

76 Вильямс
Алиева О.Р.
D

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 1
группы

педиатрического факультета

Мясищева Марина Юрьевна

Волгоград 2018.

Оглавление

Введение	3
Цель научно-исследовательской работы.....	3
Задачи научно-исследовательской работы	4
Основные определения и понятия.....	4
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	7
Роль врача	9
Собственное исследование.....	11
Выводы.....	12
Список литературы	14

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 («Д»)

Диспансерному наблюдению подлежат:

1. дети с рецидивирующими бронхитами;
2. дети, перенесшие острую пневмонию;
3. больные хроническими неспецифическими заболеваниями бронхо-легочной системы;
4. больные бронхиальной астмой;
5. больные респираторными аллергиями

Цель научно-исследовательской работы

Цель настоящего исследования – изучить организацию работы и задачи участкового педиатра при работе с детьми, находящимися на диспансерном учете по поводу имеющихся у них хронических заболеваний. Научиться

практическому применению знаний для дальнейшей работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Задачи научно-исследовательской работы

- Изучить и дать характеристику организации мероприятий диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми
- Сформулировать основные принципы диспансерного наблюдения за больными с бронхолегочной патологией;
- Сформулировать принципы преемственности в работе служб диспансерного наблюдения: педиатрический участок, ДДУ, школа, подростковый кабинет поликлиники;
- Описать систему диспансерного наблюдения за детьми с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания и врожденной патологией бронхолегочной системы

Основные определения и понятия

Одной из важнейших сторон деятельности участкового педиатра является диспансеризация детского населения, которая включает 3 этапа мероприятий:

1. Дородовый патронаж беременных женщин с целью антенатальной профилактики.
2. Периодические профилактические осмотры всех детей с целью укрепления и сохранения их здоровья, наблюдения за развитием и активное выявление начальных форм заболевания.
3. Динамическое наблюдение за больными детьми, взятыми на диспансерный учет и проведение оздоровительных мероприятий с ними.

Диспансеризация представляет собой систему организационных и лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающих динамический

контроль за уровнем развития и состоянием здоровья детей с целью раннего выявления начальных отклонений, назначения своевременных оздоровительных, корригирующих, лечебных мероприятий по предупреждению заболеваний, а также обеспечение условий для оптимального развития детей; составляет основу профилактического обслуживания детского населения.

Диспансеризация - это активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённого контингента населения (в данном случае - детей) с целью раннего выявления заболеваний. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного телесного, душевного и социального благополучия».

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.

Диспансерное (профилактическое) наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома. Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному организуется в 1- 2-е сутки. Последующие патронажи к здоровому новорожденному осуществляется в регламентированные сроки, а по отношению к новорожденным с отклонениями в состоянии здоровья график наблюдения определяется индивидуально. В течение первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами только на дому. Одной из важнейших задач, решаемых педиатром во время патронажей к новорожденному, является сбор подробных сведений о генеалогическом, био11 логическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния

здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления.

Цель диспансеризации **ЗДОРОВЫХ** детей – сохранение и дальнейшее развитие здоровья, его укрепление, улучшение физического и нервнопсихического развития, обеспечение своевременной психосоциальной адаптации, гармоничное развитие ведущих органов, систем и всего организма в целом.

Цель диспансеризации детей, имеющих **ГРУППЫ РИСКА**, пограничное состояние здоровья, сниженную сопротивляемость к заболеваниям, травмам, к физическим факторам внешней среды – заключается в максимальном устранении имеющихся экзо - и эндогенных факторов риска, сохранение здоровья ребенка, воспитание гармонично развитой личности.

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

Диспансерное наблюдение за «неорганизованными» детьми и детьми старшего возраста 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

При выявлении во время плановой диспансеризации у детей хронических заболеваний, врожденных пороков развития, они подлежат диспансерному наблюдению у различных специалистов по учетной форме 030/у, в сроки, которые зависят от вида патологии. Тем не менее, такие дети продолжают наблюдаться педиатром в плановом порядке в декретированные сроки.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Диспансеризация детей с острой пневмонией

После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находится на «Д» наблюдении в поликлинике в течение 1 года. Дети, перенесшие острую пневмонию на первом году жизни, посещаются участковым педиатром в первые 3 дня после выписки из стационара. Дети первых трех месяцев наблюдаются в течение 6 мес. по выздоровлению 2 раза в месяц, затем один раз в месяц. Дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте 3-12 мес. наблюдаются в течение года раз в мес. Дети, заболевшие в возрасте от года до 3 лет, наблюдаются раз в 2 мес., старше 3 лет раз в квартал. Школьники освобождаются от физкультуры на 3 мес. При повторной пневмонии за время «Д» наблюдения проводится консультация пульмонолога, иммунолога. Профилактические прививки разрешаются через 3-4 нед. после выздоровления. Группа здоровья 2.

Содержание диспансеризации 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. «Д» наблюдение 2 года. Группа здоровья 2.

Содержание диспансеризации детей с хронической обструктивной легочной болезнью

Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр при легком течении болезни - 2 раза в год, среднетяжелом – 4 раза в год, при тяжелом- 6 раз в год. Осмотры ЛОР и стоматолога - 2 раза в год с санацией хронической инфекцией у всех членов семьи. Осмотр пульмонолога - 1 раз в год, фтизиатр и торакальный хирург – по показаниям. ОАМ и ОАК перед каждым «Д» осмотром. Спирография 2 раза в год, цитология мокроты, посев на флору и

чувствительность к антибиотикам 1 раз в год. Рентгенография грудной клетки по показаниям. Противорецидивные курсы лечения 2 раза в год при отсутствии деформации бронхов, при их наличии - 4 раза в год. Занятия физкультурой для школьников постоянно в спецгруппе, ЛФК. При хронической пневмонии 3 ст. детям организуется индивидуальное обучение на дому без посещения школы. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых обострениях и наличии сердечно-легочной недостаточности. Инвалидность назначают при стойкой дыхательной недостаточности II и более степеней до 18 лет. «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Содержание диспансеризации детей с бронхиальной астмой .

Участковый педиатр и аллерголог осматривают пациента с тяжелой бронхиальной астмой 1 раз в месяц. С легкой и среднетяжелой степенью - 1 раз в 3 мес., при длительном межприступном периоде 2 раза в год, ЛОР и стоматолог - 2 раза в год, аллерголог – 2 раза в год. ОАМ и ОАК 1 раз в 3 мес., кал на яйца глистов и лямблии 2 раза в год, спирография 2 раза в год, рентгенография грудной клетки по показаниям. При легкой и тяжелой степени бронхиальной астмы дети посещают школу. При тяжелом течении – обучение на дому. 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. «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Роль врача

Лечебно-профилактическое педиатрическое отделение является основным структурным подразделением детской поликлиники. Оно объединяет участковых врачей-педиатров, персонал кабинета здорового ребенка,

прививочного и процедурного кабинетов. В функции лечебно-профилактического отделения входят:

- амбулаторный прием и оказание помощи детям на дому по поводу острых и обострения хронических заболеваний;
- диспансерное наблюдение;
- лечение, оздоровление и реабилитация детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов;
- оказание помощи детям из групп высокого риска формирования хронической патологии;
- осуществляет координацию и взаимодействие с различными учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты и образования.

Ключевой фигурой в системе оказания первичной медико-санитарной помощи детям является участковый врач-педиатр. Он осуществляет свою деятельность в детских поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях, других медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Формирование обслуживаемого контингента осуществляется, преимущественно, по территориальному принципу, а также на основе свободного выбора врача пациентами.

Организация деятельности участкового врача-педиатра регламентируется Приказом Минздравсоцразвития России № 28 от 28.01.2006 г. В перечень обязанностей участкового врача-педиатра входит:

- формирование врачебного участка из прикрепившегося контингента;
 - проведение динамического медицинского наблюдения за физическим и нервно-психическим развитием детей
- ; • диагностическая и лечебная работа на дому и в амбулаторных условиях;

- первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки;
- организация и участие в проведении профилактических осмотров детей в декретированные возрастные сроки;
- разработка комплексов лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечение контроля за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения профилактики заболеваний;
- своевременное направление детей на консультации к врачам специалистам, а при соответствующих показаниях — на госпитализацию;
- проведение иммунопрофилактики;
- динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- подготовка и выдача заключения о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения;

Собственное исследование

По дизайну исследование является одномоментное ретроспективное исследование. Применены статистический анализ медицинской документации, анкетный опрос врачей амбулаторно-поликлинического звена, Было проанализировано 1300 медицинских карт развития (форма 112/у) детей, имеющие заболевания органов дыхания.

Нозология	2018г			
	На 1 участке	На 6 участке	Всего	%
Бронхиальная астма	4	5	9	0,69%

Пневмония внебольничная	15	14	29	2,23%
Хронический деформирующий бронхит	2	-	2	0,15%
Врожденные аномалии органов дыхания	1	-	1	0,08%
Рецидивирующий бронхит	16	12	28	2,15%
Хронический ларингит	3	2	5	0,38%
Поллиноз	17	11	28	2,15%

8/2020

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что дети с рецидивирующим бронхитом, внебольничной пневмонией и поллинозом встречаются в два раза чаще. Далее идут дети с и бронхиальной астмой. Все больные постоянно посещают участкового врача-педиатра, выполняют индивидуальные программы реабилитации.

Выводы

Важным разделом работы участкового педиатра является разработка ежегодного индивидуального плана реабилитации ребенка, включающего не только необходимые лабораторные и инструментальные исследования, но и программу оздоровления медикаментозными, физиотерапевтическими, бальнеологическими и другими методами, доступность которых значительно увеличилась с появлением в детских поликлиниках отделений восстановительного лечения.

Количественные характеристики и качество диспансерной работы ГУЗ ДКП №31 определяют основные направления системы активного превентивного слежения за здоровьем детей, в ходе которой осуществляется профилактика, выявление, лечение и реабилитация больных

Список литературы

1. Баранов А.А. и др. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России». – М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2014. – 112 с.
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Текст]: учеб. для студ. мед. вузов А. С. Калмыкова, Н. В. Зарытовская, Л. Я. Климов [и др.]; под ред. А. С. Калмыковой. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2013
3. Феодосиади О.С. Методическая разработка СтГМУ.2013г
4. Поликлиническая педиатрия: диспансеризация детей : учеб. пособие / Под общей ред. Бабцевой А.Ф, Романцовой Е.Б. Благовещенск: Буквица 2013
5. Справочник педиатра,4-е изд., под ред.: В.О. Быкова, А.С. Калмыковой,2015

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 1 группы

Масищева Марина Юрьевна

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 завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова