

95- Лилия
Пашнова О.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Группы диспансерного наблюдения в поликлинике»

Выполнил: Обучающийся 5 курса 9 группы
педиатрического факультета
Богданова Татьяна Владимировна

Волгоград 2018г.

Содержание:

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	6
Задачи научно-исследовательской работы.....	6
Основные определения и понятия.....	7
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	8
Роль врача.....	26
Собственное исследование.....	27
Выводы.....	30
Список литературы.....	31

Введение

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики.

Введение диспансеризации в педиатрическую практику невероятно актуально, так как в условиях постоянного ухудшения здоровья населения диспансеризация позволяет снизить уровень заболеваний, т.к. выявляются категории населения с факторами риска, проведение им профилактических, оздоровительных мероприятий, ориентация на здоровый образ жизни позволяют не допустить развития патологии.

Диспансеризация детей предупреждает тяжелое течение заболеваний, возникновение обострений, развитие инвалидизации, уменьшает риск преждевременной смертности. Большое значение для здравоохранения и социальноэкономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны.

Диспансеризация детского населения России регламентирована следующими действующими нормативными документами.

- Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2001г. № 916, утвердившим «Положение об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи»;
- приказ Минздрава России и Минобразования России от 30.06.92 №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обслуживания детей в образовательных учреждениях»;
- приказ Минздрава России от 07.05.98 №151 «О временных отраслевых стандартах объемов медицинской помощи детям»;
- приказ Минздрава России от 03.07.00 №241 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»;
- приказ Минздрава России от 16.10.01 №371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник

(поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек»;

- приказ Минздрава России от 15.03.02 №81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году»;
- приказ Минздрава России от 14.07.03 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним»;
- приказ Минздрава России и Министерства внутренних дел Российской Федерации от 20.08.03 №417/633 «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутренних дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел»;
- приказ Минздрава России от 30.12.03 №623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним».
- приказ Минздрава России от 30.12.03 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 08.12.04 г. «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».
- Приказ №307 МЗ и Социального развития Российской Федерации от 28.04.2007 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»
- Приказ № 60 от 05.05.99. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»;
- Приказ № 154 от 19.01.93 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»;
- Приложение №24 к приказу МЗ России от 07.05.98 №151 «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4 до 18 лет»;
- Приказ №1346н от 21.12.2012 МЗ и СР РФ «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

В 2002 году проводилась Всероссийская диспансеризация всего детского населения по расширенной программе. Получена подробная информация о здоровье различных категорий детей в разные возрастные периоды. При

проведении диспансеризации использовались автоматизированные системы, что позволило получить большой статистический материал о состоянии здоровья, распространенности патологии, ее зависимости от возраста, пола, места проживания и воспитания детей, эффективности и адекватности лечебнопрофилактических мероприятий. Однако наиболее часто отклонения в здоровье детей диагностируются в определенные возрастные периоды. Поэтому, начиная с 2005 года диспансеризация детского населения проводится в возрастах, определенных приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 9 декабря 2004 года № 310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка»: при достижении ребенком возраста 1 мес., а также в 1, 3, 6, 7, 10, 12 лет, кроме этого в пубертатном периоде (14-15 лет) и перед окончанием школы (16-17 лет). Использован опыт Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. и результаты медицинского осмотра каждого ребенка документируются в «Карте диспансеризации» (ф. № 030-Д/у) на электронном и бумажном носителях. Бумажные варианты карты фиксируются в «Истории развития ребенка», «Медицинской карте школьника», электронные версии направляются на региональный и федеральный уровень.

Цель-узнать виды групп диспансерного наблюдения в поликлинике

Задачи:

1. выделить основные группы диспансерного наблюдения
2. обозначить основные задачи и цели наблюдения детей в каждой группе диспансерного наблюдения
3. обозначить основные мероприятия-профилактические и лечебные, применяемые в каждой диспансерной группе.
3. рассмотреть результаты диспансерного наблюдения в различных группах диспансерного наблюдения

Основные определения и понятия

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики.

Медицинская реабилитация — комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности.

Предварительный осмотр - проходят люди, которые поступают на учебу или работу. Основная цель - определить их возможность заниматься выбранным делом. Во время осмотра выявляются возможные противопоказания для выбранной профессии и наличие каких-либо патологических процессов в организме.

Периодический осмотр - проходят все лиц в плановом порядке с определенной периодичностью. Каждое обращение за помощью в медицинское учреждение может быть использовано участковым врачом для того, чтоб отправить пациента на плановый осмотр к узким специалистам.

Целевой осмотр - имеет определенные задачи и узкую направленность. Например, в ходе подобного мероприятия выявляют пациентов, которые страдают одним конкретным заболеванием.

Теоретическая часть

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов. При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета.

При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения школы здоровья по профилю болезни. В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (ф.30/у), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров.

Важнейший раздел диспансеризации больных детей – восстановительное лечение (медицинская реабилитация), отвечающее задачам вторичной профилактики, которая предусматривает активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности.

Под реабилитационной педиатрией следует понимать систему государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на полную ликвидацию патологических изменений, нарушающих ход нормального развития детского организма, либо при достижении полного выздоровления, либо при максимально возможной компенсации врожденных или приобретенных дефектов развития и нарушений функций, а также на возвращение ребенка в предельно короткие сроки к свойственному для его возраста образу жизни, обеспечивающему гармоничное физическое и духовное развитие (Тарасов О.Ф., Фонарев М.И., 1980).

Целью реабилитации является эффективное и как можно более раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезной деятельности, формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни,

труду, обучению, семье, обществу (Стуколова Т.И. 2005). Реабилитация предусматривает участие в этом процессе различных специалистов, в связи с чем, различают медицинскую, социальную, педагогическую, юридическую, профессиональную и другие виды реабилитаций. Особенно актуальна организация восстановительного лечения в детских поликлиниках, где должны проводиться выявление детей, нуждающихся в восстановительном лечении, диспансерное наблюдение за ними.

Реабилитацию необходимо начинать на самых ранних стадиях болезни. Процесс восстановительного лечения следует осуществлять непрерывно, на каждом своем этапе он должен носить комплексный характер.

Основные организационные принципы медицинской реабилитации: - включение реабилитационных мероприятий на самых ранних стадиях болезней детского возраста;

- индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом особенностей течения заболевания, возраста ребенка, особенностей условий его жизни и воспитания;

- непрерывность, последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации с врачебным контролем за их результатами;

- комплексность в построении программ с учетом использования всего арсенала средств реабилитации;

- доступность методов реабилитации; формы и методы организации должны быть простыми и экономически эффективными; - активное и сознательное участие родителей больного ребенка в программе медицинской реабилитации;

- заключительным этапом реабилитации является профессиональная ориентация, т. е. возможность возвращения в школу, в детский коллектив.

Объем реабилитационных мероприятий предусматривает применение лечебного питания, медикаментозных средств, минеральных вод и фитотерапии, физиотерапевтических процедур и т.д.

На первом, стационарном, этапе проводят раннюю и позднюю реабилитацию. Ранняя реабилитация проводится в профильном отделении, поздняя – в реабилитационном отделении стационара. Основная цель данного этапа – стабилизация результатов лечения в остром периоде или в периоде обострения заболевания, диетотерапия, устранение факторов хронизации.

Второй, диспансерно-поликлинический, этап предусматривает длительное диспансерное наблюдение, проведение противорецидивных курсов лечения,

определения режима труда и быта, ежегодную оценку эффективности реабилитации. Организационной основой являются отделения и центры восстановительного лечения детских объединений и поликлиник.

Третий санаторно-курортный этап, заключается в максимально полной ликвидации патологических последствий болезни, восстановление функциональной способности больного ребенка в условиях специализированных санаториев. Данный этап может проводиться в условиях местного санатория (местных и курортных зонах) или поликлиники с использованием факторов санаторного лечения.

Факторами реабилитации санаторного этапа являются: щадящее – тренирующий режим двигательной активности, ЛФК, массаж, лечебная педагогика, питание, прием минеральной воды, физиотерапия, санация очагов инфекции, продолжение лечения назначенного в стационаре.

При направлении в санаторий необходимо оформить следующие документы:

- 1) санаторно-курортную карту (форма 076/у), где указываются диагноз, данные объективного и лабораторного обследования, перечень перенесенных заболеваний, профилактические прививки;
- 2) справка врача об отсутствии контакта с инфекционными больными;
- 3) справка врача – дерматолога об отсутствии кожных контагиозных заболеваний;
- 4) справка о результатах исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство.

К факторам курортного лечения относится: грязелечение, бальнеотерапия, закаливание, светотерапия, ЛФК, физиотерапия

После взятия ребенка на диспансерный учет на него оформляется участковым врачом учетная форма №30/у. В день взятия на диспансерный учет участковый педиатр в истории развития ребенка составляет план наблюдения, обследования и лечения на год. В историю вклеивается лист наблюдения за диспансерными больными.

В конце года наблюдения врач пишет эпикриз, в котором отражаются динамика клинических, лабораторных данных, данные консультаций, проведенные профилактические и лечебные мероприятия, а также составляется план на следующий год. Непременным условием лечения больных детей является длительное, активное диспансерное наблюдение и

реабилитация детей, которые могут быть организованы только при наличии четко налаженной преемственности в работе участкового врача поликлиники с врачами школ, детских дошкольных учреждений, подростковых кабинетов, узкими специалистами.

Группы здоровья и группы риска

О комплексной оценке состояния здоровья детей (приказ № 621 от 30.12.2003).

Инструкция о комплексной оценке состояния здоровья детей

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- к I группе здоровья относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;
- ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее M-1 сигма) или избыточной массой тела (масса более M+2 сигма), дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными

заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

□ к III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

□ к IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

□ к V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков. Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр. Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносится уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды.

Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения. Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

Диспансерное наблюдение здоровых детей (1-2 группа здоровья)

Группы риска новорожденных детей :

- I группа - дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации
- II группа - дети с риском патологии ЦНС
- III группа - дети с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии
- IV группа - дети с риском гнойно-септической инфекции
- V группа — дети с риском развития врожденных пороков органов и систем
- VI группа — дети с риском аллергических заболеваний
- VII группа - дети из социально- неблагоприятных условий

Дети раннего возраста

Дети посещают детскую поликлинику в строго регламентированные сроки.

- На первом году жизни ежемесячно, а детей из групп риска следует осматривать чаще.
- На 2-м году жизни один раз в квартал.
- На 3-м году 1 раз в 6 мес.
- На 4-м, 5-м и 6-м годах жизни один раз в год в месяц рождения ребенка.

Основная задача педиатра при профилактическом осмотре заключается в определении уровня здоровья и развития, выявлении наличия отклонений в состоянии здоровья у ребенка и назначении корректирующих мероприятий. Для качественного проведения профилактического осмотра рекомендуют использовать следующую последовательность действий.

- Исследовать состояние здоровья по принятым критериям.

- Провести комплексную оценку состояния здоровья с определением группы здоровья и группы риска.
- Дать рекомендации (в зависимости от состояния здоровья).
- Оформить эпикриз в истории развития ребенка

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

Медицинская сестра 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, изменениях во вскармливании, социальных условиях за период с предыдущего осмотра, выявить жалобы. На приеме проводят антропометрические измерения: измеряют массу тела, длину, окружность головы и грудной клетки. Уровень и гармоничность физического развития оценивают по центильным таблицам.

По данным патронажа медицинской сестры и из беседы с родителями, согласно показателям нервно-психического развития, определяют группу нервно-психического развития, и оценивают поведение ребенка.

После объективного осмотра врач выносит заключение [здоров, угрожаемый по какой-либо патологии (группа риска) или болен (диагноз)], а так же указывает группу здоровья (I, ПА, ПБ, III, IV, V) и группу риска.

На приеме матери дают рекомендации по режиму, рациональному вскармливанию, виду закаливающих процедур и воспитания ребенка. Кроме того, ребенку может быть назначены витамин D, препараты железа и другие ЛС, а также решают вопрос о проведении профилактических прививок, а при наличии противопоказаний оформляют медицинский отвод. С родителями проводят санитарно-просветительную работу. Все данные вносят в историю развития в виде унифицированных записей.

ОСМОТР ДЕТЕЙ ВРАЧАМИ УЗКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен к возрасту 1 мес ортопедом и невропатологом; к возрасту 3 мес — офтальмологом,

хирургом, отоларингологом, к возрасту 9 мес — стоматологом. Детей из групп риска врачи узких специальностей осматривают в более ранние сроки. Эти же врачи узких специальностей осматривают ребенка и в возрасте 1 года. На 2-м году жизни, кроме педиатра, ребенка осматривает стоматолог, в возрасте 3 лет — все вышеперечисленные врачи узких специальностей, а с 4 лет по показаниям — логопед и психиатр.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В возрасте 3 мес (по показаниям раньше) проводят общий анализ крови и мочи. В возрасте 1 года эти исследования проводят повторно, дополняя их исследованием кала на яйца глистов. У детей с 4 лет определяют остроту слуха, зрения, проводят плантографию, измеряют АД.

Диспансерное наблюдение детей с соматической патологией

1. Новорожденные

- недоношенные (Педиатр на первом месяце жизни 1 раз в неделю, от 1 до 6 мес. — 1 раз в 2 недели, во втором полугодии жизни — 1 раз в месяц. Хирург, ортопед — в 1, 3 месяца, в 1 год. Отоларинголог — в 3, 6, 12 месяцев. Невролог — в 1 месяц, 2 месяца, затем — по показаниям, но не менее 4 раз за 1 год. Офтальмолог в 1 мес., далее в 3 и 12 мес. Дети, рождённые на сроке 34 нед. беременности и меньше до 42 нед. постконцептуального возраста осматриваются офтальмологом 1 раз в 2 недели)
- гемолитическая болезнь новорожденных (Консультация офтальмолога, невролога в 1 мес., далее — по показаниям, иммунолога перед вакцинацией.)
- гемморагическая болезнь новорожденных (Офтальмолога, невролог в 1 мес., далее — по показаниям, иммунолог перед вакцинацией)
- перинатальное поражение цнс (Педиатр на 1 месяце жизни - 3 раза, 1-3 месяца - 2 раза в месяц, 3-12 месяцев 1 раз в месяц, старше 1 года - 1 раз в 3 месяца. Невролог - в 1 месяц, затем — по показаниям, но не реже 1 раза в 3 месяца на первом году (при тяжёлых поражениях до 6 мес. жизни — каждый месяц), далее 1 раз в 6 мес. до 3 лет. Офтальмолог - 1 месяц, 3, 12 мес., далее 2 раза в год. Хирург, ортопед - 1, 3, 12 месяцев, в 2, 3 года. Отоларинголог - в 3, 6, 12 месяцев (с аудиометрическим тестом). Иммунолог по показаниям и перед профилактическими прививками.)
- звур (Педиатр на первом месяце жизни 1 раз в неделю, от 1 до 6 мес. — 1 раз в 2 недели, во втором полугодии жизни — 1 раз в месяц. Хирург, ортопед, офтальмолог — в 1, 3 месяца, в 1 год. Отоларинголог — в 3, 6, 12 месяцев. Невролог — в 1 месяц, затем — по показаниям, но не менее 4 раз за 1 год.

Осмотр генетика при диспластическом варианте ЗВУР. Иммунолог перед вакцинацией.)

-бронхолегочная дисплазия (Осмотр педиатра 2 раза в месяц в первом полугодии жизни, 1 раз в месяц - до года. Хирург, ортопед в 1, 3, 12 мес. Невролог – в 1 мес., далее – по показаниям. Офтальмолог – в 1, 3, 12 мес. Отоларинголог – в 3, 6, 12 мес. Пульмонолог - 3-4 раза в год. Кардиолог – по показаниям)

-неонатальный сепсис (первые 2-3 месяца 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в месяц. Невролог - в 1 месяц, затем – по показаниям, но не реже 1 раза в 3 месяца на первом году (при тяжёлых поражениях до 6 мес. жизни – каждый месяц), далее 1 раз в 6 мес. до 3 лет. Офтальмолог - 1 месяц, 3, 12 мес., далее 2 раза в год. Хирург, ортопед - 1, 3, 12 месяцев, в 2, 3 года. Отоларинголог - в 3, 6, 12 месяцев (с аудиометрическим тестом). Иммунолог по показаниям и перед профилактическими прививками.)

-вуи (Педиатр от 1 до 3 месяцев - 2 раза в месяц, от 3 до 12 месяцев 1 раз в месяц, старше 1 года - 1 раз в 2 месяца. Невролог - в 1 месяц в течении 6 месяцев, от 6 до 12 месяцев 1 раз в 3 месяца, от 2 до 3 лет 1 раз в 4 месяца. Офтальмолог - 1 месяц, 3, 12 мес., далее 2 раза в год. Хирург, ортопед - 1, 3, 12 месяцев, в 2, 3 года. Отоларинголог - в 3, 6, 12 месяцев (с аудиометрическим тестом). Иммунолог по показаниям и перед профилактическими прививками.)

Общие рекомендации:

Оптимальный температурный режим, грудное вскармливание, расширенный питьевой режим

Реабилитация посиндромная курсами не менее 3-4 на первом году: медикаментозная терапия сочетается с физиолечением, массажем, плаванием, методами нетрадиционной медицины. Одновременно проводится психолого-педиатрическая и логопедическая коррекция

Профилактика рахита, анемии, гипотрофии.

Наблюдение до 3 лет. Критерии эффективности -показатели физического и нервно-психического развития, данные клинического обследования

2.Состояние и заболевания детей раннего возраста

1)Рахит активный-году жизни– 1 раз в мес. В стадии разгара заболевания – 1 раз в 2 недели. В дальнейшем 1 раз в месяц до конца года. На 2-м году жизни

– 1 раз в квартал, на 3-м – 1 раз в 6 месяцев. Хирург, ортопед окулист, невролог осматривают ребенка на первом году жизни 1 раз в 6 мес.

Рекомендации- Включает рациональное по возрасту питание, соблюдение гигиенического режима, достаточное пребывание на свежем воздухе, массаж и гимнастику. Специфическое лечение – назначение витамина ДЗ водный раствор (фирмы «Терпол», Польша), суточная доза которого зависит от степени тяжести рахита (при легкой степени – ВитДЗ- 1000-1500МЕ; при средней тяжести – 2000-2500 МЕ, при тяжелой – 3000-4000 МЕ в сутки). Лечение проводится до достижения клинико-лабораторной ремиссии, но не более 4-6 недель. Далее назначают профилактическую дозу вит ДЗ. Если у больного рахит протекает на фоне гипотрофии, то назначают оротат калия из расчета 20 мг/кг. С этими же целями может быть назначен 20% водный раствор карнитина хлорида Не ранее чем через 2 недели применяются массаж и лечебная гимнастика

2).Спазмофилия-Педиатр 1 раз в месяц на 1-м году жизни, затем 1 раз в квартал. Невропатолог, окулист по показаниям и 2 раза в год в плановом порядке. При осмотре обратить внимание на состояние нервно-мышечной возбудимости (скрытую спазмофилию диагностировать по наличию симптомов: Хвостека, Труссо), клинические признаки рахита, данные исследований, характеризующие фосфорнокальциевый обмен.

3).Гипотрофия-полугодии. Педиатр 1 раз в 2 недели в первом полугодии жизни и 1 раз в месяц во 2- На 2-ом году - 1 раз в квартал. Консультации специалистов – невролога, ортопеда, окулиста не реже 1 раза в 6 месяцев, эндокринолога. иммунолога – по показаниям.

4).Болезни органов дыхания-д.наблюдение -1 год.

-острый бронхит-педиатр-1р/квартал, лор-2р/год-повышение защитных сил организма и снижение гиперреактивности бронхов. Ранняя реабилитация включает медикаментозное лечение, используются адаптогенные препараты, витамины, микроэлементы, фитотерапия, ЛФК. Исключение активной физической нагрузки на открытом воздухе в течении 1 месяца.

-пневмония-Участковый педиатр – детей до 3 мес. жизни в первые 6 мес. реконвалесценции 2 раза в мес.; до 1 года - 1 раз в месяц; от 1 года до 3 лет – не реже 1 раза в 1,5– 2 мес.; старше 3 лет- в зависимости от состояния и течения не реже 1 раза в квартал. Консультация ЛОР, невропатолога, физиотерапевта и других специалистов – по показаниям.

Ранняя реабилитация - на фоне этиологического лечения применяются секретолитические средства, заместительная иммунотерапия, ЛФК, массаж,

дыхательная гимнастика. Закаливающие процедуры через 1-2 мес. после заболевания: сухие и влажные обтирания, контрастные ножные ванны, контрастный душ. Группа для занятий по физкультуре – подготовительная. Курс реабилитационной терапии после окончания острого периода длительностью 3-4 недели. Поздняя реабилитация включает использование санаторных факторов, витаминотерапию, ЛФК, иммуномодулирующее лечение адаптогенами. На этапе восстановительного лечения проводится устранение дисбактериоза, санация очагов хронической инфекции, используются курортные факторы реабилитации, закаливание. Группа для занятий по физкультуре – основная

-БЭБ-Участковый педиатр осматривает 1 раз в 1-3 месяца в течении 1 года после последнего обострения, затем 1 раз в 3-6 мес. Осмотр пульмонолога – 3-4 раза в год. Консультация ЛОР, невропатолога, иммунолога, физиотерапевта и других специалистов – по показаниям.

Ранняя реабилитация при обострении: антибактериальные средства, бронхолитики, постуральный дренаж, физиотерапия ЛФК, дыхательная гимнастика, витаминотерапия, массаж, физическая активность. Поздняя реабилитация осуществляется на санаторном этапе. Используются все факторы санаторной реабилитации, терапия микроэлементами, фитотерапия, общий массаж, физиолечение не применяемое на первом этапе реабилитации (лекарственный электрофорез, гальванизация легких, высокочастотные методы) Дыхательная гимнастика. Восстановительное лечение - применяется иммунокорректирующая терапия, биопрепараты, курортная реабилитация, профилактика ОРВИ. Витамины. Закаливающие процедуры. Дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, плавание. Занятия физкультурой в лечебной или общей группе с исключением интенсивной физической нагрузки на холодном воздухе и участия в соревнованиях.

5). Аллергические заболевания

-*атопический дерматит*-Педиатр в манифестную фазу 2 раза в месяц, при ремиссии 1 раз в месяц в течении первого года, в последующем 1 раз в квартал. Дерматолог при взятии на учет, затем по показаниям. Другие специалисты по показаниям.

Ранняя реабилитация проводится совместно с симптоматическим лечением. Организация питания и режима с обеспечением максимального разобщения с пищевыми, медикаментозными, бытовыми и эпидермальными аллергенами. Поздняя реабилитация и восстановительное лечение: Максимальное уменьшение контакта с раздражающими факторами внешней среды,

использование специальных средств по уходу за кожей (питательные и увлажняющие) Организация рационального вскармливания, естественное или искусственное гипоаллергенными смесями (гидролизаты полные или частичные), позднее введение прикорма, исключение применения цельного коровьего молока до года, при необходимости использование пищевых ферментов, биопрепаратов. Рекомендуется полное исключение из питания женщины во время лактации коровьего молока, рыбы, куриных яиц, пшена, орехов; ограничение употребления изделий из пшеничной муки, сои, бобов. Исключить курение в доме, где находится ребенок.

-аллергический ринит-Педиатр при обострении по клиническим показаниям (1 раз в 5-7 дней), вне обострения - 1 раз в 6 месяцев Аллерголог вне обострения – 1 раз в 36 месяцев ЛОР по показаниям

Реабилитация: Контроль за состоянием окружающей среды. Превентивная терапия антигистаминными препаратами, кромоном или топическими стероидами Аллергенспецифическая иммунотерапия (проводит аллерголог). Профилактика ОРВИ как триггеров аллергии.

-бронхиальная астма-Участковый педиатр – при тяжелом течении – 1 раз в месяц; при легкой и средней степени тяжести – 1 раз в квартал; при стойкой ремиссии – 2 раза в год. Осмотр аллерголога – 1 раз в 3 месяца при среднетяжелой БА; при легкой – 1 раз в 6 месяцев. ЛОР, стоматолог не реже 2 раз в год.

Ранняя реабилитация предусматривает купирование приступа; устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами и триггерами: исключение из рациона продуктов, лекарственных средств, являющихся причиной обострений заболевания. Поздняя реабилитация предусматривает проведение базисной терапии, максимальное снижение частоты воздействия неспецифических триггерных факторов; предупреждение ОРВИ; специфическая иммунотерапия, дыхательная гимнастика. Рациональная организация быта с исключением активного и пассивного курения, максимальное разобщение с аллергенами. На этапе восстановительного лечения проводится коррекция иммунологических нарушений. Используются курортные факторы реабилитации, переход к физической активности, ЛФК, массаж, психотерапия. Обучение больного и членов его семьи умению использовать необходимые лекарственные средства, проводить самоконтроль состояния, вести дневник самонаблюдения (астма-школа). Режим вакцинации, шадающий с проведением необходимых подготовительных мероприятий.

б).заболевания ССС

-врожденные пороки сердца-Педиатр, кардиоревматолог: В I фазу: 5 раз в 1-й месяц, 2 раза в месяц в первом полугодии, 1 раз в месяц во втором полугодии. Во II фазу (фаза компенсации: 2-й и последующие годы) педиатр и кардиоревматолог 1 раз в 3 мес., в последующие - 2 раза в год

Реабилитация-радикальной является хирургическая помощь. До оперативного лечения: контроль гемодинамических нарушений, по показаниям - лечение НК, одышноцианотических приступов, кардиотрофная терапия (милдронат, предуктал, элькар, кудесан, аспаркам, магнерот). Санация очагов хронической инфекции, повышение сопротивляемости организма. ЛФК при отсутствии симптомов НК и артериальной гипоксемии. Постепенное расширение двигательного режима. Оксигено – и фитотерапия. Проводить 4 курса в год реабилитационной терапии по 2-3 нед.

-ОРЛ-Педиатр после выписки из стационара: ежемесячно до 6 мес., затем 1 раз в 3 мес., 1 раз в 6 мес., 2 раза в год. Кардиолог 2 раза в год. Невропатолог 2 раза в год. (после перенесенной хорей). ЛОР, стоматолог 2 раза в год.

Реабилитация-Назначают охранительный режим, противоревматическое лечение, витаминотерапию, психотерапию, физиолечение. При стабилизации активности ревматизма назначают ЛФК. Поздняя реабилитация проводится в местных кардиологических санаториях, или назначается домашний режим 1-1,5 мес.; освобождение от дополнительных занятий на 2-3 мес.

Применяется бициллино- профилактика, нестероидные противовоспалительные средства, десенсибилизирующие препараты, кардиотрофные средства.

-синдром вегетативной дисфункции-Педиатр на 1 –ом году наблюдения – 4 раза в год; далее –2 раза в год. ЛОР, стоматолог – 2 раза в год; окулист 1 раз в год, кардиолог 1 раз в 6 мес., по- показаниям чаще

в).заболевания органов пищеварения:

-хронический гастродуоденит-Участковый врач – в 1-й год после обострения – 4 р в год; со 2-го года – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог –2 раза в год. Гастроэнтеролог в 1-й год наблюдения - 2 раза в год (в конце зимы и лета в период начала противорецидивного лечения). Гастроэнтеролог во 2-й год наблюдения – однократно. В последующие годы по показаниям.

Реабилитация-этиологическое лечение и повышение резистентности слизистой оболочки желудка, диетотерапия, психотерапия, физиолечение. Поздняя реабилитация проводится в условиях поликлиники или санатория.

-язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки-Участковый врач наблюдает 1 раз в квартал, а весной и осенью, в период предполагаемого обострения – ежемесячно. А при стойкой ремиссии – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Гастроэнтеролог в первый год наблюдения 3-4 раза в год (в том числе в период начала противорецидивного лечения).

Ранняя реабилитация проводится на госпитальном этапе. Поздняя реабилитация осуществляется в местном санатории. Диета №1, через 1-2 года диета №5. Рекомендуется употреблять минеральную воду, начиная с 1,5-2 мл/кг в течении первой недели, затем переходят на полную дозу 3-5 мл/кг за 30-60 мин до еды, подогретую до 38-39 С в течении 3-4 недель. Применяется также физиотерапия, ЛФК.

-панкреатит-Участковый педиатр: 1-й год – 4 раза, со 2-го года – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Гастроэнтеролог - в первый год наблюдения – 2 раза в год, в конце зимы и лета, в период начала противорецидивного лечения; во второй год наблюдения 1 раз в год, в конце зимы, в период начала противорецидивного лечения.

-Хронические воспалительные заболевания желчевыводящих путей-Участковый врач- 1 раз в квартал на 1 – ом году наблюдения; далее 2 раза в год (в конце лета и зимы). Гастроэнтеролог – 2 раза в год (в конце лета и зимы в период начала противорецидивного лечения); со 2-го года – однократно

-синдром раздраженного кишечника-Педиатр – 1 раз в квартал на первом году наблюдения, далее – 2 раза в год. Гастроэнтеролог 1-2 раза в год ЛОР, стоматолог - 1 раз в год.

Г).заболевания мочевыделительной системы:

-острый пиелонефрит -В период реконвалесценции (6 мес.): Педиатр, нефролог 1 раз в месяц. В период полной клиниколабораторной ремиссии (в первые 3 года): Педиатр 1 раз в 3 месяца

-хронический пиелонефрит-В период неполной клиниколабораторной ремиссии (12-18 мес. после выписки из стационара): педиатр – не реже 1 раза в 2-3 мес., ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Нефролог 1 раз в месяц, окулист 1 раз в 6 мес., уролог – по показаниям; В период полной клиниколабораторной ремиссии. Педиатр – 1 раз в 3 мес. в течении 2 лет, затем 1 раз в 6 мес. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Нефролог, окулист 1 раз в 6 месяцев, уролог по показаниям

-острый гломерулонефрит-в 1 год наблюдения наблюдения: Педиатр 1 раз в 2 недели в течении 3 мес., затем 1 раз в мес; Во второй год наблюдения участковый педиатр – 1 раз в 3 мес. Другие специалисты 1 раз в 6 мес

-пузырно-мочеточниковый рефлюкс-Педиатр: При наличии рефлюкса- 1раз в месяц. Первые бмесяцев после хирургического лечения -1раз в месяц. Затем 1раз в 2-3 месяца. Стоматолог: 1раз в 6 месяцев. Оториноларинголог: 1раз в 6 месяцев. Нефролог: При рефлюксе 2-4 степени-1раз в 2-3 месяца.

Рекомендации-Режим. Диета. Этапный метод лечения: Антибактериальная терапия: непрерывная, профилактическая, поддерживающая.

Физиотерапевтическое лечение. Акупунктура. Фитотерапия. Консервативная терапия рефлюкса: поддерживающая терапия бмесяцев после ликвидации рефлюкса 2 и более высокой степени.Фитотерапия.

-уролитиаз-Педиатр: 1раз в месяц. Нефролог: 1раз в 2-3 месяца. Уролог: 1раз 3-6 месяцев. Стоматолог: 1раз в 6 месяцев. Окулист: 1раз в год

Д).Болезни системы крови:

-ЖДА-Наблюдение за детьми, получающими препараты железа, осуществляется каждые 10-14 дней. После нормализации гемограммы ферротерапия продолжается еще 2-3 месяца: суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать ½ терапевтической дозы. Педиатр 1 раз в месяц в течении 6 месяцев, затем 1 –2 раза в 3 месяца. ЛОР, стоматолог - 1 раз в год

-гемморагический васкулит-Педиатр - 1раз в 2-3 месяца; гематолог 1 раз в 36 мес. Во второй – третий год наблюдения: педиатр 1 раз в 6 мес.; гематолог 1 – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог, окулист 2 раза в год.

-итт-Неполная клиникалабораторная ремиссия: педиатр –1 раз в месяц, гематолог 12 раза в месяц, по показаниям чаще; ЛОР 1 раз в год; стоматолог 2 раза в год. Окулист 1 раз в год. В период полной клиникалабораторной ремиссии: педиатр - 1 раз в 3 –6 мес., гематолог 1 раз в 36 месяцев; ЛОР, стоматолог 2 раза в год

-гемофилия- Педиатр 1 раз в 3 месяца, по показаниям чаще. Гематолог 1 раз в год и по показаниям. Ортопед по показаниям. ЛОР 1 раз в год, стоматолог 1 раз в 3 месяца

-гемобластозы-Гематолог 1 раз в месяц при проведении поддерживающей терапии, 1 раз в три месяца в течение последующего года, 1 раз в полгода в течение последующих двух лет, а затем 1 раз в год.

Е).Эндокринные заболевания:

-сахарный диабет 1 типа-а) Педиатр 1 раз в месяц. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Эндокринолог – 1 раз в 3 месяца, по показаниям - чаще. б) Окулист- 1 раз в год, на фоне пубертата- 1 раз в 6 мес. в)невропатолог 2 раза в год

-врожденный гипотиреоз-Педиатр – 1 раз в 1 месяц до года, 1 раз в 3 мес. – до 2-х лет, 1 раз в 6 мес. после 2-х лет. Эндокринолог-через 2 недели и 1,5 мес. от начала лечения, затем каждые 3 мес. После года – 1 раз в 6 мес., по показаниям – чаще. Невролог – на первом году до 3-х мес. Затем 1 раз в год. Окулист – на первом году до 3-х мес. Сурдолог и логопед в 2 года.

-задержка роста-Педиатр 1 раз в год. Эндокринолог 1 раз в 3 мес. Осмотры специалистов по показаниям.

Ж).ЧБД:

-В первый и второй год наблюдения педиатр осматривает 4 раза в год; ЛОР – 4 раза в год; стоматолог 2 раза в год; аллерголог по показаниям. В последующие годы: педиатр 2 раза в год, ЛОР, стоматолог – 2 раза в год в год Другие специалисты по показаниям

-Анализ крови – 2 раза в год и по показаниям. Анализ мочи – 2 раз в год и по показаниям. Иммунологическое исследование по показаниям.

Рентгенография придаточных пазух носа по показаниям

-Рекомендации-Комплексная реабилитация часто болеющих детей на всех этапах оздоровления включает проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, и лечебных воздействий, способствующих коррекции патологических отклонений.

-Режим дня рациональный: исключить занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению ребенка. Сон увеличить на 1 – 1,5 часа. Обязателен дневной сон.

-Рациональное питание, содержащее оптимальное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов. Обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей и фруктов. По показаниям – гипоаллергенная диета.

-Закаливание и физическое воспитание. Контрастные закаливающие процедуры целесообразно применять в условиях щадящего режима в периоде реконвалесценции не ранее 7-10 дня после перенесенного нетяжелого ОРЗ, при заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней – через 2 недели, а после 10-дневной лихорадки – через 3 –4 недели. 2-4 раза в год проводить массаж, курс – 14 дней.

-Рекомендуется проведение стопотерапии (массаж стоп) Фитотерапия может применяться в виде перорального приема лекарственных фитосборов,

лечебных ингаляций и местной терапии (промывание носовых ходов, полоскание полости рта и зева фитонастоями и отварами). Кислородные коктейли с настоями трав (подорожник, зверобой, ромашка) – применять натощак за 30 минут до еды.

-Витаминотерапия: могут быть использованы отечественные или импортные поливитаминные комплексы. Применяются адаптогены и биогенные стимуляторы растительного, животного или синтетического происхождения. Иммунокоррекция

по показаниям. Применение бактериальных вакцин – лизатов-

-Специфическая профилактика острых респираторных заболеваний: в России лицензированы следующие препараты: Субъединичные и Сплит- вакцины:

Гриппол- субъединичная вакцина с иммуностимулятором полиоксидонием. Применяется у детей с 3 лет, подростков и взрослых по 0,5мл. подкожно.

Агриппал - субъединичная вакцина, вводится детям старше 3 лет и взрослым по 1 дозе 0,5 мл, в возрасте от 6 мес. До 3 лет по ½ дозы (0,25мл). Детям не привитым ранее, рекомендуется двукратная вакцина с интервалом в 4 нед., в последующие сезоны – по 1 дозе. Применяются также такие вакцины как: Бегривак, Ваксигрипп, Инфлювак, Флюарикс., Инфлексал. Иммунитет вырабатывается через 14 дней после вакцинации, он кратковременный (6-12мес) и типоспецифичный. Применяются живые вакцины против гриппа: Используется для детей от 3 –х лет - гриппозная аллантоисная интраназальная живая сухая. Инактивированные вакцины (используются детям с 7 лет, содержит инактивированные неразрушенные вирионы вируса гриппа) 1. Гриппозная инактивированная элюатантноцентрифужная жидкая. 2. Грипповак, 3. Грифобр Противопоказанием для всех вакцин является аллергия к белкам куриного яйца, к аминогликозидам, аллергические реакции на введение любой гриппозной вакцины, острые заболевания и обострения хронических, прогрессирующие заболевания нервной системы. Для живых вакцин: иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования, ринит, непереносимость куриного белка.

Роль врача в диспансеризации:

1. Составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем Календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан.
2. Активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах, объеме проводимого Обследования и графике Работы подразделений медицинской организации, Участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации Граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения Разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного Коллектива.
3. Проведение всех видов осмотра пациентов с выявлением отклонений
4. Контроль за состоянием детей стоящих на диспансерном учете .
5. Проведение лабораторных и инструментальных методик.
6. Консультации врачей-специалистов.
7. Рекомендации по профилактике возможных заболеваний
8. Программа реабилитации при наличии у ребенка заболевания.

Собственное исследование.

Анализ состояния здоровья детей г. Ростов на Дону по результатам диспансеризации

За 2010–2011—2012 годы показатель заболеваемости (распространенность патологии) по данным диспансеризации составил по годам: 806,8 — 857,4 — 831,5 на 1000 статистически обработанных диспансерных карт.

Возросли показатели по следующим классам Международной Классификации болезней (МКБ-Х): новообразований, болезней нервной системы, органов пищеварения, болезней костно-мышечной и соединительной ткани, врожденных аномалий развития. Снизилась заболеваемость по следующим классам МКБ-Х: болезни крови и кроветворных органов, эндокринной системы, психических расстройств, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде.

Стабилизировались показатели заболеваемости по следующим классам болезней: глаз, системы кровообращения, болезней органов дыхания. На снижение заболеваемости повлияли мероприятия по профилактике йодной недостаточности, проводимые в районах области, профилактика и лечение анемий, перинатальных поражений нервной системы. Не исключается фактор недостаточного обследования детей и неполное выявление анемий, болезней мочеполовой системы.

В течение 3-х лет ведущей патологией, занимающей первое место в структуре заболеваемости, являются болезни нервной системы. В 2012 году на их долю приходится 18,6%. Второе место в структуре заболеваемости по данным диспансеризации занимают болезни костно-мышечной и соединительной ткани — 15%, на третьем месте находятся болезни органов пищеварения — 13,5%, на четвертом болезни эндокринной системы — 11,7%, на пятом болезни глаза — 9,3%, на шестом болезни органов дыхания — 6,5% на седьмом врожденные аномалии развития — 4,5% (рис. 2). В 2012 году наряду со снижением заболеваемости отмечено уменьшение доли часто и длительно болеющих детей с 9,1% в 2005 до 6,4% в 2012 г. (таб. №2).

Состояние здоровья детей характеризуют не только показатели заболеваемости, но и параметры физического развития. Следует отметить тенденцию к гармонизации физического развития детей, как по параметрам массы тела, так и по росту. Уменьшение доли детей с недостаточностью массы происходит более интенсивно, чем детей с ее избыточности (табл.3).

Рис.2. Структура заболеваемости (распространенности патологии) детского населения в 2012 г. (по данным диспансеризации в процентах)

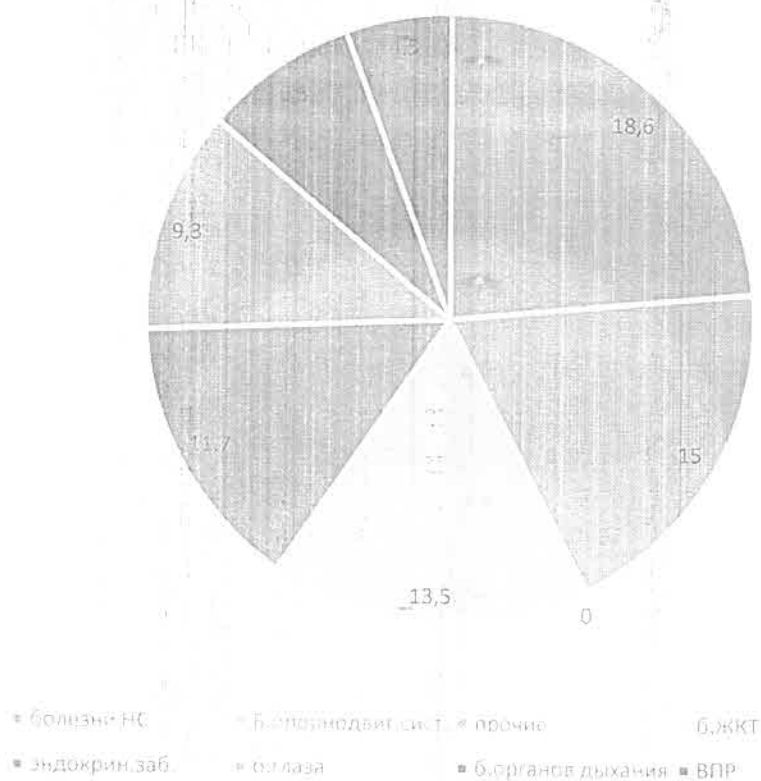


Табл.2 .Часто и длительно болеющие дети (%)

Год	Оба пола	Мужской	Женский
2010	9,1	8,8	9,5
2011	7,1	6,8	7,4
2012	6,4	6,4	6,4

Табл. 3. Дети, имеющие отклонения в физическом развитии

Год	Отклонения по массе,%		Отклонения по росту,%	
	избыток	недостаток	высокий	низкий
2010	6,2	14,1	5,1	7,0
2011	4,9	11,7	4,0	6,1
2012	4,8	11,4	4,1	5,8

Значительную информацию о состоянии и динамики здоровья детей дает распределение детей на группы здоровья (табл.4)

Табл. 4. Распределение детей по группам здоровья (%)

	I	II	III	IV	V
2010	30,6	53,6	14,3	1,1	0,3
2011	27,7	57,3	13,5	1,3	0,2
2012	27,5	60,4	10,4	1,2	0,2

Доля детей, относящихся к первой группе здоровья, в сравнении с 2010 годом снизилась с 30,6% до 27,5%, относящихся ко второй – возросла с 53,6% до 60,4%, детей с третьей группой здоровья стало меньше на 3,6%, незначительно изменилась доля детей, с четвертой и пятой группами здоровья. Увеличение второй группы здоровья, за счет третьей подтверждает эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, снижение доли детей с первой группой здоровья обусловлено улучшением обследования, что позволяет лучше выявлять детей групп риска. Наибольшее количество здоровых детей отмечено в преддошкольном и дошкольном возрастах, наименьшее - в пубертатном.

Выводы:

В результате диспансеризации:

- Снизилась заболеваемость по следующим классам МКБ-Х: болезни крови и кроветворных органов, эндокринной системы, психических расстройств, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде.
- Стабилизировались показатели заболеваемости по следующим классам болезней: глаз, системы кровообращения, болезней органов дыхания. На снижение заболеваемости повлияли мероприятия по профилактике йодной недостаточности, проводимые в районах области, профилактика и лечение анемий, перинатальных поражений нервной системы.
- Уменьшение доли детей с недостаточностью массы происходит более интенсивно, чем детей с ее избыточности
- Уменьшение доли детей с недостаточностью массы происходит более интенсивно, чем детей с ее избыточности
- Увеличение второй группы здоровья, за счет третьей подтверждает эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий, снижение доли детей с первой группой здоровья обусловлено улучшением обследования, что позволяет лучше выявлять детей групп риска

Список литературы:

1. Основы поликлинической педиатрии - Под. А.А. Джумагазиева /А.А. Джумагазиев, В.В. Гуськов, Т.Ф. Козина и соавт. – Ростов на /Д., 2013 –
2. Болезни детей раннего возраста: Руководство для врачей.- М.; МЕДпресс - информ, 2014. – 336с.
3. Болезни детей старшего возраста. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс – информ, 2014. – 608.
4. Здоровый ребенок от рождения до 7 лет. – Ростов на Дону: Феникс, 2014г.-335.
- 5 . Рзынкина М.Ф. , Молочный В.П., Бережанская Е.В. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения. Ростов на Дону: Феникс. – 2016. – 446 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 9 группы

Богданова Татьяна Владимировна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова