

91 Замеч
Полякова О.В.
✶

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Организация диспансерного наблюдения детей с заболеваниями сердечно-
сосудистой системы»

Выполнила:
Обучающаяся 5 курса 3 группы
педиатрического факультета
Кирсанова Анна Михайловна

Волгоград 2018г.

Содержание:

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	3
Задачи научно-исследовательской работы	3
Основные определения и понятия.....	4
Теоретическая часть научно-исследовательской работы	4
Роль врача в диспансерном наблюдении за детьми с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	18
Собственное исследование	19
Выводы	20
Список использованной литературы	21

Введение

Обеспечение активного медицинского наблюдения за состоянием здоровья детей в современных условиях является актуальной задачей практического здравоохранения. Не смотря на проводимые профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, отмечается рост заболеваемости и формирование хронических патологий у детей.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре хронической неинфекционной патологии, являясь одной из основных причин смертности населения РФ отдельных возрастных групп. Первое место в структуре смертности среди взрослых занимают заболевания сердечно-сосудистой системы.

Условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых существуют в подростковом и детском возрасте. Известно, что основное число неинфекционных заболеваний у детей имеет функциональную природу, т. е. в основе их лежит изменение нейрогуморальной регуляции на фоне вегетативной дисфункции.

Необходимость изучения этих заболеваний с позиций превентивной кардиологии бесспорна и очевидна.

Недостаточно эффективны профилактические программы у взрослых все это и диктует необходимость поиска новых ранних профилактических мероприятий и смещения их в более ранние возрастные периоды.

Все вышесказанное диктует необходимость целенаправленного восстановительного оздоровления детей с учётом наиболее значимых факторов риска, связанных и с нарушением социально-психологической адаптации, и с экологическим неблагополучием. Ведущая роль в этой системе принадлежит детской поликлинике. Диспансеризацию этого контингента детей осуществляют участковые педиатры, врачи узких специальностей и медицинские работники, обслуживающие дошкольные учреждения и школы, при этом они руководствуются Приказом 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"

Цель научно-исследовательской работы

Изучить организацию диспансерного наблюдения детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Задачи научно-исследовательской работы:

- изучить частоту заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями у детей
- рассмотреть основные понятия диспансеризации;
- познакомиться с историческими моментами возникновения диспансеризации;
- изучить этапы диспансеризации;

-изучить количество детей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями 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.

**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
	Всего, тыс. человек					
Все болезни	36837,4	40903,5	43155,1	44157,6	43843,0	44831,9
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	2284,9	2443,2	2504,2	2574,6	2628,6



По данным таблицы, можно сделать вывод о доле сердечно-сосудистых заболеваний среди детей от 0 до 14 лет от всех болезней. Она составляет 0,4%.

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
	Всего, тыс. человек					
Все болезни	7730,2	6266,8	5813,3	5675,3	5492,9	5529,4
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 сердечно-сосудистых заболеваний среди детей от 15 до 17 лет. Она составляет 1,2%, что означает увеличение числа сердечно-сосудистых заболеваний к 15-17 годам в 3 раза.

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 корригирующие 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;

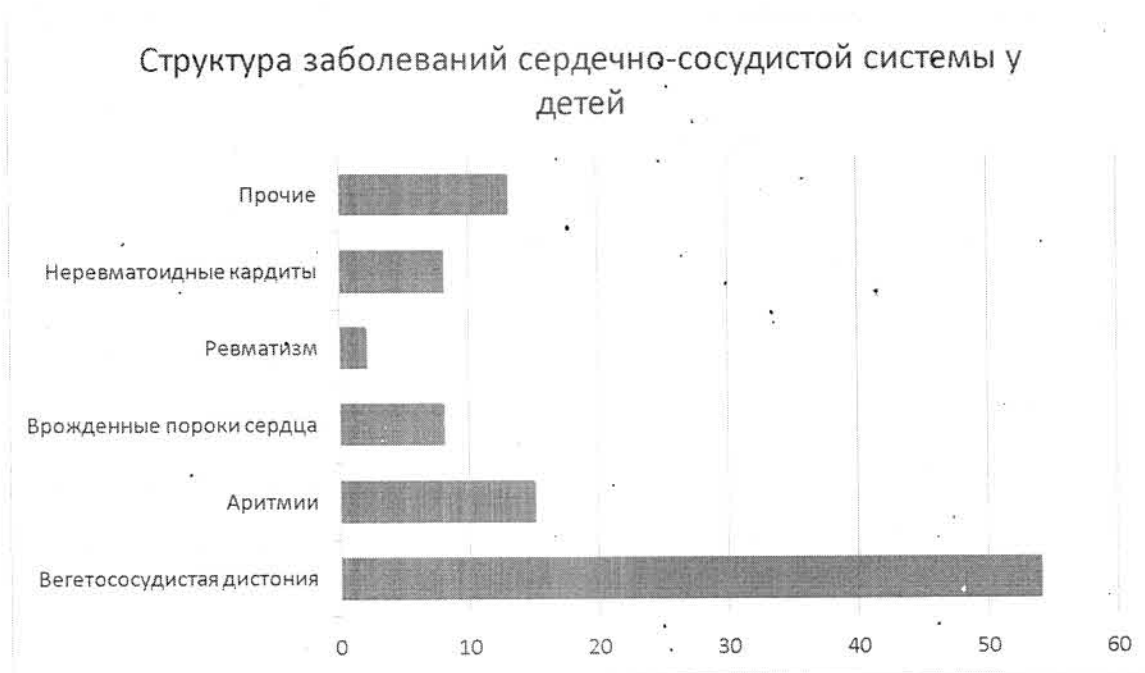
• эффективности диспансеризации.

Диспансерное наблюдение за детьми с патологией сердечно-сосудистой системы в условиях поликлиники осуществляет участковый врач и кардиоревматолог. Участковый врач занимается вопросами первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечивая в первую очередь мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости детского организма. Большую работу проводит педиатр по раннему выявлению детей, угрожаемых по развитию сердечно-сосудистой патологии и заболевших детей.

Врач-кардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные с вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей, обеспечивает организационно-методическое руководство диспансеризацией, занимается повышением квалификации медицинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявлению больных.

Диспансерному наблюдению подлежат

- больные ревматизмом в активной и неактивной форме;
- дети с хроническими очагами инфекции и изменениями со стороны сердца (угрожаемые по ревматизму);
- больные неспецифическими миокардитами;
- дети с вегетососудистой дистонией;
- дети с врожденными пороками сердца и сосудов



Диспансерное наблюдение за детьми с ревматизмом.

Ревматизм — заболевание с преимущественным поражением сердца и сосудов. В этиологии этого заболевания ведущую роль играет бета-гемолитический стрептококк группы А.

Разработанная комплексная терапия ревматизма включает: стационарное лечение, долечивание в местном кардиоревматологическом санатории, диспансерное наблюдение в условиях поликлиники.

В понятие первичной профилактики ревматизма включаются меры общего санитарно-гигиенического характера, уменьшающие стрептококковое окружение, борьба со скученностью, проветривание и влажная уборка помещений, соблюдение личной гигиены, санация очагов хронической инфекции.

Дети с активной фазой ревматизма должны находиться на стационарном лечении не менее 1,5-2 мес до снижения активности ревматического процесса. Перед переводом ребенка в местный санаторий у него не должно быть признаков недостаточности кровообращения.

В местном санатории долечивание детей с неактивной фазой ревматизма проводится в течение 2 мес, больных с активной фазой — 3 мес. В некоторых случаях срок пребывания детей в указанном санатории продлевается. Из санатория детей выписывают только после полной ликвидации активности ревматического процесса, нормализации функций системы кровообращения и дыхания, достижения высокой сопротивляемости к инфекционным заболеваниям, а также после достаточной физической и психологической подготовки.

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ревматизм, включает в себя вторичную профилактику ревматизма, направленную в первую очередь на предупреждение рецидива заболевания и дальнейшую нормализацию измененной реактивности.

На протяжении 3 мес после возвращения из санатория, ребенок осматривается участковым педиатром и кардиоревматологом ежемесячно, затем один раз в квартал, а в дальнейшем — два раза в год. Кроме того, два раза в год ребенок должен быть осмотрен ЛОР-врачом и стоматологом. Методы обследования: анализы крови и мочи 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний, биохимические показатели активности воспаления 2 раза в год, ЭКГ и ФКГ — 2 раза в год, другие исследования — по показаниям.

Детям, перенесшим первичный ревмокардит без признаков формирования порока сердца или хорею без явного поражения сердца, в первые 2 года после атаки проводится круглогодичная профилактика, в последующие 3 года — сезонная. При непрерывно рецидивирующем течении болезни, формировании порока сердца — круглогодичная профилактика проводится на протяжении 5 лет. В настоящее время наиболее широко используется бициллин-5, который вводится один раз в 3 нед в/м по 750 000 ЕД детям дошкольного возраста, 1 500 000 ЕД один раз в месяц детям школьного возраста.

Одновременно с бициллином весной и осенью, как при круглогодичной, так и при сезонной профилактике, используются нестероидные противовоспалительные препараты (сахол сироп, ибупрофен, диклофенак натрия) в дозе,

равной $1/2$ от лечебной, в течение 4 нед. Для профилактики могут быть использованы импортные препараты: экстенциллин, ретарпен. Удобен для профилактики кверсалин. При непереносимости пенициллинов возможно назначение макролидов в возрастных дозировках.

В случае возникновения у ребенка интеркуррентного заболевания в комплексную терапию необходимо включить на срок не менее 10 дней пенициллин или эритромицин, один НПВП, десенсибилизирующие средства, поливитамины (вбловит). При необходимости оперативной санации очагов инфекции операция проводится не ранее, чем через 2 мес после окончания гормонотерапии на фоне антибиотика и антигистаминных препаратов.

Санаторно-курортное лечение можно проводить через 6-12 мес после острой атаки (Сочи, Кисловодск).

Освобождение от занятий физкультурой на 6 мес, далее — занятия в специальной группе 6 мес, затем — постоянно в подготовительной группе.

Школьникам предоставляется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов на 6 мес от начала атаки, при непрерывно рецидивирующем течении — освобождение дают постоянно. Выпускные экзамены проводят по щадящей методике.

Диспансерное наблюдение за детьми прекращается через 5 лет после острой атаки ревматизма, если не было рецидивов и не возникли органические изменения в сердце. В противном случае, больные не снимаются с учета до передачи их во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Дети с хроническими очагами инфекции и хронической интоксикацией (угрожаемые по ревматизму) наблюдаются педиатром и ревматологом до санации очагов инфекции один раз в квартал, после санации — осмотр через месяц, затем — 2 раза в год. Основная цель наблюдения за такими детьми — предупреждение первой атаки ревматизма. Этому способствует тщательное лечение интеркуррентных заболеваний и проведение сезонной бициллинопрофилактики на протяжении не менее двух лет. Диспансерное наблюдение может быть прекращено через 2 года после полной ликвидации очагов хронической инфекции и связанной с ними интоксикации.

Диспансерное наблюдение за детьми с неревматическими кардитами.

Неревматические кардиты — один из самых сложных вопросов во всей проблеме поражений миокарда у детей. Кардитом может осложниться любое инфекционное заболевание. У детей более старшего возраста преобладает вирусно-бактериальная ассоциация. Кардиты подразделяются на врожденные и приобретенные. Врожденные кардиты могут быть ранними и поздними. Ранними врожденными кардитами считаются кардиты, возникающие у плода в первой половине беременности, поздними — в последний триместр беременности.

Лечение этапное: стационар, санаторий, поликлиника. Частота осмотра педиатром 1 раз в месяц в течение 3 мес, далее 1 раз в 6 мес в течение остального времени диспансерного наблюдения. Кардиоревматолог осматривает ребенка с такой же частотой. Консультация стоматолога и ЛОР-врача — 2 раза в год, других специалистов — по показаниям. Методы обследования: анализы крови и мочи 2

курсов в год. Хороший эффект дают водные процедуры: плавание, душ Шарко, контрастный, веерный и циркулярный душ, хвойные и солено-хвойные ванны

В лечении ВСД широко используется фитотерапия. Рекомендуют седативные травы (валериана, пустырник, пион, хвощ, почечный чай); лекарственные растения кардиального типа (боярышник, адонис, шиповник, калина, рябина); травы со спазмолитическим эффектом (мята перечная, фенхель, петрушка, укроп, березовый гриб, морковь, айва), тонизирующие травы (настойки женьшеня, левзеи, заманихи, элеутерококка, лимонника, золотого корня, пантокрин). Фитотерапия при всех видах ВСД назначается на срок не менее 4-6 мес с перерывами каждые 1-1,5 мес на 7-10 дней. Через 2-3 мес применения дозы и кратность могут быть снижены.

Медикаментозная терапия проводится в комплексе с немедикаментозными средствами или после их неэффективности. В связи с длительным лечением сразу много препаратов не назначают. При симпатикотонии назначают производные бензодиазепаина курсами до 4-6 нед. Можно использовать «дневные» транквилизаторы: тофизопам, пипофезия. Из других препаратов при симпатикотонии назначают препараты калия (панангин, оротовую кислоту), витамины В₆ Е и др.

Детям с ваготонией назначают бенактизин, синдофен, кофетамин, препараты кальция (глицерофосфат, глюконат), витамины (пиридоксин, пиридоксаль, аскорбиновая кислота).

При смешанных формах применяют мепробамат, фенибут, беллата-минал. Для улучшения микроциркуляции используются винкамин, актовегин, дипиридамола, цинаризин.

С учетом преобладающей топики сосудисто-мозговой недостаточности рекомендуется дифференцированное применение лекарственных препаратов. При неблагополучии полушарных образований назначают пирацетам, аминалон, пиридитол, винпоцетин, при поражении гипоталамо-гипофизарных образований — ацефен, пантогам, клерегил, ретикуло-стволовых образований — церебролизин, глутаминовая кислота. Все эти средства назначают длительно, 6-12 мес, прерывистыми курсами по 2-4 нед.

Противопоказаны препараты ноотропного действия при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ. При синдроме внутричерепной гипертензии назначаются курсы мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника), ацетазоламид, спиронолактон, гидрохлоротиазид.

Занятия физкультурой в подготовительной группе постоянно, ЛФК — по показаниям.

Диспансерное наблюдение 3 года после исчезновения клинических признаков вегетососудистой дистонии. Группа здоровья II.

раза в год и после интеркуррентных заболеваний. ЭКГ 2 раза в год, ЭхоКГ и ФКГ — 1 раз в год, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год — весной и осенью. В течение месяца больные должны получать один из кардиотропных препаратов: рибоксин, панангин, пантотенат кальция, комплекс поливитаминов сроком до 15 дней. При интеркуррентных заболеваниях назначают нестероидные противовоспалительные препараты, адаптогены.

Вопрос о профилактических прививках должен решаться совместно с кардиологом и иммунологом, после нормализации ЭКГ. При отсутствии сердечной недостаточности, после выздоровления и при отсутствии изменений на ЭКГ профилактические прививки разрешаются через 1 мес.

Освобождение от занятий физкультурой на 6 мес, далее занятия в специальной группе, далее — в подготовительной группе в течение 1 года.

Диспансеризация детей, перенесших острый миокардит должна, проводиться в течение 3 лет, больные с подострым и хроническим миокардитом наблюдаются 5 лет. Группа здоровья III—V.

Диспансеризация детей с вегетососудистой дистонией (ВСД).

Вегетососудистая дистония (ВСД) — наиболее частая патология у детей. Это заболевание встречают у 20-25% детей школьного возраста. ВСД не самостоятельная нозологическая форма, а синдром, возникающий при многих видах патологии. Поэтому при формулировании диагноза желательно на первое место ставить причину ВСД. Важнейшим этиологическим и предрасполагающим фактором ВСД является наследственно-конституциональная предрасположенность. Психоземotionalное напряжение, связанное с неблагоприятной обстановкой в доме, конфликтами в школе, умственным переутомлением может послужить причиной развития ВСД у детей.

В зависимости от превалирования активности одного из отделов вегетативной нервной системы различают симпатикотоническую, ваготоническую и смешанную формы ВСД.

Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом — 1 раз в 3 мес, невропатологом, ЛОР врачом, стоматологом 2 раза в год, другими специалистами — по показаниям. Методы обследования: АД 2 раза в неделю в школе, анализы крови и мочи 2 раза в год, ЭКГ 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение 2 раза в год в течение 1-1,5 мес. Лечение включает медикаментозные и немедикаментозные мероприятия. Большое значение имеют нормализация труда и отдыха, занятия физкультурой. Нередко детей с ВСД необоснованно освобождают от занятий физкультурой. Определенное значение имеет питание, не переедать, ограничить соль, жир, крепкий чай, кофе, острые продукты (перец, горчица, копчености). Показана физиотерапия: ультразвук, электросон, аппликации парафина на шейно-воротниковую область, электрофорез лекарственных веществ с кальцием, кофеином, фенилэфрином, дротаверином на курс 10-12 процедур с повторением через 1,5-2 мес. Рекомендуется иглорефлексотерапия и все виды массажа, от общего до точечного, не менее 3

Диспансерное наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца (ВПС).

Клиническая картина врожденных пороков сердца и магистральных сосудов разнообразна. Важным моментом следует считать наличие определенных фаз в течение ВПС:

- 1 фаза — первичной адаптации, при которой в первые месяцы жизни ребенка происходит приспособление его организма к необычным условиям кровообращения;
- 2 (фаза — относительной компенсации;
- 3 (фаза — терминальная, в которой наблюдаются симптомы необратимой декомпенсации.

Дети с врожденными пороками развития сердца и сосудов должны находиться под наблюдением врача-кардиолога. Конкретное содержание диспансерного наблюдения зависит от синдромной принадлежности ВПС, анатомического варианта порока и фазы течения.

При первой фазе порока частота осмотра педиатром детей с ВПС без нарушения гемодинамики 2 раза в год; после стационарного лечения 6 мес ежемесячно, затем 1 раз в 2 мес до года. Дети первого года жизни осматриваются каждые 3 мес при легком и ежемесячно при тяжелом течении фазы адаптации. При второй фазе порока дети осматриваются 2 раза в год. Кардиоревматолог осматривает ребенка 2-4 раза в год, при тяжелом течении (порок «синего типа», легочная гипертензия и т.д.) 1 раз в 1-2 мес. Консультация стоматолога и ЛОР-врача 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям. Кардиохирург консультирует ребенка при установлении диагноза, далее по показаниям. Дети, перенесшие операции по поводу ВПС, в том числе и паллиативные, в первый год после вмешательства осматриваются 1 раз в 2—3 мес, далее 1-2 раза в год. Дети, перенесшие операцию на «сухом» сердце, в течение первого года наблюдения расцениваются как угрожаемые по развитию подострого бактериального эндокардита.

Методы обследования: анализы крови, мочи 2 раза в год, рентгенологическое исследование 1 раз в год, ЭхоКГ, ЭКГ 1 раз в 6 мес. Другие исследования по показаниям.

Показания к госпитализации: уточнение диагноза ВПС, появление симптомов декомпенсации, тяжело протекающие гипоксемические кризы, развитие осложнений, интеркуррентные заболевания. Хирургическая санация очагов хронической инфекции не ранее 6 мес после операции по поводу порока сердца. Противопоказанием для хирургической санации очагов инфекции являются наличие симптомов декомпенсации, геморрагический диатез у детей при третьей фазе синего порока, осложнения со стороны ЦНС.

Одной из ведущих задач реабилитации ВПС является компенсация сердечной недостаточности. Режим ребенка с ВПС предусматривает широкое использование свежего воздуха как в домашних условиях, так и на улице. Температура должна поддерживаться в пределах 18-20 °С с частым проветриванием.

Участие ребенка в подвижных играх с другими детьми должно определяться не характером порока, а его компенсацией и самочувствием ребенка. Дети, страдающие ВПС, сами ограничивают свою двигательную активность. При наличии ВПС с ненарушенной гемодинамикой дети занимаются физкультурой в детском саду в ослабленной, в школе — в подготовительной группах. При наличии нарушений гемодинамики назначается специальная группа постоянно, ЛФК. После операции на сердце освобождение от физкультуры 2 года, постоянное освобождение — при симптомах сердечной или легочной недостаточности.

Два раза в год (весной и осенью) проводят курс лечения кардиотропными препаратами: рибоксин, кокарбоксилаза, АТФ, коргормон, оротовая кислота, глутаминовая кислота, витаминотерапия. При развитии гипоксемического приступа без потери сознания дается кислород, назначается седативная терапия, кордиамин. При необходимости по показаниям ребенок получает сердечные гликозиды. Важным моментом реабилитации и диспансерного наблюдения является определение сроков оперативного лечения пороков с участием кардиохирурга, которое проводится во 2 стадии заболевания.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику, после оперативного лечения вопрос диспансеризации решается индивидуально. Группа здоровья III—V.

Роль врача в диспансерном наблюдении за детьми с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Диспансерное наблюдение за детьми участковый педиатр проводит на профилактических приемах в поликлинике в декретированные (регламентированные) 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.

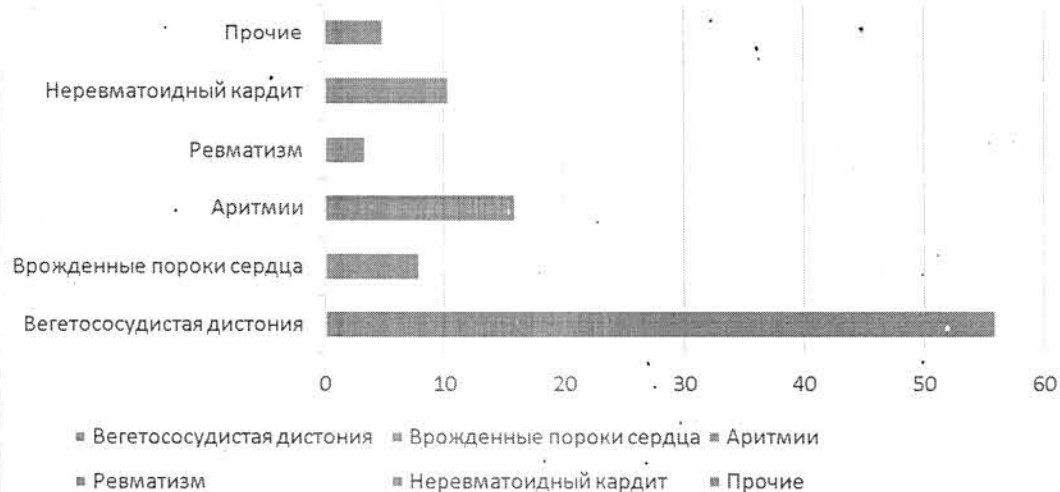
Собственное исследование

В ГУЗ «Детская поликлиника №6» обслуживается 14888 детей, из них с патологией сердечно-сосудистой системы 85 детей, что в процентном соотношении составляет 0,58%, что ниже среднего показателя по России, который равен 0,8%.

Из 85 детей:

- Вегетососудистой дистонией страдают 48 человек, что составляет 56%
- Аритмией страдают 14 человек, что составляет 16%
- Врожденными пороками сердца страдают 8 человек, что составляет 9%
- Неревматоидными кардитами страдают 9 человек, что составляет 10,5%
- Ревматизмом страдают 3 человека, что составляет 3,5%
- Прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают 4 человека, что составляет 5%

Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы в ГУЗ "ДП №6"



Выводы

Изучила организацию диспансерного наблюдения детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

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 сердечно-сосудистой системы среди детей в России равен 0,8%. Из них:

- 54% страдают Вегетососудистой дистонией,
- 15% аритмией,
- 8% врожденными пороками сердца,
- 8% неревматоидными кардитами,
- 2% ревматизмом,
- 13% прочими заболеваниями

Показатели в ГУЗ «Детская поликлиника №6»:

85 детей из 14888 страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Из 85 детей:

- Вегетососудистой дистонией страдают 48 человек, что составляет 56%
- Аритмией страдают 14 человек, что составляет 16%

- Врожденными пороками сердца страдают 8 человек, что составляет 9%
- Неревматоидными кардитами страдают 9 человек, что составляет 10,5%
- Ревматизмом страдают 3 человека, что составляет 3,5%
- Прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают 4 человека, что составляет 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 использованной 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. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца, 2015 г.
7. *Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат.* - М., 2017. – 170 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 3 группы

Курсикова Анна Михайловна

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