

Сибирский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии
с курсом пропедевтики детских болезней

«Утверждаю»
Проректор по учебной работе СибГМУ
д.м.н., профессор А.И. Венгеровский

« ____ » _____ 2004 г.

«Утверждаю»
Начальник департамента
здравоохранения Администрации
Томской области, д.м.н. А.Т.Адамян

« ____ » _____ 2004 г.

Нагаева Т.А., Ильиных А.А., Тухватулина Т.А., Трунова Т.К.

Превентивная педиатрия
Работа детской поликлиники по оказанию медицинской помощи
детям подросткового возраста
Часть IV
Методическое пособие

Нагаева Т.А., Ильиных А.А., Тухватулина Т.А., Трунова Т.К. Превентивная педиатрия. Работа детской поликлиники по оказанию медицинской помощи детям подросткового возраста. Часть IV. Методическое пособие. – Томск, 2004.

В методическом пособии освещены основные принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста в современных условиях. Особое внимание уделено анатомо-физиологическим особенностям подростков, актуальным вопросам репродуктивного здоровья, врачебно-профессиональной консультации. В пособии представлены особенности работы подростковых кабинетов по организации медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке их на воинский учет, отражена роль детской поликлиники в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий среди юношей призывного возраста.

Методическое пособие адресовано студентам медицинских вузов, врачам-интернам, подростковым врачам, участковым врачам-педиатрам, педиатрам общеобразовательных учреждений.

Методическое пособие обсуждено и принято центральной методической комиссией педиатрического факультета СибГМУ.

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

Здоровье подростков в любом обществе, при любых социально-экономических и политических ситуациях представляет исключительную ценность, так как именно этот контингент населения является наиболее перспективным интеллектуальным, экономическим, социальным, оборонным, культурным и репродуктивным резервом государства.

Изменения, происходящие в нашей стране в последние годы, ставят подрастающее поколение в ряды наименее защищенных слоев общества. Основаниями для дальнейшего ухудшения здоровья детей подросткового возраста являются рост социальной незащищенности, равнодушие общества к проблемам подростков, увеличение психоэмоциональных нагрузок с появлением в нашей стране образовательных учреждений так называемого «нового типа» с высокой интенсивностью обучения.

Здоровье современных подростков характеризуется ростом хронической патологии, которой страдает 70 % подростковой популяции, увеличением числа детей-инвалидов за счет возрастной группы 10-14 лет и 15 лет.

По результатам профилактических осмотров подростков Санкт-Петербурга (данные В.А. Четверикова), процент детей с хроническими заболеваниями и морфофункциональными отклонениями вырос за период с 1985 по 1995 г. почти в 5 раз – с 19,8 до 94,4%, а общая и первичная заболеваемость подростков возросла с 1530,0 и 866,6 ‰ (1991) до 2025,5 и 1015,6 ‰ (1995) соответственно. За период с 1995 по 2000 г. абсолютный прирост показателя патологической пораженности учащихся составил 670 ‰, что соответствует темпу прироста +23,5 % (Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2002).

Остается высоким и уровень смертности, показатель которого в группе лиц от 10 до 17 лет включительно составляет сегодня 213,4 на 100 тыс. человек (в 1995 г. – 210,0). Среди причин смерти ведущее место занимают причины насильственного характера (травмы, отравления, самоубийства).

У девушек и юношей растут болезни, передаваемые половым путем, включая СПИД, наркоманию и токсикоманию, заболевания репродуктивной системы. Частота наркомании и токсикомании среди 15-17-летних составила 86,7 на 100 тыс. человек, что в 40 раз больше, чем среди детей до 15 лет. Состоят на профилактическом учете в связи с употреблением психоактивных веществ (включая алкоголь) 733,5 на 100 тыс. подростков 15-17 лет (до 15 лет – 28,2).

Быстрое половое созревание в сочетании с ранним началом половой жизни привело к появлению феномена «подросткового материнства», что отрицательно отражается на здоровье новорожденных и их юных матерей.

Ежегодно на военную службу призывается более 300 юношей 18-летнего возраста, уровень годности которых к военной службе не превышает 60 %, что может неблагоприятно отразиться на национальной безопасности России.

Подростки – это особая, значительная и наиболее перспективная часть населения, уже не детского, но и еще не взрослого. Ранее существующая организация лечебно-профилактической помощи подросткам, известная как «подростковая медицина», существовала в относительной изоляции как от педиатрии, так и от общелечебной сети и не могла решить многие проблемы здоровья этого контингента. Оптимизацией качества медицинского контроля за состоянием здоровья подростков явилось создание единой системы медицинского наблюдения в условиях детской поликлинической службы, регламентированной Приказом МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Согласно Приказу, приостановлена передача

возраста». Согласно Приказу, приостановлена передача медицинского наблюдения за детьми, достигшими 15 лет, в амбулаторно-поликлинические учреждения общей лечебной сети. Современная система организации медицинского обеспечения подростков предусматривает непрерывное наблюдение за ними до 17 лет включительно одним лечебно-профилактическим учреждением, увеличение объема профилактической работы по охране соматического, психического, репродуктивного здоровья. Большое значение придается ранней диагностике, лечению и реабилитации подростков на всех этапах их социального становления, но приоритетными являются вопросы сохранения и укрепления здоровья обучающихся, формирование потребности в здоровом образе жизни в условиях общеобразовательных учреждений, внедрение в учебный процесс здоровьесберегающих технологий.

Еще в 1977 г. комитет экспертов ВОЗ предложил считать подростками лиц в возрасте от 10 до 20 лет, что и принято сейчас во всем мире. При таком подходе подростковый возраст можно разделить на два чрезвычайно важных периода – **пубертатный период** – от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции (от 10 до 15 лет) и **этап социального созревания**, когда человек избирает профессию и овладевает ею (от 16 до 20 лет). Привычное для нашей страны отнесение к подросткам лиц в возрасте 15-17 лет является лишь социально-административным подходом (Аршавский А.И., 1982 г.).

Состояние здоровья человека во все остальные возрастные периоды во многом определяется здоровьем в подростковом возрасте.

Особенности подросткового возраста

- формирование конституционального типа, реализация генотипически детерминированной программы развития организма;
- морфофункциональное созревание репродуктивной системы, формирование сексуального поведения, которое имеет свои особенности, обусловленные изменением в последние годы социальной ситуации, морально-этических норм в обществе, резким снижением традиционного влияния семьи на воспитание детей, снижением возраста начала половой жизни (с 16,1 года у девушек, по данным Н.А. Гуркиной [1997]);
- бурный ростовой скачок, нейроэндокринная перестройка, интенсификация всех функциональных систем;
- нестабильность гормональной, нейрогенной и вегетативной регуляции внутренних органов, провоцирующей многочисленные функциональные расстройства (дистонии, дискинезии, рефлюксы и пр.);
- выраженная гетерохронность развития органов и систем с проблемой индивидуальной нормы;
- распространенность пограничных соматических и психических состояний;
- большая вероятность формирования специфичных для этого возраста болезней, особенно эндокринных (ювенильный сахарный диабет, гиперплазия щитовидной железы и пр.);
- особенности течения хронической патологии, трудности диагностики;
- появление поведенческой доминанты взрослого человека, из которых наиболее важными являются:
 - реакция эмансипации – уход из-под опеки взрослых;
 - выраженная тяга к группированию со сверстниками;

- смещение авторитетов в семье к авторитетам в подростковой компании;
- реакция оппозиции – противопоставление и желание не подчиняться советам взрослых или их правилам поведения;
- реакция имитации – слепое подражание кумиру.

Примечание. Эти особенности должны учитывать врачи, педагоги, консультанты, работающие с подростками (специалистами описаны более десятка типов поведенческих реакций подростков).

- социальные особенности, обусловленные изменением характера и условий обучения, быта, выбором и овладением профессией. Это время неустойчивого поведения с асоциальным риском, что может существенно снизить адаптационные возможности организма подростка, качество его жизни.

Анатомо-физиологические особенности подростков

(краткое описание)

Рост и непрерывное развитие – наиболее характерные биологические особенности организма подростка.

Пубертатный скачок роста (пубертатный спурт) возникает в 10,5-12,5 года у девочек (как правило, совпадает с менархе или предшествует ей) и в 12-14,5 года у мальчиков с его завершением к 17-19 и 19-20 годам соответственно.

Гетерохрония – неравномерность темпов развития органов и систем.

Децелерация – с середины 80-х гг. сменила отмечающуюся в 50-70-е гг. акселерацию подростков.

Интенсификация развития – ускорение темпов физического и/или полового развития у отдельных лиц, когда весь процесс созревания протекает за 2-3 года и возникают проблемы психического и соматического характера (функциональные расстройства внутренних органов, нарушения опорно-двигательного аппарата, распространение артериальной гипертензии и пр.).

Основным показателем физического развития является длина тела. Интенсивность ее увеличения и окончательный рост генетически детерминированы. Максимальная скорость роста подростков наблюдается весной, а максимальная скорость прибавки массы тела – осенью. С 11 лет у девочек и с 12 лет у мальчиков рост массы тела начинает превышать рост его длины.

Независимо от пола максимальный темп возрастания массы тела в подростковом возрасте начинается примерно на 6 месяцев позднее, чем роста, и продолжается около 3 лет. Потребность организма в питании у девочек растет между 10,5 и 12,5 года, у мальчиков – между 12 и 14,5 года. Возросшая независимость подростка в этом возрасте ведет к самостоятельному выбору пищи вне дома. На этом выборе сказывается целый ряд факторов: своеобразное представление о собственном теле, употребление алкоголя, наркотиков, занятия спортом, применение оральных контрацептивов, беременность.

Нарушения роста подростков могут быть связаны с наличием хронических заболеваний пищеварительной, сердечно-сосудистой, бронхолегочной, эндокринной систем, интенсивными спортивными нагрузками.

Половое развитие, формирование вторичных половых признаков происходит под влиянием гонадотропин-рилизинг-гормона гипоталамуса, гонадотропинов гипофиза – гонадотропных лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов, а также тестостерона и 17-эстрадиола. Оценка половой зрелости, т.е. степени развития вторичных половых признаков и наружных половых органов

проводится с использованием половой формулы и стадий полового развития (Приложение 1).

Физиологическая зрелость – это соответствие физиологического возраста календарному; физиологическая незрелость – это ретардированное их несоответствие. Несовпадение между биологическим и календарным возрастом возникает у части подростков, что является важной особенностью пубертатного периода.

Методы оценки биологического возраста:

1. Зубная зрелость (определяется по числу прорезавшихся постоянных зубов – Приложение 2).
2. Скелетная зрелость (определяется по степени окостенения костей запястья и кисти на рентгенограмме правой конечности – Приложение 3).
3. Половая зрелость (основана на учете половой формулы, приведена выше – Приложение 1).

Опорно-двигательный аппарат

Во второй половине пубертата, к 14-15 годам, телосложение становится гармоничным. До этого рост костей преобладает над увеличением мышечной массы, что обуславливает недостаточную механическую прочность костей, слабость мышечного корсета и нарушения осанки. У девушек, как правило, имеет место дефицит кальция, а при анорексии, аменорее, высоких физических нагрузках, курении, употреблении алкоголя может развиваться остеопороз.

Развитию слабости связочного аппарата, клинически проявляющейся гипермобильностью суставов, нарушениями осанки, плоскостопием, развитием и прогрессированием миопии, формированием висцероптоза (чаще – правосторонний нефроптоз) способствует также рыхлость соединительной ткани, свойственная пубертатному периоду. Высокая чувствительность соединительной ткани к инфекционным агентам и токсинам обуславливает легкое развитие артралгий и даже реактивных артритов при многих инфекционных заболеваниях.

Сердечно-сосудистая система

Диапазон функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС) у подростков выше, чем у детей младшего возраста. Объем сердца растет быстрее, чем объем сосудистого русла, что создает предпосылки к повышению сосудистого тонуса и артериального давления (АД). Изменению АД, ритма сердца и частоты дыхания способствует также симпатикотония. Если развитие сердца отстает от роста тела, возникают так называемые «гипоэволютивные формы сердца», сопровождающиеся снижением его функциональных возможностей. При этом ССС работает неэкономично и с большим напряжением. Несмотря на это, подростки с гипоэволютивным сердцем нуждаются в активном двигательном режиме. Только при достаточной физической активности можно добиться нормального развития сердца.

У подростков часто прослушиваются систолический шум, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, обусловленные гиперкинетическим типом и централизацией кровообращения с формированием функциональной легочной гипертензии, что врачами иногда ошибочно трактуется как признак порока сердца. Артериальное давление у подростков тем выше, чем более высоки уровень физического развития и степень половой зрелости. У некоторых подростков систолическое давление превышает 140 мм рт. ст. («юношеская гипертензия»), что связано как с гормональной гиперфункцией, так и с воздействием некоторых неблагопри-

ятных факторов. Сдвиги гемодинамики максимально выражены у девочек в 9-12 лет, у мальчиков в 9 и 12-13 лет.

Дыхательная система

За счет напряжения систем кровообращения и дыхания снабжение тканей кислородом у подростков происходит менее эффективно и экономично. Снижена адаптация к гипоксии. Необходимость обеспечения высокого кислородного запроса приводит к относительной гипервентиляции легких, что уже в покое и при небольшой физической нагрузке снижает резервные возможности аппарата внешнего дыхания.

У подростков с астеническим телосложением и вегетативной дисфункцией в период ростового скачка появляется феномен саккадированного (прерывистого) дыхания. При аускультации некоторых подростков создается впечатление отсутствия или явного ослабления дыхательных шумов за счет учащения ритма дыхания и снижения дыхательного объема. Кроме того, быстрый рост бронхов ведет к истощению их хрящевой основы и стенок, легкому спадению мелких бронхов, застою слизи, способствуя тем самым формированию бронхоэктазов и хронизации патологического процесса. Только к 16-18 годам резервные возможности и функциональные показатели легочного дыхания достигают уровня взрослых.

Пищеварительная система

Моторная активность всех отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у подростков нередко избыточна, что связано с вегетативной и эндокринной нестабильностью и приводит к развитию дискинезий пищевода, желудка, кишечника, желчевыводящих путей, а также возникновению желудочно-пищеводного и дуоденогастрального рефлюксов. Функциональное становление органов ЖКТ завершается лишь к концу пубертатного периода.

Мочевыделительная система

Пубертатный период – критический этап в развитии системы регуляции водно-солевого обмена. При использовании максимальных нагрузок функциональные возможности системы регуляции водно-солевого обмена ограничены, показатели осморегулирующей функции почек у подростков достоверно ниже. Полное созревание данных механизмов происходит лишь в юношеском возрасте.

Система крови

Возрастная динамика гематологических показателей (число эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула) продолжается до конца пубертатного периода и достигает морфофункционального состояния, характерного для взрослых, к 18 годам у юношей и несколько раньше – у девушек.

Иммунная система

Иммунная система в подростковом периоде функционально несовершенна. Оценить иммунологические параметры сложно в силу большого индивидуального разброса показателей. С другой стороны, иммунологические показатели могут значительно изменяться в результате воздействия многих факторов, например, степени физической и эмоциональной нагрузки, уровня физического и полового развития, фазы менструального цикла, сезона года.

В подростковом возрасте повышена чувствительность к возбудителям туберкулеза, растет частота хронических воспалительных, аутоиммунных и лимфо-пролиферативных заболеваний. При этом тяжесть течения атопических заболеваний у многих подростков ослабевает.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи подросткам

Амбулаторно-поликлиническая помощь детям подросткового возраста осуществляется детскими поликлиниками по территориальному принципу в системе единого медицинского обслуживания детей от 0 до 17 лет включительно. Детская поликлиника отвечает за своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы. Организация медицинской помощи подросткам в детских поликлиниках регламентирована Приказом МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г.

Задачи детской поликлиники в связи с передачей детей подросткового возраста под наблюдение педиатрической службы:

1. Оказание помощи на дому участковым врачом-педиатром при острых и обострениях хронических заболеваний.
2. Оказание помощи в условиях амбулаторного приема подростковым врачом детской поликлиники (15-17 лет) при острых и обострении хронических заболеваний (подростковый кабинет).
3. Оказание узкоспециализированной, консультативной помощи врачами-специалистами детской поликлиники.

Специализированная помощь этому контингенту населения усиливается консультациями специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детский гинеколог, андролог), которые участвуют, наряду с неврологом, окулистом, оториноларингологом, стоматологом, в системе возрастной диспансеризации (Д₁) и осматривают подростков в декретированные сроки, т.е. в возрастные переходные периоды.

4. Диспансерное наблюдение за подростками:
 - диспансеризация здоровых подростков – Д₁;
 - диспансеризация подростков группы риска – Д₂;
 - диспансеризация подростков, страдающих хронической патологией – Д₃, в том числе диспансеризация подростков-инвалидов (V группа здоровья) с проведением комплекса медико-социальных мероприятий.

За диспансеризацию подростков отвечает врач подросткового кабинета и заведующий поликлиническим отделением, который организует диспансеризацию, контролирует своевременность наблюдения, лечения, оздоровления, реабилитации. График профилактических осмотров подростков, посещающих общеобразовательные учреждения (школы, лицеи, гимназии), территориально прилежавших к детской поликлинике, составляется и подписывается руководителем ЛПУ и выполняется врачом подросткового кабинета и специалистами на базе данной поликлиники. В дни проведения профилактических осмотров к работе привлекается лабораторная служба, которая обеспечивает исследования периферической крови, мочи, кала, флюорографическое исследование.

Возрастная диспансеризация подростков планируется и осуществляется в возрастные (переходные) периоды в 3 этапа.

Переходные возрастные периоды:

1. Пубертатный период – 14-15 лет, 9-й класс;
2. 16-17 лет – перед окончанием школы.

Трехэтапная система диспансеризации подростков:

- 1-й этап – доврачебный (скрининг и лабораторное исследование);
- 2-й этап – врачебно-педагогический (врач подросткового кабинета, педагог, психолог);

3-й этап – специализированный (осмотры невролога, окулиста, оториноларинголога, стоматолога, эндокринолога, андролога, гинеколога).

Доврачебный этап – это осмотр по скрининг-программе средним медицинским работником (проводится согласно методическому пособию «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы». М., 1993. Утв. МЗ РФ в 1992 г.).

Скрининг-программа включает:

- 1) суммирование результатов анкетного теста;
- 2) определение роста и массы тела;
- 3) оценку физического развития с помощью таблиц;
- 4) измерение АД с корректировкой цифр с помощью специальной таблицы;
- 5) плантографию (получение отпечатка, оценка);
- 6) определение остроты зрения;
- 7) исследование тестом Малиновского;
- 8) исследование бинокулярного зрения;
- 9) определение слуха с помощью шепотной речи;
- 10) определение сахара и белка в моче;
- 11) оформление документации тестового обследования.

Врачебно-педагогический этап включает осмотр педиатра школы (14-15 лет), подросткового врача детской поликлиники (16-17 лет) с анализом данных скрининг-обследования и комплексной оценкой состояния здоровья подростка с учетом данных параллельного осмотра психолога, педагога по адаптации к обучению.

Данные специализированного этапа должны учитываться врачом, осматривающим подростка и дающим заключение по его состоянию здоровья на данный возрастной период. Подобный подход используется и в отношении рекомендаций, которые должны отражать особенности психопедагогической коррекции и, при необходимости, оздоровительного и восстановительного лечения.

В последние годы в специализированный этап обязательно вводятся осмотры гинеколога, эндокринолога, андролога. При отсутствии эндокринолога осмотр может провести педиатр, при отсутствии андролога – уролог или хирург. Другие специалисты (кардиолог, аллерголог, психиатр и пр.) осматривают подростка по показаниям – отклонения в состоянии здоровья (см. основные показания для направления на консультацию к врачу-специалисту – Приказ МЗ РФ № 60 от 1995 г.).

Усиление специализированной помощи подросткам – введение в систему их возрастной диспансеризации андролога, гинеколога, эндокринолога обусловлено проблемами их репродуктивного здоровья, планирования семьи и контрацепции. В связи с этим в задачи детских поликлиник входит разработка программ профилактики не только соматического, психического, но и репродуктивного здоровья подростков.

В системе единого медицинского обслуживания детей и подростков другие лечебно-диагностические учреждения, такие как консультативно-диагностические центры, центры планирования семьи и репродукции, должны оказывать консультативную помощь и решать специальные вопросы охраны здоровья. Приказом РАМН и МЗ РФ № 113/465 от 31.12.1999 г. утверждено «Положение о центре медико-социальных проблем детей подросткового возраста». Данный центр создан на базе Научного центра здоровья детей РАМН, основной целью которого является разра-

ботка стратегии информационной поддержки государственной политики и принципов взаимодействия между МЗ РФ, РАМН, МО РФ и другими организациями по проблемам охраны и укрепления здоровья подростков.

Проблема репродуктивного здоровья подростков

Нарушение репродуктивного здоровья подростков представляет собой важную медико-социальную проблему. Изменение социальной ситуации, морально-этических норм в обществе, резкое снижение традиционных влияний семьи на воспитание детей привело к снижению возраста начала половой жизни, росту незапланированных беременностей и родов у девушек 15-17 лет. Следствием ранней половой жизни и легкомысленного отношения к собственному здоровью являются широкое распространение среди подростков инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе СПИДа. Всего зарегистрировано ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет – 516, подростков 15-17 лет – 1637 (по данным на 1999 г.). Отмечается рост гинекологической патологии среди девушек (более 130 на 1000). Более чем у 30 % подростков выявляется задержка полового созревания.

Задачи андролога при проведении осмотра мальчика-подростка:

- сбор анамнеза;
- осмотр вторичных половых признаков, наружных половых органов с их пальпаторным исследованием;
- оценка состояния слизистой оболочки выходного отверстия мочеиспускательного канала и возможного наличия отделяемого;
- ректальное исследование предстательной железы;
- оценка полового развития, коррекция при его нарушении.

Дополнительные методы обследования назначаются по показаниям: гормоны гипофиза, половые гормоны, ультразвуковое исследование яичек, предстательной железы, придатков, взятие мазков на микрокультуру и пр.

Задачи гинеколога при проведении осмотра девочек-подростков:

- сбор анамнеза;
- осмотр наружных половых органов и вторичных половых признаков;
- ректальное исследование (матки, придатков, сводов малого таза);
- взятие мазка на микрофлору с посевом;
- оценка полового развития, коррекция при его нарушении.

Дополнительные методы исследования – при выявленной патологии.

При выявленных нарушениях полового развития, ИППП подросток может быть проконсультирован в лечебно-диагностических центрах, центрах планирования семьи и репродукции, где должны быть полностью решены вопросы восстановления репродуктивного здоровья, проблемы контрацепции, планирования семьи и пр.

Оценка результатов профилактического осмотра подростка (алгоритм)

Дается подростковым врачом после завершения всех 3 этапов осмотра.

I. Комплексная оценка состояния здоровья:

- 1) оценка физического развития (по центильным рядам), полового развития;
- 2) оценка нервно-психического развития;
- 3) диагноз основной, сопутствующий;
- 4) определение группы здоровья (I-V), группы диспансерного учета (Д₁-Д₃).

II. Рекомендации:

- 1) режим;

- 2) питание;
- 3) физическое воспитание (специальная, подготовительная, основная группы физкультурных занятий, спортивные занятия, виды закаливания);
- 4) воспитательные воздействия (задачи воспитания и обучения);
- 5) трудовой режим (допуск к трудовому обучению, учебно-профессиональное заключение);
- 6) прививочный режим;
- 7) лечебно-оздоровительные мероприятия и особенности наблюдения за детьми III-V групп здоровья.

После окончания профилактического осмотра подростков в возрасте 14-15 лет (9-й класс) школьный врач оформляет эпикриз (приложение к учетной форме 112) и вкладной лист к карте амбулаторного больного форма 025-1/у. Эта документация, а также карта профилактических прививок (ф. 063/у) передаются через дошкольно-школьное отделение (ДШО) детской поликлиники в подростковый кабинет (отделение) данной поликлиники. Если подросток состоит на диспансерном учете как больной с хронической патологией, в том числе является инвалидом, вышеуказанные документы заполняет участковый врач-педиатр и передает в подростковый кабинет после проверки и с подписью заведующего педиатрическим участком. Помощь на дому ему оказывается участковым педиатром, а стационарная – осуществляется преимущественно в терапевтических стационарах для взрослых (детям 16-17 лет).

Врачебно-профессиональная консультация подростков

Состояние здоровья подростков – решающий фактор при решении вопросов его профессионального обучения и рационального трудоустройства. Поскольку социальная значимость подростков определяется тем, что они составляют ближайший трудовой резерв общества, внимание медиков должно быть направлено не только на охрану здоровья, но и на оценку возможностей учащегося заниматься освоением избранной специальности и в дальнейшем работать в ней без вреда для своего здоровья.

Профессиональная ориентация – это многоаспектная научно обоснованная система воздействия на школьника с целью оказания ему помощи в выборе профессии с учетом его желания, состояния здоровья и индивидуальных типологических особенностей личности, а также с учетом потребностей общества.

Врачебная, или медико-физиологическая профессиональная консультация имеет цель разрешения следующих проблем:

- 1) изучение особенностей профессий с точки зрения требований, предъявляемых к определенным качествам человека, обеспечивающим успех в освоении этих профессий;
- 2) изучение психофизиологических и других качеств личности и выявление оптимального соответствия индивидуально-типологических особенностей людей определенным видам труда;
- 3) изучение состояния здоровья школьников и молодежи для обеспечения его соответствия избираемой профессии с целью сохранения и укрепления здоровья в процессе трудовой деятельности.

Задачами врачебной профессиональной консультации являются:

- выбор профессии, максимально соответствующей состоянию здоровья подростка;

- проведение исследований для научного обоснования профессиональной консультации;
- оптимальный выбор профессии для больных и имеющих определенные функциональные нарушения.

В последние годы перед профориентационной работой возникли новые, ранее не существовавшие проблемы:

- раннее оставление учебы в школе с потерей диспансерного наблюдения за подростком;
- ухудшение экономического положения семьи;
- свертывание в нашей стране ряда практических и научных учреждений, занимающихся вопросами профориентации и врачебной профессиональной консультации.

В ограничениях при выборе профессии нуждаются не только подростки, страдающие хроническими заболеваниями, но и имеющие определенные функциональные нарушения. Почти 88 % всего контингента подростков имеют существенные отклонения в состоянии здоровья и заболевания, требующие квалифицированной врачебной профессиональной консультации (Медведев В.П., Четвериков В.А., 1996). В силу этого они не свободны в выборе профессии. С другой стороны, они недостаточно конкурентоспособны на рынке квалифицированного труда.

Детский и подростковый труд представляет собой особую социально-экономическую проблему. Согласно международным стандартам МОТ о труде, минимальным возрастом для приема на работу считается 15 лет. Однако подростку «... ни в коем случае не должна поручаться или разрешаться работа и занятие, которые были бы вредны для его здоровья или образования, или препятствовали его физическому, умственному или нравственному развитию» (Декларация прав ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей ООН, 1989).

В целом правовое положение несовершеннолетних определено рядом международных и Российских правовых актов:

- ✓ Конвенция о правах ребенка
- ✓ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан
- ✓ Гражданский кодекс РФ
- ✓ Закон РФ «О занятости населения» (статья 5) и др.

Принят Государственной Думой и одобрен Советом Федерации Федеральный закон № 124-ФЗ от 24.07.1998 г. (с изменениями от 20 июля 2000 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Настоящий Федеральный закон устанавливает основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией РФ, в целях создания правовых, социально-экономических условий для реализации прав и законных интересов ребенка.

Медицинское освидетельствование подростка завершается оформлением **врачебного профессионально-консультативного заключения**, где отражаются сведения о его профессиональной пригодности, о соответствии избранного подростком труда потенциалу его организма, о возможности обучаться в избранном учебном заведении конкретной профессии. В случае отрицательного решения врач ссылается на соответствующую статью «Перечня медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению подростков профессиям» (1988) или иные действующие документы. Кроме того, необходимо назвать несколько специальностей, которым данный подросток может обучаться без ущерба для своего здоровья. Для решения вопроса о пригодности к той или иной профессии врач должен знать

не только нормативные документы, но и владеть современными научными знаниями о влиянии производственных факторов на развитие и течение заболеваний (неблагоприятное воздействие шума, метеоусловий, физической нагрузки, химических веществ и пр.).

Следовательно, выбор профессии и овладение ею являются важнейшим аспектом социального развития. Важно, чтобы избранная подростком профессия не наносила вреда здоровью и максимально соответствовала возможностям индивидуума. Охране здоровья обучающегося подростка и служит врачебная профессиональная консультация.

Особенности работы подросткового кабинета (отделения) детской поликлиники по организации медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке на воинский учет и проведению лечебно-оздоровительных мероприятий

Организация медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке их на воинский учет осуществляется в тесном взаимодействии военных комиссариатов и медицинских учреждений (военно-врачебная экспертиза), регламентированная инструктивными указаниями.

Детские поликлиники по требованию военных комиссариатов до 5 ноября года, предшествующего первоначальной постановке граждан на воинский учет, должны подготовить и передать документы, характеризующие состояние здоровья подростков: карта развития ребенка (ф. 112/у), медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у), карта профилактических прививок (ф.063/у), выписки из медицинской документации стационаров, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования и т.п. По окончании медицинского освидетельствования военные комиссариаты в 2-недельный срок обязаны возвратить медицинскую документацию в поликлинику (если она истребована из других учреждений, например, из диспансера, школы-интерната, служб медико-социальной экспертизы, то, соответственно – в эти учреждения). Лабораторное (определение СОЭ, уровня гемоглобина и лейкоцитов в периферической крови, белка и удельного веса мочи) и инструментальное (флюорография или рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях) обследования проводятся не ранее 30-ти суток до начала медицинского освидетельствования, массоростовые показатели определяются в день освидетельствования.

Врач-специалист – член призывной комиссии по постановке граждан на воинский учет, изучив анамнез, результаты клинико-инструментального исследования, оценив состояние здоровья подростка, выносит заключение о категории его годности к военной службе по следующим формулировкам:

«А» - здоров;

«Б» - годен к воинской службе с незначительными ограничениями (составляется список № 2 «нуждается в лечении (обследовании) и учете»);

«В» - ограниченно годен (подлежит повторному освидетельствованию);

«Г» - временно не годен к военной службе на 6 (7-12) месяцев (подлежит обследованию (лечению) и учету по списку № 1);

«Д» - не годен к воинской службе.

После окончания первоначальной постановки граждан на воинский учет военный комиссариат совместно с руководителем территориального органа управления здравоохранением и привлечением главных врачей медицинских учреждений

должен организовать совещание по итогам медицинского освидетельствования при постановке на воинский учет с целью анализа состояния здоровья призывников, вскрытия допущенных ошибок и разработки необходимых мероприятий по оздоровлению и лечению.

Роль детской поликлиники в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий среди подростков, поставленных на воинский учет

По мере освидетельствования подростков военной призывной медицинской комиссией, ежемесячно в детскую поликлинику военным комиссариатом направляются списки № 1 и № 2 на детей, не годных и годных к военной службе с ограничениями, и список № 3 на детей, годных, но нуждающихся в санации полости рта, протезировании зубов, коррекции зрения. Эти списки регистрируются в военном комиссариате, территориальном органе управления здравоохранением, детской поликлинике и подшиваются в соответствующее дело. Лицам, внесенным в списки № 1, 2, 3, выдается направление (ф. 16 – приложение к Инструкции по подготовке и проведению призыва), в котором указывается наименование поликлиники, фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, цель его направления на обследование (лечение), предварительный диагноз и дата явки в поликлинику. Направление должно быть пронумеровано соответственно номеру, под которым гражданин записан в книгу протоколов заседания комиссии по постановке на воинский учет. Если подросток годен к службе с ограничениями, то указывается срок его явки на призывной пункт с результатом обследования (лечения, оздоровления) для повторного освидетельствования.

Подростковый врач детской поликлиники должен:

- 1) составить графики-планы лечения (обследования) подростков до 15 апреля (совместно с должностными лицами военкоматов);
- 2) по получению списков № 1 и № 2:
 - а) направить подростка на амбулаторное или стационарное обследование (лечение) в медицинские учреждения субъекта РФ согласно перечню последних по представлению военного комиссариата и органа управления здравоохранением РФ, утвержденных главой органа исполнительной власти РФ;
 - б) направить в военный комиссариат ежемесячно до 10-го числа списки на лиц, не явившихся согласно планам-графикам в поликлинику, а также на граждан, направленных в медицинские учреждения на обследование (лечение), но не явившихся на него (фамилия, имя, отчество, год рождения, место жительства);
 - в) организовать обследование (лечение) подростка при получении списка № 3 у врачей-специалистов соответствующего профиля, учитывать проведение у него санации полости рта, протезирования зубов и коррекции зрения.

Врачом медицинского учреждения, осуществляющим обследование (лечение) подростка после проведенного обследования (лечения), оформляется **акт исследования состояния здоровья** (Приложение 4). Обследование (лечение) должно быть всесторонним и не ограничиваться только основным заболеванием. В акте необходимо указать результаты клинико-инструментальных методов исследования и объективные данные, подтверждающие основной и сопутствующий диагнозы. Диагнозы должны отражать интранозологическую характеристику с указанием стадии развития заболевания или физического недостатка, компенсации и функциональ-

ные нарушения пораженного органа (системы). Клинико-инструментальные и лабораторные методы исследования проводятся в соответствии с Приказом МЗ РФ № 151 от 7.05.1998 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».

Главный врач медицинского учреждения, в котором осуществлялось стационарное лечение (обследование) подростка, поставленного на воинский учет, направляет в детскую поликлинику по месту жительства (наблюдения) и в военный комиссариат ежемесячно до 5-го числа сведения о результатах лечения (обследования).

При обследовании (лечении) подростка в условиях поликлиники главный врач поликлиники до 31 декабря года первоначальной постановки его на воинский учет направляет в военный комиссариат сведения о результатах лечения (обследования), санации полости рта, протезирования зубов и коррекции зрения.

Отделение (кабинет) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения

Инструкция об организации работы отделения (кабинета) утверждена Приказом МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г.

Отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в том числе подросткового возраста и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Задачи и функции отделения медико-социальной помощи:

- 1) медико-социальный патронаж семьи, выявление в ней лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- 2) оказание медико-социальной помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и путем анонимного приема;
- 3) осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;
- 4) гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;
- 5) индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);
- 6) оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;

- 7) анализ (с применением анкетного опроса и других методов) потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

Передача подростков, достигших 18-летнего возраста под наблюдение амбулаторно-поликлинического учреждения общей сети

Порядок передачи подростков, достигших 18-летнего возраста и медицинской документации на них, регламентирован специальной инструкцией, утвержденной Приказом МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г.

Согласно инструкции:

1. Передача осуществляется ежеквартально, по графику и в сроки, утвержденные приказом главных врачей двух ЛПУ (амбулаторно-поликлинического учреждения общей сети, принимающего подростка, и детского амбулаторно-поликлинического учреждения).
2. Для передачи подростков во взрослую сеть ежегодно совместным приказом главных врачей ЛПУ создается комиссия.
3. В состав комиссии входят: председатель – заместитель главного врача ЛПУ для взрослых и члены комиссии: заведующий терапевтическим отделением, врачи-специалисты поликлинического отделения для взрослых и заведующий детским амбулаторно-поликлиническим отделением.
4. До 15 декабря ежегодно председателю медицинской комиссии по приему детей подросткового возраста передаются поименные списки подростков в алфавитном порядке (отдельно на мальчиков и девочек) и формы 112/у на них.
5. Передача детей, состоящих на диспансерном учете с хронической патологией (Дз), проводится очно, комиссионно с передачей документации на них заведующим педиатрическим отделением детского амбулаторно-поликлинического учреждения (ф. 112/у, переводной эпикриз, ф. 025-1/у, ф. 063/у).
6. Передача подростков, достигших 18-летнего возраста, оформляется актом передачи (Приложение 5).

Типовая схема переводного эпикриза на ребенка, достигшего возраста 18 лет

(составляется детским амбулаторно-поликлиническим учреждением)

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Год, число, месяц рождения.
3. С какого возраста наблюдается данной поликлиникой.
4. Перенесенные заболевания (указать, какие и в каком возрасте).
5. Состоял ли ранее на диспансерном учете (указать диагноз заболевания, с какого времени по какое, причину снятия с учета).
6. Состоит ли на диспансерном учете на момент передачи (у каких специалистов, диагноз заболевания).
7. Заключение участкового педиатра (общее состояние, физическое и половое развитие, состояние отдельных органов и систем, оценка состояния здоровья на день передачи).
8. Рекомендации по дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению.

Примечание. Если на момент передачи подросток находится в состоянии обострения хронического заболевания, он направляется на лечение, в том числе при необходимости – стационарное.

Заключение

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей подросткового возраста расцениваются сегодня как процесс, угрожающий национальной безопасности России.

Длительное время при организации медицинской помощи подросткам в нашей стране недостаточно учитывались современные особенности состояния здоровья данной возрастной категории, комплекс факторов, влияющих на формирование здоровья детей подросткового возраста, а сама система организации медицинской помощи подросткам была далека от совершенства.

Некоторые положительные сдвиги наметились лишь после введения в действие Приказа МЗ РФ № 154 от 05.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», когда в нашей стране была организована система непрерывного наблюдения за здоровьем детей на всех этапах их развития. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации отмечает, что на сегодня увеличился объем профилактической работы среди подростков, повысился охват детей профилактическими осмотрами, возросло число лиц, поставленных на диспансерный учет с впервые установленным диагнозом и охваченных лечебно-оздоровительными мероприятиями. В ряде территорий на базе амбулаторно-поликлинических учреждений созданы отделения (кабинеты) медико-социальной помощи, открыты центры по охране здоровья детей и подростков, центры репродуктивного здоровья подростков, психологические и профориентационные центры и пр. Силами педиатрической службы начата активная работа по медицинскому обеспечению подготовки юношей к военной службе. Большое внимание уделяется мероприятиям по охране репродуктивного здоровья подростков.

Вместе с тем, несмотря на предпринимаемые усилия, ситуация в подростковой медицине остается тревожной. Важно не останавливаться на достигнутом и продолжать действия, направленные на изменение неблагоприятных тенденций, на совершенствование и улучшение организации лечебно-профилактической помощи подрастающему поколению, пока жизненный потенциал населения нашей страны не пострадал необратимо.

Думается, что в настоящем пособии читатель найдет ответы на основные вопросы, касающиеся организации подростковой амбулаторно-поликлинической службы, и повысит знания в этом важном и актуальном разделе медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ РФ № 154 от 5.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
2. Приказ МЗ РФ, МО РФ № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров на основе медико-экономических нормативов».
3. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. проф. Л.И. Левиной. – СПб.: Специальная литература, 1999.
4. Инструктивные указания по организации медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и проведению лечебно-оздоровительных мероприятий среди них / Утв. Управлением охраны здоровья матери и ребенка МЗ РФ, Главным организационно-мобилизационным управлением Генерального штаба Вооруженных Сил РФ, Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны РФ.
5. Федеральный закон № 124-ФЗ от 24.07.1998 г. (с изменениями от 20 июля 2000 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
6. «Положение от Центра медико-социальных проблем детей подросткового возраста МЗ РФ», утвержден Приказом РАМН и МЗ РФ № 113/465 от 31.12.1999 г.
7. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: Медицинские рекомендации /Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М., 2002.

ПРИЛОЖЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Стадии полового развития у девушек и юношей (по Таннеру, 1979)

Стадия	Девушки	Юноши
I	Молочные железы не развиты, соски приподняты; половое оволосение отсутствует	Член, яички, мошонка – детские; половое оволосение отсутствует
II	Молочные железы набухают, растут ареолы; редкие слабо пигментированные волосы	Растут яички, мошонка, кожа ее краснеет; редкие слабо пигментированные волосы
III	Дальнейший рост молочных желез и ареол; волосы темнеют, грубеют и распространяются за лонное сочленение	Дальнейший рост яичек и мошонки, рост пениса; волосы темнеют, грубеют и распространяются за лонное сочленение
IV	Ареола и сосок выступают над контуром молочной железы; половое оволосение по женскому типу, но не на всей области лобка	Продолжается рост мошонки, яичек, пенис растет в основном в диаметре; половое оволосение по мужскому типу, но не на всей области лобка
V	Молочные железы как у взрослой женщины, ареола не выступает над железой; волосы покрывают всю область лобка	Наружные гениталии как у взрослого мужчины; волосы покрывают всю область лобка

ОЦЕНКА ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ЮНОШЕЙ

Ax_0P_0 – отсутствие волос на лобке и подмышками;

Ax_1P_1 – единичные волосы;

Ax_2P_2 – редкие волосы на небольшом участке;

Ax_3P_3 – волосы прямые, занимают всю подмышечную впадину и неравномерно распределены на поверхности лобка;

Ax_4P_4 – густые вьющиеся волосы, распространяющиеся на внутреннюю поверхность бедер и в направлении к пупку;

Ax_5P_5 – густые вьющиеся волосы по всей поверхности подмышечной впадины и по всей поверхности лобка в виде треугольника;

F_0 – отсутствие волос на лице;

F_1 – легкий пушок над верхней губой;

F_2 – появление единичных волос на подбородке;

C_0 – рост щитовидного хряща не начинался;

C_1 – щитовидный хрящ не виден, но определяется при пальпации шеи;

C_2 – щитовидный хрящ (кадык) виден на глаз;

V_0 – детский голос;

V_1 – мутация голоса;

V_2 – установившийся мужской голос.

Последовательность развития вторичных половых признаков у юношей, по различным литературным данным, следующая:

- начало увеличения яичек – в 11-12 лет;
- начальное оволосение лобка – в 12-13 лет;
- начало заметного роста пениса – в 12-13 лет;
- мутация голоса – в 13-14 лет;
- начало подмышечного оволосения – в 14 лет;
- поллюции – в 14-15 лет;
- начало оволосения лица – в 14-16 лет.

ОЦЕНКА ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У ДЕВУШЕК

Ax_0P_0 – отсутствие волос на лобке и подмышками;

Ax_1P_1 – единичные волосы;

Ax_2P_2 – редкие волосы в центральных участках лобка и подмышечных впадин;

Ax_3P_3 – густые вьющиеся волосы по всей подмышечной впадине и на всем треугольнике лобка;

Ax_4P_4 – оволосение по взрослому типу.

Характеристика менструальной функции (Me):

Me_0 – отсутствие менструаций;

Me_1 – неустановившийся менструальный цикл;

Me_2 – регулярный менструальный цикл.

Развитие молочных желез (Ma):

Ma_0 – молочные железы не выступают над грудной клеткой;

Ma_1 – ареола с соском образует единый конус, выступающий над поверхностью грудной клетки;

Ma_2 – ареола больших размеров, сосок невелик, железа увеличена на ограниченном участке (стадия бутона);

Ma_3 – полное развитие молочной железы, но сосок не дифференцирован от ареолы;

Ma_4 – молочная железа взрослой женщины, сосок выступает над ареолой.

Последовательность пубертатного созревания девушек:

- гиперемия и пигментация ареолы, рост костей таза – в 9-10 лет;
- рост молочных желез, начало оволосения лобка – в 10-11 лет;
- рост внутренних и наружных гениталий, дальнейший рост молочных желез, начало подмышечного оволосения – в 10-12 лет;
- пигментация сосков, появление менструаций – в 12-13 лет;
- овуляция – в 13-14 лет;
- понижение тембра голоса, acne vulgaris – в 14-15 лет;
- прекращение роста скелета – в 16-17 лет.

Указанные сроки – усредненные, индивидуальные колебания в сроках полового созревания вполне допустимы. При необходимости полезно ориентироваться на сроки созревания родителей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
Среднее число постоянных зубов у школьников г. Москвы
(по Г.Н. Сердюковской, 1983)

Возраст (лет)	Число постоянных зубов ($M \pm m$)	
	девочки	мальчики
6	3,5 ± 2,3	3,0 ± 2,5
7	8,0 ± 3,0	7,5 ± 3,0
8	12,5 ± 1,0	12,0 ± 1,5
9	15,0 ± 2,5	14,0 ± 2,0
10	18,5 ± 3,5	17,5 ± 3,5
11	21,0 ± 3,0	20,0 ± 4,0
12	25,0 ± 3,0	24,0 ± 3,0

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
Сроки окостенения скелета кисти и дистального отдела предплечья
(по М.А. Жуковскому, А.И. Бухману, 1982)

Точки окостенения и синостозы	Средний возраст окостенения (лет)	
	девушки	юноши
Гороховидная кость	8,5 – 9,0	11,0 – 12,0
Сесамовидные кости I пястно-фалангового сустава	11,0 – 11,5	13,5 – 14,0
Синостоз в I пястной кости	12,5 – 13,0	15,5 – 16,0
Синостозы в концевых фалангах	13,5 – 14,0	16,0 – 16,5
Синостозы в основных фалангах	14,0 – 15,0	16,5 – 17,0
Синостозы в средних фалангах	15,5 – 16,0	16,5 – 17,0
Синостозы во II-V пястных костях	15,5 – 16,0	16,5 – 17,0
Синостоз дистального эпифиза локтевой кости	15,5 – 16,0	17,0 – 18,0
Синостоз дистального эпифиза лучевой кости	16,5 – 17,5	18,0 – 19,0

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Приложение № 2 к приказу Департамента здравоохранения Администрации Томской области от 6.11.2003 г. № 257/188.

**Методические рекомендации
по составлению Акта обследования юношей
при первоначальной постановке на воинский учёт**

Акт исследования состояния здоровья – один из основных методических документов проведения военно-врачебной экспертизы (ВВЭ), который имеет медицинское, социальное и юридическое значение. Форма этого документа определена Приказом Министерства обороны РФ от 22.09.1995 г. № 315.

Акт исследования состояния здоровья должен содержать полные сведения о характере заболевания (травмы), полноте проведённого обследования, степени выраженности функциональных расстройств и отражать состояние здоровья на момент его освидетельствования.

Акт исследования состояния здоровья заполняется врачом в 2-х экземплярах. Один экземпляр подшивается в медицинскую карту, второй – высылается в военкомат. Акты подлежат строгому учёту, имеют соответствующую нумерацию.

Паспортная часть акта исследования состояния здоровья заполняется на основании данных паспорта.

Чётко излагаются жалобы, предъявляемые на момент освидетельствования (особое внимание обращается на жалобы, которые обосновывают установленный диагноз). Наиболее существенные жалобы следует детализировать.

В разделе «Анамнез» обязательно указать, когда возникло или обострилось заболевание; дату получения травмы, обстоятельства, при которых она была получена, со ссылкой на соответствующие медицинские документы (при их наличии: номер документа, кем выдан этот документ). При отсутствии медицинских документов, подтверждающих обстоятельства получения травмы, необходимо это указать.

Правильное, целенаправленное изложение анамнеза важно для обоснования диагноза, а также для обоснования причинной связи заболевания (травмы) со степенью функциональных расстройств.

Необходимо обращать особое внимание на сведения из карты амбулаторного больного. В этом же пункте кратко указать сведения, характеризующие динамику заболевания, эффективность проведенного лечения, результаты предыдущих освидетельствований.

Данные объективного исследования излагаются кратко по общепринятой схеме, но с полным описанием всех органов и систем и должны отражать состояние здоровья на момент освидетельствования. Обязательно указывается величина артериального давления (при гипертонической болезни, нейроциркуляторной дистонии следует указывать АД в динамике), среднее гемодинамическое давление, состояние органов дыхания и брюшной полости, частота и характер пульса, острота зрения (при необходимости – состояние глазного дна).

В разделе «Результаты специальных исследований» во всех случаях записываются результаты R-логического исследования органов грудной клетки, клиниче-

ских анализов крови и мочи с указанием даты их проведения. При отсутствии патологических изменений запись результатов краткая (без патологии).

Обязательно вписываются заключения консультативных осмотров врачей узких специальностей (офтальмолога, кардиолога, невролога и др.); результаты специальных медицинских исследований (ЭКГ, УЗИ, ЭГ и др.); при выявлении патологии – изменения, которые обосновывают установленный диагноз (динамику патологического процесса).

Диагноз – краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии пациента (формулируется в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра). В диагнозе отражается весь перечень выявленных нозологических форм, осложнений и симптомов, а также все патологические изменения, характер и степень функциональных нарушений, степень компенсации или стадии болезни на момент освидетельствования.

Оформление диагноза должно соответствовать следующим принципам:

- 1) нозологическому (с учётом требований Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра);
- 2) интранозологическому (уточнение формы, типа, стадии, активности, тяжести и степени нарушения функции);
- 3) патологическому (отражение последовательности развития патологических процессов и заболеваний, их взаимосвязи, особенности их проявления и последствия);
- 4) динамическому (изменение патологических состояний в течении заболевания);
- 5) структурному (оформление диагноза с учётом патогенеза заболевания, с отражением подчинённости процессов, особенностей их взаимодействия).

Диагноз должен быть обоснован жалобами, анамнезом, необходимыми достоверными объективными данными и результатами дополнительных лабораторных и инструментальных исследований. Первым указывается основное заболевание, которое в большей степени ограничивает степень годности пациента к военной службе и является основанием для вынесения экспертного постановления. Затем указываются другие выявленные заболевания, этиопатогенетически связанные с основным заболеванием; далее все остальные сопутствующие заболевания и физические недостатки, в меньшей степени ограничивающие годность к военной службе.

Акт исследования состояния здоровья подписывается врачом, заведующим отделением и главным врачом лечебного учреждения с указанием фамилии (разборчиво) и заверяется оттиском гербовой печати лечебного учреждения, в котором проводилось медицинское освидетельствование.

В правом верхнем углу акта исследования состояния здоровья проставляется штамп ЛПУ (ВМУ), в котором проводилось медицинское освидетельствование.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**Акт передачи детей, достигших 18-летнего возраста, из детского
амбулаторно-поликлинического учреждения
в общую амбулаторно-поликлиническую сеть
(на основании Приказа № 154 от 5.05.1999 г.)**

от _____

№ _____

число, месяц, год

Комиссия в составе:

Председателя _____

Членов (Ф.И.О.) _____

рассмотрела медицинские документы (форма 112/у, 025/у, 063/у),

переводные эпикризы и листы уточненных диагнозов

на _____ подростков, в т.ч. _____

количество

юношей

девушек

представлена медицинская (на-
именование детского амбулаторно-поликлинического учреждения, адрес)

документация на подростков:

с I группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

со II группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

с III группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

После проведенной экспертизы медицинских документов и осмотра

число

подростков, стоящих на диспансерном учете, членами комиссии принято

под наблюдение поликлиники для взрослых _____ подростков,

в т.ч. юношей _____

Из них:

с I группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

со II группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

с III группой здоровья _____ в т.ч. юношей _____

число

Не принято _____ подростков, из них юношей _____

число

Списки подростков, принятых и не принятых данным актом, прилагаются.

Комиссия предлагает _____

наименование детского амбулаторно-поликлинического учреждения
устранить отмеченные дефекты и повторно представить документацию в

_____ наименование амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых к _____ (указывается срок).

Примечание. В списках должны быть предусмотрены следующие графы: номер по порядку; фамилия, имя, отчество; число, месяц, год рождения; домашний адрес; место учебы/работы; диагноз детского амбулаторно-поликлинического учреждения; диагноз амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых; замечания комиссии.

Подписи:

Председатель комиссии
Члены комиссии