

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

д.р. Баба
Александров О.К.

Научно-исследовательская работа на тему
**«Организация диспансерного наблюдения за
детьми с заболеваниями ЖКТ»**

Выполнила:
Обучающаяся 5 курса 10 группы
педиатрического факультета
Татинцян Шаганэ Сержиковна

Волгоград 2018 г.

Содержание

1. Введение	3
2. Цель научно-исследовательской работы	5
3. Задачи научно-исследовательской работы	5
4. Основные определения и понятия	5
5. Теоретическая часть НИР	6
6. Роль врача диспансерном наблюдении	19
7. Собственное исследование	20
8. Выводы	22
9. Список литературы	23

Введение

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

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов. При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета. При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения больного школу здоровья по профилю болезни. В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется

посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (ф.30/у), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров.

Важнейший раздел диспансеризации больных детей – восстановительное лечение (медицинская реабилитация), отвечающее задачам вторичной профилактики, которая предусматривает активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности. Под реабилитационной педиатрией следует понимать систему государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на полную ликвидацию патологических изменений, нарушающих ход нормального развития детского организма, либо при достижении полного выздоровления, либо при максимально возможной компенсации врожденных или приобретенных дефектов развития и нарушений функций, а также на возвращение ребенка в предельно короткие сроки к свойственному для его возраста образу жизни, обеспечивающему гармоничное физическое и духовное развитие. Целью реабилитации является эффективное и как можно более раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезной деятельности, формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу. Особенно актуальна организация восстановительного лечения в детских поликлиниках, где должны проводиться выявление детей, нуждающихся в восстановительном лечении, диспансерное наблюдение за ними.

Цель научно-исследовательской работы

Целью данной работы стало изучение организации диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями ЖКТ в детской поликлинике на примере ГУЗ «КДЦ для детей №1» г. Волгограда.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Изучить диспансеризацию детей с патологией ЖКТ
2. Изучить организацию диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями ЖКТ в детской поликлинике ГУЗ «КДЦ для детей №1» г. Волгограда.

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 заболевания, своевременного лечения и профилактики.

Хронический гастрит - хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой оболочки желудка с нарушением процессов физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию, развитию атрофии, секреторной недостаточности, лежащих в основе нарушения пищеварения и обмена веществ.

Хронический гастродуоденит - хроническое воспаление со структурной перестройкой (очаговой и диффузной) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки формированием секреторных, моторных и эвакуаторных нарушений.

Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки - хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишки, а также (реже) в постбульбарных отделах.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) - диффузное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся в проксимальном направлении.

Теоретическая часть НИР

Общие принципы диспансерного наблюдения

Основным принципом диспансеризации детей и подростков с заболеваниями органов пищеварения является длительное наблюдение в условиях поликлиники

1. Условное распределение по группам.
2. Наблюдение осуществляется совместно участковым педиатром и детским гастроэнтерологом.
3. Основной метод немедикаментозной коррекции - диета.
4. Бальнеотерапия – прием минеральной воды (курс 30-45 дней, 2-3 курса в год).
5. Санаторно-курортное лечение показано детям с патологией органов пищеварения не ранее, чем через 3-6 месяцев после обострения заболевания.
6. При стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года наблюдения (за исключением НЯК, ЯБ, ХАГ) можно поставить вопрос о снятии с диспансерного учета, при ДЖВП - через 2 года. При положительном решении данного вопроса ребенок остается во II группе здоровья, т.к. продолжает входить в группу риска.

Наибольший эффект обеспечивает групповая система диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварения, основным достоинством которой является возможность проведения дифференцированного,

индивидуального контрольно - диагностического и лечебного комплекса в зависимости от тяжести и стадии развития патологического процесса.

В зависимости от названных критериев выделены группы диспансерного учета:

- Четвертая группа учета (IV) - стадия обострения заболевания. Время наблюдения за больными в данной группе ограничивается наличием клинико-морфо-функциональных признаков обострения заболевания (длительностью стационарного или амбулаторно-поликлинического лечения обострения).
- Третья группа учета (III) - стадия реконвалесценции (неполной клинико-лабораторной ремиссии). Характеризуется неполным восстановлением клинико-морфофункциональных показателей, приспособительных реакций организма на фоне лечения с дальнейшей их положительной динамикой. Минимальный срок наблюдения в данной группе составляет один год.
- Вторая группа учета (II) - стадия ремиссии. Клинико-лабораторные признаки заболевания отсутствуют в течение одного-двух лет. Минимальный срок наблюдения в данной группе составляет один год.
- Первая группа учета (I) - стадия стойкой ремиссии. В этой группе наблюдаются дети, у которых клинико-лабораторные признаки заболевания отсутствуют в течение еще одного-двух лет. Срок наблюдения - до достижения возраста 18 лет с последующей передачей больного под наблюдение терапевта.

Оценка эффективности диспансеризации

- Если на участке преобладают дети с III – IV условной группой учета, то эффект диспансеризации низкий.
- Если на участке преобладают дети с I – II условной группой учета, то эффект высокий.

Диспансерному наблюдению подлежат дети с патологией органов пищеварения:

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25, K 26);
- Хронически гастрит и гастродуоденит (K29);
- Хронический колит, энтероколит (язвенный колит (K51); хронический неинфекционный колит (K59.9); болезнь Крона (K50);
- Дисфункция билиарного тракта (K82.8);
- Хронический холецистит (K81 Л), желчнокаменная болезнь (K80);
- Хронический гепатит (хронический вирусный гепатит (B12); врожденный гепатит (P35.3; P58.4);
- Хронический панкреатит (K86.1);
- Запоры (K59.0);
- Гликогеноз (E74.0); Галактоземия (E74.2); Целиакия (K90.0);
- Муковисцидоз (E 84).

Схема диспансерного наблюдения детей с хронической патологией ЖКТ с учетом условного распределения по группам (030/у)

Критерии	4	3	2	1
Стадия хронического заболевания	Обострение	Реконвалесценция	Ремиссия	Стойкая клинико-лабораторная ремиссия
Срок наблюдения на частке	Лечение и обследование в этой группе ограничивается сроками пребывания в стационаре	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен до 3х лет	1 год, при НЯК, ХАГ до передачи во взрослую сеть
Частота наблюдения частковым педиатром и гастроэнтерологом		1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Контрольное диагностическое обследование:				
<ul style="list-style-type: none"> ОАК, ОАМ, кал на яйца/гельминтов, соскоб на энтеробиоз 		1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
<ul style="list-style-type: none"> Диагностика Н.руlogi двумя методами (при НР-ассоциированном гастродуодените) 		Через 6-8 недель после лечения	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
<ul style="list-style-type: none"> ФГДС 		1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
<ul style="list-style-type: none"> Фракционное желудочное зондирование или рН-метрия 		1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
Противорецидивная терапия	2 раза в год (осень, весн) при ЯБ - 3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)		1 раз в год (осень или весна, в зависимости от наибольшей частоты по сезонам)
Дизкультурная группа	Специальная или ЛФК	Подготовительная, при ХАГ, НЯК, ЯБ - специальная		Подготовительная или основная
Продолжительность пер. отвода от оф. прививок	В зависимости от нозологии и ее степени тяжести	По календарю, при ХАГ, НЯК - индивидуально		По календарю, при ХАГ НЯК- индивидуально

Диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией

1. Медикаментозная терапия:

а) Антациды алюминий содержащие (альфогель, альмагель, фосфолюгель, актал), магнийсодержащие (магафил 400), комбинированные (маалокс, протаб, алюмаг, топалкан), курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.

б) H₂-блокаторы рецепторов гистамина (ранитидин, циметидин, квамател, фоматидин) - по показаниям (при повышенной кислотообразующей функции, при неблагоприятной наследственности по ЯБ).

в) Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (сукральфат), синтетические аналоги простагландинов (цитотек, ликвиритон).

г) Прокинетики (мотилиум, церукал, координакс) - по показаниям.

д) у больных с НР - ассоциированным гастродуоденитом рекомендован повторный курс

«тройной» эрадикационной терапии (7 дней) на выбор:

- Омепрозол + амоксициллин + кларитромицин,
- Омепрозол + кларитромицин + метронидазол,
- Де-нол + флемоксин-солютаб + метронидазол,
- Фамотидин + метронидазол + кларитромицин,
- Де-нол + омепрозол + флемоксин-солютаб.

Или «квадротерапии» (курс 7 дней): - Де-нол + омепрозол + тетрациклин + метронидазол.

е) Вегетотропная терапия:

- при ваготонии - тонизирующие препараты (растительные адаптогены), в тяжелых случаях - амизил, сиднокарб, в 1-ю половину дня, курс 2-4месяца;
- при симпатикотонии - седативные препараты - чаще фитотерапия, прерывистыми курсами по 2-4 недели, в сложных случаях - транквилизаторы (седуксен, тазепам); ноотропные препараты - (фенибут, пирацетам, пикамилон, ноотропил).

2. Немедикаментозная терапия:

- а) Бальнеотерапия - курсы минеральных вод (Боржоми, Смирновская, Славяновская, Арзни и др.) 2-3 курса в год, по 30-45 дней. При повышенной кислотообразующей функции принимать за 1-1,5 часа до еды, а при сохраненной кислотообразующей функции - за 40-60 минут до еды. Вода подогревается до 38-45°C.
- б) Фитотерапия (зверобой, девясил, алтей, пустырник, солодка и др.) курсами по 10-12 дней в месяц, 2-3 раза в год.
- в) Физиотерапия - чаще для купирования болевого синдрома (индуктотермия на эпигастральную область, ЛУЧ-2 или теплолечение на эпигастральную область - если нет риска развития ЯБ).

3. Санаторно-курортное лечение: местный санаторий («Аршан», «Ангара») через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии. Со 2-го года наблюдения разрешается санаторно-курортное лечение (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки). На 3-м году наблюдения возможно оздоровление детей в санаторных сменах летних оздоровительных лагерей.

Вакцинация

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

Сроки наблюдения

При стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года наблюдения можно поставить вопрос о снятии с диспансерного учета.

Диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом с пониженной секреторной и кислотообразующей функцией

Лечебно-реабилитационные мероприятия

1. Режим общий.
2. Диета - стол № 2 в течение 3-х месяцев после выписки из стационара, затем - стол № 5 с включением экстрактивных веществ (бульоны, маринады).
3. Противорецидивная терапия: курсами, 2 раза в год, в осенний и весенний период. Назначаются:
 - а) заместительная терапия по показаниям, с учетом анализа желудочного сока и копрограммы (натуральный желудочный сок, плантаглоцид), ферменты (лучше комплексные - креон, мезим-форте, фестал), прерывистыми курсами с понижением дозы, лучше не более 2-х недель.
 - б) стимулирующая терапия (кислородные коктейли, метилурацил, пентоксил, никотиновая кислота, эуфиллин).
 - в) Адаптогены - при наличии астеновегетативного синдрома.
4. Немедикаментозная терапия:
 - а) Курсы минеральных вод (Ижевская, Ессентуки 4 и 17, Минская и др.) 2-3 курса в год, по 30-45 дней. Принимать за 15-30 минут до еды. Вода с газами, комнатной температуры.

б) Фитотерапия (подорожник, трилистник водяной, одуванчик, золототысячник, полынь, душица и др.) по 10-12 дней в месяц, 2-3 раза в год.

в) Физиотерапия (бальнеотерапия - тонизирующие хвойные ванны; электрофорез со спазмолитиком на эпигастральную обл., ЛУЧ-2 на эпигастральную обл.; УФО общее и зональное на эпигастральную зону, кислородные коктейли).

г) ЛФК

д) Местный санаторий через 3 месяца после достижения клинко-лабораторной ремиссии.

Вакцинация

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

Сроки наблюдения

При стойкой длительной клинко-лабораторной ремиссии через 3 года наблюдения можно поставить вопрос о снятии с диспансерного учета.

Диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Противорецидивная терапия

После выписки из стационара назначенная терапия продолжается 3 месяца. Курсы противорецидивной терапии проводятся 3 раза в год, в осенний, зимний и весенний период на 1м году наблюдения. Со 2го года - 2 раза в год, с 3-го года наблюдения и далее 1 раз в год или по показаниям.

1. Медикаментозная терапия:

- а) Антациды - курсы до 4х недель после выписки, затем индивидуально, с перерывами.
- б) H₂-блокаторы рецепторов гистамина в течение 4х недель после обострения.
- в) Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка.
- г) Прокинетики (по показаниям) - на 10-14 дней.
- д) У больных с НР-ассоциированным заболеванием рекомендован повторный курс «тройной» эрадикационной терапии или «квадротерапии».
- е) Вегетотропная и седативная терапия (в зависимости от ИВТ и ВР). ж) Витамины (С, Е, В, В₂, В₆).
- з) Ферменты по показаниям, с учетом результатов копрограммы и анализа желудочного сока.
- и) Спазмолитики - по показаниям.
- к) Биопрепараты - по результатам анализа кала на дисбактериоз кишечника.

4. Немедикаментозная терапия:

- а) Курсы минеральных вод (Боржоми, Смирновская, Славяновская, Арзни и др.) 2-3 курса в год, по 30-45 дней. Принимать за 1-1,5 часа до еды. Вода без газов, подогревается
- в) Физиотерапия - чаще для купирования болевого синдрома и для седативного эффекта (электросон, Д-арсонваль, магнитотерапия, электрофорез с бромом по Вермелю на воротниковую зону; душ Шарко на

воротниковую зону), массаж общий и массаж БАТ (в точке Боса, по остистым отросткам позвонков), ИРТ.

г) ЛФК.

д) Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее - специальная группа. На 2-м году наблюдения физкультурная группа - подготовительная, с освобождением от соревнований и повышенных физических нагрузок.

е) Местный санаторий через 3 месяца после достижения ремиссии. Со 2го года наблюдения разрешено санаторно-курортное лечение (Железноводск, Пятигорск, Ессентуки и др.).

Вакцинация

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

Сроки наблюдения: диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение при неспецифическом язвенном колите

Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. Режим общий.
2. Диета - стол № 4, диета, обогащенная белком, с исключением цельного молока.
3. Противорецидивная терапия в стадии ремиссии 2 раза в год (осень, весна):

а) Основная медикаментозная коррекция - курсы салициламидных препаратов (салазопиридозин). Доза подбирается индивидуально, назначается только под контролем ОАК.

б) Биопрепараты - по показаниям, с учетом анализа кала на дисбактериоз кишечника и копрограммы, курсами до 1 месяца, 3-4 курса в год (аципол, бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин, бифиформ, линекс, хилак-форте).

в) Витаминотерапия (В1, В6, В15, С, Е).

г) Иммуномодуляторы (рибомунил, полиоксидоний, ликопид, иммунорикс).

д) Вегетотропная терапия (в зависимости от ИВТ и типа ВР).

4. Немедикаментозная терапия:

а) Курсы минеральных вод 2-3 раза в год, по 30-45 дней.

б) Фитотерапия (травы с обволакивающим, противовоспалительным и вяжущим действием) курсами (первые 15 дней месяца), продолжительностью от 3х до 6 месяцев.

в) Физиотерапия (по строгим показаниям). Используются электрофорезы и Д-Арсонваль на воротниковую зону. Категорически запрещается использование тепловых процедур.

г) ЛФК.

5. Физкультурная группа - специальная, при стойкой клинико-лабораторной ремиссии - подготовительная.

Вакцинация

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

Сроки наблюдения

Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение детей с хроническим колитом

Наблюдение участкового педиатра и гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца после последнего обострения. Затем по схеме, указанной в «Общих принципах диспансерного наблюдения».

В обследовании обязательны: копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, анализ кала на дисбактериоз кишечника, соскоб на энтеробиоз. Ректороманоскопия, колоноскопия - по показаниям.

Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. Режим общий.
2. Диета - стол № 4В.
3. Противорецидивная терапия в стадии ремиссии 2 раза в год фестал, прерывистыми курсами с понижением дозы, лучше не более 2х недель.
 - б) Биопрепараты - по показаниям, с учетом анализа кала на дисбактериоз кишечника и копрограммы, курсами до 1 месяца, 3-4 курса в год.
 - в) Витаминотерапия (В1, В6, В15, С, Е).
 1. Немедикаментозная терапия:
 - а) Курсы минеральных вод 2-3 раза в год, по 30-45 дней.
 - б) Фитотерапия

в) ЛФК .

2. Физкультурная группа - основная или подготовительная.

Вакцинация - профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

Сроки наблюдения: диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Схема диспансерного наблюдения за больными хроническим энтероколитом

Кратность наблюдения специалистами	Методы обследования	Группа по физкультуре	Профилактические прививки	Критерии снятия с учета
Педиатр - 1 раз в квартал в течение первого года, затем - 2 раза в год в течение двух лет, в последующем - 1 раз в год; при тяжелых формах - наблюдение ежемесячно. ЛОР- врач и стоматолог - 2 раза в год. Невропатолог и хирург - по показаниям. Гастроэнтеролог -1-2 раза в год.	1.Копрограмма - 1 раз в квартал первый год, затем - 1 раз в 6 месяцев. 2. Кал на скрытую кровь - при язвенном колите - 1 раз в квартал, в остальных случаях - по показаниям. 3.Кал на дисбактериоз, гельминты, лямблии 1 раз в 6 месяцев. 4. Специальные исследования - по показаниям.	Первый год специальная. Затем подготовительная; через 2-3 года - основная (кроме больных язвенным колитом и болезнью Крона).	Через 2-3 месяца после обострения в стадии полной ремиссии.	Через 3-4 года после обострения при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания. Больные язвенным колитом и болезнью Крона с учета не снимаются.

Роль медицинского персонала

Диспансеризацию больного ребенка проводят участковый педиатр и узкие специалисты. Независимо от того, где больной ребенок находится на диспансерном учете, участковый педиатр обязан знать о его состоянии здоровья и поддерживать тесную связь с соответствующими специалистами. Основными медицинскими документами для детей, взятых на диспансерное наблюдение, являются «История развития ребенка» (форма 112/у) и «Контрольная карта диспансерного больного» (форма 030/у).

На каждого больного ребенка педиатр заполняет в форме 112/у этапный эпикриз с обоснованием взятия на диспансерный учет. Запись подробная, отражает факторы риска генеалогического, биологического и социального анамнеза, анамнеза жизни и заболевания, объективный статус с подробным описанием пораженной системы. Указывается основной и сопутствующие диагнозы (согласно МКБ-10). В «Истории развития ребенка» отражаются данные наблюдения за больным ребенком, результаты обследования. Участковый педиатр совместно с узкими специалистами разрабатывает индивидуальный план диспансерного наблюдения на календарный год. Даются рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, закаливанию, воспитательным воздействиям, немедикаментозной и медикаментозной коррекции, дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям.

По окончании календарного года участковый педиатр с привлеченными специалистами составляет этапный эпикриз, в котором отражается динамика заболевания, эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий и дается общая оценка: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение.

Снятие больного ребенка с диспансерного учета осуществляется при обязательном участии участкового педиатра, узкого специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, заведующего педиатрическим отделением детской поликлиники. Если пациента не снимают с диспансерного учета, то одновременно составляется план диспансерного наблюдения на следующий календарный год.

Собственное исследование

За время прохождения практики мной были изучены статистические показатели диспансеризации детей в ГУЗ «КДЦ для детей №1». Диспансеризация территориально проживающего и прикрепленного детского населения к ГУЗ "КДЦ для детей №1" проводится в соответствии с Приказом ГУЗ "КДЦ для детей №1" от 20.11.2017г № 197 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на территории Волгоградской области», в исполнении Приказа №514н от 10.08.2017 "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних". В ГУЗ «КДЦ для детей № 1» за I квартал 2018г было осмотрено в ходе профилактических осмотров всего 4275 детей:

I гр. здоровья – 438 детей (10,25 %)

II гр. здоровья – 3195 детей (74,74%)

III гр. здоровья – 621 детей (14,53%)

IV гр. здоровья – 13 детей (0,3%)

V гр. здоровья – 8 детей (0,19%)



Количество больных патологией ЖКТ на 18 уч. – 47 человек. Из них:

Дети грудного возраста - 0

Дети преддошкольного возраста - 3

Дети дошкольного возраста - 6

Дети младшего школьного возраста – 15

Дети старшего школьного возраста -23

Все дети проходят диспансеризацию в зависимости от патологии и продолжительности заболевания. После осмотра уч. педиатром направляются в дневной стационар.

Среднее пребывание на койке по гастростандарту в дневном стационаре ГУЗ «КДЦ для детей №1».

Диагноз	2016			2017		
	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.	Бол.	Дни лечения	Ср. пр.
ФРЖ	1074	9127	8,5	964	9566	9,9
ДГ рефлюкс, эзофагит	0	0	0	0	0	0
Язвенная болезнь желудка	12	104	8,7	4	41	10,2
Язвенная болезнь 12 пк	-	-	-	11	113	10,2
Хр. гастродуоденит	175	1536	8,8	248	2561	10,3
Хр. гастрит	114	1003	8,8	54	526	9,7
Реактивный панкреатит	0	0	0	4	38	9,5
ДЖВП	3	27	9,0	2	20	10,0
ИТОГО	1378	11797	8,6	1285	12865	9,9

Выводы

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов. При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета. При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения больного школу здоровья по профилю болезни. Ответственным за проведение диспансеризации детей как неорганизованных, так и организованных является участковая бригада в составе участкового врача и участковой медицинской сестры территориального педиатрического участка, на котором проживает данный ребёнок.

Диспансеризация детей «декретированных» возрастов осуществляется бригадой специалистов, утверждённой приказом главного врача, в составе: отоларинголог, офтальмолог, хирург-ортопед, стоматолог. Другими специалистами дети консультируются по направлению участкового педиатра, по показаниям.

Список литературы

1. Доскин, В.А. Поликлиническая педиатрия: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2013.- 504 с.
2. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (руководство для врачей)/ Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М.и др. - М.: Династия, 2014.- 168 с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ Под ред. А.А. Баранова.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016.- 608 с.
4. Руководство участкового педиатра/ Под ред. Проф. Т.Г. Авдеевой.-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015.- 352с.
5. Участковый педиатр: Справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзынкиной, В.Г. Молочного. – Ростов н/Д.: Феникс, 2013. – 313 с
6. Приказ №514н от 10.08.2017 "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

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 10 группы

Татинцева Шаганэ Сергеевна

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, 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