

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 616.8-084-053.2(075.9)

ББК 56.12я73

Д 48

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования,
протокол № 9 от 20.12. 2016

Авторы:

Шалькевич Л.В. – к.м.н., доцент, зав. кафедрой детской неврологии БелМАПО;

Яковлев А.Н. – главный врач Минского городского центра медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями;

Ивашина Е.Н. – к.м.н., доцент кафедры детской неврологии БелМАПО;

Филипович Е.К. – старший преподаватель кафедры детской неврологии БелМАПО;

Жевнеронок И.В. – старший преподаватель кафедры детской неврологии БелМАПО;

Малаш А.В. – клинический ординатор кафедры детской неврологии БелМАПО.

Рецензенты:

Шишко Г.А. - зав. кафедрой детской неврологии БелМАПО, д.м.н., профессор;
Лаборатория проблем здоровья детей и подростков ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

Д 48

Диспансерное наблюдение детей в практике невролога:
учеб.-метод. пособие /Л.В. Шалькевич, А.Н. Яковлев [и др.]. –
Минск: БелМАПО, 2016. – 40 с.

ISBN 978-985-584-108-2

Учебно-методическое пособие посвящено теме диспансерного наблюдения в практике врача-невролога. Подробно приводится информация по диспансеризации как здоровых детей, так и детей с неврологическими заболеваниями. Акцентируется внимание на организации профилактической работы в практике врача-невролога.

Учебно-методическое пособие предназначено для неврологов, педиатров, врачей общей практики, слушателей курсов переподготовки и повышения квалификации по неврологии.

УДК 616.8-084-053.2(075.9)

ББК 56.12я73

ISBN 978-985-584-108-2

© Шалькевич Л.В., [и др.], 2016

© Оформление БелМАПО, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ПОНЯТИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	5
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА.....	11
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	17
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	22
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Забота о здоровье детей и подростков в Республике Беларусь была и остается одной из важнейших государственных задач. Каждый ребенок имеет неотъемлемое право на охрану и укрепление здоровья. Законодательством нашей страны созданы все необходимые условия по обеспечению здорового развитие детей, предоставлению им бесплатной медицинской помощи, предусматривающей диагностику, лечение, профилактику и реабилитацию.

Благодаря совместным усилиям и координированным действиям медицинских и социальных служб, предусматривающих обязательное знание законодательной и правовой основы регулирования прав ребенка, активно пропагандируются и внедряются основные положения «здорового образа жизни». В этом важнейший залог успеха в формировании гармоничной личности и в сохранении здоровья подрастающего поколения нашей страны.

Важнейший принцип отечественного здравоохранения - его профилактическое направление и применение диспансерного метода. Принцип диспансеризации или динамического наблюдения заключается в периодических профилактических осмотрах, оздоровлении населения, активном наблюдении за выявленными больными, своевременном квалифицированном лечении.

На амбулаторно-поликлиническом этапе одной из задач в работе врача-невролога является организация и осуществление *диспансерного наблюдения* за детьми и подростками с отклонениями в состоянии здоровья.

Неврологические заболевания занимают ведущее место среди болезней, нарушающих качество жизни детей. Научно-обоснованные технологии и стандарты диспансеризации являются одним из резервов дальнейшего эффективного снижения заболеваемости детей и укрепления их здоровья как важнейшего потенциала общественного здоровья.

Данное учебно-методическое пособие акцентирует внимание на профилактических мероприятиях в работе врача-невролога, проводимых в амбулаторных условиях, и рассматривает вопросы диспансерного наблюдения, как здоровых детей, так и детей, имеющих неврологические заболевания.

ПОНЯТИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Диспансерное наблюдение (диспансеризация; скрининг – от англ. screening – массовое обследование) – комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения различных заболеваний у населения. Диспансерное наблюдение (ДН) представляет собой профилактические медицинские осмотры, консультации врачей-специалистов и медицинские исследования, проводимые в определенные (декретированные) возрастные периоды человека.

Диспансеризация здоровых имеет целью сохранение здоровья, выявление и устранение факторов риска развития заболеваний, предупреждение возникновения заболеваний и травм путем осуществления профилактических и оздоровительных мероприятий.

Диспансеризация больных предусматривает раннее выявление заболеваний и устранение причин, способствующих их возникновению; предупреждение обострений, осложнений; снижение заболеваемости, инвалидности и смертности путем оказания всесторонней качественной лечебной помощи, проведения оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Диспансеризация детского населения – это система медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, обеспечение их правильного физического и психического развития, раннее

выявление и своевременную коррекцию отклонений в состоянии здоровья. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей осуществляют участковые врачи-педиатры и врачи-специалисты детских амбулаторных медицинских учреждений.

В настоящее время в нашей стране создана информативная правовая база для проведения диспансеризации населения. Профилактическое направление здравоохранения закреплено Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» и другими законодательными актами. Оно включает в себя:

- 1) Проведение широких санитарно-гигиенических мер (охрана окружающей среды, оздоровление условий труда и быта);
- 2) Проведение противоэпидемиологических мер (обеспечение эпидемиологического благополучия, предупреждение и борьба с эпидемиями и инфекционными заболеваниями);
- 3) Осуществление мероприятий по улучшению гигиенического воспитания населения, дальнейшее внедрение здорового образа жизни, физической культуры и спорта.

В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» *профилактика* определена как комплекс медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний, основанный на личной заинтересованности пациента. Статья 42 данного Закона обязывает пациента заботиться о своем здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреплению и восстановлению; выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи.

Обследование отдельных контингентов населения (обязательных контингентов, контингентов периодических осмотров, ликвидаторов и населения, пострадавшего вследствие катастрофы на ЧАЭС, беременных,

детей и др.) также регламентировано соответствующими нормативными документами Министерства Здравоохранения Республики Беларусь.

Общее руководство диспансеризацией в Республике Беларусь осуществляет Министерство здравоохранения Республики Беларусь, в городе Минске - Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, на районном уровне - главные врачи центральных районных поликлиник, в лечебно-профилактических учреждениях - главный врач учреждения.

Пациенты проходят диспансеризацию в организации здравоохранения, за которой они закреплены в порядке, установленном частью 5 и 6 статьи 14 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».

ДН в педиатрической практике состоит из нескольких важных этапов, которые тесным образом связаны между собой:

- 4) Антенатальная охрана плода;
- 5) Наблюдение за состоянием здоровья и развитием ребенка 1-го года жизни;
- 6) Наблюдение за здоровьем детей от 1 года до 18 лет.

Важными являются следующие принципы данного этапного наблюдения и лечения:

- полный охват
- своевременность
- преемственность
- последовательность
- непрерывность
- регулярность
- бесплатность
- индивидуальный подход

Преемственность и своевременность заключаются в том, что в направлении в стационар указывается форма заболевания, предыдущие

обострения, данные амбулаторного обследования. В свою очередь при выписке из стационара в поликлинику отправляется эпикриз, где указываются сведения о проведенном обследовании и лечении ребенка и записываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, а если необходимо, и продолжению лечения. Большое значение имеет *своевременная* доставка эпикриза в поликлинику из неврологического отделения стационара, где врач-невролог обязан ознакомиться с ним и, в случае впервые установленного диагноза заболевания, поставить ребенка на учет. В соответствии с полученной документацией врач-невролог ставит пациента на диспансерный учет и проводит курацию, используя рекомендации стационара, а затем разрабатывает индивидуальную программу дальнейшего наблюдения ребенка.

Такая хорошо отлаженная система ДН является доступной, эффективной, адресной и обеспечивает наблюдение и терапию на всех этапах.

Диспансеризация включает в себя следующие медицинские мероприятия:

- Проведение диспансерного медицинского осмотра;
- Установление пациенту группы диспансерного наблюдения;
- Осуществление диспансерного наблюдения и проведение медицинской профилактики;
- Пропаганда здорового образа жизни и воспитание ответственности граждан за свое здоровье.

Диспансеризация в детской поликлинике обеспечивает:

- Более полное выявление факторов риска, способных отрицательно повлиять на здоровье ребенка, и предупреждение или ослабление их действия целенаправленным комплексом защитных мер;
- Контроль за состоянием здоровья ребенка в соответствии с индивидуальными планами наблюдения;

- Раннее выявление детей группы риска по формированию хронической патологии;
- Динамичное наблюдение за детьми с выявленной хронической и врожденной патологией
- Проведение полного комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий по восстановительному лечению детей страдающих хроническими заболеваниями, с целью снижения их заболеваемости и предупреждению инвалидности;
- Продолжение терапии, начатой в стационаре;
- Проведение противорецидивных мероприятий;
- Своевременность направления на оздоровления в учреждения санаторно-курортного типа;
- Организацию восстановительного лечения детей с хронической патологией в условиях детской поликлиники (дневных стационаров).

Диспансеризация в детской неврологии включает в себя врачебное наблюдение по двум основным направлениям: наблюдение за здоровыми детьми (от 0 до 18 лет), а также за больными, страдающими некоторыми органическими неврологическими заболеваниями и неврозами. Организационная работа по ДН проводится участковым педиатром и детским неврологом с участием других специалистов.

По определению педиатрической школы: *здоровье ребенка* - это не сиюминутный статус организма, а состояние, детерминированное совокупностью факторов: генетических, эмбриологических, постнатальных и социальных, а также сочетание показателей физического и нервно-психического развития, функционального состояния организма, его резистентности и заболеваемости. Все это формирует определенный уровень здоровья: здоров - пограничное состояние - группа риска - болен.

Исходя из этого в педиатрии выделяют следующие группы ДН (Таблица 1):

Таблица 1

Группы диспансерного наблюдения пациентов от 0 до 18 лет	
Группа риска	Здоровые дети, имеющие в анамнезе факторы, формирующие риск развития хронических заболеваний: имеющие отягощенный биологический, генеалогический или социальный анамнез, но не имеющие отклонений по всем остальным критериям здоровья; дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические изменения, дети с аномалиями конституции и другими отклонениями в состоянии здоровья.
I группа здоровья	Здоровые дети без отклонений в физическом и нервно-психическом развитии без функциональных отклонений, хронических заболеваний или пороков развития; дети, имеющие незначительные единичные морфологические отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции.
II группа здоровья	Дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1\sigma$) или избыточной массой тела (масса более $M+2\sigma$); дети часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранении функций.

III группа здоровья	Дети, имеющие хронические заболевания с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями; дети с физическими недостатками, с последствиями травм и операций, не ограничивающими возможности их обучения или труда, – при условии компенсации соответствующих функций и отсутствии признаков инвалидности.
IV группа здоровья	Дети, страдающие хроническими заболеваниями с декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с нарушениями компенсации соответствующих функций и ограничением возможности обучения или труда; дети-инвалиды.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Диспансерное наблюдение здоровых детей в педиатрической практике осуществляется по *схеме диспансерного наблюдения детей в возрасте от 0 до 18 лет* согласно Инструкции о порядке проведения диспансеризации (Постановление Министерства здравоохранения РБ №96 от 12 августа 2016г.). В ней четко регламентированы сроки и кратность осмотров врачами-специалистами (в том числе неврологом) и проведения лабораторных и инструментальных исследований (*Таблица 2*). Медицинские осмотры детей проводятся, как правило, в месяц рождения.

Таблица 2

Диспансерное наблюдение детей врачом-неврологом (декретированные сроки)	
<i>Возраст ребенка (возрастной интервал по годам)</i>	<i>Сроки и кратность медицинских осмотров (в возрастном интервале, раз)</i>
1-12 месяцев	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза
1-2	-
2-3	1
3-4	-
4-5	-
5-6	1
6-7	-
7-8	-
9-10	-
10-11	-
11-12	-
12-13	-
13-14	-
14-15, юноши	1
14-15, девушки	-
15-16	1
16-17	-
17-18	1

Особенно важным показателем гармоничного развития ребенка является состояние центральной нервной системы. Наряду с быстрым ростом и дифференцировкой мозга у ребенка первых лет жизни происходит и быстрое развитие высшей нервной деятельности. Вслед за совершенствованием функции анализаторов идет развитие сложной, присущей только человеку моторики, появляются положительные и отрицательные эмоциональные реакции, и уже со второго года жизни быстро развивается речь и связанное с ней мышление, т. е. формируется присущая только человеку вторая сигнальная система. Развитие функций нервной системы происходит неравномерно, причем более быстрый темп отмечается у детей младшего возраста.

Выделяют 4 группы детей по нервно-психическому развитию (НПР):

- I группа - НПР соответствует или опережает возраст;
- II группа - начальные отклонения в НПР;
- III и IV группы - выраженные отклонения в НПР.

Уровень нервно-психического развития (НПР) детей первого года жизни определяется по оценочным таблицам (*Приложение 1*).

Также при оценке общего уровня НПР детей в возрасте до 7 лет удобно использовать общепринятые в настоящее время показатели нормального уровня по *основным линиям НПР* ребенка. На 1-м году жизни выделены 8 линий развития (58 показателей):

- зрительные ориентировочные реакции (ЗА)
- слуховые ориентировочные реакции (СА)
- эмоции и социальное поведение (Э, СП)
- движения руки и действия с предметами (ДР, ДП)
- движения общие (ДО)
- подготовительные этапы развития речи: понимание речи и активная речь (ПР, АР)
- навыки и умения (Н)

На 2-м году жизни выделено 6 линий развития (24 показателя):

- сенсорное развитие (СР)
- движения общие (ДО)
- игра (И)
- активная речь (АР)
- понимаемая речь (ПР)
- навыки (Н)

На 3-м году жизни контроль ведется по 5 линиям развития (10 показателей):

- активная речь (АР)

- сенсорное развитие (СР)
- игра (И)
- движения общие (ДО)
- навыки (Н)

Помимо НПР, на 2-м и 3-м году жизни следует контролировать также показатели поведения и настроения ребенка. Для оценки нервно-психического развития ребенка от 4 до 7 лет обычно пользуются данными наблюдений за его поведением во время различных режимных моментов. При этом учитывают следующие ведущие показатели:

- моторное развитие и зрительная координация (равновесие в ходьбе, статическое равновесие, прыжок и т.д.)
- развитие речи (звуковая культура речи, грамматически правильная речь, чтение стихов, рассказывание и т.д.)
- познавательная деятельность (количество и счет, величина, ориентировка в пространстве и во времени, конструирование, воспроизведение, ощущение цвета, формирование обобщений)
- социально-культурное развитие (культурно-гигиенические навыки, самостоятельность и трудолюбие, игровая деятельность, взаимоотношения с окружающими)

Схема оценки НПР ребенка:

- 1) Оценка уровня НПР ребенка по ведущим линиям развития детей, характерным для данного возраста;
- 2) Определение соответствия или несоответствия уровня НПР ребенка данному возрасту с учетом групп развития и степеней задержки;
- 3) Оценка динамики НПР ребенка по сравнению с его предыдущим уровнем, наличие или отсутствие индивидуальных особенностей НПР.

Формализованные результаты заносятся в историю развития ребенка (форма 112/у) при оформлении педиатром результатов комплексной оценки состояния здоровья.

При выявлении отклонений определяют группу риска, к которой относится ребенок (Таблица 3):

Таблица 3

Группы риска по нервно-психическому развитию	
<i>I группа</i> «внимания»	Дети с опережением в развитии по одному или нескольким показателям на 2 и более эпикризных срока; дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 1 эпикризный срок.
<i>II группа</i> «риска»	Дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 2 эпикризных срока.
<i>III группа</i> «высокого риска»	Дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 3 эпикризных срока.
<i>IV группа</i> «диспансерная»	Дети с отставанием в развитии по одному или нескольким показателям на 4-5 эпикризных срока; дети с отставанием в развитии на 6 эпикризных сроков, дети с уровнем интеллекта не подлежащим оценке.

Однако имеются возрастные индивидуальные особенности психомоторного развития детей. Считается, что нервно-психическое развитие ребенка соответствует возрасту, если у него сформированы все умения по возрастным ведущим линиям на момент осмотра в поликлинике (± 15 дней к возрастному интервалу). На 2-м году жизни за нормальное развитие принимается формирование умений в пределах квартала, на 3-м году жизни - в пределах полугодия.

По результатам оценки НПР родителям даются рекомендации по обеспечению своевременного и гармоничного развития ребенка на

следующий возрастной период: по линиям развития ребенка (эмоции, движения, навыки, речь и др.); по отдельным показателям НПР (сформировать у ребенка умение захватывать рукой игрушку, выработать условную связь слова с предметом и др.); по организации условий для своевременного формирования умений и навыков ребенка, соответствующих его возрасту (для умения ползать - манеж, для развития слухового анализатора - звуковые игрушки). При очередном осмотре, прежде всего, проверяется, как выполнены назначения, каковы сдвиги в НПР и поведении ребенка.

Главной задачей диспансеризации здоровых детей, особенно раннего возраста, является обеспечение их правильного и гармоничного нервно-психического развития, предупреждение неврологической патологии и как можно более раннее выявление различных преморбидных состояний – факторов риска поражения нервной системы при анализе анамнеза и родословной, течения беременности и родов у матери.

Выделяют следующие факторы высокого риска по выраженным церебральным нарушениям у детей 1-го года жизни:

- Асфиксия тяжелой степени на первой минуте;
- Проведение реанимационных мероприятий с применением ИВЛ;
- Тяжелое состояние новорожденного;
- Угнетение ЦНС в периоде новорожденности;
- Судороги в раннем неонатальном периоде;
- Перивертикалярная лейкомаляция или порэнцефалические кисты по данным нейросонографического исследования.

Дети этой группы требуют особого внимания и тщательного наблюдения неврологом с первых месяцев жизни.

Воздействие многих факторов риска в антенатальном периоде даже при нормальном (в ряде случаев компенсированном) нервно-психическом развитии требует особого ухода за ребенком, выполнения при

необходимости дополнительных исследований (например, нейросонографии) и назначения индивидуальной схемы вакцинации.

Работа по ДН предполагает ведущую роль участковых педиатров, имеющих основные представления о различных видах патологии, в том числе и со стороны нервной системы. При выявлении даже минимальных неврологических нарушений или подозрении на задержку в психомоторном развитии педиатр направляет ребенка на консультацию к детскому неврологу. Данный подход позволяет существенно улучшить раннее выявление неврологических нарушений у детей.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

При выявлении заболеваний со стороны нервной системы ребенок берется на диспансерный учет неврологом.

Для проведения диспансеризации детей с неврологическими заболеваниями в организациях здравоохранения на каждого пациента заполняется *карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет* (карта учета диспансерного наблюдения ребенка на бумажном носителе) по *форме 131/у-ДР (Приложение 2)*. При заполнении данной карты необходимо использовать результаты медицинских осмотров, медицинского освидетельствования (переосвидетельствования), медицинских вмешательств, проведенных пациенту в течение календарного года до диспансеризации.

Для уточнения диагноза каждый ребенок с симптомами поражения нервной системы при взятии на диспансерный учет должен пройти необходимые по показаниям обследования с применением спецоборудования (нейросонография, электроэнцефалография, электромиография, эхоэнцефалоскопия, реоэнцефалография, компьютерная и магнитно-

резонансная томография и др.). При необходимости врач (организация здравоохранения) может направлять пациентов для проведения части медицинских вмешательств (обследований) по диспансеризации в другие организации здравоохранения, имеющие лечебно-диагностические возможности для проведения данных медицинских вмешательств.

Все данные об осмотре, обследовании и лечении ребенка вносятся в его историю развития (форма 112/у), на ее лицевой стороне ставят отметку о том, что ребенок находится на диспансерном учете («Д»). Отметка включает в себя сведения о дате взятия на учет и о шифре диагноза. Также в форме 112/у записывается *первичный эпикриз*.

Затем врачом-неврологом составляется *индивидуальный план* (Приложение 3), который подписывается самим врачом, пациентом либо его законным представителем, заверяется печатью врача и предоставляется пациенту либо его законному представителю. Также допускается ведение и электронных карт учета диспансерного наблюдения ребенка, индивидуального плана, копии которых на бумажном носителе приобщаются к медицинским документам пациентов.

Индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий составляется врачом на год и должен включать планируемую терапию в стационаре и амбулаторно, периодичность лабораторных и инструментальных исследований, консультации у смежных специалистов, изучение семейно-бытовых условий ребенка, целесообразность санаторно-курортного лечения.

Согласно индивидуальному плану проводятся комплексная восстановительная терапия и реабилитационные мероприятия с последующим решением вопросов об организации обучения, профориентации, направлении в специализированные дома-интернаты. ДН проводится за пациентами с пренатальными и перинатальными поражениями нервной системы травматической, гипоксической, инфекционной и

токсической этиологии, детским церебральным параличом, гидроцефалией, эпилепсией, инфекционными, травматическими, демиелинизирующими, наследственными заболеваниями нервной системы, остаточными явлениями после операций по поводу опухолей нервной системы, вегетативной дисфункцией.

В Инструкции о порядке проведения диспансеризации (Постановление Министерства здравоохранения РБ №96 от 12 августа 2016г.) четко определены сроки и кратность осмотров неврологом и другими специалистами, перечень необходимых диагностических исследований, критерии оценки эффективности ДН, сроки ДН и критерии снятия с диспансерного учета (*Приложение 4*).

Согласно составленному плану проводятся осмотры, перед которыми проводятся все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, чтобы врач смог полностью оценить состояние пациента во время осмотра. В истории развития ребенка о проведенном осмотре врач делает запись с пометкой «Д». Обращение ребенка по поводу заболевания не может регистрироваться как диспансерный осмотр. Медсестра должна контролировать выполнение пациентом рекомендаций и назначений врача, о чем делает соответствующую запись.

В карте учета прохождения диспансеризации невролог отмечает дату настоящей явки и последующей, а также планирует профилактические мероприятия. Данные карты находятся в кабинете врача-невролога и разложены по месяцам планируемого осмотра пациента. Ответственность за регулярность наблюдения пациента, состоящего на диспансерном учете, несет врач, который обеспечивает наблюдение, привлекая для этого медсестру неврологического кабинета.

По окончании календарного года на каждого ребенка, находящегося под ДН врач-невролог составляет *годовой эпикриз*. В нем отражаются:

- длительность заболевания

- характер его течения
- наличие сопутствующих заболеваний
- проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия
- эффективность динамического наблюдения

Если пациента не снимают с учета, одновременно составляется *план наблюдения на следующий год*.

Также должен быть оформлен *журнал регистрации диспансерных пациентов*. В журнал заносятся списки детей по нозологическим группам неврологических заболеваний, подлежащих диспансерному учету. Регистрируются дата рождения ребенка, адрес, дата взятия на учет, а при снятии с учета - дата и причина снятия. В конце года проводится анализ результатов ДН за текущий год наблюдения в целом и по отдельным нозологическим группам. Составляется *отчет*, где определяются основные показатели этой работы: состав пациентов, полнота и своевременность охвата ДН, удельный вес впервые зарегистрированных на ДН, эффективность диспансеризации и др.

Критериями эффективности динамического наблюдения являются:

- выздоровление
- улучшение
- без перемен
- ухудшение

На пациентов с хроническими заболеваниями с выраженными стойкими двигательными, чувствительными и психическими нарушениями должны быть своевременно оформлены медицинские документы для направления на *МРЭК* и назначения пособия по инвалидности. Также обязательной частью ДН является информирование родителей больного ребенка по вопросам его заболевания, особенностям ухода за ним, основным

методикам проведения ЛФК и массажа в домашних условиях, освоению при необходимости способов механотерапии, простых видов теплолечения, закаливания и физического воспитания. С учетом имеющихся нарушений даются советы по профориентации.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Показатели психомоторного развития детей первого года жизни	
Возраст, месяцы	Показатели развития
0	Удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение). К возрасту 1 месяц удерживает в поле зрения неподвижный предмет.
1	Сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете. Начинает плавно проследить движущийся предмет. Прислушивается к звуку, голосу взрослого. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову.
2	Длительно сосредоточивает взгляд на неподвижном предмете или на лице взрослого. Длительно следит за движущейся игрушкой или взрослым (до одного метра). Поворачивает голову при длительном звуке. Лежа на животе, приподнимается и непродолжительно удерживает голову. Произносит отдельные звуки.
3	Сосредоточивает взгляд в вертикальном положении на лице говорящего с ним взрослого или игрушке, комплекс оживления при общении с ним. Несколько минут лежит на животе, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах. Удерживает голову в вертикальном положении на руках взрослого.
4	Узнает мать, радуется ей. Находит глазами невидимый источник звука. Громко смеется в ответ на обращение. Захватывает висящую игрушку. Придерживает руками грудь матери или бутылочку вовремя кормления.
5	Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует). Узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонацию, обращение к нему. Четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает игрушку в руке. Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук. Переворачивается со спины на живот, передвигается, переставляя руки и немного ползая. Ровно, устойчиво стоит при поддержке под мышки. Подолгу певуче «гулит». Ест с ложки полугустую пищу.
6	По-разному реагирует на свое и чужое имя. Свободно берет игрушку из разных положений и подолгу занимается ею, перекладывая из одной руки в другую. Переворачивается с живота на спину, ползает. Произносит отдельные слоги (начало лепета). Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами.
7	Игрушкой стучит, размахивает, бросает. Хорошо ползает. На вопрос «Где?» находит глазами предмет,

	находящийся постоянно в определенном месте.
8	Игрушками занимается долго и разнообразно подражает действиям взрослого, катает, стучит, вынимает и пр. Сам садится и ложится. Встает и переступает, держась за барьер. Стоит и опускается. На вопрос «Где?» находит несколько предметов на постоянных местах. По просьбе взрослого выполняет разученные ранее действия («Ладушки», «Дай ручку»). Ест корочку хлеба, держа ее в руке, пьет из чашки, которую держит взрослый.
9	Повторяет плясовые движения на мелодию (если дома поют и пляшут с ним). Выполняет различные действия с предметами в зависимости от их свойств (катает, открывает, гремит и т.д.). Переходит от предмета к предмету, слегка придерживаясь за них руками. На вопрос «Где?» находит несколько знакомых предметов независимо от их местоположения, знает свое имя. Подражает взрослому, повторяет за ним слоги, манеру его речи, интонации. Пьет из чашки, слегка придерживая ее руками, спокойно относится к высаживанию на горшок.
10	По просьбе выполняет различные действия: открывает, закрывает, вынимает, вкладывает и пр. Входит на невысокую наклонную поверхность и спускается с нее. По просьбе «Дай» находит и дает знакомые предметы. Подражая взрослому, повторяет за ним новые слоги в своем лепете.
11	Овладевает новыми движениями и начинает выполнять их по команде взрослого. Накладывает, снимает, надевает кольца. Стоит самостоятельно, делает первые самостоятельные шаги. Первые обобщения в понимаемой речи (по команде находит любой мяч, все часы, все машины и пр.). Произносит первые слова, обозначения («Дай», «На», «Ав», «Па», «Ба» и др.).
12	Узнает на фотографии знакомого взрослого. Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками (катает, кормит, возит и пр.). Переносит действия, разученные с одним предметом на другой (всех кормит, всех водит, всех баюкает и пр.). Ходит самостоятельно, без опоры. Знает имена взрослых. Выполняет поручения («принеси», «найди», «отдай» и т.д.), понимает слово «нельзя». Легко подражает новым слогам, произносит 10 облегченных слов. Самостоятельно пьет из чашки.

_____ (наименование организации здравоохранения)

КАРТА № _____
учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

2. Пол _____ 3. Число, месяц, год рождения

4. Телефон

домашний _____

5. Место жительства (место пребывания)

6. Место учебы

(работы) _____

1.	Год прохождения диспансеризации пациентом	20__г.	20__г.	20__г.	20__г.	20__г.
2.	Группа здоровья пациента					
3.	Комплекс проводимых пациенту медицинских вмешательств (обследований):	дата проведения и результат медицинского вмешательства (обследования)				
3.1.	измерение артериального давления					
3.2.	электрокардиография					
3.3.	определение глюкозы в крови					
3.4.	общий анализ крови					
3.5.	общий анализ мочи					
3.6.	другие медицинские вмешательства (обследования): (указать какие)					

3.7.	медицинский осмотр врача-педиатра участкового (врача общей практики)					
4.	Иная информация о состоянии здоровья пациента:					
4.1.	вредные привычки (если есть, указать какие)					
4.2.	рост					
4.3.	вес					
4.4.	физическое развитие (индекс массы тела)					
4.5.	острота зрения					
4.6.	оценка осанки					

Оборотная сторона

Год проведения диспансеризации и пациенту	Комплексная оценка состояния здоровья пациента
20__	
20__	
20__	
20__	
20__	

Индивидуальный план прохождения
диспансеризации пациентом

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента
в _____ году

Медицинские вмешательства (обследования), которые должны быть проведены пациенту при прохождении диспансеризации		Информация о проведении данных медицинских вмешательств (обследований) пациенту	
Название медицинского вмешательства (обследования)	Дата, когда назначено проведение медицинского вмешательства (обследования)	Название проведенного медицинского вмешательства (обследования)	Дата проведения указанного медицинского вмешательства (обследования) и подпись медицинского работника, его проводившего

С индивидуальным планом прохождения
мною диспансеризации ознакомлен (на)

(подпись, фамилия, инициалы пациента или его
законного представителя)

« _____ » _____ 20 ____ . г.

Диспансерное наблюдение детей от 0 до 18, имеющих неврологические заболевания

Наименование заболевания	Группа здоровья	Распределение обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы и группу лечебной физической культуры	Сроки и кратность медицинских осмотров	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием	Критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения	Сроки диспансерного наблюдения и критерии снятия с диспансерного учета
<p>A80-A89 Вирусные инфекции центральной нервной системы</p> <p>G00-G09 Воспалительные болезни центральной нервной системы</p>	<p>III, IV</p>	<p>Освобождение – на 6 месяцев, ЛФК, СМГ, подготовительная</p>	<p>Врач-педиатр участковый (врач-педиатр, врач общей практики) – 4 раза в год на первом году, далее – 2 раза в год.</p> <p>Врач-невролог – первый раз через 1-1,5 месяца после выписки из стационара, далее – 4 раза в год в течение первого года наблюдения, далее – 2 раза в год.</p> <p>Врач-окулист через 1, 3</p>	<p>Электроэнцефалограмма (далее – ЭЭГ) – 2 раза в первые полгода после выписки, далее – 2 раза в год.</p> <p>Магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) – по медицинским показаниям,</p> <p>Ультразвуковое</p>	<p>Отсутствие остаточных явлений.</p>	<p>В течение 3 лет. При наличии органической патологии центральной нервной системы (далее – ЦНС) – в течение 5 лет. При нейроборрелиозе 3 стадии – снятие с учета</p>

			месяца после выписки, далее – 2 раза в год. Врач-сурдолог – в первые 3 месяца после выписки, далее – по медицинским показаниям.	исследование (далее – УЗИ) головного мозга (детям первого года жизни) – 1 раз через 3 месяца после выздоровления.		по достижении 18 лет
G09 Последствия воспалительных болезней ЦНС при наличии стойких неврологических нарушений	III, IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог на 1-ом году жизни – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-офтальмолог – по медицинским показаниям.	ЭЭГ, Компьютерная томография (далее – КТ) (МРТ) головного (спинного) мозга – по медицинским показаниям.	Отсутствие жалоб, регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	В течение 1-го года с момента окончания острого периода. Снятие с учета – при отсутствии неврологических нарушений.
G11.0-G11.9 Наследственная атаксия	IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	МРТ головного мозга – по медицинским показаниям.	Стабилизация неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G12.0-G12.9 Спинальные мышечные атрофии и родственные синдромы	III, IV	ЛФК.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	Р-графия органов грудной клетки (далее – ОГК) – по медицинским показаниям.	Стабилизация неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G23.0-G23.9 Другие дегенеративные болезни базальных	III, IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог – по медицинским показаниям.	МРТ головного мозга, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Стабилизация и регресс неврологической симптоматики.	Снятие с учета по достижении 18 лет

ганглиев					Социальная адаптация.	
G24 Дистония G25.2-G25.9 Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения	IV	ЛФК.	Врач-невролог – 2 раза в год.	КТ (МРТ) головного мозга, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Стабилизация и регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
E70-E90 Нарушения обмена веществ при наличии неврологических нарушений	III, IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог – 4 раза в год.	МРТ (КТ) головного мозга, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Стабилизация и регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G31.0-G31.9 Другие уточненные дегенеративные болезни нервной системы, не классифицированные в других рубриках	III, IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог – 4 раза в год.	МРТ (КТ) головного мозга, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Стабилизация неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G35-G37 Демиелинизирующие болезни центральной	III, IV	ЛФК, СМГ.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог, врач-травматолог-ортопед – по	МРТ головного (спинного) мозга, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Стабилизация клинических нарушений. Социальная	Снятие с учета по достижении 18 лет

нервной системы			медицинским показаниям.		адаптация.	
G40 Эпилепсия	III, IV	Освобождение	Врач-невролог – при частых припадках – 12 раз в год, при припадках средней частоты – 4 раза в год, при редких или при отсутствии припадков – 2 раза в год.	МРТ (КТ) головного мозга, ЭЭГ – 2 раза в год. Определение уровня антиконвульсантов в крови – по медицинским показаниям.	Снижение частоты и тяжести припадков, позитивная электроэнцефалографическая динамика. Социальная адаптация.	В течение 5 лет после отмены антиконвульсантов. Снятие с учета – при отсутствии припадков не менее 5 лет после отмены противоэпилептического лечения, отсутствии эпилептиформных изменений на ЭЭГ.
G43.0-G43.9 Мигрень	II, III	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог – по показаниям.	ЭЭГ, МРТ (КТ) головного мозга – по медицинским показаниям. Исследование глазного дна – по медицинским показаниям.	Отсутствие жалоб, снижение частоты и тяжести приступов головной боли. Социальная адаптация.	В течение 2-х лет после исчезновения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов в течение 2-х лет.
G44.0-G44.3 Другие синдромы головной боли	II, III	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог – по медицинским показаниям.	ЭЭГ, МРТ (КТ) головного мозга – по медицинским показаниям. Исследование глазного дна – по медицинским	Отсутствие жалоб, снижение частоты и тяжести приступов	Снятие с учета – при отсутствии симптомов в течение 2 лет.

				показаниям.	головной боли. Социальная адаптация.	
G50 Поражения тройничного нерва G51 Поражения лицевого нерва G52 Поражения других черепных нервов	II, III	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-нейрохирург – по медицинским показаниям.	МРТ (КТ) головного мозга – по медицинским показаниям.	Уменьшение и купирование болевого синдрома, восстановление функций пораженного нерва. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
G54 Поражения нервных корешков и сплетений G56 Мононевропати и верхних конечностей G57 Мононевропати и нижних конечностей	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) спинного мозга – по медицинским показаниям.	Уменьшение и отсутствие болевого синдрома, восстановление статической и динамической функции позвоночника, уменьшение и купирование мышечно-тонических двигательных, чувствитель-	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.

G58 Другие мононевропати и					ных нарушений.	
G60.0-G60.9 Наследственная и идиопатическая невропатия	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	–	Стабилизация неврологичес- кой симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G61.0 – G61.9 Воспалительная полиневропатия	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач- травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	–	Отсутствие жалоб, восстановление силы в конечностях. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
G70.0-G70.9 Myasthenia gravis и другие нарушения нервно- мышечного синапса	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-иммунолог, врач- детский хирург (врач- хирург) – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) вилочковой железы – по показаниям.	Уменьшение выраженности симптомов патологичес- кой утомляемости и мышечной слабости.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G71.0-G71.3 Первичные поражения мышц G72.0-G72.9	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	–	Стабилизация неврологичес- кой симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет

Другие миопатии						
G80.0-G80.9 Детский церебральный паралич	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед, врач-сурдолог, врач-офтальмолог, врач-психиатр-нарколог, логопед – по медицинским показаниям.	ЭЭГ, КТ (МРТ) головного мозга – по медицинским показаниям.	Регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
G81.0-G81.9 Гемиплегия	III, IV.	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед, врач-сурдолог, врач-офтальмолог, врач-психиатр-нарколог, логопед – по медицинским показаниям.	ЭЭГ, КТ (МРТ) головного мозга – по медицинским показаниям.	Регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
G82.0-G82.5 Параплегия и тетраплегия	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-травматолог-ортопед, врач-сурдолог, врач-офтальмолог, логопед – по медицинским показаниям.	ЭЭГ, КТ (МРТ) головного мозга – по медицинским показаниям.	Регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
G90.0-G90.9 Расстройства вегетативной [автономной] нервной	II, III	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог – по медицинским показаниям.	ЭЭГ – 1 раз в год. Профиль АД – 2 раза в год. Исследование глазного дна – по медицинским	Отсутствие жалоб, регресс неврологической симптоматики.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии

системы				показаниям.	Социальная адаптация.	симптомов в течение 1-го года.
G91 Гидроцефалия Q03.0-Q03.9 Врожденная гидроцефалия	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – в первые 6 месяцев – 1 раз в 1-2 месяца, с 7-го по 12-й месяц – 1 раз в 3 месяца, далее – 2 раза в год. Врач-офтальмолог, врач-нейрохирург – по медицинским показаниям.	УЗИ головного мозга на первом году – 1 раз в 2 месяца. КТ (МРТ) головного мозга – 1 раз на первом году. Исследование глазного дна, ЭЭГ – по медицинским показаниям.	Уменьшение и отсутствие симптомов внутричерепной гипертензии, регресс неврологической симптоматики.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии клинических симптомов внутричерепной гипертензии.
G95.0-G95.1 Другие болезни спинного мозга	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) спинного мозга – 1 раз в год.	Стабилизация неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
Q02-Q07 Врожденные аномалии (пороки развития) нервной системы	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-уролог – по медицинским показаниям.	УЗИ головного мозга – по показаниям. КТ (МРТ) головного (спинного) мозга – по медицинским показаниям.	Стабилизация неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет
I02 Ревматическая хорея (при поражении нервной системы: малая хорея)	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог – при наличии симптомов – 4 раза в год, при отсутствии симптомов – 2 раза в год. Врач-ревматолог – 2 раза в год. Врач-офтальмолог, врач-	ЭКГ, ОАК, БАК, ОАМ – 2 раза в год.	Регресс гиперкинезов и других очаговых симптомов, снижение утомляемости,	В период сохранения симптомов и изменений в биохимических показателях крови.

			оториноларинголог – по медицинским показаниям.		купирование вегетативных расстройств. Социальная адаптация.	Снятие с учета – при отсутствии клинических проявлений, нормализации биохимических показателей крови в течение 2-х лет.
S06.2-S06.9 Внутричерепная травма	III, IV	ЛФК – в остром и раннем восстановительном периоде, СМГ, подготовительная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) головного мозга – по медицинским показаниям. ЭЭГ – 2 раза в год, глазное дно – по медицинским показаниям.	Регресс неврологической симптоматики, уменьшение и отсутствие головных болей, головокружения, уменьшение утомляемости, снижения памяти, внимания, эмоциональных и вегетативных нарушений. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.

S14, S24, S34 Травмы шеи	III, IV	ЛФК – в остром и раннем восстановительном периоде. Подготовительная, основная.	Врач-невролог на первом году – 4 раза в год, далее – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) спинного мозга по медицинским показаниям. ЭЭГ – 2 раза в год, глазное дно – по медицинским показаниям.	Регресс неврологической симптоматики, расстройств функции тазовых органов. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
I60-I69 Цереброваскулярные болезни	III, IV	ЛФК – в остром и раннем восстановительном периоде, СМГ, подготовительная	Врач-невролог первые 3 месяца – 1 раз в месяц, далее – 1 раз в 3 месяца, через 1 год – 2 раза в год. Врач-нейрохирург, врач-офтальмолог, врач-травматолог-ортопед – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) головного мозга – по медицинским показаниям. ЭЭГ – 2 раза в год. Исследование глазного дна и профиль АД – по медицинским показаниям.	Регресс и отсутствие неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	В период сохранения симптомов. Снятие с учета – при отсутствии симптомов.
Q85.0-Q85.9 Факоматозы, не классифицированные в других рубриках	III, IV	ЛФК, СМГ, подготовительная, освобождение при наличии припадков.	Врач-невролог – 2 раза в год, врач-нейрохирург, врач-офтальмолог, врач-дерматовенеролог – по медицинским показаниям.	КТ (МРТ) головного мозга – при прогрессировании заболевания. ЭЭГ (при поражении центральной нервной системы), глазное дно – 1 раз в год.	Стабилизация и регресс неврологической симптоматики. Социальная адаптация.	Снятие с учета по достижении 18 лет

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы педиатрии. Пособие. Под общ. ред. Русаковой Е.М. – Минск: «Экоперспектива», 2009. С.16-23.
2. Беляева Л.М. Профилактические и лечебно-профилактические мероприятия для детей и подростков I и II групп здоровья Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей. – Минск: БелМАПО, 2006. С.3-5.
3. Жерносек В.Ф., Василевский И.В., Попова О.В., Юшко В.Д., Дюбкова Т.П., Рубан А.П., Новикова М.Е. Диспансеризация здоровых детей первых трех лет жизни. Под общ. ред. В.Ф. Жерносека. - Минск: БелМАПО, 2008. С.22-35.
4. Захарова Г.Я., Абрамова Е.В., Храмова Е.Б., Осадченко Г.А., Пшеничникова Т.Д. Принципы диспансерного наблюдения детей с соматическими заболеваниями на педиатрическом участке. Учеб.-метод. пособие. – Тюмень: ТюмГМА Росздрава, 2010. С.5-7.
5. Ивашина Е.Н. Вопросы диспансеризации детей с неврологической патологией. // Проблемы детской неврологии. - Минск, 2010. т. Вып.:3. - С.14-17.
6. Малюгин В.Ю., Бовбель И.Э. Наблюдения больных детей в поликлинике. Учеб.-метод. пособие. – Минск: БГМУ, 2004.
7. Мачулина Л.Н., Галькевич Н.В. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Учеб.-метод. пособие. Издание 3-е. Минск, 2004.
8. Пилипцевич Н.Н., Мороз И.Н., Плахотя Л.П. Общественное здоровье и методы его изучения. Учеб.-метод. пособие. – Минск: БГМУ, 2008.
9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №96 от 12 августа 2016г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации».

- 10.**Сукало А.В., Малюгин В.Ю., Бовбель И.Э. Организация амбулаторного наблюдения детей и подростков с хроническими заболеваниями. Учеб.-метод. пособие. - Минск: БГМУ, 2009. – С.3-7.
- 11.**Шанько Г.Г. Диспансеризация // Энциклопедия детского невролога. Под ред. Г.Г. Шанько. - Минск: БелЭН, 1993. С.125-126.
- 12.**Шанько Г.Г., Ивашина Е.Н. Нервно-психические болезни // Динамическое наблюдение детского населения Республики Беларусь: Учеб.-метод. пособие - Минск: МГМИ, 2001. - С.85-101.

Учебное издание

Шалькевич Леонид Валентинович
Яковлев Александр Николаевич
Ивашина Елена Николаевна
Филипович Елена Константиновна
Жевнеронок Ирина Владимировна
Малаш Алина Вадимовна

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ
В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Л.В. Шалькевич

Подписано в печать 20. 12. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,32. Уч.- изд. л. 1,86. Тираж 100 экз. Заказ 291

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

