

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Превентивная педиатрия

**Врачебный контроль за состоянием здоровья
детей в условиях детской поликлиники (дис-
пансерный метод в работе врача-педиатра)
Часть III**

Методическое пособие

Томск – 2004

УДК: 616-053.31

ББК: Р731

П 710

Превентивная педиатрия. Врачебный контроль за состоянием детей в условиях детской поликлиники (диспансерный метод в работе врача-педиатра). Часть III: Методическое пособие / Т.А. Нагаева, А. А. Ильиных, Т. А. Тухватулина, Т. К. Трунова. – Томск, 2004. - 39с.

В настоящем пособии представлены основные принципы диспансерного наблюдения за детьми в условиях детской поликлиники. Акцентируется внимание на медицинском контроле за здоровыми детьми, посещающими детские дошкольные учреждения, общеобразовательные школы, гимназии, лицеи, сроки и уровень которого регламентирован приказами Министерства здравоохранения РФ, используемыми как основа государственных стандартов. Кратко изложены некоторые правила диспансеризации больного ребенка.

Методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов, врачей-интернов, а также может быть полезно участковым врачам-педиатрам, педиатрам дошкольных и общеобразовательных учреждений.

Рецензент: Заведующий кафедрой госпитальной педиатрии СибГМУ, д.м.н., профессор, заслуженный работник высшей школы Филиппов Г.П.

Утверждено и рекомендовано к печати

учебно-методической комиссией педиатрического факультета

(протокол № 10 от 21 января 2004г.)

и начальником Департамента здравоохранения Администрации Томской области А. Т. Адамян

(протокол № 15 января 2004г)

Профилактическая направленность деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений является одним из основных принципов здравоохранения нашей страны, которое наиболее полно выражено в диспансерном методе.

Еще в начале XX века Н.А. Семашко отмечал: «Профилактика – основное направление советской медицины, диспансеризация – метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь». Эти слова не потеряли своей актуальности и в наши дни. За прошедшие годы накоплен значительный опыт по диспансеризации населения, но как сам метод, так и формы его использования, а также организация диспансеризации продолжают непрерывно совершенствоваться.

С целью дальнейшего развития диспансерной работы в нашей стране был утвержден приказ МЗ СССР № 770 от 30.05.1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (с изменениями от 12 сентября 1997 г.), на основании которого был взят курс на ежегодную диспансеризацию всего детского населения и обеспечение больным, выявленным при диспансеризации, комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий (при наличии показаний – в условиях стационара). Очередная всеобщая диспансеризация детей в России была проведена с 15 апреля по 15 декабря 2002 г., согласно приказу МЗ РФ № 81 от 15.03.2002 г. «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г.» (подробнее об итогах последней см. в Приложении 1).

Диспансеризация в педиатрии сегодня – это стройная система организационных и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, которая заключается в активном динамическом наблюдении за детьми с обеспечением контроля за основными показателями здоровья и проведением профилактических мероприятий, обеспечивающих оптимальное развитие ребенка и предупреждение заболеваний.

Следует подчеркнуть, что диспансеризация предусматривает активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья *всех детей*, как здоровых, так и больных. При этом диспансеризация здоровых детей имеет своей целью сохранить здоровье, обеспечить надлежащее физическое и нервно-психическое развитие, оградить их от болезней. Диспансеризация же больных обеспечивает раннее выявление заболеваний, систематическое и активное наблюдение за больными детьми, оказание им всесторонней лечебной помощи, преследуя конечную цель – снижение заболеваемости и инвалидности.

В зависимости от состояния здоровья детей и тактики наблюдения в условиях детской поликлиники выделяют 3 контингента диспансеризуемых:

1. Здоровые дети (группа здоровья I) – Д₁.
2. Дети группы риска (группа здоровья II) – Д₂.
3. Дети с хронической патологией (группы здоровья III-V*) – Д₃.

*Примечание: дети с V группой здоровья – это дети-инвалиды, которые в поликлинике наблюдаются как дети с хронической патологией, но нуждаются не только в медицинской, но и в социальной реабилитации.

Диспансеризация включает регламентированные по срокам профилактические осмотры врача-педиатра, узких специалистов и по уровню – лабораторно-инструментальные исследования. В последние годы обязательным является и скрининговое обследование детей средними медицинскими работниками.

Профилактическая направленность в педиатрии является приоритетной. Это важное звено в деятельности детской поликлиники имеет цель сохранение и улучшение состояния здоровья детей и состоит из следующих разделов:

1. Антенатальная охрана плода (проведение дородовых патронажей в системе акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов, организация работы школы будущих родителей).
2. Организация медицинского обслуживания новорожденных (1-й патронаж – в первые 3 дня после выписки из родильного дома, 2-й – на 10-12-й день, 3-й – на 20-22-й день жизни новорожденного, в месячном возрасте – в условиях профилактического врачебного приема в детской поликлинике).
3. Врачебный контроль за ребенком первого года жизни (ежемесячное активное динамическое наблюдение участковым врачом, осмотры узких специалистов: хирург-ортопед, окулист, невролог – в 1 месяц; те же специалисты, ЛОР-врач, стоматолог – в 12 месяцев; показатели гемоглобина и общий анализ мочи – 2 раза в год, кал на яйца глистов – в 12 месяцев).
4. Врачебный контроль за состоянием здоровья ребенка второго года жизни (ежеквартальное активное динамическое наблюдение участковым педиатром, в возрасте 2 лет – осмотр стоматолога; однократно – исследование уровня гемоглобина).
5. Врачебный контроль за состоянием здоровья ребенка от 2 до 3-летнего возраста (профилактические осмотры участковым педиатром 1 раз в 6 месяцев, в возрасте 3 лет – осмотр узкими специалистами: невролог, окулист, хирург-ортопед, ЛОР-врач, исследуются показатель гемоглобина, общий анализ мочи, кал на яйца глистов).
6. Мониторинг здоровья детей дошкольного возраста.
 - А. неорганизованных (ежегодный осмотр участкового педиатра, в 3, 6, 7 лет – осмотр узких специалистов с исследованием общего анализа крови, общего анализа мочи и кала на яйца глистов) – проводится в условиях профилактического отделения детской поликлиники под контролем заведующего педиатрическим отделением.
 - В. организованных (осмотры педиатром ДДУ – 2-4 раза в год, в 3, 6, 7 лет – осмотр тех же узких специалистов и лабораторное обследование) – проводится в условиях детских дошкольных учреждений под контролем заведующего дошкольным отделением детских поликлиник.

7. Мониторинг здоровья детей школьного возраста и подростков до 17 лет осуществляется школьными врачами, врачами специалистами, врачами подростковых кабинетов (отделений) детских поликлиник.

Объективный мониторинг здоровья детей дошкольного и школьного возрастов с разработкой адекватных программ, обеспечивающих его охрану и укрепление, является не только актуальной медицинской, но и острой социальной проблемой. Результаты обязательных профилактических осмотров этого контингента детей являются основным источником сведений о состоянии здоровья детского населения. Разработаны нормативы профилактических осмотров, которые базируются на Положении о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения, утвержденном совместным приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.1992 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» (приложение № 1 к приказу № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольных и школьных возрастов»). Данным Положением стандартизированы сроки, структура, этапность, медико-социальные и психолого-педагогические задачи обязательных медицинских осмотров детей в возрасте от 3 до 17 лет, предусматривающих:

- обязательное углубленное медицинское обследование детей на возрастном отрезке от 3 до 17 лет;
- три обязательных этапа в профилактическом осмотре: доврачебный, педиатрический, специализированный;
- организацию осмотров на основе программ и скрининг-тестов (тестирование выполняется на доврачебном этапе).

Этапы профилактического осмотра детей от 3 до 17 лет

I этап – доврачебный

Осмотр проводится ежегодно медицинской сестрой (фельдшером) по скрининг-программе (табл.1).

Таблица 1

Доврачебный этап профилактического осмотра детей от 3 до 17 лет (скрининг и лабораторное обследование)

Вид деятельности	Затраты времени на одного ребенка
Суммирование результатов анкетного теста	1 мин
Определение роста и массы тела	1 мин
Оценка физического развития с помощью таблиц	20 сек
Измерение АД с корректировкой цифр при помощи специальной таблицы (у школьников)	50 сек

циальной таблицы (у школьников)	
Плантография	1 мин
Определение остроты зрения	30 сек
Исследование тестом Малиновского	30 сек
Исследование бинокулярного зрения	10 сек
Исследование остроты слуха с помощью шепотной речи	30 сек
Определение сахара и белка в моче	1 мин
Оформление документации тестового обследования	2 мин
Вспомогательная работа (контроль за сбором мочи, беседа с ребенком в процессе обследования и др.)	1 мин 20 сек
Итого	10 мин

Примечание: подробное описание каждого теста базовой скрининг-программы и принципов организации осмотров на основе скрининг-тестов содержится в методическом пособии «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» /Под ред. акад. РАМН Г.Н. Сердюковской. – М., 1993. Пособие утверждено МЗ РФ в 1992 г.

II этап – врачебно-педагогический

Выполняется педиатром (табл. 2), педагогом, психологом.

Цель этапа: врачебный контроль и медико-педагогическая коррекция.

Задачи педиатра:

1. Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования.
2. Распределение по группам здоровья.
3. Распределение на медицинские группы для занятий физической культурой.
4. Рекомендации для оздоровления в летнее время (конец первого года обучения).
5. Оценка нервно-психического и физического развития, определение биологического возраста и соответствие его паспортному (переход к предметному обучению).
6. Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей призывного возраста в военкоматы (14-15 лет, 16-17 лет).

Задачи педагога и психолога:

1. Рекомендации по режиму адаптации в дошкольных учреждениях.
2. Определение функциональной готовности к обучению в школе (6, 7 лет).
3. Оценка адаптации к обучению в школе, рекомендации на каникулы (конец 1-го класса, переход к предметному обучению).
4. Профориентация (врачебно-профессиональная консультация) в пубертатный период (14-15 лет) и перед окончанием общеобразовательного учреждения (10-11 классы, 16-17 лет).

Таблица 2

**Педиатрический этап профилактического осмотра
детей от 3 до 17 лет (стандарт профилактического осмотра)**

Вид деятельности	Затраты времени на 1 ребенка	Необходимые обследования	Дополнительные обследования по показаниям
Сбор анамнеза	1 мин	Клинический анализ крови, общий анализ мочи. Анализ кала на яйца глистов. Антропометрия, измерение АД, частоты пульса, дыхания.	Копрологический анализ кала, анализ кала на дисбактериоз. Анализ мазка из зева и носа. Анализ мочи по Нечипоренко, Аддис-Каковскому, Зимницкому и др.
Осмотр кожных покровов и волосистой части головы	30 сек		
Осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева	30 сек		
Осмотр и пальпация щитовидной железы	30 сек		
Пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, подмышечных, паховых	2 мин		
Исследование органов кровообращения (осмотр, перкуссия, аускультация сердца)	2 мин		
Исследование органов дыхания (перкуссия и аускультация легких)	2 мин		
Исследование органов пищеварения	30 сек		
Осмотр половых органов (внешний осмотр)	30 сек		
Осмотр грудных желез у девочек	5 мин		
Оформление первичной документации по данным осмотра	15 мин		

III этап – специализированный

Осуществляется узкими специалистами детской поликлиники.

Ребенок должен быть осмотрен в переломные возрастные периоды следующими врачами-специалистами:

- ✓ невропатологом;
- ✓ окулистом;
- ✓ лор-врачом;
- ✓ хирургом-ортопедом;
- ✓ логопедом (в 3 года, за год до школы, перед поступлением в школу и в конце первого года обучения);
- ✓ гинекологом (при переходе к предметному обучению, в 14-15 лет, в 16-17 лет).

Трехэтапные (углубленные) профилактические осмотры детского населения проводятся в переломные возрастные периоды (табл. 3):

- перед поступлением в дошкольное учреждение (если ребенок не посещает дошкольное учреждение – в возрасте 3 лет);
- за год до поступления в школу;
- перед поступлением в школу;
- конец первого года обучения;
- переход к предметному обучению;
- пубертатный период (9-й класс – 14-15 лет);
- перед окончанием образовательного учреждения (10-11-й классы, 16-17 лет).

Таблица 3

Положение о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения

Переломные возрастные периоды	Доврачебный этап (скрининг и лабораторное обследование)	Врачебно-педагогический этап		Специализированный этап
		педиатр	педагог, психолог	
1	2	3	4	5
Перед поступлением в дошкольное учреждение	Средний медработник лечебно-профилактического учреждения	Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования. Распределение по группам здоровья	Рекомендации по режиму адаптации в дошкольном учреждении	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед стоматолог, логопед (с 3 лет), по показаниям психиатр и другие специалисты
За год до поступления в	Средний медработник дошко-	Осмотр с анализом данных	Определение функциональ-	Невропатолог, окулист, отоларинго-

школу	льного учреждения	скрининг-теста и лабораторного обследования	ной готовности к обучению в школе	лог, хирург-ортопед стоматолог, по показаниям логопед, психиатр
Медико-педагогическая коррекция				
Перед поступлением в школу	Средний медработник дошкольного учреждения	Осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного обследования. Распределение на медицинские группы для занятий физической культурой	Определение функциональной готовности к обучению в школе	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед
Конец первого года обучения	Средний медработник школы	Рекомендации для оздоровления в летние каникулы	Оценка адаптации к обучению в школе, рекомендации на каникулы	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед
Переход к предметному обучению	Средний медработник школы	Оценка нервно-психического и физического развития, определение биологического возраста ребенка и его соответствие паспортному	Оценка адаптации	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог
Профессиональная ориентация				
Пубертатный период (14-15 лет)		Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей допризывного возраста в военкоматы	Педагог, психолог (врачебно-профессиональная консультация)	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог
Перед окончанием образовательного учреждения 10-11-й класс (16-17 лет)	Средний медработник школы	Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей допризывного возраста в военкоматы	Педагог, психолог (врачебно-профессиональная консультация)	Невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, по показаниям психиатр, логопед и гинеколог

В остальные возрастные периоды проводится скринирование всех детей средними медицинскими работниками, включая тестовую оценку физической подготовки и развития. Врачебные осмотры, в том числе специалистов, проводятся по показаниям. Детям с выявленными отклонениями в состоянии здоровья назначаются оздоровительные мероприятия, которые проводятся в территориальных лечебно-профилактических учреждениях, а при наличии условий – в образовательном учреждении. Дети с хроническими заболеваниями, состоящие на диспансерном учете, наблюдаются в соответствии с действующими методическими рекомендациями.

Согласно Приказу МЗ РФ № 154 от 05.05.1999 г., дополнительно к схеме, утвержденной приказами МЗ РФ от 19.01.1983 № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профосмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и от 07.05.1998 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», был также введен профилактический осмотр детей в возрасте 11-12 лет (табл. 4).

Таблица 4

Схема профилактического осмотра детей в возрасте 11-12 лет

Возрастные периоды	Доврачебный этап (скрининг и лабораторно-инструментальные обследования)	Врачебно-педагогический этап		Специализированный этап
		педиатр	педагог, психолог	
11-12 лет (пубертатный возраст)	Средний медработник школы или ЛПУ	Осмотр с анализом данных доврачебного обследования, оценка состояния здоровья (включая состояние нервно-психического, физического развития, соматического и репродуктивного здоровья, рекомендации по оздоровлению, коррекции, лечению и реабилитации, врачебно-профессиональное консультирование)	Оценка психологического статуса, адаптации к обучению (особенно в школах нового вида), по показаниям – психолого-педагогическая коррекция	Невролог, окулист, стоматолог, лор, хирург (хирург-ортопед), эндокринолог, гинеколог, андрологический осмотр (возможно включение других специалистов в зависимости от регионов и проблем здоровья детей)

Следует обратить внимание на то, что в возрастные периоды 10 лет (5-й класс), а также в 14-15 лет (9-й класс) и в 16-17 лет введены обязательный эндокринологический и андрологический осмотры. При отсутствии эндокри-

ноголога осмотр проводит педиатр. Андрологический осмотр проводит хирург, уролог или другой специалист. В возрастные периоды 10 лет (5-й класс), 14-15 лет (9-й класс), 16 и 17 лет врачебно-педагогический этап профилактических осмотров оформляется совместным медико-педагогическим заключением.

Оценка результатов профилактического осмотра

Врач-педиатр (участковый, дошкольного учреждения, школы), обобщает результаты всех этапов профилактического осмотра, включая дополнительные консультации и обследования по показаниям, и дает заключение по следующему алгоритму:

I. Оценка здоровья:

- 1) оценка физического развития;
- 2) оценка нервно-психического развития;
- 3) диагноз;
- 4) комплексная оценка состояния здоровья (определение группы здоровья).

II. Рекомендации:

- 1) режим;
- 2) питание;
- 3) физическое воспитание (виды закаливания, медицинская группа для занятий физкультурой в ДДУ, школе, допуск к спортивным занятиям и др.);
- 4) задачи воспитания и обучения;
- 5) допуск к трудовому обучению и врачебно-профессиональное заключение (для школьников средних и старших классов);
- 6) заключение о возможности выполнения профилактических прививок (или медицинских противопоказаниях);
- 7) лечебно-оздоровительные мероприятия;
- 8) порядок и кратность наблюдения педиатром, врачами-специалистами (детям группы риска, с функциональными отклонениями, хроническими заболеваниями).

Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков

Схема комплексной оценки состояния здоровья базируется на 4 важнейших критериях здоровья:

- 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний (в том числе врожденной патологии) определяется при врачебном осмотре, в том числе с участием специалистов;
- 2) функциональное состояние основных систем организма выявляется клиническими методами с использованием в необходимых случаях функциональных проб;

- 3) резистентность и реактивность организма (степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям) оценивается частотой острых заболеваний (в том числе и обострений хронических болезней) за предшествующий осмотру год;
- 4) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Комплексная оценка состояния здоровья проводится врачами-педиатрами, подростковыми терапевтами при профилактических осмотрах детей и подростков. Оценка состояния здоровья дается на момент обследования; острое заболевание, прошлые болезни, если только они не приобрели хроническую форму, не учитываются.

В соответствии с предложенной схемой дети, в зависимости от состояния здоровья, подразделяются на следующие группы (табл. 5):

- I. Здоровые с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.
- II. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.
- III. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.
- IV. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.
- V. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма (как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены).

Таблица 5

Схема распределения детей раннего и дошкольного возраста по группам здоровья

Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных систем и органов	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
Группа I без отклонений	Отсутствует	Без отклонений	Заболееваемость за период предшествующий наблюдению – редкие и легко протекающие острые заболевания	Нормальное, соответствует возрасту

Группа II с функциональными отклонениями (группа «риска»)	Отсутствует	Наличие функциональных отклонений. Для детей первого года жизни – отягощенный акушерский анамнез (токсикоз, другая патология беременности, осложненное течение родов, многоплодная беременность), недоношенность без резких признаков незрелости, неблагоприятное течение раннего неонатального периода. Кариес зубов – субкомпенсированная форма, аномалия прикуса	Заболеемость – продолжительные острые заболевания с последующим затяжным реконвалесцентным периодом (вялость, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, субфебрилитет и т.д.)	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I степени. Нормальное или нерезко выраженное отставание нервно-психического развития
Группа III состояние компенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем	Наличие функциональных отклонений и патологически измененной системы, органа без клинических проявлений, функциональных отклонений других органов и систем. Кариес зубов – декомпенсированная форма	Заболеемость – редкие, не тяжелые по характеру течения обострения основного хронического заболевания без выраженного ухудшения общего состояния и самочувствия. Редкие интеркуррентные заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени. Нервно-психическое развитие нормальное или отстает, низкий рост
Группа IV состояние субкомпенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития систем и органов	Наличие функциональных отклонений патологически измененного, органа, системы и др. органов и систем	Заболеемость – частые обострения основного хронического заболевания, редкие и частые острые заболевания с нарушением общего	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост.

			состояния и самочувствия после обострения или с затяжным реконвалесцентным периодом после интеркуррентного заболевания	Нервно-психическое развитие нормальное или отстает
Группа V состояние декомпенсации	Наличие тяжелой хронической патологии или тяжелого врожденного порока, пред-решающих инвалидность ребенка	Врожденные функциональные отклонения патологически измененного органа, системы, других органов и систем	Заболееваемость - частые тяжелые обострения основного хронического заболевания, частые острые заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост. Нервно-психическое развитие нормальное или отстает

Для определения групп здоровья при массовых профилактических осмотрах в зависимости от характера и степени выраженности, наиболее распространенных отклонений в состоянии здоровья детей и подростков предлагается использовать специальную схему (Приложение 2).

Общие принципы диспансеризации детского населения

За организацию диспансеризации детского населения региона обслуживания поликлиники отвечает главный врач или заведующий поликлиническим отделением.

Своевременный охват диспансерным наблюдением неорганизованных детей осуществляют участковый врач-педиатр и участковая медицинская сестра (Приложение 3). Дети приглашаются на профилактический прием по графику работы участкового педиатра, а в декретированные сроки – к врачам узких специальностей. Кроме того, им назначается соответствующий уровень лабораторного исследования. По результатам обследования дается заключение, которое включает комплексную оценку состояния здоровья и медико-педагогические рекомендации.

Дети с выявленными отклонениями в состоянии здоровья (группа здоровья IIБ) наблюдаются в диспансерной группе риска (D_2) с проведением оздоровительных мероприятий в условиях ЛПУ. Дети с хроническими заболеваниями (группы здоровья III-V) состоят на диспансерном учете (D_3) и наблюдаются в соответствии с соответствующими методическими рекомендациями.

Дети, посещающие ясли, ясли-сады, детские сады, учащиеся общеобразовательных школ проходят диспансеризацию непосредственно в учебно-воспитательных учреждениях (Приложения 4, 5). Специализированный этап в организованных коллективах осуществляется узкими специалистами территориальной детской поликлиники по графику, утвержденному главным врачом или заведующим детской поликлиникой. Ответственность и контроль за организацию профилактических осмотров в детских учреждениях лежат на заведующих дошкольно-школьным отделением детских поликлиник. Данные записей в учетных формах 030/у школьников и детей, посещающих дошкольные учреждения, дважды в год сверяются с данными централизованной картотеки.

Профилактические осмотры могут проводиться бригадой врачей непосредственно в ДДУ, школе или на базе детских поликлиник. Профилактические осмотры учащихся 9-х (14-15 лет) и 11-х классов (16-17 лет) осуществляются согласно приказу МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» школьным или подростковым врачом и специалистами по графику, утвержденному главным врачом на базе территориальной детской поликлиники. Медицинская документация на подростков старше 15 лет (ф. 025/у и ф. 026/у) находится у подросткового врача детской поликлиники. Детально основные принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники при интегрированной форме медицинского обеспечения («единый педиатр») изложены в Приложении 6.

Оздоровительные мероприятия детям групп риска могут проводиться участковым врачом (по направлению школьного врача) или врачом ДДУ, школы при наличии соответствующих условий.

В целях обеспечения профилактики заболеваемости детей в общеобразовательных учреждениях, улучшения состояния их здоровья Министерством здравоохранения России утвержден приказ № 139 от 04.04.2003 г. «Об утверждении инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений», в котором регламентированы основные принципы внедрения и реализации оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений, а также рекомендуемый перечень оборудования и методик (Приложение 7).

Организация диспансерного наблюдения за больными детьми

В основу диспансеризации больных детей положен единый метод. Сущность его состоит в том, что длительность диспансерного наблюдения зависит от заболевания, а кратность наблюдения – от стадии патологического процесса.

Диспансерный метод ведения больных детей позволяет не только осуществлять постоянный контроль за функцией пораженных органов и систем, но и путем проведения противорецидивного лечения, комплекса реабилитационных мероприятий уменьшить число обострений и предупредить даль-

нейшее прогрессирование болезни. Конечной целью диспансеризации больных детей является медико-социальная реабилитация больного, т.е. возвращение ребенка к привычному, адекватному для его возраста здоровому образу жизни.

Диспансеризация больных детей осуществляется в 4 этапа:

- I этап – активное выявление детей с заболеваниями, а также состояниями, требующими оздоровительных мероприятий;
- II этап – организация оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией и постоянный контроль за функциональной способностью пораженного органа;
- III этап – вопросы реабилитации, профессиональной ориентации больных детей;
- IV этап – снятие с диспансерного учета при выздоровлении или передача в ЛПУ общелечебной сети; оформление инвалидности.

Выделяют следующие основные группы диспансерных больных:

1. Заболевания и патологические состояния детей раннего возраста.
2. Бронхолегочная патология.
3. Патология сердечно-сосудистой системы.
4. Болезни органов кроветворения.
5. Заболевания системы пищеварения.
6. Болезни почек и мочевыводящих путей.
7. Болезни эндокринной системы.
8. Нервно-психические заболевания.
9. Болезни опорно-двигательного аппарата.
10. Болезни и поражения глаз.
11. Болезни уха, горла и носа.
12. Инфекционные заболевания.
13. Часто болеющие дети.

Некоторые правила проведения диспансеризации детей с хронической патологией

Диспансеризацию детей, страдающих хронической патологией, осуществляет участковый педиатр, а детей подросткового возраста (15-17 лет) – подростковый врач. Документация – карта диспансерного больного (ф. 030/у) – хранится в детских поликлиниках (картотека ф. 030/у). В данной учетной форме врачами-педиатрами и специалистами каждый раз отмечают даты посещения и следующей явки ребенка на прием. Дубликаты ф. 030/у находятся в детских дошкольных учреждениях и школах, обслуживаемых медработниками данной поликлиники. Связь участковой педиатрической службы с медработниками детских образовательных учреждений осуществляется через

дошкольно-школьное отделение детских поликлиник (передача дубликатов эпикризов с рекомендациями по оздоровлению: лечебные столы; двигательный, трудовой, прививочный режимы; витаминизация и пр.).

Дети раннего возраста с фоновой патологией и перинатальным риском, даже если они имеют III группу здоровья, учитываются в диспансерном журнале (профиль участка), однако ф. 030/у на них не оформляется.

Узкие специалисты детской поликлиники по направлению врача-педиатра консультируют больного ребенка, при этом сроки и кратность их консультаций определяются участковым врачом, а полученные рекомендации учитываются при проведении оздоровительных и противорецидивных мероприятий.

В последние годы в поликлинике и детских учреждениях введены единые рейтеры (цветные полоски), которые отражают тип патологии и наклеиваются на медицинскую карту ребенка:

- болезни системы кровообращения – красный цвет
- бронхолегочные заболевания – синий цвет
- хронические заболевания уха, горла, носа – зеленый цвет
- болезни печени, желчного пузыря – коричневый цвет
- болезни нервной системы – голубой цвет
- заболевания почек – желтый цвет
- заболевания органов зрения – фиолетовый цвет

Один раз в год ребенок с хронической патологией может быть госпитализирован в стационар для детального обследования и лечения. Комплекс реабилитационных мероприятий может быть проведен в отделении восстановительного лечения детской поликлиники или в условиях городских центров восстановительного лечения.

В конце 2000 г. в нашей стране с целью оказания многопрофильной помощи детскому населению и в развитие приказа МЗ РФ № 154 от 05.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» был утвержден приказ № 368/58 от 13.10.2000 г. «О создании консультативно-диагностического центра для детей в составе научного центра здоровья детей РАМН». Установлены следующие основные направления деятельности центра:

- консультация и диагностика детей и подростков с наиболее тяжело протекающими болезнями из различных регионов РФ;
- научное обоснование и внедрение стационарозамещающих технологий в педиатрии и детской хирургии;
- разработка и внедрение эффективных технологий восстановительного лечения детей с социально-значимыми болезнями;
- вакцинопрофилактика детей и подростков с хроническими соматическими болезнями;
- разработка и внедрение методов диагностики и лечения экологически обусловленных болезней у детей и подростков;
- повышение квалификации педиатров амбулаторно-поликлинических учреждений РФ.

В весенне-осенний период, когда хроническая патология имеет тенденцию к обострению, приказом главного врача один раз в неделю в поликлинике рекомендуется выделять специальные дни диспансерных приемов. Последние должны планироваться так, чтобы одновременно с участковым врачом прием вели узкие специалисты, работала лабораторная служба. Дети на диспансерный прием должны приходиться с родителями.

Вопрос о снятии с диспансерного учета и/или оформления инвалидности решается комиссионно.

Как при постановке на учет, так и при снятии с диспансерного учета участковым врачом составляется соответствующий эпикриз, а в конце календарного года оформляется этапный эпикриз, где отмечается динамика заболевания и эффективность оздоровительных мероприятий. Эпикриз в целях контроля за диспансеризацией подписывается заведующими педиатрическими участками. Заведующие педиатрическими участками не только осуществляют контроль за диспансеризацией детей с хронической патологией, но и вносят коррекцию в план оздоровительных и противорецидивных мероприятий.

Примерная схема эпикриза на ребенка III группы здоровья

- С какого времени ребенок находится на Д₃ учете.
- Диагноз выставлен стационарно, амбулаторно.
- Сколько раз отмечались обострения данного заболевания.
- Наблюдались ли обострения за последний эпикризный срок.
- Какие интеркуррентные заболевания ребенок перенес за последний эпикризный срок, и повлияли ли они на течение основного заболевания.
- Как ребенок переносил назначенные ему ранее трудовой, двигательный, прививочный режимы.
- Какое противорецидивное лечение ребенок получил, и улучшилось ли его состояние на фоне проводимой реабилитации.
- Результаты осмотров узких специалистов и инструментально-лабораторных методов обследования.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Жалобы со стороны матери и ребенка в настоящее время.
- Объективный статус (с акцентом на состояние пораженных органов и систем), оценка физического и нервно-психического развития.

Заключение

1. Оценка здоровья: физическое и нервно-психическое развитие;
диагноз (основной, сопутствующий);
группа внутридиспансерного учета;
группа состояния здоровья.
2. Эффективность диспансеризации.

3. План дальнейших мероприятий по следующему алгоритму диспансеризации:

- кратность и сроки наблюдения участковым педиатром;
- кратность и сроки наблюдения узких специалистов;
- уровень лабораторно-инструментального обследования;
- оздоровительные мероприятия (диета, режим, витаминизация, санация очагов хронической инфекции, санаторно-курортное лечение);
- противорецидивное лечение;
- трудовой, прививочный, двигательный режимы;
- критерии снятия с диспансерного учета.

Определение группы внутрдиспансерного учета:

1-я группа – обострение заболевания (жалобы, клиника, патологические изменения анализов, данных инструментального исследования);

2-я группа – период реконвалесценции (исчезновение клинических и лабораторных признаков активности патологического процесса);

3-я группа – стадия ремиссии – отсутствие признаков обострения заболевания в течение 2 лет;

4-я группа – стадия стойкой ремиссии – отсутствие признаков обострения болезни более 2 лет.

Оценка эффективности диспансеризации:

А – значительное клиническое улучшение (стадия стойкой ремиссии).

Б – клиническое улучшение (стадия ремиссии).

В – без перемен.

Г – с ухудшением.

Определение понятия «трудовой режим»:

1. Обычный трудовой режим.
2. Облегченный трудовой режим (дополнительный выходной день или уменьшение количества уроков).
3. Организация других уроков труда.
4. Освобождение от летнего трудового обучения.
5. Домашнее обучение.

Определение понятия «двигательный режим»:

1. Лечебная физкультура.
2. Специальная медицинская группа по физкультуре.
3. Подготовительная группа.
4. Основная группа.
5. Спортивные мероприятия.

Определение понятия «оздоровительные мероприятия»:

1. Диета, лечебные столы.
2. Режим.
3. Витаминизация.
4. Санация очагов хронической инфекции.
5. Санаторно-курортное лечение.

Определение понятия «прививочный режим»:

1. Вакцинация согласно календарю профилактических прививок (Приказ № 229 от 27.09.2001 г.).
2. Индивидуальная иммунизация.
3. Временный медотвод от профилактических прививок.
4. Постоянный медотвод от профилактических прививок.

Некоторые показатели работы детской поликлиники по данным профилактических (диспансерных) осмотров

1. *Ранний охват новорожденных, поступивших под наблюдение.*

число новорожденных, посещенных в первые 3 дня после выписки из родильного дома $\times 100$

число новорожденных, поступивших под наблюдение

2. *Удельный вес детей (в %), систематически наблюдавшихся педиатром* (систематичность наблюдения детей врачом)*.

число детей, наблюдавшихся участковым педиатром с разрывом не более 2 месяцев, достигших возраста 1 года $\times 100$

число детей, достигших 1 года в отчетном году

* Показатель рассчитывается отдельно на разные возрастные контингенты, при этом разрыв между осмотрами педиатром не должен превышать для детей в возрасте до 1 года 2 месяцев, в возрасте 2 лет – 3 месяцев, в возрасте до 7 лет – 6 месяцев, у школьников – 1 год.

3. *Удельный вес детей (в %), осмотренных врачами узких специальностей* (хирург-ортопед, окулист, невролог и пр.), в соответствии с возрастной диспансеризацией.

Например: процент детей 1-го года жизни, осмотренных неврологом за отчетный год:

число детей, осмотренных неврологом из достигших 1-го года $\times 100$

число детей, достигших возраста 1 года в отчетном году

4. Удельный вес детей (в %), находящихся на естественном вскармливании (частота грудного вскармливания)

число детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев, из достигших 1 года $\times 100$

число детей, достигших 1 года за отчетный период

5. Распределение детей по группам здоровья (в абсолютных цифрах и в %). Например: на педиатрическом участке 100 детей в возрасте до 1 года, среди которых детей с I группой здоровья – 10, со II группой – 80, с III – 5, с IV – 4, с V группой здоровья – 1 ребенок.

Таким образом, распределение детей первого года жизни на педиатрическом участке будет следующим:

I группа здоровья – 10 детей (10%).

II группа здоровья – 80 детей (80%).

III группа здоровья – 5 детей (5%).

IV группа здоровья – 4 ребенка (4%).

V группа здоровья – 1 ребенок (1%).

5. Индекс здоровья (удельный вес детей, ни разу не болевших в течение года).

число детей, ни разу не болевших за год, из достигших возраста 1 года $\times 100$

число детей, достигших 1 года

Показатели эффективности диспансеризации (Д₃)

Важнейшим условием правильной организации диспансеризации и заключительным ее этапом является подведение итогов и объективная оценка ее эффективности.

Показатели эффективности диспансеризации можно рассчитать как в целом по всем группам диспансерного контингента больных детей, так и по отдельным нозологическим формам.

Например: эффективность диспансеризации детей, состоящих на диспансерном учете с заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

число детей, снятых с диспансерного «Д» учета в связи с выздоровлением за отчетный год $\times 100$

число детей, состоящих на «Д» учете

Годовой отчет о профилактической работе детской поликлиники

В конце текущего года амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям, составляют отчет о профилактической работе и в срок до 5 января следующего года подают в вышестоящие органы управления здравоохранением города сведения о медицинской по-

мощи детям и подросткам-школьникам – форма № 31, годовая, утвержденная Госкомстатом России от 04.09.2000 г. № 76 (Приложение 8).

В отчете указывается:

1. Число детей и подростков-школьников, состоящих на учете (не включаются данные о детях, находящихся в домах ребенка, детских домах, школах-интернатах).
2. Заболеваемость детей первого года жизни.
3. Работа с детьми, достигшими 1 года и проживающими в районе обслуживания данного учреждения.
4. Профилактические осмотры детей и подростков – школьников и их результаты.

Анализ показателей профилактической работы детской поликлиники дает возможность администрации целенаправленно планировать данный приоритетный раздел ее деятельности, акцентировать внимание на улучшение качества медицинского обслуживания детского населения в условиях первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Приказ МЗ РФ, МО РФ № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
2. Приказ МЗ РФ, МО РФ № 186/272 от 30.06.1992 г. «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в общеобразовательных учреждениях».
3. Приказ МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
4. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие / Под ред. акад. РАМН Г.А.Сердюковой. Утверждено МЗ РФ. – М., 1993.
5. Приказ МЗ СССР № 770 от 30.05.1986 г. «О проведении всеобщей диспансеризации населения» (с изменениями от 12 сентября 1997 г.).
6. Приказ МЗ РФ № 81 от 15.03.2002 г. «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году».
7. Приказ МЗ РФ № 368/58 от 13.10.2000 г. «О создании консультативно-диагностического центра для детей в составе научного центра здоровья детей РАМН».
8. Приказ МЗ РФ № 139 от 14.04.2003 г. «Об утверждении инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений».

Приложения

Приложение 1

Проект

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КОЛЛЕГИЯ

РЕШЕНИЕ

"Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года"

В последнее десятилетие XX века в состоянии здоровья детей сформировались устойчивые негативные тенденции – увеличение распространенности факторов риска формирования нарушений здоровья и развития, рост заболеваемости и инвалидности.

Опыт отечественного здравоохранения показывает, что решение данной проблемы возможно только при организации постоянного контроля за состоянием здоровья и развитием детей на основе проведения периодических медицинских осмотров, постоянного наблюдения за детьми с отклонениями в состоянии здоровья, комплексных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

С целью реализации этих задач Министерством здравоохранения Российской Федерации было принято решение о необходимости проведения в 2002 г. Всероссийской диспансеризации детей до 18 лет.

Диспансеризация включает в себя:

- проведение профилактических осмотров детей от 0 до 18 лет;
- дополнительное обследование, лечение, а при необходимости и реабилитацию, детей с выявленной патологией;
- формирование групп детей с риском развития различных заболеваний для их дальнейшего оздоровления.

Основными задачами Всероссийской диспансеризации детей является:

- совершенствование ранней диагностики и своевременное оказание лечебно-профилактической помощи детям;
- профилактика и снижение детской заболеваемости и смертности;
- осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья детей.

С целью оказания методической помощи субъектам Российской Федерации в проведении Всероссийской диспансеризации был издан приказ Минздрава России от 15.03.2002 №81 "О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г."

Для осуществления контроля за ходом Всероссийской диспансеризации детей Минздравом России была создана межведомственная комиссия под председательством первого заместителя Министра А.И. Вялкова с участием Минобразования России, Минюста России, МВД России, Минобороны России, Минтруда России, МЧС России. Проведено 8 заседаний комиссии, где заслушаны отчеты руководителей органов управления здравоохранением 17 субъектов Российской Федерации; 4 селекторных совещания.

С целью оказания помощи субъектам Российской Федерации подготовлены и разосланы инструктивно-методические материалы. Для получения объективной стандартизированной информации о результатах диспансеризации Московским НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России разработана и внедрена автоматизированная "Медицинская карта Всероссийской диспансеризации детей". Совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования под-

готовлено и направлено в регионы письмо " Об увеличении объемов профилактической помощи детям.

Во всех субъектах Российской Федерации под председательством заместителей Глав администрации созданы межведомственные комиссии, проведены совещания и заседания коллегий, на которых проработаны вопросы подготовки базы ЛПУ и кадров к проведению диспансеризации.

При научно-исследовательских институтах акушерско-гинекологического и педиатрического профилей Минздрава России и РАМН, медицинских вузах сформированы бригады специалистов, принявшие участие в работе в субъектах Российской Федерации.

С целью оказания помощи в организации диспансеризации и осуществлении контроля качества ее проведения сотрудниками центрального аппарата Министерства здравоохранения и профильных НИИ системы Минздрава и РАМН осуществлены выезды в 40 субъектов Российской Федерации. Кроме того, осуществлялись выезды бригад специалистов педиатрического профиля в регионы Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока.

Вопрос о ходе Всероссийской диспансеризации обсуждался на координационных советах в Федеральных округах, Совещании руководителей службы охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации.

Санитарно-эпидемиологической службой в субъектах Российской Федерации была осуществлена работа по обследованию домов ребенка, дошкольных учреждений, школ и лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь детям.

Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5 до 33,89%) , с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность.

Данные диспансеризации показали, что 92% детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно имеют нормальные, соответствующие возрасту, параметры физического развития. У 8% осмотренных детей зарегистрированы отклонения: у 4,5% отмечен дефицит, а у 2,1% – избыток массы тела; у 1,6% – низкий рост. Существенной разницы в показателях физического развития детей города и села не выявлено.

Среди юношей призывного возраста зарегистрирован дефицит массы тела в 6,16%, что является максимальным показателем среди всех возрастных групп. Отмеченная тенденция к снижению этого показателя свидетельствует о том, что в последние годы уделяется серьезное внимание вопросам подготовки юношей к военной службе. В результате целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий, проводимых среди юношей в подростковом периоде, происходит увеличение доли здоровых детей с 28,58% в 11-14 лет до 33,97% к возрасту 15-17 лет. В ходе проведения Всероссийской диспансеризации среди всех осмотренных детей доля с впервые выявленной и взятой на учет патологией составила 22% от всей группы больных, поставленных на диспансерный учет с данным заболеванием в 2002 г.

Наиболее высокий уровень впервые выявленной патологии отмечен по следующим классам болезней:

- болезни крови и кроветворных органов – 32%, прежде всего за счет анемий (33%);
- болезни эндокринной системы – 31%, в основном за счет болезней щитовидной железы (34%) и ожирения (25%);
- болезни костно-мышечной системы – 26,5%;
- болезни органов пищеварения – 24,7%;
- болезни системы кровообращения – 24%.

Состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, хуже, чем детей-горожан. Так, здоровые дети, проживающие в городе, составляют 36,9%, тогда как в сельской местности – 29,02%. У детей, проживающих в сельской местности, показатель заболеваемости впервые в жизни выявленной патологией выше, чем в городах. Впервые поставлено на диспансерный учет детей - сельских жителей с новообразованиями, гастродуоденитом, дискинезией желчевыводящих путей, атопическим дерматитом, мочекаменной болезнью (в процентах к числу поставленных на учет в 2002 г. больных с данным заболеванием) в 1,5 раза больше, а с ревматическими болезнями сердца - в 2 раза больше, чем детей, проживающих в городе. При этом число детей, состоящих на диспансерном учете, на селе почти в 2 раза меньше, чем в городе.

Часто и длительно болеющие дети составляют 6,06% детского населения. Наиболее высокие показатели отмечаются в возрасте 4 лет: 9,63% у девочек и 10,64% у мальчиков.

По данным Госсанэпиднадзора МЗ РФ, в стране в 2-3 смены работают 31% школ, в которых обучается 4,5 млн. учащихся, что составляет 22% от общего количества обучающихся детей. Среди начальных школ, школ неполного среднего образования, школ-интернатов, располагающихся в сельской местности, более 90% требуют капитального ремонта, не имеют канализации, централизованного водоснабжения, отопления.

В среднем по России до 29% общеобразовательных учреждений не имеют ученической мебели, соответствующей санитарным нормам. От 23 до 25% различных образовательных учреждений не обеспечивают достаточной освещенности рабочих мест учащихся. От 14 до 20% образовательных учреждений используют воду, по санитарно-химическим показателям не соответствующую санитарным нормам, а в 10-19% учреждений вода не соответствует нормам по микробиологическим показателям.

По различным типам учебных заведений имеются отличия в состоянии здоровья детей: в общеобразовательных учреждениях (школы, лицеи и пр.) патология выявлена у 59,24% обучающихся, в учреждениях начального или среднего профессионального образования – у 49,79%, в школах при воинских частях – у 57,37% и, что особенно настораживает, в военных училищах – у 33,4%.

В лечебно-оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения нуждается 51,8% детей, в условиях стационара – 10,74%, в санаторно-курортном лечении – 15,9% осмотренных.

Приложение 2

Схема определения группы здоровья при массовых осмотрах в зависимости от характера и степени выраженности некоторых распространенных отклонений в состоянии здоровья

Наименование отклонения	Группы здоровья	Клинические критерии
Сердечно-сосудистой системы:		
Функциональный шум в сердце	II	
Юношеская гипертрофия сердца, митральная форма сердца; малое (висячее) сердце	II	
Тахикардия, брадикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия	II	При отсутствии заболеваний сердца
Понижение артериального давления	II	При снижении систолического артериального давления у детей 8-12 лет до 80-85 мм рт. ст.; 13-16 лет до 90-95 мм рт. ст.
Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу	III	При снижении систолического артериального давления у детей 8-12 лет ниже 80-85 мм рт. ст. и 13-16 лет ниже 90-95 мм рт. ст. при наличии повышенной утомляемости, головных болей, лабильности пульса, потливости и др.
Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу (гипертоническая болезнь IA стадии по А.Л. Мясникову)	III	Транзиторные подъемы систолического артериального давления до 135-140 мм рт. ст. (редко до 150 мм) при наличии вегетативной дисфункции – потливости, тахикардии, субфебрилитета и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ
Гипертоническая IV болезнь I стадии (IB стадия по А.Л. Мясникову)		Продолжительные подъемы систолического давления до 150-160 мм рт. ст., уровень лабильный. Диастолическое артериальное давление иногда повышается до 85-90 мм рт. ст.
Миокардит неревматической этиологии	III-IV	При полной клинической ремиссии III гр.; при неполной клинической ремиссии – IV гр.
Ревматизм	III-IV	<p>Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения, при отсутствии признаков активности ревматического процесса от I года до 5 лет после атаки – III гр.</p> <p>Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года) – IV</p>

		гр. С пороком сердца и признаками недостаточности кровообращения I ст. при отсутствии признаков активности ревматического процесса (от 1 года и более после атаки) – IV гр.
Врожденный порок сердца	III-IV	Открытый боталлов проток, дефект межжелудочковой перегородки, без признаков нарушения кровообращения – III гр.; с недостаточностью кровообращения I ст. – IV гр.
Органов дыхания:		
Хронический бронхит III-IV		При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем – III гр.; при их наличии – IV гр.
Хроническая пневмония	III-IV	При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем – III гр.; при их наличии – IV гр.
Бронхиальная астма	III-IV	В межприступном периоде при отсутствии функциональных нарушений различных систем, органов и физического развития – III гр.; при их наличии – IV гр.
Пищеварительной системы:		
Кариес зубов	II-III	Кариес средней активности – II гр.; высокой активности – III гр.
Аномалии прикуса	II-III	Начальные формы аномалии прикуса – II гр., значительно выраженные аномалии прикуса – III гр.
Дискинезия желчевыводящих путей	II-III	В стадии стойкой ремиссии – II гр. Кратковременные, схваткообразные боли в правом подреберье или в области пупка, возникающие после еды или не связанные с приемом пищи, при мало нарушенном общем состоянии и слабовыраженных объективных данных – III гр.
Хронический холецистит	III-IV	В стадии стойкой ремиссии – III гр.; при наличии клинических признаков субкомпенсации – IV гр.
Хронический гастрит	III-IV	В стадии полной ремиссии – III гр. в стадии неполной ремиссии – IV гр.
Хронический гастродуоденит	III-IV	В стадии полной ремиссии – III гр.; в ста-

		дии неполной ремиссии (незначительные боли в эпигастральной и пупочной областях, голодные или спустя 2 часа и более после приема пищи) при наличии болезненной пальпации пилородуоденальной области – IV гр.
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	III-IV	При стойкой ремиссии – III гр. Боли в подложечной области (головные и ночные), отрыжки кислым, изжога, рвота, при локальной болезненности в подложечной и пилородуоденальной областях, напряжения мышц эпигастральной области – IV гр.
Хронический колит; энтероколит	III-IV	В стадии ремиссии – III гр.; при неопределенных болях по всему животу, снижении аппетита, общей слабости, быстрой утомляемости, похудании, спастически сокращенном кишечнике, его вздутии и урчании – IV гр.
Гельминтоз	II-III	Без признаков интоксикации – II гр.; при наличии – III гр.
Мочеполовой системы:		
Доброкачественная протеинурия при отсутствии заболеваний почек	II	
Пиелонефрит хронический	III-IV	При полной ремиссии и сохраненной функции почек – III гр.; при неполной ремиссии и частично нарушенной функции почек – IV гр.
Крипторхизм	III	
Нарушение менструального цикла в период становления менструальной функции		
Дисменорея	III	
Эндокринной системы и обмена веществ:		
Гипертрофия вилочковой железы	II	
Увеличение щитовидной железы I-II степеней	III	Увеличение щитовидной железы I степени (прощупывается перешеек щитовидной железы, слабо определяются боковые поля), II степени (железа заметна на глаз при глотании, легко прощупываются боковые доли) до препубертатного и пубертатного периодов, без нарушения функции
Зоб	III	Увеличение щитовидной железы III степени и более, без нарушений функции
Диффузный токсический зоб	III-IV	При легкой форме – III гр.; при среднетяжелой – IV гр.
Избыточная масса тела II (за счет жираотложения)	II	Превышение массы тела на 10-19% в связи с избыточным жираотложением

Ожирение (экзогенно-конституциональное III-IV)	III-IV	Ожирение I степени (превышение массы тела на 20-29% за счет жира отложения) и II степени (превышение массы тела на 30-40% за счет жира отложения) – III гр. Ожирение III степени (превышение массы тела на 50% и более за счет жира отложения) – IV гр.
Кожи:		
Аллергические реакции	II	Повторяющиеся кожно-аллергические реакции на пищевые вещества, лекарства и др.
Экссудативно-катаральный диатез без явлений экземы	II	
Экзема, дерматит, нейродермит	III-IV	При ограниченной локализации – III гр. При распространенных кожных изменениях с явлениями общей интоксикации – IV гр.
Системы крови:		
Преданемическое состояние (анемизация)	II	Содержание гемоглобина 11,5-11,1 г% или 115-111 г/л
Анемия	III-IV	Содержание гемоглобина 11,0-10,8 г% или 110-108 г/л – III гр.; 10,7-8,0 г% или 107-80 г/л – IV гр.
Нервной системы:		
Астенические проявления	II	Легкие астенические проявления (утомляемость, головные боли, раздражительность, обидчивость, плаксивость, поверхностный сон и др.), исчезающие после непродолжительного отдыха, нормализации режима и отдыха
Патологические привычки	II	Привычка грызть ногти, ручки, воротники, дергать волосы, кусать и облизывать губы и др., не понижающие функциональные возможности организма
Речевые нарушения (косноязычие)	II	
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) лабильность	II	Соматовегетативные и вегетососудистые нарушения (повышенная потливость, акроцианоз, красный дермографизм, склонность к тахикардии, непереносимость жары и холода, игра вазомоторов), характерные для препубертатного и пубертатного периодов и не нарушающие работоспособности
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) дисфункция	III-IV	Невротические и невротоподобные расстройства, выражающиеся перманентными или кризоподобными вегетативными или соматовегетативными нарушениями. При

		слабо выраженной симптоматике – III гр.; при выраженных клинических проявлениях и снижении работоспособности – IV гр.
Невропатия (врожденная детская нервность)	III	Расстройства сна (трудности засыпания, ночные страхи, прерывистый сон), аппетита; эмоциональная неустойчивость, психомоторная расторможенность
Астеноневротический и цереброастенический синдром	III-IV	Раздражительность, головные боли, нарушения сна и аппетита. При умеренных клинических проявлениях – III гр.; при выраженных – IV гр.
Невроз (астенический, истерический, невроз навязчивых состояний)	III-IV	При кратковременных проявлениях – III гр.; при длительных – IV гр.
Логоневроз, энурез, тики, моторная навязчивость	III-IV	При умеренных проявлениях, не снижающих социальную адаптацию – III гр.; при более выраженных – IV гр.
Патологическое развитие личности, психопатоподобный синдром, невротическое развитие личности	III-IV	Неправильные формы поведения, квалифицированные детским психоневрологом; группа здоровья - в зависимости от выраженности клинических проявлений
Последствия органического заболевания центральной или периферической нервной системы	III-IV	Двигательные, чувствительные и координационные нарушения, без снижения функциональных возможностей – III гр.; при их снижении – IV гр.
Гипертензионный – гидроцефальный синдром (врожденный или приобретенный)	III-IV	В стадии устойчивой компенсации и отсутствия клинических проявлений – III гр.; при их наличии – IV гр.
Эпилепсия, эпилептиформный синдром на фоне резидуально-органических поражений головного мозга	IV	
Задержка психического развития	III	
Умственная отсталость (легкая степень)	IV	
Органа зрения:		
Миопия слабой II степени, астигматизм, гиперметропия средней степени, астигматизм		Миопическая рефракция от 0,5 до 3,0 Д или гиперметропия, рефракция от 3,25 до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии на лучшем глазу, при остроте зрения с коррекцией не менее 1,0 на каждый глаз
Миопия средней и высокой степеней, астигматизм	III-IV	Миопическая рефракция от 3,25 Д до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с коррекцией от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу – III гр. Миопическая рефракция от 6,25 Д и выше на лучшем глазу в меридиане наивысшей аметропии при ост-

		роте зрения с коррекцией на лучшем глазу не менее 0,5 – IV гр.
Гиперметропия высокой степени, астигматизм	III	Гиперметропическая рефракция от 6,25 Д и выше в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу
Аккомодационное косоглазие	II	Без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушения бинокулярного зрения
Неаккомодационное косоглазие	III-IV	С учетом степени аномалии рефракции
Уха, горла, носа:		
Аденоидные вегетации	II-III-IV	Небольшие аденоидные вегетации, слегка прикрывающие верхний край хоан и не препятствующие носовому дыханию – II гр. аденоиды II степени (хоаны прикрыты наполовину) – III гр. аденоиды III степени (хоаны прикрыты полностью) – IV гр.
Аденоидит хронический	III	Затрудненное носовое дыхание, постоянный насморк, слизистые выделения по задней стенке глотки, длительный субфебрилитет, частые простудные заболевания
Гипертрофия небных миндалин II и III степеней	II-III	При гипертрофии II степени (миндалины заполняют две трети пространства между небными дужками и язычком) – II гр.; при гипертрофии III степени (миндалины соприкасаются между собой) – III гр.
Искривление носовой перегородки	II-III	При отсутствии нарушения носового дыхания – II гр. при нарушении носового дыхания – III гр.
Ларингит хронический	III	
Отит хронический	III-IV	Наружный и средний отиты – III гр. гнонойный эпимезотимпанит – IV гр.
Ринит хронический	III	
Синуит хронический	III	
Тонзиллит хронический	III-IV	Компенсированная форма (местные изменения небных миндалин и ангины или частые респираторные заболевания в анамнезе без общих патологических проявлений вне обострений) – III гр.; декомпенсированная или токсико-аллергическая форма (местные изменения в миндалинах сопровождаются субфебрилитетом, тонзилло-кардиальным

		синдромом и др.) – IV гр.
Фарингит хронический	III	
Тугоухость	II-III-IV	Односторонняя и двусторонняя I степени (восприятие шепотной речи от 1 до 5 м) – II гр.; односторонняя II степени (восприятие шепотной речи до 1 м) и односторонняя III степени (шепотная речь не воспринимается), а также двусторонняя II степени – III гр.; двусторонняя III степени – IV гр.
Кохлеарный неврит	III-IV	Группа здоровья в зависимости от степени нарушения слуха (см. «Тугоухость»)
Физического развития:		
Общая задержка физического развития	II	Длина тела меньше чем М-26, отставание в уровне возрастного развития по количеству постоянных зубов, степени оксификации скелета кости, выраженности вторичных половых признаков (по сравнению с региональными стандартами) при отсутствии эндокринной патологии
Значительный дефицит массы тела	II	Масса тела меньше чем М-26R, по региональным стандартам (таблицам регрессии), без хронической патологии
Опорно-двигательного аппарата		
Нарушение осанки	II	Асимметрия плеч, боковые искривления позвоночника; сутуловатая, лордотическая, кифотическая, выпрямленная осанка
Сколиоз	III-IV	Сколиоз I, II степеней (реберное выбухание или мышечный валик, угол искривления основной дуги позвоночника до 10° – I степень; до 30° – II степень) – III гр. Прогрессирующий сколиоз, а сколиоз III и IV степеней (мышечный валик, реберный горб и угол искривления от 30° до 50° – III степень и более 50° – IV степень) – IV гр.
Уплотнение стопы	II	Нарушение опорной поверхности: перешеек стопы, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, значительно расширен (до 2/3 общего поперечника стопы), на его внутренней стороне пальпаторно обычно определяется компенсаторный мышечный валик; линия наружного края стопы несколько выпукла. Выраженность нарушения уточняется плантограммой
Плоскостопие	III	Нарушение опорной поверхности стопы: перешеек, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, занимает почти всю ширину стопы

Приложение 3
**Схема диспансерного наблюдения (Д₁) за неорганизованными детьми
 в условиях педиатрического участка**

Возрастные периоды	Врачебные наблюдения. Вид обследования
Новорожд.	Участковый педиатр в первые 3 дня, 10-12, 20-22 дни на дому
1 мес	Участковый педиатр, невролог, окулист, хирург-ортопед в дет. пол-ке
2 мес	Участковый педиатр в дет. пол-ке
3 мес	Участковый педиатр; содержание гемоглобина, общий анализ мочи
4 мес	Участковый педиатр
5-11 мес	Участковый педиатр ежемесячно
12 мес	Участковый педиатр, невролог, окулист, хирург-ортопед, стоматолог; содержание гемоглобина, общий анализ мочи, кал на я/гл
1 г. 3 мес	То же
1 г. 6 мес	То же
1 г. 9 мес	То же
2 года	То же + стоматолог
2 г. 6 мес	То же
3 года	Участковый педиатр, невролог, окулист, лор-врач, хирург-ортопед, стоматолог, логопед; общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/гл
4 года	Участковый педиатр
5 лет	Участковый педиатр
6 лет (за 1 год до школы)	Участковый педиатр, невролог, окулист, лор-врач, хирург-ортопед, стоматолог (по показаниям логопед, психолог). Определение функциональной готовности к школе (КЗР). Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/гл
7 лет (перед поступлением в школу)	То же

Примечание: реакция Манту с 4 Т.Е. – ежегодно, измерение АД с 6-летнего возраста

Приложение 4

**Схема диспансерного наблюдения (Д₁) за детьми, посещающими
детские дошкольные учреждения**

Возрастные периоды	1-й этап, скрининг (доврачебный)	Обследование	Врачебно-педагогический этап	Специализированный этап
Перед поступлением в ДДУ		Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/гл, р-я Манту с 4 ТЕ	Участковый врач Оформление формы 026/у	Невролог, хирург-ортопед, окулист, лор-врач, стоматолог, логопед
Период адаптации			Врач ДДУ 1 раз в неделю	По показаниям
3, 4, 5 лет	Средний мед. работник		Врач ДДУ до 3 лет 1 раз в 2 мес., старше 3 лет – ежеквартально, педагог	По показаниям
6 лет	Средний мед. работник	Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/гл, р-я Манту с 4 ТЕ, измерение АД	Врач ДДУ, педагог, психолог, функциональная готовность к школе, медико-педагогическая коррекция	Невролог, хирург-ортопед, окулист, лор-врач, стоматолог, по показаниям – логопед, психиатр
7 лет	Средний мед. работник	Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/гл, р-я Манту с 4 ТЕ, измерение АД	Врач ДДУ, медико-педагогическая коррекция (психолог, педагог)	Невролог, хирург-ортопед, окулист, лор-врач, стоматолог, по показаниям – логопед, психиатр

Приложение 5

Схема диспансерного наблюдения (Д₁) за детьми и подростками, посещающими общеобразовательные школы, лицеи, гимназии

Возрастные периоды	Доврачебный этап (скрининг и лабораторное обследование)	Врачебно-педагогический этап		Специализированный этап
		педиатр	педагог-психолог	
Конец первого года обучения	Средний мед. работник школы	Осмотр с анализом скрининг-теста и лабораторные обследования. Распределение на мед. группы занятий физкультурой	Оценка адаптации к обучению в школе, рекомендации на каникулы	Невролог, хирург-ортопед, окулист, лор-врач, стоматолог, по показаниям – психиатр, логопед
Переход к предметному обучению	Средний мед. работник школы	Оценка нервно-психического и физического развития, определение биологического возраста ребенка и его соответствие паспортному	Оценка адаптации	Те же + гинеколог
Пубертатный период (14-15 лет)	Средний мед. работник школы	Профессиональная ориентация		Те же
		Врачебно-профессиональная консультация, передача сведений на юношей допризывного возраста в военкомат	Педагог, психолог. Врачебно-профессиональная консультация	
Перед окончанием общеобразовательного учреждения (16-17 лет, 10-11-й классы)	Средний мед. работник школы	То же	То же	Невролог, хирург-ортопед, окулист, лор-врач, стоматолог, по показаниям – логопед, психиатр, гинеколог

Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.1992 г.

Приложение 6

Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники при интегрированной форме медицинского обеспечения

(из приказа МЗ РФ, МО РФ № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»)

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 ребенок.

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

В дни проведения профилактических осмотров детей «декретированных» возрастов участковые педиатры, чьи дети проходят диспансеризацию, освобождаются от основной работы и включаются в состав бригады.

Диспансеризация детей при оформлении в детские дошкольные учреждения проводится в течение всего года по обращаемости. Диспансеризация неорганизованных детей при оформлении в школу осуществляется также по обращаемости, а организованных – по плану-графику, утвержденному главным врачом.

В соответствии с данным планом-графиком бригада специалистов проводит профилактические осмотры детей в дошкольном учреждении с 17.00 до 19.00. К этому времени ранее предупрежденные родители приходят в дошкольное учреждение за своими детьми и приносят с собой ф. 112/У (находится у родителей на руках). Таким образом, осмотр ребенка проводится в присутствии родителей, что позволяет повысить его эффективность и исключить необходимость повторной явки родителей с детьми в поликлинику. Данные специализированного осмотра записываются как в ф. 026/У, так и ф. 112/У (аналогичным образом специалисты консультируют и детей других возрастных групп детского сада, находящихся на диспансерном учете). После завершения осмотра в полном объеме (с лабораторными и дополнительными обследованиями) всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с назначениями специалистов в детское дошкольное учреждение приходит участковый педиатр и заканчивает оформление ф. 026/У в школу (оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены: оценка физического развития, группа здоровья, рекомендации по физической группе, профилактическим прививкам и обеспечению дальнейшего динамического наблюдения за состоянием здоровья ребенка). Аналогичная запись делается и в ф. 112/У, куда и вносятся все данные о сделанных в дошкольном учреждении профилактических прививках. После завершения диспансеризации ф. 026/У и ф. 112/У представляются на экспертную оценку зав.отделением или зам.главного врача по лечебной части поликлиники и, при отсутствии замечаний, ставятся вторая подпись, штамп и печать учреждения.

Профилактические осмотры школьников при переходе к предметному обучению (5-х классов) проводятся в детской городской поликлинике в утренние часы

по графику, утвержденному главным врачом поликлиники, по согласованию с директором школы.

Учащихся школы на диспансеризацию приводят фельдшер (м/сестра) школы и классный руководитель. Фельдшер (мед. сестра) школы приносит в поликлинику ф.026/У; предупрежденные заранее учащиеся 5-х классов приходят на диспансеризацию с ф. 112/У.

После осмотра детей специалистами, проведения лабораторных, а, по показаниям, и рентгенологических исследований, дети осматриваются участковым педиатром, который в день диспансеризации детей своего территориального педиатрического участка освобождается от основной работы и включается в состав диспансерной бригады. После завершения осмотра оформляется эпикриз с записью в ф.ф.112/У, 026/У и 131/У. Данные о проведенных в школе профилактических прививках из ф.026/У переносятся в ф.112/У.

Если же ребенок нуждается в дополнительных обследованиях, консультации других специалистов, то участковый педиатр оставляет у себя ф.131/У и только после проведения всего комплекса диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий ребенок с матерью приглашается на прием к участковому врачу, оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены оценка физического развития ребенка, группа здоровья, рекомендации по физкультурной группе, профилактическим прививкам и динамическому наблюдению за состоянием здоровья ребенка.

Профилактические осмотры у учащихся 9-х классов (14-15 лет) осуществляются совместно со специалистами и подростковым терапевтом поликлиники для взрослых. Для этого совместным приказом (по детской и взрослой поликлиникам) утверждается состав смешанной бригады специалистов, день и порядок диспансеризации подростков.

Первичная медицинская документация на подростков (ф.112/У) находится в поликлинике и заранее подготавливается для передачи во взрослую сеть. (*Примечание авторов: в соответствии с приказом № 154 от 5.05.1999 г. дети с 15-летнего возраста остаются под наблюдением детской поликлиники; передача их в общелечебную сеть производится в возрасте 18 лет).

За 1-2 года до предстоящей совместной диспансеризации подростков участковыми медицинскими сестрами проводятся лечебные патронажи на дому с целью уточнения состояния здоровья детей, проверки выполнения диагностических исследований и лечебно-оздоровительных мероприятий по назначению участкового врача. При необходимости участковая медсестра дает направления на лабораторные обследования и на консультацию к специалистам, оформляет в ф.112/У запись о проведенном лечебном патронаже, после чего ф. 112/У передает участковому педиатру. Участковый педиатр подготавливает первичную медицинскую документацию (ф.112/У, ф. 25/У) для передачи во взрослую сеть. После совместной диспансеризации, если у подросткового терапевта нет претензий к участковому врачу, подросток считается переданным во взрослую сеть. Если ребенку требуются дополнительные обследования, консультации и т.д., то по окончании диспансеризации участковый педиатр выполняет эти совместные назначения, и только после этого окончательно оформленная первичная медицинская документация передается подростковому терапевту поликлиники для взрослых.

В диспансеризации детей декретированных возрастов принимает участие средний медперсонал образовательных учреждений.

Для профилактических осмотров детей на основе скрининг-тестов с целью более рационального использования времени специалистов, повышения качества и эффективности диспансеризации в детской поликлинике за счет перераспределения штатных должностей организуется кабинет доврачебного приема с графиком работы в две смены.

У детей до 3-летнего возраста ф.131/У хранится в кабинете участкового педиатра, и обследование этого контингента по скрининг-программе при профилактических осмотрах осуществляется в кабинете здорового ребенка (КЗР).

У детей от 3-х летнего до 15-летнего возраста ф.131/У централизована в кабинете доврачебного приема и разложена по участкам. На каждом педиатрическом участке две ячейки (одна для ф.131/У детей, подлежащих диспансеризации, другая – прошедших ее).

Диспансеризация детей недекретированных возрастов осуществляется самоотком, по направлению среднего медицинского персонала дошкольных учреждений и школ, а также активному вызову участковой медицинской сестры.

Медицинские сестры дошкольных учреждений за месяц до дня рождения ребенка запрашивают от родителей справку от участкового педиатра о данных диспансеризации ребенка за текущий год, предварительно дав направление на лабораторные анализы и на консультацию к специалистам при наличии у ребенка отклонений в состоянии здоровья. В случае обращения родителей с ребенком к участковому врачу после перенесенных острых заболеваний или за справками в бассейн, спортивные секции и т.д. такой ребенок направляется в кабинет доврачебного приема, после чего проводится профилактический врачебный осмотр.

Таким образом, практически каждый ребенок 1 раз в год посещает кабинет доврачебного приема, где ему проводится обследование скрининг-тестами. Данные обследования регистрируются в ф.ф.131/У и 112/У. Если ребенок школьного возраста не прошел обследование в течение учебного года, то обменную карту в летний оздоровительный лагерь в школе ему не выдают и он вынужден получать ее в поликлинике; предварительно пройдя диспансеризацию. После обследования в кабинете доврачебного приема родители с ребенком попадают к участковому педиатру, который и проводит углубленный медицинский осмотр ребенка (с оценкой его физического развития, определением группы здоровья и т.д.) в соответствии со стандартом. После педиатрического осмотра ф.131/У возвращается в кабинет доврачебного приема и хранится в ячейке прошедших диспансеризацию в отчетном году, а в дошкольное учреждение и школу передается справка на каждого ребенка о результатах диспансеризации с рекомендациями (прилагается). Если же ребенку по состоянию здоровья необходима консультация специалиста или дополнительное обследование, то ф.131/У задерживается у участкового врача. И только при уточнении диагноза педиатр оформляет эпикриз, делает соответствующие записи в ф.ф.112/У и 131/У.

После этого последняя возвращается в кабинет доврачебного приема. В случае изменения у ребенка группы здоровья, его ф.112/У после диспансеризации передается для экспертной оценки зав. педиатрическим отделением, который и определяют обоснованность перевода ребенка из одной группы здоровья в другую.

От качества диспансеризации каждого конкретного ребенка, выполнения требуемого стандартом объема исследований зависит оплата труда медицинских работников по данному разделу работы.

Приложение 7

Инструкция по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений

(приказ МЗ РФ № 139 от 04.04.2003 г. «Об утверждении инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений»)

I. Общие положения

Формирование здоровья ребенка на этапе 7-18 лет в значительной мере зависит от условий обучения, характера учебного процесса, образа жизни ребёнка.

Сегодня к основным классам болезней, частота которых наиболее интенсивно возрастает в процессе школьного обучения, относятся заболевания глаза и его придаточного аппарата, костно-мышечной и соединительной тканей, органов пищеварения, пограничные психические нарушения.

Кроме того, значительной медико-социальной проблемой сегодняшнего дня является высокий травматизм детей, как в быту, так и в условиях школы, в том числе при занятиях физической культурой.

Среди социальных факторов, влияющих на формирование здоровья детей, 20% составляют факторы внутришкольной среды.

В связи с изложенным внедрение оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений позволит обеспечить профилактику заболеваний, добиться улучшения состояния здоровья учащихся.

Использование различных оздоровительных технологий в деятельности образовательных учреждений основывается на результатах профилактических осмотров учащихся, данных о состоянии здоровья каждого учащегося и результатах динамического наблюдения за учащимися, имеющими отклонения в состоянии здоровья.

Осуществление оздоровительных технологий в образовательном учреждении предполагает совместную деятельность администрации образовательных учреждений, педагогов, медицинского персонала детских амбулаторно-поликлинических учреждений, участие родителей.

Оздоровительная работа в образовательных учреждениях проводится под методическим руководством органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения.

II. Основные принципы внедрения и реализации оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений:

- комплексность использования оздоровительных технологий с учетом состояния здоровья учащихся, структуры образовательного процесса, условий обучения, воспитания;
- непрерывность проведения оздоровительных мероприятий в течение года;
- максимальный охват оздоровительными мероприятиями всех учащихся;
- интеграция оздоровительных технологий в образовательный процесс;
- преимущественное применение немедикаментозных средств оздоровления, широкое использование средств, стимулирующих защитные силы организма;
- использование простых и доступных технологий;
- формирование положительной мотивации у учащихся, медицинского персонала и педагогов к проведению оздоровительных мероприятий;
- реализация в условиях образовательного учреждения на индивидуальном и

групповом уровнях мероприятий по повышению двигательной активности, закаливанию обучающихся, воспитанников, охране психического здоровья, а также по оздоровлению детей, имеющих функциональные расстройства и хронические заболевания;

- обучение всех участников образовательного процесса методикам самодиагностики, самокоррекции, самоконтроля;

- повышение эффективности системы оздоровительных мероприятий за счет соблюдения в образовательных учреждениях санитарно-гигиенических норм и правил, регламентирующих требования к освещению, оборудованию и планировке образовательных учреждений, режиму учебно-воспитательного процесса и учебной нагрузке, организации физического воспитания и питания учащихся и др.

III. Рекомендуемый перечень оборудования и методик по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений:

1. Для повышения физической подготовленности детей целесообразно использование тренажерных устройств:

1.1. велосипед, велоэргометр;

1.2. третбан;

1.3. степпер;

1.4. гребной эргометр;

1.5. батут тренировочный малый;

1.6. перекладина передвижная (облегченный по величине нагрузки вариант тренажера).

2. Для профилактики и лечения близорукости, амблиопии, косоглазия, гиперметропии и др. заболеваний глаз могут использоваться приборы цветоимпульсной терапии, относящиеся к новому направлению медицины. С целью охраны органа зрения у детей рекомендуется использование офтальмотренажеров.

3. Для профилактики острых респираторных заболеваний, аллергических болезней, снижения частоты обострения хронической патологии органов дыхания, повышения иммунологической резистентности организма, снижения контагиозности в период подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями рекомендуется аэроионотерапия, поляризованный полихроматический свет, ультрафиолетовое излучение – для облучения помещений (классы, спортивный зал, столовая и т.д.).

5. Для санации верхних и нижних отделов дыхательных путей, профилактики заболеваний органов дыхания рекомендуется применение ингаляционной терапии.

6. С целью охраны психического здоровья детей и профилактики психосоматической патологии целесообразна организация кабинета психологической разгрузки (видео- и аудиоаппаратура, специальная мебель и т.д.).

7. Рекомендуемые методики для проведения оздоровительной работы в образовательных учреждениях:

7.1. Для повышения резистентности организма ребенка к внешним воздействиям, в том числе бактериальным, снижения частоты острых и обострений хронических заболеваний рекомендуется применение фитотерапии (фиточаев, сборов, отваров трав).

7.2. Для повышения сопротивляемости организма, успокаивающего или тонизирующего действия применяется ароматерапия – ароматизация помещений

эфирными маслами растительного происхождения.

7.3. С целью повышения резистентности организма и для общеукрепляющего воздействия рекомендуется проведение профилактической витаминизации детей в течение учебного года, использование витаминных напитков, адаптогенов растительного происхождения (элеутерококк, жень-шень и др.).

7.4. Для профилактики возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата, коррекции нарушенной функции при патологии костно-мышечной системы рекомендуется создание благоприятного двигательного режима учащихся с учетом возраста и состояния здоровья, использование на занятиях физической культурой корригирующей гимнастики с применением вспомогательных тренажерных средств.

7.5. Для организации рационального питания учащихся, коррекции функциональных нарушений органов пищеварения, снижения частоты обострений заболеваний органов желудочно-кишечного тракта рационально внедрение в образовательных учреждениях принципа щадящего питания, а также включение в рацион питания специальных продуктов, с повышенной пищевой и биологической ценностью.

7.6. С целью профилактики нарушений зрения и оздоровления учащихся с патологией органа зрения рекомендуется проведение специальной гимнастики для глаз. Особенно эффективна офтальмокоррекция – это воздействие на зрительный анализатор основных цветов: красного, синего, оранжевого, зеленого, желтого, фиолетового.