

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев

**Организация амбулаторно-
поликлинической помощи детям**

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
и дополнительного профессионального образования

Владикавказ, 2020

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Касохов Т.Б. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Бораева Т.Т. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучающиеся на факультете подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» должны изучить и знать основные задачи и функции педиатрической службы.

Систему организации амбулаторно-поликлинической помощи детям, основные виды детских амбулаторно-поликлинических учреждений, структуру и содержание работы детской поликлиники, вычислять, анализировать и оценивать показатели деятельности детской поликлиники.

Занятие проводится на кафедре и в детской поликлинике.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Обязательным условием проведения занятия является предварительное изучение обучающимися литературы по теме.

На практическом занятии разбираются следующие основные вопросы темы:

1. Основные задачи детской поликлиники

Детская поликлиника (ДП) является структурным подразделением детской городской больницы (городской поликлиники для взрослых) или самостоятельным учреждением.

ДП (поликлиническое отделение) обеспечивает медицинскую помощь детям до 17 лет включительно. Оказание лечебно-профилактической помощи предусмотрено непосредственно в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях, школах.

ДП обеспечивает выполнение следующих основных задач:

- 1) организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения путем:
 - наблюдения за новорожденными, проведения профилактических осмотров и диспансеризации детей;
 - проведения профилактических прививок в установленные Министерством здравоохранения сроки;
 - проведения лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и т. д.
- 2) лечебно-консультативную помощь детям на дому и в поликлинике, в том числе квалифицированную специализированную медицинскую помощь;
 - направление детей на лечение в стационары, на восстановительное лечение в санатории;
 - проводит отбор детей в оздоровительные учреждения (специализированные детские ясли-сады, лесные школы, лагеря отдыха);
- 3) лечебно-профилактическую работу в дошкольных учреждениях и школах;
- 4) проведение противоэпидемических мероприятий (совместно с Роспотребнадзором);
- 5) правовую защиту детей.

ДП – это ЛПУ диспансерного типа, обеспечивающее медицинское обслуживание всех детей от рождения до 17 лет включительно (17 лет 11 мес. 29 дней) независимо от состояния их здоровья.

ДП осуществляет профилактическое наблюдение за детьми в зависимости от их возраста, особенностей организации воспитания и состояния здоровья, оказывает все виды лечебной помощи, координирует и обобщает деятельность других учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям.

Основная масса детей (75 – 85%) начинает и заканчивает лечение в условиях ДП.

Организация работы ДП строится в соответствии с общими принципами организации лечебно-профилактической помощи: участковый принцип обслуживания населения и профилактический метод работы.

Учитывая, что все больные дети должны получать медицинскую помощь только на дому, в ДП обращаются лишь здоровые дети или имеющие хронические заболевания вне стадии обострения.

Свыше 90% всех посещений ребенка на дому приходится на долю участкового педиатра.

2. Структура детской поликлиники и штаты

ДП состоит из следующих подразделений:

- фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
- регистратура;
- педиатрическое отделение;
- узкоспециализированные отделения;
- отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях;
- отделение (кабинет) медико-социальной помощи;
- отделение (кабинет) восстановительного лечения;
- отделение лечебно-диагностической помощи;
- клиничко-экспертная комиссия;
- кабинет медицинской статистики и другие вспомогательные службы.

а. Штаты детской поликлиники

Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник устанавливают соответствующими приказами Минздрава России и носят рекомендательный характер.

Врачебная специальность	Число должностей на 10 000 на детей в возрасте до 17 лет 11 мес 29 дней, прикрепленных к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врачи узких специальностей:	
детский хирург	0,5
травматолог-ортопед	0,75
уролог	0,5
акушер-гинеколог	1,25
отоларинголог	1,25

офтальмолог	1,5
невролог	1,5
кардиолог (ревматолог)	0,3
детский эндокринолог	0,5
детский онколог (гематолог)	0,1
аллерголог-иммунолог	0,1
Итого врачей узких специальностей	8,25

Для обеспечения работы в детских учреждениях и школах общего профиля устанавливают из расчета 1 должность на 180-200 человек в детских яслях, на 600 детей - в детских садах и на 1200 учащихся – в школах. В школах общего типа устанавливают 1 должность медицинской сестры на 700 учащихся, в детских садах – на 50 детей и во вспомогательных школах для умственно отсталых детей – на 300 учащихся.

За каждым педиатрическим участком закреплены: врач-педиатр участковый (из расчета 1 должность на 800 человек прикрепленного детского населения) и участковая медицинская сестра (из расчета 1 должность на 1 штатную единицу врача-педиатра участкового). На каждые 8-9 педиатрических участков выделяют 1 должность освобожденного заведующего.

Должность заместителя главного врача больницы по поликлиническому разделу работы предусматривается при наличии в ее составе детской поликлиники с числом врачей амбулаторного приема не менее 20. Он отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники.

Заместитель главного врача по клинко-экспертной работе несет ответственность за осуществление клинко-экспертной деятельности поликлиники.

Нормы времени на одно посещение:

- педиатра составляют — 15 мин.,
- врача общей практики — 18 мин.,
 - невролога — 22 мин.,
 - отоларинголога — 16 мин.,
 - офтальмолога — 14 мин.
 - гинеколога — 22 мин.

Норма на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом устанавливаются в размере 70-80% от норм времени, связанных с первичным посещением

и 30 мин. – по обслуживанию больных на дому.

Распределение времени между работой в поликлинике и на участке должно проводиться дифференцированно, в зависимости от численности и состава обслуживаемого населения, нагрузки врача на приеме и по обслуживанию на дому, но в среднем врач должен работать на амбулаторном приеме от 2 ½ до 3 ½ ч, а по оказанию помощи на дому – от 3 до 4 ч.

3. Основные разделы работы участкового педиатра

Центральной фигурой в оказании медицинской помощи детям является участковый педиатр, деятельность которого направлена на дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей. По данным НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, более 60% всех посещений приходится на долю участкового педиатра.

В своей работе на участке он использует комплекс профилактических мероприятий как специфического, так и неспецифического характера, выступая, в роли врача–профилактика, специалиста–терапевта, инфекциониста и организатора здравоохранения.

Система «единого педиатра», при которой врач наблюдает за ребенком от рождения до 17 лет включительно, обеспечивает непрерывность наблюдения на всех этапах развития ребенка.

Внедрение в практику системы «единого педиатра» увеличило время контактов детей раннего возраста с более старшими, что естественно способствовало росту заболеваемости. В связи с этим в организации работы ДП появился ряд принципиальных особенностей.

Во-первых, ДП должны посещать только здоровые дети или страдающие хроническими заболеваниями и не представляющие опасности для распространения инфекции среди детей. Заболевшим детям медицинская помощь должна оказываться на дому до выздоровления.

Во-вторых, при посещении ДП все дети должны проходить через фильтр, где должна находиться медсестра.

На основании опроса о состоянии здоровья ребенка, осмотра его кожи и зева и при необходимости термометрии, она решает вопрос о возможности посещения ДП данным ребенком. В случае необходимости ребенок направляется в бокс, где осматривается дежурным врачом.

Соблюдая эти правила, можно свести к минимуму заболеваемость детей вследствие контакта с больным в ДП.

В-третьих, целесообразно детей первых лет жизни, наиболее подверженных различным заболеваниям, принимать в определенные дни недели, когда дети старших возрастов не должны обращаться к врачам ДП.

а. Диспансеризация здоровых детей

І этап диспансеризации:

Первый период – антенатальная охрана плода, осуществляемая участковой педиатрической службой в контакте с акушером-гинекологом женской консультации (ЖК). В этом периоде основной задачей является организация преемственности в деятельности ЖК и ДП, которая должна осуществляться в виде постоянной информации, поступающей в ДП о каждой беременной женщине, взятой под наблюдение. Для этого применяют такие формы работы, как школа молодой матери и дородовые патронажи (в 28, 32-36 нед. беременности). Дородовый патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра. Педиатр проводит патронаж только у беременных с неблагоприятно протекающей беременностью, отягощенным акушерским анамнезом и у женщин, имеющих неблагоприятные условия в быту. Следует отметить, что при втором патронаже,

проводящемся в 32-36 нед. беременности, будущая мать должна получать необходимые сведения по уходу и организации условий жизни ребенка. Рождение здорового ребенка является в известной степени показателем эффективности и качества антенатальной профилактики.

Второй период – динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медсестрой на 1- 2-е сутки после выписки ребенка из родильного дома. Качественно важным моментом при этом должна быть оценка особенностей течения беременности и родов у матери, раннего постнатального онтогенеза, т. е., выявление возможной принадлежности ребенка к группе риска.

При первом патронаже целесообразно также собирать генеалогический анамнез для того, чтобы проводить по показаниям своевременные лабораторные методы исследования. Последующие патронажи осуществляет участковая медсестра. Второй врачебный патронаж проводится у ребенка в возрасте 2 недель.

Недоношенных детей, детей с низкой массой тела при рождении, детей близнецов и проживающих в неблагоприятных бытовых условиях, врач на первом месяце посещает 2 раза, медсестра – не реже одного раза в неделю.

Рациональное вскармливание является одним из важных факторов, влияющих на состояние здоровья детей 1-го года жизни.

Грудное вскармливание не только обеспечивает ребенку нормальный процесс пищеварения, но и защищает его от заболеваний. Врач уделяет особое внимание вскармливанию новорожденных на 2-3-м месяце жизни, так как в это время у матери заканчивается декретный отпуск, и она выходит на работу, что нередко приводит к снижению у нее лактации. В этот период у детей часто выявляются и первые признаки рахита.

Третий период – ежемесячное динамическое наблюдение за ребенком на протяжении 1-го года жизни. Следует отметить, что физическое и нервно-психическое развитие, а также уровень состояния здоровья ребенка в первые 3 мес. жизни, могут быть показателем эффективности и качества наблюдения за ним в периоде новорожденности.

При оценке качества наблюдения в течение 1-го жизни необходимо большое значение придавать комплексной оценке уровня развития и состояния здоровья в декретированные для ребенка этого периода жизни возрасты: 3, 6, 9 и 12 мес. Врач, делая заключение о состоянии здоровья ребенка в эти возрастные периоды, пишет этапный эпикриз, в котором отражает развитие и здоровье ребенка за прошедший период (3 мес.), оценивает уровень его физического развития, уровень нервно-психического развития, наличия или отсутствия заболеваний в момент обследования, а также частота и длительность острых заболеваний, перенесенных ребенком в предыдущий квартал.

Четвертый период – динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет. Такое наблюдение, как известно, проводит участковый педиатр в том случае, если ребенок не посещает детское дошкольное учреждение, а воспитывается в семье.

Уровень развития и состояния здоровья детей 2 года жизни оценивают 4 раза в год (1 раз в квартале), на 3-м году жизни – 2 раза (в 2 года 6 мес. и 3 года), затем 1

раз в год. В возрасте 5 – 7 лет это обследование совмещают с комплексным осмотром перед поступлением в школу.

3.2. Организация профилактических приемов

Дети первого и второго года жизни наблюдаются по системе активного патронажа и выделены в «группу с резко выраженной профилактической направленностью наблюдения».

В медицинской помощи детям раннего возраста, осуществляемой ДП, значительное место занимает профилактическая работа с детьми первых двух лет жизни. Для планомерного проведения этой работы с детьми раннего возраста в ДП, выделяются полностью 2 дня в неделю. Три дня отведены для приема старших детей и детей, подлежащих к выписке в детские учреждения после перенесенных заболеваний.

Для правильной организации профилактического приема необходимо не только хорошо составленное расписание, но и рациональная организация самого приема.

Первым условием этого является отсутствие перегрузки. Участковая медсестра не должна приглашать на профилактический прием более 5 детей на 1 час.

Задачи профилактического приема

- 1) контроль за правильностью физического и психомоторного развития ребенка;
- 2) регулирование изменения режима жизни и питания младенца соответственно возрасту;
- 3) осуществление мероприятий по профилактике и лечению рахита;
- 4) обучение матерей массажу и комплексам гимнастики, соответствующей возрасту ребенка;
- 5) направление детей на лабораторное обследование;
- 6) проведение осмотра детей перед профилактическими прививками.

Участковому педиатру помогает вести прием медсестра участка.

3.3. Организация работы кабинета здорового ребенка

Кабинет здорового ребенка (КЗР) – учебно-методический центр ДП по профилактической работе с родителями детей раннего возраста. Особую роль в координационном улучшении работы КЗР, сыграло выделение в штатах ДП медсестер по профилактической работе в поликлинике, обслуживающей до 10 000 детей – 1 должность, свыше 10 000 детей – 2 должности медсестер.

Руководство КЗР осуществляет заведующий одним из педиатрических отделений.

Медицинский персонал КЗР работает под контролем главной (старшей) медицинской сестры городской ДП (отделения).

Основными задачами КЗР являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.);

- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей и профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

3.4. Комплексная оценка здоровья детей

Здоровье ребенка с определением группы здоровья оценивает комплексно участковый педиатр при первичном посещении новорожденного после выписки из родильного дома.

Затем оценку здоровья детей 1-го и 2-го года жизни с определением причины он проводит 1 раз в квартал, детей 3 года жизни 1 раз в полугодие и детей дошкольного возраста – 1 раз в год.

При комплексной оценке состояния здоровья ребенка учитывают:

- наличие или отсутствие хронической (в том числе врожденной) патологии;
- функциональное состояние органов и систем;
- резистентность и реактивность организма;
- уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Выделяют 5 групп здоровья:

I группа – здоровые дети;

II группа – «группа риска» дети, не имеющие хронической патологии;

III группа – дети, с врожденными дефектами развития органов и систем или наличием хронической патологии, находящейся в состоянии компенсации;

IV группа – дети с врожденными дефектами развития систем и органов или наличием хронической патологии, находящейся в состоянии субкомпенсации;

V группа - дети с тяжелым врожденным пороком развития, предрешающим инвалидность ребенка, или тяжелой хронической патологией с длительным периодом декомпенсации.

Дети I группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей.

Дети II группы здоровья. Сроки наблюдения устанавливает врач индивидуально для каждого ребенка в соответствии со степенью риска в отношении формирования хронической патологии, выраженности функциональных отклонений и степени резистентности.

Дети III, IV, V групп здоровья находятся под диспансерным наблюдением у педиатра и соответствующих специалистов.

3.5. Подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения и школу

Подготовку детей к поступлению в дошкольные учреждения и школу, проводят участковый педиатр, участковая медсестра, фельдшер, или медицинская сестра КЗР, и состоит из двух разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка – это проведение мероприятий по систематическому обслуживанию детей с целью обеспечения гармоничного, физического и нервно-психического развития, оптимального состояния здоровья и семейного воспитания.

Специальная подготовка – начинается с 3-месячного возраста ребенка и включает следующие мероприятия:

- ежемесячную санитарно-просветительную работу с родителями по вопросам правильного физического воспитания и подготовки детей к поступлению в дошкольные учреждения;

- диспансеризацию детей у участкового педиатра и других врачей-специалистов, проведение лабораторных исследований;

- оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья (по группам состояния здоровья) и результатов последней диспансеризации;

- профилактику острых заболеваний (ОРВ, гриппа и др.), за 1-2 месяца до поступления в детское учреждение, направленную на повышение не специфических защитных механизмов иммунитета;

- оформление документации: запись в «Истории развития ребенка» о результатах диспансеризации и проведенном оздоровлении; составление выписного эпикриза для детского учреждения с обязательными рекомендациями участкового врача на период адаптации к режиму, питанию, физическому воспитанию, индивидуальному подходу, оздоровительно-лечебным мероприятиям для профилактики острых заболеваний, обострений хронических очагов;

- обеспечение преемственности в работе поликлиники и дошкольного учреждения по подготовке и ведению детей в период адаптации путем обмена информацией.

Участковый педиатр запрещает проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением ребенка в дошкольное учреждение.

Вопрос о направлении в детское учреждение детей группы «риска», а также детей с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития решается индивидуально в зависимости от состояния каждого ребенка или комиссионно с привлечением соответствующих врачей-специалистов.

3.6. Организация диспансерного наблюдения за больными детьми

Дети, находящиеся на учете по форме № 30 у участкового педиатра и специалистов, состоят из больных:

- 1) выявленных при углубленных осмотрах различных возрастных контингентов здоровых детей;
- 2) лечившихся участковым педиатром или специалистами по поводу того или иного заболевания на дому;
- 3) выписанных из стационаров;
- 4) детей, прибывших из других поликлиник, районов, городов.

При диспансеризации больных детей ДП придерживается следующих правил:

- 1) все диспансеризируемые контингенты больных детей берутся на учет по форме № 30 участковыми педиатрами и специалистами;

- 2) организованные дети подлежат диспансеризации в дошкольных учреждениях и школах;

3) дети, страдающие рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом, а также находящиеся на раннем смешанном и искусственном вскармливании, наблюдаются участковым педиатром без заполнения учетной формы № 30 (журнальный учет).

Участковые педиатры осуществляют диспансеризацию следующих групп больных детей:

1. Реконвалесценты острой пневмонии.
2. Дети, часто и длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями.
3. Из групп угрожаемых и страдающих хронической бронхолегочной патологией.
4. Реконвалесценты острых инфекционных желудочно-кишечных заболеваний.
5. Дети с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.
6. Дети с заболеваниями печени и желчных путей.

Критериями эффективности диспансеризации и снятия с учета, являются, удовлетворительное общее состояние, хороший эмоциональный тонус, длительно стойкая нормальная температура, отсутствие клинических и рентгенологических данных заболевания. Вопрос о снятии с учета больных данной группы решается индивидуально, но обычно ребенка снимают с учета через 2 года, после стабилизации общего состояния.

3.7. Повышение качества оказания лечебной помощи больным детям

Особого внимания заслуживает своевременность обращения к врачу в случае заболевания ребенка, так как позднее обращение способствует более длительному течению заболевания, формированию контингента часто и длительно болеющих детей, а в дальнейшем ведет к переходу процесса в хронический. Необходимо помнить, что основным принципом работы ДП является оказание лечебной помощи детям с острыми заболеваниями на дому. Во время посещения на дому больного ребенка, педиатр ставит предварительный диагноз заболевания, определяет тяжесть состояния ребенка, решает вопрос о возможности лечения на дому или в условиях стационара, Кратность и интервалы посещения больных детей, регулируются врачом в зависимости от характера и тяжести заболевания. Удельный вес посещений (активные вызовы), составляет не меньше 30% в общей структуре посещений.

В настоящее время важными вопросами являются, оказание консультативной помощи, проведение лабораторно-диагностических обследований на дому, организация так называемого стационара на дому. При организации стационара на дому ДП обеспечивает бесплатные медикаменты, при необходимости организует пост медсестры и ее регулярные посещения несколько раз в день; врач посещает ребенка по показаниям, но не реже 1 раза в день до выздоровления. Кроме того, ребенок должен быть осмотрен зав. отделением.

Задача заключается, прежде всего, в своевременной постановке диагноза, оказания экстренной и необходимой лечебной помощи.

Участковый педиатр посещает больных детей на дому в день поступления вызова, организует систематическое врачебное наблюдение, консультации специалистов, обеспечивает наблюдение за больным ребенком до выздоровления.

Для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе, участковый педиатр должен быть обеспечен необходимыми наборами лекарственных средств, регламентированных приказом МЗ СССР № 876 (1973г.) «Об обеспечении участковых врачей-терапевтов и педиатров набором медикаментов для оказания экстренной медицинской помощи больным на дому».

Вопрос об организации лечения на дому остро заболевшего ребенка или ребенка с обострением хронического заболевания, решается участковым врачом в зависимости от тяжести состояния ребенка, характера и течения заболевания, возраста и домашних условий. О лечении детей на дому раннего возраста, больных пневмонией, острыми кишечными заболеваниями, участковый педиатр решает комиссионно с зав. отделением или главным врачом поликлиники.

При первичном посещении больного ребенка на дому, участковый педиатр делает назначения по лечению, питанию, уходу, режиму.

Дети 1-го года жизни, наблюдаются врачом и медсестрой на дому ежедневно до выздоровления.

Частота посещений детей более старшего возраста, определяется лечащим врачом в зависимости от тяжести заболевания.

При ухудшении состояния ребенка или недостаточной эффективности лечения, врач, совместно с зав. отделением, принимают меры к госпитализации больного. При направлении ребенка в стационар подробно указывают диагноз, длительность и течение заболевания, тяжесть состояния, проведенное обследование и лечение, индивидуальные особенности ребенка, контакты с больными инфекционными заболеваниями.

Если по каким-либо причинам госпитализировать ребенка невозможно (отсутствие мест в стационаре, карантин, отказ родителей и др.), организуется стационар на дому. Ребенок в этом случае ежедневно наблюдается врачом и медсестрой, получает комплекс необходимых лечебных и диагностических процедур, лабораторных обследований в соответствии с тяжестью и характером заболевания.

Участковая медсестра выполняет назначения врача, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком.

Зав. отделением поликлиники осуществляет контроль за организацией лечения больных на дому, в необходимых случаях оказывает консультативную помощь.

Участковый педиатр выписывает ребенка в детское учреждение после очередного острого заболевания, указывает в справке, чем болел ребенок, какое получил лечение, какие оздоровительные мероприятия показаны ему в детском учреждении.

4. Оказание специализированной медицинской помощи детям

Объем специализированной медицинской помощи в условиях ДП определяется ее мощностью, т. е., численностью обслуживаемого населения.

Максимально приближенной к детскому населению должна быть оториноларингологическая, офтальмологическая, хирургическая и психоневрологическая помощь. При недостаточном контингенте обслуживаемых ДП детей, возможна централизация указанных специалистов на базе одной из поликлиник, которой придаются функции районной, межрайонной или городской.

Основными задачами врачей-специалистов являются:

- организация и проведение специализированных лечебных и консультативных приемов по направлению участковых педиатров;
- участие в диспансеризации здоровых и больных детей;
- выполнение функций районных специалистов-педиатров;
- организационно-методическая работа;
- повышение квалификации участковых и других педиатров по своей специальности.

Для детского населения района, города, считается целесообразным создавать на базе ДП или специализированных отделений больниц консультативно-диагностические центры со специализированными приемами.

Основными функциями этих центров являются, обследование детей, направленных из территориальных ДП, консультативная помощь, диспансерное наблюдение больных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи в соответствии с профилем центра, организационно-методическая работа в районе деятельности и повышение квалификации медицинского персонала.

Большая роль в совершенствовании качества профилактической и лечебной помощи детям, принадлежит зав. отделением педиатрическим ДП. Он является организатором, методистом, клиницистом: участвует в подборе и расстановке медицинских кадров, осуществляет непосредственное руководство и контроль за лечебно-профилактической и санитарно-просветительной работой врачей отделения, принимает участие в составлении планов и графиков работы участковых педиатров, работающих в дошкольных учреждениях и школах, контролирует выполнение ими ежемесячных планов работы. Он консультирует больных в поликлинике и на дому, дает рекомендации по лечению, обеспечивает своевременную госпитализацию больных детей, участвует в отборе детей на санаторное лечение и в оформлении медицинских заключений на детей инвалидов с детства, контролирует обоснованность выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больными детьми на дому.

Зав. отделением обеспечивает и проводит мероприятия по повышению квалификации педиатров и среднего медперсонала, административные совещания, инструктаж вновь поступивших врачей и медсестер; доводит до сведения работников отделения приказы, распоряжения, инструктивно-методические указания вышестоящих органов и следит за их своевременным выполнением. Важным разделом его работы является анализ результатов ежегодных медицинских осмотров детей дошкольного и школьного возраста и основных качественных

показателей работы отделения. Всю свою работу зав. отделением, осуществляет в тесном контакте с остальными подразделениями ДП и другими учреждениями.

Реформа здравоохранения в нашей стране предусматривает постепенный переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врачей общей практики. Но одним из главных условий реформы является сохранение всех ЛПУ здравоохранения, с изменением их функций, методов работы, усовершенствованием их деятельности.

В условиях развития страховой медицины, особую значимость приобретает пересмотр концепции внебольничной помощи городскому населению. Переход к организации первичной медико-социальной помощи по принципу врача общей практики, предусматривает расширение функций, выполняемых таким врачом, по сравнению с участковыми терапевтами и педиатрами. В первую очередь необходимо отметить, что основной функцией врача общей практики является, оказание населению многопрофильной амбулаторной помощи. В нашей стране создана, и многие годы работает наиболее прогрессивная система охраны матери и ребенка, которая одобрена всей медицинской общественностью. И как считают В.К. Юрьев и Н.В. Здоровцева, не следует проводить коренную реорганизацию этой системы. Она требует лишь дальнейшего усовершенствования. С этой целью, весьма перспективным следует считать, организацию так называемых акушерско-педиатрическо-терапевтических комплексов (АПТК), которые впервые были организованы в Иваново, а затем в Санкт-Петербурге.

5. Организация работы дневных стационаров

В последнее время в стране разворачивается сеть дневных стационаров для детей. Деятельность дневных стационаров приводит к сокращению числа дней нетрудоспособности у матерей по уходу за детьми, более рациональному использованию коечного фонда, созданию дополнительных удобств для населения.

Дневные стационары организуются на базе детских поликлиник или стационаров детских больниц.

Дневной стационар, организованный на базе поликлиники, должен иметь отдельный вход для детей с родителями, гардероб, большую комнату – холл для проведения часов отдыха, столовую кухню для подогрева и раздачи пищи, моечную с проточной горячей и холодной водой, с тремя мойками для обработки посуды, со шкафчиками для ее хранения, 2 туалета, умывальную комнату, процедурный кабинет, кабинет для врачей, помещения для хозяйственных нужд, помещения для хранения столовых принадлежностей и др.

Для детей, нуждающихся в продолжительном постельном режиме, целесообразно выделять палаты вблизи поста медицинской сестры. Для школьников необходимо выделить учебную комнату, где они могли выполнять учебные задания.

В дневном стационаре дети получают лечение, приближенное к стационару (по объему и интенсивности), и находятся под наблюдением медперсонала (только в дневные часы).

Длительность работы дневного стационара должна составлять не менее 10 часов при 6-дневной рабочей неделе. Дневной стационар в праздничные и выходные дни не работает.

Целесообразна организация дневных стационаров по тем или иным профилям патологии: гастроэнтерологические, нефрологические, диагностические и т.д. Длительность лечения ребенка зависит от профиля патологии и составляет в среднем 2-3 недели.

Больные в дневном стационаре пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам для стационаров.

Приготовление пищи больным осуществляется в пищеблоке лечебного учреждения, в составе которого находится дневной стационар.

Больничные листы и справки по уходу за больными детьми, родителям на период лечения в дневном стационаре не выдаются, ибо уход, кормление и лечение детей, берет на себя дневной стационар.

6. Работа с медицинской документацией

В структуре затрат рабочего времени врача значительное место (от 25 до 30% от общего времени) занимает ведение медицинской документации.

Участковый педиатр ведет основной документ «Историю развития ребенка» (уч.ф. № 112/у), всю остальную документацию под контролем врача – медсестра.

Применение стандартных печатных или клишецированных бланков профилактических осмотров, различных направлений, справок, рецептурных прописей, значительно сокращает время врачей на ведение медицинской документации. Этой же цели служат стандартные эпикризы, дающие возможность однотипно отразить профилактические и лечебные мероприятия, облегчить анализ эффективности этих мероприятий, а также контроль за составлением плана дальнейших мероприятий.

1. «История развития ребенка» (уч.ф. № 112/у) – основной медицинский документ отражающий состояние ребенка и эффективность медицинского обслуживания его с момента рождения до 14 лет. К истории развития обычно подклеивается корешок обменной карты из родильного дома и лист дородового патронажа. В нее заносят анамнестические данные, настоящий статус ребенка и дальнейшее наблюдение врача.

2. «Талон амбулаторного пациента» (уч.ф. №).

3. «Статистический талон для регистрации уточненных заключительных диагнозов» (уч.ф. № 025 – 2/у).

4. «Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» (уч.ф. № 958/у).

5. «Карта профилактических прививок» (уч.ф. № 063/у).

6. «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (уч.ф. № 030/у).

7. «Врачебное свидетельство о смерти» (уч.ф. № 106/у).

8. «Дневник работы врача» (уч.ф. № 039/у).

9. Листок нетрудоспособности.

10. «Книга записи вызовов врача на дом» (уч.ф. № 031/у).

7. Санитарное просвещение

В каждой поликлинике должен быть создан совет по воспитанию здорового ребенка. В его состав входят наиболее квалифицированные педиатры, участковые

медсестры, медсестра (фельдшер) КЗР, специалисты медицинских институтов, НИИ педиатрического профиля, институтов усовершенствования врачей.

Основной задачей совета является проведение в жизнь всего комплекса мероприятий по охране здоровья, профилактика заболеваний и отклонений в развитии ребенка (детей).

Методический Совет совместно с руководством ДП разрабатывает единый комплексный план профилактической работы учреждения, дает рекомендации и оказывает профилактическую помощь медицинскому персоналу в проведении санитарно-просветительной работы с использованием наиболее эффективных форм, обеспечивает единые установки по профилактической работе с детьми, принимая активное участие в организации и проведении мероприятий по повышению квалификации медицинских работников ДП.

8. Молочная кухня

Молочная кухня изготавливает молочные смеси, как для здоровых, так и для больных детей в соответствии с назначением врача. Возглавляет работу молочной кухни медицинская сестра. При количестве порций от 600 до 1000 в год, выделяется 0,5 ставки врача – диетолога.

Приготовленные на молочной кухне смеси пастеризуются, расфасовываются в стерильную посуду и выдаются родителям или отправляются на раздаточный пункт.

Выполнение всех операций по приготовлению детского питания, требует соблюдения санитарных правил. К работе на кухне допускаются, лица, прошедшие медицинское освидетельствование на носительство различных возбудителей, в дальнейшем эти лица ежемесячно проходят медицинский осмотр. Детское питание выдается за наличный расчет или бесплатно только для детей до 2 лет, по предписанию врача или фельдшера.

9. Основные показатели деятельности детской поликлиники

1. Охват беременных дородовым патронажем:

$$\frac{\text{Число беременных, охваченных дородовым патронажем}}{\text{Общее число беременных, имевших роды в данном году}} \times 100$$

2. Ранний охват наблюдением врача и медсестры, новорожденных (в первые 3 дня после их выписки из родильного дома):

$$\frac{\text{Число детей, посещенных врачом в первые 3 дня}}{\text{Число детей, поступивших под наблюдение на первом месяце жизни}} \times 100$$

3. Регулярность наблюдения за здоровьем и физическим развитием детей в течение 1-го года жизни:

$$\frac{\text{Число детей, находившихся под наблюдением врача в течение 1-го года жизни}}{\text{Число детей, поступивших под наблюдение на первом месяце жизни}} \times 100$$

года жизни систематически, без длительных перерывов х 100
Число детей, достигших в отчетном периоде 1-го года жизни.

4. Охват диспансерным наблюдением детей в возрасте 3 и 7 лет:

Число детей, прошедших диспансерное обследование в 3 года х 100
Число детей, достигших в отчетном году 3-летнего возраста

Аналогично рассчитываются % детей, охваченных диспансерным наблюдением в возрасте 7 лет.

5. Охват диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями, и детей, имеющих отклонения в нервно-психическом статусе:

Число детей, с хроническими заболеваниями,
находившихся на диспансерном наблюдении х 100
Число детей, имеющих хронические заболевания.

6. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:

Число детей, находящихся на грудном вскармливании до 4 мес. х 100
Число детей, достигших в данном году 12 месяцев.

Аналогично вычисляется показатель частоты детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании.

7. Показатель частоты детей, 1-го года жизни, находившихся на искусственном вскармливании (и переведенных на ранний прикорм в возрасте до 3 месяцев):

Число детей, получивших прикорм в возрасте до 3 месяцев х 100
Число детей, достигших 1 года жизни.

Аналогично рассчитывают показатель частоты детей на искусственном вскармливании (в %).

8. Показатель частоты рахита II (и III степени) к концу 1-го года жизни:

Число детей, с явлениями рахита II степени х 100
Число детей, достигших 1-го года жизни.

9. Процент детей 1-го года жизни с наличием явлений гипотрофии II и III степени:

Число детей, с явлениями гипотрофии II степени х 100
Число детей, достигших 1-го года жизни.

Аналогично определяют показатель частоты гипотрофии III степени среди детей 1-го года жизни

10. Частота выявлений инфекционных заболеваний на приеме:

Число детей, у которых инфекционные заболевания
были выявлены на приеме в течение года х 100

Число детей, состоявших под наблюдением и переболевших
данным инфекционным заболеванием в течение года.

Показатель вычисляется по отдельным инфекционным заболеваниям и характеризует организацию противоэпидемической работы ДП. При хорошей организации работы, показатель должен быть равен нулю.

11. Своевременность и полнота проведения профилактических прививок среди детей:

Число детей, иммунизированных АКДС х 100
Число детей, достигших 1-го года жизни.

Этот показатель рассчитывается по каждой профилактической прививке.

12. «Индекс здоровья».

Число детей, ни разу не болевших на первом году жизни х 100
Число детей, достигших 12 месяцев в данном году.

Данный показатель является важнейшим в оценке профилактической работы ДП.

При осуществлении систематического наблюдения за детьми, организации рационального вскармливания детей и проведении комплекса эффективных профилактических мероприятий, показатель «Индекс здоровья» может достигать по поликлинике 30% и более.

13. Заболеваемость детей, проживающих в районе деятельности поликлиники (показатели рассчитывают для каждой возрастной группы отдельно):

Число зарегистрированных заболеваний х 100
Среднее число детей, состоящих на учете в данном году.

Анализируют также показатели, отражающие уровень организации медицинской помощи больным детям в поликлинике и на дому:

а) соблюдение принципа участковости;

б) распределение детей с острыми инфекционными заболеваниями, выявленными на приеме в поликлинике и на дому (показатель вычисляется в % к числу заболевших).

14. Смертность детей:

Число детей, состоявших под наблюдением
и умерших в течение года $\times 1000$

Число детей, состоящих под наблюдением в данном году.

Показатель вычисляется в целом и в зависимости от возраста детей.

ТАБЛИЦЫ:

1. Примерная структура детской поликлиники.
2. Схема диспансеризации детского населения (частота обязательных осмотров основными специалистами).
3. Схема медико-социального наблюдения за детьми раннего возраста в детской поликлинике.
4. Организация социальной помощи детям.

Контрольные вопросы

1. Детская поликлиника, структура, содержание работы.
2. Основные функции регистратуры детской поликлиники.
3. Комплексная оценка состояния здоровья детей, формирование групп здоровья детей.
4. Диспансеризация детей.
5. Активный патронаж детей.
6. Организация и основные задачи профилактического приема.
7. Организация медицинской помощи на дому.
8. Основные разделы деятельности участкового врача-педиатра.
9. Основные элементы деятельности участкового врача-педиатра.
10. Разделы деятельности участкового врача-педиатра по диспансеризации здоровых детей .
11. Разделы деятельности участкового врача-педиатра по лечебной работе.
12. Разделы деятельности участкового врача-педиатра по санитарно-просветительной работе.
13. Разделы деятельности участкового врача-педиатра по противоэпидемической работе.
14. Основные виды документации детской поликлиники.
15. Основные показатели деятельности детской поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Медик В.А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, Юрьев В. К.. – 2-е изд., испр. и доп. – М. ; ГЭОТАР – Медиа, 2012, - С. 255-272, 312-319.
2. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник; в 2 т. /под ред. В. З. Кучеренко – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2013, Т. 1, - С. 507-519.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Общественное здоровье и здравоохранение. В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. СПб.; 2000. С. 254-283, 307-308.
5. Белова А.П., Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города. М., 1988. С. 288.
6. Общественное здоровье и здравоохранение. / Под. ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М., 2003. С. 280-290.
7. Ю. П. Лисицын Общественное здоровье и здравоохранение. М.; 2002. –С. 360-364.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

001. Доля детского населения в общей структуре населения Российской Федерации в последние 3 – 4 года составляет

- а) 15 – 20%
- б) 21 – 25%
- в) 26 – 30%

002. Удельный вес женщин, занятых в общественном производстве в Российской Федерации в последние 3 – 4 года составила

- а) 11 – 20%
- б) 21 – 40%
- в) 41 – 50%
- г) 51 – 60%

003. Система охраны материнства и детства включает

- а) гарантии прав женщины-матери
- б) гарантии прав ребенка
- в) систему медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи женщинам и детям
- г) подготовку медицинских кадров для оказания медицинской помощи женщинам и детям
- д) охрану женского труда и труда детей и подростков
- е) социальное страхование беременной женщины и женщины-матери
- ж) материальную и моральную поддержку материнства и детства
- з) общественное воспитание и обучение детей и подростков
- и) все перечисленное верно

004. Система охраны материнства и детства в стране была создана

- а) в 1920 году
- б) в 1930 году
- в) в 1940 году
- г) в 1948 году
- д) в 1953 году
- е) в 1970 году

005. Первый факультет по подготовке врачей-педиатров был организован

- а) в 1920 году
- б) в 1930 году
- в) в 1940 году
- г) в 1948 году

- д) в 1953 году
- е) в 1970 году

006. С целью антенатальной охраны здоровья ребенка в соответствии с законодательством беременная женщина освобождается

- а) от сверхурочных работ
- б) от работ, связанных с профессиональными вредностями
- в) от ночной работы
- г) от командировок
- д) все перечисленное верно

007. С целью охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с законодательством работающая женщина-мать, имеющая ребенка первого года жизни, имеет право на

- а) на освобождение от сверхурочных работ
- б) на предоставление дополнительного перерыва
- в) на получение денежного пособия на ребенка
- г) на освобождение от ночной работы
- д) на освобождение от командировок
- е) все перечисленное верно

008. Принципами организации медицинской помощи женщинам в женской консультации являются

- а) индивидуальное отношение к пациенту
- б) участковость
- в) диспансерный метод
- г) профилактическое направление
- д) единство науки и практики
- е) все перечисленное верно

009. Основными принципами организации профилактического наблюдения беременных в женской консультации являются

- а) осмотр врачами-специалистами
- б) своевременное взятие под наблюдение
- в) регулярное лабораторное обследование
- г) осмотр в послеродовом периоде
- д) дача рекомендаций по трудоустройству
- е) все перечисленное верно

010. Приоритетным признаком, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации женщин, является

- а) заболевание
- б) возраст
- в) физиологическое состояние
- г) социальное положение

011. Комплекс мероприятий по интранатальной охране плода в основном осуществляется

- а) в женской консультации
- б) в акушерском отделении родильного дома
- в) в отделении новорожденных родильного дома
- г) в поликлинике для взрослого населения
- д) в детской поликлинике
- е) все перечисленное верно

012. Во время беременности женщина должна посетить женскую консультацию при нормально протекающей беременности

- а) 3 – 4 раза
- б) 5 – 6 раз
- в) 9 – 10 раз
- г) 12 – 13 раз

013. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь детям включительно

- а) до 1 года
- б) до 3 лет
- в) до 7 лет
- г) до 10 лет
- д) до 14 лет

014. Система «единого педиатра» была введена в нашей стране

- а) в 1917 году
- б) в 1936 году
- в) в 1948 году
- г) в 1953 году
- д) в 1970 году
- е) в 1987 году
- ж) в 1991 году
- з) в 1993 году

015. Преимуществом работы детской поликлиники по системе «единого педиатра» является

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 14 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста
- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка
- д) все перечисленное верно

016. Одним из недостатков работы в детской поликлинике по системе «единого педиатра» является

- а) единство в наблюдении за ребенком от 0 до 14 лет
- б) больше контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста

- в) своевременное направление на обследование
- г) привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка
- д) все перечисленное верно

017. На фильтре в детской поликлинике медицинская сестра начинает работу с пришедшим ребенком

- а) с осмотра
- б) с термометрии
- в) с опроса
- г) с вызова дежурного врача
- д) с изоляции

018. Профилактическая работа с детьми в детской поликлинике включает в себя

- а) осмотр ребенка участковым педиатром
- б) осмотр ребенка врачами-специалистами
- в) проведение лабораторного обследования
- г) проведение инструментального обследования
- д) вакцинацию детей
- е) все перечисленное верно

019. Приоритетный признак, который лежит в основе дифференцированной диспансеризации детей

- а) заболевание
- б) возраст
- в) пол
- г) социальное положение

020. Здоровые дети находятся на диспансерном наблюдении включительно

- а) до 1 года
- б) до 3 лет
- в) до 7 лет
- г) до 10 лет
- д) до 14 лет

021. Детская поликлиника отвечает за качество медицинской помощи детям

- а) на дому
- б) в поликлинике
- в) в детских дошкольных учреждениях
- г) в школе
- д) все перечисленное верно

022. Объем специализированной медицинской помощи в детской поликлинике определяется

- а) наличием медицинского оборудования
- б) штатным расписанием учреждения
- в) численностью обслуживаемого детского населения

г) категорией учреждения

023. Детские больницы формируются

- а) по полу
- б) по возрасту
- в) по виду заболеваний
- г) все перечисленное верно

024. Внедрение Постановления Минздрава РФ и Госкомстата «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения» имеет целью

- а) получить достоверные показатели младенческой смертности
- б) получить достоверные показатели перинатальной смертности
- в) стимулировать развитие современных технологий в перинатальной медицине
- г) разработать программы развития отделений неонатологии
- д) все перечисленное верно

025. В соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования определены следующие виды медицинского обслуживания детского населения

- а) диспансерное динамическое наблюдение
- б) проведение плановых профилактических мероприятий
- в) своевременное лечение
- г) организация и проведение профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

026. Совершенствование стационарной лечебно-профилактической помощи детям может быть достигнуто за счет

- а) использования новых современных медицинских технологий
- б) использования новых современных медико-организационных мероприятий
- в) организации стационаров частичной госпитализации
- г) создания условий для совместного пребывания детей с родителями
- д) все перечисленное верно

027. Создание детских реабилитационных центров позволит

- а) более рационально использовать коечный фонд детских больниц
- б) усовершенствовать качество лечения детей диспансерных групп
- в) проводить медико-социальную профилактику среди больных детей
- г) ликвидировать работу отделений профилактики в детских поликлиниках
- д) все перечисленное верно

028. Медицинская помощь подросткам организована

- а) при поликлинике для взрослых
- б) при поликлинике в составе студенческих поликлиник
- в) при детской поликлинике

029. Кабинет гинекологической помощи детям целесообразнее организовать

- а) при детской поликлинике
- б) при женской консультации

030. Врач детской поликлиники при наблюдении за детьми осуществляет взаимосвязь

- а) с детской поликлиникой
- б) с медико-санитарной частью
- в) с родильным домом
- г) со стационаром детской больницы
- д) с объединенной больницей
- е) с детскими дошкольными учреждениями
- ж) все перечисленное верно

031. К показателям деятельности женской консультации относятся

- а) летальность
- б) младенческая смертность
- в) перинатальная смертность
- г) смертность детей
- д) материнская смертность

032. К показателям деятельности детской больницы относятся

- а) летальность
- б) младенческая смертность
- в) перинатальная смертность
- г) смертность детей
- д) материнская смертность

033. В основе формирования специализированных детских дошкольных и школьных учреждений лежат следующие признаки

- а) пол
- б) возраст
- в) социальное положение
- г) состояние здоровья
- д) все перечисленное верно

034. Проведение комплекса мероприятий, обеспечивающих защиту детей в детских учреждениях от инфекционных заболеваний, включает в себя

- а) общеоздоровительную работу
- б) меры борьбы с проникновением инфекционных заболеваний в детский коллектив
- в) меры специфической профилактики
- г) меры борьбы с распространением инфекционных заболеваний в детском коллективе
- д) все перечисленное верно

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001 – б	018 – е
002 – в	019 – б
003 – и	020 – д
004 – в	021 – д
005 – б	022 – г
006 – д	023 – в
007 – е	024 – д
008 – е	025 – д
009 – е	026 – д
010 – в	027 – а
011 – б	028 – а
012 – г	029 – а
013 – д	030 – е
014 – г	031 – а
015 – а	032 – а
016 – б	033 – г
017 – в	034 – д