

Dr. Zaitseva  
Balaikova O.K.



ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Анализ эффективности диспансеризации детей с анемией на  
педиатрическом участке»**

Выполнила:

Студентка 5 курса 1 группы

педиатрического факультета

Ширкунова Дарья

Михайловна

Волгоград 2018 г.

Оглавление

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы:.....	7
Задачи научно-исследовательской работы:.....	7
Основные определения и понятия:.....	7
Теоретическая часть научно-исследовательской работы .....	8
Собственное исследование.....	14
Выводы.....	188
Список литературы.....	2020

### 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 социальноэкономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны. Диспансеризация детского населения России регламентирована следующими действующими нормативными документами.

Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2001г. № 916, утвердившим «Положение об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей,

подростков и молодежи»;

Приказ Минздрава России от 07.05.98 №151 «О временных отраслевых стандартах объемов медицинской помощи детям»;

Приказ Минздрава России от 15.03.02 №81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году»;

Приказ Минздрава России от 14.07.03 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним»;

Приказ Минздрава России от 30.12.03 №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»;

приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 08.12.04 г. «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».

Приказ №307 МЗ и Социального развития Российской Федерации от 28.04.2007 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»

Приказ № 60 от 05.05.99. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»;

Приказ №1346н от 21.12.2012 МЗ и СР РФ «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

В 2002 году проводилась Всероссийская диспансеризация всего детского населения по расширенной программе. Получена подробная информация о здоровье различных категорий детей в разные возрастные периоды. При проведении диспансеризации использовались автоматизированные системы, что позволило получить большой статистический материал о состоянии здоровья, распространенности патологии, ее зависимости от возраста, пола, места проживания и воспитания детей, эффективности и адекватности лечебнопрофилактических мероприятий.

Однако наиболее часто отклонения в здоровье детей диагностируются в

определенные возрастные периоды. Поэтому, начиная с 2005 года диспансеризация детского населения проводится в возрастах, определенных приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 9 декабря 2004 года № 310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка»: при достижении ребенком возраста 1 мес., а также в 1, 3, 6, 7, 10, 12 лет, кроме этого в пубертатном периоде (14-15 лет) и перед окончанием школы (16-17 лет). Использован опыт Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. и результаты медицинского осмотра каждого ребенка документируются в «Карте диспансеризации» (ф. № 030-Д/у) на электронном и бумажном носителях. Бумажные варианты карты фиксируются в «Истории развития ребенка», «Медицинской карте школьника», электронные версии направляются на региональный и федеральный уровень.

В настоящее время в Волгоградской области диспансеризация детского населения осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Отдел диспансеризации осуществляет координацию работы по диспансеризации детского населения области, обработку и направление базы диспансеризации на электронных носителях в федеральный центр, ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Росмедтехнологий, мониторинг состояния здоровья детей области по результатам диспансеризации.

В отдел мониторинга из ЛПУ карты поступают ежемесячно и направляются в федеральный центр диспансеризации ежеквартально.

Дети декретированных возрастов (1 мес., а также 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14-17 лет), ежегодно проходят тестирование по базовой скрининг-программе, лабораторное обследование, с последующим осмотром врачом-педиатром, далее врачами специалистами в зависимости от возраста ребенка.

Дети, не подлежащие плановым профилактическим осмотрам (2, 4, 5, 8, 9, 11 и 13 лет), также проходят тестирование, лабораторное обследование и

осматриваются врачами специалистами по показаниям. Заполнение диспансерных карт в электронном варианте на них не требуется, если не выявлена патология.

Дети, состоящие на диспансерном учете по заболеванию осматриваются и обследуются врачами-педиатрами и специалистами по профилю патологии, с заполнением диспансерных карт. Кратность наблюдения зависит от возраста и характера патологии ребенка.

Проведение диспансеризации не предусматривает регистрацию больных острыми заболеваниями, поэтому изучение заболеваемости по результатам диспансерных осмотров позволяет определить уровень и динамику хронической патологии в детском возрасте.

**Цель научно-исследовательской работы:** изучить эффективность диспансерного наблюдения на участке детей с ~~заболеваниями ЖКТ.~~ *анемией*

**Задачи научно-исследовательской работы:**

1. Изучить научно-методическую и справочную литературу по вопросу.
2. Изучить соответствующую документацию.
3. Исследовать значение диспансеризации для здоровья ребенка.
4. Рассмотреть плановую диспансеризацию детей с анемией на участке.
5. Изучить диспансерные группы детей на участке.
6. Анализ и синтез полученных данных.

**Основные определения и понятия:**

**Диспансеризация, скрининг** (от англ. *screening* — массовое обследование) — комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний у населения. Диспансеризация представляет собой профилактические медицинские осмотры, консультации врачей и медицинские исследования, проводимые в определённые возрастные периоды человека.

**Ремиссия** (лат. *remissio* «уменьшение, ослабление») — период течения хронической болезни, который проявляется значительным ослаблением (*неполная ремиссия*) или исчезновением (*полная ремиссия*) её симптомов.

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

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов.

В настоящее время Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» предоставляет педиатрам и врачам-специалистам четкий алгоритм действий для проведения осмотра и диспансерного наблюдения детей и подростков. Некоторые пункты из данного закона приведены ниже:

2. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

13. Уполномоченное должностное лицо медицинской организации на основании поименных списков несовершеннолетних составляет календарный план проведения профилактических осмотров с указанием дат и мест их проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должности, фамилии и инициалов), лабораторных, инструментальных и иных исследований, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе (далее - календарный план).

17. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра



врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

18. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование.

19. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 18 настоящего Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

22. На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

- 1) определяет группу здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних;
- 2) определяет медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий

несовершеннолетними физической культурой и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой по форме;

3) направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета. При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения школы здоровья по профилю болезни. В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (форма № 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего" в соответствии с Порядком заполнения учетной формы № 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего", утвержденным настоящим приказом.), 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. Реабилитацию необходимо начинать на самых ранних стадиях болезни. Процесс восстановительного лечения следует осуществлять непрерывно, на каждом своем этапе он должен носить комплексный характер.

#### **Диспансерное наблюдение за детьми с гемолитическими анемиями.**

Гемолитические анемии — заболевания, при которых отмечается укорочение продолжительности жизни эритроцитов. Повышенное разрушение эритроцитов может происходить в селезенке или внутри сосудистого русла. Клинически это сопровождается желтухой за счет непрямого (неконъюгированного) билирубина разной степени выраженности, увеличением селезенки, при длительном течении — изменениями скелета. Гематологически отмечается анемия с активацией эритропоэза и повышенным ретикулоцитозом, повышенной активностью в крови лактатдегидрогеназы и резко сниженным уровнем в крови гаптоглобина. Практическое значение для участкового педиатра имеют гемолитическая

болезнь новорожденного и гемолитическая анемия Минковского-Шоффара.

Гемолитическая анемия Минковского-Шоффара — наследственное заболевание, в основе которого лежит качественный или количественный дефект мембран эритроцитов. Клинически характерна триада симптомов: желтуха при нормальном цвете стула, анемия и увеличение селезенки. Чаще стойкая желтуха появляется в дошкольном или младшем школьном возрасте. В периферической крови выявляют анемию, выраженный ретикулоцитоз, снижение среднего диаметра эритроцитов. В мазках периферической крови хорошо видны микросфероциты. Характерно изменение осмотической стойкости эритроцитов: снижение минимальной при повышенной максимальной стойкости. Билирубин в сыворотке крови повышен за счет непрямых фракций.

Диспансеризация проводится совместно участковым врачом и гематологом. Частота осмотров педиатром 1 раз в месяц, гематологом 2 раза в год, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с подсчетом ретикулоцитов, микросфероцитов 1 раз в месяц, биохимическое исследование крови (билирубин, трансаминазы) 1 раз в 3 мес, другие исследования по показаниям.

Противорецидивные мероприятия проводят постоянно, они включают щадящий режим, сбалансированное питание, курсы витаминов, санацию хронических очагов инфекции. Занятия в школе физкультурой и физическим трудом противопоказаны. Инвалидность оформляют при анемических кризах чаще одного раза в год со снижением гемоглобина менее 100 г/л. При анемии Минковского-Шоффара дети могут быть сняты с диспансерного учета через 4 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов.

### **Диспансерное наблюдение за детьми с апластическими анемиями.**

Апластические анемии — анемии, обусловленные угнетением кроветворной функции костного мозга. Могут быть наследственными или приобретенными, изолированными с угнетением только эритроидного ростка костного мозга или в структуре панцитопении. Клиническая картина апластической анемии, помимо анемического синдрома, включает повышенную кровоточивость (петехиальные высыпания на коже, экхимозы, носовые кровотечения за счет тромбоцитопении) и общий интоксикационный синдром. Характерны изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, рецидивирующие инфекции. Для анемии в сочетании с панцитопенией в периферической крови характерны анемия, ретикулопения вплоть до исчезновения ретикулоцитов, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ до 40-80 мм/ч. Основой диагноза служит пункция костного мозга, которая проводится в условиях специализированного отделения. Обязательна госпитализация и стационарное лечение ребенка с подозрением на гипо- или апластическую анемию. Дальнейшую диспансеризацию после выписки из стационара осуществляют участковый педиатр совместно с гематологом. Частота их осмотров в стадии ремиссии не реже 1 раза в месяц, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с подсчетом тромбоцитов 1 раз в месяц, трепанобиопсия и другие исследования по показаниям. Противорецидивные мероприятия включают санацию очагов хронической инфекции, поддерживающую гормонотерапию по индивидуальным схемам гематолога. Занятия в школе физкультурой и физическим трудом противопоказаны. Инвалидность оформляют при врожденных и приобретенных апластических анемиях и гипопластических состояниях на фоне изменений периферической крови (гемоглобин ниже 100 г/л, тромбоциты ниже  $100 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоциты менее

4 x 10<sup>9</sup>/л) сроком до достижения 18 лет. С диспансерного учета дети не снимаются.

### **Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с ЖДА и В<sub>12</sub>-дефицитной анемией.**

Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с ЖДА проводится в течение 1 года с момента установления диагноза. Контролируются самочувствие и общее состояние больного. Контрольные анализы крови: общий анализ крови и ФС проводятся через 6 месяцев от начала терапии и перед снятием больного с диспансерного наблюдения. Лабораторные показатели должны быть в пределах нормы. При выявлении показателей ФС.

Больные В<sub>12</sub>-дефицитной анемией подлежат диспансерному наблюдению, в ходе которого проводится мониторинг состояния периферической крови 1-2 раза в год, а также лечение заболеваний и состояний, приведших к развитию данного вида анемии.

### *Собственное исследование*

Я прошла практику в ГУЗ «КДЦ для детей №1», второе отделение, участок № 12

Всего на участке наблюдается 830 детей.

Установление диагноза ЖДА у всех детей основывалось на данных анамнеза, клинической картины, общепринятых критериях лабораторной диагностики: в общем анализе крови (ОАК) уровень гемоглобина (ниже 110г/л), значение цветного показателя (ниже 0,85), эритроцитов (менее 3,5 x10<sup>12</sup>/л) и содержание сывороточного железа (менее 10 мкмоль/л). По данным гематологического обследования, ЖДА I степени (Hb 91–109 г/л) диагностирована у 29 детей, II степени (Hb 75–86 г/л) у 5 детей.

В ходе практики были изучены журналы диспансерных больных за данный и предыдущие два года, откуда стало известно следующее:

- Всего в данный год на участке на диспансерном учете состоит 113 ребенок, из них:

- 7 детей с бронхиальной астмой,
- 26 детей с заболеваниями ЖКТ,
- 9 детей с острым пиелонефритом, 8 детей с хроническим пиелонефритом и 11-с другими заболеваниями почек,
- 18 детей с ВПС,
- 16 детей-инвалидов,
- 9 детей с заболеваниями нервной системы,
- 6 детей с хирургической патологией,
- 13 детей с заболеваниями крови, в том числе с анемиями,
- 4 человека с эндокринными заболеваниями,
- 12 детей, перенесших острые заболевания.

Далее, рассмотрим данные предыдущего года:

- 7 детей с бронхиальной астмой,
- 30 детей с заболеваниями ЖКТ,
- 11 детей с острым пиелонефритом, 8 детей с хроническим пиелонефритом и 11-с другими заболеваниями почек,
- 18 детей с ВПС,
- 16 детей-инвалидов,
- 11 детей с заболеваниями нервной системы,
- 6 детей с хирургической патологией,
- 16 детей с заболеваниями крови, в том числе с анемиями,
- 6 человека с эндокринными заболеваниями,
- 15 детей, перенесших острые заболевания.

Как видно из полученных данных, за последний год показатели диспансеризации улучшились в связи со снижением заболеваемости и достижением стойкой ремиссии детей, имеющих хронические заболевания.



## Выводы

Таким образом, анализ эффективности и качества диспансеризации детей с ЖДА выявил, что большинство детей наблюдались и обследовались участковыми врачами своевременно, у части детей частота динамического наблюдения в начале заболевания не соблюдалась из-за разных причин. Часть детей на момент исследования сняты с «Д» учета через 6 месяцев после нормализации показателей красной крови, 2 детей продолжают наблюдаться под контролем ОАК в результате рецидива.

Учитывая причины ЖДА понятно, что профилактика должна проводиться в антенатальном периоде развития плода. Всем женщинам во второй половине беременности целесообразно профилактическое назначение пероральных ферропрепаратов или поливитаминов, обогащенных железом.

К постнатальной профилактике ЖДА относится грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни. Грудное молоко содержит максимально биодоступное железо, которое усваивается практически полностью за счет содержания в нем лактоферрина. Однако интенсивные обменные процессы у грудных детей приводят к тому, что к 5–6-му месяцу жизни депо железа истощается и с этого возраста организм ребенка становится абсолютно зависимым от экзогенного поступления железа для покрытия физиологических потребностей, которые составляют 10–11 мг/сут.

С этой целью необходимо своевременное введение прикорма с содержанием в рационе мяса, печени, свежеприготовленных соков, обогащённых железом злаков (крупы), желтка. Следует отказаться от введения в рацион ребенка таких каш, как манная, рисовая, толокняная, отдавая предпочтение гречневой, ячменной, просяной.

Особенно важно своевременное введение прикорма детям из группы риска: с лимфатическим типом конституции, детям с большой массой тела при рождении и избыточными весовыми прибавками, а также недоношенным детям.

Необходимым условием является организация правильного ухода за ребенком, длительные прогулки на свежем воздухе, нормализация сна, профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

#### Список литературы

1. Рзянкина М.Ф. , Молочный В.П., Бережанская Е.В. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения. Ростов на Дону: Феникс. – 2013. – 446 с.
2. Педиатрия: клинические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 272 с.
3. Болезни детей старшего возраста. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс – информ, 2015. – 608.
4. Поликлиническая педиатрия /Чернышов В.Н. – М. ГОУ ВУНМЦ, 2014. – 335с.
5. Поликлиническая педиатрия: диспансеризация детей : учеб. пособие / Под общей ред. Бабцевой А.Ф, Романцовой Е.Б. Благовещенск: Буквица 2013. - 115 с
6. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"
7. Интернет-ресурсы:  
<http://volgazdrav.ru>

## 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

Ширкунова Дарья 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 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