

76 Валлов  
Волыкова О.В.  
①

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:  
«Организация диспансерного наблюдения детей с заболеваниями дыхательной системы»

**Выполнил:**

Обучающийся 5 курса 3 группы

педиатрического факультета

Кирсанов Юрий Юрьевич

## Содержание:

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы .....	3
Задачи научно-исследовательской работы.....	3
Основные определения и понятия.....	3
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	4
Роль врача в диспансерном наблюдении детей с заболеваниями органов дыхания .....	17
Собственное исследование.....	18
Выводы.....	20
Список литературы .....	20

## **Введение**

Болезни органов дыхания занимают среди детского населения одно из первых мест. Более 30% детей поступают в стационар в связи с острыми заболеваниями бронхолегочной системы: острым бронхитом, пневмонией, бронхиолитом. Остается высоким и число хронических бронхолегочных заболеваний.

У детей первого года жизни в структуре заболеваний органов дыхания преобладают острые пневмонии, а у детей более старшего возраста в последние годы увеличивается заболеваемость респираторными аллергиями. Основная роль в борьбе с бронхолегочными заболеваниями принадлежит участковым врачам, которые осуществляют профилактику, раннюю диагностику, своевременную госпитализацию или лечение в домашних условиях, диспансеризацию.

## **Цель научно-исследовательской работы**

Изучить организацию диспансерного наблюдения детей с заболеваниями дыхательной системы.

## **Задачи научно-исследовательской работы**

- изучить частоту заболеваемости органов дыхания у детей
- рассмотреть основные понятия диспансеризации;
- познакомиться с историческими моментами возникновения диспансеризации;
- изучить этапы диспансеризации;
- изучить количество детей, страдающих заболеваниями органов дыхания в ГУЗ «Детская поликлиника №6»

## **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.

Цель диспансеризации больных детей состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медико- социальной адаптации к трудовой деятельности.

Задачи диспансеризации - воспитание здорового ребенка, обеспечение оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей. При проведении диспансеризации детского населения выделяют два этапа: осуществление комплексных медицинских осмотров; организация лечебных и оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией.

## **Теоретическая часть научно-исследовательской работы**

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 социально- экономического 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.

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях"
- приказ Минздрава России от 07.05.98 №151 «О временных отраслевых стандартах объемов медицинской помощи детям»;
- 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 от 30.12.03 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»;
- Приказ № 154 от 19.01.93 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»;
- 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 лечебно-профилактических 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.

## Организация диспансеризации

Первый этап диспансеризации детей включает несколько взаимосвязанных периодов:

Первый период — антенатальная охрана плода, осуществляется участковой педиатрической службой в контакте с акушером-гинекологом женской консультации.

В этом периоде основной задачей является организация преемственности в деятельности женской консультации и детской поликлиники, которая должна осуществляться в виде постоянной информации, поступающей в детскую поликлинику, о каждой беременной женщине, взятой под наблюдение. Для этого применяют такие формы работы, как школа молодой матери и дородовые патронажи (в 28 и 32-36 недели беременности). Дородовый патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра. Педиатр проводит патронаж беременных с нормально протекающей беременностью на приеме в поликлинике, а при неблагоприятно протекающей беременности и отягощенном анамнезе на дому. Следует отметить, что при втором патронаже, проводящемся в 32—36 недель беременности, будущая мать должна получать необходимые сведения по уходу и организации условий жизни ребенка. Рождение здорового ребенка является в известной степени показателем эффективности и качества антенатальной профилактики.

Второй период — динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой. Качественно важным моментом при этом должна стать оценка особенностей течения беременности и родов у матери, раннего постнатального онтогенеза, т.е. выявление возможной принадлежности ребенка к группе риска. Уже при первом патронаже новорожденного можно в известной степени прогнозировать состояние здоровья ребенка и назначить соответствующие корректирующие и оздоравливающие мероприятия, в соответствии с состоянием здоровья ребенка и группой риска. При первом патронаже целесообразно также собирать генеалогический анамнез для того, чтобы проводить по показаниям своевременные лабораторные методы исследования. Задачи и цели динамического наблюдения за новорожденным заключаются в том, чтобы дать матери определенную систему знаний с учетом конкретных условий семьи, ее санитарной грамотности в вопросах воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

Третий период — ежемесячное динамическое наблюдение за ребенком на протяжении 1-го года жизни. Следует помнить, что физическое и нервно-психическое развитие, а также уровень состояния здоровья ребенка в первые 3 месяца жизни могут быть показателем эффективности и качества наблюдения ним в периоде новорожденности. При оценке качества наблюдения в течение 1-го года жизни необходимо большое значение придавать комплексной оценке уровня развития и состояния здоровья в декретированные для ребенка этого периода жизни возрасты: 3, 6, 9 и 12 месяцев. Врач, делая заключение о состоянии здоровья ребенка в эти возрастные периоды, пишет этапный эпикриз, в котором отражает развитие и здоровье ребенка за прошедший период, оценивает уровень

его физического развития, для чего пользуется местными стандартами определения гармоничности развития, важно оценить уровень нервно-психического развития. Решающее значение для оценки состояния здоровья имеет факт наличия или отсутствия заболеваний в момент обследования, а также частота и длительность острых заболеваний, перенесенных ребенком, в предыдущий квартал. Кратность и длительность заболеваний косвенно отражают состояние реактивности организма ребенка.

Четвертый период — динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет. Такое наблюдение, как известно, проводит участковый педиатр в том случае, если ребенок не посещает детское дошкольное учреждение, а воспитывается в семье. В возрасте 5—7 лет это обследование совмещают с комплексным осмотром перед поступлением в школу. Результаты научных исследований последних лет свидетельствуют о необходимости проведения осмотра детей в возрасте 3 и 5 лет с целью профилактики хронических заболеваний всеми врачами-специалистами: ЛОР, окулистом, хирургом-ортопедом, невропатологом, стоматологом, логопедом.

Для всех детей дошкольного возраста большое значение имеют комплексная оценка состояния здоровья. У детей 2-го и 3-го года жизни обязательно оценивают нервно-психическое развитие. Поскольку участковый врач ввиду ограниченности времени заниматься оценкой нервно-психического развития ребенка на приеме и поликлинике не может, эта функция возложена на медицинскую сестру кабинета здорового ребенка. Данные указанной оценки следует заносить в «Историю развития ребенка» с тем, чтобы врач на приеме, составляя свое комплексное заключение, мог бы учесть показатели нервно-психического развития ребенка. Таким образом, на протяжении первых 7 лет жизни ребенок находится под наблюдением участковой педиатрической службы и специалистов детской поликлиники.

Следует отметить, что состояние здоровья ребенка при поступлении в школу является показателем качества и эффективности такого наблюдения.

Детей, у которых выявляются отклонения в состоянии здоровья или заболевания в любом периоде, берут под дифференцированное наблюдение участкового врача или врача-специалиста. Для этого ребенку назначается необходимый комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, т. е. осуществляется третий этап диспансеризации.

Получив необходимые данные, участковый педиатр проводит комплексную оценку состояния здоровья ребенка с определением группы здоровья, которая дает более широкое представление о состоянии здоровья каждого ребенка и контингента наблюдаемых детей в целом, чем только диагноз.

Кроме того, она позволяет выделить «угрожаемый» контингент детей. При комплексной оценке состояния здоровья ребенка учитывают:

§ наличие или отсутствие хронической (и том числе врожденной) патологии;

§ функциональное состояние органов и систем;

§ резистентность и реактивность организма;

§ уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Второй этап: Динамическое наблюдение за диспансеризуемым проводится дифференцированно по группам здоровья.

В результате научных исследований, проведенных в детских лечебно-профилактических учреждениях ряда территорий страны, предложено 5 групп здоровья. К I группе относят здоровых детей; ко II группе — здоровых, но с наличием риска возникновения патологии; к III, IV и V группам — хронически больных детей в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации патологического процесса.

Дети I группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Врачебные назначения детям этой группы включают в профилактические, общеоздоровительные и воспитательные мероприятия.

Дети II группы здоровья с наличием риска возникновения патологии нуждаются в особом внимании педиатра, так как профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, проведенные своевременно и целенаправленно, дают наибольший эффект по предупреждению формирования у них хронической патологии. Сроки наблюдения за данной группой детей устанавливает врач индивидуально для каждого ребенка в соответствии со степенью риска в отношении формирования хронической патологии, выраженности функциональных отклонений и степени резистентности. Часто болеющие дети, а также дети, перенесшие острую пневмонию, болезнь Боткина и др., относятся ко II группе здоровья, в период реконвалесценции их берут под особый контроль. Врачебные назначения детям этой группы включают не только профилактические, воспитательные и общеоздоровительные, но и специальные лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечебно-оздоровительные мероприятия детям II группы здоровья назначает не только педиатр, но и врачи-специалисты.

Дети III, IV, V групп здоровья находятся под диспансерным наблюдением у педиатра и соответствующих специалистов и должны получать необходимое лечение в зависимости от имеющейся у них патологии. Объединение детей в однородные группы здоровья позволяет обеспечивать дифференцированное обслуживание контингентов детей и более рационально планировать медицинскую помощь.

Организация медицинского контроля за состоянием здоровья школьников предусматривает ежегодное проведение профилактических осмотров, которые проводятся поэтапно: первый этап — скрининговые исследования, второй этап — обследование детей, отобранных при помощи тестов; третий этап — обследование специалистами школьников, направленных врачом школы на консультацию. Эти принципы организации массовых медицинских осмотров обеспечивают не только повышение эффективности самих осмотров, но и совершенствование организационных подходов медицинского обслуживания учащихся. В частности, они способствуют повышению роли среднего медицинского персонала в контроле за состоянием здоровья детей; рациональному использованию рабочего времени врача школы и врачей-специалистов для дифференцированного контроля за состоянием здоровья



школьников; более широкому проведению лечебно-профилактических мероприятий среди детей с начальными формами отклонений.

Всех детей, имеющих отклонения в развитии и состоянии здоровья, берут на диспансерный учет, и на каждого из них заводится «Контрольная карта диспансерного наблюдения». Кроме врача детского учреждения, эти дети наблюдаются врачами-специалистами поликлиники и участковыми педиатрами. Сроки их осмотров зависят от тяжести и течения патологического процесса.

В дошкольных учреждениях и школах силами медицинских работников этих учреждений и детской поликлиники должны быть обеспечены консервативное лечение хронических заболеваний ЛОР - органов, санация зубов, занятия корригирующей гимнастикой и лечебной физкультурой.

Врач школы совместно с администрацией и педагогами составляет комплексный план профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает организацию рационального учебного и трудового режима, питания, физического воспитания, проведение закаливающих процедур, выполнение санитарно-гигиенических требований. План обсуждается на педагогическом совете и утверждается директором школы, а также заведующим детской поликлиникой, в районе деятельности которой находится школа.

Третий этап: Оценка эффективности диспансеризации анализ состояния диспансерной работы в организациях здравоохранения.

Анализ диспансерной работы проводится на основе расчёта трёх групп показателей:

- характеризующих объём диспансерной работы;
- качества диспансеризации;
- эффективности диспансеризации.

**2.43. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 лет  
ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ И ГРУППАМ БОЛЕЗНЕЙ**

(зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	2005	2010	2013	2014	2015	2016
	<b>Всего, тыс. человек</b>					
<b>Все болезни</b>	<b>36837,4</b>	<b>40903,5</b>	<b>43155,1</b>	<b>44157,6</b>	<b>43843,0</b>	<b>44831,9</b>
из них:						
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1905,1	1765,4	1811,4	1944,0	1797,4	1793,4
новообразования	73,1	96,2	110,3	115,4	118,0	118,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	382,1	389,9	350,9	359,6	345,3	344,7
из них анемии	353,3	366,6	326,2	332,2	319,8	319,8
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	385,3	357,3	355,6	364,1	367,0	391,5
из них сахарный диабет	2,7	3,1	3,9	4,5	4,7	5,3
ожирение	55,8	69,2	83,7	87,0	93,2	91,8
болезни нервной системы	779,8	928,5	966,0	971,7	927,6	931,2
из них детский церебральный паралич	7,1	7,0	6,9	7,7	7,9	8,4
болезни глаза и его придаточного аппарата	1196,1	1259,4	1392,9	1443,9	1459,1	1491,9
болезни уха и сосцевидного отростка	1029,2	1159,8	1203,8	1269,1	1229,8	1239,7
болезни системы кровообращения	189,8	184,6	187,4	177,6	178,3	175,3
болезни органов дыхания	21780,3	25507,7	27341,4	28167,3	28578,3	29656,8
болезни органов пищеварения	1822,0	1807,5	1880,7	1929,0	1786,1	1781
болезни кожи и подкожной клетчатки	1960,5	1980,5	1977,5	1999,5	1887,2	1800,8
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	823,7	825,7	844,3	838,5	818,7	800,6
болезни мочеполовой системы	627,7	674,8	719,0	743,0	698,5	689,8
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	199,0	255,5	267,4	277,9	270,6	274,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2220,1	2294,9	2443,2	2504,2	2574,6	2628,6



По данным таблицы можно сделать вывод о доле болезней органов дыхания среди детей от 0 до 14 лет от всех болезней. Она составляет 66%.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15-17 лет

**2.55. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15-17 лет**  
**ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ, ГРУППАМ И ОТДЕЛЬНЫМ БОЛЕЗНЯМ**  
(зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)

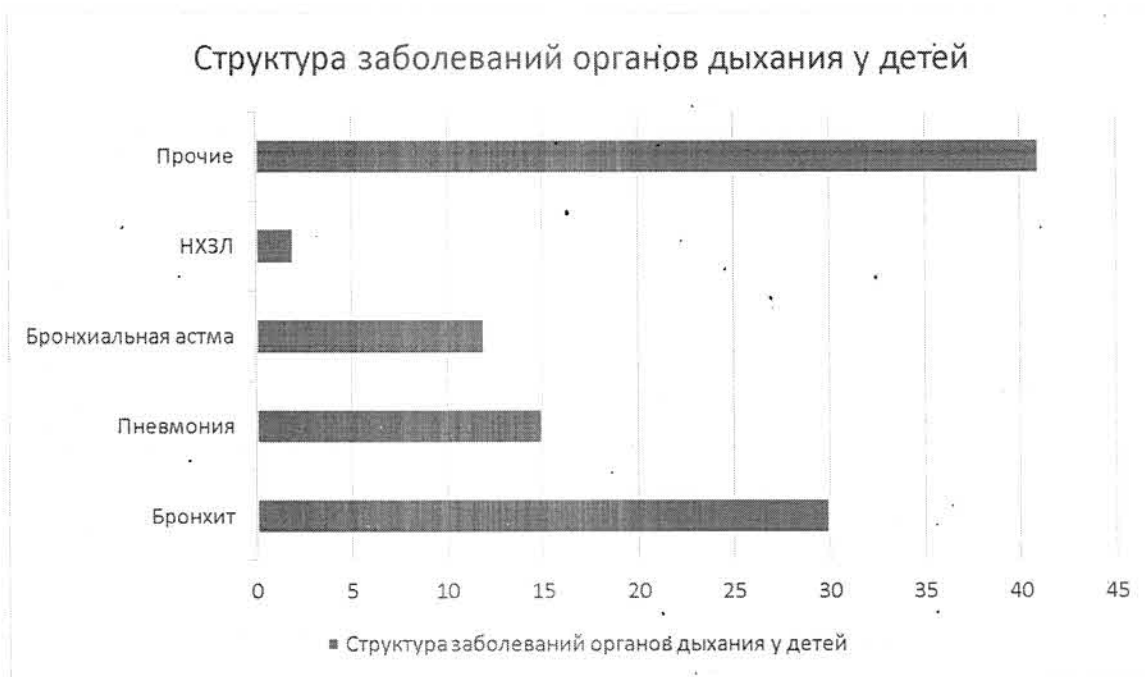
	2005	2010	2013	2014	2015	2016
	<b>Всего, тыс. человек</b>					
<b>Все болезни</b>	<b>7730,2</b>	<b>6266,8</b>	<b>5813,3</b>	<b>5675,3</b>	<b>5492,9</b>	<b>5529,4</b>
из них:						
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	292,3	183,8	156,0	158,6	140,5	138,8
новообразования	21,7	17,8	18,2	19,0	20,0	18,9
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	46,7	38,5	39,7	38,7	36,3	37,4
из них: анемии	41,6	35,7	35,6	33,9	33,6	34,4
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	168,8	116,2	104,7	105,9	113,6	113,4
из них:						
сахарный диабет	1,1	0,8	0,9	0,9	1,1	1,3
ожирение	20,1	21,4	23,6	25,6	29,3	29,5
болезни нервной системы	212,8	176,9	170,3	168,1	157,4	155,7
из них:						
детский церебральный паралич	1,0	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7
эпилепсия, эпилептический статус	4,8	3,4	2,9	3,2	3,3	3,7
болезни глаза и его придаточного аппарата	322,2	263,6	253,5	257,5	255,3	252,4
болезни уха и сосцевидного отростка	170,6	154,1	147,2	145,5	146,0	147,5
из них: хронический отит	10,2	4,4	3,2	3,4	3,1	3,1
болезни системы кровообращения	100,4	81,1	72,4	68,6	65,6	66,8
болезни органов дыхания	3600,4	3023,8	2812,4	2703,3	2691,0	2773,5
болезни органов пищеварения	412,4	326,7	318,9	323,1	292,5	280,5
болезни кожи и подкожной клетчатки	517,6	392,3	354,9	357,7	322,6	306,8
из них: контактный дерматит	75,9	67,1	63,3	69,3	62,4	62,9
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	359,2	280,6	246,8	242,8	235,4	230,7
болезни мочеполовой системы	375,9	284,0	267,5	260,2	236,1	227,3
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	21,6	16,8	14,1	13,7	13,0	14,6
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	840,5	716,3	686,0	699,1	692,6	703,8



По данным таблицы можно сделать вывод о доле болезней органов дыхания среди детей от 15 до 17 лет. Она составляет 50%.

Диспансерному наблюдению подлежат:

1. дети с рецидивирующими бронхитами;
2. дети, перенесшие острую пневмонию;
3. больные хроническими неспецифическими заболеваниями бронхолегочной системы;
4. больные бронхиальной астмой;
5. больные респираторными аллергозами



### **Диспансерное наблюдение детей с рецидивирующим бронхитом.**

1. Педиатр осматривает 2 раза в год, консультация ЛОР - врача, стоматолога 2 раза в год, пульмонолог-1 раз в год, аллерголог и иммунолог - по показаниям, диспансерное наблюдение 2 года. Группа здоровья 2.

2. Методы обследования: ОАМ и ОАК при обострении и после интеркуррентных заболеваний; рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, реакция Манту, спирография и ФГС, аллергопробы по показаниям.

3. Основные методы реабилитации: оздоровление вне обострений по принципам и схемам для часто болеющих детей (диета, режим, закаливание, массаж, ЛФК, санаторно-курортное лечение в местных санаториях), школьники освобождаются

от физкультуры на 1 месяц после обострения, далее постоянно занятия в подготовительной группе.

### **Диспансерное наблюдение детей, перенесших острую пневмонию (J12-O18)**

После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находятся на диспансеризации наблюдении в поликлинике в течение 1 года. Школьники освобождаются от физкультуры на 3 мес. При повторной пневмонии за время диспансерного наблюдения проводится консультация пульмонолога, иммунолога. Профилактические прививки разрешаются через 3-4 нед. после выздоровления, Группа здоровья 2.

**Схема диспансерного наблюдения детей, перенесших острую пневмонию, на педиатрическом участке**

<b>Мероприятия</b>	<b>Сроки проведения</b>
Наблюдение педиатром	Дети в возрасте до 3х месяцев – - первые полгода после пневмонии 2 раза в месяц, - затем 1 раз в месяц От 3х месяцев до 1 года – 1 раз в месяц От 1 года до 3х лет – 1 раз в 1,5-2 месяца Дети старше 3х лет – 1 раз в 3 месяца
Наблюдение узкими специалистами	Пульмонолог – по показаниям. ЛОР, стоматолог – 2 раза в год до санации, 1 раз в год после санации. Врач ЛФК, реабилитолог – по показаниям.
Лабораторное обследование	Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год
Функциональное обследование	Рентгенконтроль органов грудной клетки при неосложненных пневмониях не проводится.

Диспансеризация детей с хроническим бронхитом. Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр- 2 раза в год, ЛОР и стоматолог -2 раза в год, пульмонолог-1 раз в год, аллерголог и иммунолог - по показаниям, ОАМ и ОАК при обострении и после интеркуррентных заболеваний. Рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, реакция Манту, спирография и ФГС по показаниям. Школьники освобождаются от физкультуры на 1 мес. после обострения, далее постоянно занятия в подготовительной группе. Диспансерное наблюдение 2 года. Группа здоровья 2.

## **Диспансерное наблюдение детей с хронической бронхолегочной патологией**

Хроническая бронхолегочная патология: хронический бронхит (J41), бронхоэктатическая болезнь (J47), наследственные заболевания легких (идиопатический диффузный фиброз легких (J84. 1), идиопатическая легочная гипертензия (I27.0), муковисцидоз (E 84), синдром Картагенера (Q 89.4), пороки развития легких (Q. 32 – Q 343) и др.)

Задачи диспансерного наблюдения:

- Обеспечить стабилизацию прогрессирования хронического бронхолегочного процесса.
- Повысить защитные силы организма ребенка, страдающего хронической пневмонией.
- Предупредить обострения заболевания путем проведения периодических курсов лечения и ликвидация очагов хронической инфекции.

Показатели эффективности проведенной реабилитации:

- Хорошее самочувствие
- Отсутствие или редкие обострения.
- Улучшение показателей функциональных проб, рентгенологических данных.

Вакцинация. По индивидуальному календарю.

Сроки наблюдения. При среднетяжелых и тяжелых формах заболевания состоят на учете до передачи во взрослую сеть. При легком течении и после оперативного лечения – снятие с учета через 5 лет при отсутствии обострений в этом периоде.

**Схема диспансерного наблюдения детей  
с хронической бронхолегочной патологией (по форме 030/у)**

<i>Мероприятия</i>	<i>1й год наблюдения</i>	<i>2й год наблюдения</i>
Участковый педиатр	1 раз в 2–3 месяца (при условии положительной динамики) При тяжелом течении заболевания – 1 раз в месяц, по показаниям – чаще	1 раз в 6 месяцев (при условии положительной динамики) При тяжелом течении заболевания – 1 раз в месяц, по показаниям – чаще
<b>Узкие специалисты:</b>		
Пульмонолог	1 раз в 3–6 месяцев, по показаниям – чаще	1 раз в год
ЛОР, стоматолог	2 раза в год до санации, 1 раз в год после санации	
Врач-реабилитолог, врач ЛФК, иммунолог	По показаниям	
<b>Лабораторное обследование:</b>		
ОАК, ОАМ	1 раз в 6 месяцев, по показаниям – чаще (к каждому осмотру педиатра и/или пульмонолога)	

**Диспансерное наблюдение детей, страдающих бронхиальной астмой**

Задачи диспансерного наблюдения:

- Отсутствие или смягчение клинических проявлений заболевания.
- Снижение частоты выраженности обострения.
- Предотвращение развития неотложных состояний.
- Улучшение показателей ФВД.
- Восстановление адекватной возрасту физической активности.
- Отмена или снижение потребности в бронхолитиках.

Таблица 6

## Схема диспансерного наблюдения детей, страдающих бронхиальной астмой (по форме 030/у)

Мероприятия	Легкая интермиттирующая 1 раз в 12 месяцев	Легкая персистирующая 1 раз в 6 месяцев	Среднетяжелая персистирующая 1 раз в 3 месяца	Тяжелая персистирующая 1 раз в месяц, по показаниям - чаще
<b>Участковый педиатр</b>	1 раз в 1-2 года По показаниям	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца По показаниям	индивидуально 1-2 раза в год
<b>Узкие специалисты:</b>				
Аллерголог или пульмонолог	1 раз в 1-2 года По показаниям	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца По показаниям	индивидуально 1-2 раза в год
Главный детский аллерголог/пульмонолог				
Врач ЛФК, реабилитолог			По показаниям	
Окулист				
Эндокринолог			Через 6-9 месяцев терапии ИГКС	
Невролог, психолог	По показаниям		1 раз в год при терапии ИГКС	1 раз в год
ЛОР, стоматолог		2 раза в год до санации, 1 раз в год после санации		
<b>Параклиническое обследование:</b>				
ОАК, ОАМ				
Биохимия крови (протеинограмма, белки острой фазы, (β-липопротеиды). Анализ крови на иммунограмму	1 раз в год			2 раза в год,
<b>Инструментальное обследование:</b>				
ФВД (спирография), включая пробу бронхолитиком, физической нагрузкой (у детей старше 5 лет)	1 раз в год, по показаниям - чаще		2 раза в год, по показаниям - чаще	3-4 раза в год, по показаниям - чаще
Пикфлоуметрия	1 неделя 1 раз в год		1 неделя 1 раз в 3 месяца	1 неделя 2 1 раз в месяц
Рентгеногр. гр. клетки и придат. пазух носа ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ	Ежедневно измерение максимальной скорости в дневнике самоконтроля Даты и времени измерения в дневнике самоконтроля		По показаниям	
Аллергообследование (кожно-аллергические пробы)	1 раз в 5-7 лет, в состоянии ремиссии, при ее продолжительности не менее 2-4 недель			



Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых приступах. Освобождение от занятий физкультурой для школьников на 1 мес. после приступа, далее - постоянно в спецгруппе, при тяжелой форме занятия в группе ЛФК. Инвалидность при тяжелой форме БА сроком на 2 года, при гормонозависимой форме – сроком до 18 лет. диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

## Вакцинация

Иммунизация проводится только в периоде стойкой ремиссии длительностью 7-8 недель при достижении контроля над заболеванием. Иммунизации не подлежат дети в периоде обострения бронхиальной астмы независимо от степени тяжести ее течения. Вакцинация всегда проводится на фоне базисного лечения основного заболевания. Вакцинацию осуществляют в специализированном стационаре или в кабинетах иммунопрофилактики. При рецидивировании респираторной патологии верхних и/или нижних дыхательных путей, способствующей неконтролируемому течению бронхиальной астмы, может быть индивидуально решен вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки (вакцинами Пневмо-23 и АктХиб) при достижении контроля заболевания. Дети, получающие специфическую аллерговакцинацию (АСИТ), могут быть вакцинированы только по строгим эпидемиологическим показаниям АДС, АДС-М, противополиомиелитной вакциной через 2-4 недели после введения очередной дозы аллергена с последующим продолжением АСИТ через 4-5 недель после вакцинации. При этом АСИТ необходимо продолжить с введения того разведения, которое использовалось перед вакцинацией. Кожные пробы с аллергенами могут быть поставлены за 10-15 дней до или через 1,5-2 месяца после введения вакцинных препаратов. При сочетании бронхиальной астмы с поллинозом вакцинацию детей нельзя проводить в период поллинииции причинно-значимых растений.

## **Роль врача в диспансерном наблюдении детей с заболеваниями органов дыхания**

Диспансерное наблюдение за детьми участковый педиатр проводит на профилактических приемах в поликлинике в декретированные сроки. После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка.

Оно включает:

- диагноз (основное и сопутствующие заболевания, морфофункциональные отклонения);
- оценку физического развития;
- оценку нервно-психического развития;
- оценку поведения;
- установление группы здоровья.

На основании этого заключения назначаются консультации специалистов и разрабатываются рекомендации по:

- дальнейшему наблюдению;
- особенностям питания;
- физическому воспитанию;
- закаливанию;
- воспитательным воздействиям;
- проведению профилактических прививок;
- дальнейшему диспансерному наблюдению;
- лабораторным и инструментальным методам исследования;

- лечебно-профилактическим и оздоровительно-реабилитационным мероприятиям;
- санаторно-курортному лечению

## Собственное исследование

В ГУЗ «Детская поликлиника №6» обслуживается 14888 детей, из них с патологией органов дыхания 8932 детей, что в процентном соотношении составляет 60%, что выше среднего показателя по РФ, который равен 57%.

Из 8932 детей:

- Бронхитом страдают 3036 человек, что составляет 34%
- Пневмонией страдают 1161 человек, что составляет 13%
- Бронхиальной астмой страдают 893 человека, что составляет 10%
- Неспецифическими хроническими заболеваниями легких страдают 134 человек, что составляет 1,5%
- Прочими заболеваниями органов дыхания страдают 3708 человек, что составляет 41,5%.



## Выводы

Изучил организацию диспансерного наблюдения детей с заболеваниями органов дыхания.

Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

- 1) уменьшение числа обострений хронических заболеваний;
- 2) уменьшение числа повторных госпитализаций по поводу обострений и осложнений заболевания, по поводу которого несовершеннолетний состоит под диспансерным наблюдением;
- 3) уменьшение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком;
- 4) сокращение случаев инвалидности несовершеннолетних, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) снижение числа госпитализаций несовершеннолетнего, находящегося под диспансерным наблюдением, по экстренным медицинским показаниям;
- 6) сокращение случаев смерти, в том числе на дому, несовершеннолетних, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 7) увеличение удельного веса несовершеннолетних, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе несовершеннолетних, состоящих под диспансерным наблюдением;
- 8) увеличение удельного веса несовершеннолетних с улучшением состояния здоровья в общем числе несовершеннолетних, состоящих под диспансерным наблюдением.

Средний показатель патологии органов дыхания у детей в РФ равен 57%.

Из них:

- Бронхитом страдают 30% детей
- Бронхиальной астмой страдают 12% детей
- Пневмонией страдают 15% детей
- НХЗЛ страдают 2% детей
- Прочими заболеваниями страдают 41%

В ГУЗ «Детская поликлиника №6» обслуживается 14888 детей, из них с патологией органов дыхания 8932 детей, что в процентном соотношении составляет 60%, что выше среднего показателя по РФ, который равен 57%.

Из 8932 детей:

- Бронхитом страдают 3036 человек, что составляет 34%

- Пневмонией страдают 1161 человек, что составляет 13%
- Бронхиальной астмой страдают 893 человека, что составляет 10%
- Неспецифическими хроническими заболеваниями лёгких страдают 134 человек, что составляет 1,5%
- Прочими заболеваниями органов дыхания страдают 3708 человек, что составляет 41,5%.

Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Регулярное прохождение диспансеризации позволит в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

## Список литературы

1. Измеров Н. Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья, работающего населения России // *Здравоохранение Российской Федерации*. -- 2014. -- С. 78
2. Потапов А. И. Только здоровая Россия может стать сильной // *Здравоохранение Российской Федерации*. -- 2014. --С. 37.
3. Ступаков И. Н., Зайченко Н. М. Проблемы высокой смертности в Российской Федерации // *Здравоохранение*. -- 2014. -- С. 13-20.
4. Запруднов, А. М. Детские болезни. В 2 томах. Том 2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна. - Москва: Высшая школа, 2016. - 347 с.
5. Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 269 с.
6. *Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат.* - М., 2017. – 170 с.
7. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом, 2017 г.
8. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, 2017 г.

## 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 3 группы

Курсанов Юрий Сергеевич

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 проведённого 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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова