью к прогрессированию (более 2,0 Д).

2. а) тест Керна-Йерасека - 10 и более баллов;
- б) множественные дефекты звукопроизношения;
- в) выраженные отклонения в поведении и НПР

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОФИЛОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ Тест Керна-Йерасека

Дайте ребенку чистый лист нелинованой бумаги, в правом верхнем углу листа укажите имя, фамилию, возраст ребенка, дату исследования. Положите перед ребенком карандаш так, чтобы ему было одинаково удобно взять его правой и левой рукой.

Тест Керна-Йерасека состоит из трех заданий:

1. Рисунок человека.
2. Срисовывание короткой фразы из 3-х слов («ОН ЕЛ СУП»).
3. Срисовывание группы точек.

При выполнении **задания 1:**

«Здесь (показывается где) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умеешь». Дальнейшее объяснение, помощь или предупреждение по поводу ошибок и недостатков рисунка запрещается. На любой встречный вопрос ребенка нужно отвечать: «Рисуй так, как ты умеешь». Разрешается ребенка подбодрить, если он не может начать работу, следующим образом: «Видишь, как ты хорошо начал. Рисуй дальше».

После того, как ребенок закончил рисунок, рабочий лист переворачивается, обратная сторона его делится горизонтальной линией примерно пополам (это можно сделать, заранее для выполнения второго и третьего заданий).

Задание 2:

Для выполнения второго задания необходимо приготовить карточки размером примерно 7-8 на 13-14 см, на которых пишется рукописная фраза «Он ел суп». Вертикальный размер букв - 1,0 см. заглавной - 1,5 см. Карточку с фразой кладут перед ребенком чуть выше рабочего листа.

«Посмотри, здесь что-то написано. Ты еще не умеешь так писать, поэтому попробуй это срисовать. Хорошенько посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать где) напиши так же». Если ребенок не рассчитает длину строки и третье слово у него не будет помещаться на строке, нужно ребенку подсказать, что его можно написать ниже или выше.

Задание 3: Для выполнения третьего задания также следует приготовить карточки такого же размера, как для выполнения второго задания. На ней изображается группа точек. Расстояние между точками по вертикали и горизонтали

-1 см, диаметр точек 2 мм. Карточку кладут таким образом, чтобы острый угол пятиугольника, образованный точками, был направлен вниз. «Здесь нарисованы точки. Попробуй сам (сама) нарисовать такие же в нижней части листа» (показать где).

Оценка результатов теста Керна-Йерасека. Каждое задание оценивается от 1 балла (наилучшая оценка) до 5 баллов (наихудшая оценка). Примерные критерии оценки каждого задания по пятибалльной системе показаны на образцах.

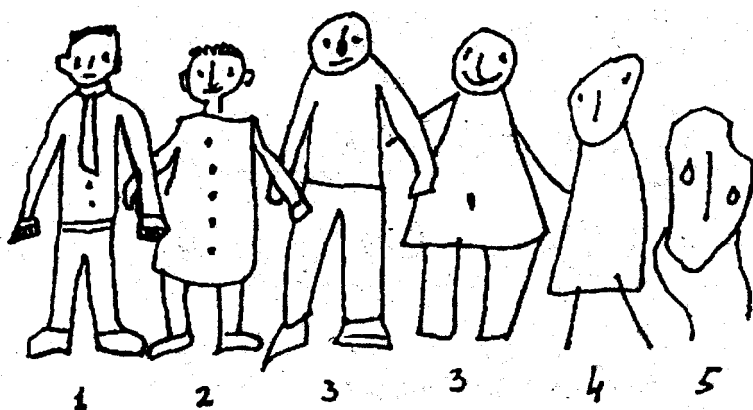
Задание 1. 1 балл - у нарисованной фигуры должны быть голова, туловище, конечности. Голову с туловищем соединяет шея (она должна быть не более, чем туловище). На голове должны быть волосы (возможна шапка или шляпа), уши, на лице - глаза, нос, рот. Верхние конечности заканчиваются ладонью с пятью пальцами. Признаки мужской одежды.

2 балла - выполнение всех требований, как при оценке на 1 балл. Возможные отсутствующие части: шея, волосы, один палец руки, но не должна отсутствовать какая-нибудь часть лица.

3 балла - у фигуры на рисунке должны быть голова, туловище, конечности. Руки, ноги должны быть нарисованы двумя линиями. Отсутствуют шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках.

4 балла примитивный рисунок головы с конечностями. Конечности (достаточно лишь одной пары) изображены одной линией.

5 баллов - отсутствует ясное изображение туловища и конечностей. Каракули.



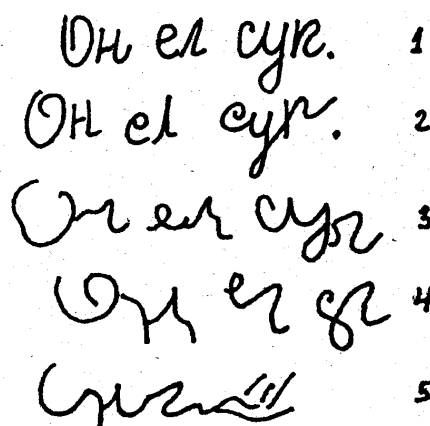
Задание 2. 1 балл - срисованную ребенком фразу можно прочитать. Буквы (не более, чем в 2 раза) больше образца. Буквы образуют три слова. Строка отклонена от прямой линии не более, чем на 30°.

2 балла - предложение можно прочитать. Буквы по величине ближе к образцу, стройность необязательна.

3 балла - буквы должны быть разделены не менее чем на 2 группы. Можно прочитать хотя бы 4 буквы.

4 балла - с образцом схожи хотя бы 2 буквы. Вся группа еще имеет видимость письма.

5 баллов - каракули.



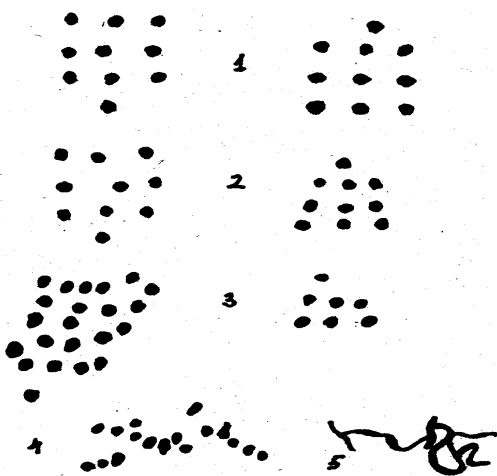
Задание 3. 1 балл - точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по вертикали и горизонтали. Может быть любое уменьшение фигуры. Увеличение же возможно не больше, чем в половину.

2 балла - возможно незначительное нарушение симметрии: одна точка может выходить за рамки столбца или строчки. Допустимо изображение кружков вместо точек.

3 балла - группа точек грубо похожа на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигуры. Сохраняется подобие пятиугольника, повернутого вверх или вниз вершиной. Возможно меньшее или большее количество точек (не менее 7, но не более 20).

4 балла - точки расположены кучно, их группа может напоминать любую геометрическую фигуру. Величина и количество точек несущественно. Другие изображения, например, линии, недопустимы.

5 баллов - каракули.



Сумма выполнения отдельных заданий представляет общий результат.
МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

Для определения качества звукопроизношения (чистоты речи) ребенку предлагается по картинкам вслух перечислить последовательно предметы, в названии которых встречаются звуки, относящиеся к группам:

сонорных Р - твердый и мягкий, Л - твердый и мягкий, свистящих: С - твердый и мягкий, З - твердый и мягкий, шипящих: Ж, Ш, Ч, Щ.

Картинки или рисунки подбираются таким образом, чтобы каждый из перечисленных звуков встречался в начале, середине и конце слова, например:

рак - ведро - топор, река- гриб - фонарь; лопата- белка - стул, лейка - олень - соль; самолет- бусы - колесо, сито - гуси - лось; заяц - коза - воз, зима - газета - витязь; цапля - яйцо - огурец;

жук – лыжи - нож, шишка – кошка - мышь; чайка - бабочка - ключ; щетка - ящерица - плащ.

Это примерный набор слов. Можно любое из них заменить на другое, в котором однако, встречается нужная буква (принцип подбора слов должен быть сохранен).

При проведении исследований фиксируются все дефекты в произношении звуков, имеющиеся у данного ребенка.

Наличие дефекта в произношении – хотя бы одного из исследуемых звуков – указывает на невыполнение задания (отмечается знаком «-»).

Адаптация детей к обучению в школе

для облегчения адаптации детей в первых классах должен применяться «ступенчатый» режим учебных занятий с постепенным наращиванием учебной нагрузки: в сентябре и октябре - три урока продолжительностью по 35 минут; со второй четверти - четыре урока продолжительностью по 35 минут; со второго полугодия — продолжительность урока увеличивается до 40 минут. В первых классах запрещается проведение сдвоенных уроков. В начальной школе плотность учебной работы на уроках по основным предметам не должна превышать 80%. Общая длительность практической работы на уроках труда составляет 20-25 минут. Причем, непрерывная работа с бумагой, картоном, тканью длится не более 5 минут, с деревом и проволокой - не более 4-5 минут. Домашние задания в 1 четверти не задаются, в последующих четвертях задаются с учетом Возможности их выполнения в течение 1 часа. Продолжительность прогулок в группах продленного дня должна составлять не менее 2 часов. Во время третьей четверти устанавливаются дополнительные недельные каникулы. С целью профилактики утомления, нарушения осанки, зрения на уроках проводятся физкультминутки и гимнастика для глаз.

Для облегчения адаптации рекомендуется увеличение в диете белков, назначение препаратов адаптогенного действия. В оздоровительных целях в школе проводится гимнастика до начала учебных занятий, физкультминутки на уроках, подвижные игры на переменах, уроки физкультуры, дни здоровья, вводятся в сетку часов уроки хореографии, ритмики, современных и бальных танцев. С целью

реабилитации и сокращения сроков адаптации в школе оказывается необходимая медикопсихологическая помощь (психолог, педиатр, невролог, логопед, специально подготовленный педагог).

Длительность периода адаптации детей к обучению индивидуальна и колеблется от 3 до 16 недель, у большинства — 5-6 недель.

Прогностическая таблица определения адаптации первоклассника (А.А. Солнцев, 1983г.)

Признак	Градация признака	ПК
1. Употребление алкоголя отцом	Часто	8,93
	Редко	-6,08
2. Развитие школьно - необходимых функций	Нет	16,7
	Слабо	3,7
	Хорошо	-8,00
3. Культурный уровень семьи	Низкий	10,42
	Средний	2,90
	Высокий	-7,20
4. Взаимоотношения между родителями	Резкие	10,62
	Спокойные	-2,50
5. Учащение ОРВИ при адаптации в ДДУ	Было	4,56
	Нет	-5,53
6. Мотивация учиться до школы	Нет	4,83
	Имеется	-4,56
7. Перевод на искусственное вскармливание	До 2-х мес.	6,2
	Старше 7 мес.	-7,70
8. Внимание к ребенку в семье	Недостаточное	5,48
	Достаточное	-3,17
9. Курение матери	Да	10,4
	Нет	-1,60
10. Пневмония на первом году жизни	Да	7,58
	Нет	-1,90
11. Умственное развитие ребенка	Опережает по возрасту	12,3
	Отстает	0,18
12. Пол ребенка	Мальчик	4,87
	Девочка	-7,84
13. Социальное положение матери	Рабочая	6,62
	Служащая	-1,57
14. Асфиксия в родах	Да	6,74
	Нет	-1,43
15. Употребление алкоголя матерью	Да	6,74
	Нет	-1,43
16. Масса тела при рождении	2500 - 3500	-2,79
	более 3500	3,98

17. Физические методы наказания в семье	Да	4,03
	Нет	-2,26
18. Курение отца	Да	2,20
	Нет	-4,16
19. Токсикоз 1 половины беременности	Да	4,02
	Нет	-2,25
20. Токсикоз 2 половины беременности	Да	4,42
	Нет	-1,96
21. Разногласия между родителями в воспитании ребенка	Да	4,42
	Нет	-1,95
22. Социальное положение отца	Рабочий	3,30
	Служащий	-2,56
23. Отдельная комната у ребенка	Имеется	-6,47
	Нет	1,30
24. Группа здоровья ребенка	1,	-3,9
	2,3	2,10

Заключение по прогнозу адаптации

При сумме ПК = -13 и более со знаком (-) - дается заключение о благоприятном прогнозе адаптации.

При сумме ПК = + 13 и более со знаком (+) - дается заключение о высоком риске неблагоприятного течения адаптации ребенка к школе. Этим детям заранее проводятся медико-педагогические мероприятия по устранению или уменьшению неблагоприятных факторов риска, а также необходимые оздоровительные мероприятия.

Если сумма ПК находится в интервале между -13 до +13 баллами, следует ожидать среднеблагоприятного течения адаптации к школе.

Задания для самостоятельной работы:

1. Проведите антропометрию, оцените физическое развитие ребенка.
2. Оцените НПР ребенка.
3. Дайте оценку его резистентности.
4. Проведите психофизиологическое обследование и чистоту звукопроизношения ребенка 6 лет, используя выше приведенную инструкцию.
5. Дайте заключение о степени готовности ребенка к школьному обучению.
6. Определите по таблице прогноз адаптации ребенка к школе.
7. Решите ситуационные задачи.

Задача №1

Ребенку А., 6 лет, посещающему детский сад была произведена оценка школьной зрелости.

Результаты:

тест Керна-Ирасека – 9 баллов;

мотометрический тест – выполнен;

чистота и характер звукопроизношения – удовлетворительные;

определение биологического возраста: количество постоянных зубов – 1; длина тела – 111 см; соотношение окружности головы к длине тела – 45,3.

Задание: 1. Дайте заключение о готовности ребенка к школьному обучению.

2. Дайте рекомендации по индивидуальной работе с ребенком.

Задача №2

Девочке С., 6 лет, была произведена оценка школьной зрелости.

Результаты:

тест Керна-Ирасека – 4 балла;

мотометрический тест – выполнен быстро;

чистота и характер звукопроизношения – удовлетворительные;

определение биологического возраста: количество постоянных зубов – 2; длина тела – 116 см; соотношение окружности головы к длине тела – 44,2.

Задание: 1. Дайте заключение о готовности ребенка к школьному обучению.

2. Дайте рекомендации по индивидуальной работе с ребенком.

Задача №3

Маша К., 6 лет. Ребенок от II беременности, (I - мед. аборт), протекавшей в I и II половине с длительным гестозом II степени. Роды на сроке 38 недель, нормальные. Масса при рождении – 3200 гр., рост – 53 см. Неонатальный период без особенностей. На грудном вскармливании до 6 мес, прикорм введен в срок. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ 3-4 раза в год, кишечная инфекция - в 2 года, ветряная оспа – в 4 года. С 3 лет ребенок посещал детский сад. С другими детьми дружелюбна, общительна. Привита по возрасту. Семья полная, родители работают рабочими, семья проживает в однокомнатной квартире (площадь комнаты 20 кв.м). Отец курит (до пачки сигарет в день).

Физическое развитие: масса тела – 17,5 кг; рост – 116 см; окр.гол – 50 см; окр.гр. – 52,5 см.

Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Школьно-необходимые функции развиты хорошо.

Соматический статус – сколиоз II ст., пупочная грыжа.

По другим органам патологии не выявлено.

Задание: 1. Дайте заключение о физическом развитии ребенка, пользуясь оценочными центильными таблицами. 2. Определите прогноз адаптации ребенка при поступлении в школу. 3. Определите группу здоровья ребенка. 4. Дайте рекомендации по наблюдению в детском коллективе.

Занятие №12 по теме: **Гигиенические принципы обучения и воспитания**

Мотивация темы: Умственная деятельность, связанная с процессами обучения, относится к числу самых трудных для детей. Нервные клетки коры головного мозга ребенка обладают еще относительно низкими функциональными возможностями, поэтому большие умственные нагрузки могут вызывать их истощение. В этой связи организация обучения детей и подростков должна осуществляться в соответствии с основными гигиеническими принципами, соблюдение которых позволяет продлевать работоспособность учащихся, отодвигать наступление утомления и предотвращать развитие переутомления. В соответствии с этим в программу подготовки студентов-педиатров включено изучение вопросов гигиены организации обучения детей.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- комплексную оценку состояния здоровья детей;
- критерии оценки уровня биологического развития;
- критерии оценки психофизиологической зрелости детей;
- принципы формирования психофункциональной готовности детей к поступлению в школу;
- задачи педиатра школы в процессе организации обучения детей.

Студент должен уметь:

- собирать и оценивать анамнестические данные;
- осуществлять профилактическую работу, направленную на воспитание здорового ребенка;
- своевременно поставить диагноз;
- провести антропометрическое исследование и оценить физическое развитие ребенка;
- дать оценку нервно-психического развития ребенка;
- определить комплексную оценку состояния здоровья;
- оценить уровень биологической зрелости и соответствие его паспортному возрасту ребенка;

- составить план медико-педагогических мероприятий по улучшению состояния здоровья школьников;
- оформить основную медицинскую документацию.

Содержание обучения:

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной медицинской документации школы.

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
4. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
5. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
7. Здоровый образ жизни в системе профилактики заболеваний у школьников: Информационное письмо. – Казань, 2000.
8. Приказ № 69 МЗ РФ, 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
9. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей.
2. Показатели физического развития детей школьного возраста.

3. Определение биологического возраста детей и подростков.

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

Блок информации

Умственная деятельность, связанная с процессами обучения, относится к числу самых трудных для детей. Нервные клетки коры головного мозга ребенка обладают еще относительно низкими функциональными возможностями, поэтому большие умственные нагрузки могут вызывать их истощение. Для успешного обучения необходимо наличие устойчивой концентрации возбуждения в коре, а детям, особенно младшего возраста, свойственны неуравновешенность нервных процессов, преобладание возбуждения при относительно слабых процессах активного внутреннего торможения. В этой связи организация обучения детей и подростков должна осуществляться в соответствии с основными гигиеническими принципами, соблюдение которых позволяет продлевать работоспособность учащихся, отодвигать наступление утомления и предотвращать развитие переутомления.

Это:

- соответствие учебной нагрузки возрастным и индивидуальным особенностям организма;
- научная организация учебного процесса;
- обеспечение оптимальных условий обучения.

Величина учебной нагрузки нормируется в соответствии с функциональными возможностями организма учащихся на каждом возрастном этапе.

Основные гигиенические требования к составлению расписания уроков:

- 1) чередование разных видов деятельности;
- 2) распределение учебных предметов в соответствии с дневной и недельной динамикой работоспособности.

При построении учебного процесса следует предусматривать рациональное чередование различных видов деятельности и отдыха, принимать во внимание классическую кривую восстановления работоспособности.

Часы факультативных, групповых и индивидуальных занятий в школах входят в объем максимально допустимой нагрузки. С учетом динамики работоспособности планируется построение урока, организация учебного процесса в течение недели, четверти.

Учебные предметы различаются по характеру деятельности, трудности, степени нагрузки первой или второй сигнальной системы, по соотношению статического и динамического компонентов.

На начало учебного дня, когда еще высока работоспособность учащихся, следует ставить предметы, основанные на вербальном, словесном преподавании, т.е. нагружающие преимущественно вторую сигнальную систему (русский язык, литература, математика и др.). К концу учебного дня, когда уже снижается продуктивность работы, полезно в расписание включать те уроки, которые основаны на предметном, образном, конкретном восприятии, что существенно легче, чем восприятие речи (рисование, черчение, в начальных классах - аппликация, лепка).

Таблица 1. Шкала трудности предметов для младших школьников (В.И. Агарков)

Предмет	Балл
Математика	8
Русский (национальный) язык	7
Природоведение	6
Русская (национальная) литература	5
История (4 класс)	4
Рисование и музыка	3
Труд	2
Физическая культура	1

Таблица 2. Шкала трудности предметов для младших школьников (В.И. Агарков)

Предмет	Количество баллов (ранг трудности)				
	5-й класс	6-й класс	7-й класс	8-й класс	9-й класс
Химия	-	-	13	10	12
Геометрия	-	-	12	10	8
Физика	-	-	8	9	13
Алгебра	-	-	10	9	7
Экономика	-	-	-	-	11
Черчение	-	-	-	5	4
Мировая художественная культура (МХК)	-	-	10	5	5
Биология	10	8	7	7	7

Математика	10	13	-	-	-
Иностранный язык	9	11	10	8	9
Русский язык	8	12	11	7	6
Краеведение	7	9	5	5	-
Природоведение	7	8	-	-	-
Этикет	7	5	-	-	-
География	-	7	6	6	5
Граждановедение	6	10	9	3	-
История	5	8	6	8	10
Ритмика	4	-	-	-	-
Труд	4	3	2	1	4
Литература	4	6	4	4	7
ИЗО	3	3	1	3	-
Физкультура	3	4	2	2	2
Экология	3	3	3	6	1
Музыка	2	1	1	1	-
Информатика	2	10	4	7	7
ОБЖ	1	2	3	3	3

Таблица 3. Шкала трудности учебных предметов для учащихся 10-11 классов (Степанова М.И., Александрова И.Э., Седова А.С., 2005)

Общеобразовательные предметы	Количество баллов (ранг трудности)	Общеобразовательные предметы	Количество баллов (ранг трудности)
Физика	12	Информатика, экономика	6
Геометрия, химия	11	История, обществознание, МХК	5
Алгебра	10	Астрономия	4
Русский язык	9	География, экология	3
Литература, иностранный язык	8	ОБЖ	2
Биология	7	Физкультура	1

Уроки, требующие большого умственного напряжения, сосредоточенности и внимания, не следует проводить в часы наименьшей работоспособности, т.е. на 1-м уроке, когда происходит вработывание, и на последнем уроке, когда выражено утомление.

Гигиеническая оптимизация уроков должна достигаться как регламентированием их длительности (35 мин - для учащихся первых классов, 45 мин - для всех других школьников), так и отдельных видов деятельности: чтение,

письмо, счет, просмотр фильмов и т.д. Школьные учебные предметы различаются по характеру деятельности, степени трудности и нагрузки на первую и вторую сигнальные системы. Для поддержания оптимальной работоспособности расписание уроков должно составляться с использованием ранговой шкалы.

На начало учебного дня надо ставить предметы, основанные на вербальном (словесном) преподавании, нагружающие преимущественно вторую сигнальную систему: русский язык, литература, математика.

В конце учебного дня, когда работоспособность снижена, целесообразно проводить уроки, основанные на предметном, образном, конкретном восприятии: рисование, черчение, аппликация, лепка.

Уроки труда и физического воспитания следует проводить в середине учебного дня, используя их для переключения с преимущественно умственной работы на физическую (оптимально - 3-4-й уроки).

Большое психологическое значение имеет правильная организация учебной недели. Многочисленные исследования недельной динамики работоспособности позволили выявить дни недели оптимальной работоспособности. Для учащихся старших классов это вторник и/или среда. Для школьников младшего и среднего звена - вторник и четверг при несколько облегченной среде. В понедельник и пятницу, в связи с низкими показателями работоспособности, нецелесообразно объяснение нового сложного материала и проведение контрольных работ. Нерациональным является расписание с одинаковой учебной нагрузкой в течение всей недели.

Существенное значение в научной организации учебного процесса имеет *регламентация перемен*, прежде всего их продолжительность.

Перерывы между уроками (перемены) должны быть достаточно продолжительными, чтобы обеспечивались обе фазы отдыха: восстановление «функциональных потенциалов» и упрочение восстановленного уровня. Если длительность отдыха недостаточна и новая нагрузка приходится на 1-ю фазу, то работоспособность очень быстро падает и нарастает утомление.

Перемены выполняют свое назначение только в том случае, если действительно предоставляют детям возможность переменить вид деятельности, в частности дают организму двигательную разрядку. Наилучшим отдыхом, приводящим к быстрому восстановлению работоспособности, служат подвижные игры на открытом воздухе, сопровождаемые положительными эмоциями. Организация перемен на открытом воздухе независимо от времени года оказывает большое закаливающее влияние, а также повышает уровень функционирования ЦНС, снижает утомляющее воздействие учебной нагрузки в течение учебного дня, недели, четверти и года.

В общеобразовательной школе для учащихся всех классов установлена 10-минутная продолжительность перемен между уроками. Большая перемена (после 2-

го урока) должна длиться 30 мин. Вместо 1 большой перемены допускается устраивать после 2-го и 3-го уроков 2 перемены по 20 мин.

Правильная организация учебных занятий предусматривает и правильную организацию отдыха между учебными неделями, четвертями.

Внутренняя среда образовательных учреждений также оказывает влияние на работоспособность, самочувствие, активность и настроение школьников. Повышенные температура, влажность, бактериальное загрязнение воздуха, содержание в нем органических веществ, ухудшение его ионного состава (коэффициент униполярности) способствуют быстрому развитию утомления.

Установлено, что в хорошо проветриваемом помещении работоспособность школьников в 1,5-2 раза выше. Благоприятные условия воздушной среды достигаются при так называемом пульсирующем режиме проветривания.

Высокому уровню работоспособности и положительному эмоциональному фону способствуют оптимальные показатели светового и звукового режимов помещений. В соответствии с СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» регламентируются показатели воздушно-теплого, светового и инсоляционного режимов школьных помещений. В учебных классах при одностороннем боковом естественном освещении КЕО должен быть 1,5%. Ориентация окон учебных помещений предусматривается на южные, юго-восточные и восточные стороны горизонта. На северные румбы могут быть ориентированы окна кабинетов черчения, рисования, информатики.

Температура воздуха, в зависимости от климатических условий, должна составлять в классах и кабинетах при обычном остеклении 18-20 °С, при ленточном остеклении - 19-21 °С.

Для обеспечения благоприятных условий учебной деятельности необходимо соблюдение эргономических требований к мебели и оборудованию, их цветовому оформлению. Основанные на современных сведениях антропометрии, физиологии, эргономики, эти требования способствуют гармоничному физическому развитию детей, выработке у них правильной осанки, длительному сохранению работоспособности, профилактике нарушений зрения и опорно-двигательного аппарата. Оптимальная рабочая поза учащихся обеспечивается при соответствии размеров мебели длине и пропорциям тела ребенка. Для правильной посадки большое значение имеют также функциональные параметры школьной мебели, такие как высота спинки, дистанция спинки (расстояние между спинкой парты и краем стола), дистанция сиденья (расстояние по горизонтали между передним краем скамьи и задним краем крышки парты).

При использовании ТСО необходимо также знать, что оптимальным размером объекта восприятия для подростков на расстоянии 7,3 м непосредственно против экрана является 40 мм. Потеря информации при считывании ее с экрана на стене

минимальна при горизонтальном размере предъявляемого объекта в 60 мм и угле зрения учащихся крайних первых столов в горизонтальной плоскости 20 мин. Оптимальная плоскость просмотра экрана ограничена сторонами треугольника, составляющими угол у вершины 90°, а допустимая - 110° [Назарова Е.Н., 1979].

Важным элементом образовательного процесса является трудовое обучение. Организация трудовой деятельности должна осуществляться с соблюдением гигиенических требований к содержанию, формам и условиям трудового воспитания и образования, включая:

- системность в организации и проведении трудового обучения;
- соответствие характера трудовой деятельности возрастно-половым особенностям развития и состоянию здоровья учащегося;
- постепенность увеличения физических и других видов нагрузки;
- рациональный режим трудового обучения;
- благоприятные санитарно-гигиенические условия трудовой деятельности, безопасные для здоровья.

Использование в образовательном процессе школьников современных информационных технологий открывает учащимся доступ к различным источникам информации, повышает эффективность самостоятельной работы, позволяет реализовывать принципиально новые формы и методы обучения. В то же время условия работы за дисплеем существенно отличаются от привычной работы в классе. Занятия с использованием персональных компьютеров могут создавать зрительные перегрузки, неприятные ощущения, определяемые как астенопии, проявляющиеся дискомфортом, усталостью и пеленой перед глазами, неясными очертаниями предмета. В совокупности с большим количеством движений руками при работе с клавиатурой возможно переутомление нервно-мышечного аппарата рук. Лабильность нервной системы школьников, высокая чувствительность к неудовлетворительным условиям обучения, повышенные концентрации в воздухе CO₂, озона и аммиака могут вызвать жалобы на общее утомление. Физиолого-гигиеническими исследованиями обоснованы требования к организации занятий с использованием ПК.

Непрерывная длительность с использованием ПК не должна превышать для учащихся 1-5 классов 15 мин, 5-7 классов - 20 мин, 8-9 классов - 25 мин, 10-11 классов - 30 мин на первом часу учебных занятий и 20 мин на втором часу. Оптимальное количество занятий с использованием ПК в течение учебного дня для учеников 1-4 классов составляет 1 урок, для учеников 5-8 классов - 2 урока, в 9-11 классах - 3 урока. Работа с ПК должна осуществляться в индивидуальном темпе и ритме. После занятий следует проводить комплекс упражнений для глаз и профилактики общего утомления.

Задания для самостоятельной работы:

4. Дайте оценку расписания школьников младших классов.
5. Дайте оценку расписания школьников старших классов.
6. Проведите гигиеническую оценку плотности урока физкультуры.

Ответьте на тестовые задания

Укажите один правильный ответ

1. Школьная мебель делится на группы с учетом

- 1) возраста детей
- 2) пола детей
- 3) состояния здоровья детей
- 4) длины тела детей

2. При правильном рассаживании учащихся в классе учитывается

- 1) длина тела учащегося, состояние органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям
- 2) длина тела учащегося, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость
- 3) длина тела учащегося, заболевание органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость, желание учащегося

3. Основными измерениями, которые необходимо провести для определения номера комплекта школьной мебели, являются:

- 1) высота сиденья и дистанция спинки
- 2) высота задней крышки стола над полом и глубина сиденья
- 3) высота заднего края крышки стола над полом и дистанция сиденья
- 4) высота сиденья и высота заднего края крышки стола над полом
- 5) дистанция спинки и дистанция сиденья

4. При правильной посадке учащегося

- 1) дистанция сиденья отрицательная от -4 до -8
- 2) дистанция сиденья положительная от $+4$ до $+8$
- 3) туловище школьника отодвинуто на 4-6 см от края стола
- 4) туловище школьника отодвинуто на 10-12 см от края стола
- 5) от $2/3$ до $3/4$ бедра лежит на сидении

5. При расстановке школьной мебели в классе нормируется

- 1) минимальное расстояние до классной доски
- 2) максимальное расстояние до классной доски
- 3) минимальное расстояние до стен (перегородок)
- 4) минимальный угол рассматривания классной доски
- 5) максимальный угол рассматривания классной доски

6. Проведение гигиенических мероприятий, направленных на профилактику переутомления целесообразно

- 1) в фазе вработываемости
- 2) в фазе устойчивой работоспособности

- 3) в фазе снижения работоспособности – зоне начальной компенсации падения работоспособности
- 4) в фазе снижения работоспособности – зоне конечного порыва
- 5) в фазе снижения работоспособности – зоне прогрессивного падения работоспособности
- б) в фазе восстановления работоспособности

7. Облегченным в расписании учебных занятий при обучении старших школьников по 5-дневной рабочей неделе должен быть

- 1) понедельник
- 2) вторник
- 3) среда
- 4) четверг
- 5) пятница

8. Показанием к началу физкультурных минуток на уроке является

- 1) 20-я минута 45-минутного урока
- 2) 30-я минута 45-минутного урока
- 3) появление первоначальных признаков утомления у отдельных учащихся
- 4) появление первоначальных признаков утомления у большинства учащихся

9. При правильном рассаживании учащихся в классе учитывается

- 1) длина тела учащегося, состояние органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям
- 2) длина тела учащегося, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость
- 3) длина тела учащегося, заболевание органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость, желание учащегося

Укажите все правильные ответы

10. Признаками утомления детей и подростков являются

- 1) снижение продуктивности труда
- 2) вначале – ослабление внутреннего торможения, а затем усиление
- 3) вначале – усиление внутреннего торможения, а затем ослабление
- 4) появление астено-невротических реакций
- 5) ухудшение регуляции физиологических функций

11. Основными фазами кривой работоспособности являются

- 1) фаза вработываемости
- 2) фаза устойчивой работоспособности
- 3) фаза снижения работоспособности – зона начальной компенсации падения работоспособности
- 4) фаза снижения работоспособности – зона конечного порыва
- 5) фаза снижения работоспособности – зона прогрессивного падения работоспособности
- б) фаза восстановления

12. Гигиеническими принципами составления расписания занятий будут

- 1) учет трудности предмета
- 2) учет физиологической кривой дневной и недельной работоспособности
- 3) учет необходимости переключения видов деятельности
- 4) расположение занятий с динамическим компонентом в часы и дни наивысшей работоспособности
- 5) расположение занятий с динамическим компонентом в часы и дни начинающегося утомления
- 6) расположение занятий с динамическим компонентом в часы и дни выраженного утомления

13. Основными неблагоприятными факторами условий обучения в школе являются

- 1) повышение температуры и влажности воздуха к концу дня
- 2) рост бактериальной загрязненности воздуха к концу дня
- 3) увеличение содержания органических веществ в воздухе к концу дня
- 4) ухудшение ионного состава воздуха в течение дня
- 5) увеличение уровней шума в течение дня
- 6) недостаточные уровни освещения рабочих мест школьников

14. Основными направлениями оптимизации условий обучения в школе являются

- 1) кондиционирование воздуха
- 2) «пульсирующий» режим проветривания классов
- 3) оптимизация светового режима школы
- 4) оптимизация цветового интерьера оформления школьных зданий и учебного оборудования
- 5) соблюдение эргономических требований к мебели и оборудованию школ

Укажите один правильный ответ

15. Гигиенически эффективным для школьников основной медицинской группы является урок физкультуры, характеризующийся следующими показателями

- 1) моторная плотность – 60%, максимальный прирост пульса – 50%, восстановление его к концу урока
- 2) моторная плотность урока – 80%, максимальный прирост пульса – 110%, восстановление его на 3 минуте после урока
- 3) моторная плотность урока – 80%, прирост частоты пульса – 110%, восстановление его на 7 минуте после занятия
- 4) моторная плотность урока – 50%, прирост частоты пульса – 100%, восстановление на 6 минуте после урока.

16. Занятия с учащимися подготовительной группы физического воспитания организуются:

- 1) вместе с основной по той же программе, но без сдачи нормативов
- 2) вместе с основной, по той же программе, но со снижением нагрузки и без сдачи нормативов
- 3) вместе с основной, но по своей программе
- 4) вне сетки расписания, по своей программе.

Укажите все правильные ответы

17. Для гигиенической оценки организации физкультурных занятий с детьми используются следующие показатели

- 1) общая продолжительность и структура занятия
- 2) общая и моторная плотность занятия
- 3) показатели реакции организма на физическую нагрузку
- 4) результаты исследования скоростно-силовых качеств
- 5) содержание занятия

18. Распределение школьников на основную, подготовительную и специальную группы осуществляется с учетом

- 1) пола
- 2) состояния здоровья
- 3) физической подготовленности
- 4) желания учащегося и его родителей
- 5) штатного расписания преподавателей физкультуры

Правильные ответы

1-4	2-1	3-4	4-1	5-5	6-3	7-4	8-4	9-1
10-1,2,5	11- 1,2,3,4,5	12- 1,2,3,5	13- 1,2,3,4,6	14- 2,3,4,5	15-2	13-2	17- 1,2,3,5	18-2,3

Занятие №13, 14. Медицинское обслуживание учащихся общеобразовательных и специальных школ. Организация ежегодных профилактических осмотров детей в общеобразовательных учреждениях и диспансеризация детей с хронической патологией. Профилактика «школьных» заболеваний и травматизма у детей.

Мотивация темы: Одним из приоритетных направлений в работе школы является охрана здоровья обучающихся. Учитывая, что школа является местом массового скопления детей с различными особенностями здоровья, то и медицинское обеспечение обязательно должно быть организовано в каждой школе (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821–10 «Санитарно-

эпидемиологические требования к организации обучения в общеобразовательных учреждениях» № 189).

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- комплексную оценку состояния здоровья детей;
- критерии оценки уровня биологического развития;
- критерии оценки психофизиологической зрелости детей;
- основные обязанности школьного врача и медицинской сестры;
- сроки диспансерных осмотров здоровых школьников и детей с хронической патологией.

Студент должен уметь:

- собирать и оценивать анамнестические данные;
- осуществлять профилактическую работу, направленную на воспитание здорового ребенка;
- своевременно поставить диагноз;
- провести антропометрическое исследование и оценить физическое развитие ребенка;
- дать оценку нервно-психического развития ребенка;
- определить комплексную оценку состояния здоровья;
- оценить уровень биологической зрелости и соответствие его паспортному возрасту ребенка;
- составить план диспансерных мероприятий у школьников;
- организовать врачебный контроль за состоянием здоровья ребенка в периоде адаптации к школе;
- оформить основную медицинскую документацию.

Содержание обучения:

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной медицинской документации школы;

Список рекомендуемой литературы.

10. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
11. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.

- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
- 13.Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
- 14.Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
- 15.Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
- 16.Здоровый образ жизни в системе профилактики заболеваний у школьников: Информационное письмо. – Казань, 2000.
- 17.Приказ № 69 МЗ РФ, 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
- 18.Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

Блок информации

В соответствии с действующими нормативами (приказ №999 от 11.10.1982 г.) медицинское обслуживание учащихся осуществляется школьным врачом из расчета 1 должность на 2500 школьников; медицинская сестра из расчета 1 должность на 700 человек.

Врач и медсестра входят в штат детской поликлиники.

Основной задачей медицинской помощи школьникам является организация

- профилактических
- санитарно-гигиенических
- лечебных мероприятий, направленных на улучшение здоровья учащихся.

Школьный врач входит в состав пед. совета школы с правом решающего голоса.

Главные разделы работы медицинского персонала школы определены в «Положение о враче-педиатре детской городской поликлинике по оказанию лечебно-профилактической помощи детям в школах» – приказ № 60 от 19.01.1983 г.

1. Врач-педиатр, оказывающий лечебно-профилактическую помощь детям в школах, в своей работе руководствуется настоящим положением, приказами, инструкциями и распоряжениями вышестоящих органов здравоохранения и должностных лиц.
2. Врач-педиатр, оказывающий лечебно-профилактическую помощь детям в школах, обязан:
 - своевременно организовать и проводить медицинские осмотры школьников, давать заключение о состоянии здоровья каждого школьника (с учетом данных других врачей-специалистов, определять медицинскую группу для занятий физической культурой и назначать лечебно-оздоровительные мероприятия;
 - проводить анализ результатов медицинского осмотра школьников, на основании которого разрабатывать план мероприятий, направленных на укрепление здоровья школьников;
 - осуществлять медицинский контроль за проведением физического воспитания в школе, а также за режимом учебной работы, трудовым обучением, организацией питания учащихся, за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
 - проводить работу по профессиональной ориентации школьников с учетом состояния их здоровья;
 - выявлять учащихся, нуждающихся в освобождении от переводных и выпускных экзаменов, и материалы на них представлять на рассмотрение соответствующих комиссий;
 - проводить амбулаторный прием в школе и оказывать медицинскую помощь нуждающимся;
 - проводить санитарно-просветительскую работу среди персонала школы, родителей и учащихся,
 - обеспечить регулярное наблюдение за диспансерной группой больных и проводить их оздоровление, в том числе непосредственно в школе;
 - докладывать заведующему отделением по подчиненности и доводить до сведения руководства школы результаты данных о состоянии здоровья учащихся, из заболеваемости и мероприятиях, направленных на укрепление здоровья школьников;

- проводить работу по профилактике травматизма, учету и анализу всех случаев травм;
- повышать свою профессиональную квалификацию, а также квалификацию подчиненного среднего медицинского персонала.

Медицинская документация школы включает в себя: индивидуальная карта ребенка (ф.№26-у), контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 30-у); карта учета профилактических прививок (ф.№ 63-у) – при отсутствии централизованной картотеки в поликлинике; журнал регистрации острых инфекционных заболеваний (ф. № 60 –у); книга записи амбулаторных больных (ф. № 74-у); журнал записи детей, прошедших профилактические осмотры (ф. № 278); книга записи санитарно-просветительской работы (ф. № 33); книга протокола медико-педагогического контроля за уроками физической культуры; регистрация спортивных травм (ф. № 228); план профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий в школе; бракеражный журнал; санитарный журнал учреждения (ф. №153-у); экстренное извещение (ф. №58-у); вкладной лист на подростка к медицинской карте (ф. № 25/10-у); журнал для профилактики кори и гепатита (ф. № 118-у); журнал витаминизирования блюд.

Медицинская сестра под руководством врача осуществляет контроль за санитарно-гигиеническим состоянием школы, в этом принимает участие и администрация школы и врачи санэпидслужбы.

Нормативы санитарно-гигиенического состояния:

Площадь на 1 учащегося:

1 – 8 класс – 1,25 м²

9 – 10 класс – 1,4 м²

Контроль освещенности:

Освещение естественное – световой коэффициент 1 : 4 до 1 : 5

Освещение искусственное – 150 люксов на рабочей поверхности в классах (что соответствует 48 ватт на 1 м² при лампах накаливания).

Температура воздуха:

В классах - 18°С, в лаборатории и актовом зале - 16°С, гимнастический зал – 14-16°С

Кратность проветривания:

Открываемые части окна (формуги, форточки) в каждом помещении по своей площади должны соответствовать 1/50 площади пола. Проветривание необходимо проводить в течение 30-60 мин., а также через каждые 45 мин. В течение 5-10 мин.

Контроль за санитарно-гигиеническим состоянием пищеблока:

- Контроль за отсутствием перекрестов в технологических процессах обработки сырой и готовой продукции;
- Контроль за использованием, соответствие маркировки кухонного инвентаря.

- Ведение бракеражных журналов для сырой и готовой продукции
- Контроль за выходом готовых блюд, проведение витаминизирования пищи.
- Контроль за состоянием здоровья сотрудников пищеблока (гноеродных заболеваний, диспепсических явлений), контроль за правилами хранения убор. инвентаря».

Одним из важных разделов работы медперсонала школы является организация и проведение противоэпидемических мероприятий: раннее выявление заболеваний, их изоляция, контроль за соблюдением карантинных, взятие на учет и наблюдение за детьми, бывшими в контакте с инфекционными больными, своевременное проведение дезинфекций;

В начале учебного года все школьники обследуются на гельминтов, при выявлении которых проводится соответствующее лечение. При высоком распространении заражения глистами (30% и больше) проводится поголовная дегельминтизация.

Организация режима и питания школьников.

Основным требованием при составлении режима дня следует считать соответствие умственного и физического труда возрастным возможностям детей.

При составлении расписания уроков необходимо учитывать, что наиболее высокая работоспособность отмечается у учащихся младших классов на 1-2 –х уроках, а у учащихся средних и старших классов на 2-3-х уроках. Утомление оказывается уже значительно выраженным у младших школьников к 3-4-му уроку, а у старших – к 5-6-му.

Поэтому предметы, требующие усиленной умственной работы должны планироваться в основном на 2 и 3-ем уроках. В течение недели снижение работоспособности отмечается вначале (вработывание) и в конце недели – это так же надо учитывать при составлении расписания.

Продолжительность урока в средней школе – 45 мин., продолжительность перемены между уроками 10 мин., большой перемены (после 2-го урока) – 30 мин., вместо одной большой допускается после 2 и 3-го уроков перемены по 20 мин. каждая. Школьный врач и медсестра должны контролировать организацию отдыха и переменах – нельзя использовать перемены для проведения различных учебно-воспитательных мероприятий, связывающих инициативу детей и не способствующих их отдыху.

Возрастные физиологические нормы предусматривают определенную продолжительность различных элементов режима:

Приготовление уроков: 1 класс – 1 час

2 класс - 1,5 часа

3 – 4 классы – не более 2 часов

5 – 6 классов – не более 2,5 часов

7 класс - не более 3 часов

8 – 10 классы – не более 4 часов

Продолжительность прогулки на свежем воздухе:

1 – 4 класса – не менее 3 – 4 часов

средние и старшие школьники – не реже 2 – 3 часов

Суточная продолжительность сна:

В 7 – 8 лет составляет – 11,5 часов

9 – 11 лет -«- 10,5 часов

12 – 13 лет -«- 10 часов

14 лет -«- 9,5 часов

15 лет -«- 9 часов

Существенным элементом в режиме дня школьников является правильное питание. Учащиеся должны получать горячий завтрак, калорийность которого должна составлять примерно 20% ежедневного суточного рациона учащегося и по составу пищевых ингредиентов должны включать:

Младшие школьники: 12 – 16 г.Б	старшие школьники: 15 – 20 Б
12 – 16 г. Ж	15 – 20 Ж
50 – 80 г. У	75 – 100 У

Кроме того усилиями медицинского персонала и администрации школы могут быть организованы бесплатные «витаминовые столы» (дача молока, соков детям ослабленным, имеющим хронические заболевания) и диетпитание для «Д» больных с различными группами болезней (ЖКТ, аллергические, почечные и т.д.)

Медицинские работники школы участвуют в разработке меню, следят за его выполнением, контролируют качество поступающих продуктов, условия их хранения и соблюдения правильности технологического процесса приготовления пищи. М/сестра контролирует вкусовые качества пищи путем ежедневного снятия проб, заносит эти данные в бракеражный журнал, проводит забор «суточных проб». Не реже одного раза в 10 дней проводится подсчет общей калорийности пищи и пищевых ингредиентов.

Медицинские работники школы должны требовать выполнение санитарных правил по уборке помещений, мытье посуды, хранение отходов, выполнение правил личной гигиены, прохождение персоналом проф. осмотров.

Контроль за физическим воспитанием и трудовому обучению.

Важным условием для правильного проведения физического воспитания исключительно является осуществление врачебного контроля за ним.

Врачебный контроль включает следующие разделы:

1. Систематическое проведение динамических наблюдений за здоровьем и физическим развитием детей с целью определения группы занятий физкультурой, для допуска к занятиям в спортивных секциях, участия в туристических подходах и соревнованиях.

2. Врачебно-педагогические наблюдения за уроками физкультуры, физкультурными паузами, секционными занятиями и соревнованиями для проверки методики проведения занятий и их содержания.

3. Санитарно-гигиеническое наблюдение за местами и условиями проведения занятий по физкультуре.

4. Наблюдение за занятиями спец. групп по физкультуре

5. Профилактику травматических повреждений и оказание первой помощи пострадавшим.

При проверке проведения урока или занятия в секциях следует определять:

1) Соответствуют ли физические упражнения и нагрузка возрасту и силе занимающихся, выполняются ли назначения врача (распределение на группы).

2) Достаточна ли дисциплина на уроке.

3) Следит ли педагог за осанкой и дыханием детей.

4) Правильно ли используются снаряды

5) Проводится ли страховка при упражнениях на снарядах.

6) Достаточно ли правильны, понятны объяснения педагога.

7) Соблюдаются ли гигиенические требования проведения занятия.

Физиологическую кривую урока можно определить путем учета реакций со стороны пульса, частота которого подсчитывается у 4 – 5 школьников на уроках физкультуры до начала занятий и в конце каждой части урока: вводной (15-20 мин), основной (25-30 мин) и заключительной (3-5 мин). На основании полученных данных составляется физиологическая кривая нагрузки.

Кроме того, определяется при помощи секундомера плотность занятий, которая должна быть не ниже 60% с изменением в сторону увеличения при неб. нагрузке (до 80%) и уменьшении – при интенсивной нагрузке.

Плотность занятий вычисляется по формуле:

$$\frac{\text{Истинное время упражнений} \times 100}{\text{Продолжительность всего занятия}}$$

Важным разделом занятия работы школьного врача является оказание школьникам старших классов помощи в выборе профессии в соответствии с их состоянием здоровья, т.е. работа по врачебной проф. ориентации. Профессиональная ориентация – это система совместной работы школы, семьи, предприятий, направленная на формирование и развитие интересов у школьников к выбору профессии в соответствии с состоянием их здоровья, способностями, склонностями.

Работа по проф. ориентации начинается с 5 кл. и длится в течение всего времени обучения в школе. Для правильного проведения проф. консультации крайне важно высокое качество и полнота медицинского освидетельствования подростков, на основании чего необходимо рекомендовать подростку наиболее соответствующую его здоровью, интересам и склонностям профессию, а не ограничиваться лишь указаниями на противопоказанные ему профессии.

В отношении здоровых подростков врачебная проф. консультация должна способствовать выбору такой профессии, которая наилучшим образом соответствовала бы их способностям, наклонностям и психофизиологическим особенностям организма.

При проведении проф. консультации врач руководствуется «Перечнем медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению подростков (по группам профессий) МЗ СССР.

Разрешение на участие в массовых спортивных мероприятиях, кроссах, шахматах выдается на основании данных углубленного осмотра. Разрешение на участие в соревнованиях вне школы по всем остальным видам спорта выдается после дополнительного медицинского осмотра. При проведении соревнований, врач входит с состав судейской коллегии на правах зам. главного судьи.

Перед началом соревнований врач обязан:

А) проверить наличие мед заключения о допуске к соревнованию каждого участника,

Б) проверить состояние спецоборудования (с точки зрения безопасности для здоровья участников),

В) осуществлять контроль за общими гигиеническими условиями и режимом проведения соревнований.

Медицинские работники систематически посещают уроки труда, контролируют выполнение гигиенических требований при их организации, соблюдение правил техники безопасности.

Медсестры снабжают необходимыми медикаментами аптечки в слесарных, столярных мастерских и кабинетах домоводства.

Участие школьных врачей в передаче подростков во взрослую поликлинику.

Освобождение от выпускных экзаменов.

Школьники, достигшие 15 летнего возраста подлежат передаче в подростковый кабинет взрослой поликлиники. Эта работа осуществляется участковым врачом совместно с врачом школы. Участие школьного врача в этой работе выражается в написании кратких эпикризов на школьников 8 классов (с указанием результатов осмотра специалистами) – которые отправляются в детскую поликлинику по месту жительства ребенка.

Школьный врач принимает активное участие в освобождении учащихся от переводных и выпускных экзаменов, который проводится на основании заключения мед. комиссии (ВКК) и решение педсовета школы.

Тем учащимся, которые не могут сдавать переводные экзамены весной, экзамены переносятся на осень (с 20 – 31 августа).

Освобождение от выпускных экзаменов фиксируется в ф № 26 «Индивидуальная карта ребенка» , Ф.№ 25-у «Вкладной лист на подростка к мед. карте», а так же в ф. 286, ф. 25, а от переводного экзамена ф. № 26, и ф. № 112.

Инструкция о передаче подростков, достигших 15-ти летнего возраста и медицинской документации на них из детских поликлиник в поликлиники для взрослых.

1. Передача подростков, достигших 15-летнего возраста, в поликлинику для взрослых проводится по графику и в сроки, утвержденные главным врачом (отделения) для взрослых, согласованному с главным врачом детской поликлиники (отделения больницы).

2. Для передачи подростков, достигших 15-летнего возраста, создаются медицинская комиссия, которая утверждается приказом главного врача поликлиники (отделения) для взрослых в составе: председателя – главного врача городской поликлиники для взрослых; членов комиссии: подросткового врача (или врача, ответственного за работу с подростками) и врачей-специалистов соответствующего профиля (хирурга, окулиста, невропатолога, отоларинголога, психиатра) городской поликлиники для взрослых и заведующего педиатрическим отделением.

Передача подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний или имеющих какие-либо заболевания к моменту передачи, проводится с участием врача-специалиста соответствующего профиля.

Комиссия осматривает диспансерную группу больных подростков и оценивает полноту и качество оформления предоставленной медицинской документации (переводного эпикриза, учетные формы № 112-у, 026-у, 025-у).

3. здоровые подростки передаются врачу-терапевту (или врачу ответственному за работу с подростками) передача оформляется отдельным списком с приложением переводных эпикризов.

4. Результаты передачи подростков и медицинской документации на них оформляются актом передачи и составленного именованного списка.

5. Медицинская документация (переводной эпикриз) на подростков, достигших 15-летнего возраста, передается врачу-специалисту поликлиники для взрослых по именованному списку с указанием диагноза заболевания на момент передачи или отметки «здоров».

СХЕМА Диспансерного наблюдения учащихся общеобразовательных школ.

Учащиеся подлежащие «Д» наблюдению	Частота осмотров специалистами	Особое внимание обращается не:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности Диспансеризации, снятие с учета
1-й класс	Педиатр в конце учебного года и стоматолог 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям	Организацию школьного и домашнего режима. Внешкольная нагрузка, питание, быт. Состояние внутренних органов. НП и ФР, наличие нарушения осанки, понижения остроты зрения и слуха, кариеса зубов, дефектов речи, прикуса.	Антропометрия и проверка остроты зрения	Соблюдение гигиенического режима в школе и дома, питания, физвоспитания, закаливания, подвижных игр, туризма и пр. Лечение выявленной патологии	Показатели НПР, работоспособность, степень усвоения учебной программы. Частота заболеваний
2-ой класс	Педиатр, стоматолог 21 раз в год, др. специалисты по показаниям	Тоже	Тоже + анализ кала на я/глист, др. исследования (обследования) по показаниям	Тоже	Тоже
3-й класс	Педиатр, окулист, невропатолог, отоларинголог, хирург, ортопед и др. специалисты по показаниям в конце уч. года.	Тоже + степень усвоения программы начальной школы	Анализ крови, Нв, лейкоциты, сахар, СОЭ, кала на я/глист, др. обследования по показаниям. Антропометрия и проверка остроты зрения.	Тоже	Тоже
4-й класс 5-й класс	Педиатр, стоматолог 1 раз в год. Другие	Тоже	Анализ кала на я/глист, др.	Тоже	Тоже

	специалисты по показаниям		обследования по показаниям. Антропометрия и проверка остроты зрения		
6-й класс	Педиатр, окулист, невропатолог, хирург, отоларинголог, ортопед, др. специалисты по показаниям	ФР, состояние органов зрения, слуха, АД, осанка, определение пригодности к той или иной профессии	Антропометрия Анализ крови на Нв, лейкоциты, СОЭ, кал на я/глист, измерение АД, др. обследование по показаниям. Проверка остроты зрения	Соблюдение сан. Гигиенич. Условий среды, рациональная организация учебной и труд. Деятельности, режима дня, физвоспитания. Санация полости рта и носоглотки. Лечение выявленной патологии.	Тоже удовлетворительная адаптация к той или иной профессии
7-й класс	Педиатр, стоматолог 1 раз в год, др. специалисты по показаниям	Организация школьного и домашнего режима. Внешкольные нагрузки, питание, быт. Состояние внутренних органов. ПНР, ФР, состояние органов слуха, зрения, возрастное-половое развитие и АД, профессиональную ориентацию	Антропометрия и проверка остроты зрения. Анализ кала на я/глист	Тоже	Тоже

8-й класс	Педиатр, окулист, отоларинголог, хирург, ортопед, стоматолог, невропатолог, осмотр девочек гинекологом. Др. специалисты по показаниям. Подготовка к передаче в подростковый кабинет	Тоже	Анализ крови, Нв, эритроцитов, СОЭ, определение группы крови, реакция на свертываемость резус-фактор, наблюдение за динамикой АД. Антропометрия и проверка остроты зрения		
-----------	--	------	---	--	--

Примерная схема эпикриза подростка

Поликлиника № _____ Дата заполнения _____

Фамилия, Имя, Отчество _____

День, месяц, год рождения _____

Пол: муж, жен., адрес _____

Участок № _____ школа _____ класс _____

Находится под наблюдением поликлиники с _____

Родился: доношенным, с родовой травмой, асфиксией, реус-конфликт (подчеркнуть)

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Отставал в развитии движений, речи, интеллекта (указать возраст) _____

Перенес: корь, скарлатину, вент. оспу, коклюш, б. Боткина, дизентерию, др. инфекционные заболевания _____

Перенес пневмонию 1,2,3 и более раз. Последний раз (указать дату) _____

Частые респираторные заболевания и грипп (4 и более раз в год) _____

Последний раз _____ Ангины 1,2,3 и более 3 раз в год _____

Последний раз _____

Перенес операции (какие, когда) _____

Перенес травмы и их последствие (какие, когда) _____

В течение последних двух лет находился в стационаре (когда) с диагнозом _____

Состоял на диспансерном учете у окулиста, отоларинголога, хирурга, ортопеда, ревматолога, педиатра, психоневролога _____

С _____ по _____ с диагнозом _____

Наблюдался и лечился регулярно, снят с учета по выздоровлению.

В настоящее время состоит на диспансерном учете у окулиста, отоларинголога, хирурга, ортопеда, психоневролога, ревматолога, педиатра _____

с диагнозом _____

Занимается спортом в спортивной секции (указать вид спорта) _____

Вредные привычки _____

Прошел углубленный осмотр _____ 20 _____ г.

Вес _____ рост _____ окружность грудной клетки _____

АД _____

Половое развитие Ах Р Ма Ме

Диагноз: _____

Физическое развитие: _____

Медицинская группа для занятий физкультурой _____

Ограничения профессиональной пригодности: не имеет, имеет (указать какие) _____

Рекомендации: _____

На всех детей, состоящих на диспансерном наблюдении (форма №30), врач составляет дополнительный эпикриз, в котором указывается динамика заболевания, проведенное лечение и оздоровительные мероприятия, их эффективность и дальнейшие рекомендации.

Табл. Примерные сроки возобновления занятий физическими упражнениями после некоторых острых заболеваний.

Название болезни	Сначала посещения учебного заведения	Примечание
Ангина	2-4 недели	В последующий период опасаться охлаждения (лыжи, плавание)
Бронхит, острый катар верхних дыхательных путей	1-3 недели	
Острый отит	3-4 недели	
Пневмония	1-2 месяца	
Плеврит	1-2 месяца	
Грипп	2-4 недели	
Острые инфекционные заболевания	1-2 месяца	При удовлетворительных результатах функциональной пробы сердца (20 приседаний)
Острый нефрит	2 месяца	
Гепатит инфекционный	8-12 месяцев	
Аппендицит (после операции)	1-2 месяца	
Перелом костей конечностей	1-3 месяца	Обязательно продолжение лечебной гимнастики, начатой в период лечения
Сотрясение мозга	2 месяца и более до года	В зависимости от тяжести и характера травмы

Диспансеризация больных детей – школьников

В школе на детей, состоящих на «Д» учете заводится ф № 30, «Д» наблюдение подлежат школьники:

1. С заболеваниями сердечно-сосудистой системы:
 - а) больные ревматизмом и угрожаемые по ревматизму,
 - б) с врожденными пороками сердца,
 - в) с сосудистыми дистониями по гипертоническому и гипотоническому типам.
2. С хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания:
 - а) хроническая пневмония,
 - б) бронхиальная астма.
3. Больные хроническими заболеваниями ЛОР органов:
 - а) Хронический тонзиллит,
 - б) хронический средний отит,
 - в) хронический синусит,
 - г) хронический ларингит, фарингит
 - д) тугоухость и др.
4. С хроническими заболеваниями почек, печени и желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта.
5. С различными эндокринными заболеваниями, в т.ч. с экзогенно-конституциональным ожирением, с ранним половым и физическим развитием, высокорослостью (превышающие средневозрастные показатели более чем на 2 сигмы), адипозогенитальной дистрофией и др.
6. С патологией зрения:
 - а) миопия всех степеней,
 - б) косоглазие,
 - в) гиперметропия без косоглазия,
 - г) прободные ранения глазного яблока и тупые травмы III ст. и др.
7. С заболеваниями и дефектами опорно-двигательного аппарата, в том числе:
 - а) сколиозы всех степеней и нарушение осанки,
 - б) плоскостопие,
 - в) спастические параличи, парезы,
 - г) последствия полиомиелита и др.
8. Часто болеющие (три и более раз в год, в т.ч. ОРЗ, гриппом, ангиной и др.), с пониженной работоспособностью, отстающие в физическом развитии.
9. Реконвалесценты.
10. С отклонениями в нервно-психическом развитии, в том числе школьники с астеническими состояниями.
11. Контактные по туберкулезу и инфицированные туберкулезом.
12. С заболеваниями крови.

Частота наблюдения за школьниками, взятыми на «Д» учет должна быть индивидуальной в зависимости от тяжести и течения патологического процесса, но не должна быть реже 1 раза в 3 мес.

Школьный врач проводит «Д» наблюдение в тесной преемственности с врачами-специалистами поликлиники и с участковыми врачами: от уч. врача ребенок приносит справку – с указанием результатов проведенного лабораторного обследования, указанием даты следующей явки рекомендованных лечебных мероприятий – эти данные переносятся в школьную ф. № 30.

Большая часть лечебно-оздоровительных мероприятий на протяжении учебного года пороводится непосредственно в школе (УВЧ, УФО, смазывание миндалин р-ром Люголя, фитотерапия, поливитамины; организация дополнительного питания для ослабленных детей, диетического питания и т.д.) Школьный врач и м/с организуют все мероприятия по оздоровлению школьников с пониженной остротой зрения, нарушениями опорно-двигательного аппарата – организуют правильное рассаживание детей за партами и столами.

Мед. сестра школы проводит повседневный учет заболеваемости.

Учитываются все обращения за медицинской помощью к школьному врачу (регистрируются в специальном журнале – не зависимо от жалоб и характера заболевания), отдельно учитываются все инфекционные и неинфекционные заболевания, перенесенные школьниками.

Ежемесячно проводится анализ обращаемости (по нозологическим формам, жалобам, классам) – результаты используются для проведения совместно с администрацией школы необходимых профилактических мероприятий.

Углубленные осмотры.

Углубленные осмотры проводятся по утвержденной схеме.

На основании анализа результатов углубленного осмотра составляется заключение о состоянии здоровья школьника, определяется мед. группа для занятий физкультурой, даются соответствующие трудовые рекомендации, назначаются лечебно-оздоровительные мероприятия.

Результаты углубленного осмотра и план лечебно-профилактических мероприятий заслушивают и обсуждаются на педагогическом совете школы. Классные руководители получают от м/с школы списки детей, имеющие отклонения в соответствии здоровья с указанием назначенных им лечебно-оздоровительных мероприятий (листы здоровья класс).

Результаты углубленного осмотра подаются также зав. ДШО детской поликлиники (распределение школ по группам здоровья, общее число осмотренных, характер и численность выявленной патологии и т.д.)

Школьный травматизм

Причины школьного травматизма различны, но условно их можно разделить на две группы. Первую группу составляют причины внешнего характера, вторую группу – причины, зависящие непосредственно от учащегося.

К первой группе относятся:

- недостаточный инструктаж педагогического персонала по охране труда;
- небрежное и невнимательное отношение преподавателей к обучению школьников безопасным приемам работы;
- недостаточный контроль соблюдения инструкций по охране труда;
- технические причины (отсутствие ограждающих устройств, неисправность оборудования и др.);
- несвоевременное и неквалифицированное расследование причин несчастных случаев;
- слабая организация дежурства учителей и учащихся по школе;
- недостатки воспитательной работы в вопросах соблюдения правил поведения, сплоченности ученического коллектива;
- слабое и несистематическое взаимодействие с родителями учащихся по вопросам профилактики травматизма в быту и на улице.

Ко второй группе относятся:

- недисциплинированность учащихся;
- нарушение учениками правил и инструкций по охране труда;
- психологические и физиологические причины (недостаточное внимание, ослабление памяти, болезнь, утомление, связанное с ослаблением самоконтроля учащимся своей деятельностью).

Причины увеличения числа бытовых и уличных травм среди учащихся различны. С одной стороны, это неудовлетворительные социально-экономические условия жизни и недостаточная работа городских специальных служб, с другой стороны, – малоэффективная педагогическая работа по воспитанию навыков культуры поведения учащихся.

Анализ причин травматизма показывает, что большинство несчастных случаев связано:

- с нарушением правил эксплуатации оборудования;
- с недостаточным контролем создания здоровых и безопасных условий труда в классах, кабинетах, мастерских со стороны органов образования, руководителей учреждений;
- с привлечением к работе плохо обученного в области охраны труда учебно-педагогического персонала;
- с нарушениями трудовой и производственной дисциплины.

Охрана труда в школе должна быть организована так, чтобы заранее исключить возможные неблагоприятные последствия учебно-воспитательного процесса. Осуществляемые меры по выполнению требований правил и инструкций должны носить предупредительный, профилактический характер. Выполнение требований правил по технике безопасности учителями школ, заведующими кабинетами и руководителями школ является обязательным условием в работе по организации безопасных и здоровых условий труда работающих, а также при проведении занятий с учащимися в учебных мастерских, кабинетах химии, физики, электротехники, биологии, спортивных залах и в процессе других учебно-воспитательных занятий.

Задания для самостоятельной работы:

Ответьте на тестовые задания.

Укажите один правильный ответ:

1. Дети с некоторыми функциональными и морфологическими отклонениями, сниженной резистентностью относятся к группе здоровья:

- 1) Первой.
- 2) Второй.
- 3) Третьей.
- 4) Четвертой.

2. Часто и длительно болеющими считаются дети:

- 1) Болевшие 4 и более раз в году и более 25 дней по одному заболеванию.
- 2) Болевшие 5 и более раз в году и более 30 дней по одному заболеванию.
- 3) Болевшие 5 и более раз в году и более 25 дней по одному заболеванию.

Укажите все правильные ответы:

3. Наиболее информативны в старшем школьном возрасте (14-17 лет) следующие показатели биологического развития

- 1) длина тела
- 2) годовая прибавка длины тела
- 3) число постоянных зубов
- 4) изменение пропорций телосложения
- 5) степень развития вторичных половых признаков

4. Установите соответствие:

Виды деформаций позвоночника:	Характеристика деформаций:
1.Сколиоз	а) Искривление позвоночника выпуклостью кзади
2.Лордоз	б) Искривление позвоночника выпуклостью вперед
3.Кифоз	в) Искривление позвоночника во фронтальной плоскости

5. Эффективность оздоровления ребенка и подростка оценивают:

1) по комплексу показателей физического развития и динамики физической подготовленности, по показателям заболеваемости по обращаемости, наличию патологических отклонений и хронических заболеваний

2) по изменению функциональных резервов и показателей физического развития, наличию, частоте и длительности заболеваний с временной утратой трудоспособности, наличию хронических очагов инфекции, по коэффициентам патологической пораженности.

3) по изменению показателей физического развития, физической подготовленности и функционального состояния организма, наличию, частоте и длительности заболеваний с временной утратой трудоспособности, наличию обострений хронических заболеваний.

6. Анализ распределения детей по группам здоровья имеет значение

1) для назначения индивидуальных рекомендаций по лечению и профилактике заболеваний

2) для индивидуального нормирования физической и умственной нагрузки

3) для оценки состояния здоровья коллектива

4) для выявления группы риска развития заболеваний

5) для оценки динамики состояния здоровья коллектива

Укажите один правильный ответ:

7. Основные причины миопии у школьников

1) выполнение зрительной работы на близком расстоянии.

2) недостаточное освещение.

3) наследственность.

4) неправильная рабочая поза.

5) изменение трофики прямых мышц глаза.

6) мелкий шрифт книг и учебников

7) все перечисленное

8. Углубленные медицинские осмотры детей в школе проводятся:

1) 1 раз в год

2) 2 раза в год

3) 3 раза в год

4) кратность зависит от возраста ребенка

9. Наиболее чувствительными к воздействию факторов окружающей среды являются дети и подростки

1) с утренним типом биоритмальной кривой

2) с вечерним типом биоритмальной кривой

3) с аритмичным типом биоритмальной кривой

4) с инвертированным типом биоритмальной кривой

10. Ведущим показателем, характеризующим соответствие нервно-психического развития возрасту для детей школьного возраста, является

- 1) развитие моторики
- 2) развитие речи
- 3) появление сюжетных игр
- 4) появление ролевых игр
- 5) развитие интеллекта

11. При правильном рассаживании учащихся в классе учитывается

- 1) длина тела учащегося, состояние органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям
- 2) длина тела учащегося, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость
- 3) длина тела учащегося, заболевание органов слуха и зрения, склонность к простудным заболеваниям, успеваемость, желание учащегося

Укажите все правильные ответы

12. Группы риска нарушения адаптации к условиям систематического обучения включают

- 1) леворуких детей
- 2) гиперактивных детей с дефицитом внимания
- 3) медлительных детей
- 4) детей, не достигших 7 лет к началу обучения
- 5) детей с высоким уровнем тревожности

13. Признаками утомления детей и подростков являются

- 1) снижение продуктивности труда
- 2) вначале – ослабление внутреннего торможения, а затем усиление
- 3) вначале – усиление внутреннего торможения, а затем ослабление
- 4) появление астено-невротических реакций
- 5) ухудшение регуляции физиологических функций

14. Отбор детей 6-летнего возраста для систематического обучения в школе должен производиться с учетом

- 1) морфо-функциональной зрелости организма
- 2) пола
- 3) состояния здоровья
- 4) возраста
- 5) желания родителей

Укажите один правильный ответ

15. Гигиеническая рациональность организации урока определяется по следующим показателям

- 1) плотности урока
- 2) количества, продолжительности и чередования видов деятельности

- 3) количества видов преподавания
- 4) применению ТСО
- 5) психологическому климату на уроке
- 6) наличие физкультурных минуток
- 7) чередованию позы учащегося
- 8) все перечисленное

16. Занятия с учащимися подготовительной группы физического воспитания организуются:

- 1) вместе с основной по той же программе, но без сдачи нормативов
- 2) вместе с основной, по той же программе, но со снижением нагрузки и без сдачи нормативов
- 3) вместе с основной, но по своей программе
- 4) вне сетки расписания, по своей программе.

Укажите все правильные ответы

17. Основными направлениями оптимизации условий обучения в школе и снижения «школьной» заболеваемости являются

- 1) кондиционирование воздуха
- 2) «пульсирующий» режим проветривания классов
- 3) оптимизация светового режима школы
- 4) оптимизация цветового интерьера оформления школьных зданий и учебного оборудования
- 5) соблюдение эргономических требований к мебели и оборудованию школ

18. Распределение школьников на основную, подготовительную и специальную группы осуществляется с учетом

- 1) пола
- 2) состояния здоровья
- 3) физической подготовленности
- 4) желания учащегося и его родителей
- 5) штатного расписания преподавателей физкультуры

19. Перевод учащегося из специальной медицинской группы в подготовительную осуществляется на основании

- 1) течения основного заболевания
- 2) результатов выполнения нормативов физической подготовленности
- 3) результатов функциональных проб
- 4) желания ребенка или его родителей
- 5) успеваемости по физической культуре

20. К мерам профилактики травматизма во время занятий по физической культуре относятся

- 1) соответствие характера и организации физических упражнений возрасту, полу и состоянию здоровья учащихся

- 2) правильная организация разминки во время занятия
- 3) подбор оборудования в соответствии с морфо-функциональными особенностями учащихся
- 4) исправность оборудования
- 5) создание оптимальных санитарно-гигиенических условий
- 6) обеспечение учащихся спортивной одеждой и обувью
- 7) проведение инструктажа по технике безопасности

Эталоны ответов

1-2	2-3	3-3,4,5	4- 1в,2б,3а	5-3	6-3,4,5	7-7	8-1	9-1	10-5
11-1	12- 1,2,3,5	13- 1,2,5	14-1,3	15-8	16-2	17- 2,3,4,5	18-2,3	19-1,3	20- 1,2,3,4,5,6,7

Задача №1

Оцените соматотип и гармоничность физического развития ребенка центильным методом, если длина тела попадает в коридор 2, масса тела - коридор 3, окружность грудной клетки - коридор 4

Мезосоматический	Микросоматический	Макросоматический
Гармоничное	Дисгармоничное	Резко дисгармоничное

Задача №2. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка диагностировано: сутуловатая осанка. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес 3 ОРВИ.

Задача №3. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка хронических заболеваний и морфо-функциональных отклонений не выявлено. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес ОРВИ, ветряную оспу, коревую краснуху.

Задача №4. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка диагностировано: хронический гастрит в стадии обострения. Физическое развитие соответствуют возрасту, дисгармоничное за счет дефицита массы тела. психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес 3 ОРВИ, парагрипп.

Задача №5. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка хронических заболеваний и морфо-функциональных отклонений не выявлено. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес 3 ОРВИ, парагрипп, острую катаральную ангину.

Задача №6. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка хронических заболеваний и морфо-функциональных отклонений не выявлено. Физическое развитие отстает от паспортного возраста, гармоничное. Психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес пневмонию, коревую краснуху, острый катаральный отит.

Задача №7. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка диагностировано: хронический тонзиллит, декомпенсированная форма. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес 4 острые фолликулярные ангины, грипп, паратонзиллярный абсцесс.

Задача №8. Отметьте, к какой группе здоровья относится ребенок.

При врачебном осмотре с участием специалистов у ребенка диагностировано: бронхиальная астма в стадии клинической и лабораторной ремиссии. Физическое и психическое развитие соответствуют возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес 2 ОРВИ, парагрипп.

Занятие №15. *Неспецифическая и специфическая профилактика инфекционных заболеваний у детей в дошкольных учреждениях и школе*

Мотивация темы: определение школьной зрелости ребенка имеет большое значение для дальнейшей адаптации его к школьным нагрузкам, т.к. несоответствие ребенка по психофизиологическим критериям или уровню биологического развития неизбежно приводит к затруднениям в усвоении школьной программы, снижению резервных сил организма и ухудшению состояния его здоровья. В соответствии с этим в программу подготовки студентов-педиатров включено изучение вопросов врачебного контроля при подготовке детей к поступлению в школу.

Цель деятельности студентов на занятии:

Изучить тактику и методы профилактики инфекционных заболеваний в детских дошкольных коллективах и школах и методы противоэпидемической работы.

Студент должен:

знать:

- Основные звенья эпидемического процесса.
- Инкубационный период, сроки карантина при различных инфекционных заболеваниях.
- Виды и способы дезинфекции.
- Дезинфицирующие средства, их хранение, приготовление рабочих растворов.
- Меры, направленные на повышение невосприимчивости ребенка к инфекции - экстренная активная и пассивная иммунизация.
- Механизм развития и проявления эпидемического процесса при кишечных, воздушно-капельных инфекциях, вирусных гепатитах.
- Индивидуальный календарь прививок.
- Санитарно-просветительная работа и ее значение в борьбе с инфекционными заболеваниями.
- Технология приготовления пищи, мытья посуды, сроки реализации продуктов и готовой пищи в детских учреждениях.
- Сроки прохождения персоналом детских учреждений медицинских профилактических осмотров.
- Функциональные обязанности врача ДДУ и школы по профилактике инфекционных заболеваний
- Сроки выписки и правила допуска детей, перенесших инфекционное заболевание, контактировавших с ним, в ДДУ, школы.
- Меры по осуществлению карантина при инфекционных заболеваниях в условиях ДДУ и школы.

уметь:

- Обосновать диагноз инфекционного заболевания на основании клинических и эпидемиологических данных.
- Провести забор материала при кишечных, воздушно-капельных инфекциях и вирусных гепатитах.
- Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе.
- Выписать рецепты.
- Наметить план профилактических мероприятий в очаге кишечных, воздушно-капельных инфекций, вирусных гепатитов.
- Провести текущую и заключительную дезинфекцию в очаге кишечных, воздушно-капельных инфекций, вирусных гепатитов.
- Составить индивидуальный план профилактических прививок.

- Оформить медицинскую карту ребенка (ф.26/у) с особенностями заполнения ее на инфекционного больного.
- Заполнить экстренное извещение (ф.158/у), журнал регистрации инфекционных заболеваний (ф.160/у).
- Оформить направление для стационарного лечения, в бактериологическую лабораторию.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

- Что такое иммунопрофилактика?
- Виды вакцин.
- Что такое вакцинный процесс?
- Факторы, влияющие на выработку и длительность поствакцинального иммунитета.
- Правила хранения препаратов, используемых для активной и пассивной иммунизации.
- Обязанности медсестры прививочного кабинета.
- Документация для регистрации профилактических прививок.
- Сроки и правила вакцинации.
- Показания и противопоказания к проведению профилактических прививок.
- Причины возникновения поствакцинальных реакций и осложнений.
- Принципы терапии и профилактики поствакцинальных осложнений.
- Санитарно-эпидемиологический режим детских учреждений.
- Обязанности врача при заносе инфекции в детское дошкольное учреждение и школу.
- Что такое карантин?
- Что такое факторы передачи инфекции?
- Виды и способы дезинфекции.
- Назовите основные мероприятия, направленные на предотвращение заноса инфекционных заболеваний в ДДУ, школу.
- Требования, предъявляемые к персоналу при приеме на работу в ДДУ, школу.
- Основные противоэпидемические мероприятия в ДДУ, доме ребенка, школе.
- Обязанности врача и среднего медицинского персонала в ДДУ, школе.
- В чем заключается контроль медперсонала за состоянием здоровья работающих в ДДУ, школе?
-

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
4. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
5. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
7. Здоровый образ жизни в системе профилактики заболеваний у школьников: Информационное письмо. – Казань, 2000.
8. Приказ № 69 МЗ РФ, 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
9. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Хронокарта учебного занятия:

• переключка	5 мин
• проведение контроля базисных знаний	40 мин
• перерыв	15 мин
• разбор узловых вопросов темы	45 мин
• перерыв	15 мин
• практическая часть (работа на приеме)	2 часа
итоговый тестовый контроль	15 мин.

Блок информации

Профилактика инфекционных болезней основывается на учете их эпидемиологических закономерностей. Распространение инфекций среди детей возможно при наличии трех звеньев эпидемической цепи (источника, механизма

передачи, восприимчивого макроорганизма). Следовательно, профилактические мероприятия необходимо проводить по этим трем направлениям. Они состоят из организационных мер (изоляция, карантин), специальных санитарных мероприятий (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и профилактики (специфической и неспецифической).

Профилактика инфекционных болезней включает систему мероприятий, направленных на охрану здоровья детей, населения в целом. Важное значение в профилактике инфекций имеют общие санитарно-гигиенические меры, проводимые систематически, независимо от эпидемической ситуации. Они включают благоустройство населенных пунктов, снабжение населения доброкачественной питьевой водой, организацию питания и торговли, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы в детских дошкольных учреждениях, школах, поликлиниках и больницах.

Общее руководство профилактической и противоэпидемической работой осуществляют районные и городские центры санитарно-эпидемиологического надзора.

Организационные профилактические и противоэпидемические мероприятия начинают с изоляции инфекционного больного (источника) и регистрации заболевания. Источник инфекции изолируют в стационаре или на дому, где проводят лечение больных и носителей. В течение 24 ч направляют в ЦСЭН «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» (ф. 058/у). О заболевших и контактировавших с больным сообщают в детские учреждения, которые они посещают. Все сведения о данной категории лиц регистрируют в соответствующих журналах детских учреждений, поликлиник.

В очаге инфекции проводят эпидемиологическое обследование и противоэпидемические мероприятия, клинический осмотр и лабораторное обследование лиц, попавших в контакт. На лиц, бывших в контакте с больным, накладывают карантин. При одних инфекциях (корь, ветряная оспа, эпидемический паротит и др.) карантин имеет строго установленный срок, в других случаях его накладывают на период лабораторного обследования, которое позволяет решить вопрос о наличии или отсутствии у ребенка соответствующего возбудителя. При инфекционных болезнях, после перенесения которых, остается стойкий иммунитет, карантин накладывают только на детей, не болевших данным заболеванием (корь, эпидемический паротит, ветряная оспа и др.). Обязательно учитывают наличие в анамнезе профилактических прививок. Следовательно, для правильного определения контингента лиц карантинной группы необходимо учитывать данные эпидемиологического обследования, особенности инфекции, сведения о вакцинации и возраст детей.

При возникновении инфекционного заболевания в детском коллективе карантин накладывают на все учреждение или группу (класс), где выявлена

инфекция, в зависимости от нозологической формы, санитарно-эпидемического режима и планировки здания.

Карантин в детском учреждении предусматривает разобщение контактных детей с другими. На срок карантина прекращается прием в группу новых детей, перевод детей из карантинной группы в другие коллективы и учреждения. Во время карантина проводят постоянное медицинское наблюдение и лабораторное обследование детей и персонала.

С целью воздействия на пути распространения инфекций, вызываемых возбудителями, длительно сохраняющимися во внешней среде, проводят дезинфекцию-, при нестойких возбудителях, быстро погибающих вне организма (вирусы кори, краснухи, ветряной оспы), достаточно проветривания помещения. Текущую дезинфекцию применяют в очагах до госпитализации больного, а при лечении на дому — до выздоровления. Профилактическую дезинфекцию проводят систематически, планомерно в местах скопления людей, особенно при быстро сменяющихся группах (вокзалы, поезда, гостиницы, бани). Профилактической дезинфекции подвергают воду (хлорирование, кипячение), молоко (пастеризация). Для борьбы с рядом инфекций применяют дезинсекцию — уничтожение насекомых-переносчиков возбудителей (вши, мухи, клещи, комары) и дератизацию — уничтожение грызунов.

Мероприятия в отношении третьего, звена эпидемической цепи (макроорганизм) включают: формирование специфической невосприимчивости (иммунитета) и повышение неспецифической резистентности детей. Специфическая профилактика ряда инфекций достигается путем активной иммунизации. Важными факторами повышения неспецифической резистентности являются соответствующее возрасту питание, витаминизация пищи, закаливание (использование воздушных и водных процедур, физических упражнений).

Организация работы по проведению прививок базируется на:

- 1) полном и достоверном учете всех детей, проживающих на данной территории;
- 2) наличии медицинской документации на каждого ребенка (история развития ребенка — форма 112/у, карта профилактических прививок - форма 63/у, медицинская карта ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение или школу, - форма 26/у);
- 3) планировании профилактических прививок всем детям, подлежащим вакцинации, с учетом календаря профилактических прививок и существующих противопоказаний;
- 4) обеспечении лечебно-профилактических учреждений качественными вакцинными препаратами при соблюдении правил их транспортировки и хранения;
- 5) строгом учете детей, получивших прививки, а также не привитых в календарные сроки;
- 6) отчетности (месячной, квартальной, годовой).

Ответственным за организацию и проведение профилактической работы является руководитель учреждения (главный врач детской поликлиники, ЦРБ).

В обязанности школьного врача по осуществлению иммунопрофилактики входит:

1) осмотр ребенка перед каждой прививкой и дача разрешения на ее проведение. Перед проведением прививок необходимо тщательно осмотреть ребенка и провести термометрию. После введения вакцины необходимо обеспечить наблюдение за ребенком в течение 30-60 минут с последующим контролем его состояния в первые двое суток.

2) выявление и постановка на диспансерный учет (форма 030/у) детей с отягощенным анамнезом, определение группы риска по проведению иммунизации;

3) составление и реализация плана обследования и оздоровления детей из группы риска перед прививками;

4) составление совместно с врачом кабинета иммунопрофилактики индивидуального календаря прививок;

5) отбор детей для коллегиального решения вопросов иммунопрофилактики на заседании иммунологической комиссии;

6) регистрация в ЦГСЭН возникших необычных поствакцинальных реакций и осложнений, наблюдение и лечение за такими детьми на дому, госпитализация по показаниям.

Школьный врач совместно с медсестрой составляет месячные и годовые планы вакцинации, отчеты о проделанных прививках, контролирует технику выполнения прививок медсестрой, учитывает и анализирует необычные реакции на прививки, определяет противопоказания или временные отводы.

План профилактических прививок на очередной месяц формируется из прививочных карт детей:

а) подлежащих очередной иммунизации в соответствии с календарными сроками;

б) не привитых ранее в связи с медицинскими противопоказаниями или временным выбытием.

В прививочном кабинете рекомендуется вести следующую документацию:

1. журнал учета детей по годам рождения;
2. «Сетку количественного учета детей», проживающих на территории обслуживания прививочного кабинета;
3. форму 063/у на детей, посещающих дошкольные учреждения и школы, которую составляют в 2 экземплярах (один хранится в детском учреждении, второй — в прививочном кабинете);
4. месячный план профилактических прививок;
5. журнал медицинских отводов от профилактических прививок;
6. журнал учета временно выбывших детей;
7. журнал анализа выполнения плана профилактических прививок;
8. журнал учета прихода и расхода вакцин.

В каждом прививочном кабинете должны быть:

- 1) инструкции по применению вакцин;
- 2) инструктивно-методические рекомендации;
- 3) холодильник, специально предназначенный для хранения вакцин (в детских учреждениях вакцины не должны длительно храниться, а их количество должно соответствовать числу запланированных прививок);
- 4) тонометр;
- 5) термометр;
- 6) одноразовые шприцы;
- 7) электроотсос;
- 8) средства противошоковой терапии (адреналин, норадреналин, глюкокортикоиды, антигистаминные средства, сердечные гликозиды);
- 9) нашатырный спирт
- 10) этиловый спирт;
- 11) смесь эфира со спиртом или ацетон.

Перед введением вакцины необходимо тщательно проверить качество вакцинного препарата, его маркировку, целостность упаковки (ампулы, флакона).

Рекомендуемыми местами введения вакцины являются переднебоковая область верхней части бедра и дельтовидная мышца.

Не подлежат использованию вакцины:

- с несоответствующими физическими свойствами;
- с нарушением целостности ампул или флаконов;
- с неясной или отсутствующей маркировкой на ампуле (флаконе);
- сорбированные, хранившиеся или транспортировавшиеся с нарушением температурного режима, особенно подвергавшиеся замораживанию;
- живые (коровая, паротитная), подвергшиеся действию температуры выше 8°C (вакцина БЦЖ - 4°C).

Задания для самостоятельной работы:

Решите ситуационные задачи.

Задача №1

В медицинский кабинет школы обратился мальчик 8 лет с жалобами на головную боль, слабость, заложенность носа.

Со слов, ухудшение самочувствия почувствовал вчера вечером, когда появилось першение в горле, насморк, головная боль, не лечился. О наличии контакта с инфекционными больными не знает. Привит по возрасту.

При осмотре: температура 38,2°C, состояние средней тяжести, дыхание через нос затруднено, слизистые выделения из носа, зев гиперемирован, покашливает.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пальпируются шейные и подчелюстные лимфоузлы до 1,0 см. подвижные, б/б.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какова тактика школьного педиатра?

Занятие №16. *Организация летнего отдыха и санаторно-курортного лечения детей*

Мотивация темы: Одним из важных этапов реабилитации детей с хронической патологией является санаторно-курортное лечение с использованием естественных и преформированных физических факторов для оздоровления пациентов. В соответствии с этим в программу подготовки студентов-педиатров включено изучение вопросов оформления детей и подростков на санаторно-курортное лечение.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- комплексную оценку состояния здоровья детей;
- критерии оценки уровня биологического развития;
- основные задачи работы ВВК;
- правила отбора детей и подростков на санаторно-курортное лечение;
- показания и противопоказания к направлению детей в санаторий;

Студент должен уметь:

- собирать и оценивать анамнестические данные;
- провести антропометрическое исследование и оценить физическое развитие ребенка;
- дать оценку нервно-психического развития ребенка;
- определить комплексную оценку состояния здоровья;
- оценить уровень биологической зрелости и соответствие его паспортному возрасту ребенка;
- определить наличие у ребенка показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;
- оформить медицинскую документацию: справку для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма № 070/у), санаторно-курортную карту для детей (учетная форма №076/у), эпид.справку.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

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

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
4. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
5. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Каряева С.К. и др. Методика исследования больного ребенка. Учебно-методическое пособие для студентов. Владикавказ, 2010.
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».
7. Здоровый образ жизни в системе профилактики заболеваний у школьников: Информационное письмо. – Казань, 2000.
8. Приказ № 69 МЗ РФ, 1995 « Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
9. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в ДУ и организация жизни детей в период адаптации: Методические рекомендации. – М., 1995.

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

Блок информации

Санаторно-курортный этап является важным звеном в профилактике, лечении и реабилитации детей с различными заболеваниями. Санаторное лечение, включающее применение естественных и преформированных физических факторов, направлено на сохранение и укрепление здоровья детей, восстановление нарушенных функций различных органов и систем, повышение иммунологической резистентности, стимуляцию компенсаторно-адаптационных процессов, медицинскую реабилитацию.

Эффективность санаторно-курортного лечения во многом зависит от правильного отбора в санаторно-курортные учреждения. Направление детей в местные санатории и санатории, расположенные на курортах, проводится согласно Указаниям Минздрава по медицинским показаниям и противопоказаниям для лечения больных в детских санаториях нетуберкулезного профиля.

Новые методические указания разработаны в соответствии с Планом мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации и Фонда социального страхования Российской Федерации на 1999 год (приказ № 93/34 от 19.03.99 г.). При разработке методических указаний использована новая Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), внесен ряд изменений и дополнений в предыдущие методические указания.

Впервые включены показания для санаторного лечения детей с онкогематологическими и гинекологическими заболеваниями; значительно расширен спектр показаний для каждого профиля санаториев; включены новые нозологические формы, ранее отсутствовавшие в перечне показаний; уточнены стадии и периоды заболевания, сроки после обострения хронических процессов, при которых допустимо направление ребенка на санаторно-курортное лечение; расширен перечень курортов России для оздоровления детей; более четко сформулированы противопоказания.

Общие противопоказания, исключающие направление детей на санаторно-курортное лечение

1. Все заболевания в остром периоде.
2. Соматические заболевания, требующие лечения в условиях стационара.
3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции.
4. Бациллоносительство дифтерии и кишечных инфекционных заболеваний.
5. Все заразные и паразитарные заболевания кожи и глаз.
6. Злокачественные новообразования, злокачественная анемия, лейкемия (кроме специализированных санаториев).
7. Амилоидоз внутренних органов.
8. Туберкулез легких и других органов.

9. Судорожные припадки и их эквиваленты, умственная отсталость (кроме специализированных санаториев для детей с церебральными параличами), патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации.

10. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

11. Больные, требующие постоянного индивидуального ухода.

12. Психические заболевания.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение осуществляют лечащий врач и заведующий отделением или врачебная комиссия (для граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

При наличии показаний и отсутствии противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение пациенту выдается справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (форма № 070/у). Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения определены приказом Минздрава России от 05.05.2016 № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения». При наличии у пациента заболеваний, входящих в перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения детского населения, на основании справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение (форма № 070/у), оформляется заявка в подсистеме мониторинга санаторно-курортного лечения Минздрава России.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.05.2009 № 14-5/10/2-4265 «О направлении детей на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России» в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, направляются дети в возрасте от 4 до 14 лет включительно, в том числе в сопровождении законного представителя, с 15 до 18 лет без сопровождения, если необходимость сопровождения не обусловлена медицинскими показаниями. В санаторно-курортные учреждения психоневрологического профиля направляются дети в возрасте от 2 лет в сопровождении законного представителя.

Решение санаторно-курортной комиссии поликлиники принимается на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

При наличии показаний и отсутствии противопоказаний для лечения для предоставления в санаторий будут выданы: путевка в санаторий; санаторно-курортная карта для детей (учетная форма N 076/у) и справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями (для посещающих образовательные учреждения справка об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями из образовательного учреждения (детские сады, школы).

Для санатория необходимо также иметь полис обязательного медицинского страхования, свидетельство о рождении, анализ на энтеробиоз, заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;

Основными критериями медицинского отбора для направления пациента на санаторно-курортное лечение являются:

- наличие медицинских показаний для лечения эффективными природными лечебными факторами и возможность получения при их воздействии терапевтического эффекта;
- отсутствие медицинских противопоказаний для лечения эффективными природными лечебными факторами;
- наличие эффективных природных лечебных факторов, находящихся в местности расположения санатория.

Медицинский отбор пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляет лечащий врач государственной организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) (работы, службы, учебы) пациента.

Лечащий врач на основании анализа объективного состояния пациента, результатов предшествующего лечения, диспансерного наблюдения, данных исследований (лабораторных, функциональных, рентгенологических и других) определяет наличие медицинских показаний и отсутствие медицинских противопоказаний для проведения санаторно-курортного лечения пациента эффективными природными лечебными факторами, находящимися в местности расположения рекомендуемого санатория.

При определении медицинских противопоказаний к санаторно-курортному лечению врачи государственных организаций здравоохранения по месту жительства (месту пребывания, учебы) пациента или санатория должны учитывать в каждом отдельном случае не только форму и стадию заболевания, общее состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний, но и степень опасности пребывания в санатории для такого пациента, а также для окружающих.

При решении вопроса о выборе санатория помимо заболевания, в соответствии с которым пациенту рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие у него сопутствующих заболеваний, условия поездки в санаторий, контрастность климатогеографических условий, применяемые в

санатории эффективные природные лечебные факторы и другие особенности. Рекомендация санаторно-курортного лечения лицам, которые в нем по медицинским показаниям не нуждаются, не выдается.

Лечащий врач при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний выдает пациенту медицинскую справку о состоянии здоровья. О выдаче справки лечащий врач вносит соответствующую запись в медицинскую карту амбулаторного больного.

Справка подлежит заполнению по всем обязательным разделам, носит предварительный информационный характер и представляется пациентом по месту получения путевки на санаторно-курортное лечение.

Получив путевку, пациент должен не позднее 10 дней до начала ее срока действия явиться к лечащему врачу для медицинского обследования.

Лечащий врач должен назначить пациенту проведение соответствующих диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов. В выписке из медицинских документов лечащий врач указывает:

- клинический анализ крови и анализ мочи;
- электрокардиографическое обследование;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография, детей старше 12 лет);
- аллергологические пробы и другие дополнительные исследования (в соответствии с профилем санатория);

При наличии сопутствующих заболеваний (урологических, кожи, крови, глаз и других) в выписке из медицинских документов указывается заключение соответствующих врачей-специалистов.

При соответствии указанного в путевке и справке профиля санатория лечащий врач выдает пациенту выписку из медицинских документов. Соответствующая запись о выдаче пациенту выписки из медицинских документов вносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

Дополнительно к выписке из медицинских документов несовершеннолетним пациентам выдается справка, в которой указываются сведения об отсутствии контакта с лицами, страдающими инфекционными заболеваниями.

Организации здравоохранения, осуществляющие медицинский отбор детей, на санаторно-курортное лечение, обеспечивают:

- учет пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении;
- контроль полноты обследования пациентов перед их направлением на санаторно-курортное лечение и качество оформления медицинской документации;
- учет дефектов медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение и анализ его эффективности.

Медицинский отбор пациентов, направляемых совместно с детьми в санатории для детей с родителями, осуществляется в том же порядке. При определении профиля санатория лечащий врач государственной организации здравоохранения учитывает заболевание ребенка и отсутствие медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения у сопровождающего его лица.

При проведении медицинского отбора на санаторно-курортное лечение детей-инвалидов в возрасте до 18 лет и инвалидов I группы вопрос о нуждаемости ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет и инвалида I группы в сопровождении во время санаторно-курортного лечения решает врачебно-консультационная комиссия. Необходимость в сопровождении подтверждается заключением ВКК. В санатории для детей, принимаются дети в возрасте от 3 до 18 лет. В санатории для детей, расположенные в курортных зонах за пределами РФ, дети принимаются с 5-летнего возраста с сопровождающими их лицами.

Перед направлением ребенка на санаторно-курортное лечение лечащий врач организует его клинико-лабораторное обследование в зависимости от характера заболевания, а также санацию хронических очагов инфекции, противоглистное и противоямблиозное лечение.

При завершении санаторно-курортного лечения санаторий выдает пациенту выписку из медицинских документов с обязательным указанием проведенного санаторно-курортного лечения и его эффективности, а также рекомендаций по дальнейшему лечению.

После завершения санаторно-курортного лечения пациенту необходимо явиться в организацию здравоохранения, выдавшую ему выписку из медицинских документов, для оценки лечащим врачом эффективности санаторно-курортного лечения, планирования дальнейшего наблюдения и лечения. Выписка из медицинских документов, выданная пациенту в санатории, подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

Пребывание в санатории, которое влечет за собой ухудшение состояния здоровья пациента, считается для него противопоказанным.