Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Рязанский Государственный медицинский университет

имени академика И.П.Павлова»

Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Реферат на тему:

Организация профилактической работы в дошкольно-школьном отделении поликлиники

Рязань 2015

1. Дошкольно-школьное отделение детской поликлиники

Организация работы и задачи дошкольно-школьного отделения (ДШО) являются одним из важных направлений деятельности врача. Ведь именно в дошкольном и школьном возрастах формируется здоровый образ жизни детей, происходит их социализация, укрепляется или, наоборот, снижается состояние здоровья ребенка. Организация работы ДШО и задачи врача ДШО построены таким образом чтобы предотвратить развитие негативных процессов в состоянии здоровья.

Дошкольно-школьные отделения ведут организационно-методическую работу по повышению квалификации медицинского персонала, обслуживающего детские коллективы, способствуют внедрению современных форм и методов работы в них, распространяют опыт лучших учреждений по диспансеризации здоровых детей и детей с отклонениями в состоянии здоровья.

Медицинское обеспечение учащихся и воспитанников образовательных учреждений возложено на дошкольно-школьное отделение детской поликлиники. Это отделение работает в тесном контакте со всеми остальными подразделениями детской поликлиники или же организуется в ее составе, а также с подростковой службой, отделом гигиены детей и подростков санитарно-эпидемических станций, Центрами здоровья, и другими организациями. Структура дошкольно-школьного отделения (ДШО) включает медицинские кабинеты в образовательных учреждениях, дневной стационар и стационар на дому.

Работу отделения возглавляет заведующий - квалифицированный врач-педиатр, имеющий практический опыт работы в детских дошкольных учреждениях или школах. Заведующий отделением подчиняется главному врачу поликлиники. В обязанности заведующего входят распределение нагрузки среди врачей, утверждение графиков их работы, внедрение научных достижений в практику работы учреждений.

Функции отделения:

организация проведения плановой диспансеризации детей, посещающих дошкольные учреждения и школы;

контроль за организацией режима дня и питания детей;

организация физического воспитания и закаливания детей,

проведение летних оздоровительных мероприятий,

медико-педагогический контроль;

активное наблюдение и лечение детей, находящихся на диспансерном учете;

контроль за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

санитарно-просветительская работа среди родителей, школьников, воспитателей, педагогов, технического персонала;

повышение квалификации медицинских кадров дошкольных учреждений и школ;

анализ деятельности дошкольных учреждений, школ и самого отделения.

Непосредственным помощником заведующего является старшая медицинская сестра отделения. Она руководит работой среднего медицинского персонала, оказывает методическую и практическую помощь, контролирует качество работы и ведение медицинской документации в школах, следит за правильностью хранения медикаментов и прививочного материала, организует занятия для повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала, принимает участие в составлении отчетов по отделению.

Основные задачи ДШО:

· Медико-социальная подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения и контроль за течением адаптации.

· Профилактическая и лечебно-оздоровительная работа в образовательных учреждениях.

· Контроль за рациональным питанием детей в образовательных учреждениях.

Лечебно-профилактическая помощь детям осуществляется врачами и средним медицинским персоналом (фельдшером, медицинской сестрой), состоящими в штате ДШО детской городской поликлиники. Средний медицинский работник подчиняется врачу и работает под его непосредственным руководством.

В обязанности врача детских дошкольных учреждений, согласно существующим положениям, входит следующая профилактическая работа:

периодический личный контроль за санитарно-противоэпидемическим режимом, гигиеническими и закаливающими мероприятиями,

за техникой массажа и гимнастики, за работой фотария и т. д.;

своевременное проведение профилактических прививок;

внедрение в питание 10-дневного меню с индивидуализацией для различных групп детей с учетом здоровья и возраста,

ежедневный контроль санитарного состояния пищеблока и технологической обработки блюд;

инструктаж медицинской сестры по вопросам изготовления сырых соков;

снятие проб со всех видов изготовленных блюд и оценка качества готовой продукции в журнале;

осмотр всех вновь поступивших детей и вернувшихся после болезни не позднее 2-го дня пребывания ребенка в учреждении;

распределение детей по группам и назначение им режимов дня с учетом возраста и здоровья;

углубленный осмотр детей в декретированные сроки;

активное обучение медицинских сестер вместе с заведующей яслями и детским садом, педагогом и старшей сестрой и ответственность за их медицинскую грамотность;

активное участие в работе с родителями (занятия в очной школе матерей, родительские конференции, беседы и др.);

индивидуальный инструктаж родителей вновь поступающих детей.

Медицинский надзор за санитарно-гигиеническими условиями в ДДУ осуществляется на основании требований, изложенных в соответствующих нормативных документах. Требования к участку - предусматривают создание максимальных условий для борьбы с гипокинезией, а также условий для общения детей и развития их познавательной деятельности. В ДОУ на земельном участке выделяют общие и групповые детские площадки, оборудованную физкультурную площадку, хозяйственную территорию, зеленые насаждения и площадь, занимаемую зданием учреждения. Групповые площадки у каждой группы свои, отделенные друг от друга кустарником. На каждой площадке устраивается теневой навес для защиты от солнца и осадков, травяное покрытие, закрывающаяся песочница, место с утрамбованным грунтом, отвечающее возрасту стационарное и переносное оборудование. По периметру участка располагается полоса деревьев и кустарников шириной 5 м. Требования к зданию - ДОУ должны иметь групповые помещения для детей раннего возраста, состоящие из приемной, столовой-игральной, спальни-веранды, туалетной, буфетной; групповые помещения для детей дошкольного возраста, включающие приемную-раздевальню, групповую комнату, спальню-веранду, туалетную, буфетную; медицинскую комнату с примыкающим к ней изолятором. Все групповые помещения и медицинский блок должны иметь отдельные выходы на участок. В здании обязательно имеется административно-хозяйственный блок.

Санитарно-гигиенические требования к помещениям. Помещения убираются влажным способом при открытых окнах не менее 2 раз в день. Шкафчики для одежды ежедневно протираются и раз в неделю моются. Генеральная уборка всех помещений проводится еженедельно. Игрушки в младшей ясельной группе моются 2 раза в день (в остальных 1 раз) горячей водой, щеткой, мылом. Столы промываются горячей водой с мылом после каждого приема пищи. Постельное белье и полотенца меняются по мере загрязнения, но не менее1 раза в неделю. Горшки после каждого использования моются проточной водой с помощью квача и обрабатываются в течение 30 минут 1% раствором хлорамина. Проветривание проводится систематически. Лучше всего использовать дозированное сквозное проветривание во время отсутствия детей в группе. Можно использовать проветривание смежных помещений. В теплое время года допустимо пребывание детей в группе во время проветривания. Температура в помещениях должна быть дифференцированной в зависимости от их назначения и возраста детей: в игральной-столовой 20-22 (ясли) и 18-20 (сад), в спальне-веранде 18, в раздевальной - 18-19, в изоляторе и медицинской комнате - 22, в туалетной - 20-22 градуса. Основные помещения должны иметь естественное освещение, на подоконниках не следует держать высокие широколистные комнатные цветы. Световой коэффициент должен составлять 1:5. Окна оборудуются шторами или жалюзи. Источники искусственного освещения включаются в соответствии с осветительным календарем. Удельная мощность должна составлять при лампах накаливании 30 Вт на кв. м., при лампах дневного света - 15-18 Вт на 1 кв.м. Мебель должна соответствовать возрасту и росту ребенка. В старшей дошкольной и подготовительной группах столы 2-х местные с меняющимся наклоном крышки, в остальных 4-местные. Для кормления детей устанавливают 2-местные столы. Спальни оборудуются стационарными кроватями. В старших группах допускается использование встроенных кроваток. Одежные шкафы в раздевальной имеют индивидуальные ячейки с полками для головных уборов. В туалетных устанавливаются напольные и настенные индивидуальные ячейки для полотенец.

Подготовка детей к посещению ДОУ проводится дифференцированно в зависимости от его состояния здоровья. Для направления в детские дошкольные учреждения существует ряд противопоказаний:

все болезни в остром периоде;

хронические болезни в период обострения, требующие специального лечения;

перенесенные инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;

бациллоносительство (кишечные инфекции, дифтерия);

все заразные и паразитарные заболевания глаз, кожи в период лечения и контроля наблюдения;

злокачественная анемия, лейкемия, новообразования;

недостаточность кровообращения любой степени;

любые формы туберкулеза легких и других органов;

частые судорожные припадки, эпилепсия;

психоневрозы, психопатии;

эндокринные заболевания, требующие индивидуального ухода, и лечения.

Подготовка ребенка в детский коллектив должна начинаться с первых дней его жизни. Она осуществляется участковыми врачом и медсестрой, работниками кабинета здорового ребенка и включает два раздела: общую и специальную подготовку. Под общей подготовкой подразумевают всю систему общественных мероприятий по наблюдению детей на педиатрическом участке. Специальная подготовка начинается с 3-месячного возраста. Участковая медсестра выясняет, будет ли ребенок посещать ДДУ и с какого возраста. На ребенка составляется план оздоровительных мероприятий в зависимости от уровня здоровья (по группе здоровья).

Особое внимание обращается на детей группы «риска» (с дефицитом массы, отставанием НПР более чем на 2 месяца, заболеваемостью ОРЗ на первом году более 3 раз и длительностью более 10 дней, с наличием аномалий конституции, аллергических заболеваний, анемии, рахита), с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития.

Вопрос о направлении детей данной группы в коррекционные (специализированные) ДДУ решается медико-педагогической комиссией. Участковому педиатру необходимо также обратить внимание на раннее, последовательное, совместно с невропатологом, лечение детей с энцефалопатией. Вопрос о возможности устройства этих детей в ДДУ должен решаться после заключения специалиста.

Решая вопрос о подготовке часто болеющего ребенка, участковый врач должен составить индивидуальный план оздоровления и дать родителям на руки памятку с рекомендациями по противорецидивному лечению. Работа по оздоровлению часто болеющих детей должна проводиться круглогодично, но с учетом сезонных особенностей. Летом необходимо максимально использовать природные оздоровительные факторы; весной и осенью, а также в период повышенной заболеваемости ОРЗ, таким детям на 2-3 недели назначается курс лечения травами с адаптогенным, гипосенсибилизирующим и актибактериальным действием. В эти периоды могут использоваться общеукрепляющие и симптоматические средства, общие и местные закаливающие мероприятия, элементы гимнастики и физкультурные занятия, обучение ребенка дыханию через нос, массаж биологически активных точек, назначение курсов УФО, аскорбиновой кислотой, витаминов группы В; может проводиться по рекомендации специалистов и специфическая профилактика (бронхомунал, рибомунил).

Не менее, чем за 2-3 месяца до поступления в ДДУ обязательно проводится углубленный медицинский осмотр с участием специалистов хирурга, ортопеда, ЛОР, офтальмолога, невролога, дерматолога, логопеда (с 3-х лет), психолога, по показаниям осматривают ребенка и другие специалисты. Обязательно проводится исследование крови, мочи, исследование кала на наличие глистов, соскобы на яйца остриц (3-х кратно). После соответствующих оздоровительных мероприятий дети повторно осматриваются педиатром непосредственно перед поступлением в ДОУ.

Перед посещением ДОУ (не позднее, чем за месяц до поступления) должны быть выполнены вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи, а также ревакцинации АКДС и против полиомиелита. После осмотра всех специалистов и получения результатов анализов участковый врач оформляет заключение в форме 026/у -2000, в которой указывается клинический диагноз (основной, сопутствующий), оценивается физическое и нервно-психическое развитие ребенка, устанавливается группа здоровья и медицинская группа для занятий физкультурой, прогноз адаптации и даются медицинские рекомендации по режиму, питанию и оздоровлению ребенка.

Кроме этого, наряду с паспортными данными ребенка и родителей, отмечаются особенности течения беременности и родов у матери, характер вскармливания, физическое и нервно-психическое развитие ребенка, перенесенные заболевания и состояния, полученные профилактические прививки и реакции на них, аллергологический анамнез, контакты с инфекционными больными. При оформлении документации на ребенка для ДДУ, в истории его развития (форма № 112/у) делается запись, когда началась и окончилась подготовка к поступлению в ДДУ, какие проведены оздоровительные мероприятия и их результаты.

Оценку качества проведенной подготовки к поступлению в ДДУ определяет специально выделенная в поликлинике комиссия (заведующий ДШО, заведующий педиатрическим отделением).

При переходе ребенка от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе ломаются психологический и динамический стереотипы, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации - дизадаптации. Наиболее сложно протекает период адаптации у детей в возрасте от 9 месяцев до 1 года 8 месяцев, так как к этому времени у детей уже формируются довольно устойчивые привычки. Дизадаптация может сопровождаться разнообразными отклонениями в состоянии здоровья. Основной формой ее проявления у детей раннего возраста являются ОРВИ, а у дошкольников чаще бывают невротические реакции.

В настоящее время участковый педиатр может предположительно прогнозировать тяжесть адаптации по данным анамнеза и состоянию здоровья ребенка. Наиболее тяжело будут адаптироваться дети с высокой степенью «биологического риска»; у них можно ожидать повышение острой заболеваемости не только в период адаптации, но и по окончании этого периода. К этой группе относятся также дети с отягощенным генеалогическим анамнезом: сердечно-сосудистые заболевания в III и IV поколениях, различная бронхолегочная патология и аллергические заболевания. Степень риска у таких детей возрастает с присоединением социального неблагополучия. Особую группу составляют дети с различными проявлениями энцефалопатии, а также дети с дефицитом массы, рахитом, снижением гемоглобина до 100 г/л.

Дизадаптацию классифицируют по трем степеням тяжести - легкую, среднетяжелую и тяжелую. Основными параметрами оценки являются сроки нормализации поведения, частота и длительность заболеваний ребенка. При легкой дизадаптации нарушения в поведении отмечаются в течение 10-20 дней. Аппетит снижается незначительно. Сон ребенка дома, как правило, не нарушен, а в условиях ДУ он восстанавливается обычно в течение 7-10 дней. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются в течение 15-20 дней, а иногда и раньше. Взаимоотношения со взрослыми почти не нарушены, двигательная активность не снижается. Заболеваний в период адаптации может не быть. Легкая дизадаптация отмечается в основном у детей в возрасте старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья. Дизадаптация средней тяжести регистрируется обычно у детей, поступающих в ДУ в возрасте от 9 мес. до 1,5 лег, либо у детей любого возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья или неправильное воспитание в семье. При этой степени дизадаптации все нарушения в поведении ярко выражены и более длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются, как правило, не ранее 20-30 дней. Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 дней, также как и нарушение контактов до 20-40 дней, эмоциональное состояние неустойчиво в течение первого месяца. Отмечается значительная задержка двигательной активности, которая восстанавливается после 30-35 дней пребывания в учреждении. Взаимоотношения со взрослыми не нарушены. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо. Острое заболевание при дизадаптации средней тяжести возникает в виде респираторной инфекции, протекающей без осложнений. Для тяжелой дизадаптации характерны значительная длительность (от 2 до 6 мес. и более) и выраженная тяжесть всех проявлений. Так, дети до 1,5 лет, имеющие в анамнезе вредности биологического плана (токсикоз беременности у матери, осложнения в родах и др.) и отклонения в состоянии здоровья до поступления в ДОУ, заболевают в первые 10 дней после поступления и затем продолжают болеть от 4 до 12 раз и более в течение первого года. Частота заболеваний снижается лишь на 2-ом году пребывания в ДУ, и дети постепенно начинают стабильно посещать группу и адекватно реагировать на обстановку. У детей более старшего возраста (после 1,5 лет) может наблюдаться другая форма тяжести дизадаптации - длительные и тяжелые проявления неадекватного поведения, граничащего с преневротическим состоянием. Ребенок начинает отставать в развитии речи и игровой деятельности на 1-2 квартала. В анамнезе таких детей регистрируются неблагоприятные как биологические, так и социальные факторы (нарушения режима, кормления, организация сна и бодрствования). В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. Кратность осмотра врачом в период адаптации детей до 3 лет не реже 1 раза в 5-6 дней, детей 3-7 лет - не реже 1 раза в 10-12 дней. В этот период ребенку не проводят профилактические прививки и травмирующие процедуры, но целесообразно проводить мероприятия, направленные на мобилизацию защитных сил организма. Необходимо обеспечить ребенку условия постепенного привыкания к коллективу детей. Перевод на режим и питание, принятые в ДОУ, также следует проводить постепенно. Наблюдение за состоянием здоровья и поведением ребенка проводится воспитательницей группы (медсестрой) и фиксируется в листе адаптации.

В целях охраны нервно-психической сферы ребенка в первые дни целесообразно сократить время его пребывания в группе до 2-3 часов с последующим постепенным увеличением времени до полной продолжительности работы группы. С этой же целью следует удлинять время дневного и ночного сна на 1-1,5 часа. В первые дни к ребенку может быть допущена мать. Учитывая нарушения механизма терморегуляции, имеющиеся у многих детей в период адаптации, им необходимо обеспечить состояние теплового комфорта (путем некоторого утепления одежды).

Отдельным детям при тяжелой дизадаптации с целью повышения неспецифической реактивности показано назначение аскорбиновой кислоты, витамина А, оротата калия, настои элеутерококка или аралии в течение 10-15 дней. Детям с отягощенным семейным анамнезом в комплекс мероприятий целесообразно включать средства коррекции метаболических нарушений -липовую, пантотеновую кислоту, витамины А, Е, Вд, Bg. В ряде случаев невропатологом могут быть назначены седативные средства (фенобарбитал, элениум, седуксен, отвары валерианы, пустырника, шалфея, шишек хмеля).

Период адаптации можно считать законченным, когда поведение ребенка становится адекватным обстановке, появляется положительное эмоциональное состояние, хороший сон, аппетит, достаточные прибавки массы тела, заболеваемость не выше, чем у сверстников, длительно посещающих ДДУ. По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает тяжесть этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

Не менее ответственны обязанности школьного врача. Прежде всего, он должен иметь план профилактической работы на текущий год, который утверждается главным врачом детской поликлиники (больницы) и доводится до сведения педагогического совета школы. Кроме того, школьный врач:

своевременно организует и проводит медицинские осмотры школьников,

выносит заключение о состоянии здоровья,

определяет медицинскую группу для занятий по физкультуре и назначает лечебно-оздоровительные мероприятия;

проводит анализ результатов углубленного осмотра школьников и составляет план мероприятий, направленных на укрепление их здоровья; план рассматривается на педсовете и утверждается главным врачом поликлиники и директором школы;

осуществляет контроль за физическим развитием школьников, посещает уроки физической культуры и занятия спортивной секции;

контролирует режим учебной работы, отдыха и организации питания учащихся, уделяя особое внимание группам продленного дня;

следит за проведением противоэпидемических мероприятий, осмотров детей перед профилактическими прививками;

совместно с педагогическим персоналом проводит работу по профессиональной ориентации школьников с учетом состояния здоровья;

выявляет учащихся, нуждающихся в освобождении от выпускных и переводных экзаменов, представляя соответствующие материалы на рассмотрение комиссии при поликлиниках;

проводит санитарно-просветительную работу среди персонала школ, родителей и учащихся.

контроль за приготовлением пищи и состоянием здоровья работников пищеблока;

Перечень медицинской документации в школе

1. Лицензия на оказание медицинских услуг.

2. Методические указания по диспансеризации детского населения.

. Инструкция по проведению профилактических прививок.

. Графики работы медицинских сотрудников школы (с подписью и печатью главного врача поликлиники).

. Журнал контроля за санитарным состоянием детского учреждения (форма № 3013/у).

6. Медицинская карта ребенка (форма № 02б/у-2000).

7. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030).

8. Листы здоровья в двух экземплярах (страница в классном журнале и вкладыш в профильный журнал).

9. Журнал учета движения детей по группам здоровья.

10. Карта профилактических прививок (форма № 063/у).

11. Журнал профилактических прививок.

12. Журнал туберкулинодиагностики.

13. Журнал осмотра детей на педикулез и кожные заболевания.

14. Журнал дегельминтизации.

. Журнал учета острой заболеваемости (форма № 02б/у-2000).

16. Журнал травматизма (форма № 071/у).

17. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма № 074/y).

. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у)

. Карантинный журнал (форма № 061/у).

. Экстренное извещение (форма № 058/у).

. Направление на консультацию во вспомогательный кабинет (форма № 028/у).

22. Журнал учета санпросветработы (форма № 038/у).

. Профилактические осмотры

Основной формой профилактической работы врачей-педиатров являются осмотры детей. Этот вид медицинских услуг направлен на выявление факторов риска, отклонений от нормы в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных действий.

Виды профилактических медицинских осмотров:

· индивидуальное профилактическое консультирование: осмотр по обращаемости, обследование перед посещением спортивной секции, бассейна;

· групповое профилактическое консультирование: гигиеническое обучение и воспитание в «Школах пациентов» - для больных лиц, в «Школах здоровья» - для лиц с факторами риска;

· организованные профилактические медицинские осмотры (диспансеризация) для выявления ранних форм заболеваний и факторов риска и принятие оздоровительных мер;

· диспансерное динамическое наблюдение и оздоровление;

· профилактические оздоровительные услуги: занятия различными видами физической культуры, санаторно-курортное оздоровление, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.

Диспансеризация как метод медицинского обслуживания населения представляет собой активное организованное наблюдение за состоянием здоровья и проведение профилактики заболеваний. Профилактические осмотры детей и подростков осуществляются в соответствие с приказами МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них.

Основное назначение профилактических осмотров - выявление детей с функциональными отклонениями разных физиологических систем, коррекция этих отклонений и продолжение наблюдения. Таких пациентов из группы риска обследуют повторно во избежание прогрессирования функциональных нарушений и формирования болезни.

Другая цель - обеспечение детям с хронической патологией, имеющим III группу здоровья, систематического (не реже 2-х раз в год) диспансерного наблюдения, качественного обследования и лечения для предотвращения обострений и осложнений заболевания.

Важным результатом профилактических осмотров является вычленение группы школьников, не имеющих противопоказаний к вакцинации.

Углубленные профилактические медицинские осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, организуют врачи и средний медицинский персонал, прикрепленный к данному учреждению, а также администрация этого учреждения. Форма проведения выбирается администрацией поликлиники и школы. При этом соблюдается право родителей присутствовать при осмотре ребенка. Директор, педагоги и родительский комитет школы помогают врачу в проведении диспансеризации. Совместно составляется график медицинского осмотра каждого класса. О дате классный руководитель заранее сообщает учащимся и их родителям. На основе результатов этих осмотров педагоги совместно с врачом намечают и осуществляют индивидуальный режим для учащихся с нарушениями здоровья.

По рекомендациям врача учитель физической культуры определяет степень физической нагрузки. Преподаватель трудового обучения также может индивидуально дозировать нагрузку. Классный руководитель получает информацию о посадочном месте этого ребенка в классе.

Повышение роли профессиональной ориентации направлено на активизацию адаптационных возможностей индивида не только в сфере труда, но и в широком социальном контексте его жизни. Выбор профессии - очень ответственный шаг, выбор учреждения для дальнейшего обучения этой профессии - один из первых серьезных выборов выпускника школы. Поэтому подросток должен быть осведомлен об особенностях состояния своего здоровья и специфике будущей профессиональной деятельности. Всем учащимся перед началом профильного обучения необходимо пройти медицинское освидетельствование, чтобы получать подготовку в отраслях науки и производства, соответствующих состоянию их здоровья. Некоторые подростки начинают трудовую деятельность еще в школе, в свободное от уроков время. Длительность рабочего дня для них зависит от характера и условий работы. Условия внешней среды на производстве, установленные для взрослых, не всегда приемлемы для подростков, они значительно хуже переносят шум, охлаждение, перегревание и другие воздействия. Поэтому необходимо заботиться о соответствующих гигиенических условиях, чистоте, правильном освещении рабочих мест.

Индивидуальное заключение о состоянии здоровья ребенка по результатам комплексного профилактического осмотра оформляет педиатр образовательного учреждения (или педиатр, ответственный за профилактический осмотр) по следующему алгоритму: . Оценка здоровья: оценка физического развития; оценка полового развития; оценка нервно-психического развития; диагноз (при наличии дефиниций болезни, по МКБ-10); комплексная оценка состояния здоровья (определение группы здоровья); определение медицинской группы физического воспитания.. Рекомендации: режим; питание; виды закаливания, допуск к занятиям спортом; задачи воспитания и обучения; допуск к трудовому обучению; заключение о возможности выполнения профилактических прививок; лечебно-оздоровительные мероприятия; порядок и кратность наблюдения педиатром и врачами-специалистами; рекомендации по медико-психолого-педагогическому взаимодействию в организованном коллективе; рекомендации семье ребенка.

Выводы, сделанные в соответствии с приведенным алгоритмом, заносят в форму № 026/У. В графе педиатрического осмотра наряду с антропометрическими сведениями указывается частота сердечных сокращений за 1 мин и результаты трехкратного измерения АД (с точностью до 2 мм рт.ст.). Каждый участвующий в медицинском осмотре специалист фиксирует результаты осмотра, диагноз (в соответствии с МКБ-10) или заключение «здоров». Результаты исследования крови, мочи, кала и флюорографии заносят в карту и учитывают при установлении диагноза, назначении коррекционных, лечебных, реабилитационных мер.

В строку «Заключительный диагноз» врач-педиатр вписывает полный клинический диагноз, учитывающий результаты осмотра врачей всех специальностей. Интегральные показатели (физическое и нервно-психическое развитие, физическая подготовленность, отнесение к группе здоровья, медицинской группе для занятий физкультурой) оценивают в соответствии с нормативными документами и центильными шкалами.

«Медико-педагогическое заключение» выносится совместно педиатром и педагогом на основании анализа динамики состояния здоровья в ходе обучения, но в медицинскую карту данные вносит только педиатр. В строку «Рекомендации» вписываются предложения по оздоровлению и реабилитации ребенка, коррекции нарушений здоровья, советы о переводе ребенка в образовательные учреждения других типов, о возможности обучения в учреждениях с повышенным содержанием образования.

В графу «Вид спорта» заносится спортивная или танцевальная секция, где желает заниматься ребенок. В графе «Рекомендации» содержится информация о возможности занятий данным видом спорта при имеющихся у него нарушениях здоровья и развития. В отсутствие отклонений, препятствующих спортивным занятиям, делается запись «Не противопоказано». При наличии противопоказаний или ограничений делается соответствующая отметка и даются рекомендации о видах спорта, не противопоказанных или рекомендованных при имеющихся нарушениях здоровья. В графе «Рекомендации» фиксируются необходимые действия для повышения уровня здоровья, адаптационных и функциональных возможностей юношей.

Важный этап профилактической работы и укрепления здоровья детей дошкольного и школьного возраста рационально организованный отдых в летнее время. Задачи по организации летнего отдыха детей, воспитывающихся в дошкольных учреждениях и школах, решаются комплексно органами здравоохранения, образования, профсоюзными организациями и ведомствами. Летний отдых детей организуется в домах отдыха и пансионатах для матери и ребенка, загородных и школьных лагерях, городских лагерях на базе спортивных сооружений, санаторных сменах в лагерях общего профиля.

Местные органы здравоохранения комплектуют учреждения летнего отдыха квалифицированными кадрами медицинских работников, организуют семинары-инструктажи для всех категорий медицинского персонала и работников пищеблоков по вопросам питания, физического воспитания и закаливания детей в летнее время, по профилактике травматизма, несчастных случаев, инфекционных заболеваний.

Важное условие эффективной работы дошкольно-школьных отделений - четко налаженные контакты и преемственность с участковыми педиатрами, врачами-специалистами, подростковыми кабинетами, отделениями гигиены детей и подростков санэпидстанций, руководителями дошкольно-школьных учреждений, отделами образования, военкоматами. А совокупные сведения позволяют оценить уровень здравоохранения и динамику состояния здоровья детского населения Российской Федерации.

дошкольный дизадаптация педиатр врач

Список литературы

1. Пропедевтика детских болезней. Учебник для вузов, под ред проф. А.С. Калмыковой. Рек. ФИРО. - Москва «ГЭОТАР Медиа». - 2010

2. Пигалов А.П. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях. Руководство для врачей. Казань., 2001

3. Руководство по практическим умениям педиатра (под ред. В.О. Быкова). - Ростов-на-Дону, изд. «Феникс». - 2009.

4. Медицинское обслуживание детей в дошкольных образовательных учреждениях. Методическое пособие. Гриф УМО - Ставрополь, 2004.

5. Оказание лечебно-профилактической помощи в образовательных учреждениях. - Методическое пособие. Гриф УМО - Ставрополь, 2004.

. Профилактика, лечение и организационные принципы оздоровления часто болеющих детей. Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов, врачей-интернов, врачей-педиатров. Рекомендовано УМО по мед. и фарм. образ. Вузов России. - Ставрополь. - 2007.

. Медико-организационные подходы к оценке состояния здоровья детей, поступающих в общеобразовательные школы (классы) с углубленным содержанием обучения. Пособие для врачей. М., 2000.

8. СанПиН 2.4.1.2660-10 <http://blanker.ru/doc/sanpin-2-4-1-2660-10> "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и содержанию организации режима работы в дошкольных учреждениях». - М., - 2010

. СанПиН 2.4.2. 2821- 10 Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях. - М, - 2010

10. Поликлиническая педиатрия. Учебник для вузов, под ред. проф. А.С.Калмыковой. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа». - 2007.

11. Калмыкова А.С. Ткачева Н.В., Марочкина Л.И., Климов Л.Я, Зарытовская Н.В., Кулешова О.К., Шайтанова В.Н., Феодосиади О.С. Здоровый ребенок от рождения до 7 лет.- Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов, врачей интернов. - Ростов-на-Дону.- «Феникс»..- 2008.- с.335.

12. Подготовка детей в детских городских поликлиниках к поступлению в дошкольные учреждения и организация жизни детей в период адаптации. Методические рекомендации М., 1995